



Å begynne å drikke igjen

Tilbakefall til problematisk alkoholbruk etter rusbehandling

Et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv

Brita Odland Kvamme

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse - og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2013

Det var ingen fornuft i dette

Men hvilken fornuft fantes det i det som hadde hendt?

Per Olov Enquist

Forord

Det har vært en glede å få jobbe med denne masteroppgaven. Etter å ha arbeidet som sykepleier i en rusavdeling i mange år, har det vært inspirerende å kunne fordype seg i faget. Det har vært fint få diskutere, lese bøker og artikler og løfte blikket utover den travle kliniske hverdagen. Rusfeltet er et spennende og sammensatt fagfelt som berører store kontraster i livet.

Ført og fremst vil jeg takke de fire informantene som var villige til å fortelle om sine erfaringer. Deres bidrag har vært hele grunnlaget for studien. Jeg håper at jeg har forvaltet deres fortellinger med respekt, og at studien kan bidra med ny kunnskap om alkoholproblematikk til glede for flere.

Tusen takk til klinikkledelse og kolleger for mulighet til å ta masterstudiet, og til Trond Nergaard Bjerke og Dag Erik Hagerup ved Fagutviklingsenheten rus og psykiatri for gode innspill. Det har vært viktig å få kommentarer og ideer fra dere som har stor kompetanse fra rusfeltet.

Takk til Kenneth Asplund for solid og god veiledning og til mine medstudenter og lærere ved masterstudiet for givende, utfordrende og veldig hyggelige samlinger.

Selvsagt vil jeg takke dere hjemme. Jan-Magnus har støttet meg og kommet med mange kloke innspill og treffende spørsmål, og ikke minst lest en tidkrevende korrektur. Ingeborg, Ragnhild og Rasmus har vist at hverdagen måtte gå sin gang. Dere har gitt meg pusterom og nødvendig distanse til oppgaven. Tusen takk!

Tromsø mai 2013

Brita Odland Kvamme

Sammendrag

Flertallet av pasienter som har vært til behandling for sitt alkoholproblem opplever ett eller flere tilbakefall til problematisk alkoholbruk etter rusbehandling. Tidligere forskning har i liten grad sett på tilbakefall fra pasientens perspektiv. Målet med denne studien var derfor å belyse og løfte fram pasienters egne opplevelser og erfaringer av tilbakefall, og å bidra til økt forståelse av fenomenet. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming og var basert på dybdeintervju med fire tidligere pasienter, to menn og to kvinner. Pasientintervjuene ble så analysert for å identifisere sentrale tema. Disse ble drøftet på bakgrunn av litteratur med fenomenologisk perspektiv og med særlig fokus på kroppsfenomenologi.

De tre hovedtema som fremkom ved analysen var ”russug”, ”selvbilde” og ”tid”. Russug kunne fremtre på ulike måter, som for eksempel som et uimotståelig ønske om å drikke alkohol eller som en kroppslig rastløshet. På den ene side kunne russug være uforutsigbart og vanskelig å begripe. På den annen side ble russug oppfattet som et velkjent reaksjonsmønster. Russug utgjorde til tider en betydelig risiko for tilbakefall. Kroppslige erfaringer hos pasientene var fremtredende. Alkoholavhengighet ble forstått både som en sykdom og som en innlært vane. Selvbildet kunne påvirkes i negativ retning av tilbakefallsepisodene. Av den grunn snakket pasientene om skamfølelse, selvspekt og anerkjennelse. Stigmatisering følte krenkende. Denne studien finner at tidsaspektet med fokus på fortid, nåtid og fremtid hadde stor betydning for pasientenes erfaring av tilbakefall og tilfriskning. Det var en tydelig kontrast mellom opplevelsen av fortid og nåtid. Nåtid kunne være krevende med risiko for tilbakefall. Fremtiden var usikker, men innebar et håp. Oppsummert finner jeg at tilbakefall til problematisk bruk av alkohol var en opprivende og til tider uforståelig hendelse som kunne medføre sterkt ubehag og til tider en livstruende tilstand. Imidlertid kunne tilbakefall også være en planlagt handling til tross for at det førte med seg stort ubehag og fare for liv og helse.

Denne studien belyser og gir ny og viktig kunnskap om hvordan tilbakefall oppleves fra pasientens perspektiv. De sentrale hovedtema ”russug”, ”selvbilde” og ”tid” har alle med kroppslige erfaringer å gjøre. Kjennskap til pasientenes opplevelse av russug, tid og selvbilde kan ha betydning for behandlingsforløp og endringsprosesser. Det kommer fram at det er avgjørende hvordan pasienter blir møtt av helsepersonell. Pasienter med alkoholproblemer finnes i alle deler av helsevesenet. Kunnskap om tilbakefall til problematisk alkoholbruk er avgjørende for å kunne møte disse pasientene på best mulig måte.

Abstract

The majority of patients being treated for alcohol use disorders experience one or more relapses due to the problematic use of alcohol after treatment. Few previous studies have explored relapse from the patient's perspective. This study aimed to illuminate the patient's subjective experience of relapse and to develop a deeper understanding of this phenomenon. The study was conducted via qualitative interviews using a phenomenological-hermeneutic approach; four patients (two men and two women) were interviewed. The interviews were analyzed to identify key themes and were discussed using phenomenological theory.

Three themes emerged from the analyses: "craving", "self-image" and "time". Craving appeared in various forms, like for example a compelling desire to drink alcohol or a kind of bodily restlessness. Craving could occur unpredictably, and as it emerged in different ways it could be difficult for the patients to recognize and comprehend. Nevertheless, craving was a common reaction experienced by the patients and signified a significant risk for relapse. The patients understood alcohol addiction to be either a disease or a learned habit. Bodily experiences of craving were frequently mentioned by the patients. Self-image was at times adversely affected by episodes of relapse. Therefore, feelings of shame, self-respect and recognition were significant concepts experienced by the patients. Feeling stigmatized was described as a humiliating experience. This study found that perception of time considered as past, present and future greatly influenced the experience of relapse and rehabilitation. A contrast between past and present for patients was observed: the present was perceived as a risk for relapse; the future was uncertain but represented hope. Thus, relapse was an upsetting and dramatic experience that could cause great discomfort and sometimes life-threatening situations. However, relapse could also be viewed as a planned, desirable event, despite causing great discomfort and serious consequences.

This study highlights new, important information about alcoholism relapse from the patient's perspective such as bodily experiences. An understanding of the patient's perception of craving, self-image and time may impact treatment and rehabilitation. In order to improve patient-health care professional interactions in a professional manner, health care training that involves information about alcohol use disorders and relapse should be required. Patients with alcohol use disorders are found in all areas of health care. The results of this study are particularly relevant for specialists and general health care workers who are urged to pay close attention to the care of patients with an alcohol use disorder.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	4
1.2	Formål med studien	7
1.3	Problemstilling.....	7
1.4	Forskningsdesign	8
1.5	Studiens oppbygning	8
2.0	TEORETISK BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING	8
2.1	Forankring i fagfeltet.....	8
2.1.1	Problematisk alkoholbruk.....	9
2.1.2	Tilbakefall	10
2.1.3	Russug.....	10
2.1.4	Pasientenes ressurser.....	11
2.1.5	Kjønnsperspektiv	12
2.2	Litteratursøking og tidligere forskning	12
2.3	Andre kilder	15
3.0	VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV	15
3.1	Fenomenologisk perspektiv	16
3.2	Hermeneutikk og forforståelse	17
3.3	Språklig tilgang til andres livsverden	18
4.0	METODE.....	19
4.1	Kvalitativ metode. Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.....	19
4.2	Egen forforståelse	20
4.3	Etiske aspekter	22
4.4	Datainnsamling.....	24
4.4.1	Utvalg og inklusjonskriterier.....	24
4.4.2	Rekruttering og tillatelser.....	26
4.4.3	Presentasjon av informantene	27
4.4.4	Gjennomføring av intervju	27
4.4.5	Transkribering. Aidentifisering og anonymisering.....	29
4.4.6	Sikring og oppbevaring av data	30

4.5	Metode for analyse	31
4.5.1	Naiv lesning og naiv forståelse	31
4.5.2	Strukturanalyse.....	32
4.5.3	Helhetlig forståelse.....	34
5.0	PRESENTASJON AV FUNN	34
5.1	Hva handler teksten om?	34
5.2	Resultat fra strukturanalysen	36
5.2.1	Å drages mot å drikke.....	37
5.2.2	Å drikke seg syk eller å drikke seg frisk	42
5.2.3	"Å prøve å stå rak" - om skam og krenkelse.....	44
5.2.4	Å bli sett og anerkjent	46
5.2.5	Å erfare "før og nå"	47
5.2.6	Å ikke forstå seg selv	48
5.3	Inndeling i hovedtema.....	50
6.0	HELHETLIG FORSTÅELSE. TOLKNING OG DISKUSJON	50
6.1	Teoretisk ramme for drøfting av funn	51
6.2	Russug.....	53
6.2.1	Intensjonalitet og opplevelse av mening	53
6.2.2	Vane som en kroppslig kompetanse	54
6.2.3	Russug. Oppmerksomhet mot kroppen	55
6.3	Selvbylde	60
6.3.1	Opplevelse av å kjenne seg frisk.....	60
6.3.2	Kroppen som subjekt eller objekt	60
6.3.3	Forhold til andre	62
6.3.4	Skam og selvfølelse.....	64
6.3.5	Kroppsskjema og kroppsbilde	66
6.3.6	Fortellinger om oss selv.....	68
6.4	Tid.....	70
6.4.1	Fortid og nåtid. Minner og oppmerksomhet.....	71
6.4.2	Fremtid og forventninger	72
7.0	AVSLUTNING.....	73
7.1	Sammenfatning	73
7.2	Studiens kvalitet	74
7.3	Svakheter ved studien	77

7.4	Studien sett i forhold til tidligere publikasjoner.....	78
7.5	Konsekvenser for praksis.....	79
7.6	Forslag til framtidig forskning.....	81
	REFERANSELISTE.....	82

VEDLEGG:

1. Godkjenning fra Regional Etisk Komitè (REK)
2. Forespørsel om deltakelse i prosjektet
3. Forespørsel til ledelsen ved institusjonen
4. Taushetserklæring fra behandlere
5. Samtykkeskjema for deltakelse
6. Intervjuguide
7. Prosedyre for sikring av forskningsdata

1.0 INNLEDNING

Som en innledning til denne oppgaven vil jeg først skissere bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Tema har sitt utgangspunkt i samfunnsmessige og strukturelle forhold, fra klinisk praksis og i en teoretisk tradisjon. Jeg vil deretter redegjøre for studiens formål og problemstilling. Til slutt i dette kapittelet vil jeg kort presentere studiens forskningsdesign og gi en oversikt over studiens oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Problemer knyttet til bruk av alkohol er et av vårt samfunns største helseutfordringer. Antall personer med alkoholmisbruk eller alkoholavhengighet i Norge er 200 000 - 300 000 (jmf. Bramness, 2011; Rossow, Moan, & Natvig, 2009). På ulike vis har vi alle befatning med dette problemet. Som psykiatrisk sykepleier med over 15 års arbeid i rusfeltet, har jeg møtt mange mennesker som har kjent på kroppen hva alkoholavhengighet og tilbakefall er. Tilbakefall handler i denne sammenheng om å begynne å drikke alkohol igjen etter å ha vært alkoholfri en periode. Flertallet av pasienter som har vært til rusbehandling opplever ett eller flere tilbakefall (jmf. Nordfjærn, 2011b; Sellman, 2010). Det kan fremstå som en gåte at personer fortsetter å bruke rusmidler på en måte som tilsynelatende fører med seg så mye skade og lidelse.

Det presenteres stadig ny viten om rusmiddelproblematikk fra mange ulike fagfelt (jmf. Sellman, 2010). Studier om tilbakefall har ofte handlet om faktorer som kan predikere eller forebygge tilbakefall. Imidlertid er det færre studier som har fokusert på tilbakefallsfenomenet slik det erfarer hos dem som har et rusproblem. Forskning med fokus på pasienters subjektive erfaring anbefales (jmf. Laudet, Becker, & White, 2009). I denne studien har jeg derfor spesielt sett på pasienters subjektive erfaring av tilbakefall. Ved hjelp av dybdeintervju og kvalitativ tilnærming har jeg forsøkt å besvare problemstillingen: ” Hvordan opplever og erfarer pasienter å ha tilbakefall til problematisk alkoholbruk etter rusbehandling?”

Stigmatiserende holdninger

Fremdeles eksisterer stigmatiserende holdninger til mennesker med alkoholproblemer, hvor ”alkoholikere” betraktes som en avvikergruppe (jmf. Fekjær, 2004, s. 30). Både erfaring og forskning viser at slike holdninger også forekommer blant helsepersonell (jmf. Lovi & Barr, 2009). Stigma knytter seg til egenskaper som oppfattes som negative, og de som har disse egenskapene kan bli sett på som avvikere (jmf. Ytrehus, 2012, s. 228). Personer med et alkoholproblem kan føle seg stigmatisert, og oppleve negativ respons fra omgivelsene og

hjelpeapparatet. Lossius, klinikkjef ved Bergensklinikkene, skriver at det fortsatt kan forekomme at pasienter som opplever tilbakefall til problematisk rusmiddelbruk blir utskrevet fra behandlingsinstitusjoner. Hun kommenterer at *”det er imidlertid ikke mange andre pasientgrupper som risikerer å bli utskrevet fra behandlingstilbudet sitt når man viser symptomene sine”* (Lossius, 2011b, s. 27).

Personer med alkoholavhengighet har hatt mange ulike betegnelser opp igjennom historien. Hamran (2012) omtaler perioden fra 1920-1930 tallet: *”... og selve betegnelsen på pasientene skiftet fra ”alkoholister”, som reflekterte en oppfatning av alkoholen som problemets egentlige årsak, til ”drikkfeldige” som antydte at problemet hadde med den enkelte og den enkeltes karakter å gjøre”* (s. 213). Nortvedt og Grimen (2006) skriver at de som led av drukkenskap ble ansett å være skyld i egen ulykke, og ble vurdert som *”uverdige trengende”* (s. 35). Vi kan møte disse holdningene også i dag.

Behandlere, familie og andre kan oppleve personens tilbakefall som dramatisk og uhåndterlig, og det stilles gjerne spørsmål om vedkommende ”vil nok” eller er ”motivert nok” for endring. Mange mennesker med alkoholproblemer har møtt uoverkommelige krav om å ”ta seg sammen”. Myter og stigmatiserende holdninger har vært en viktig begrunnelse for å søke mer kunnskap om problematikken.

Forklaring eller forståelse

Forskning i ulike fagfelt gir stadig ny kunnskap om rusmiddelproblematikk (Sellman, 2010). Teorier om psykologisk stress og psykososiale faktorer har hatt og har fortsatt stor plass i årsaksforklaring og behandling av rusmiddelavhengighet (jmfr. Nordfjærn, 2010a). En forståelse som har fått utbredelse de siste tiår er den såkalte bio-psykososiale modellen (Rassool, 2010b). Modellen tar i større grad høyde for at rusmiddelavhengighet er en sammensatt problematikk. De siste årene har for øvrig biomedisinsk forskning gitt ny og viktig kunnskap om signalstoffer i hjernen og om mekanismer for rusmiddelavhengighet (jmfr. Mørland, 2010, s. 122-128). Alkoholavhengighet betraktes i større grad som en kronisk tilbakevendende lidelse (jmfr. Bramness, 2011, s. 5; Sellman, 2010). I min studie har jeg ikke fokusert på årsaksforklaring. Oppmerksomheten har i stedet vært rettet mot hvordan tilbakefall kan erfares og forstås. Dilthey¹ har skrevet om begrepene ”forståelse” og ”forklaring”: *”Åndsvidenskabernes opgave er at ”forstå” ... Naturvidenskaperne bestræber sig omvendt på at forklare fænomenene i naturen”* (jmfr. Gulddal & Møller, 2005, s. 24-25).

¹ Wilhelm Dilthey (1833-1911) Tysk filosof og historiker. Sentralt navn i tradisjonell hermeneutikk.

Hvorfor er det viktig å forstå? Storli (2006) har forsket på ulike tema innen sykepleie, og skriver om forståelsens betydning i møte med pasienter: *"Hvis målet er at kunnskapen som utvikles, skal være for praksis, vil perspektivet som kommer fram gjennom forskningen, kunne ha betydning for den forståelse pasienten bli møtt med av helsepersonell"* (s. 93). Hun skriver at uten denne forståelsen vil pasientens egen erfaring gjerne ikke bekreftes og anerkjennes, men heller avkreftes. Forståelse for pasientens situasjon gir best mulig kommunikativ grunn og handlingsgrunnlag i møte med pasienten (jmf. M. Råheim, 2002). Gadamer² (2003) omtaler "samtalen" som en *"stadig og uendelig søken etter sannheten"* (s. 114), og at *"Målet for all kommunikasjon er en felles forståelse av saken"* (s. 34). Forståelse er viktig i møte med pasienter, og er et sentralt begrep i denne studien.

Pasientens egen opplevelse og erfaring

Et fenomenologisk perspektiv innebærer et spesielt fokus på hvordan personen selv opplever, erfarer og forstår sin virkelighet. Perspektivet gir en ramme for å anerkjenne denne viktige kunnskapen (jmf. Karlsson, 2006, s. 121). Jeg vil tro at menneskers erfaring med tilbakefall er både kroppslig og psykisk, og at hverdagspråket er godt egnet for å kunne gi uttrykk for denne erfaringen.

Begrepene "vane" og "uvane" er etter manges erfaring lite i bruk når en drøfter tema rusmiddelbruk og rusmiddelavhengighet. Brumoen (2010, forord) kommenterer at *"Vanen som repeterende hverdagsfenomen er stemoderlig behandlet ..."*, og spør om disse begrepene ikke har høy nok akademisk status. Jeg antar at mennesker som opplever tilbakefall kan erfare dette nettopp som inngrodde vaner.

"Pasient" er etter hvert blitt en vanlig benevnelse for personer som får rusbehandling. Lenge var det tradisjon for å bruke begrepene "klient" og "bruker". I tråd med Rusreformen i 2004 og ny helselovgivning fikk personer med rusproblemer pasientrettigheter (jmf. Rusreformen, 2004), og spesialisthelsetjenesten fikk større ansvar for forebygging og behandling av rusproblemer. Informantene i denne studien hadde tidligere vært til rusbehandling, og de ble rekruttert via helseforetak. Fordi problemstillingen er sett i et helsefaglig perspektiv, har jeg brukt ordet "pasient". Jeg har brukt betegnelsen "informant" om de som har bidratt med empiri til studien gjennom dybdeintervju.

² Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Filosof og kjent hermeneutiker.

1.2 Formål med studien

Det er ikke et entydig svar på hvorvidt en masteroppgave skal kalles en ”studie”. Jeg har valgt å omtale prosjektet både som ”oppgaven” og ”studien”. Studien har et sykepleiefaglig perspektiv, men fordi kunnskapen forhåpentligvis vil være relevant også for andre enn sykepleiere har jeg også brukt det mer generelle uttrykket ”helsepersonell”.

- Studiens overordnede mål har vært å belyse og løfte fram pasienters egen opplevelse og erfaring av tilbakefall til problematisk alkoholbruk etter rusbehandling, og å bidra til økt forståelse av fenomenet.
- I en tid der kunnskapsbaserte behandlingstiltak er i fokus er det viktig å hente kunnskap fra mange kilder, ikke minst fra pasienten selv. Studien vil forhåpentligvis tilføre rusfeltet ny kunnskap og gi en dypere forståelse av rusproblematikk. Den vil kunne bidra til å legitimere pasientens erfaringsbaserte kunnskap.
- Økt forståelse og kunnskap vil være relevant for klinisk praksis. Dette kan ha betydning for hvordan helsepersonell møter pasienter, og hvordan pasienter kan få hjelp til å leve med eller å endre sin situasjon. Kunnskapen kan ha betydning for behandlingsprosessen, og kan ha innvirkning på helsepersonells forventninger til resultater og effekt av behandling. Kunnskapen anses som viktig både for helsepersonell, for de som selv har en alkoholavhengighet, og for deres nærpersoner.
- Formål med studien var også å bidra til å avdekke myter og stereotypier, noe som kan ha innvirkning på våre holdninger. Kunnskapen vurderes å være viktig bidrag i etiske refleksjoner blant helsepersonell og i samfunnet for øvrig.

1.3 Problemstilling

Studiens problemstilling er som følger:

Hvordan opplever og erfarer pasienter å ha tilbakefall til problematisk alkoholbruk etter rusbehandling?

Pasienters egne erfaringer står altså i fokus. I oppgaven vil jeg definere ”erfaring” som den kunnskap og viten som vi får gjennom egne opplevelser. Det er viktig å skille mellom opplevelsen i seg selv, og den erfaring som dannes når opplevelsen er satt i forhold til tidligere erfaring ved tankemessig bearbeiding eller refleksjon.

1.4 Forskningsdesign

Dette er en kvalitativ studie med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Datamaterialet er innhentet ved dybdeintervju av to menn og to kvinner om deres opplevelse og erfaring av tilbakefall til problematisk alkoholbruk etter rusbehandling. Informantene hadde tidligere vært pasienter i rusavdeling, men var for tiden ikke innlagt i institusjon. Analysen er en tematisk strukturanalyse etter inspirasjon fra Lindseth og Norberg (2004). Diskusjonen ble gjort på bakgrunn av fenomenologisk teori, hovedsakelig fra Merleau-Ponty (1994), Leder (1990) og Frank (1995).

1.5 Studiens oppbygning

Jeg vil kort angi studiens oppbygning. I kapittel to utdypes teori og kunnskapsgrunnlag for tema og problemstilling, samt tidligere forskning. I kapittel tre gjør jeg rede for studiens vitenskapelige perspektiv. I kapittel fire skriver jeg om metode, men gjør først rede for egen for forståelse og etiske aspekter. Videre i kapittel fem presenterer jeg naiv forståelse, og funn fra strukturanalysen i form av tema som understøttes av sitater fra informantene. I kapittel seks diskuteres funn i lys av fenomenologisk teori. Sitater brukes her for å gi leseren en forståelse av meningen. Kapittel sju er oppgavens avslutning. Der redegjør jeg for hvordan studiens kvalitet er forsøkt ivaretatt, og jeg viser til mulige svake sider ved oppgaven. Videre skriver jeg om hvordan studiens funn kan ha betydning for praksis, og foreslår tema for videre forskning.

2.0 TEORETISK BAKGRUNN FOR TEMA OG PROBLEMSTILLING

Studiens problemstilling må forankres i fagfelt og tidligere kunnskap. I dette kapitlet vil jeg først ”posisjonere meg” i felt og fagtradisjon og gjøre rede for den teori og litteratur som min problemstilling er basert på. Deretter vil jeg orientere om litteratursøking og om relevant forskningslitteratur.

2.1 Forankring i fagfeltet

Jeg vil her gjøre rede for teori som har betydning for tema, problemstilling og utvalgskriterier. Dette vil bidra til å presisere problemstillingen og definere viktige begreper. Kapitlet er inndelt i avsnitt med overskriftene ”problematiske alkoholbruk”, ”tilbakefall”, ”russug”, ”pasientens ressurser” og ”kjønnsperspektiv”.

2.1.1 Problematisk alkoholbruk

Problematisk bruk av alkohol kan forstås på ulike måter, og begreper som alkoholavhengighet og alkoholmisbruk viser til ulike sider ved dette. Neurobiologisk forskning har de siste årene gitt ny og viktig kunnskap om rusmidlers virkning på belønnings- og motivasjonsbanene i hjernen. Forskningen viser at rusmiddelbruk kan gi langvarige hjerneforandringer (jmf. Mørland, 2010, s. 133). Mørland skriver om rusmidlers virkning, og presiserer at dette handler om ulike rusmidlers fellesvirkninger, deriblant alkohol. Han skriver videre at *”Rus er avmystifisert til en konsekvens av rusmidlenes neurobiologiske virkninger”* (Mørland, 2010, s. 122). Denne kunnskapen har ført til optimisme i enkelte miljøer, og håp om at en i større grad ved hjelp av medikamenter skal kunne forebygge og behandle rusmiddelavhengighet (jmf. K.T. Brady & Sonne, 1999). Mørland (2010) advarer imidlertid mot en forenkling av en sammensatt problematikk: *”En betydelig ydmykhet fra neurobiologiske hold er således på sin plass mht i hvilken grad vår neurobiologiske innsikt kan brukes til å forklare komplekse fenomen som rus og avhengighet”* (s. 128).³

Verdens helseorganisasjon (WHO) sitt diagnosesystem ICD-10, opererer med ulike diagnostiske kriterier for rus- og avhengighetsdiagnoser. Disse er plassert i kategorien ”Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser” (jmf. Statens helsetilsyn, 2006, s. 68-79). Diagnosen ”alkoholavhengighet” er mer omfattende enn ”skadelig bruk av alkohol”. Begrepet ”alkoholmisbruk” er ingen diagnose i henhold til ICD-10. Informantene i denne studien hadde hatt en avhengighet av alkohol, men i studien har selve diagnosen hatt mindre betydning.

Det har i ulike sammenhenger vært diskutert hvorvidt begrepene ”rusmisbruk” eller ”alkoholmisbruk” er verdiladete og stigmatiserende uttrykk (jmf. Cloud & Granfield, 2008). Nordfjærn (2011a) diskuterer dette i sin avhandling. Han velger å ikke bruke de engelske ordene ”abuse” og ”abuser” som tilsvarer de norske ”misbruk” og ”misbruker”. Dette gjør han for å unngå mulig stigmatiserende effekter. Kelly og Westerhoff (2010) hevder at begrepet ”misbruk” indikerer at bruken av rusmidler (alkohol) er en frivillig og kontrollert handling. De argumenterer for at en heller bør bruke andre ikke-stigmatiserende begreper.

Det har vært gjort forsøk på å rydde opp i begrepsbruken. Nesvåg (2012, s. 57) foreslår i en ny lærebok, ”Helsehjelp til personer med rusproblemer” å ikke bruke begrepet ”rusmisbruk”

³ AA-bevegelsen hadde allerede fra 1930 tallet en forståelse av alkoholisme som en sykdom, men de hadde vansker med å forklare mekanismene bak forståelsen. Talemåter som ”allergi mot alkohol” og ”arvelig sykdom” ble brukt. Neurobiologisk forskning viser til mer komplekse mekanismer, og er mindre kategorisk i sine påstander. Jmf (Nesvåg, 2012)

men heller ”problematisk rusmiddelbruk”. I denne studiens prosjektbeskrivelse og forberedelse brukte jeg begrepet ”alkoholmisbruk”. På bakgrunn av nevnte diskusjon har jeg imidlertid endret dette til ”problematisk alkoholbruk” i løpet av skriveprosessen. Selv om begrepsbruken er endret er betydningen fortsatt ”en tilstand hvor bruk av alkohol forstyrrer livet til brukeren”.

2.1.2 Tilbakefall

Rusbehandling dreier seg om endringsarbeid, om endring av tenkemåter, livsstil og rusvaner. For de aller fleste innebærer denne endringen et krevende og hardt arbeid. Mange får kontroll over sitt alkoholproblem. Men de færreste makter det uten å oppleve ett eller flere tilbakefall (jmf. Sellman, 2010). Nordfjærn (2011a) refererer til en studie som viser at et flertall av pasienter som får behandling for alkoholavhengighet opplever tilbakefall i løpet av de tre første måneder etter behandling (Hunt, Barnett, & Branch, 2006). I en annen artikkel argumenterer forfatterne for at tilbakefall bør betraktes som et naturlig ledd i en dynamisk behandlingsprosess, og understreker at en oftest kan forvente tilbakefall i forløpet av rusbehandling (jmf. Witkiewitz & Marlatt, 2007).

Det er hensiktsmessig å skille mellom ulike typer tilbakefall. Brownell, Marlatt, Lichtenstein og Wilson (1986) introduserte de engelskspråklige begrepene ”lapse” og ”relapse”. Det å ha en kortvarig, enkeltstående sprekk (lapse) er annerledes enn å falle tilbake til tidligere adferd med vedvarende rusmiddelbruk (relapse). Når jeg i denne studien bruker ordet tilbakefall er det i betydningen ”relapse” (jmf. Witkiewitz & Marlatt, 2004).

2.1.3 Russug

Jeg vil her redegjøre for fenomenet russug eller drikketrang. Russug⁴ er den norske oversettelsen av det engelske begrepet ”craving”. Det betegner et behov, lyst eller følelse av tvang til å innta et spesielt rusmiddel, en trang etter et psykoaktivt stoff som personen tidligere har vært under påvirkning av. Rent biologisk er russug sannsynligvis et resultat av forskyvning i ulike transmittorsubstanser i hjernen, blant annet dopaminaktivitet (jmf. Koob, 2008 s. 5-10).

Koob (2008, s. 8-9) omtaler russug type I og type II. Type I handler om russug som kan oppleves i lang tid, opptil flere år etter at en abstinensfase er over. Indre eller ytre faktorer eller triggere (engelsk: ”cues”) kan utløse en trang til å innta rusmiddelet. Russug type II er en

⁴ I henhold til diagnostiske retningslinjer i ICD-10 betegnes russug som ”Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen”.

betegnelse for russug som er særlig fremtredende under en abstinensfase, og sterkest i begynnelsen av denne fasen. Tilstanden kan vare dager eller uker etter at personen har blitt abstinent (dvs. har sluttet å bruke stoffet).

I to artikler gjennomgår forfatterne (D.C. Drummond, 2002; D. Colin Drummond, Litten, Lowman, & Hunt, 2000) ulike sider ved russug: fenomenologiske perspektiver, årsak-virkning forklaringer og kognitive modeller. Ifølge dem er sammenhengen mellom russug og tilbakefall omdiskutert. De mener at prospektive studier viser en viss korrelasjon, men at studier ikke kan bekrefte på hvilken måte russug predikerer tilbakefall (jmf. D. Colin Drummond et al., 2000). Forfatterne viser til den subjektive erfaringen av russug og stiller spørsmål om forskerne og pasientene snakker om det samme: ”... *but are they observing the same phenomenon that patients experience and verbally describe as craving?*” De argumenterer for at det trengs videre forskning på fenomenet.

En nyere artikkel (Statham et al., 2011) begynner slik: ”*Alcohol craving is a poorly understood phenomenon*”. Forfatterne har utarbeidet et spørreskjema⁵ for å kunne måle styrke og frekvens av russug. De mener at skjemaet kan benyttes for å kartlegge og oppdage problematisk drikkeadferd, og for å gi en bedre forståelse av fenomenet. De argumenterer for at bruk av kartleggings-skjemaet kan bidra til at pasientene får adekvat behandling.

2.1.4 Pasientenes ressurser

Som nevnt har mange ulike fagfelt interessert seg for rusmiddelbruk og rusmiddelavhengighet. Sosiologene Cloud og Granfield introduserte begrepet ”recovery capital” etter modell av filosofen Bourdieus arbeider om symbolsk kapital (jmf. Cloud & Granfield, 2008). Ved hjelp av intervjuer og kvalitative tilnærminger (grounded theory) utarbeidet de en teori om ulike typer ressurser. Forfatterne skriver at mennesker har forskjellige ressurser (kapital) som bidrar til rekonvalesens og tilfriskning. Dette betegnes som ”recovery capital”. Som eksempel på kapital nevner de sosial, kulturell, fysisk/materiell og menneskelig kapital. Det som kan vanskeliggjøre rekonvalesens gis betegnelsen ”negativ kapital”, for eksempel skadelig bruk av rusmidler allerede i ung alder, psykisk sykdom, somatiske helseproblemer og fengselsdom. De mener at kvinner innehar en form for negativ kapital fordi de lettere enn menn får fysiske skadevirkninger av rusmiddelbruk.

⁵ Alcohol Craving Experience-strength (ACE-S) og Alcohol Craving Experience questionnaire- frequency (ACE-F)

Forfatterne understreker i artikkelen at mennesker med alkoholproblemer kommer fra alle sosiale lag, og de spør hva det er som gjør at noen har et vedvarende alkoholproblem på tross av god tilgang på ”recovery capital” (Cloud & Granfield, 2008). Jeg vil i min studie bygge videre på dette. Målet med studien har vært å undersøke erfaringen hos pasienter som opplever tilbakefall på tross av at de skulle ha rimelig god tilgang på ressurser i form av ”recovery capital”.

2.1.5 Kjønnsperspektiv

Forskning indikerer visse kjønnsforskjeller relatert til alkoholproblematikk, og epidemiologiske studier viser en høyere prevalens rate for menn enn for kvinner (jmf. Kathleen T. Brady & Back, 2008). Ifølge Myrick, H. og Wright, T. (2008) karakteriseres kvinners drikkemønster ved en større tendens til å drikke alene, inntak av færre alkoholenheter ved hver drikeepisode, og et mer regelmessig alkoholinntak. Kvinner oppnår høyere serumetanol nivå enn menn ved samme alkoholinntak, og er av den grunn mer sårbare for skadevirkninger.

I en multinasjonal oversiktsstudie (Bloomfield, Gmel, & Wilsnack, 2006) konkluderer forfatterne med at kjønnsforskjellene ved alkoholproblematikk avtar i samfunn hvor kjønnsforskjellene ellers er utjevnet. De nevner vesteuropeiske og nordiske land som eksempler på samfunn der kjønnsforskjellene er avtagende. I en annen oversiktsstudie om alkoholbruk, kjønnsforskjeller og tilbakefall konkluderer forfatterne (Walitzer & Dearing, 2006) med at få studier kan dokumentere kjønnsforskjeller i fenomenet tilbakefall, og at konklusjonene derfor er begrensede og kun tentative. Ut fra dette vil kjønnsperspektivet ikke stå sentralt i denne studien. Fokus vil være på pasientens unike og individuelle opplevelse og erfaring, uavhengig av kjønn.

2.2 Litteratursøking og tidligere forskning

Jeg har gjort litteratursøk i aktuelle databaser med ulike kombinasjoner av søkeordene *relapse*, *alcohol*, *lived experience*, *qualitative*, *phenomenology* og *addiction*. Videre søkte jeg etter artikler som handlet om metode, med søkeord: *alcohol* + *qualitative* eller *phenomenological*. Deretter søkte jeg etter sykepleiefaglig forskning fra feltet ved å bruke søkeordene *nursing care* i kombinasjonen. Det meste av litteratursøket ble gjort våren 2012 og i september 2012.

Ved systematisk søk i PubMed fikk jeg to treff på *relapse* + *alcohol*, men de var ikke relevante for min studie. Jeg fikk ingen treff ved bruk av *relapse* + *alcohol* + *experience*. Det

kom opp forslag om å bruke søkeordene *recurrence* eller *recidivism* som alternativer til *relapse*. De begrepene var ikke dekkende for det fenomenet jeg ville undersøke. Søket førte dermed ikke til relevante funn. Medline gav heller ingen funn som jeg fant interessante.

Jeg koblet søkeordene *alcohol + relapse* i PsycINFO, og fikk treff på 46 artikler. For det meste dreide disse seg om faktorer som predikerer tilbakefall, og om forebyggingsprogrammer og neuropsykologi/neurofysiologi. Det var få kvalitative studier. Med søkeordene *lived experience* eller *phenomenology + alcohol + relapse* fikk jeg ingen funn i PsycINFO. Jeg fant én artikkel med søkeord *alcohol + phenomenology*. Denne handlet om russug (D.C. Drummond, 2002), og ble nyttig da jeg skulle redegjøre for russug.

Videre brukte jeg databasen CINAHL. *Alcohol + relapse* gav 447 treff. Jeg tok en rask gjennomgang, men så ingen artikler som hadde direkte relevans, og innsnevret søket. Med søkeordene *alcohol + relapse + experience* fikk jeg 34 treff. Ingen hadde direkte relevans. Jeg nevner eksempler: En artikkel handlet om pasienter som hadde fått utført levertransplantasjon, en annen hadde hovedfokus på ”triggere” og en tredje handlet om pasienter med dobbeldiagnose rus/psykiatri. Jeg fikk opp noen få treff ved ulike kombinasjoner av søkeord, for eksempel *alcohol + lived experience* eller *phenomenology*, men ingen som jeg anså som direkte relevante. Jeg merket meg en interessant studie med tittel ”The problem drinker’s lived experience of suffering” (Smith, 1998). Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, og viser hvordan kroppslig ubehag og lidelse, samt skyld og skamfølelse følger av en problematisk alkoholbruk.

Google Scholar gav et uttall treff på *alcohol + phenomenology*. Ved å kombinere flere søkeord fant jeg enkelte relevante artikler om tilbakefall. Noen av artiklene var til dels eldre, for eksempel ”Relapse and Alcoholism: The Need for Nursing Research” (Innis, 1997). Det var få artikler med sykepleiefaglig perspektiv, derfor ble denne ansett som viktig på tross av at den var fra 1997. Forfatteren anbefaler kvalitative studier om erfaring av tilbakefall. Brownell, Marlatt et al. sin teori om tilbakefall har hatt stor betydning for rusfeltet, og deres teoretiske artikkel ”Understanding and Preventing Relapse” (Brownell et al., 1986) regnes som en klassiker. Deres teori videreføres i to nyere oversiktsartikler: ”Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems” (Witkiewitz & Marlatt, 2004) og ”Modeling the complexity of post-treatment drinking: It’s a rocky road to relapse” (Witkiewitz & Marlatt, 2007). Jeg viser til en fagartikkel som utdyper sammenhenger mellom stress og tilbakefall: ”The Role and Stress in Alcohol Use, Alcoholism Treatment, and Relapse” (jmf. K.T. Brady & Sonne,

1999), og til en tverrsnittsstudie som underbygger stress-sårbarhetsmodellen i tenkning om tilbakefall: "Stress, Vulnerability and Adult Alcohol Relapse" (Brown, Vik, Patterson, Grant, & Schuckit, 1995).

Nordfjærn er psykolog, og disputerte ved Universitetet i Trondheim i januar 2011 med avhandlingen "Patients with Substance Use Disorder. An investigation of Relapse, Substance Use and Recovery" (Nordfjærn, 2011a). Avhandlingen inneholdt fire artikler om tilbakefall (Nordfjærn, 2011b, 2011c; Nordfjærn, Hole, & Rundmo, 2010a; Nordfjærn, Rundmo, & Hole, 2010b). Dette er ny forskning med utgangspunkt i norske forhold, og var derfor spesielt interessant. Tre av hans artikler er basert på tverrsnittsundersøkelser av rusmiddelavhengige generelt, ikke begrenset til alkoholavhengighet. Han har undersøkt tidsintervall mellom behandling og tilbakefall, og faktorer som kan ha betydning for tilbakefall og rusmiddelbruk. Han finner blant annet at omtrent halvparten av alle pasientene opplevde tilbakefall innen de tre første måneder etter behandling. Videre finner han at det er størst tendens til tilbakefall blant yngre pasienter og blant dem som har en avhengighet av opioider eller alkohol. En av hans studier har kvalitativ design (Nordfjærn et al., 2010b) og handler om pasienters opplevelse av behandling og tilfriskning. Denne studien konkluderer med at pasienters relasjon til behandlere og medpasienter har betydning, og understreker viktigheten av kontinuitet i kontakten med helsepersonell.

Jeg fant enkelte artikler som ikke hadde direkte sammenheng med tema for min oppgave, men som hadde relevans fordi de berørte metodikken og viktige sider ved tema og diskusjon. Jeg viser til fire artikler som jeg fant ved bruk av søkeord *addiction + phenomenology* i Google Scholar: 1) "Alcohol and the self" (Shinebourne & Smith, 2009). Dette er en fenomenologisk caseanalyse (med én informant). Den undersøker erfaring med avhengighet sett i relasjon til selvbilde og identitet. Forfatterne anbefaler bruk av kvalitative metoder for å avmystifisere rusmiddelproblematikk. 2) "Stigma reported by nurses" (Lovi & Barr, 2009) er en fenomenologisk studie som undersøker sykepleieres erfaring med arbeid i rusavdeling. Den konkluderer med at stigmatisering av pasienter med rusproblemer finner sted også i behandlingsinstitusjoner, og understreker sykepleieres ansvar for å forhindre dette. 3) I studien "Being in a safe Haven and Struggling Against Alcohol Dependency" (Thurang, Rydström, & Bengtsson Tops, 2011) undersøkes hvordan mannlige polikliniske pasienter opplever å få behandling av spesialsykepleiere. Hermeneutisk-fenomenologisk analyse ble benyttet. Studien viser at det har stor betydning å bli tatt hånd om av kompetent helsepersonell. 4) En interessant oversiktsartikkel drøfter og anbefaler bruk av kvalitative

metoder ved forskning i rusfeltet: "Qualitative reserach methods within the addictions" (Neale, Allen, & Coombes, 2005).

To prospektive studier fokuserer på pasienters subjektive opplevelse av livskvalitet relatert til rusmiddelbruk og tilbakefall (J. H. Foster, Marshall, & Peters, 2000; Laudet et al., 2009). De konkluderer med at tilbakefall fører til nedsatt livskvalitet. Forfatterne understreker at vi fortsatt mangler kunnskap om hva som kan forebygge tilbakefall. De anbefaler bruk av livskvalitetsmålinger for å få fram pasienters subjektive erfaring.

Ellers benyttet jeg manuelt søk via referanselister i artikler og anerkjente lærebøker som for eksempel "Rus" (Fekjær, 2004), "Håndbok i rusbehandling" (Lossius, 2011a), "Helsehjelp til personer med rusproblemer" (Biong & Ytrehus, 2012) og "Substance Abuse Treatment" (Galanter & Kleber, 2008). Videre har jeg brukt pensumlitteratur fra masterstudiet og fulgt lenker til artikler og relevant forskning. Søk med norske ord i Munin eller BIBSYS gav ingen treff som jeg fant relevante i denne sammenhengen. Søk i BIBSYS med søkeordene *alcohol + nursing* resulterte sykepleiefaglig litteratur om avhengighet generelt (Rassool 2010).

For å oppsummere: Min litteraturgjennomgang viser altså at det er gjort flere studier på tilbakefall til rusmiddelbruk, og det dreier seg for en stor del om tverrsnittstudier og andre kvantitative studier. Jeg finner imidlertid ingen studier som fokuserer på erfaringen av tilbakefall til problematisk alkoholbruk ved bruk av kvalitativ metode. Gjennomgang av tidligere forskning synes å bekrefte at det er behov for mer forskning som fokuserer på pasienters egen erfaring av tilbakefall.

2.3 Andre kilder

Fenomenologer har gjerne søkt i alternative kilder for å belyse et tema, for eksempel i skjønnlitteratur (jmf. Polit & Beck, 2012, s. 94). Selv har jeg fått inspirasjon ved å lese Per Olov Enquist sin selvbiografi "Et annet liv" (2009) hvor han skriver om eget alkoholproblem og tilbakefall. Videre viser jeg til Jakob Sandes kjente dikt "Etter ein range" (1992). Begge forfatterne beskriver på hver sin måte ulike sider ved oppgavens tema.

3.0 VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for studiens vitenskapsteoretiske perspektiv under overskriftene "fenomenologisk perspektiv", "hermeneutikk og for forståelse" og "språklig tilgang til andres livsverden". Når jeg velger å bruke en fenomenologisk-hermeneutisk

tilnærming tar jeg samtidig stilling til de ontologiske og epistemologiske spørsmål slik de forstås i fenomenologisk tradisjon (jmfr. Bengtsson, 2006, s. 13). Ifølge Todres og Wheeler har kvalitative metoder og fenomenologiske tilnærminer vært mye brukt i sykepleieforskning (2001).

3.1 Fenomenologisk perspektiv

Som en reaksjon på vestlig tankegods med reduksjonisme og et dualistisk syn på mennesket tok fenomenologene på begynnelsen av 1900-tallet til orde for at mennesket må forstås som ”*erfarende, opplevende og fortolkende sosiale aktører*” (jmfr. Thornquist, 2009, s. 183). Vi er biologiske organismer, men samtidig sosiokulturelle vesener. Husserl⁶ regnes som grunnlegger av den moderne fenomenologi. Han ”... *rettet kritisk søkelys mot tidligere vitenskapelige tradisjoner, ikke minst fordi de forutsatte et skarpt skille mellom subjekt og objekt*” (jmfr. Thornquist, 2003, s. 84). Han gav uttrykk for at et dualistisk syn på mennesket ikke kunne romme kompleksiteten ved det å være menneske.

Fenomenologisk tankegods ble etter hvert en av hovedstrømmingene i vår tids filosofi. Dette hadde både ontologisk og epistemologisk betydning, det vil si både som en ”lære om det værende” og som ”kunnskap om det værende” (jmfr. Bengtsson, 2006, s. 13). Heidegger⁷ og Husserl brukte begrepene ”livsverden” og mennesket som er ”kastet ut i verden”. Livsverden er den verden som vi alltid og allerede lever i sammen med andre og som vi er fortrolig med og tar for gitt, altså den dagligdagse og hverdagslige verden. De snakket om en ”væren-i-verden”, en kompleks virkelighet hvor mening skapes når vi som subjekter erfarer, kommuniserer, sanser og fortolker (jmfr. Bengtsson, 2006, s. 20-25).

Et sentralt begrep innen fenomenologien er ”intensjonalitet”. Det betyr at menneskets bevissthet er rettet mot noe, den er aldri tom. Det innebærer en forståelse av at vi fortolker og skaper mening i det vi erfarer. Skjervheim (1964) beskriver det slik:

Når vi tenkjer, så tenkjer vi på noko, når vi elsker, så elsker vi nokon, når vi hatar, så hatar vi nokon, når vi er redde, så er vi redde for noko, når vi talar, så talar vi om noko osv. (jmfr. Thornquist, 2003, s. 84)

⁶ Edmund G.A. Husserl (1859-1938) Tysk matematiker og senere filosof.

⁷ Martin Heidegger (1889-1976). Fra Tyskland. Omtales som fenomenolog og hermeneutiker.

Merleau-Ponty⁸ bygget på fenomenologisk forståelse, og studerte persepsjonen og kroppens rolle. Han poengterte at det ikke hovedsakelig er vår bevissthet som erfarer og skaper mening, men vår kropp som helhet som lever, erfarer, sanser og er meningsskapende. Et sentralt begrep i hans filosofi er ”den levde kroppen” (jmfr. F. Nortvedt, 2008).

I tråd med fenomenologiens epistemologi vil subjektiv erfaring anerkjennes som kilde til kunnskap. P. Nortvedt og Grimen (2006) skriver:

Fenomenologien vil avdekke menneskets erfaringsverden, ikke slik man forstår eller ser denne i fugleperspektiv eller med en teoretisk distanse, men det som kjennetegner menneskets levde erfaring i verden, og som dannet ethvert grunnlag for refleksjon om denne verden. (s. 63)

F. Nortvedt (2008) skriver at fenomenologien som vitenskapsfilosofi er deskriptiv, og inneholder ikke som den biomedisinske kunnskapsforståelsen, en kausal sansefysiologisk teori. Som jeg har nevnt tidligere fokuserer denne studien ikke på årsaksforklaring.

3.2 Hermeneutikk og forforståelse

Hermeneutikk handler om fortolkning, og hermeneutikken er ikke et alternativ til fenomenologien, men snarere dens naturlige utvikling og forståelse (jmfr. Svenaeus, 2005, s. 85). Dilthey så forståelse som en dialog og fortolkning, og alltid med referanse til personlig og historisk ståsted (jmfr. Todres & Wheeler, 2001).

Vår forståelse endres i samspill med virkeligheten, og ifølge Gadamer (2003, s. 33) forstår vi helheten ut fra delene og delene ut fra helheten. Dette er en stadig gjentagende og sirkulær bevegelse, og omtales som ”den hermeneutiske sirkel”. Den hermeneutiske sirkel eller ”hermeneutiske spiral” som den også omtales (jmfr. Thornquist, 2003, s. 143) er et bilde på denne dynamiske og stadig pågående prosessen av fortolkning og endret forståelse. Et annet sentralt begrep fra Gadamer (2003, s. 115) er ”horisontsammensmeltning”. I en dialog vil vår egen forståelseshorisont møte den andres horisont. Thornquist (2003) skriver at vår horisont kan utvides: ” ... at samtale kan forvandle og bidra til at vi overskrider vår egen og hverandres forståelseshorisont”(s. 167).

⁸ Maurice Merleau-Ponty (1907-1961). Fransk filosof.

Begrepet ”forforståelse” handler om vår egen historie og samlede oppfatning av oss selv og verden. Vår forforståelse har betydning for både våre forventninger og oppmerksomhet.

Gadamer (2003) skriver:

*Det er aldri slik at den som hører på noen eller leser noe, ikke bringer med seg en for-
mening om innholdet og glemmer alle sine meninger. Åpenhet overfor andres eller
overfor tekstens mening vil tvert imot alltid allerede innbefatte at man setter dem i
sammenheng med sine egne meninger og setter sine egne meninger i sammenheng med
dem. (s. 37)*

I studier hvor dybdeintervju benyttes for å innhente data vil en hermeneutisk tilnærming bety at empiri fremkommer i samspill mellom den som intervjuer og den som intervjues. Det som fortelles blir fortolket av en mottaker. For denne studien innebærer dette at min forforståelse, deriblant min erfaring, bakgrunn og mine holdninger, har betydning. Forforståelse kan dersom den ikke tas i betraktning utgjøre en systematisk feilkilde (bias) (jmfr. Olsen, 2003, s. 140). På den andre side kan forforståelse utgjøre et viktig potensial og en berikelse for studien.

Forforståelse skal dermed alltid gjøres rede for.

3.3 Språklig tilgang til andres livsverden

Vil bruk av dybdeintervju i studien gi tilgang til andres erfaring? Husserl var opptatt av at erfaring var prerefleksiv eller passivt fungerende. Han mente at erfaringen gikk forut for alle intellektuelle prosesser (jmfr. Bengtsson, 2006, s. 23). Dette er omdiskutert, og Nortvedt og Grimen (2006) spør: ”Men kan en snakke om en erfaring som ikke i en viss grad er fortolket?” (s. 41) De skriver videre:

*Hermeneutikken er primært opptatt av hvordan mennesket innenfor språkets rammer
og i språklige formidlede sammenhenger forstår den mening og intensjoner som andre
mennesker uttrykker gjennom handlinger, ord og i relasjonelle sammenhenger.
(Grimen & Nortvedt, 2006, s. 38-39).*

Bengtsson (2006, s. 42-44) skriver om hvordan man ved hjelp av intervju kan få en viss tilgang til menneskers livsverden. Han skiller mellom menneskets spontane, ureflekterte erfaringer, og selvforståelse og oppfatninger. Videre sier han at det er vanskeligst å få tilgang til de spontane og ureflekterte erfaringer, og lettest å få fatt i oppfatninger. Gjennom samtale og intervju skjer for øvrig en prosess. Han skriver: ”Den levde erfaringa omgjøres til ei reflektert erfaring, det som var levende blir gitt i stedet et avsluttet meningsinnhold”

(Bengtsson, 2006, s. 43). Lindseth og Norberg (2004) skriver i sin artikkel at menneskers fortellinger kan gi en annen type og mer umiddelbar informasjon enn den som gis ved svar på konkrete og lukkede spørsmål.

Et livsverdensperspektiv bør altså medføre en ydmykhet ovenfor virkeligheten og hva vi kan vite om den, blant annet gjennom språklig formidling. Todres og Wheeler (2001) skriver: *"This means that the "life-world" is always more complex than anything we can say about it: the lived is greater than the known"*. På bakgrunn av denne refleksjonen har jeg i min studie valgt å gjøre bruk av dybdeintervju, og bedt informantene fortelle om egne erfaringer.

4.0 METODE

I dette kapittelet vil jeg begrunne valg av forskningsmetode. Jeg vil drøfte og gjøre rede for egen forforståelse og etiske aspekter før jeg skriver om innsamling av data. Til slutt vil jeg beskrive hvordan datamaterialet er analysert.

4.1 Kvalitativ metode. Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

Bruk av kvalitativ metode gir mulighet for å fange opp mangfold, egenskaper og mening med de fenomener som skal utforskes. Resultatet vil kunne si noen om menneskers måte å leve i verden på. Malterud (1996) skriver:

Kvalitative forskningsmetoder brukes for å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv, innen deres naturlige sammenheng. Forskeren anses som en aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling som aldri kan bli fullstendig, og som handler mer om nye spørsmål enn om universelle sannheter.

Målet med kvalitative studier er ikke å si noe om omfang eller utbredelse av fenomenet. Formålet er å beskrive enkeltfenomener og gjennom dette søke kunnskap som kan overføres til andre situasjoner (jmf. Kvale & Brinkmann, 2009, s. 181).

Studiens vitenskapsteoretiske perspektiv hadde betydning for valg av forskningsmetode (jmf. Bengtsson, 2006, s. 13). Jeg har brukt en hermeneutisk-fenomenologisk metode basert på Lindseth og Norberg (2004) *"A Phenomenological hermeneutical method for researching lived experience"*. Forfatterne er inspirert av Ricoeurs⁹ teori om fortolkning.

⁹ Paul Ricoeur (1913-2005) Fransk filosof. Sentral i utvikling av hermeneutisk tekning og tolkning av tekster.

Induktiv, deduktiv eller abduktiv tilnærming

I utgangspunktet kan denne studien anses å være en induktiv studie. Dette betyr at jeg startet med empiri og vil ut fra enkelttilfeller forsøke å anslå noe som er relevant utover studiens kontekst. Tjora (2010) skriver: *"Den oppadgående prosessen er å oppfatte som induktiv, at man jobber fra data mot teori"* (s. 155). Deduktiv tilnærming er den motsatte prosessen: *"En deduktiv tilnærming slutter fra en generell regel til å forklare enkelthendelser"* (Tjora, 2010, s. 23).

Allerede ved valg av problemstilling og studiedesign hadde jeg tanker om at teori fra blant annet Merleau-Ponty og Leder kunne være relevant i fortolkning av data. Både innhenting av data, analyse og fortolkning må anses å være farget av denne forventningen. Teorien har angitt en retning, og jeg erfarte derfor at dette ikke ble en ren induktiv studie. Datainnsamling, analyse og fortolkning har foregått i en sirkulær prosess. Tjora (2010) og Blaikie (2007, s. 88-90) skriver om abduktiv forskningsstrategi som et alternativ til deduktiv og induktiv tilnærming. Jeg siterer Tjora: *"Ikke minst interessant er den såkalte abduktive tilnærmingen, som starter fra empirien (som induksjon) men hvor teori og perspektiver spiller inn i forkant eller i løpet av forskningsprosessen"* (s. 23). Jeg erfarer at betegnelsen "abduktiv tilnærming" kan være dekkende for tilnærmingen som er brukt i denne oppgaven.

4.2 Egen forforståelse

For å gi leseren en mulighet til å evaluere forskningsprosessen og vurdere studiens funn, må jeg gjøre rede for egen forforståelse. Som omtalt i kapittel 3.2 handler vår forforståelse om vår egen bakgrunn og vår samlede oppfatning av oss selv og verden. Imidlertid er det et spørsmål om i hvor stor grad det er mulig å gjøre rede for sin egen forforståelse. Vi kan ikke tre ut av vår egen livsverden. Thornquist (2009) skriver: *"Vi kan - men altså ikke ubegrenset gjøre vår egen forståelse til gjenstand for kritiske undersøkelser"* (s. 153).

Med min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier i rusbehandling, vil denne studien innebære forskning i eget felt. Det er ulike syn på om forskeren bør ha en "utenfraposisjon" i forhold til det som skal studeres, eller om en "innenfraposisjon" til feltet er å foretrekke (jmf. Paulgaard, 1997). Paulgaard skriver om å forske i eget felt, og at forskerens subjektive forforståelse kan gjøre vedkommende blind for det som er opplagt. Videre siterer hun Rosaldo (1989): *"Det at forskeren står fjernt fra sine informanter når det gjelder erfarings- og kunnskapsgrunnlag, vil på denne måte være et hinder for forståelse"*. Paulgaard (1997) presenterer dette som et dilemma, og konkluderer med at å forske i eget felt krever evne til

egen refleksjon. Denne refleksjonen må presenteres. *”Slike spørsmål krever at den som i utgangspunktet er innenfra i større grad må gjøre rede for sin egen rolle i dataproduksjonen enn hva som er tilfellet for forskere som kommer utenfra”* (jmf. Paulgaard, 1997).

Informantene i denne studien var orientert om at jeg var psykiatrisk sykepleier og at jeg hadde bakgrunn fra rusbehandling. Jeg opplevde at min kunnskaps - og erfaringsbakgrunn var et positivt bidrag, og var et viktig grunnlag for dybdeintervjuene.

Selv om intensjonen har vært åpenhet og en type objektivitet¹⁰, har min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier vært med på å prege valg jeg har gjort i alle faser av studien. Jeg siterer Tjora (2010): *”Forskerens faglige tilhørighet bidrar til en form for betoning av hva som er forskningsmessig interessant”* (s. 24-25). Mitt faglige ståsted har for eksempel hatt betydning for hva jeg har vektlagt i intervjuene og hva jeg ba informantene om å utdype. Mitt faglige ståsted må også anees å ha påvirket analysen, hvordan jeg har foretatt inndeling av meningsbærende enheter, og videre hvordan jeg formulerte de ulike tema.

Jeg har i andre sammenhenger reflektert over om det i dagens rusbehandling er en tendens til at kroppslige erfaringer av tilbakefall nedtones i forhold til psykologiske forklaringer og tankegods. Jeg hadde av den grunn en viss interesse for og forventning om at pasientene ville fortelle om kroppslige erfaringer og uttrykk. Intervjuguiden som ble utformet har vært noe farget av dette. Videre var jeg forberedt på at blant annet Leder og Merleau-Ponty sin teori om kroppsfenomenologi kanskje kunne benyttes ved drøfting av funn. Samtidig som jeg var klar over denne forforståelsen, hadde jeg en intensjon om å kunne legge dette til side dersom den ikke var relevant i møte med informantene.

I oppgavens innledning skriver jeg om stigmatisering. Jeg må også stille meg selv spørsmål om egne holdninger til mennesker med alkoholproblemer. En rekke lidelser har sammenheng med livsstil. Jeg ser ingen grunn til at pasienter med et alkoholproblem skal ha større ”skyld” i egen lidelse enn andre pasienter med livsstilssykdommer. Mennesker med alkoholproblemer er ingen homogen gruppe. De kommer fra alle samfunnslag og skal møtes som enkeltpersoner.

Et viktig mål for terapeutiske samtaler er å få til endring hos pasienten (jmf. Kvale & Brinkmann, 2009, s. 61). Forskningsintervju er annerledes, og målet er å innhente kunnskap.

¹⁰ Jeg forstår objektivitet slik Kvale og Brinkmann skriver: *”Innenfor fenomenologisk filosofi er objektivitet uttrykk for troskap mot de undersøkte fenomenene”* (2009)

Fordi jeg vanligvis har en terapeutisk relasjon til pasienter, måtte jeg være spesielt oppmerksom på denne forskjellen i intervjusituasjonen. Informantene skulle fortelle om egne erfaringer, og jeg skulle ikke vurdere forslag til behandlingstiltak slik jeg ville ha gjort i en behandlingsrelasjon.

Kognitiv terapi oppnår stor anerkjennelse og er utbredt i rusbehandling (jmfr. Rassool, 2010d). Jeg har selv videreutdanning innen kognitiv terapi, og kjenner til begreper og modeller som er sprunget ut fra den tradisjonen. Som et eksempel kan nevnes ”kognitiv blokada”, som når fornuften blokkeres og personen erfarer å handle på ”autopilot”. Et annet eksempel er ”kognitiv dissonans” som er en uoverensstemmelse mellom det en person vil og det vedkommende gjør (jmfr. Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993, s. 52 og s. 153). Jeg har prøvd å være bevisst på å ikke fortolke informantenes utsagn inn i terapeutiske begreper eller andre teoretiske modeller. Kvale og Brinkmann kaller dette for ”bevisst naivitet” (2009, s. 50). Ved bruk av fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv vil jeg tilstrebe å studere levd erfaring slik den trer fram, og ikke tilpasse disse erfaringene til psykologiske, sosiologiske eller andre vitenskapelige begreper eller modeller (jmfr. Todres & Wheeler, 2001).

4.3 Ethiske aspekter

Ethiske overveielser måtte gjøres både i forkant av studien og underveis i prosessen. Var studiens formål viktig nok, og kvaliteten god nok til at jeg kunne forespørre pasienter om å delta? Informantene kom til å få spørsmål om sensitive tema, og de ville bli spurt om å fortelle om svært personlige erfaringer.

Helsefaglig forskning. Denne studien dreier seg om helsefaglig forskning hvor mennesker er involvert, og omfattes dermed av *Helseforskningsloven* (2008). Forhåndsgodkjenning fra *Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (REK) forelå 13.09.12 (vedlegg 1). Helseforskningslovens (2008) § 13 krever ”*informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart samtykke*”. Det innebar at pasientene skulle få orientering og forespørres om deltakelse både skriftlig og muntlig (forespørsel om deltakelse, vedlegg 2). Forespørselen skulle være tydelig og forståelig (jmfr. Polit & Beck, 2012, s. 157-159). Det måtte klart fremkomme hva som skulle studeres og hvorfor, og at studien ville bli offentlig tilgjengelig ved bestått eksamen. Potensielle deltakere måtte ha mulighet til å stille spørsmål om hva deltagelse i studien ville innebære. Å takke nei til studien eller deltagelse skulle ikke på noen måte ha konsekvenser for behandling eller oppfølging fra hjelpeapparat. Det var ikke på noe tidspunkt i forskningsprosessen aktuelt å be om innsyn i pasientjournaler.

Sårbare grupper. Konfidensialitet er et viktig aspekt ved all forskning, og dette er særlig viktig ved undersøkelser som involverer ”stigmatiserte og sårbare grupper”. Neale, Aleen og Coombs (2005) understreker dette i sin artikkel. Ifølge *Helsinkideklarasjonen* (World Medical Association (WMA), 2009) stilles det strengere krav til forskning på ”sårbare grupper”. Imidlertid er det ikke opplagt hva som regnes som en sårbar gruppe, og det er ikke gitt at mennesker med alkoholproblemer tilhører en sårbar gruppe. Solbakk (2011) skriver i en artikkel fra Forskningsetisk bibliotek:

Betegnelsen "sårbare grupper" brukes vanligvis synonymt med "utsatte grupper". En gruppe regnes gjerne som sårbar fordi det er spesiell grunn til å mistenke at individene som inngår i gruppen, kan ha særskilte utfordringer forbundet med å gi fritt informert samtykke til at forskning utføres på dem.

I en artikkel, også fra Forskningsetisk bibliotek, drøfter Høyer etiske problemstillinger knyttet til forskning i russektoren. Han har et viktig poeng når han skriver at rusmiddelbrukere som gruppe ikke nødvendigvis kan betraktes som svakstilte. Høyer (2010) skriver:

Det er min erfaring og min mening at rusmiddelbrukere i utgangspunktet må anses som fullt ut kompetente, og ikke har behov for beskyttelse i egenskap av å være svakstilte. Det er selvsagt individuelle variasjoner ... Unntaket er når de er under aktiv og sterk påvirkning av rusmidler der samtykkekompetansen avgjort et nedsatt.

På bakgrunn av dette har jeg tatt utgangspunkt i at rusmiddelbrukere til en viss grad kan oppfattes som en sårbar og stigmatisert gruppe, og at dette har hatt betydning for gjennomføring av studien. De potensielle deltakerne i studien hadde et alkoholproblem som kunne medføre at de i perioder hadde nedsatt samtykkekompetanse eller vansker med å gjennomføre intervju. Jeg var åpen for eventuelt å måtte drøfte dette med informantene, og kanskje avlyse eller utsette avtalt intervju. Imidlertid ble dette ikke en aktuell problemstilling hverken i rekrutteringsfasen eller senere.

Risiko eller ulempe ved deltakelse. Det er et krav at deltakelse i forskningsprosjekter ikke skal innebære en risiko eller ulempe for informantene (jmf. Helseforskningsloven, 2008). Før den enkelte pasient ble spurt om å delta måtte det gjøres avveininger i samråd med de erfarne behandlere som først skulle kontakte informantene. Dette handlet for eksempel om studiedeltakelse ville bli en uforholdsmessig stor belastning eller om tredjepersoner ville bli indirekte involvert. Informantene fikk orientering om anonymisering og om muligheten for å

trekke seg fra studien når som helst uten å måtte oppgi grunn. Tjora har skrevet om gjennomføring av intervju:

I forbindelse med selve gjennomføringen av intervjuet er forskningsetikken først og fremst opptatt av at informanten ikke skal komme til skade, og da særlig ved at følsomme temaer tas fram uten at intervjueren har en mulighet til en terapeutisk bearbeiding av dette. (2010, s. 52)

For å bidra til å ivareta dette aspektet ble det i ”Forespørsel om deltakelse” (vedlegg 2) informert om mulighet for samtale med undertegnede i etterkant av intervjuet. Min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier ville kunne være til hjelp for å ivareta informanten på en god måte. Et forskningsintervju betegnes av Kvale og Brinkmann (2009, s. 52) som en spesifikk profesjonell samtale med et klart asymmetrisk maktforhold mellom forskeren og den som blir intervjuet. Det har vært viktig å være bevisst dette forholdet. Jeg har tilstrebet å fremstå med troverdighet, åpenhet og forsøkt å legge til rette for en god atmosfære i intervjusituasjon. Uansett skulle maktforholdet tas med i den videre refleksjonen.

Oppsummert vil jeg understreke at kvalitative studier som regel fører til større fokus på private forhold enn kvantitative studier. Studien hadde et fåtall informanter som var lokalisert til et avgrenset geografisk område. Det har derfor vært spesielt viktig at informantene ikke kunne identifiseres. Videre har kvalitativ forskning som regel løsere design enn kvantitative studier, og jeg har måttet være forberedt på å møte nye etiske problemstillinger underveis. Disse er fortløpende blitt drøftet med veileder.

4.4 Datainnsamling

I følgende kapittel vil jeg gjøre rede for prosessen ved innhenting av data, som inklusjonskriterier, nødvendige tillatelser, gjennomføring av intervju og transkribering. Videre gjør jeg rede for sikkerhet ved oppbevaring av sensitive data. Datainnsamling foregikk ved bruk av forskningsintervju som jeg vil omtale både som ”intervju” og ”dybdeintervju”. Jeg viser til Thora (2010) sin definisjon: ”Dybdeintervju brukes som betegnelse på et kvalitativt intervju (også kalt semistrukturert) som bærer preg av samtale mellom intervjuer og informant” (s. 193).

4.4.1 Utvalg og inklusjonskriterier

Jeg har i kapittel to gjort rede for ”tilbakefall”, ”problematisk alkoholbruk” og ”pasientens ressurser” som bakgrunn for informantutvalg. Spesielt var jeg interessert i den individuelle og

unike opplevelsen av tilbakefall. Med et utvalg på kun fire personer var det uvisst hvor stor betydning det ville ha at utvalget inkluderte begge kjønn. For å tilstrebe et variert bilde og om mulig fange opp kjønnsforskjeller, søkte jeg etter informanter ut fra nevnte kriterier:

- To menn og to kvinner over 18 år med alkoholproblemer
- Informantene hadde vært innlagt i døgnavdeling eller fått poliklinisk behandling (i tverrfaglig spesialisert rusbehandling) for sitt alkoholproblem
- Informantene hadde opplevd tilbakefall til problematisk alkoholbruk etter rusbehandling
- De skulle ikke være innlagt i behandlingsinstitusjon mens studien pågikk
- Informantene hadde hatt en avhengighet av alkohol
- Informantene skulle ha evne til å formidle sin erfaring av tilbakefall
- Jeg viser til oppgavens kap. 2.1.4 om ”pasientenes resurser”. På bakgrunn av dette gjorde jeg noen avgrensninger
 - o Informantene hadde rimelig god tilgang på resurser i form av sosial, kulturell, fysisk og menneskelig ”kapital”
 - o Informantene hadde ikke ”negativ kapital” i form av en alvorlig psykisk lidelse
 - o Informantene var ikke avhengige av andre rusmidler enn alkohol
- Et viktig kriterium var at jeg ikke hadde et behandlingsforhold til informantene

Dette var et såkalt strategisk utvalg av informanter (jmf. Olsen, 2003). Med det menes at informantene velges ut på en hensiktsmessig måte tilpasset hva som skal undersøkes. I kvalitativ intervjuforskning sikter en ikke mot et representativt populasjonsutvalg, men søker å belyse fenomenet på et mest mulig fyldig og mangfoldig vis. Informantene skulle på sett og vis være ”representative”, men det ble ikke tilstrebet at informantene skulle være en såkalt ”homogen gruppe”. Dahlberg, Dahlberg og Nystrøm (2008) skriver ”... *on the other hand it could be that someone who is ”different” might understand better than one that is ”alike”*”(s. 205). Det var ikke et mål å nå såkalt ”data saturation”. Med det menes et punkt hvor forskeren bestemmer seg for å avslutte innhenting av data fordi ytterligere informasjon antas å være overflødig (jmf. Polit & Beck, 2012, s. 742). Dahlberg et. al (2008) mener at å oppnå ”saturation” ikke er relevant i livsverdenforskning:

However, in lifeworld research there is no talk about saturation. Founded in phenomenology and hermeneutics, lifeworld research holds the ontological and

epistemological idea that meanings are infinite, always expanding and extending themselves. Consequently, no saturation can exist. (s. 176)

Fenomenets kompleksitet har ifølge forfatterne en betydning for antall informanter (jmf. Dahlberg et al., 2008, s. 175), men de skriver at det kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i fire-fem deltakere. Prosessen vil vise om det trengtes færre eller flere informanter. Fordi denne studien er en masteroppgave, ville tidsrammen i seg selv begrense antall deltakere. Uavhengig av dette har det vært rimelig å anta at fire informanter, to menn og to kvinner, ville kunne gi tilstrekkelig og sannsynligvis rikelig med data.

4.4.2 Rekruttering og tillatelser

Etter innvilget søknad fra ledelsen ved klinikken (vedlegg 3) forespurte jeg erfarne behandlere om potensielle informanter. De kontaktet så de aktuelle deltakerne pr telefon og informerte om prosjektet. Behandlerne undertegnet en egen taushetserklæring (vedlegg 4) i henhold til krav fra *Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren* (Helsedirektoratet, 2011, kap 3.1.6). De potensielle deltakerne mottok deretter skriftlig forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet (vedlegg 2) og samtykkeskjema for deltakelse (vedlegg 5). Både forespørsel og samtykkeerklæring var utformet etter mal fra *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)* (2012).

Forespørsel om deltakelse innholdt en kort omtale av studiens bakgrunn og hensikt, en orientering om intervjuet og at det ville bli gjort lydopptak av samtalen. Det ble også redegjort for anonymisering. Det ble understreket at deltakelse var frivillig og at informantene kunne trekke seg når som helst uten begrunnelse, samt at de hadde mulighet for samtale med undertegnede om hvordan de hadde opplevd intervjusituasjonen.

To pasienter som ble forespurt av behandlere om å delta, takket nei. Jeg vet ikke av hvilken grunn. En person møtte ikke til avtalt intervju. Imidlertid hadde fire andre pasienter løpet av ca en måned bekreftet at de ville delta i studien. Jeg kontaktet dem pr. telefon og avtalte tid og sted for intervju. Alle fire informantene undertegnet samtykkeskjema før intervjuet fant sted. Jeg kjente til noen av informantene fra flere år tilbake, men hadde ikke hatt et direkte behandlingsforhold til dem.

4.4.3 Presentasjon av informantene

Informantene i denne studien var to kvinner og to menn fra Nord-Norge. På intervjuetidspunktet hadde alle informantene vært avholdende fra alkohol i uker eller måneder. Alle hadde opplevd tilbakefall flere ganger i sitt liv. Tabell 1 presenterer de fire informantene. Jeg velger av anonymitetshensyn å ikke angi kjønn eller sivil status i tabellen under.

Tabell 1 Presentasjon av informantene

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4
Alder	40-50	40-50	50-60	50-60
Alkoholdebut	18 år	11 år	14 år	16 år
Problematisk forhold til alkohol	>10 år	>20 år	>20 år	>15
Tid siden siste rusbehandling	> 3 år	< 1 år	< 1 år	< 1 år
Arbeidssituasjon	Arbeidsavklaring	Uføretrygd	Prosjekt	Deltidsarbeid

Som tabellen viser var alle informantene i aldersgruppen 40-60 år. De hadde drukket alkohol for første gang i sitt liv relativt tidlig. Alle hadde hatt et alkoholproblem som hadde vart i mer enn ti år. For alle informantene var det mindre enn tre år siden forrige rusbehandling. Den aktuelle arbeidssituasjon var ulik for de fire informantene.

4.4.4 Gjennomføring av intervju

De fire intervjuene var gjennomført i løpet av oktober og november 2012. To av informantene ønsket at intervjuet skulle finne sted hjemme hos dem. De to andre intervjuene ble foretatt på et offentlig kontor som ikke hadde tilknytning til rusinstitusjon eller sykehus. Jeg orienterte om at intervjuet kom til å vare ca en time. Videre informerte jeg på nytt om studiens formål og at informantene kunne trekke seg uten begrunnelse dersom de ønsket det. Etter en kort introduksjon ble lydopptakeren slått på.

Jeg hadde laget en intervjuguide som rettesnor for samtalen (jmf. Tjora, 2010, s. 116-119) (vedlegg 6). Guiden var ikke ment å skulle følges slavisk. Jeg stilte først noen konkrete åpnings spørsmål, for eksempel om alder, alkoholdebut og når de sist fikk rusbehandling. Deretter stilte jeg hovedspørsmålet om deres erfaring med tilbakefall til problematisk

alkoholbruk. Informantene ble oppfordret til å fortelle om egne opplevelser og erfaringer. Videre spurte jeg om på hvilken måte tilbakefall til alkoholbruk preget deres hverdag, og hvordan de kjente alkoholproblemet ”på kroppen”. Vi var også inne på tema som omhandlet deres forhold til nærpå personer og andre. Jeg hadde intervjuguiden tilgjengelig, men tok den fram kun på slutten av intervjuet for å forsikre meg om at vi hadde snakket om det som var av betydning. Stort sett fortalte informantene på eget initiativ om relevante episoder og erfaringer. Jeg tilstrebet å stille åpne spørsmål, stilte oppfølgingsspørsmål og ba gjerne om utdypning av det som ble fortalt.

Informantene virket engasjerte, og de fortalte om dypt personlige erfaringer og opplevelser. Historiene deres rommet sider ved tilbakefall som de ikke nødvendigvis hadde tenkt grundig gjennom på forhånd. Ved noen få anledninger ble det snakket om ting som hadde mindre relevans for studien. Dersom dette var svært sensitive tema, anbefalte jeg at vi snakket videre om dette etter at lydopptakeren tar slått av. Dette ble gjort en gang. Jeg bemerket at de kunne gi beskjed dersom de opplevde mine spørsmål som for nærgående. Det ble ikke nødvendig å slå av lydopptaker underveis. Intervjuene varte i ca en time.

En av informantene var i begynnelsen av intervjuet noe nølende til ordet ”tilbakefall”, og stilte spørsmål om det kunne kalles tilbakefall når vedkommende faktisk valgte å drikke igjen. En annen sa at det skjedde en endring etter at hun hadde fått et bevisst forhold til sin bruk av alkohol, og først fra da av betraktet hun drikkeepisodene som tilbakefall. Jeg gjorde rede for min forståelse og definisjon av ”tilbakefall til problematisk alkoholbruk” som ”tilbakefall til tidligere adferd med vedvarende rusmiddelbruk (relapse), en tilstand hvor bruk av alkohol forstyrrer livet til misbrukeren”. Informantene gav uttrykk for at denne forståelsen var gjenkjennbar, og at den gav et godt utgangspunkt for samtalen.

Etter at intervjuet var ferdig gav informantene uttrykk for at det hadde vært interessant å delta, og at de ikke hadde hatt nevneverdige vansker med å snakke om temaet. Noen sa at de gjerne ville bidra til økt kunnskap på feltet, og ønsket å få tilsendt et eksemplar av masteroppgaven når den ble ferdigstilt. Informantene fortalte med både innlevelse og humor, samtidig som de stilte spørsmål og ba om presiseringer. Jeg opplevde at de var imøtekommende og at de gav mye av seg selv, og jeg satt igjen med en følelse av å ha fått høre unike og til dels dramatiske historier. Kort tid etter at det enkelte intervju var gjennomført, noterte jeg ned mine egne tanker og refleksjoner.

Dalberg et.al (2008, s. 204-205) skriver spesielt om det å ta vare på informanten. Jeg kontaktet en informant dagen etter intervjuet fordi jeg var noe bekymret for om intervjuet hadde vært opprivende og problematisk. Vedkommende kunne bekrefte at det stod bra til, og at intervjuet ikke hadde medført vansker. Ifølge Polit og Beck (2012, s. 62) kan det være nødvendig å kontakte informanten i etterkant av forskningsintervjuet for å etterspørre mer data. Jeg hadde avklart med informantene at de kunne ringe meg dersom det var noe de ville tilføye i ettertid, og likeledes hvis det var noe jeg hadde glemt å spørre dem om. Bortsett fra en kort tilføyelse, har verken informantene eller jeg hatt behov for å justere eller å etterspørre informasjon.

4.4.5 Transkribering. Avidentifisering og anonymisering

Det er viktig å være klar over at transkribering bør regnes som en del av analyse og fortolkning. Tjora (2010) skriver ”... *det finnes ingen objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form*” (s. 26). Hammersley (2012) drøfter i sin artikkel ”*Reproducing or constructing...*” hvorvidt språklige data skal oppfattes konkrete og derfor reproduseres ved transkripsjon eller i hvilken grad de blir konstruert og fortolket ved transkripsjon. Han mener det er grunn til varsomhet, og refleksjon rundt prosessen.

Behandling av data har betydning for studiens kvalitet. Jeg hadde en målsetning om å utføre transkripsjonene så ensartet som mulig, og tilstrebet en grundig og nøyaktig prosess. Det var nødvendig med nok tid, ro og kontinuitet ved transkribering av intervjuene. Jeg transkriberte intervjuene selv så snart som mulig. Transkribering av hvert intervju ble utført i løpet av omlag en uke, og før neste intervju fant sted. En times intervju medførte ca åtte timers skrivearbeid, og ble til vel 25 sider tekst med halvannen linjeavstand. Ved transkriberingen ble intervjuene nummerert fra 1-4. De ble avidentifisert¹¹ og anonymisert¹² som beskrevet i

¹¹ Med ”avidentifisert” menes i Normen helse- og personopplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson, og hvor identitet bare kan tilbakeføres ved sammenstilling med de samme opplysninger som tidligere ble fjernet.....

Avidentifiserte data er anonyme hvis koblingsnøkler er fjernet.

¹² Med ”anonymisert” menes i Normen helse- og personopplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson (jmr. Helseregisterloven § 2 nr. 3). Opplysninger om en person regnes som ”anonymisert” dersom identifiseringen krever uforholdsmessig stor arbeidsinnsats eller store kostnader.

veileder fra Helsedirektoratet, *"Veileder for personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren"* (Helsedirektoratet, 2011).

Jeg transkriberte intervjuene fra dialekt til normalisert språk. I noen få tilfeller lot jeg dialektuttrykk bli stående fordi de sa noe som ellers vanskelig kunne la seg formilde, for eksempel *"hakker på hauet"* eller *"å ta laus"*. Å normalisere språket bidro også til anonymisering. Identifiserbare kjennetegn som egennavn eller stedsnavn, opplysninger om lokale forhold eller spesielle hendelser ble fjernet eller kamuflert. Foruten unntakene som nevnt ovenfor, ble hvert ord som ble sagt av informant og intervjuer nedskrevet.

Lyddoptakeren ble ikke slått av underveis i samtalen. Ved noen få anledninger "snakket vi i munnen på hverandre", og det var vanskelig å høre hva som ble sagt. Dette ble bemerket i transkripsjonen. Noen ikke-språklige uttrykk som jeg mente var av betydning ble notert, for eksempel: "informanten smiler", "latter", "ruller røyk" osv. Pauser i samtalen ble merket med prikket linje ... Jeg noterte også bekreftende uttrykk som "hmh" ... "sier du det?" ... "hm"...

Jeg anser intervjuet som en situert handling. Det betyr at handlingen spesifikt er knyttet til en situasjon i en gitt kontekst. Med bakgrunn i hermeneutisk tradisjon, og en forståelse av at intervjuet er en situert handling støtter jeg meg til det Tjora (2010) skriver: *"I forskningen betrakter vi intervjuet som en "situert handling" (Schuman 1987) eller en form for "intersubjektiv situasjon" hvor den spesifikke personen som intervjues er mindre viktig enn den teksten som produseres (derfor også anonymisering)"* (s.142). På bakgrunn av dette var det ikke aktuelt å bruke "sitatsjekk", noe som innebærer at informanten leser gjennom transkribert intervju for å bekrefte mening og innhold.

Transkriberingen var en tidkrevende, møysommelig og engasjerende prosess. Ved å gjøre skrivearbeidet selv fikk jeg en nærhet til stoffet, og jeg oppdaget mening og sammenhenger i teksten. Det var tankevekkende å merke seg hvor annerledes og oppstykket muntlig språk fremstod når det var nedskrevet. Skriveprosessen må anses som en del av fortolkning og analyse.

4.4.6 Sikring og oppbevaring av data

Forskningsprosjektets data, det vil si lydfiler, Word-filer og utskrifter har vært oppbevart forskriftsmessig. Det ble laget prosedyre for sikring av forskningsdata (vedlegg 7) i henhold til personopplysningsforskriften § 2 og Helsedirektoratets veileder for *Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren* (Helsedirektoratet, 2011). Sikkerhetsansvarlig i helseforetaket ble kontaktet for å sikre trygg

lagring av data. Forsvarlig oppbevaring av data innebærer bruk av krypterte datafiler, og innebærer ifølge REK (vedlegg 1) at koblingsnøkler og identifiserbare forskningsdata oppbevares hver for seg. Det er ingen andre enn jeg som har hatt tilgang til filene. Utskrifter av intervjuene har i arbeidsperioden vært oppbevart i låsbart skap som kun jeg har hatt tilgang til. Data skal oppbevares i fem år i henhold til krav fra REK (vedlegg 1).

4.5 Metode for analyse

Intervjuene gav et stort datamateriale som skulle fortolkes og analyseres. Lindseth og Norberg (2004) gir en beskrivelse av fortolkning og analysemetode, og poengterer at å fortolke noe er å tre inn i den hermeneutisk sirkel. Jeg har brukt deres artikkel som inspirasjon til analyse og fortolkning av studiens empiri. Ricoeur (jmf. 1970, s. 247-261) bruker begrepene ”forståelse” og ”forklaring” ved fortolkning av tekster. Naiv lesning dreier seg om forståelse, mens strukturanalyse handler om det Ricoeur omtaler som forklaring av strukturer i materialet. I denne studien har jeg benyttet det som kalles tematisk strukturanalyse som betyr et fokus på tema som utkrystalliseres fra teksten.

Progresjonen i en kvalitativ studie kan beskrives som mer ”sirkulær” enn ”lineær” (jmf. Polit & Beck, 2012, s. 60). Det fordrer bevissthet om at både innhenting av data, analyse og fortolkning av data foregår samtidig (jmf. Polit & Beck, 2012, s. 576). På bakgrunn av dette har jeg beveget meg fram og tilbake i prosessen av analyse og fortolkning, og gjentatt lesning og fortolkning helt til jeg har ansett prosessen og presentasjonen av den som ferdigstilt.

Dette kapittelet er inndelt i ”naiv lesning og naiv forståelse”, ”strukturanalyse” og ”helhetlig forståelse”.

4.5.1 Naiv lesning og naiv forståelse

Ifølge Lindseth og Norberg (2004) betyr ”naiv lesning” både å lese teksten som en helhet, spørre hva den handler om og forsøke å gripe dens mening. Forfatterne kaller dette en fenomenologisk innstilling. De skriver at det ikke er teksten i seg selv som skal analyseres, men meningen den formidler som skal undersøkes.

Jeg tok utskrift av de fire intervjuene, og leste igjennom hvert av dem minst tre ganger. I denne prosessen brukte jeg ingen markør og skrev ingen kommentarer i selve notatet. Jeg skrev så den første naive forståelsen som ble en fortelling på ca 600 ord fra hvert av intervjuene. Teksten ble skrevet i presens, tredjepersons perspektiv. Senere ble teksten endret til preteritum. Dette understreket at intervjuet var en situert handling. Jeg tilstrebet å bruke et

”fenomenologisk språk” som betyr et hverdagslig språk, forankret i erfaring (jmf. Lindseth & Norberg, 2004). På bakgrunn av de fire fortellingene skrev jeg ca en side fra hver med utdrag om erfaring og mening. Eksempel:

- *Å oppleve tilbakefall betyr ”å oppleve at kroppen gjør noe annet enn det du hadde tenkt å gjøre”.*
- *Å oppleve tilbakefall betyr ” å skamme seg, føle seg ynkelig og liten”.*

Det var viktig å ta seg god tid i denne fasen, og ikke for tidlig bestemme seg for tema og retning videre. I ettertid så jeg at de første utkastene til naiv forståelse ble både person - og prosessorientert. Dette fremkom ved at den enkelte informant fortalte om tiden før tilbakefall, om å begynne å drikke alkohol igjen etter å ha vært avholdende, og om å komme seg videre i livet. Etter å ha lest og validert tekstene mot den tematiske strukturanalysen dreide jeg fokuset bort fra person og prosess, og mot tema. De fire fortellingene ble så samlet. Den naive forståelsen presenteres senere under overskriften ”Hva handler teksten om?”.

4.5.2 Strukturanalyse

Jeg benyttet tematisk strukturanalyse. Denne analysefasen regnes som den metodiske delen av fortolkningsprosessen (jmf. Lindseth & Norberg, 2004). Den innebærer en dekontekstualisering av teksten ved at deler av teksten tas ut av sin sammenheng. Deretter sammenstilles utdragene på en ny måte. Til sammen bidrar dette til en distansering og en type objektivisering av teksten.

For å legge til rette for strukturanalysen tok jeg utskrifter av de fire intervjuene etter å ha satt inn stor høyremarg og sidetall. Dette for å kunne notere i manuskriptene og finne tilbake til de enkelte meningsbærende enheter. Jeg brukte rød blyant, delte teksten inn i meningsbærende enheter med klammer. En meningsbærende enhet kunne bestå av noen få ord, en setning eller et avsnitt. Videre kondenserte jeg enhetene. Det betyr at jeg forkortet intervjupersonenes uttalelser til kortere formuleringer. Dette ble gjort i flere omganger for å komme fram til subtema og til slutt tema (jmf. tabell 2). Målet var å gjengi tekstens mening ved bruk av få ord.

De kondenserte meningsbærende enheter ble merket med informantnummer 1-4 og sidetall, og samlet under ulike subtema. Etterhvert hadde jeg 48 subtema. Etter en utfordrende prosess med videre kondensering, hadde jeg seks tema som presenteres i neste kapittel. Utfordringen handlet blant annet om å ikke ”forflute” språket eller å miste tekstens mening underveis i

analysen. De ulike tema ble formulert som verb (infinitiv). Jeg mener dette bidro til å ivareta fenomenologiske tilnærming og fremhever erfaringen. I tabell 2 viser jeg noen få eksempler fra strukturanalysen.

Tabell 2 Strukturanalyse

Meningsbærende enhet	Kondensering	Subtema	Tema
Hvis jeg har det russet flere dager, blir kroppen så anspent hele tiden at jeg ikke klarer å bevege meg. (1.11)	Å oppleve at kroppen er anspent, ikke klare å bevege seg (1.11)	Å oppleve at kroppen vil ha alkohol (1.11)	Å drages mot å drikke
Det var ”ringe-i bjella-opplegg”(2.33)	Å oppleve at det skal så lite til (2.33)	Å oppleve at det skal så lite til (2.33)	Å drages mot å drikke
For da hadde jeg drukket, og var så dårlig og kvalm ... og skjelven og elendig (4.21)	Å bli syk, skjelven og elendig av å drikke alkohol (4.21)	Å bli syk av å drikke (4.21)	Å drikke seg syk eller å drikke seg frisk
Dessverre så har jeg ramlet igjen, før... (2.20)	Å tenke før/nå (2.20)	Å erfare FØR/NÅ (2.20)	Å erfare ”før og nå”
Nå er jeg på en helt annen plass (4.8)	Å oppleve at noe er endret (4.8)	Å erfare FØR/NÅ (4.8)	Å erfare ”før og nå”

Tabell 2 viser hvordan informantutsagn og beskrivelser fra teksten er kondensert til subtema og videre til tema. Om lag side fra hvert intervju ble ikke ansett som relevant for studiens tema og problemstilling, og ble derfor ikke tatt med i den videre analysen.

Jeg kontrollerte at funn fra strukturanalysen var sammenfallende med en naiv forståelse. Da jeg gjentok lesningen så jeg ting fra flere sider, og oppdaget nye sammenhenger.

Kommentarer og spørsmål fra enkelte som jeg drøftet studien med bidro også til å utvide forståelsen. Jeg nevner et eksempel: Jeg hadde et tema: ”Å drikke seg syk”. En kollega spurte spontant: ”Hva med de som drikker seg friske, da?” Det var ikke vanskelig å finne dekkende empiri i teksten. Informantene snakket også om å ”drikke seg frisk”. Strukturanalysen var en tidkrevende og spennende prosess som krevde et nøyaktig og grundig arbeid.

4.5.3 Helhetlig forståelse

Etter strukturanalysen var en såkalt ”helhetlig forståelse” det neste trinn i analyse- og fortolkningsprosessen. Lindset og Norberg (jmf. 2004) bruker i sin engelskspråklige artikkel begrepet ”comprehensive understanding”. Strukturanalysens seks tema ble abstrahert til tre hovedtema. Disse dannet grunnlag for oppgavens videre fortolkning og diskusjon, altså en helhetlig forståelse.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet vil jeg først presentere funn fra naiv lesning under overskriften ”Hva handler teksten om?” Deretter presenteres funn fra strukturanalysen. Til slutt vil de seks tema samles til tre hovedtema som drøftes videre i kapittel seks, ”helhetlig forståelse”.

5.1 Hva handler teksten om?

Hensikten med naiv forståelse er å gi en forståelse av mening og hva dette handler om. Den presenteres her som en sammenfatning av de fire intervjuene. Jeg har i dette kapittelet valgt å ikke dele teksten inn i underkapitler. Dette er gjort for å få flyt i beskrivelsen, og for å unngå fokus på de enkelte tema.

Det hadde vært dramatisk og opprivende for informantene å oppleve tilbakefall. Når de hadde vært til rusbehandling hadde de håpet på en forandring, og at de skulle klare å holde seg borte fra alkohol. De hadde ønsket å kunne ha kontroll og selv bestemme hvor mye og hvor ofte de skulle drikke. Alle hadde opplevd tilbakefall flere ganger, og hadde forsøkt på nytt igjen og igjen. Det kunne bety mye strev og hardt arbeid for å motstå dragingen mot å drikke.

Dragningen mot å drikke alkohol kunne ta mange ulike former, og det var ikke alltid lett å kjenne igjen rusuget eller dragingen. Den kunne være ubehagelig uforutsigbar. Noen ganger artet den seg som en vedvarende kroppslig og mental rastløshet og uro. Det kunne også være tanker om at ”det er ikke så farlig med bare litt”, eller ”fagre minner” om alkoholens virkninger. Noen av informantene opplevde at dragingen kunne være et ønske om å koble ut eller en flukt fra det som var vondt og vanskelig. Å ha tilbakefall eller å drikke alkohol igjen kunne oppleves som en innlært, naturlig og uunngåelig reaksjon. Det kunne føles som om dragingen mot å drikke var utenfor ens tanke og kontroll. Noen erfarte å automatisk bli dradd mot for eksempel et vinmonopolutsalg, og før de visste ordet av det hadde de kjøpt alkohol igjen og begynte å drikke. De hadde gjort noe annet enn det de hadde tenkt eller hadde ønsket å gjøre.

Å drikke alkohol kunne forbindes med hygge og avslapning, men for informantene handlet inntak av alkohol også om å ikke klare å slutte å drikke i tide. De kunne gjerne fortsette å drikke i dager eller uker, og drikke seg syke. For å føle seg i bedre form da, måtte de drikke mer. Det kunne oppleves som et paradoks at å drikke mer alkohol i denne fasen gjorde at de kunne kjenne seg friskere, enn så lenge. De visste av erfaring at ”å reparere” med nytt alkoholinntak kun hadde en kortvarig effekt. Informantene kjente seg selv og sine reaksjoner godt etter mange års erfaring. Etter en periode med drikking og forsøk på å avslutte drikkeperioden, fikk de abstinenser med betydelig ubehag. De kunne oppleve sterk angst, kvalme og oppkast, smerter i hele kroppen og forferdelig skjelving. Noen hadde opplevd skremmende hallusinasjoner og store søvnevansker. Ofte ”la de seg syke” hjemme, og klarte å komme seg gjennom disse dagene på egenhånd. Dette var en tilstand som kunne være livstruende og medføre innleggelse på sykehus. I slike situasjoner kunne det være helt avgjørende å bli møtt med respekt, og å få nødvendig pleie og medisinsk behandling.

Tilbakefall kunne oppleves svært skammelig, som en vond følelse av å ikke beherske livet. Det kunne innebære strev og forsøk på å skjule, og redsel for at noen skulle kjenne lukt, se noe på dem eller merke noe på andre måter. Hvis de hadde jobb, forsøkte de fortsatt å fylle sine forpliktelser. Skammen kunne også innebære en vond følelse av å ha sviktet sine nærmeste. Informantene gav uttrykk for at de hadde vært skuffet over seg selv, og over at de hadde sviktet sine nærmeste som hadde tro på at denne gangen skulle de klare det. Skammen kunne føre til at de trakk seg unna familie, venner og sosiale sammenhenger, og det kunne bety at de fortalte usannheter og ikke holdt avtaler. Alt dette bidro til å øke skamfølelsen. Det kjentes ekstra godt og betydningsfullt når de ble møtt med respekt og ikke ble bebreidet. For noen av informantene var det viktig å understreke at de ikke følte på skam, at alkoholproblemet ikke var noe å skamme seg over. Men likevel lå der en sårbarhet og varhet for å føle seg krenket og tråkket på.

Det var mye som var vanskelig å skjønne for dem som hadde opplevd tilbakefall. Selv med sterke og negative erfaringer med alkohol, og et ønske om å slutte å drikke, hadde informantene opplevd tilbakefall flere ganger. De spurte seg selv om hvorfor dette hadde skjedd, og undret seg over at de kunne lure seg selv slik de hadde gjort. Noen forklarte alkoholproblemet som å ha en kronisk sykdom som de måtte leve med og forholde seg til. De omtalte seg til tider som ”en alkoholiker”. Andre betraktet sitt alkoholproblem mer som et innlært mønster. Da kunne det føles lettere å selv ta fatt i problemet. De hadde en formening om at det som var innlært, også kunne avlæres. Det varierte i hvor stor grad informantene

kjente seg som ”en som drikker” eller ”en alkoholiker”. Uansett var det vondt å bli ”satt i bås” som en ”alkoholiker”. Alkoholproblemet tok stor plass i deres liv. Imidlertid var det viktig for dem å understreke at dette bare var én del av dem. Som personer hadde de så mange flere egenskaper.

Spesielt når følelsen av skam avtok var det godt å være rusfri. Informantene satte pris på gode tilbakemeldinger fra andre, og det var godt å få anerkjennelse for den jobben de hadde gjort med sitt rusproblem. De kjente nærvær av kroppen sin på en annen måte når de var rusfrie: Frokost med kaffe om morgenen smakte godt, de kunne sanse livet sterkere, og kjente gjerne dufter som de ikke hadde lagt merke til før. De snakket om livet nå, om dagen i dag. De holdt regnskap med hvor lenge det var siden de drakk alkohol sist, og noen kunne angi antall dager eller uker. Å ha klart seg en lengre periode uten alkohol, gav pågangsmot og håp om at den rusfrie tilværelsen ville vedvare. De tenkte fremover: ”Hva vil jeg, hvem er jeg, hva ønsker jeg å gjøre?” En av informantene regnet med at nytt tilbakefall ville komme, og at dette var et bevisst valg selv om det hadde sin pris.

I perioder våget de ikke å forholde seg til mer enn én dag om gangen. De kunne oppleve en konstant trussel om nye tilbakefall og måtte aktivt minne seg på hvordan alkoholen hadde forstyrret og ødelagt livet. For noen var det viktig å huske på at kroppen ikke hadde ”glemte” sitt forhold til alkohol. De glemte ikke sin fortid, men ønsket å legge den bak seg. De erfarte at det tok tid å endre drikkemønster og inngrodde vaner

5.2 Resultat fra strukturanalysen

Etter å ha presentert naiv forståelse, vil jeg i dette kapittelet vise funn fra strukturanalysen. Sitater benyttes for å forklare hvordan tema (strukturer) fremkommer av teksten. Sitatene er skrevet i presens, og teksten for øvrig er skrevet i preteritum. I strukturanalysen ble meningsbærende enheter dekontekstualisert, og sitatene som refereres vil ikke knyttes til den enkelte informant. Fordi dette er en tematisk analyse, anser jeg det som lite relevant å gi fiktive navn og knytte sitatene til person. I kvalitativ forskning har det ikke nødvendigvis betydning om det bare er én eller om det er flere personer som gir uttrykk for samme erfaring. Dette aspektet kan for øvrig være viktig å få fram dersom informantene har motstridende erfaringer.

I enkelte tilfeller er personlig pronomen ”han” og ”hun” byttet om. Valgene er tatt etter en vurdering om meningsinnhold blir ivaretatt i presentasjonen og av hensyn til anonymisering.

Fordi bruk av informantenes hverdagslige språk er en del av metodikken, har jeg benyttet uformelle ord som *russug, drikketrang, drikking, sprekk, rusfri, avrusing* og *fyllesyk*.

Teksten fra intervjuene ble i strukturanalysen kondensert til seks tema:

- 1) Å drages mot å drikke
- 2) Å drikke seg syk eller å drikke seg frisk
- 3) Å prøve å stå rak - om skam og krenkelse
- 4) Å bli sett og anerkjent
- 5) Å erfare ”før og nå”
- 6) Å ikke forstå seg selv

Lengre sitater fra informantene er satt i kursiv og skrevet med innrykk i teksten. Kortere sitater som inngår i teksten, er kursivert og satt i hermetegn.

5.2.1 Å drages mot å drikke

Følgende kapittel handler om ”å drages mot å drikke” i en periode hvor informantene hadde vært uten alkohol. For å gi en viss oversikt i teksten, er dette første temaet inndelt i: ”Å oppleve at kroppen vil ha alkohol”, ”Det skal så lite til”, ”Å få utløp for følelser”, ”Å oppleve automatisk adferd”, ”Å minnes de gode sidene ved alkohol”, ”Å få en ide om å drikke” og til slutt ”Å ikke drages mot å drikke, men å velge”.

Å oppleve at kroppen vil ha alkohol. Informantene gav uttrykk for at de til tider hadde opplevd sterke krefter i dragingen mot å drikke alkohol, og hvordan de hadde mistet styringen over alkoholinntaket. De hadde strevd med ikke å drikke til tross for alkoholbrukens svært negative konsekvenser for deres liv. De brukte uttrykk som ”*en slu sykdom*”, at ”*alkoholen har makt over meg*” og ”*å være forferdelig glad i øl*”. Som en sa:

Hadde det bare vært slik at jeg fikk den konkrete tanken om at ”nå vil jeg ha øl”, så hadde det vært enkelt å unngå. Nei, dette er en sånn slu sykdom som kommer via andre veier. Jeg blir irritert, noe mangler, alt er feil og jeg blir utrolig rastløs. Jeg har ikke lyst til å sitte, jeg har ikke lyst til å gå ... Jeg gir blaffen i alt, og tar en øl.

Drikketrang kunne fremtre på ulike vis, og uforutsigbarhet var en stor utfordring. Dersom drikketrang eller russug var det han forventet at det var, nemlig et ønske eller en tanke om å

drikke alkohol, mente han at det ville være enkelt å forhindre drikking. Vedkommende fortalte om sterke kroppslige erfaringer, med en trang til å drikke som han ikke var seg bevisst mens drikketrangen pågikk. I ettertid kunne han se at rastløsheten og uroen egentlig hadde vært drikketrang. Uroen og rastløsheten kunne pågå over lengre tid, og det krevdes store anstrengelser for å motstå alkoholinntak.

... ikke sant, at man i det russuget, hvis jeg har det flere dager, blir kroppen så anspent at om morgenen når jeg våkner opp er jeg helt stiv og klarer ikke å bevege meg. Om natta har jeg mareritt og massevis av tull, jeg svetter og snur meg fram og tilbake og er våken mange ganger. Spenningen er om natta også. Det er utrolig slitsomt. Hodet er helt ødelagt. Da er man "edru med kvite knoker". Man rett og slett tvinger seg. Man er ikke edru frivillig. Dette kan vare i mange måneder. Etterpå er det som om en helvetes spenning går ut av kroppen. Man er helt ... totalt ... man har ingen kraft.

Dette hadde skjedd flere ganger, og i disse periodene var det krevende å fungere i hverdagen. Humørsvingninger og adferd var vanskelig å forholde seg til både for ham selv og for menneskene rundt. For å unngå tilbakefall i en slik fase var det en viss støtte i å skulle på jobb, treffe folk og ha meningsfulle aktiviteter.

Det skal så lite til. "Ringe-i-bjella-opplegg" var erfaringen av at det var kort vei fra en opplevelse til at vedkommende begynte å drikke alkohol, nærmest som en "betinget respons". Det var som regel negative hendelser som utløste tilbakefall, og det følte som om fornuften og hodet var koblet ut. En informant mente i ettertid at det handlet om å drikke for å døyve og glemme.

Det skulle så lite til før jeg tok laus. Små bagateller kan jeg se i ettertid. Det var som et ringe-i-bjella- opplegg, og det kjentes veldig automatisk. Hodet er blokkert ... Man visste alltid hvem som hadde noe på lur. Selv om butikken ikke var åpen ... det var alltid en utvei.

Når drikketrangen ble akutt, fikk man fatt i alkohol uansett tid på døgnet, enten man hadde penger eller ikke.

Å få utløp for følelser. Det kunne oppleves naturlig og nesten uunngåelig å drikke alkohol etter hendelser der de hadde følt seg krenket eller misforstått. Dersom vonde følelser hadde bygget seg opp over tid, kunne de få utløp for blant annet frustrasjon og sinne ved å drikke.

Når jeg føler meg krenket og sånn ... så har man så mye sinne i seg at det må ut på en eller annen måte. Jeg må ha det ut av kroppen. Da ser jeg på drikking som en naturlig ting ... Det er jo inkorporert, jeg har jo fått innlært det der. Konsekvensene, det er jo noe jeg har lært meg ... drikkingen er omtrent aldri helt tilfeldig.

Drikkingen var også en måte å takle vonde følelser. Noen kalte det selvmedisinering for å ”roe nervene”, dempe følelse av angst og uro. Det hadde startet som selvmedisinering, men utviklet seg til en avhengighet av alkohol.

Jeg brukte jo alkohol blant annet for å selvmedisinere meg selv, roe nervene og... Etter hvert så ble det jo sånn at alkoholen fikk sånn makt over meg at det var alkoholen i seg selv som trakk!

Å oppleve automatisk adferd. Noen kunne fortelle om episoder der de hadde kjøpt alkohol med en følelse av å gå på autopilot. De oppfattet det ikke som en planlagt handling og kunne ikke se at de hadde hatt nevneverdig drikketrang. Dette var erfaringer som de kjente godt til fra andre med alkoholproblemer.

Jo, jeg har opplevd det. Jeg var på byen, og jeg oppfattet ikke hvorfor jeg gikk i den gata hvor vinmonopolet var. Jeg ville det ikke, og sa til meg selv at dette gjør jeg ikke. Men jeg må innrømme at føttene mine bare gikk dit, og jeg begynte å stable flasker i kurven ... Jeg var til og med kommet hjem. Jeg snakket høyt til meg selv. Jeg hadde flaska i handa. Jeg sa ... (sitt eget navn)! ... Ikke ta det nå! Likevel åpnet jeg korken og ... Det gikk bare den veien som det har gått tidligere.

En kompis av meg fortalte at han ble tvunget til å sykle den veien hvor vinmonopolet var. Han ble tvunget av sykkelen, sykkelen bare gikk dit. Man kunne tenke at mannen ikke var helt god, at han burde vært lagt inn på sykehus ...

Informanten hadde stilt seg selv spørsmål om turen til polet kanskje ”egentlig” var planlagt, men kunne ikke forstå eller bekrefte det. Det ble sagt at disse episodene i noen tilfeller kunne bære preg av å være nøye planlagt: ”Alle regninger er betalt, penger på konto, fri fra jobb ... alle slike saker. De er varslinger på forhånd.”

Dette kunne fremstå som underlige fortellinger både for dem selv og for andre. Informanten mente han kan lett kunne bli mistrodd, og det var ikke uten grunn at historiene helst ble fortalt til andre som hadde opplevd likedan. Da kunne de som regel se på dette i et tragikomisk lys, og le av hendelsene.

Å minnes de gode sidene ved alkohol. Gode minner om alkoholens virkning kunne gi trang til å drikke. Alkohol virket behagelig avslappende, og gav glede og god selvfølelse. De behagelige minnene dukket gjerne opp som bilder i hodet og kunne nærmest sanses og smakes.

Man husker den myke, herlige følelsen av å slappe av og komme vekk, og få en liten pause ... Jeg satt der, og det var fin musikk ... hvor herlig det var med konjakk og kaffe. Jeg kan kjenne smaken i munnen.

Noen mente denne typen minner var en ”falsk forestilling”.

Det er en forstilling om at det er veldig fint å drikke, at du vil føle deg veldig avslappet og fin og sosial. Du tror sånn, altså en forfalsket tone i hodet ditt som sier at alt blir så mye bedre hvis du drikker...

Alkoholholdig drikke smakte ikke nødvendigvis godt, men minnene om alkoholens gode virkning kunne likevel gi sterk drikketrang. Minnene ble ikke alltid svekket med tiden. Etter å ha vært edru i noen uker kunne noen i enda sterkere grad huske de gode sidene ved alkohol, mens de knapt kunne fornemme de vonde sidene.

Du må tenke rett og slett på hvordan det var, hvor følt det var, og hvordan i helvete du har hatt det, kvalm og... Men du klarer ikke å forstille deg den følelsen, hvordan det var i den verste fyllesjuken. Men den første drammen ... man husker hvor fint det er. Man begynner å fantasere om at det var nå ikke så ille likevel...

En mann hadde flere ganger forsøkt å ”teste seg selv”. Han hadde hatt et langvarig alkoholproblem og opplevd gjentatte tilbakefall, men fristelsen til å prøve ”å drikke litt” kunne fortsatt være tilstede.

Jeg har jo mange ganger hatt lyst til å teste, nå i ettertid om det går bra med en øl eller drink, men det gjør jo ikke det. Jeg har jo prøvd i opptil flere år. Selv etter en lang periode du har holdt deg nyktern, så klarer du det ikke å stoppe med bare litt. Du er der igjen da ... Tida fortenger ikke. Vi skulle feire at jeg hadde holdt meg

noenlunde i åtte måneder, men ikke svarten om jeg hadde glemt. Det ble en tre måneders fylla etter det.

Vedkommende hadde erfart gang på gang at det ikke gikk bra når han ville forsøke å drikke litt.

Å få en ide om å drikke. Noen fortalte om ”å få en ide om å drikke”, og om hvordan de med tilbakeblikk kunne se at de mer eller mindre bevisst la til rette for det. En informant hadde ”*liksom glemt*” å ta Antabus (medikament som skal forhindre alkoholinntak) noen dager, og mente i ettertid at han nærmest lurte seg selv. Vedkommende var invitert ut, og ønsket å kunne hygge seg med alkohol på fest.

... og da hadde jeg liksom glemt å ta Antabusen på onsdag, og jeg tenkte... kan jo bare glemme den på torsdag og fredag ... for det må gå tre dager, ikke sant? Men så tenkte jeg ... jeg så for meg ... jeg brukte å kjøpe de der små konjakkflaskene på 200 ml, da så jeg det for meg. Jeg ble fysisk dårlig, og kvalm. Avsky ... Og så stod jeg opp og tok Antabusen.

Han undret seg over episoden. Den gangen hadde lysten til å drikke avtatt, og han hadde latt være å drikke.

Å holde ut og å streve. Dragningen mot alkohol kunne i perioder være sterk, og tilbakefall kunne ha store konsekvenser for vedkommende selv og for de nærmeste. En følte det som å *måtte sloss med russug*.

Jeg drikker ikke ... orker ikke, men likevel står jeg på ... Hvis jeg ikke vil slippe den rusen, så blir det sprekk på sprekk på sprekk, Jeg må stille meg selv spørsmålet: blir problemene mine mindre dersom jeg drikker? De som blir mest skuffet blir meg selv og mine nærmeste.

Det ble brukt malende uttrykk som ”å være edru med kvite knoker”, ”å måtte tvinge seg selv”, og når situasjonen toppet seg, følte det som ”*det verste knutepunktet*”. Alkoholproblemet ”*preger hverdagen i aller høyeste grad*”.

Å ikke drages mot å drikke, men å velge. En informant var ikke helt fortrolig med ordet tilbakefall. Vedkommende opplevde å få ”*tilbakefall i tankene*” og fikk lyst til å drikke etter perioder med mye å gjøre eller når følelser hadde bygget seg opp.

Det kan være ting utenfor, det kan være tilfeldige ting, og da føler jeg behov for det, rett og slett for å drikke! Det er en slags belønning for meg da, jeg synes det er fint ... men så går det ei tid ... så klarer jeg ikke å stoppe. Så har jeg ikke lyst mer”.

Vedkommende hadde *aldri* sagt at hun *ikke* skulle drikke mer, og lot ”*muligheten stå åpen, for du vet at du har lyst, at det kommer ...*”. Ingen kunne tvinge noen til å slutte å drikke. Flere hadde erfaring med at *andre* gjerne ville forandre dem, og ”*snu hodet mitt andre veien*”, men som en sa ”*den jobben må vi gjøre sjøl*”.

5.2.2 Å drikke seg syk eller å drikke seg frisk

Informantene hadde sterke erfaringer av alkoholens innvirkning på deres helse. En snakket om å ”*kjenne sitt mønster*”.

På dårlige dager, da kunne alkoholen absolutt komme inn. Jeg vet jo akkurat nå hva den ville ha gjort. Den ville bare ført til at jeg ville drukket altfor mye, ... og så neste dag ville jeg ha vært så fyllesyk at ... første anledning jeg hadde så ville jeg ha kjøpt meg to halvliter, eller så ville jeg ha dradd til polet eller, ikke sant ... sånt mønster. Hvis jeg kjøper to pils som jeg drikker ganske fort, så blir jeg frisk.

Den kortvarige og behagelige effekten av alkohol kunne gå over i en spiral av tiltagende behov for alkohol. Vedkommende hadde behov for å drikke alkohol for å reparere, for å dempe abstinensene og bli frisk. Dermed var en drikkeperiode i gang. En drikkeperiode kunne vare i uker eller måneder, men det hadde også skjedd at noen hadde ”*drukke seg syk*” etter kun tre dager. Å drikke seg syk og å brått avslutte en drikkeperiode kunne innebære fare for liv og helse, samt betydelig ubehag for den det gjaldt. Alle hadde opplevd sterke symptomer som for eksempel angst, kvalme og skjelvinger:

Ikke sant, hvis man har drukket i flere dager så ... at å slutte å drikke, det kommer tre-fire dagers skjelvinger og ”tømmereffekt”. Det er mareritt, dårlig selvbilde, fæle påminnelser, skjelving i hele kroppen og abstinenser. Det er smerten selvfølgelig ... i hele kroppen, det er som om et vogntog har kjørt over, og kvalmen ... det svir. Den eneste tanken som ”hakker og hakker på hauet er du må drikke, du må drikke!” Det eneste som balanserer det er en halv liters brennevinsflaske.

”*Å drikke seg frisk*” handlet om å selv føle seg frisk, men også at andre ikke merket at vedkommende hadde drukket alkohol ”... og da drakk jeg tungt i ti dager, og de som var

rundt meg, ... de sier i hvertfall at de ikke merket noe". Vedkommende ble etter de ti dagene akuttinnlagt på sykehus.

Noen fortalte om situasjoner der de så vidt hadde berget livet. En informant kunne fortelle at en bekjent måtte bryte seg inn i leiligheten hans og fikk ham innlagt på sykehus. En annen bemerket at en omtenksom fastlege gjentatte ganger hadde vært fortvilet og mente at vedkommende hadde "ni liv". Dette var betegnende for faren og risikoen flere levde med.

Da er det sånn fifty-fifty om jeg klarer å stoppe i kveld eller ikke. Og når jeg ikke klarer det er det ikke viljen lenger som styrer. Da er man så syk. Jeg bare ligger der, kaster veldig mye opp, jeg blir skjelven ... at man bare tenker på å drikke mer alkohol. Det går ikke mange dagene, da. Tilslutt må jeg ha hjelp.

Noen ganger kunne de "legge seg hjemme" og avruses. De visste at nedturen kom etter en drikkeperiode.

... at da har jeg bare bestemt meg for at nå må jeg bare slutte ... og da vet jeg at å bestemme seg for det der er jo veldig grusomt. For etter så mange ganger så vet jeg jo hva som kommer. Du må bestemme deg for liksom å gå gjennom den der ... nedturen. For det er jo en nedtur!

Informantene fortalte om store påkjenninger både kroppslig og mentalt. De snakket om perioder når det var umulig å få sove på grunn av sterk angst og uro og de fortalte om hallusinasjoner. En hadde sett "ansiktsslignende ting" og "fanden på veggen". Angsten kunne bli så sterk at de ville gi opp. For en hadde det gått så langt av han ville "avlive seg selv" i tilsvarende situasjon.

En mann sa: "Selv naboen måtte hjelpe meg med å rulle sigaretter." Det å ikke klare å rulle egne sigaretter var for ham et tegn på hvor dårlig det stod til. De visste at alkohol effektivt kunne ha dempet symptomene, men også at å begynne å drikke alkohol igjen var en kortsiktig løsning. En informant kommenterte: "Man forskyver det bare til neste dag. Det kommer som en restskatt. Garantert!"

De beskrev et sterkt ubehag knyttet til drikking. Imidlertid var det en av informantene som fortalte om tidligere legemiddelavhengighet, og vedkommende sa at "... det var ti ganger verre enn alkohol".

5.2.3 "Å prøve å stå rak" - om skam og krenkelse

Å ha et alkoholproblem ble oppfattet som skammelig. Det var ensbetydende med å ikke beherske livet:

Altså, det er jo den her følelsen av å ikke beherske livet ditt, det her med å drikke er noe skammelig ... og du blir paranoid. Redd for at folk skal få vite ...

En følte seg "som en liten lort" etter å ha hatt tilbakefall igjen. Dette var et bilde på å kjenne seg "som en bitteliten person med mye angst". Tilbakefall til problematisk alkoholbruk "ødelate hele selvbildet". Vedkommende kunne føle seg paranoid og redd for at folk skulle få vite hvordan det stod til. Noen fortalte at de isolerte seg og holdt seg borte fra familie og bekjente i lang tid på grunn av skammen.

... Jeg som har vært helt nedi rennesteinen, nedi gjørma. Før i tida så jeg mye ned i golvet, så en helt annen vei når jeg pratet med folk. Jeg ser folk i øynene nå. Jeg har ingenting å skamme meg over. Skammen er tung å bære på.

Å føle skam kunne føre til at de forsøkte å skjule, gjemme unna og fortelle usannheter. Det kunne føles som en katastrofe dersom noen oppdaget at de hadde begynt å drikke igjen. Det var viktig å ikke bli observert full, der gikk en slags grense: "Hun har ikke sett meg full og sånn ..."

Jeg var flink til å skjule og gjemme unna ... hele pakken. Det er velig slitsomt, ikke sant? Du er litt påvirket (av alkohol) så skal du liksom gjøre som du ikke er det. Engstelig for at noen finner noe. Er det noen som ser noe på meg nå? Lukter jeg?

Noen følte seg skamfulle over å ha sviktet og skuffet sine nærmeste som ofte hadde stått på og hjulpet dem. Deres alkoholproblem hadde hatt betydning for hele familien. Flere informanter fortalte om "å være borte", "ikke ta ansvar og "ikke holde avtaler". En hadde bedt familien om tilgivelse.

Hvis jeg har såret dem eller skadet dem eller noe sånt, de årene som er gått. Den dårlige tida mi. Om de kan være så snill og tilgi meg for de årene hvis jeg har såret dem både fysisk og psykisk. Ikke det at jeg har brukt vold, men man var kanskje litt ufin i munntøyet ... hva som kommer ut av munnen når man er litt sånn påvirket av alkohol.

En understreket imidlertid at hun *ikke* skammet seg, og mente hun ikke hadde noe å skamme seg over. Til tider kunne hun dog kjenne seg stigmatisert og krenket. En annen sa: ... ”*jeg går ikke med lua i handa ... med unnskyld og sånt ...*”

Andres omtale av ”*alkoholikere*” og ”*rusmisbrukere*” kunne virke sårende. En hadde et eksempel fra behandlingsinstitusjon hvor han erfarte at andre *ikke* viste ham tillit. Han opplevde å bli tatt for å være ”*en hjelpeløs alkoholiker som ikke kunne ta egne avgjørelser*”. Han følte han ”*ble satt i bås*” og at han ikke fikk være seg selv. Han sa: ”*Da ristet jeg på hodet*”.

Det er den krenkende følelsen ... Det første det er de prosedyrene man kommer inn med. De går igjennom til og med toalettmappen din! Det var som om de gikk inn i hele personligheten din. Der var låste dører ut, men rommene våre stod åpne så hver og en kunne gå inn. Jeg blir sint, men viser det ikke, det blir bare avmakt ... Du skal ikke sparke den som allerede ligger på kne.

Å ikke bli vist tillit av sine nærmeste var sårende. ”*Når du har det bra, og ikke har drukket på lenge, så får du kritikk. De skal liksom skåne deg, og gjemmer bort flasker*”. En sa at det var sårende å bli mistrodd av sine nærmeste, men mente at dette hadde flere sider:

Selvfølkelig, selvfølkelig ... Når alt har gått greit, og jeg tar sykkelen for å kjøpe sigaretter, ... og jeg ikke dukker opp hjemme før fem dager senere ... Da kommer rare spørsmål ... ”Har du husket å kjøpe sigaretter?” Dette er det ingen som skjønner, ikke jeg heller. Alkoholiker er alkoholikere.

Betegnelsen ”*vi alkoholikere*” eller ”*vi rusmisbrukere*” ble brukt av flere informanter. For noen var det skambelagt ”*å tilhøre denne gruppen*”. Skam var en vond følelse, ”*en tung bær å bære*”, og noen fortalte om hvor godt det var å bli kvitt følelsen.

Klart, jeg ønsker jo å bli møtt som ... sånn som jeg er... Samtidig så har jo alkoholen vært en del av meg. For du har jo et bilde av deg selv, av en som ikke drikker. Det er den personen du egentlig vil være. Altså, med alle dine feil og mangler ... bra ting også ... du er du, jeg er meg. Og i det bildet så er det ikke en ”drikker”. Å bli kvitt disse følelsene ... de negative følelsene av skam og ... alstå jeg har jo prøvd å stå rak, da. Det er jo det aller beste.

5.2.4 Å bli sett og anerkjent

Både i strevet for å holde seg rusfri, i periodene med drikking og i tida etter var det av stor betydning å bli møtt med respekt. Det kunne være god hjelp i å snakke med andre som hadde erfart de samme problemene.

Han vet hva som hjelper, vi skjønner hverandre med en gang. Vi snakker samme språk. Han trenger ikke engang å si ordet alkohol eller russug. Han sier ”jeg skal jo ikke forstyrre deg, det er ditt valg om du vil drikke, du er en voksen mann”. En helt sånn hverdagslig samtale, så er skuldrene nede.

Vedkommende opplevde å bli respektert, og opplevde det som en anerkjennelse når det ble sagt ”det er ditt eget valg”. Kameraten gav bare råd dersom han ble spurt om det. Flere informanter hadde gode erfaringer i møte med helsepersonell, og de ble omtalt som respektfulle og ”superprofesjonelle”. En informant understreket hvor viktig det var å ikke bli bebreidet.

Hun har ikke bebreidet meg, tvert imot. Hun har sagt så mye positivt som har ... som jeg tenker på når jeg har det så jævlig. Hun bebreider ikke, hun har bestandig sett det positive i ting. Jeg ser at jeg har mange som ikke vet egentlig hvor godt de støtter meg.

Informantene satte pris på å få gode tilbakemeldinger når de hadde kommet seg til hektene igjen etter en drikkeperiode. En sa at han hadde fått mange gode smil og ”mange klapper meg på skuldra”. Andre la merke til at han ”hadde kommet seg opp fra gjørma igjen”.

Det har vært veldig fint denne tida etterpå. Folk bemerker at jeg ser så mye bedre ut ... reint sånn ytre, og folk merker en endring på meg, at jeg er mye mer åpen. Senest på fredag snakket jeg med en ... og det er bare positive tilbakemeldinger å få. Ja, jeg opplever respekt. Den her personen sa jo at det er godt gjort å gjøre sånn (å slutte å drikke) etter å ha hatt problemer i mange år. Så det styrker jo selvtilliten.

De hadde fått god støtte og hjelp fra sine nærmeste, men kontakten var ikke uproblematisk. Den kunne være konfliktfylt, og til tider var det kun sporadisk kontakt. I perioder var personell fra helse - og sosialtjeneste viktig:

Jeg kjente hvordan jeg måtte ha noen å prate med ... De viser respekt, og stiller opp hvis det er noe. De er stabilt holdepunkt i tilværelsen.

En fortalte om nærmest livsviktig kontakt med omsorgstjeneste og fastlege.

Men da begynner jeg å se at dette her klarer jeg ikke å komme meg gjennom, for da er jeg såpass syk. Da blir jeg så syk at jeg ser at jeg må ha hjelp. Det jeg trenger da er å bli tatt vare på og egentlig sånn ... på et sykehus

Vedkommende trengte å bli tatt vare på, og helsepersonell hadde tatt imot på sykehus gjentatte ganger. Det var viktig ikke å bli bebreidet for sin drikking, men å bli sett ”som seg selv” og anerkjent.

5.2.5 Å erfare ”før og nå”

Informantene beskrev et tidsaspekt med fortid, nåtid og fremtid. De hadde en historie med alkoholbruk som de håpet var tilbakelagt, og livet *nå* var annerledes. Det innebar ikke nødvendigvis et mål om livslangt totalavhold fra alkohol. En som hadde hatt et alkoholproblem i 20-30 år sa: ”Folk husker fortida mi, og jeg har ikke selv glemt den, eller lagt lokk over.”

Noen fortalte om et *vendepunkt*, om konkrete hendelser som gjorde at de sluttet å drikke. Hendelsene kunne være dramatiske, som for eksempel akuttinnleggelse på sykehus, å bli tatt i promillekjøring eller alvorlig ultimatum fra familie. En sa: ”Det var det som gjorde at nå, så er det nok!”. Fordi de hadde hatt flere tilbakefall i løpet av sitt liv, hadde de gjerne erfart mange vendepunkt. En sa det slik: ”Jeg har klart det mange ganger, men dessverre så har man ramlet igjen ... før ...”. De håpet at de nå hadde gjort en endring som ville vedvare.

Før skulle det så lite til før jeg fikk tilbakefall, små bagateller. Jeg gikk ikke på butikken og handlet matvarer før jeg visste at ølsalget var stengt klokka åtte om kvelden. Nå gjør det meg ingenting om jeg går til butikken midt i åpningstida.

En hadde tatt av mange kilo etter at han hadde sluttet å drikke alkohol, og opplevde dette som betydningsfullt. En annen fortalte:

Jeg var jo sånn som ... hvis jeg var fri for noe å drikke, bare kunne dra på byen kl 24 en mandags kveld. Det har jeg jo sluttet med, da ... Altså nå ... bare det å kunne gå gjennom byen, og være helt ... sanse alt på en helt annen måte, det er vanskelig å beskrive. Og jeg setter så utrolig stor pris på det. Nå er jeg på en helt annen plass ... Det er nesten en euforisk opplevelse av at hverdagen er ok uten alkohol.

Alle hadde god oversikt over hvor lenge de hadde vært uten alkohol.

Jeg har vært rusfri i 3 ½ måned. Det er mange som spør meg nå ... jeg blir nesten litt rørt ... om det virkelig er meg dette her. ”Ja, hvis dere ikke tror meg, og tviler på det, kan jeg ta fram legitimasjonen min og vise meg”.

Informantene snakket om å måtte forandre *seg selv* og *sin karakter*. De hadde måttet endre sin måte å tenke på. Det var en inngripende endring. En mente han selv måtte ta ansvar for å forandre seg, og sa det slik:

Hva er det jeg har gjort? Hvordan har jeg levd? Hvordan må jeg forandre meg? Hvis jeg ikke gjør noe med de karakterene, mistenksomheten, de dårlige sidene, meg selv ... så går jeg med flaska i lommen døgnet rundt.

Flere gav uttrykk for at de ennå ikke våget å tenke langt fram i tid, og regnet med at de måtte over flere ”*kneiker*”. De levde med en usikkerhet, og kunne ikke ta det for gitt at det ville gå bra. Mange tok ”*en dag om gangen*”, og en fortalte at han fremdeles måtte ta en daglig avgjørelse om ikke å drikke alkohol. Han laget en plan for dagen, og håpet at han etter hvert kunne lage langsiktige planer. For hver dag som gikk, kom han nærmere et rusfritt liv.

5.2.6 Å ikke forstå seg selv

En av informantene ristet på hodet og var oppgitt over sin egen avferd. Han hadde mange ganger tenkt tilbake på sitt eget liv og undret seg, og spurte seg hva som var årsaken til alkoholproblemet. Han visste hva han ”*egentlig ville*” og visste ”*innerst inne*” hva som skulle til, men likevel drakk han. Han kunne oppleve at det var ”*to verdener og to veier*”.

Det er som to ulike verdener. Den ene er en edru verden, den andre er rusverden. Hvis jeg ikke vil slippe rusverden, da går det altså sprekk og sprekk og sprekk. Jeg blir ikke edru. Men den indre stemmen ... Den ene veien er kort og tydelig, og ja ... Men den veien jeg følger nå, der har jeg en fremtid.

En fortalte om en indre stemme som ”*forteller meg akkurat hvor mange smeller jeg har gått på og hvor mange golv jeg har lagt på*”. De undret seg over ting de gjorde mer eller mindre bevisst: ”*Det er så utrolig vanskelig å forklare hvorfor man gjør det. Hva er det som foregår i hodet ...?*”

Flere mente at noe satt ”*i kroppen*” og ”*noe i hodet*”. ”*Ja ... jeg har brukt så lang tid på å lære det ... Å lære kroppen min av, det går ganske fort ... men å avlære hodet, det kan ta tid*”.

På spørsmål om det var viljestyrte handlinger, brukte informantene uttrykk som ”*egentlig vil jeg ikke*”, eller ”*det er egentlig ganske bevisst og du har jo egentlig lyst*”. En sa at hun valgte å tro at det å drikke var en viljestyrt handling. En annen sa: ”*Ja, det er egentlig at jeg vil (drikke). I hovedsak så vil jeg drikke, ellers hadde jeg ikke gjort det*”. Vedkommende mente at det var et valg, og at det å velge selv handlet om selvrespekt og om å få bestemme over eget liv. Andre mente det var avgjørende å bestemme seg hundre prosent for å slutte å drikke, og at de ved tidligere anledninger ikke hadde tatt en så tydelig avgjørelse.

De snakket om å måtte ”*bite tennene sammen*”, og gav eksempler på hvordan de måtte argumentere med og instruere seg selv. De brukte gjerne sitt eget navn for å understreke alvorret i utsagnet. ”*Jeg sa, ... (eget navn) ... ikke ta det nå!! ... likevel åpnet jeg korken ...*”.

En gav uttrykk for utilstrekkelig oppfølging fra hjelpeapparatet, og vedkommende opplevde at dette hadde hatt stor betydning. Det var en sårhet i det som ble fortalt:

Det livet man lever, vet du ... man velger jo det livet man lever sjøl ... Men jeg håper at jeg slipper ... med en dag om gangen ... å havne i samme utføre som jeg alltid før har gjort. Med god påvirkning og hjelp fra andre.

Noen av informantene brukte ved flere anledninger uttrykk som ”*vi rusmisbrukere*” og ”*vi alkoholikere*”, og mente at dette innebar enkelte egenskaper. Alkoholproblemet ble forstått som en vedvarende tilstand. En informant måtte stadig minne seg selv på ”*hva jeg er*” og ”*hvem jeg er*” og ”*hva jeg gjør*”, - ”*den dagen du glemmer hva du er for noe, at du er en alkoholiker ...*”.

Vi alkoholikere, vi har et hode som ikke takler hverken nedturer eller oppturer. Hvis det går altfor bra, så er det farlig. Hvis det går dårlig, er det farlig. Jeg må huske hva som er mitt utgangspunkt. Alkoholikere er alkoholikere...

Noen sammenlignet alkoholproblemet med diabetes, en kronisk sykdom som krever endringer i livsstil.

Det er akkurat det samme som en diabetiker, - ” jeg har diabetes” og så stappe sjokolade inn i kjeften. Sykdommen blir ikke bedre hvis ikke personen forandrer sine matvaner.

Andre følte ikke at de kunne identifisere seg med denne oppfatningen, og anså alkoholproblemet som noe de hadde fått innlært.

Nei, jeg tror det er sånn fysisk ... at du har vendt kroppen og hodet ditt og psyken din til det over lang, lang tid ... Så går det an, heldigvis å lære det av seg. Hvis du tror du er syk, hvordan skal du da bli frisk? Hvis man sier det er en sykdom, så er man prisgitt ”stakkars meg, jeg er jo syk, jeg drikker”.

Alkoholproblemet hadde hatt stor betydning og plass i informantenes liv. De fortalte om tankevekkende opplevelser og sterke kroppslige erfaringer, og de brukte ofte et billedlig språk for å gi uttrykk sine erfaringer av tilbakefall.

5.3 Inndeling i hovedtema

Informantenes erfaringer med tilbakefall til problematisk alkoholbruk ble i strukturanalysen inndelt seks tema. Disse abstraheres og omformuleres herved til følgende tre hovedtema: ”Russug”, ”selvbilde” og ”tid”.

Tabell 3 Hovedtema

Tema fra strukturanalyse	Hovedtema
Å drages mot å drikke Å drikke seg syk eller å drikke seg frisk	Russug
Å prøve å stå rak, - om skam og krenkelse Å bli sett og anerkjent Å ikke forstå seg selv	Selvbilde
Å erfare ”før og nå”	Tid

Tabell 3 viser hvordan tema fra strukturanalysen er sammenfattet til tre hovedtema. Disse diskuteres i neste kapittel under overskriften ”helhetlig forståelse”.

6.0 HELHETLIG FORSTÅELSE. TOLKNING OG DISKUSJON

Etter denne presentasjonen av funn fra analysen utvides nå perspektivet og funn diskuteres. Hensikten med helhetlig forståelse er å løfte studiens funn utover dens kontekst (jmf. Lindseth & Norberg, 2004). De tre ulike hovedtema ”russug”, ”selvbilde” og ”tid” fortolkes og diskuteres på bakgrunn av relevant teori. Studiens fenomenologiske perspektiv fastholdes gjennom drøftingen, og teori og litteratur som benyttes vil ha tilsvarende ontologisk og

epistemologisk fundament (jmf. Lindseth & Norberg, 2004). Svenaeus (2005) skriver om hvordan den individuelle opplevelsen føres sammen med søkningen etter det generelle:

Ved å utvikle et visst begrepsapparat i det fenomenologiske studiet og vende blikket mot det generelle i det individuelle, overskrider vi den åpenbare beskrivelsen og nærmer oss en mer systematisk forståelse av innholdet og strukturen i våre opplevelser. (s. 48)

Lindseth og Norberg (2004) omtaler dette som en ikke-metodisk fase i fortolkningen av teksten, og mener det hverken vil være hensiktsmessig eller mulig å følge faste regler. Sitater fra intervjuene (empiri) skal ikke påtvinges teorier. Teoretisk bakgrunnsstoff skal belyse og løfte fram empirien likeledes som empirien kan belyse den utvalgte litteratur. Sitatenes funksjon i denne fasen er å gi en forståelse for tema og diskusjon.

6.1 Teoretisk ramme for drøfting av funn

Jeg vil kort presentere sentrale forfattere i dette feltet: Merleau-Ponty, Leder, Svenaeus, Frank, og Gallagher og Cole. Jeg benytter deres litteratur i diskusjonen.

Maurice Merleau-Ponty hadde studert psykologi og var senere professor i filosofi. Han var en viktig tenker i fransk åndsliv etter andre verdenskrig. Merleau-Ponty bygget på Husserl og Heideggers filosofi. Han understreket at det ikke hovedsakelig er vår bevissthet som erfarer og skaper mening, men at det er vår kropp som erfarer, sanser og er meningsskapende. Merleau-Pontys livsverdensbegrep, kroppens fenomenologi, er særlig beskrevet i hans verk *"Phénoménologie de la perception"* (1945) (jmf. Bengtsson, 2006, s. 26). "Kroppens fenomenologi" (Merleau-Ponty, 1994) er sentral i oppgavens drøfting.

Østerberg (1994, s. VI) skriver i forordet til den norske utgaven: *"Merleau-Ponty er den første innen den fenomenologiske bevegelsen som gir kroppen forrang, og begynner med den"*. Mennesket er ikke å forstå som et tenkende og intensjonelt vesen løsrevet fra kroppen. Jeg siterer Svenaeus (2005): *"Merleau-Ponty understreket at mennesket er et kroppslig vesen, for hvem erfaringen ikke bare blir til på et bevisst, tankemessig nivå, men også gjennom hele kroppsligheten, altså på et førbevisst nivå"* (s. 49). I fenomenologisk tradisjon er som tidligere nevnt "intensjonalitet" et sentralt begrep. Merleau-Ponty viderefører begrepet og skriver om "intensjonelle tråder": *"... når der fra min krop udgår en mangfoldighet af intensjonelle tråde ..."* (s. 82). Dette vil være viktige begreper når studiens funn skal diskuteres.

Drew Leder er fra USA og er både medisiner og filosof. Han er inspirert av Merleau-Ponty. I diskusjonen bruker jeg spesielt hans bok ”The Absent Body” hvor han skriver om kroppens paradoksale natur (1990, s. 1). Kroppen kan for en stor del ses på som tilbaketrasket (absent). Det er først og fremst når kroppen svikter, når vi har vondt og har plager at oppmerksomheten bringes mot kroppen (jmf. Thornquist, 2003, s. 118). Han skriver om ”den fremtredende kroppen” (”the ecstatic body”), ”den tilbaketraskne kroppen” (”the recessive body”) og ”den plagede kroppen som trer fram” (”the dys-appearing body”). Leder skriver videre om ”den truende kroppen” (”the threatening body”), og drøfter konsekvenser. Han har utviklet teori og analytiske begreper som jeg vil benytte i diskusjonen.

Fredrik Svenaeus er svensk medisiner og filosof. Hans bok ”Sykdommens mening” er forankret i fenomenologisk tradisjon, og jeg henviser til denne boka. Svenaeus gjør rede for hvordan fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming er velegnet til bruk i medisinske sammenhenger: ”... fenomenologiens opplevelsesbaserte og hermeneutikkens tolkningsbaserte perspektiv er velegnet for å oppnå en bedre forståelse av den medisinske praksisens spesielle vilkår” (2005, s. 15). Svenaeus retter oppmerksomhet mot mennesker med kroniske og sammensatte plager som trenger å bli sett i hele sin livssammenheng. Når han skriver om ”sykdommens mening” bruker han begreper som ”Sykdommen: den hjemløse tilværelsen” og ”Sykdom som fortelling” (Svenaeus, 2005, s. 19).

Arthur W. Frank er professor i sosiologi fra USA og forfatter av blant annet boka ”The Wounded Storyteller, Body, Illness, and Ethics” (1995). Han skriver om narrative perspektiver på sykdom og helse, og er opptatt av at fortellinger ledsager oss hele livet. Fortellingene kan uttrykke menneskers verdier, selvforståelse og erfaringer, og kan ifølge Frank lære oss hvem vi er og hvem vi ønsker å være. Jeg kommer til å bruke noen av hans begreper for å belyse og drøfte enkelte tema i studien.

Shaun Gallagher og Jonathan Cole er fra USA. Deres fagfelt er henholdsvis filosofi og sosiologi. De har skrevet om ”Body Image and Body Schema” (Gallagher & Cole, 1998) i boka ”Body and Flesh”. De gjør rede for ”kroppsbilde” og ”kroppsskjema” som analytiske begreper. Forfatterne viser i sin artikkel at forskjellen mellom de to begrepene handler mer om fenomenologi enn om empiri (Gallagher & Cole, 1998, s. 134). Jeg viser til deres begreper i studiens diskusjon.

6.2 Russug

Ulike typer av ”dragning mot å drikke” hadde en sentral plass i informantenes fortellinger. Dette kapittelet om russug inndeles i ”Intensjonalitet og opplevelse av mening”, ”Vane som en kroppslig kompetanse” og ”Russug. Oppmerksomhet mot kroppen”.

Som strukturanalysen viser, hadde informantene mange ulike opplevelser og en noe diffus forståelse av russug. Det var som ulike typer kroppslig og psykologisk draging mot å drikke alkohol i ulike faser. Jeg viser til oppgavens kapittel 2.1.3 om russug. En informant sa at det var relativt lett å avslutte en drikkeperiode. Etter hans oppfatning var abstinensene og drikketrangen som oppstod i den sammenheng betydelige. De var likevel overkommelige fordi de varte kun noen dager. Hovedutfordringen var ifølge ham å holde seg edru over tid:

Det å slutte å ruse seg, det er verdens letteste prosjekt. Alle kan det! Ikke sant, - å slutte å drikke. Ha flasken stengt, og la den være. Det kommer 3-4 dagers skjelvninger og tømmermenn. Tømmermenn, det er fyllesjuk. Hele kroppen, det svir. Og den eneste tanken som ”hakker på hauet” er at jeg må få en øl ... bare en! Det er forferdelig, men så er det over.

Han mente at utfordringen lå i det langsiktige perspektivet: ”Men å holde den edruskapen, det er det verste”!

6.2.1 Intensjonalitet og opplevelse av mening

Mennesker som opplever russug og tilbakefall til problematisk alkoholbruk har over tid lært å drikke alkohol. En kvinne sa at reaksjonsmønsteret sitter i kroppen, ”det er inkorporert”. På tross av at opplevelsen var noe tvetydig, mente vedkommende at tilbakefall for henne ikke var tilfeldig. Hun sa: ”Konsekvensene, det er jo noe jeg har lært meg ... drikkingen er omtrent aldri helt tilfeldig”. Merleau-Ponty (1994) understreker at det vi opplever og erfarer ikke kun blir lagret som tanker, forestillinger og minner i vår bevissthet, men at det blir en del av ”vår kroppslighet”. Våre handlinger er alltid rettet mot noe eller noen. Merleau-Ponty (1994) skriver om den intensjonelle bue:

... at bevissthedslivet - erkendelseslivet, driftslivet eller det perceptuelle liv - bæres av en ”intentionel bue”, som omkring os udkaster vor fortid, vor fremtid, vort menneskelige miljø, vor fysiske situation, vor ideologiske situation, vor moralske situation eller som rettene sagt bevirker, at vi er situerte under alle disse forhold. Det

er denne intentionelle bue, det udgør sansernes enhed, sensibilitetens og motorikkens enhed. (s. 89)

Pasienter som opplever tilbakefall etter rusbehandling har som oftest hatt et ønske om å få kontroll på sitt alkoholproblem, men har erfart å ikke lykkes. De er forhindret i å gjøre det de egentlig ønsker å gjøre, og ”*det oppstår en splittelse mellom kroppen og det intensjonale subjekt som under normale omstendigheter er en ureflektert og integrert helhet*” (jmf. Thornquist, 2003 s. 118). En informant brukte uttrykket ”*det verste knutepunktet*” når han var nær ved å miste kontrollen og begynne å drikke igjen. Livet kunne oppleves svært kaotisk ved tilbakefall og ny drikkeperiode. Merleau-Ponty (1994) skriver at den intensjonelle bue ”... *blir slapp i sykdommen*” (s. 89). Pasientenes opplevelse av mening ble utydelig og den intensjonelle bue ble slapp. En av informantene fremholdt imidlertid at noen velger å drikke i perioder, og anser dette som en akseptabel og meningsfull handling på tross av besværlige erfaringer med alkohol.

6.2.2 Vane som en kroppslig kompetanse

Studiens informanter fortalte om hvordan de over tid hadde fått innlært et drikkemønster, og hvordan kroppen husket. De snakket om enkelte episoder der de av gammel vane hadde vært på vei mot alkoholutsalg, og ”*stablet flasker i kurven*” uten å være seg det bevisst. En sa: ”*Han ble tvunget av sykkel. Sykkelen bare gikk dit*”. Dette var noe de knapt kunne fortelle andre, av frykt for å bli mistrodd og latterliggjort. Jeg har mange års erfaring fra arbeid i rusbehandlingsinstitusjon, og har opplevd at pasienter ikke er blitt tatt på alvor når de har fortalt om slike opplevelser. De har til tider blitt oppfattet som useriøse og ansvarsfraskrivende når de har fortalt om sin erfaring av å gå på ”autopilot”.

Merleau-Ponty (1994) gir kroppen forrang foran bevisstheten. Han skriver om kroppsskjema og om vanetilegnelse som en kroppslig innlæring: ”*Vanetilegnelse forstået som omdannelse og fornyelse av kroppsskemaet frembyder store vanskeligheter for de klassiske filosofer, der alltid er tilbøyelige til at oppfate syntese som intellektuell syntese*” (s. 97). Han skriver videre at det er kroppen som tilegner seg og ”*får fat i og forstår bevegelsen*” (Merleau-Ponty, 1994, s. 97). Å kunne kjøre bil er et eksempel på kroppslig innlært kunnskap, å spille et instrument er et annet tydelig eksempel. Kroppen er bærer av en kompetanse som gjør at vi handler intensjonelt. Vane er ikke det samme som automatisk eller instinktiv handling, men er en kroppslig handlingskompetanse. Merleau-Ponty (1994) skriver: ”*Tilegnelse af en vane er nok en griben af en betydning, men det er en motorisk griben av en motorisk betydning*” (s. 97).

Mennesket er ingen maskin, men handler intensjonelt. Merleau-Ponty skriver at *"Motorikken er således ikke bevidsthedens tjenestepige, der transporterer kroppen til det sted i rummet, som vi først har forestillet os"* (s. 92). Merleau-Ponty gjorde selv oppmerksom på likheten mellom ham selv og behavioristene. Han mente imidlertid at behavioristene tok feil i deres forståelse av respons på stimuli i analogi med mekanistiske årsak - virkningsforhold mellom gjenstander (jmf. Østerberg, 1994, s. VI). Frank (1995) støtter dette synspunktet. Han er kritisk til en forståelse av at mennesker er lik maskiner som kan repareres, og skriver på en måte jeg oppfatter som ironisk: *"The body is a kind of car driven around by the person inside; "it" breaks down and has to be repaired. The restitution story seems to say, I'm fine, but my body is sick, and it will be fixed soon"* (s. 86).

Pasienter som søker behandling for sitt alkoholproblem har som oftest et ønske om endring. Ifølge Merleau-Ponty er ikke våre vaner uforanderlige. Han (Merleau-Ponty, 1994) understreker derimot at *"denne sammenpressede viden ikke er nogen træg masse på bunden af vor bevisshed"* (s. 81). Brumoen (2010, forord) skriver om å endre vaner ved å avdekke situasjonskrefter som styrer vanene, og deretter å bruke viljestyrte handlinger for å bryte vanene. Råheim (2006) poengterer at et endringsarbeid er svært krevende:

Om det da er slik at vaner nedfelles i kroppen og i første rekke fungerer ureflektert i all sin selvfølghet, slik Merleau-Ponty (1962) retter søkelyset mot, da vil det også være høyst krevende å endre dem. Det tar tid og krefter, og foregår i livssituasjoner og under samfunnsmessig art som ikke alltid ligger til rette for endring. (s. 133)

Brumoen (2010) stiller spørsmål om ikke *"vanen som repeterende hverdagsfenomen er stemoderlig behandlet i rusbehandling"*. I kognitiv terapi er "automatiske tanker" et sentralt begrep om tanker som utløser følelser, kroppslige reaksjoner eller en viss adferd. Merleau-Ponty (1994) viser imidlertid til et annet perspektiv når han skriver: *"Når jeg gjør tegn til en ven om at komme hen til mig, er min intention ikke en tanke, som jeg har forberedt i mig selv, og jeg perciperer ikke tegnet i min krop"* (s. 58). Pasienter kan ikke alltid vise til at de har hatt en tanke i forkant av en handling. Studiens informanter utdypet nettopp sin erfaring med draging mot alkohol og automatisk adferd som en innarbeidet vane og kroppslig kompetanse.

6.2.3 Russug. Oppmerksomhet mot kroppen

I dette kapitlet vil jeg bruke begreper fra Leders bok "The Absent Body". For å gi en viss oversikt deler jeg kapitlet inn i avsnitt med følgende overskrifter "Den fraværende versus

den problematiske kroppen”, ”Den truede kroppen”, ”Kortvarige gleder og langsiktige virkninger” og til slutt ”Kropp og psyke”.

Informantene fortalte om hvordan russuget til tider kunne være en kroppslig og gjennomgripende erfaring. Jeg siterer:

... ikke sant, at man i det russuget, hvis jeg har det flere dager, blir kroppen så anspent at om morgenen når jeg våkner opp er jeg helt stiv og klarer ikke å bevege meg. Om natta har jeg mareritt og massevis av tull, jeg svetter og snur meg fram og tilbake og er våken mange ganger. Spenningen er om natta også. Det er utrolig slitsomt. Hodet er helt ødelagt. Dette kan vare i mange måneder.

Den fraværende kroppen versus den problematiske kroppen

Det er først og fremst når fysiske funksjoner svikter og når vi føler smerte at oppmerksomheten bringes mot kroppen (jmf. Thornquist, 2003, s. 118). Når alt fungerer som det skal i vårt hverdagsliv, tar vi gjerne kroppen for gitt. Leder (1990) gjør et poeng av dette og skriver at kroppen vanligvis er fraværende (absent). I erfaring med russug kan pasienter oppleve at kroppslige plager og frykt for tilbakefall tar mye tid, krefter og oppmerksomhet. Det kan i perioder være et slit å forhindre tilbakefall. Kroppen er ikke fraværende. Den fremtrer som problematisk, og blir ifølge Leder (1990) ”*the dys-appearing body*” (s. 69-92). Informantene fortalte om russug i form av kroppslig ubehag, drikketrang, irritabilitet og uro. En informant omtalte russuget som en ”*slu sykdom som kom via andre veier*”, og mente det ville ha vært enkelt dersom han hadde gjenkjent russuget som et ønske eller en tanke om å drikke.

En pasient som jeg møtte en gang fortalte om hvordan til og med katten hans merket hans russug. Mannen registrerte det knapt selv, men etter å ha vært edru i perioder på ca seks uker, ble han urolig, irritabel og vanskelig å være i hus med. Til og med katten trakk seg unna ham. I samtalen med ham ble det også snakket om hvordan barn og ektefelle kunne fornemme hans drikketrang i dagene før drikkingen begynte.

Kroppen gir den alkoholavhengige beskjed om at han/hun ”må” ha alkohol. Leder (1990) skriver om kroppen som ikke bare ”kan” men kroppen som ”må”: ”*Thus, the visceral body gives rise not only to an "it can" but to an "I must". I must eat, breathe, ...*” (s. 48). Det kan synes som om russug har likhetstrekk med Leders (1990) beskrivelse av sultfølelse, som en altomfattende og gjennomgripende følelse:

My sensorimotor functions are highly dependent upon my visceral processes. As discussed, hunger is not just in my stomach but pervades my mouth, my muscles, my mood. It is everywhere, manifesting as exhaustion and craving, irritability and impatience. (s. 51)

Et dagligdags og kontekstuel uttrykk for drikketrang er ”å være tørst”, og det henspiller på de prosesser Leder skriver om. Jakob Sande (1992) har i sitt dikt ”Etter ein rangel” en frodig beskrivelse av å være ”tørst”. Han skriver i siste vers:

*Ja, i morgon skal eg byrja på den gode veg som sagt, trur eg
taka striden upp mot den heile develsmakt, trur eg.
Men i dag lyt det få vera, for eg er å spøkje tyrst
At eg mest må ha eit ølkrus til å leske meg på fyrst, trur eg (s. 79)*

Leder (1990, s. 36-69) viser til naturlige og ubevisste kroppslige prosesser som går sin gang, og omtaler dette som den tilbaketrukne kroppen, ”*the recessive body*”. Som mennesker må vi puste, sove, gå på toalettet, ha mat og drikke. Kroppen gir sine meningsfulle og livsnødvendige signaler. De biologiske behovene må imøtekommes, men ikke nødvendigvis umiddelbart. Vi kan overse eller utsette de vegetative prosessene en viss tid (jmf. Leder, 1990 s. 48). Målet for pasienten med et alkoholproblem er gjerne å forholde seg edru over tid. Det kan være til de grader utfordrende å ikke skulle respondere på kroppens behov. Som en informant sa: ”*Da er man edru med kvite knoker. Man rett og slett tvinger seg*”. Krav i form av sultfølelse oppleves meningsfullt. Kroppen trenger mat. Drikketrang derimot gir ikke mening i samme grad.

Informanter omtalte drikketrangen som en ”*indre stemme*”, og opplevde ”*tanker som hakker og hakker på hauet om at du må drikke!*”. Leder (1990, s. 53-57) skriver at kroppens indre prosesser kan fremstå som fremmedartede, men at de like fullt er en del av vår væren-i-verden. Han bruker begrepet ”*I cannot*”, og viser til kroppens indre organer og funksjoner som vi ikke kan kontrollere. Vi har kunnskap om visse indre prosesser gjennom medisinske og radiologiske undersøkelser og blodprøver, men har ellers begrenset tilgang til det ”*ukjente dypet av vår kropp*”. Både de som selv har et alkoholproblem og mennesker i deres nærhet kan undre seg over de sterke kreftene som kan fremtre ved drikketrang. Oppmerksomhet bringes mot kroppen, både som problematisk og som truet.

Den truede kroppen

Informantene levde i perioder med drikketrang og måtte være bevisst sin utfordring og risiko for nye tilbakefall. Det kunne oppleves som et slit. En mann sa: ” ... så skal jeg ikke la meg knekke denne gangen”. Leder (1990, s. 126) kaller dette for ”den truede kroppen”, ”*the treathening body*”. Han viser til at sykdom i perioder kan medføre et intensjonelt sammenbrudd (jmfr. Leder, 1990, s. 81). Informantene fortalte om alvorlige hendelser, et kaotisk liv og dramatiske episoder. Det hadde vært fare for liv og helse både på grunn av alkoholforgiftning og på grunn av suicidalitet. Dette kunne være særlig fremtredende under en abstinensfase.

Pasienter kan i en abstinensfase oppleve et sterkt ubehag i form av angst, uro, svimmelhet, kvalme, oppkast, skjelving, hallusinasjoner og søvnvansker (jmfr. Rassool, 2010d). I en medisinsk forståelse er dette symptomer på alkoholforgiftning, blodtrykksstigning, forskyvning i salt- og væskebalanse og væsketap (jmfr. Rassool, 2010d; Rassool, 2010e). Det er risiko for utvikling av psykose (delirium), epileptiske anfall og Wernicke-Korsakoffs syndrom¹³ (jmfr. Myrick & Wright, 2008). Informantene beskrev imidlertid sine subjektive erfaringer av sykdom (illness). Deres perspektiv var annerledes enn biologiens og medisinsens forståelse av symptomer og sykdom (disease) (jmfr. Svenaeus, 2005, s. 28).

Kortvarige gleder og langsiktige virkninger

Informantene snakket om at de egentlig ikke ville drikke, og at de egentlig visste godt hva de ønsket. De hadde drukket alkohol på tross av det de ville. Leder (1990, s. 48) skriver om menneskers lyster og behov i sammenheng med begrepene ”jeg må” og ”jeg kan ikke”, og han skriver om det autonome nervesystemet og om hvordan hormoner påvirker oss. Sterke følelser og behov kan tre fram og komme i konflikt med våre idealer, ønsker og moral. Det å følge sine lyster kan noen ganger gi kortvarige gleder, men kan skape konflikt på lengre sikt. Leder (1990) nevner russug som eksempel, og skriver: ”*Passions of the moment, can conflict with long-term goods*” (s. 136).

En informant sa: ”*Hvis man drikker, forskyver man det bare til neste dag. Det kommer en restskatt. Garantert!*”! En annen sa: ”*Det er en slags belønning for meg da, jeg synes det er fint å drikke, men så går det ei tid ... så klarer jeg ikke å stoppe. Så har jeg ikke lyst mer*”.

¹³ I forbindelse med delir kan det utløses en kronisk psykose, Korsakoffs psykose. Forløperen, Wernickes encephalopati, som kan gi forvirring og nevrologiske symptomer, er mer vanlig. (Fekjær, 2004)

Kropp og psyke

Psykiske reaksjoner, humørsvingninger og minner kunne ifølge informantene forårsake trang og lyst til å drikke. En av studiens informanter snakket om ”ringe-i-bjella-opplegg” eller hvordan gode minner kunne gi drikketrang. Assosiasjoner, situasjoner og ting rundt oss kan starte ubevisste prosesser i kroppen. Leder (1990) skriver om indre og ytre forhold som gjensidig påvirker hverandre:

The world itself shifts with a shift in the visceral. Correlatively, a change in the world or my relation to it can swiftly change my visceral state. If I encounter or even think about a distressing scene, my heart beats faster and certain blood vessels constricts. If I start running in place another set of cardiovascular changes ensue. I can thus indirectly manage the visceral through controlling my conscious acts or environment.
(s. 52)

Informantene hadde erfaring med dette. Drikketrang og kroppslige reaksjoner kunne dukke opp også etter langvarig edruskap. Det uformelle uttrykket ”triggere” er en betegnelse for noe som utløser russug. Dette kan være en tanke, en gjenstand eller et minne. En informant sa:

Man husker den myke, herlige følelsen av å slappe av og komme vekk, og få en liten pause... Jeg satt der, og det var fin musikk ... hvor herlig det var med konjakk og kaffe. Jeg kan kjenne smaken i munnen.

Det var situasjoner og steder informantene bevisst forsøkte å unngå for å forhindre drikketrang og tilbakefall. Deres erfaringer gav et fascinerende innblikk i sammenhengen mellom mentale og kroppslige reaksjoner. En informant hadde en bemerkelsesverdig opplevelse. Han hadde egentlig planlagt å drikke og så fram til dette, men fikk plutselig et indre bilde. Han så tydelig for seg to små konjakkflasker:

Men så tenkte jeg ... jeg så for meg ... jeg brukte å kjøpe de der små konjakkflaskene på 200 ml, da så jeg det for meg. Jeg ble fysisk veldig dårlig, og kvalm. Avsky!

Russuget eller drikketrangen forsvant, og han lot være å drikke. Opplevelsen forhindret tilbakefall. En annen fortalte om russug i form av uro og spent muskulatur. En samtale med en kamerat hadde redusert russuget: ” En sånn helt hverdagslig samtale, så var skuldrene nede”. Psykiske og kroppslige reaksjoner er innvevd i hverandre. Det gir etter min oppfatning lite mening å snakke adskilt om fysiske og psykiske reaksjoner, eller fysisk og psykisk russug og avhengighet.

6.3 Selvbilde

”Selvbilde” er i denne sammenhengen et uttrykk for hvordan man oppfatter og forstår seg selv. Det kan betraktes som summen av inntrykk og tanker et enkeltmenneske har om seg selv og sin plass i forhold til andre individer og samfunnet for øvrig. Dette kapittelet inndeles i ”Opplevelse av å kjenne seg frisk”, ”Kroppen som subjekt eller objekt”, ”Forhold til andre”, ”skam og selvfølelse”, ”Kroppsskjema og kroppsbilde” og til slutt ”Fortellinger om oss selv”.

6.3.1 Opplevelse av å kjenne seg frisk

Selv om informantene hadde opplevd flere tilfeller av tilbakefall, hadde de i kortere eller lengre perioder holdt seg borte fra alkohol. Flere understreket hvor godt det var å kjenne seg frisk i disse periodene. En mann hadde tatt av 14 kilo etter å ha sluttet å drikke, og gjentok at dette hadde stor betydning for ham. En annen fortalte med entusiasme om hvor godt det var å kunne gå ute og sanse livet på en helt annen måte, og hvor verdifullt det var å få kommentarer fra andre om at hun så fin og frisk ut: ” *Det første er at folk bemerker at jeg ser så mye bedre ut, ... reint sånn ytre, og folk sier til meg at de merker en endring, at jeg er mye mer åpen*”. En av informantene understreket at kaffen smakte så godt om morgenen etter at han hadde sluttet å drikke.

Som nevnt bruker Leder (1990, s. 22) begrepet ”den fraværende kroppen” når kroppen fungerer som den skal, i all sin selvfølgelighet. Men pasienter som hadde vært syke av alkoholforgiftning og alkoholavhengighet erfarte derimot at kroppen ikke hadde vært fraværende etter at de var blitt friske igjen. Tvert imot var de oppmerksomme på hvor godt det var at kroppen hadde hentet seg inn. De erfarte en stor kontrast mellom den syke kroppen og den friske kroppen, og de tok det ikke som en selvfølge at kroppen fungerte som den skulle.

6.3.2 Kroppen som subjekt eller objekt

Om vi omtaler oss selv som subjekt eller objekt kan avspeile sider av vårt selvbilde. Jeg vil trekke fram noen utsagn hvor informantene berører dette aspektet.

Vi kan ha en tendens til snakke om at noe ”sitter i hodet” og at noe ”sitter i kroppen”. Informantene brukte ved flere anledninger dette uttrykket. Jeg siterer: ”*Å lære kroppen min av, det går greit, men å avlære hodet, det kan ta tid*”. Det kunne virke som om de opplevde ”kroppen” som et objekt, mens ”hodet” var et noe uregjerlig subjekt. Svenaeus (2005) skriver:

Ettersom vårt primære tankeinstrument - hjernen også er en del av kroppen, er det ikke mulig å trekke noen absolutt grense mellom tanken og de kroppslige handlingene. De griper inn i hverandre i vår erfaring og våre handlingsmønstre (s. 60).

Frank (1995) skriver humoristisk om det samme: *"Only a caricature Cartesianism¹⁴ would imagine a head, compartmentalized away from the disease, talking about the sick body beneath it"* (s. 2). Informantene hadde opplevd at det de ønsket å gjøre og det de faktisk gjorde ikke samsvarte. Til tider hadde de en fornemmelse av å ikke ha kontroll over seg selv. Dette kan tolkes som en form for objektgjøring av egen kropp: *"Det er så utrolig vanskelig å vite hvorfor man gjør det. Hva er det som foregår i hodet når du liksom bare tar bilen og kjører fra jobb, ... og så vet jeg plutselig at jeg skal til polet"*.

Noen demonstrerte hvordan de snakket strengt eller oppmuntrende til seg selv, og tiltalte seg selv med eget navn for å "snakke seg selv til fornuft". Jeg viser til et eksempel hvor vedkommende handlet som subjekt og objekt samtidig: *"Jeg snakket høyt til meg selv. Jeg hadde flasken i handa. Jeg sa ... (navnet)! ... Ikke ta det nå! Likevel åpnet jeg korken"*. En informant erfarte dette på en annen måte. Hun fikk spørsmål om et tilbakefall var en villet handling, og om hun hadde valgt å begynne å drikke igjen. Vedkommende svarte noe indignert: *"... i hovedsak så vil jeg, ellers ville jeg ikke ha gjort det"*. Hun erfarte at handlingen i selv hadde større betydning enn hva hun hadde tenkt om den, og at det var hun (subjektet) som gjorde valg og handlet.

Thornquist (2003) skriver at *"Kroppen fins i dobbel forstand: Vi er den og vi har den"* (s. 117). Hun skriver videre: *"Mens den kartesianske kropp er et subjektløst objekt, er kroppen i fenomenologisk perspektiv aldri bare objekt – aldri rent objekt, men alltid erfarende kroppslig subjekt"* (s.118). I perioder med sykdom kan det utvikles et betrakterforhold og en avstand til egen kropp fordi den oppleves som utenfor ens kontroll. *"Forholdet mellom kroppssubjekt og kroppsobjekt forrykkes"* (jmf. Thornquist, 2003, s. 118).

Descartes mente at kroppen var et objekt som ikke fremstod som grunnleggende forskjellig fra andre ting (eller maskiner) og at mennesket bestod av kropp og sjel, altså en form for ontologisk dualisme (jmf. Thornquist, 2003, s. 30-31). Kroppen kunne dermed forskes på og håndteres uavhengig av personen som "beboede den". Merleau-Ponty (1994, s. 52) går grunnleggende imot dette, og understreker at kroppen min, det er meg, - subjektet. Vi kan

¹⁴ Rene Descartes (1569-1650). Fransk filosof. Regnes som opphavsmann til filosofi i nyere tid. Begrepet "kartiansk" er avledet fra navnet Descartes. (Thornquist, 2003)

ikke objektgjøres og være menneske uavhengig av vår kropp. Dersom vi betrakter kroppen som et objekt, må det i så fall bety at vi som mennesker er både subjekt og objekt samtidig. ”Å bli gjort til objekt” av andre er et tema jeg vil belyse i neste kapittel.

6.3.3 Forhold til andre

I studiens diskusjon legger jeg hovedvekt på individuelle og unike erfaringer. Det vil imidlertid være utilstrekkelig å drøfte selvbilde og selvforståelse uten å ha et intersubjektivt perspektiv. Leder (1990) skriver at ingen danner et bilde av seg selv i total isolasjon: *”My self-understanding always involves the seeing of what other sees in me”* (s. 92).

Informantene fortalte om hvor godt det var å bli møtt med respekt. En fortalte at han hadde fått *”mange gode smil og klapp på skuldra”*, og opplevde disse kroppslige uttrykkene som en viktig anerkjennelse. Merleau-Ponty (1994) skriver: *”Det er gjennom min krop, jeg forstår andre, ligesom det er gjennom min krop at jeg perciperer ting”* (s. 153). Andre fortalte om å føle seg bebreidet og krenket av andre, og om å bli møtt som *”en hjelpeløs alkoholiker som ikke kunne ta egne avgjørelser”*. Det var ubehagelig å bli *”satt i bås”* og bli gjort til et objekt. Denne erfaringen var knyttet til konkrete opplevelser som å få kritikk, å bli møtt med mistillit og at flasker ble gjemt bort. En brukte uttrykket: *”Du skal ikke sparke den som allerede ligger på kne”*. Å føle seg krenket handler om å ikke føle seg verdsatt og å føle seg ydmyket. Det er et relasjonelt uttrykk som impliserer samhandling mellom dem som føler seg krenket og den andre. En informant hadde en opplevelse av å bli møtt med mistillit ved innleggelse i institusjon, og sa: *”Det første er de prosedyrene man kommer inn med. De går gjennom til og med toalettmappen din”!* Vedkommende følte seg avmektig og ydmyket.

Det å bli gjort til et objekt av andre mennesker betyr at noen har et betrakterforhold til deg. Skjervheim (1996, s. 71-103) skriver om ubehaget ved å bli objektivert, og å ikke bli tatt på alvor av den som objektivterer:

Vi har altså vist at vi i dagleglivet objektivterer den andre, alter ego, og at vi særleg gjer det når vi finn å ikkje kunna ta den andre alvorleg. Då tenderer vi i retning av å oppfatta den andre som eit føreliggjande faktum, eit kasus ... Dersom vi objektivterer den andre, er det ikkje så lett på same tid å ta han og det han seier alvorleg. (s. 74)

Informantene fortalte om hvor godt det var å bli tatt vare på og få rask behandling og medisiner når de var syke. Det å få tilbud om rusbehandling og innleggelse først etter mange måneder kunne derimot oppleves mindre relevant. Etter et halvt år hadde de gjerne ikke ønske

om eller behov for innleggelse lenger. En informant understreket hvor viktig det var å ha noen å prate med når det stod på som verst, og omtalte helsepersonell:

Jeg kjente hvordan jeg måtte ha noen å prate med. De kommer uten at du må sette deg ned ved en kontorpult og sånn, og føler deg... De viser respekt, og stiller opp hvis det er noe. De er et stabilt holdepunkt i tilværelsen.

Å bli møtt med respekt og ikke bli bebreidet i disse situasjonene ble høyt verdsatt. Svenaeus (2005) beskriver hvordan sykdom kan gi en følelse av ”hjemløshet”. Han skriver om å møte den syke:

Å møte den syke er å møte hans verden og den måten han bor i den på. Personens følelser, tanker og handlinger er her ulike aspekter av væren-i-verden som helsearbeidere møter og må arbeide med for å lege og helbrede - for å gjøre de sykes væren-i-verden hjemlig igjen, eller i tilfelle kronisk sykdom mer hjemlig igjen. (s. 82)

En mann erfarte at det var spesielt viktig å snakke med en bekjent som forstod hva russet innebar: ”Han vet hva som hjelper, vi skjønner hverandre med en gang.” Merleau-Ponty (1994) skriver om samtalen med en god venn:

Når jeg sludrer med en ven, jeg kender godt, rummer alle hans ord og alle mine – bortset fra hva de betyr for alle andre – hver især en mangfoldighet av henvisninger til grunddimensionerne i hans og min karakter, uden at vi trenger at genopfriske vore tidligere samtaler. (s. 81)

At det kunne være viktig å ha en felles kommunikativ grunn kom tydelig fram da en av informantene snakket om ”å gå på autopilot”, og videre at ” Dette forteller jeg helst til andre som har opplevd det samme, og vi kan flire av det i ettertid”. Han var på AA-gruppe¹⁵ (Anonyme Alkoholikere). Informantene snakket vel om andre og omtalte helsepersonell som ”superproffe folk”, men det var likevel en annen kvalitet ved fellesskapet av mennesker som hadde tilsvarende erfaringer.

Informantenes forhold til familie og andre var betydningsfullt. Frykt for å svikte sine nærmeste og ultimatum fra barn og barnebarn kunne for noen bidra til å forhindre tilbakefall og gi mot til å holde seg edru. En hadde fått en noe ydmykende, men tydelig melding fra sine

¹⁵ Anonyme alkoholikere (AA) bygger sitt behandlingsopplegg (Minnesota-modell) på såkalt 12-trinnsmodell. Målsetningen er totalavhold. Selvhjelpsgrupper fundert på AA er utbredt. (Rassool, 2010d)

nærmeste. Han hadde tatt et valg: *"Det var det som gjorde at nå, så er det nok!"*. Å få tilbakemeldinger og respons fra andre hadde betydning for selvbilde og selvforståelse, både på godt og vondt.

6.3.4 Skam og selvfølelse

Begrepet "skam" har mange betydninger og blir forsøkt forklart ved ulike teorier. Opplevelsen av skam handler imidlertid om et dypt ubehag knyttet til forstyrrelse av selvfølelsen (jmf. Skårderud, 2002, s. 37-43). Å ha alkoholproblemer og tilbakefall ble oppfattet som skammelig, og ensbetydende med å ikke beherske livet. En av informantene fortalte om hvordan han hadde vært ned i *"rennesteinen og i gjørma"*. Han brukte sterke metaforer. Skammen hadde kroppslige uttrykk, *"den var en tung bær å bære"*. Han kunne se folk i øynene nå, tidligere så han ned i golvet. Merleau-Ponty mener at kroppslige uttrykk ikke bare er noe "ytre" som er forårsaket av noe "indre". Følelsene er i ansiktet og i gestene (jmf. Thornquist, 2003, s. 128). Merleau-Ponty (1994) skriver om vrede: *"Gesten får meg ikke til å tenke på vreden, den er selve vreden"* (s. 151), og han skriver videre hvordan *"... det uttrykte ikke eksisterer adskilt fra uttrykket"* (s. 129.) På samme måte er skammen våre uttrykk. At informanten ikke kunne se folk i øynene, men så ned i golvet var ikke bare et uttrykk for skam. Det kan betraktes som selve skammen.

En informant gav uttrykk for å føle seg *"som en liten lort"* og som en *"bitteliten og ynkelig person med mye angst"*. Alkoholproblemet preget hverdagen i aller høyeste grad.

Vedkommende holdt seg i lange perioder borte fra sosiale sammenhenger, og planla dagen for å kunne drikke. Toombs (1995) skriver om skam og om å føle seg liten. Han bruker sin egen erfaring av å være rullestolbruker. Han opplever skam ved å ikke kunne leve og møte omverdenen som før, og av å være avhengig av andre. Intensjonaliteten er forstyrret eller brutt sammen. Jeg siterer:

Shame is also present in the frustration of intentionality. The "inability to" interact with the world is not only the experience of loss "I can no longer do", but diminishment, "I must depend on others to do for me, and further ...".(Toombs, 1995)

Skam og tilbakefall kunne ifølge informantene ødelegge selvbildet: *"Tilbakefall er helt forferdelig for selvbildet ditt. Det er helt ødeleggende ... Jeg ble avslørt på lukt og på litt sånn her ting stadig vekk"*. En informant skammet seg over at *"selv naboen måtte hjelpe meg med å rulle sigaretter"*. Skårderud (2002) skriver om skam i relasjon til andre: *"Skammen er en skam over seg selv overfor den andre, de strukturene er uadskillelige"* (s. 43). Det var ille å

ikke beherske livet: ”Altså det er jo den her følelsen av å ikke beherske livet ditt, det her med å drikke er noe skammelig ... og du blir paranoid, - redd for at folk skal få vite ...”. Toombs (1995) kaller skamfølelsen en ”ikke-rasjonell respons” på samfunnets sterke forventninger om en enkeltes uavhengighet og om vårt ideal om å beherske livet.

Toombs skriver videre at selv om skam ikke nødvendigvis fordrer at en blir observert av andre, vil andres blikk ha betydning. Han understreker at det ikke først og fremst handler om å føle hva andre tenker, men å erfare deres respons gjennom ansiktsuttrykk, blikk og verbale uttrykk (jmf. Toombs, 1995). Informantene hadde opplevd å bli betraktet og behandlet som ”en stakkarslig alkoholiker” og ”rusmisbruker”.

For en av informantene var det viktig å ikke bli sett alkoholpåvirket eller full, og hun ville skåne familien sin. Hun sa om forholdet til en av sine nærmeste: ”Hun har ikke sett meg full og sånn ...”. Der gikk en grense. Frank (1995) viser til Goffmans drøfting av ”stigma”, og skriver at personen som er stigmatisert også tilskrives en type ansvar for ikke å gjøre situasjonen pinlig for andre:

Erving Goffman's classical work on stigma shows that society demands a considerable level of body control from its members; loss of control is stigmatizing, and special work is required to manage the loss of control. Stigma ... is embarrassing, not just for the stigmatized person but for those who are confronted with the stigma.
(s. 31)

Det hendte at informantene trakk seg bort fra sosiale sammenhenger og isolerte seg. De ville ikke bli avslørt eller oppdaget i en drikkeperiode, eller de klarte ikke å fylle forpliktelse og forventninger fra andre. Dette kunne gjelde i forhold til de nærmeste eller i samfunnet for øvrig. Noen besvarte ikke telefonen av frykt for å bli oppdaget og avslørt. De snakket om skyldfølelse, om å svikte sine nærmeste og å såre andre. En fortalte hvordan han i slike perioder ville være alene: ”Da makter jeg det ikke selv. Da slutter jeg å omgås folk, ikke spiser jeg, kjører meg helt langt ned i ... Da sitter jeg mye alene. Ikke tar jeg telefoner. Da vil jeg være i fred”. Leder (1990) skriver om hvordan sykdom kan endre menneskers fokus. Fra å være orientert ut mot verden, kan sykdom og smerte virke som en kraft innover: ”Thus, pain exerts a phenomenologically ”centripetal” force, gathering space and time to the center (Leder, 1990, s. 76). Skammen kan virke på samme måte. Skårderud (2002, s. 42) beskriver skammen som et brudd, tilbaketrekning og ensomhet. I perioder, og spesielt ved tilbakefall

trakk informantene seg inn mot seg selv og sitt, og alkoholbruken tok større fokus og plass i deres liv.

De hadde imidlertid også et metaperspektiv på opplevelsen av skam, og snakket om selvrespekt. En sa: *"Det betyr ikke at jeg går der og kryper for andre personer, - ingen må trække på mine tær. Hun hadde lyst til å forandre meg, men den jobben må jeg gjøre selv"*. De måtte og ville selv ta ansvar: *"Jeg lar muligheten (for å drikke) stå åpen ... Ethvert menneske vet jo om ting du ikke bør gjøre, men du vet du har lyst ... at det kommer. Det handler om selvrespekt"*. En annen sa: *"Alkoholbruk ... som har vært mitt store problem, som fortsatt er mitt problem, ... men jeg har ingenting å skamme meg over"*.

6.3.5 Kroppsskjema og kroppsbilde

Ved flere anledninger fortalte informantene om å ikke forstå seg selv, og de kunne ofte ikke forklare sine tilbakefall: *"Det er så utrolig vanskelig å forklare hvorfor man gjør det. Hva er det som foregår i hodet?"*. Det bærer preg av å være noe fremmed, noe som ikke er "meg".

Svenaesus (2005) skriver om sykdom og kroppen som kan fremstå som fremmed og hjemløs: *"Kroppen viser seg som noe ubegripelig, noe som hindrer min hjemlige måte å være til på, noe som foruten å være meg selv, også er noe jeg ikke er herre over"*(s. 79). Videre skriver han at kroppen under visse forhold kan svikte meg ved ikke å være kapabel til å innfri mine ønsker. *"Kroppen er den fremmede som samtidig er meg selv"* (Svenaesus, 2005, s. 79).

Gallagher og Cole (1998 s. 131-147) mener at begrepene "kroppsskjema" og "kroppsbilde" delvis er overlappende, men at det også er en viktig og ofte oversett nyanseforskjell. Vårt kroppsskjema handler om våre underliggende, ubevisste og dype prosesser og vaner. Gallagher og Cole (1998) skriver: *"Body schema can be defined as a system of preconscious, subpersonal processes that play a dynamic role in governing posture and movement"* (s.131). Kroppsbildet viser til den oppfatning og det bildet vi har av oss selv: *"... a conscious idea or mental representation that one has of one's own body"* (jmf. Gallagher and Cole 1998 s. 131). Kroppen kan oppleves som fremmed når det er lite samsvar mellom kroppsskjema og kroppsbilde. En av informantene sa det slik:

Klart, jeg ønsker jo å bli møtt som ... sånn som jeg er... Samtidig så har jo alkoholen vært en del av meg. For du har jo et bilde av deg selv, av en som ikke drikker. Det er den personen du egentlig vil være. Altså, med alle dine feil og mangler ... bra ting også... du er du, jeg er meg. Og i det bildet så er det ikke en "drikker".

Vedkommende ønsket ikke å bli stigmatisert som ”alkoholiker”. Alkoholbruken var en del av henne (kroppsskjema), men på ingen måte hele bildet (kroppsbilde). Toombs (1995) skriver om hvordan vi oppfatter oss selv, og beskriver en opplevelse av å se seg selv i et speil: *”Is that person reflected in the glass really me?”* (s. 16). Bildet i speilet stemte ikke med hans indre bilde.

Gallagher og Cole (1998) skriver videre at bruken av begrepet kroppsbilde i motsetning til kroppsskjema involverer refleksjon og kognitive prosesser. Mitt kroppsbilde representerer i utgangspunktet meg som ”meg selv” eller ”min egen kropp” (s. 133). Når kroppen går på ”autopilot” kan den fremstå som fremmed, og ikke lenger ”meg selv”. Da kreves refleksjon og bevissthet for å ta over styringen og eierskap over egen kropp. Informanten sa det på denne måten: *”Men det er liksom det jeg har å sloss med da, det som dukker opp i hodet mitt”*.

Vedkommende brukte refleksjon og bevisste valg for å ”sloss” med det som hun ville endre. Gallagher og Cole (1998) understreker for øvrig at både kroppsskjema og kroppsbildet har en viktig betydning for å få en type kontroll eller eierskap over egen kropp: *”... suggests that the body schema, and not just the body image, plays an important role in constituting a sense of body ownership”* (s. 143).

For å forebygge tilbakefall og få tilbake ”eierskapet over seg selv” beskrev informantene hvordan de hadde fokus på flere områder. Svenaeus (2005) skriver at *”Nettopp sykdommen kan imidlertid drive oss i retning av en bevissthet om alle de små delskrittene som vår tause erfaring og handlingsmønster består av”* (s. 61). Det kunne også dreie seg om dyptgripende endringer. En informant sa: *”Hva er det jeg har gjort? Hvordan har jeg levd? Hvordan må jeg forandre meg? Hvis jeg ikke gjør noe med de karakterene, mistenksomheten, de dårlige sidene, meg selv ...”*. Dette handlet ikke om enkelte mindre adferdsendringer, men en erfaring av å måtte forandre seg selv og sin karakter.

”Å få styringen over seg selv” involverte mange sider ved livet, både daglige rutiner og sosialt nettverk. Det handlet også om refleksjon og kognitive prosesser. Noen av informantene hadde også god hjelp av medikamentell behandling. En nevnte spesielt legemiddelet Antabus¹⁶: *”Og nå har jeg begynt på Antabus, som jeg har brukt daglig i neste tre måneder”*. Ulike tilnærminger må tas i bruk for at pasienten skal få best mulig hjelp. Det er ikke uten grunn at spesialisthelsetjenestens tilbud er et tverrfaglig og sammensatt behandlingstilbud.

¹⁶Antabus er et legemiddel til behandling av alkoholmisbruk. Antabus forstyrrer kroppens omsetning av alkohol ved å blokkere forbrenningen slik at det oppstår ubehag (svette, urofølelse, angst, hjertebank, forhøyet blodtrykk) hvis alkohol inntas. Reaksjonen er ufarlig hos hjerte- og lungefriske mennesker med brukbar leverfunksjon.

6.3.6 Fortellinger om oss selv

Vi fortolker oss selv og våre liv, og forøker å finne mening. Frank (1995) skriver: *”As body-selves, people interpret their bodies and make choices”* (s. 32). Informantene forsøkte å forstå og forklare sin situasjon. Dette krevde en oppmerksomhet og bevissthet som også kunne være utmattende. Jeg siterer en informant: *”Men i dag er jeg steinhard, Jeg sier til meg selv ... (sitt eget navn): Du er det, og du er det, og du lar deg ikke knekke ...”*. Informanten hadde sin fortelling om hvem han var, og fortellingen gav ham mot. Svenaesus (2005) skriver; *”Fortellingen er en måte å få orden på tilværelsen på, en måte å forstå og akseptere de prøvelser vi blir utsatt for”* (130).

Flere av informantene brukte metaforer i sine fortellinger. En fortalte:

Det er som to ulike verdener. Den ene er en edru verden, den andre er rusverden. Hvis jeg ikke vil slippe rusverden, da går det altså sprekk og sprekk og sprekk. Jeg blir ikke edru. Men den indre stemmen ... Den ene veien er kort og tydelig, og ja ... Men den veien jeg følger nå, der har jeg en fremtid.

Det er et dypt alvor og en nesten eksistensiell undertone i dette utsagnet. Sontag (2010) bruker en tilsvarende metafor, og sier at vi alle har ”doble statsborgerskap”:

Sykdom er livets nattside, et mer byrdefullt statsborgerskap. Enhver som fødes, er borger av to riker, de friske og de sykes. Skjønt vi foretrekker å bruke bare det gode passet, blir hver enkelt før eller siden, i hvert fall for en tid, nødt til å identifisere seg med dette andre stedet. (s. 5)

Informantene visste at tilbakefall kunne ha store omkostninger og at det kunne være livsfarlig. Svenaesus (2005) skriver at sykdommen forstyrrer, og at *”vi helst vil unngå et permanent oppholdssted i dette hjemløse territoriet”* (s. 62).

For noen av informantene var det avgjørende å forklare sitt alkoholproblem som en sykdom: *”At det er en sykdom, alkoholisme? JA!”* og det var naturlig å omtale seg selv som *”alkoholiker”*. I denne fortolkningen lå det en identitet og selvforståelse, og en erkjennelse av et langvarig og omfattende problem. En sa: *”For oss alkoholikere er det å drikke en måte å løse problemer ... en gang alkoholiker, alltid alkoholiker”*. Andre opplevde det vanskelig at alkoholproblemet ble knyttet til sykdom, og mente at det var forskjell på å si ”jeg er alkoholiker” eller ”jeg har et alkoholproblem”. En forstod det slik:

Nei, jeg tror det er sånn fysisk ... at du har vendt kroppen og hodet ditt og psyken din til det over lang, lang tid ... Så går det an, heldigvis å lære det av seg. Hvis du tror du er syk, hvordan skal du da bli frisk? Hvis man sier det er en sykdom, så er man prisgitt "stakkars meg, jeg er jo syk, jeg drikker".

Kvinnen hadde en fortelling og en forståelse som gav henne mot til endring og en mulighet til selv å ta ansvar. Hun ønsket ikke å bli stakkarsliggjort. Etter hennes oppfatning ville en sykdomsforklaring "stakkarsliggjøre".

Frank (1995) skriver om Albert Schweitzer som betegner et fellesskap av de som har erfart smerte og lidelse. Jeg siterer: "*The brotherhood of those who bear the mark of pain*" (s. 35). Frank skriver videre om "*the remission society*" (s. 8-13) og beskriver en samhørighet og allianse mellom de som har opplevd sykdom og tilfriskning. De lever med ettervirkninger, angst for sykdommens tilbakeslag og oppturer og nedturer av ulik art: "... *the chronically ill, the disabled, those "recovering" from abuses and addictions, and all those people, the families that share the worries and daily triumph of staying well*" (Frank, 1995, s. 8).

Mennesker med alkoholproblemer og deres nære har en type felles erfaring som de alltid vil bære med seg. Noen har stort utbytte av å delta i grupper, og kjenner en sterk tilhørighet til fellesskap og grupper. Andre ønsker å tone ned denne samhørigheten, og vil gjerne distansere seg. En sa: "*Jeg klarer liksom ikke helt å identifisere meg med dem*", og kunne oppleve det som et stigma å bli knyttet til "alkoholikere". Hennes fortelling passet ikke med gruppens felles historie.

Fortellinger kan uttrykke menneskers verdier, selvforståelse og erfaringer. De kan ifølge Frank lære oss hvem vi er og hvem vi ønsker å være (jmf. Frank, 1995, s. 21-22). En av informantene fortalte om sin familiebakgrunn: "*Jeg er vokst opp i en såkalt rik familie*". Dette var ikke uten betydning for vedkommendes selvbylde.

Frank (1995) skriver at alvorlig sykdom kan gi en opplevelse av å ha mistet kart og retning i livet (min oversettelse): "*Serious illness is a loss of the "destination and map" that had previously guided the ill persons life*" (s. 3). Å fortelle sin historie på nytt kan gi livet retningen tilbake. Fortellinger kan gi et metaperspektiv eller et overblikk. Jeg siterer igjen Frank (1995): "*Turning illness into story is a kind of meta-control*" (s. 32). Informantene fortalte sine historier, og fikk tilsynelatende delene til å henge sammen.

Det er i denne sammenhengen ikke relevant å spørre om fortellingen består av rene fakta. Våre fortellinger endrer seg med tiden, og de får ulike nyanser i ulike situasjoner og etter hvem som er tilhører. Frank (1995) skriver at erfaringer kan omformuleres: *"The truth of experience is malleable"* (s 21). Han skriver videre at i moderne tid har de "medisinske historiene" fått stor plass på bekostning av pasienters fortellinger.

The story of illness that triumph all others in the modern is the medical narrative. The story told by the physician becomes the one against which others are ultimately judged true or false, useful or not. (s. 5)

Rusmiddelavhengighet er et sammensatt og komplekst fenomen, og har fått økt oppmerksomhet fra medisinske miljøer de siste år. Det er viktig at pasientenes fortellinger blir hørt, og at de ikke mister sin plass i møte med medisinskfaglige uttrykk og forklaringsmodeller.

6.4 Tid

Tidsperspektivet var et fremtredende trekk ved alle de fire intervjuene. Min første naive lesning innebar en inndeling i "tiden før tilbakefall", "å oppleve tilbakefall" og "å bli edru igjen". I utgangspunktet virket det derfor naturlig å dele det følgende kapittelet i tre: fortid, nåtid og fremtid. Men etterhvert som jeg leste intervjuene om igjen, så jeg at denne inndelingen ikke kunne favne det informantene hadde gitt uttrykk for. Det de fortalte om fortid og fremtid var uløselig knyttet til nåtid.

Ricoeur diskuterer skrifter fra Augustin og skriver om dette i "Time and Narrative" (1984). Han drøfter opplevelse av tid som alltid er sett i lys av nåtid, og bruker begrepene *"present past"*, *"present present"* og *"present future"* (s. 11). Vår fortid er ikke et rent tilbakelagt stadium, og vår fremtid er ikke kun et ubeskrevet blad. Ricoeur (1984 s. 19) skriver at gjennom vår bevissthet blir vår fortid til minne (*"memory"*), vår nåtid er knyttet til vår oppmerksomhet (*"attention"*), og fremtid handler om forventninger (*"expectations"*). Jeg siterer videre: *"The result is that the "future which it expects, passes through the present, to which it attends, into the past, which it remembers"* (s. 19).

Merleau-Ponty (1994) knytter tidsaspektet til den "intensjonelle bue". Han skriver: *"... den intensjonelle bue, som omkring oss utkaster vår fortid, vår fremtid, vårt menneskelige miljø ..."* (s 89).

Dette kapittelet om "Tid" er inndelt i "Fortid og nåtid. Minner og oppmerksomhet" og "Fremtid og forventninger".

6.4.1 Fortid og nåtid. Minner og oppmerksomhet

Informantene fortalte om erfaringer både fra langt tilbake i tid og erfaringer gjort i senere tid. Noen beskrev opplevelser fra barndom og ungdomstid som hadde satt dype spor. Dette var gjerne noe de sjeldent snakket om, men som hadde hatt stor betydning i deres liv. En formulerte seg slik: *"Man har opplevd mye traumatisk i de årene ... og da var det ikke mye psykologhjelp og sånn som det er i dag"*. Han sa: *"Folk husker fortida mi, og jeg har heller ikke selv glemt eller lagt lokk over den"*. Hva han fortalte, og hvordan han husket sin fortid hadde betydning for hans selvforståelse. Han hadde ikke *"lagt lokk over"* sin fortid.

Flere snakket om at de så annerledes på hendelser "i ettertid". En informant sa: *"Sånn tenkte jeg ikke tidligere"*. Tid gav en distanse og anledning til å se ting i et annet lys og å endre forståelse. Gadamer (2003) skriver at tidsavstanden er et bærende fundament og at den har betydning for forståelsen. Jeg siterer: *"Alle kjenner den eiendommelige avmakt vi opplever når vi skal forsøke å felle dommer over noe som ikke har fått en skikkelig målestokk gjennom tidsavstanden"* (s. 42). Informantene gav ved flere anledninger uttrykk for at det å se ting i ettertid gav en annen forståelse.

En mann hadde ved flere anledninger håpet at tid i seg selv førte til en endring, og at kroppen hadde glemt. Han hadde forsøkt å "drikke litt" og håpet at det gikk bra. Jeg siterer: *"Selv etter en lang periode du har holdt deg nyktern, så klarer du ikke å stoppe med bare litt. Du er der igjen da ... tida fortenger ikke"*.

Informantene beskrev en stor kontrast mellom "før" og "nå". Nåtiden var preget av at de hadde vært uten alkohol en periode, og de snakket om "før" da de drakk alkohol. Alle hadde god kontroll på hvor lenge de hadde holdt seg borte fra alkohol. En sa: *"Nå er jeg en helt annen plass"*. Det hadde skjedd en endring. Noen fortalte om et konkret vendepunkt i livet, men det tydeligste bildet var at de hadde erfart vendepunkt flere ganger. De hadde gjort flere forsøk på å slutte å drikke, og hadde opplevd flere tilbakefall. En informant sa: *"... Så prøver man på nytt, men dessverre så har man ramlet igjen ... før"*. Vedkommende håpet og trodde at denne gangen skulle det gå bra. En annen sa:

Det at jeg har bestemt meg 100 % for å ikke drikke. Jeg hadde en sånn formening om at jeg kanskje kunne ... gå tilbake til såkalt normalt alkoholforbruk. Altså, nå har det jo gått opp for meg, at det kan jeg ikke.

Han mente han tidligere ikke hadde bestemt seg 100 % prosent. Nå var ting imidlertid annerledes, og det var det som var viktig.

Thornquist (2003) skriver at kroppen består av to ”lag”:

... den vanemessige kropp som har fortiden iboende, og den kroppen som er her-og-nå (i engelskspråklig litteratur omtalt som ”the habitual body” og ”the present body”). Med de to lag er kroppen så å si møtestedet for fortid, nåtid og fremtid fordi den bærer i seg tidligere utkast til fremtid og samtidig levendegjør denne levde kroppsimpulsen som faktisk nåtid. (s. 130)

Jeg har tidligere skrevet om kroppen som ”kan” og ”kroppen som husker”, jmf kapittel 6.2.2. Kroppen har en form for hukommelse som den enkelte ikke alltid kan gi uttrykk for med ord. Når kroppen har ”fortiden iboende” som Thornquist sier, hvorfor er det da så vanskelig å slutte å drikke alkohol når den gir så mye besvær? Vanligvis er det vel slik at ”brent barn skyr ilden”. En informant opplevde at gode minner fortrenget dårlige minner, og forklarte det slik:

Du må tenke, rett og slett på hvor fælt det var, og hvordan i helvete du har hatt det ... kvalm og ... Men du klarer likevel ikke å forestille deg den følelsen, hvordan det var i den verste fyllesjuken. Men den første drammen, den kan man sammenlikne med den første sigaretten, som sex. Man husker hvor fint det er ... det er rett der på ”skjermen”.

Informantene bar med seg sin fortid, men de var ”et annet sted nå”. Oppmerksomhet på nåtiden var uttalt, og til tider krevende. En opplevde det slik: ”Den dagen du glemmer hva du er for noe, at du er en alkoholiker, da begynner du å drikke”.

6.4.2 Fremtid og forventninger

Informantene var både bevisst dagen i dag, og de var opptatt av nær fremtid. Flere snakket om å ta en dag om gangen. En sa det slik: ”Det vi er enige om, det er at vi må ta en dag om gangen, du er bare nødt til det. Så må du fylle livet ditt med ok ting”. Flere gav uttrykk for en følelse av usikkerhet på hva fremtiden ville bringe. En sa: ”Dagen i dag ... jeg tar en dag om gangen. Morgendagen vet hverken jeg eller du. Men i hvertfall i dag drikker jeg ikke

alkohol". "Å ta en dag om gangen" innebar for ham å "lage en indre timeplan".

Programpostene var å drikke kaffe om morgenen og spise frokost, å ha avtale om å treffe noen, og "... sånne små ting i hverdagen, det kan være mer enn nok". Håpet var at han snart kunne tenke lenger fram og etter hvert kunne "ta en uke om gangen".

Andre hadde jobb og faste gjøremål: "Jeg har mitt å holde styr på, som jeg liker å holde på med". Noen sørget for å "gardere seg" i sårbare perioder. Sårbare perioder kunne være ferier og lengre perioder uten fast program. Informantene var preget av en nøktern optimisme. En sa: "Jeg har lang fartstid, en stri sjukdom ... Den blir vel å vedvare". En annen sa "Ja, jeg våger å tenke fremover, men jeg vet det blir tungt". Deres fortid og tidligere erfaringer hadde innvirkning på forventninger til fremtid.

Merleau-Ponty (1994) skriver vakkert om at kroppen igjen kan åpne seg mot verden:

Men netop fordi kroppen kan lukke seg ude fra verden, er det også den der kan åbne verden for mig og sette mig i en situasjon i den. Eksistensens bevægelse mod andre, mod fremtiden, mod verden kan tage fart igjen som en smeltevandsflod. (s. 127)

Informantene hadde til tider "lukket seg ute fra verden", og hadde hatt tilbakefall til problematisk alkoholbruk flere ganger. Deres bruk av alkohol hadde hatt store konsekvenser. Når de igjen "åpnet seg mot livet" og fremtiden, var det ikke bare ved hjelp av tanke og bevissthet, men ved å bruke hele seg.

7.0 AVSLUTNING

I dette kapittelet vil jeg sammenfatte det som er kommet fram gjennom studien, og vurdere forskningsprosessen og studiens kvalitet. Jeg vil deretter gjøre rede for studiens svakere sider og se på studien i forhold til tidligere publikasjoner. Deretter skriver jeg om hva studiens resultater kan bety for praksisfeltet og om forslag til videre forskning.

7.1 Sammenfatning

Studiens problemstilling var "Hvordan opplever og erfarer pasienter å ha tilbakefall til problematisk alkoholbruk etter rusbehandling?" Fire personer fortalte gjennom dybdeintervju om sin erfaring av tilbakefall. Deres subjektive erfaringer utgjorde datagrunnlaget for studien. Ved bruk av en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ble data analysert og fortolket. Tre hovedtema utkrystalliserte seg gjennom analysen av intervjuene: "Russug", "selvbilde" og

”tid”. Studiens funn ble tolket og diskutert på bakgrunn av litteratur med et fenomenologisk perspektiv. Kroppsfenomenologi ble en viktig teoretisk ramme.

Russug kunne ta mange ulike former, og var tildels uforutsigbart og vanskelig å begripe. På grunn av russug kunne informantene drikke alkohol uten å egentlig ville det, og de kunne erfare såkalt ”automatisk adferd”. Tilbakefall var en opprivende og dramatisk hendelse som kunne innebære betydelig ubehag og til dels livstruende sykdom. Alkoholproblemet hadde satt sine spor i kroppen, både fysisk og psykisk. Selv om alkoholen hadde ødelagt mye i deres liv, kunne alkoholbruken til en viss grad også være forbundet med hygge og velbehag.

Selvbildet kunne bli negativt påvirket av tilbakefall. Informantene stilte selv spørsmål om hvorfor de hadde begynt å drikke igjen, og kunne til tider ikke forstå seg selv. De forsøkte å skjønne sin situasjon, og hadde ulike forståelser av sitt alkoholproblem. Noen anså problemet som en sykdom, mens andre erfarte at en sykdomsforståelse ville være til hinder for å kunne endre på alkoholproblemet. En informant ønsket å ha mulighet for å drikke igjen senere, selv om det innebar en risiko. Det måtte være et eget valg. De hadde opplevd å bli sett på som ”en alkoholiker”, og hadde opplevd dette som krenkende. Men de hadde også erfaring av å bli anerkjent og respektert, og fått mot til å stå på.

Opplevelsen av tid var fremtredende. De hadde forsøkt å legge fortiden bak seg og kjente at ting var annerledes nå etter at de hadde sluttet å drikke. Noen måtte ta en dag om gangen, og vågde etter hvert å tenke lenger fremover. Fremtiden var usikker, og de visste at alkoholproblemet kom til å følge dem fremover. De håpet imidlertid at alkoholproblemet kom til å ta mindre plass i deres liv etter hvert.

7.2 Studiens kvalitet

I dette kapittelet vil jeg drøfte kvalitetskriterier ved kvalitativ forskning, og gjøre rede for hvordan kvaliteten er forsøkt ivaretatt i denne studien.

Kvalitativ forskning handler om å fortolke og å forstå (jmfr. Thagaard, 2009, s. 207). Det fordrer derfor en annen type kvalitetssikring enn ved kvantitative studier. Begrepene ”reliabilitet” (pålitelighet), ”validitet”(gyldighet) og ”generaliserbarhet” har opprinnelig vært forbundet med kvantitative studier. Disse begrepene relevans i kvalitativ forskning er for øvrig omdiskutert (jmfr. Polit & Beck, 2012, s. 584). Tjora (2010, s. 175) skriver at det etter hans oppfatning er unødvendig å innføre andre kvalitetsindikatorer ved kvalitativ forskning. Han mener at de godt innarbeidede begrepene som for eksempel reliabilitet og validitet gjerne

kan benyttes også i kvalitativ forskning. Kvale og Brinkmann (2009, s. 249) velger også å beholde de tradisjonelle begrepene.

Graneheim og Lundmann (2004) gjennomgår tre kvalitetskriterier utarbeidet av Lincoln og Guba (1985): ”credibility¹⁷” (troverdighet), ”dependability” (bekreftbarhet) og ”transferability” (overførbarhet). Disse har vært mye brukt i kvalitativ forskning. Thagaard viser til flere kvalitetskriterier: ”Intern” og ”ekstern validitet og ”intern” og ”ekstern reliabilitet” og ”gjennomsiktighet” (2009, s. 198-204). Malterud (2001) drøfter bruken av ulike kvalitetskriterier ved kvalitativ forskning, og understreker betydningen av ”refleksivitet”. Hun fremhever videre at kvalitativ forskning på samme måte som all type forskning er fundert på systematikk og refleksive prosesser. Cohen og Crabtree (2008) understreker at kvalitativ forskning ikke er et ensartet felt, og advarer mot å bruke én type kvalitetskriterier for all type kvalitativ forskning.

Som en konklusjon vil jeg støtte meg til Tjora (2010, s. 175) sitt resonnement. Han velger å benytte de kvalitetsindikatorene som er innarbeidet. Av den grunn kommer jeg her til å bruke begrepene ”pålitelighet”, ”gyldighet” og ”generaliserbarhet”, og i tillegg det som Tjora tilføyer, ”transparens” og ”refleksivitet”. Til sammen vil dette gi et bilde av denne studiens kvalitet (jmfr. Tjora, 2010, s. 189).

Pålitelighet (reliabilitet)

Pålitelighet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre (jmfr. Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250). For å vise hvordan forskningen er utført, har jeg tilstrebet å gjøre rede for de valg som er gjort i forskningsprosessens ulike faser.

Som følge av en hermeneutisk og fenomenologisk grunnforståelse kan en forsker ikke være nøytral eller objektiv. Med ”objektivitet” mener jeg i denne sammenhengen *”evnen til å presentere kjensgjerninger uten å la seg påvirke av personlige meninger eller følelser”* (jmfr. Kvale & Brinkmann, 2009, s. 325). All type observasjon er preget av forskerens forforståelse. Det er derfor ikke relevant å argumentere for min nøytralitet eller objektivitet som forsker i denne studien. For å styrke studiens pålitelighet har jeg i et eget kapittel forsøkt å redegjøre for egen bakgrunn og forforståelse.

Jeg understreker at datainnsamling, det vil si de fire intervjuene, betegnes som situerte handlinger (jmfr. Tjora, 2010, s. 202). Dermed fremheves at data fremkom i samspill mellom

¹⁷ Begrepene er oversatt til norsk i tekster av Thagaard og Tjora.

informant og intervjuer i den gitte situasjonen. For å få dette tydelig fram i presentasjonen har jeg skrevet sitater fra informantene i presens, mens mine kommentarer og fortolkninger er skrevet i preteritum. Tjora (2010) skriver om begrepet situering i kvalitativ forskning: ”... *kvalitativ forskning generelt møter positivismens krav om nøytralitet med åpenhet, og kravet om distanse med situering” (s. 177). Åpenhet og transparens er viktige faktorer som kan bidra til pålitelighet.*

I metodekapittelet har jeg gjort rede for datainnsamling, bruk av lydopptaker, transkribering av intervjuene og fremgangsmåte for analyse. Etter min oppfatning styrkes studiens pålitelighet ved at jeg selv foretok intervjuene og transkriberte dem. Jeg har lagt vekt på å håndtere data fra de fire intervjuene så ensartet som mulig. I metodekapittelet gjennomgår jeg hvordan jeg steg for steg har kommet fra empiri (sitater) til de tema som ble brukt i analyse og diskusjon. Sitater fra informantene underbygger og forklarer hvordan tema fremkommer i strukturanalysen. I helhetlig forståelse brukes sitater for å gi en forståelse av drøftingen. Jeg har gjennom hele prosessen loggført ulike dilemmaer, refleksjoner og hva som er gjort underveis. Jeg har hatt mulighet for kontinuitet i arbeidet med studien. Det har vært viktig med passelig balanse mellom oppgaveskriving (nærhet) og pauser fra arbeidet (distanse).

Gyldighet (validitet)

Spørsmål om gyldighet (validitet) handler om hvorvidt jeg har funnet svar på det jeg ville undersøke (jmf. Tjora, 2010, s. 179). Kvale og Brinkmann (2009, s. 253-254) omtaler validitet som en håndverksmessig kvalitet som bør fungere som en kvalitetskontroll gjennom alle stadier av kunnskapsproduksjonen. Jeg har gjort refleksjoner og tilstrebet å fokusere på de ulike prosesser og deres kvalitet gjennom hele forløpet.

Jeg har gjort rede for teoretisk bakgrunn og tidligere forskning, og begrunnet hvorfor jeg mener at studiens problemstilling kunne besvares ved bruk av fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Videre har jeg skrevet om innhenting av data, og hvordan jeg tilstrebet å være lydhør og stille åpne spørsmål. Jeg har forsøkt å holde fram studiens problemstilling og hensikt som en rød tråd gjennom hele forskningsprosessen.

Min veileder på studiet har kommet med viktig rettleiding og kommentarer. Enkelte dilemmaer er drøftet med ham, og jeg har hatt god nytte av hans tilbakemeldinger. Ved et par anledninger har jeg konsultert kolleger og drøftet oppgaven. De har hatt forskningskompetanse og bred kunnskap om rusfeltet, og har kommet med viktige innspill.

Transparens

Forskning skal være redelig, og en viktig kvalitetsindikator er at leseren skal kunne følge forskningsprosessen. Transparens eller gjennomsiktighet fordrer åpenhet om de vurderinger som er gjort og valg som er tatt underveis. I oppgaven har jeg trinn for trinn gjort rede for forskningsprosessen, og jeg mener å gi leseren innsyn i de vurderinger og valg som er av betydning. Transparens kan betraktes som et middel til å oppnå troverdighet og pålitelighet.

Refleksivitet

Refleksivitet henspeiler på *"refleksjon over hvordan tolkningen fremkommer"* (jmf. Tjora, 2010, s. 188). Fenomenologisk-hermeneutisk metode tar høyde for at fortolkning og analyse foregår gjennom hele prosessen. Som nevnt har jeg enkelte ganger drøftet tema med erfarne kolleger. Masterstudiet tilbyr seminarer i løpet av studieåret, og det har vært svært nyttig med refleksjon og diskusjoner med lærere og medstudenter i den sammenheng. Jeg viser forøvrig til kapitlene om forforståelse og etiske aspekter hvor jeg gjør rede for refleksjon omkring tema.

Generaliserbarhet

Formålet med denne studien er at dens funn kan ha interesse og anvendelse utover studiens egen kontekst. Kvale og Brinkmann (2009) skriver: *"Hvis vi er interessert i generalisering, må vi imidlertid spørre, ikke om intervjuresultater kan generaliseres globalt, men om den kunnskapen som produseres i en spesifikk intervjusituasjon, kan overføres til andre relevante situasjoner"* (s. 265). Funn fra kvalitative studier er ikke generaliserbare i statistisk forstand. De sier ikke noe om utbredelse eller omfang av fenomenet. Generalisering kan imidlertid bety at funn er gjenkjennbare i andre sammenhenger. Noen forfattere vil ifølge Tjora (2010, s. 180) heller enn "generalisering" bruke begrepet "overførbarhet".

Thagaard (2009, s. 207) skriver at et særlig trekk ved kvalitativ forskning er å utvikle en forståelse av de fenomenene som studeres. Hun understreker at det er studiens fortolkning som gir grunnlag for overførbarhet. Jeg har benyttet flere forfattere for å diskutere og fortolke de tema som framkom av strukturanalysen. Det er etter min vurdering grunnlag for å si at studiens funn kan ha relevans utover studiens egen kontekst.

7.3 Svakheter ved studien

Jeg vil her drøfte det jeg anser som svakere sider ved studien.

Fenomenologien har blitt kritisert for å overse strukturer og maktforhold i samfunnet (jmf. Thornquist, 2003, s. 134-138). Denne studiens utgangspunkt og datagrunnlag har vært den enkelte informant sin unike erfaring. Jeg mener å ha avgrenset og begrunnet oppgavens fokus og problemstilling. Det vil alltid være forhold som ikke kan tas med i en studie.

Studiens utvalg bestod av fire informanter. Disse tilhørte omtrent samme aldersgruppe, og alle hadde hatt et langvarig alkoholproblem. Et større aldersspenn og større variasjon i alkoholproblematikk ville sannsynligvis ha bidratt til et mer variert datagrunnlag. Jeg vil kommentere at det har vært bemerkelsesverdig få kvinner blant de forfatterne jeg henviser til i drøftingen. Jeg kan ikke si om dette har betydning for studien, men er likevel verd å merke seg.

7.4 Studien sett i forhold til tidligere publikasjoner

I kapittel seks om ”helhetlig forståelse” ble studiens funn drøftet på bakgrunn av fenomenologisk litteratur. I følgende kapittel vil jeg kort se på studiens funn mot tidligere forskning og publikasjoner. Som jeg har pekt på i kapittel 2.2 finner jeg lite tidligere forskning som har sett på tilbakefall fra pasientens perspektiv.

Sammenhengen mellom russug og tilbakefall er omdiskutert, men mye tyder på at russug er en sentral mekanisme for å forstå tilbakefall. Jeg viser til en studie av Drummond (2002). I en annen studie ble ulike erfaringer av russug kategorisert for å utarbeide et kartleggingsskjema (Statham et al., 2011). Slik mine informanter fortalte om ”dragning mot å drikke” ville en tilsvarende skjematisk tilnærming hatt begrensninger. Flere av informantene beskrev for eksempel hvor krevende det kunne være å motstå russug og jeg tror at intervjuformen var viktig for å få fram dette. Andre fenomenologiske studier av pasienter i rusbehandling underbygger betydningen av kvalitativ forskning og bruk av dybdeintervjuer for å få fram pasienters erfaringer (jmf. Smith, 1998; Thurang et al., 2011).

Selvbilde hos pasienter med alkoholavhengighet er belyst i en tidligere studie med én informant (casestudie) (Shinebourne & Smith, 2009). Her beskrives hvordan selvbilde forstyrres og preges av at personen ikke forstår seg selv. Hos mine informanter kommer selvbilde inn som en sentral komponent i erfaringen av tilbakefall. Enkelte livskvalitetsstudier (J. Foster, Peters, & Marshall, 2000; J. H. Foster et al., 2000) konkluderer med at tilfriskning etter tilbakefall gir signifikant forbedring av livskvalitet. Mine informanter gav uttrykk for at de hadde det betraktelig bedre i perioder da de ikke drakk alkohol.

Tid og tidsaspektet er lite omtalt i den litteraturen jeg har gjennomgått. Imidlertid kommer dette noe fram i en fenomenologisk studie (Smith, 1998) der pasienters opplevelse av at ”bunnen er nådd” blir drøftet. Her beskrives dette som et vendepunkt i en rehabiliteringsprosess. Hos mine informanter fremstod tidsaspektet tydelig både i forhold til tidligere ruserfaringer, opplevelse av nåtid og engstelse for nye tilbakefall.

Oppsummert vil jeg si at denne studiens funn utdyper og nyanserer tidligere kunnskap, og gir ny kunnskap om pasienters opplevelse av tilbakefall til problematisk bruk av alkohol.

7.5 Konsekvenser for praksis

Jeg vil her oppsummere hvordan funn fra studien kan ha klinisk relevans. Videre vil jeg vise til enkelte etiske dilemma som kan være aktuelle for diskusjon i praksisfeltet.

Fenomenet russug

Russug ble et sentralt tema i studien og det fremstod som et vidt begrep. Informantenes erfaringer av dette hadde likhetstrekk, men samtidig fortalte de om særegne erfaringer av denne dragningen mot å drikke alkohol. Helsepersonell som skal kartlegge rusmiddelbruk og alkoholvaner bør stille åpne spørsmål og være lydhøre for pasientenes erfaringer. Det innebærer at de også må ha tid og mulighet til å ta imot pasientenes fortellinger. Bruk av kartleggingsskjema for måling av russug kan ha sin funksjon, men har også sin begrensning. Ferdig formulerte svaralternativer kan knapt romme den erfaringen som pasientene hadde av russug.

Kroppslige erfaringer

Studien gir et bilde av hvordan fysiske og psykiske forhold er sammenvevd og knyttet til vår kropp. I rusfeltet er det til tider snakk om fysisk og psykisk russug eller avhengighet. Etter min oppfatning viser studien at en slik oppdeling gir lite mening. Informantene brukte metaforer, og de fortalte om konkrete opplevelser og kroppslige erfaringer for å skildre ulike sider ved tilbakefall. Studien underbygger en forståelse av at alkoholavhengighet også kan betraktes som en innarbeidet vane. Kroppsfenomenologisk teori i drøftingen fremhevet den kroppslige erfaringen, og viser betydningen av at vi i rusbehandling må se hele mennesket.

Psykologiske behandlingsmetoder

Kognitiv adferdsterapi benyttes ofte i rusbehandling og ansees som en anerkjent terapeutisk tilnærming. I kognitiv adferdsterapi spørres det gjerne etter automatiske tanker i forkant av en gitt adferd. Studiens funn viser imidlertid at pasienter ikke alltid kan finne fram til denne

automatiske tanken før handlingen fant sted. Etter min oppfatning legitimerer studiens funn pasienters erfaring av at det ikke alltid er tanker som styrer adferd.

Relasjon mellom pasient og behandler

Relasjonen mellom pasient og behandler har stor betydning. Studien viser at tilbakefall kan være betydelig skambelagt, og helsepersonell bør ta hensyn til sårbarheten som er knyttet til dette. Noen av informantene fortalte om stigmatisering og hadde følt at de ble ”satt i bås”. Flere informanter fortalte om erfaring av ”å gå på autopilot”, og de hadde ikke alltid møtt forståelse. Helsepersonell har et spesielt ansvar for å avdekke og forhindre stigmatisering.

Forståelse av rusproblematikk

Studien viser at informantene hadde ulike forståelser av sitt alkoholproblem, og at denne forståelsen kunne ha betydning for endringsoptimisme. Helsepersonell bør kartlegge pasienters forståelse av eget alkoholproblem for å skape et godt grunnlag for behandling. De ulike forståelser kan være en belastning for pasientene eller de kan bety en viktig motivasjon for endring. Det finnes i dag ikke kun én gyldig forståelse av alkoholavhengighet. Forskningsbasert kunnskap er avgjørende. Imidlertid må ikke ny kunnskap nødvendigvis fortrenge pasientenes egne erfaringer og fortellinger.

Rusbehandling eller avrusing

I studien framkom en viss uklarhet i bruken av begrepene ”rusbehandling”, ”avrusing” og ”akutt medisinsk behandling for alkoholforgiftning”. Dette viser at det er viktig med en klar målsetning ved henvisning til behandling.

Pasienter som ønsker å fortsette å drikke alkohol

Enkelte pasienter har ikke et ønske om å slutte å drikke alkohol selv med den risiko det innebærer. Disse pasientene har gjerne i perioder behov for pleie, omsorg og behandling for alkoholforgiftning. Blir helsepersonell utfordret av pasienter som ikke ønsker å endre sine alkoholvaner? Refleksjon omkring dette tema i praksisfeltet kan ha betydning for oppfølging og behandling av pasienter. Etter min erfaring er spørsmålet aktuelt å stille både i sykehus og i hjemmetjeneste.

Oppfølging over tid

Studien gir et innblikk i hvordan tidsperspektivet kan framstå ved alkoholbruk og tilbakefall. Pasientens opplevelse av tid er viktig for å kunne følge hans eller hennes egen plan og endringsprosess. Har helsepersonell en tendens til å lage planer langt fram i tid uten av pasienten er klar for det? Informantene hadde opplevd tilbakefall flere ganger. Det tar tid å få

kontroll på et alkoholproblem. Pasienter må ved behov få tilbud om langvarig oppfølging og gjentatte behandlinger.

Kunnskap og kompetanse

Studien underbygger oppfatningen av at alkoholproblematikk er et komplekst og sammensatt fenomen. Det er viktig at pasienter får møte helsepersonell som ikke er faglig ensrettet, men som har et solid kunnskapsgrunnlag og er åpen for refleksjon. Spesialisthelsetjenestens rusbehandling er i navnet tverrfaglig. Tverrfaglighet kan bidra til å kvalitetssikre behandlingstilbudet, og bør tilstrebes. Pasienter med rusmiddelproblemer er for øvrig ikke pasienter kun i rusavdelinger. De innlegges oftere enn andre i de øvrige sykehusavdelinger. Videre vil helsepersonell også møte disse pasientene i hjemmetjeneste og annen primærhelsetjeneste. Helsepersonell bør ha god kompetanse på rusproblematikk. Undervisning av studenter både i grunnutdanning og videreutdanninger bør vektlegges.

7.6 Forslag til framtidig forskning

Jeg har gjennom denne studien belyst sentrale sider ved tilbakefall. I prosessen har det fremkommet nye spørsmål som kan anspore til videre forskning. Noen forslag til tema:

- Forståelse av eget alkoholproblem. På hvilken måte har egen forståelse betydning for behandling og tilfriskning?
- Russug og alkoholproblematikk. Hvordan er erfaring og forståelse preget av kulturelle miljøer, subgrupper eller tidligere rusbehandling? Undersøke hos for eksempel
1) Unge kvinner 2) Pasienter som har vært behandlet ved Minnesotaklinikk sammenlignet med pasienter ved Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Avrusning utenfor institusjon. Personer med problematisk bruk av alkohol avruser seg ofte hjemme uten bistand fra helsetjeneste. Lite er dokumentert om hvordan denne type avrusning foregår hjemme.
- Sosial tilhørighet. Hvilken betydning har sosial tilhørighet i opprettholdelse av alkoholbruk og drikkemønster?
- Vanedannende legemidler. En av informantene hadde tidligere erfart avhengighet av vanedannende legemidler, og opplevde dette som adskillig verre enn problemer i forbindelse med alkoholbruk. Etter min erfaring er dette et felt hvor det trengs mer kunnskap.
- Husregler ved rusinstitusjoner. Hvilke prosedyrer eller "husregler" praktiseres ved døgnenheter i rusbehandling ved norske institusjoner? Kartlegge og sammenligne.

- Pasienter som ikke ønsker å endre sin bruk av alkohol. Utfordres helsepersonell og helsevesen av pasienter som ikke ønsker å endre sine rusvaner, men likevel trenger helsetjenester som følge av problematisk alkoholbruk? I så fall på hvilken måte?

Antall ord: 32 827

REFERANSELISTE

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (Eds.). (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
- Bengtsson, J. (2006). En livsverdestilnærming for helsevitenskapelig forskning. In J. Bengtsson (Ed.), *Å forske i sykdoms - og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag* (pp. 9-59). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe.
- Blaikie, N. (2007). *Approaches to Social Enquiry*. Cambridge: Polity Press.
- Bloomfield, K., Gmel, G., & Wilsnack, S. (2006). Introduction to special issue 'Gender, culture and alcohol problems: a multi-national study'. *Alcohol and Alcoholism*, 41(suppl 1), i3.
- Brady, K. T., & Back, S. E. (2008). Women and Addiction. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *Substance Abuse Treatment* (pp. 555-565). USA: American Psychiatric Publishing.
- Brady, K. T., & Sonne, S. C. (1999). The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Research & Health*.
- Bramness, J. B. (2011). "Innledende ord". In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i rusbehandling* (pp. 5-7). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brown, S. A., Vik, P. W., Patterson, T. L., Grant, I., & Schuckit, M. A. (1995). Stress, vulnerability and adult alcohol relapse. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 56(5), 538.
- Brownell, K. D., Marlatt, A. G., Lichtenstein, E., & Wilson, T. G. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41(7), 765.
- Brumoen, H. (2010). *Vanen, viljen og valget*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 1971-1986.
- Cohen, D. J., & Crabtree, B. F. (2008). Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *The Annals of Family Medicine*, 6(4), 331-339.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Drummond, D. C. (2002). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96(1), 33-46.
- Drummond, D. C., Litten, R. Z., Lowman, C., & Hunt, W. A. (2000). Craving research: future directions. *Addiction*, 95(8s2), 247-255. doi: 10.1046/j.1360-0443.95.8s2.13.x
- Enquist, P. O. (2009). *Et annet liv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fekjær, H. O. (2004). *Rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Foster, J., Peters, T., & Marshall, E. (2000). Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol*, 22(1), 45-52.
- Foster, J. H., Marshall, E. J., & Peters, T. J. (2000). Application of a Quality of Life Measure, the Life Situation Survey (LSS), to Alcohol-Dependent Subjects in Relapse and Remission. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1687-1692. doi: 10.1111/j.1530-0277.2000.tb01970.x
- Frank, A. W. (1995). *The Wounded Storyteller*. Chicago: The University of Chicago.
- Gadamer, H. G. (2003). *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. 2003: Cappelens forlag.
- Galanter, M., M.D., & Kleber, H., M.D. (2008). *Substance Abuse Treatment*. USA: American Psychiatric Publishing.
- Gallagher, S., & Cole, J. (1998). Body Image and Body Schema. In D. Welton (Ed.), *Body and Flesh. A philosophical Reader*. Massachusetts USA: Blackwell Publishers Inc.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Grimen, H., & Nortvedt, P. (2006). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Gulddal, J., & Møller, M. (2005). Fra filologi til filosofi- introduksjon til den moderne hermeneutik. In J. Gulddal & M. Møller (Eds.), *Hermeneutik. En antologi om forståelse*. Denmark.
- Hammersley, M. (2012). Reproducing or constructing? Some questions about transcription in social research. *Qualitative Research*, 10(5), 553-569.
- Hamran, O. (2012). Noen linjer innenfor kurbehandlingen av alkoholister i Norge. In E. Hammer (Ed.), *Rom for helse - hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie* (pp. 209-217). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2011). Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren. Versjon 1.1. Retrieved 12.mars 2013, from http://www.helsedirektoratet.no/lover-regler/norm-for-informasjossikkerhet/dokumenter/veiledere/Documents/veileder_personvern-og-informasjossikkerhet-i-forskningsprosjekter-v11.pdf
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov av 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning*.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (2006). Relapse rates in addiction programs. *Journal of clinical psychology*, 27(4), 455-456.
- Høyer, G. (2010, 18. mai 2010). Rusmisbrukere. Retrieved 12. mars, 2013, from <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Rusmisbrukere/>
- Innis, J. (1997). Relapse and Alcoholism: the need for nursing research. *Journal of Addictions Nursing*, 9(4), 164-167.
- Karlsson, B. (2006). "Det liksom bruser i meg", - opplevelser og erfaringer med mani og å være pasient ved n akuttpsykiatrisk post. In J. Bengtsson (Ed.), *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand S.: Høyskoleforlaget AS.
- Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 202-207.
- Koob, G. F. (2008). Neurobiology of Addiction. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *Substance Abuse Treatment*. USA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laudet, A. B., Becker, J. B., & White, W. L. (2009). Don't wanna go through that madness no more: quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use & Misuse*, 44(2), 227-252.
- Leder, D. (1990). *The Absent Body*. Chicago: Chicago University Press.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 145-153.
- Lossius, K. (2011a). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lossius, K. (2011b). "Om å ruse seg". In K. Lossius (Ed.), *Håndbok i rusbehandling* (pp. 21-36). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lovi, R., & Barr, J. (2009). Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: a phenomenological Giorgi study. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*, 33(2), 166.
- Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (B. Nake, Trans.). Oslo: Pax forlag.
- Myrick, H., & Wright, T. (2008). Clinical Management of Alcohol Abuse and Dependence. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *Substance Abuse Treatment* (pp. 129-143). USA: American Psychiatric Publishing.
- Mørland, J. (2010). "Neurobiologisk perspektiv på rus og avhengighet". In J. G. Bramness, M. Blindheim, T. Clausen, J. Mørland, R. Edle & G. Welle-Strand (Eds.), *"Følelse og fornuft. Festskrift til Helge Waal"* (pp. 121-138). Oslo Universitetet i Oslo/Seraf.

- Neale, J., Allen, D., & Coombes, L. (2005). Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*, *100*(11), 1584-1593. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01230.x
- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. In S. Biong & S. Ytrefhus (Eds.), *Helsehjelp til personer med rusmiddelproblemer*. Oslo: Akribe.
- Nordfjærn, T. (2011b). Relapse patterns among patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, *16*(4), 313-329. doi: doi:10.3109/14659890903580482
- Nordfjærn, T. (2011c). Do severity levels of substance use relate to self-reported variations in psychosocial distress? *Journal of Substance Use*, *16*(6), 422-438.
- Nordfjærn, T. (Ed.). (2011a). *Patients with Substance Use Disorders. An Investigation of Relapse, Substance Use Disorders and Recovery*. Trondheim: Department of Psychology. Faculty of Sosial Sciences and Technology Management. Norwegian University of Science and Technology.
- Nordfjærn, T., Hole, R., & Rundmo, T. (2010a). Interrelation Between Patients' Personal life Events, Psychosocial Distress, and Substance Use. *Substance Use & Misuse*, *45*, 1161-1179.
- Nordfjærn, T., Rundmo, T., & Hole, R. (2010b). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*, 46-64.
- Nortvedt, F. (2008). Kroppsfenomenologisk forskning - i grenselandet mellom empiri og filosofi. *Vård i Norden*, *3*(2008), 53-55.
- Olsen, H. (2003). "Gode" kvalitative Interview med "riktige" informanter? *Sosiologisk Tidsskrift*, *11*(2), 123-153.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur- innenfra eller utenfra eller begge deler? In F. e. al (Ed.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Ninth ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rassool, G. H. (2010b). Causes and Maintenance of Addiction *Addiction for Nurses* (pp. 49-59): Wiley-Blackwell.
- Rassool, G. H. (2010d). Alcohol *Addiction for Nurses* (pp. 72-89): Wiley-Blackwell.
- Rassool, G. H. (2010e). Nursing Emergencies and Care in Addiction *Addiction for Nurses* (pp. 153-162): Wiley-Blackwell.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2012). Mal for informasjon og samtykke. Retrieved 12. mai, 2012, from https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=34672&_ikbLanguageCode=n
- Ricoeur, P. (1970). Hva er en tekst?- forklare og forstå. In J. Gulddal & M. Møller (Eds.), *Hermeneutik. En antologi om forståelse* (pp. 238-262). Viborg, danmark: Nordisk forlag A.S.
- Ricoeur, P. (1984). *Time and Narrative* (Vol. 1). USA: The University of Chicago Press.
- Rossow, I., Moan, I. S., & Natvig, H. (2009). "Nære pårørende av alkoholmisbrukere: hvor mange er de og hvordan berøres de?". Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Rusreformen. (2004). *Rundskriv I-8/2004. Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Oslo Helse- og omsorgsdepartementet.
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, *25*, 2477-2480.
- Råheim, M. (2006). Kvinner med kroniske muskelsmerter - kropp og dagligliv. In J. Bengtsson (Ed.), *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag* (pp. 125-139). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Sande, J. (1992). *Dikt i samling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Sellman, D. (2010). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, *105*(1), 6-13.
- Shinebourne, P., & Smith, J. A. (2009). Alcohol and the self: An interpretative phenomenological analysis of the experience of addiction and its impact on the sense of self and identity. *Addiction Research & Theory*, *17*(2), 152-167.
- Skjervheim, H. (1996). Deltakar og tilskodar. In H. Skjervheim (Ed.), *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug & Co.

- Skårderud, F. (2002). Tapte ansikter. Introduksjon til en skampsykologi. In T. Wyller (Ed.), *Skam. Perspektiver på skam, ære, og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Smith, B. A. (1998). The problem drinker's lived experience of suffering: an exploration using hermeneutic phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 213-222.
- Solbakk, J. H. (2011, 01. desember 2011). Sårbare grupper. Retrieved 12. mars, 2013, from <http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/>
- Sontag, S. (2010). *Sykdom som metafor. Et essay om holdninger til sykdom og død i vårt samfunn*. Trondheim: Bokklubbens kulturbibliotek.
- Statens helsetilsyn. (2006). "ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer". Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statham, D. J., Connor, J. P., Kavanagh, D. J., Feeney, G. F., Young, R. M. D., May, J., & Andrade, J. (2011). Measuring alcohol craving: development of the Alcohol Craving Experience questionnaire. *Addiction*, 106(7), 1230-1238.
- Storli, S. (2006). Om å se bort fra eiendommeligheter ved fenomener. In J. Bengtsson (Ed.), *Å forske i sykdoms- og pleierfaringer. Livsverdesfenomenologiske bidrag*. Kristiansand S.: Høyskoleforlaget.
- Svenaues, F. (2005). *Sykdommens mening - og møtet med det sykemennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3 ed.). Bergen Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon, teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thurang, A., Rydström, J., & Bengtsson Tops, A. (2011). Being in a Safe Haven and Struggling Against Alcohol Dependency. The Meaning of Caring for Male Patients in Advanced Addiction Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(7), 401-407.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Todres, L., & Wheeler, S. (2001). The complementarity of phenomenology, hermeneutics and existentialism as a philosophical perspective for nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 38(1), 1-8.
- Toombs, S. K. (1995). The lived experience of disability. *Human Studies*, 18, 9-23.
- Walitzer, K. S., & Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical psychology review*, 26(2), 128-148. doi: 10.1016/j.cpr.2005.11.003
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2007). Modeling the complexity of post-treatment drinking: it's a rocky road to relapse. *Clinical psychology review*, 27(6), 724.
- World Medical Association (WMA). (2009, 22.12.2010). Helsinkideklarasjonen. Retrieved 01. februar, 2013, from <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Ytrehus, S. (Ed.). (2012). *Familiens situasjon*. Oslo: Akribe.
- Østerberg, D. (1994). Forord til "Kroppens fenomenologi". In M. Merleau-Ponty (Ed.), *Kroppens fenomenologi*. Valdres: Pax forlag.

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Hege Holde Andersson	Telefon: 22845514	Vår dato: 13.09.2012	Vår referanse: 2012/1188 REK sør-øst B
			Deres dato: 19.06.2012	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Kenneth Asplund
Universitetet i Tromsø

2012/1188b Masteroppgave helsefag UIT. Kvalitativ studie

Forskningsansvarlig: Universitetet i Tromsø

Prosjektleder: Kenneth Asplund

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 15.08.2012. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Studiens overordnede mål er å bidra til økt forståelse for hvordan mennesker opplever å ha tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling, og hvordan det erfares for den enkelte når rusbehandling ikke lykkes.

Formål med studien er å løfte fram det pasienten selv erfarer og opplever, og hvordan han eller hun forstår sitt tilbakefall til alkoholmisbruk. Dette vil kunne ha betydning for hvordan helsepersonell møter pasienter, og hvordan han eller hun kan få hjelp til å leve med eller å endre sin situasjon.

Studien kan tilføre rusfeltet ny kunnskap som har betydning for rusbehandling, og vil forhåpentligvis bidra til å avdekke myter og stereotypier og utvide kunnskap og forståelse av rusproblematikk.

For å oppnå dette vil prosjektgruppen foreta narrative intervjuer med fire informanter som har opplevd tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling. Fordi dette er en masteroppgave, vil tidsrammen i seg selv begrense antall deltakere. Uavhengig av dette er det rimelig å anta at fire informanter, to menn og to kvinner, vil kunne gi tilstrekkelig og sannsynligvis rikelig med data.

Kvalitative metoder gir mulighet for å fange opp mangfold, egenskaper og mening med de fenomener som skal utforskes. Forskningsfokus i denne studien er menneskers livsverden, det vil si levd erfaring og opplevelse av mening. Den handler om hvordan pasienten opplever tilbakefall til rusmisbruk etter rusbehandling. Etter søkers vurdering vil spørsmålet best kunne besvares ved en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, med narrative intervjuer. Ett intervju med hver informant, varighet 1-2 timer. Samtalen skal tas opp på bånd og transkriberes.

Komiteens vurdering

Dette er en masteroppgave som blir foretatt av en psykiatrisk sykepleier med erfaring fra rusarbeid. Formålet med studien er å løfte fram det pasienten selv erfarer og opplever, og hvordan han eller hun forstår sitt tilbakefall til alkoholmisbruk. Den overordnede målsetning er å bidra til økt forståelse for hvordan mennesker opplever å ha tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling, og hvordan det erfares for den enkelte når rusbehandling ikke lykkes.

Søker har lagt ved forespørsel til klinikk om å plukke ut informanter, informas
forespørsel om deltagelse til mulige informanter, og et skjema for skriftlig samtykke. Komiteen har ingen
merknader til de vedlagte dokumentene.

Komiteen har ingen innvendinger mot gjennomføringen av studien.

Vedtak

Komiteen har vurdert søknaden og godkjenner prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 9 jf. § 33.

Godkjenningen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad og
protokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Godkjenningen gjelder til 30.5.2013. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil
31.12.2018. Opplysningene skal lagres aidentifisert, det vil si adskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil.
Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og
Helsedirektoratets veileder for «*Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse
og omsorgssektoren*».

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden,
må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf.
helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst B.
Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post
til post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Ilnér
Professor dr. med
Komitéleder

Øyvind Grønlie Olsen
Saksbehandler

Kopi til: Universitetet i Tromsø ved øverste administrative ledelse

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

En studie med tema:

”Tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i studie i forbindelse med Brita Odland Kvamme sitt mastegradsarbeid i helsefag ved Universitetet i Tromsø. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om og forståelse for hvordan det oppleves å ha tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling. Det er mye vi ikke vet om alkoholavhengighet, og det forskes på mange områder i rusfeltet. I denne studien vil vi spørre om hvordan tilbakefall erfares og forstås av de som opplever dette selv.

Studien innebærer at jeg har en samtale med hver av dere som deltar i prosjektet. Du forespørres om deltakelse fordi du har erfart tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling, og derfor har viktig kunnskap om dette temaet. Når jeg bruker ordet ”alkoholmisbruk” betyr det at alkoholen er problematisk eller forstyrrende i livet ditt.

Hva innebærer studien

Studien vil være et samtaleintervju på ca en time med bruk av lydopptaker. Samtalen vil foregå på et kontor/samtalerom eller et annet sted vi blir enige om. Dette er en studie hvor vi spør etter erfaringer og hendelser som kan være følsomme. Det stilles strenge krav til at all informasjon anonymiseres.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Stedsnavn tas bort og behandlingssted oppgis ikke. Du er forespurt om å delta av en fra behandlingsinstitusjonen som kjenner deg. Ingen andre er orientert om din deltagelse. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen som er vedlagt. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Dersom du samtykker til å delta, vil jeg kontakte deg pr telefon og avtale tid og sted for intervjuet. Etter intervjuet vil det være mulighet for en samtale med undertegnede om hvordan du har opplevd intervjusituasjon.

Med vennlig hilsen

Brita Odland Kvamme

Forespørsel til ledelsen ved institusjonen

Til ledelsen ved xxxxxxxxxx

Forespørsel om å gjøre en studie i forbindelse med mitt mastergradsprosjekt ved Institutt for helse - og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø.

Masteroppgavens foreløpige tittel er *”Tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling. Et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv”*.

På bakgrunn av vedlagte prosjektbeskrivelse søker jeg om anledning til å intervju fire tidligere pasienter ved institusjonen. Jeg vil anta at erfarne behandlere ved institusjonen vil være de som er best kvalifisert til å foreslå og å forespørre potensielle informanter om å delta i prosjektet. I den sammenheng vil jeg gjerne få spørre

om å foreslå deltakere til studien, og om å ta kontakt med de potensielle deltakerne.

Med vennlig hilsen

Brita Odland Kvamme

Mastergradsoppgave UIT Avdeling for helse- og omsorgsfag, 2012-2013

Arbeidstittel: ”Tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling. Et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv.” Prosjektleder Brita Odland Kvamme.

Taushetserklæring vedrørende deltagelse i studien

Klinikkledelsen ved har gitt prosjektleder tillatelse til å spørre behandlere i klinikken om å kontakte potensielle informanter til studien.

Ifølge ”Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren” (Helsedirektoratet) skal det innhentes underskrift med erklæring om taushetsplikt.

”Prosjektleder skal påse at alle medarbeidere i forskningsprosjektet som har taushetsplikt, underskriver erklæring om dette. Dette skal gjøres selv om det tidligere er underskrevet på erklæring for taushetsplikt for eksempel i forbindelse med ansettelse i virksomheten”

Erklæring om taushetsplikt om studiens informanter og andre opplysninger som krever personvern

Sted.....Dato.....

Signatur, behandler som er behjelpelig med å kontakte informanter til studien:

Navn.....

Samtykke til deltakelse i studien

”Tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling. Et fenomenologisk perspektiv”

Jeg

(navn med blokkbokstaver) bekrefter at jeg har lest informasjonsskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i å delta.

Signatur.....Dato.....

(signert og datert av deltaker i studien)

Intervjuguide

Innledning med forsikring om at deltakeren er orientert om prosjektet og om min taushetsplikt, og anonymisering av opplysninger. Avklaring av begrepet ”alkoholmisbruk”.

Åpningsspørsmål

Hvor gammel er du?

Hvor gammel var du da du drakk du alkohol første gang?

Når var du sist i behandling for ditt alkoholproblem? (innleggelse eller poliklinisk)

Hvor lenge varte behandlingen?

Hva var ditt mål for behandlingen?

Hvor lenge har du hatt et problematisk forhold til alkohol?

Hovedspørsmål om tilbakefall

Du har erfart å ha tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling. Kan du fortelle om hvordan det oppleves?

Er det en spesiell episode du forbinder med det at du begynte å drikke alkohol igjen? Kan du fortelle om den?

Hvordan forstår du/hva tenker du om ditt tilbakefall til alkoholmisbruk?

Hvordan preger det din hverdag?

Det kan sies at du har ”kjent på kroppen” hva det betyr å ha tilbakefall til alkoholmisbruk. Hva ville du legge i det uttrykket?

Reaksjoner og holdninger fra andre (familie, venner, helsepersonell, fremmede)

Har du fått noen reaksjoner fra andre? Kan du si noe om det?

Har du hørt noen si, eller har du lest noe du opplever som kloke ord om det å ha tilbakefall til alkoholmisbruk? I så fall, kan du si noen om det?

Har du hørt eller lest noe som opplevdes nedverdiggende? I så fall hva?

Hva tenker du selv om andre som opplever å ha tilbakefall til alkoholmisbruk?

Hva tror du andre tenker og mener om at du har hatt tilbakefall?

Hvordan ønsker du å bli møtt og forstått av andre (familie, venner, helsepersonell, fremmede)?

Selvbilde

Kan du si noen om hva tilbakefall gjør med selvbilde/dine tanker om seg selv?

Noen forstår alkoholavhengighet som en sykdom, andre mener det er en innlært vane eller reaksjon på vansker i livet. Hva tenker du om det? Har denne forskjellen noen betydning for deg?

Hvordan forklarer du selv at tilbakefall skjedde?

Valg og motivasjon

Hva tenker du om utsagnet ”det er ditt eget valg”?

Har du tanker om hvorfor det er så vanskelig for noen å ha kontroll på sin bruk av alkohol. Hva er dine egne erfaringer?

Har noen sagt noe til deg som gav motivasjon til å redusere/slutte å drikke alkohol?

Har du tanker om hva som kunne ha forhindret tilbakefall?

Prosedyre for informasjonssikkerhet

Mastergradsoppgave UIT Avdeling for helse- og omsorgsfag, 2012-2013

Arbeidstittel: ”Tilbakefall til alkoholmisbruk etter rusbehandling. Et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv.”

1) Ansvarlig

Prosjektleder for forskningsprosjektet: Brita Odland Kvamme, mastergradsstudent og psykiatrisk sykepleier ved xxxxxxxxx

Veileder for masteroppgaven og oppgitt som prosjektleder i REK søknad: Professor Kenneth Asplund, Institutt for Helse- og omsorgsfag, UIT

Forskningsansvarlig: Universitetet i Tromsø

2) Søknader

Til ledelsen ved xxxxxxxxx

- Forespørsel om å gjøre studien med utgangspunkt i xxxxxxxxx
- Forespørsel om å kunne be navngitte behandlere i klinikken om å foreslå og kontakte potensielle informanter.
- Tillatelse for begge forespørsler godkjent, datert 25.06.12

Til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

- Prosjektleder for REK: Kenneth Asplund. Søknad sendt 19.06.12. Godkjent uten innvendinger i REK Sør-Øst, datert 13.09.12

Til sikkerhetsansvarlig ved xxxxxxxxx

- Søknad om lagring av personopplysninger. Lagringsskjema sendt 08.10.12
Kun prosjektleder skal ha tilgang til datafil og koblingsfil. Forskningen er organisert under xxxxxxxxx . Virksomheten har etablert styringssystemer for informasjonssikkerhet, og studien er underlagt disse.

3) Skjema

- Taushetserklæring undertegnet av behandlere i klinikken som kontakter potensielle informanter/forskningsdeltakere. Skannes og lagres i ”datafil”. Papirversjon makuleres.

- Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet. Inneholder ikke sensitive opplysninger.
- Samtykke (informert og frivillig) til deltakelse i studien.
Signert samtykkeskjema merkes med informantnummer 1-4 (studien skal ha fire informanter).
Skannes og lagres i "nøkkelfil". Papirversjon makuleres.

4) Datainnhenting og behandling av data

Lydopptaker er utlånt fra Institutt for helse- og omsorgsfag, UIT. Intervjuene tas opp aidentifisert. Lydfil overføres så snart som mulig til datafil opprettet av sikkerhetsansvarlig ved xxxxxxxxx.

Intervjuene transkriberes av prosjektleder så snart som mulig, helst dagen etter intervjuet. Lydfilen slettes fra lydopptaker så snart intervjuet er nedskrevet. Transkripsjon oppbevares i datafil. Under arbeidsperioden oppbevares lydopptaker (kun få dager) og papirutskrift av aidentifisert transkripsjon i låsbart arkivskap.

Det benyttes ikke e-post/internett for å overføre eller lagre filer.

Koblingsnøkkel: De fire informantene nummereres (1-4). Intervjuene dateres. Koblingsnøkkel med forskningsdeltagernes identifikasjon (navn og fødselsdato) og nummer lagres i egen koblingsfil. Kun prosjektleder har tilgang. Forskningsdata skal kunne spores til opprinnelse.

5) Hendelsesregistrering

Hendelsesregistrering i informasjonssystemene noteres fortløpende manuelt i tillegg til elektronisk: innhenting og bruk av forskningsdata, koblingsfil og koblingsnøkkel.

6) Aidentifisering/anonymisering

Aidentifiserte forskningsdata skal oppbevares i henhold til forhåndgodkjenning fra REK, til 31.12.2018 i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres.

7) Internkontroll for informasjonssikkerhet og personvern

Prosjektleder bruker i forskningsperioden "*sjekkliste for prosjektleder*" fra "*Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren*".