

Anker i normalitet

- Betringsprosessar hjå menneske med rus og psykisk lidning

Forsking på pasientar sine egne erfaringar med å få det betre har ofte poengtert at betringsprosessar er djupt individuelle, unike prosessar. Basert på intervju med personar med samtidig rus- og psykisk lidning trer det fram ei sosialt situert endringshistorie som er komplementær til ei slik individualistisk forteljing.

TEKST

Elisabeth Adams Kvam

Hanne Weie Oddli

Anne Landheim

PUBLISERT 1. mars 2019

ABSTRACT:

Anchor in normality

- Recovery processes in patients with severe mental illness and drug addiction

The objective of this study was to elaborate on the core psychological concepts of change and recovery by exploring change processes from patients' perspectives. An important motivation was to expand existing knowledge on recovery among those of us who struggle with co-occurring substance use disorders (SUD) and severe mental illness (SMI), a demographic which by exclusion criteria in care systems as well as research traditions is often not given due attention. The method chosen was semi-structured interviews with eight users of an outreach treatment team for people struggling with co-occurring SUD and SMI, six of which were subjected to a grounded theory analysis. The core category, an anchor in normality, describes change-facilitating aspects of interactions with health care and public services, as well as clients' identity work. The results highlight that what users experienced as facilitating recovery in change processes is twofold. Social inclusion was described as "being offered an anchor in normality", while patients also described "feeling more normal" as idiosyncratic identity processes.

EMNER

anker i normalitet

Bedringsprosesser

Rus

psykisk lidning

Dei av oss som strever med rusproblem, har oftare psykiske lidningar enn andre, og menneske med psykiske lidningar strever oftare med rusproblem enn dei utan (Helsedirektoratet, 2011; Landheim, Bakken, & Vaglum, 2006). Personar med samtidig

rusliding og psykisk lidning, gjerne kalla dobbeltdiagnosepasientar, har ofte falle mellom fleire enn to stolar i hjelpeapparatet. Dette trass i at det å streve med rusproblem og psykiske vanskar samstundes heng saman med omfattande og langvarige problem i liva til dei det gjeld (Mueser, Linderoth, & Andersen, 2006), og dermed større hjelpebehov. Dette paradokset – at tenestene strever med å nå dei av oss som treng hjelpa mest – speglar seg også i forskingslitteraturen, som ofte handsamar høvesvis rus og psykiske vanskar kvar for seg (Handong & Weng, 2016; Hoertel, Le Strat, Lavaud, Dubertret, & Limosin, 2013; Moberg & Humphreys, 2016). Når strukturane i hjelpeapparatet ikkje har svart til behova brukarar har, og hjelpa ikkje har ført fram, har resignasjon og hjelpeløyse av og til ført til at pasientar blir erklært «umotiverte» eller «behandlingsresistente». Eit døme på at søking etter forklaringar på vanskar med å nå fram med hjelpa ofte har fokusert på eigenskapar ved pasientane framfor eigenskapar ved behandlinga eller terapeutane, er Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen og Duckert (2013) si metaanalyse av studiar om dropout frå rusbehandling, som fann at 91 % av studiane fokuserte på eigenskapar ved pasientane.

Forskarar har dei siste tiåra sett nærare på pasientar sine egne erfaringar med å få det betre – med eller utan støtte frå hjelpeapparatet. Gjennom kvalitativ intervjuforskning (for ein gjennomgang, sjå De Ruyscher, Vandeveld, Vanderplasschen, De Maeyer, & Vanheule, 2017) har ein søkt etter kunnskap frå eit tidlegare lite utforska perspektiv: Kva kan vi lære av erfaringane til personar som sjølve har levd med ruslidingar og alvorlege psykiske lidningar? I framhaldet av eit slikt fokusskifte tek Levitt, Pomerville og Surace (2016) til orde for at eit hovudmål for psykoterapiforskinga bør vere «å styrke terapeutar si forståing av klientar, og gjennom å anerkjenna klientar som endringsagentar i timar støtta eit paradigme som ser klienten sjølv som den viktigaste hjelparen» (s. 1, vår omsetjing).

Vendinga mot å studere erfaringane til menneske som sjølve har levd med psykiske vanskar og rusproblem (det vi kan kalle førstehandsperspektiv på betring), som Levitt og medarbeidarar (2016) tek til orde for å gi større plass i forskning og klinikk, har ofte innebore ei understreking av at vegen til å få det betre er heilt unik for kvar enkelt. Ein mykje sitert definisjon er at «Betring er ein djupt personleg, unik prosess med endring av egne haldningar, verdiar, kjensler, mål og/eller rollar» (Anthony, 1993, vår omsetjing og utheving). Sett i ein historisk samanheng der menneske med rus og psykiske vanskar ofte har blitt møtt med moralisering eller fordømming, har ein definisjon som løftar det unike enkeltindividet, utan tvil hatt ein viktig korrigerande og avstigmatiserande funksjon. Samstundes er budskapet om at betring handlar om å finne ein heilt eigen veg som er unik for enkeltindividet, kritisert for å underminere tydinga av sosiale forhold (Topor, Borg, Di Girolamo, & Davidson, 2011). Klinisk psykologi og andre helse- og sosialfag sin aukande tendens til å føretrekke individualterapeutiske intervensjonar har frå ulike hald fått liknande kritikk for å bidra til å individualisere kollektive problem (t.d. Kam, 2014; Madsen, 2014). Både kritikkpunkt baserer seg på ein tanke om at det finst fleire moglege forteljingar om korleis problem oppstår og i sin tur kan

løysast. Forklaringar som fokuserer på enkeltpersonar og deira psykologi, blir forstått som så vidt dominerande at andre moglege forståingsmåtar forsvinn ut av syne. Parallelt med dette vil ein i eit kulturpsykologisk narrativt perspektiv tenkje at personlege forteljingar som utgjer identiteten til enkeltmenneske, er knytte til kva forteljingar som er kulturelt tilgjengelege på ein gitt plass til ei gitt tid (Hammack, 2008). Gjennom å studere overordna forteljingar i kulturen kan vi lære noko om moglege forteljingar enkeltmennesket kan skape i strevet etter å forstå seg sjølv og skape identitet, og omvendt kan enkeltmenneske sine historier bli ei linse inn i forsøket på å forstå kva overordna historier som er kulturelt gyldige. Fordi ulike historier gir rom for ulike løysingar, er det viktig å utforske kva forteljingar som til ein gitt plass i ei gitt tid får status som dominante narrativ (Hammack, 2008).

Det å leggje pasientar sine eigne problemforståingar til grunn er fundamentalt sett frå ei kontekstuell forståing av terapi (Oddli, 2012; Wampold & Imel, 2015), der det å tilby pasientar kulturelt passande forklaringar er føresetnader for vellukka terapi. Utforskinga av førestillingar om korleis problem oppstår, og korleis dei kan løysast, må finne stad i det partikulære møtet mellom hjelpar og hjelpesøkande, men kan også utforskast på eit overordna nivå. Evna til å forstå og leve seg inn i pasientar sine perspektiv har dessutan ein positiv samanheng med utfall i behandling (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011). Dermed er det avgjerande å samle kunnskap om førstehandsperspektiv både for å kunne utvikle betre behandling og betre tenester, og for å styrke terapeutar si forståing av livsverda til menneska dei møter.

Spørsmålet om korleis menneske som tradisjonelt har falle mellom stolar i hjelpeapparatet så vel som i forskingslitteraturen, forstår sine eigne betringsprosessar, var utgangspunktet for denne studien. Gjennom å vende oss til personar som sjølve har levd og strevd med alvorleg rusmisbruk og alvorlege psykiske lidingar, har vi søkt å utforske kva forteljingar om endring som trer fram.

Metode

Informantane blei rekrutterte blant pasientar i eit team for personar med samtidig rus og psykisk lidning (heretter ROP-team) i eit norsk fylke. Det aktuelle teamet blei oppretta med formål om å styrke det eksisterande tilbodet for denne pasientgruppa gjennom å koordinere kommunale og spesialisthelsetenester og gi behandling i tråd med nasjonale retningslinjer. Teamet har mål om å arbeide oppsøkjande, og sørge for kontinuitet i tenestene til brukarane; det er tverrfagleg samansett, har ikkje medisinansvar og disponerer ingen sengeplassar. Da tilsette i teamet rekrutterte informantar til studien, låg følgjande inklusjonskriterium til grunn: a) Personen skulle ha vore i kontakt med ROP-teamet i minst to år og b) skulle sjølv oppleve å ha det betre enn før kontakten med teamet.

Seks personar, fire kvinner og to menn mellom 26 og 49 år, deltok i studien. Kontakten med ROP-teamet hadde vart frå 27 til 29 månader. Alle informantane oppfylte kriterier for rusavhengigheit ved inntak i teamet: Opiat og amfetamin var hovudrusmidla til fem informantar, medan éin primært sleit med alkoholproblem. I tillegg fylte kvar av dei

diagnosekriteria til minst éi alvorleg psykisk lidning: alvorleg eteforstyrning, psykoseliding og/eller personlegdomsforstyrning. Alle hadde bak seg innleggingar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, og to informantar var ved inntak i teamet underlagt tvungent psykisk helsevern utan døgnopphald i institusjon. Fire informantar var utan fast bustad ved inntak i teamet, medan to budde i høvesvis kommunal og privat bustad. Ved intervjutidspunktet hadde alle seks fast bustad; tre budde i privat bustad og tre i kommunal bustad. Alle seks var utan arbeid ved inntak i teamet; med unntak av at éin var i arbeidstiltak ved intervjutidspunktet, heldt dette seg stabilt. Ved intervjutidspunktet var tre i sambuarforhold. Medan ein av dei einslege fann mykje støtte i sin familie, var dei to siste så godt som utan sosialt nettverk. To informantar hadde barn som dei ikkje hadde den daglege omsorga for, og ein skulle snart bli forelder.

Det blei gjennomført åtte intervju. To av desse valte vi å ekskludere frå analysen fordi kvaliteten blei vurdert til å vere slik at tolkingane sto i fare for å ha utilfredsstillande validitet: Ein informant var svært ordknapp, og ein annan var påfallande springande. Desse to intervju gav dimed ikkje grunnlag for ein robust fundert analyse, slik dei resterande seks gjorde.

Informantane deltok i semistrukturerte intervju som førsteforfattaren gjennomførte i mars-april 2016. Eit sentralt element i arbeidsmåten til teamet er å møte brukarane der dei lever, og det var også eit metodisk poeng i studien å snakke med informantane heime, der vi tenkte at mykje endring hadde funne stad (Brinkmann & Kvale, 2015). I eit intervju trakk informanten fram kriseplanen sin frå ein skuff, og i stua vi sat i, rollespelte han situasjonen som hadde funne stad i same rom sist han blei så sint at han nesten mista kontroll. Intervjuaren opplevde at det å treffe informantane på heimebane la til rette for ein tryggleik og ein form på utvekslingane som ikkje ville ha funne stad i ein annan samanheng. Kvale og Brinkmann hevdar at den materielle konteksten for kvalitative intervju ofte er oversett (Kvale & Brinkmann, 2009). Deira understreking av intervjuet som kroppsleggjort utveksling (Kvale & Brinkmann, 2009, vår omsetjing) svarer til erfaringa av at slik rike data gav djupn til analysane. Fleire av informantane sa at dei gjerne ønskte å dele av erfaringane sine til intervjuaren som, sidan ho snart var ferdig psykolog, kunne formidle desse vidare til andre i hjelpeapparatet. To av intervju fann stad ved høvesvis samhandlingsteamet sine kontorlokale og eit kommunalt aktivitetssenter etter ønske frå informantane sjølve. Intervjua varte mellom 51 og 104 minutt.

Alle tre forfattarane samarbeidde om å utforme intervjuguiden, inspirert av Elliott (2011) sitt Change Interview. For å plassere samtalen i ein personleg relevant kontekst opna kvart intervju med å be informanten om å fortelje litt om livet før dei kom i kontakt med ROP-teamet. Rettleiande spørsmål i intervjuguiden fokuserte på informantane sine opplevingar av endring («Kva er det som har endra seg i livet ditt dei siste åra?»), og deira teoriar om kva terapeutiske og utanomterapeutiske forhold som høvesvis fasiliterer og hindrar endring («Kva er det som er årsakene til at desse endringane har skjedd?»); «Er det andre forhold i livet ditt som har gjort det vanskeleg

for deg å få til endring?»). For å gi rom for eit mangfald av forklaringsmodellar var spørsmåla opne, med unntak av nokre spørsmål som dreidde seg om rolla til samhandlingsteamet spesifikt («Er det noko du kunne trengt frå ROP/kontaktperson i ROP eller andre som har mangla?»). Førsteforfattar transkriberte intervjuet ordrett, og noterte ned tidlege idear til kategoriar.

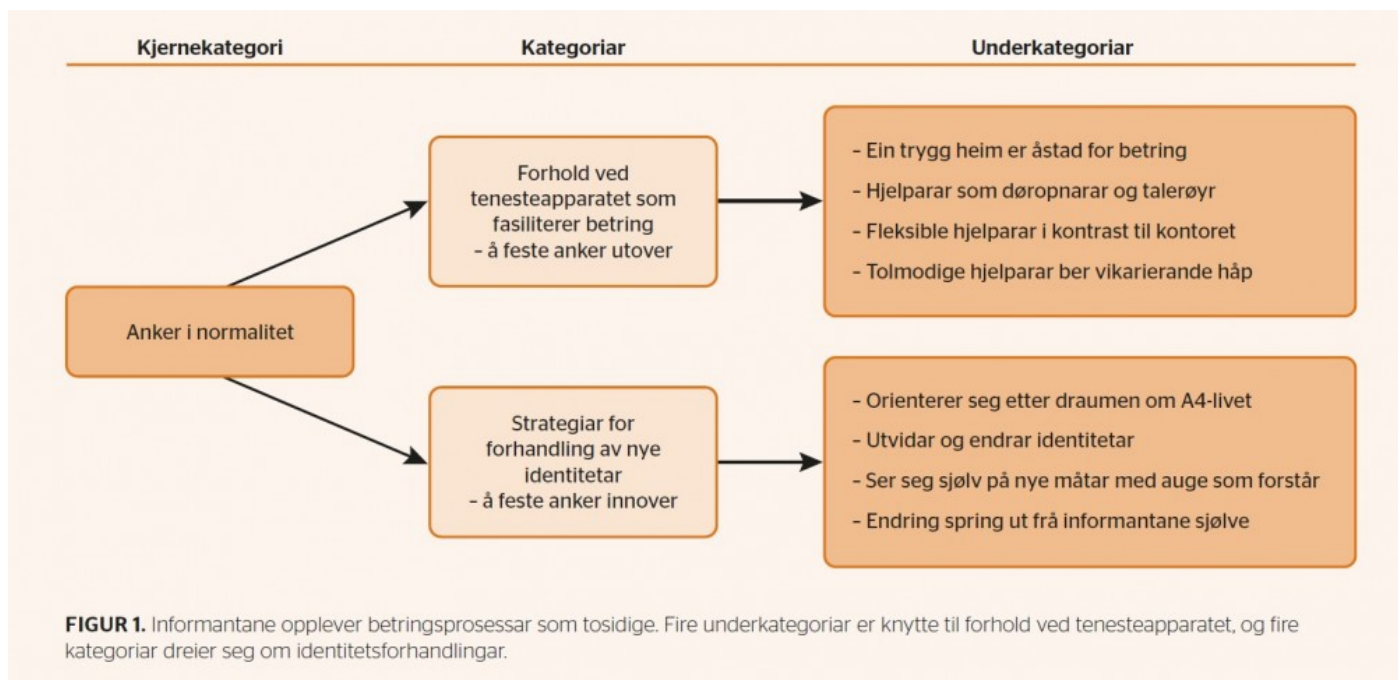
Etikk. Prosjektet er godkjend av Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk Sør-Aust. I artikkelen har informantane fått nye namn, og sitata er skrivne om der det var naudsynt for å ivareta kravet om konfidensialitet.

Analyse

Kvalitative analysar blei gjort ut frå ein modifisert versjon av konstruktivistisk grounded theory (Charmaz, 2014). I det analytiske arbeidet lét vi oss også informere av diskursive tilnærmingar, som narrativ teori (sjå t.d. McLeod, 2001; Riessman, 1993). Etter transkripsjon las førsteforfattaren gjennom alle intervjuet og gjorde ei initial koding der ho noterte ned spørsmål til teksten og tentative kategoriar for å stimulere refleksiv interaksjon med teksten. Deretter gjorde ho ein meir systematisk koding av eitt og eitt tekstsegment, med omgrepa betring og endring som rettleiande, sensitiviserande omgrep (Blumer, 1954). Parallelt med kodingsarbeidet førte ho i tråd med Charmaz (1995, 2003, 2014) metodiske notat, ein kombinasjon av tentative analytiske kategoriar og spørsmål til materialet med formål om å stimulere refleksivitet omkring eigne førforståingar og halde seg open for overraskingar i møte med materialet. Eit viktig prinsipp i grounded theory, constant comparison, innebar at ho i analyseprosessen rørte seg mellom heilskap og delar og kontinuerleg samanlikna kodar med tekstutdrag og andre kodar. Andre- og tredjeforfattar bidrog i alle stadia av analysen. Forfattarane drøfta dei initiale kodane og kategoriane undervegs for å sikre semje om både analysen og resultata. Koden som var på det høgaste abstraksjonsnivået, og som sto seg gjennom fleire rundar med analysing og re-analysing, er kjernekategori som blei ståande som hjartet i analysen.

Resultat

Kjernekategori Anker i normalitet famnar to gjensidig avhengige og utfyllande aspekt ved betringsprosessane slik dei trådde fram i materialet. På den eine sida hadde samspel med tenesteapparatet som informantane opplevde som betringsfremjande, til felles at dei på ulike måtar gav informantane større forankring i det dei kalla «normale liv». På den andre sida snakka informantane om å «bli meir normale», det vi forstår som identitetsarbeid omkring ei indre forankring i normalitet. Fire underkategoriar skildrar kategori 1, og fire underkategoriar skildrar kategori 2 (sjå figur).



Forhold ved tenesteapparatet som fasiliterer betring – å feste anker utover. Betringsfremjande interaksjonar med tenesteapparatet gav tilgang til betre materielle vilkår og bygde opp under informantane sin rett til ei stemme og eit betre liv.

Ein trygg heim er åstad for betring

Det å få ein bustad som svarte til den enkelte person sine ønske og behov, blei snakka om som eit første steg mot eit anna tilvære. Informantane hadde endeleg fått ein fast og stabil busituasjon etter å ha mangla dette, eller dei hadde flytta frå ei løysing dei ikkje var nøgd med, og inn i ein ny og betre heim. Den nye, trygge heimen danna ramma for små endringar mot ein annleis og meir «normal» kvardag:

Ingrid: Jo, nei, det er deilig. Det gir jo meg litt mer vilje til å ... prøve å endre situasjonen min òg, lissom. For her har jeg jo ting å gjøre. Jeg har jo ovn her, så jeg må sørge for at jeg har ved til vinteren, og jeg får litt sånn huslige sysler, vet du. Skal ryddes og vaskes, og ... holdes ved like her inne.

Intervjuar: Du får litt å holde på med.

Ingrid: Jeg får litt normale sysler.

Forutan dei endra materielle føresetnadene og det tilhøyrande ansvaret heimen førte med seg, snakka informantane om at bustaden fungerte som eit symbol på håp eller fråvær av håp om endring frå hjelpeapparatet si side. For å forklare verdien av sjølve det å få tildelt ein heim, skildra fleire kontrasten; kjensla av å bli plassert i ein bustad berre på bakgrunn av tilhøyrsla til kategorien «rusmisbrukar». Det å få ein plass å bu som svarte til individuelle behov, kunne medføre ei kjensle av å vere «omprioritert» i tenesteapparatet. Ei slik omprioritering kunne vekke eller styrke ei kjensle av at endring var mogleg. Mange snakka om ein ny heim som ein føresetnad for andre endringsprosessar: Avstand til stigmatisering og moglegheita til å bli sett som ein nabo blant andre naboar var viktige følgjer av å flytte. Reint konkret innebar den trygge heimen som oftast ein avstand til sosial naud samt vanskelegare tilgang til rusmiddel. I

tillegg til endra materielle føresetnader hadde tildelinga av det som nettopp var ein heim og ikkje berre ein bustad, også sterk symbolsk verdi.

Hjelparar som dørøpnarar og talerøyr

Informantane snakka om at helse- og sosialarbeidarar kunne ha ei viktig rolle som pådrivarar i prosessen med å få tildelt ein ny bustad. Også i møte med institusjonar som NAV, spesialisthelsetenesta og fastlegen hadde det ofte vore avgjerande at hjelparar fungerte som talspersonar. Det var gjerne ikkje tilstrekkeleg at informantane visste kva dei trong for å kome i gang med å skape seg betre liv: Det var naudsynt med støtte frå fagpersonar som meistra tenesta sitt språk, og som dermed kunne grunngi og legitimere behova til informantane. Morten snakka om korleis han opplevde at ROP-teamet si styrking av hans stemme blei utslagsgivande i kommunikasjonen med NAV:

Morten: Så ringte de opp på hennes mobil, da. Og bare sa at «Ja, nei, du kom ikke på det møtet, og da får du ikke noe AAP», og var litt sånn ... Og da hadde hun [behandleren i ROP-teamet] bare sagt at «Vet du hva, vi har faktisk ringt og gitt beskjed, og nå snakker du med», ja, og sagt hvem hun var og sånn. Så da fikk jeg AAP allikevel. Altså, det er bare sånn ting som at de kan ...være der og hjelpe deg – hvis min stemme ikke er nok! Og det er mange eksempler på det.

Hjelparar som sto i ein annan posisjon overfor tenesteapparatet, kunne altså fungere som ei korrigerande stemme som talte informanten sin sak i samanhengar der det var snakk om vurderingar som hadde store konsekvensar. Døme på situasjonar der informantane snakka om at hjelparar kunne spele ei viktig rolle, var knytte til tvangsbruk og førarkortvurderingar. Ei fråsegn frå ROP-teamet kunne vere avgjerande for ein søknad om å få tilbake førarkortet, og nokre informantar skildra at teamet figurerte som støttespelar i møte med instansar som hadde mandat til å utøve tvang. Det at fagfolk som sto i ein behandlarrelasjon til informantane, også kunne ta andre roller, gjorde at hjelpa blei oppfatta som fleksibel og relevant.

Fleksible hjelparar i kontrast til kontoret

Når det var naudsynt, bidrog ROP-kontaktane ved praktiske gjeremål, som å gi skyss til tannlegebesøk eller bistand til å kome ut av eit økonomisk uføre. Informantane løfta fram fleksibilitet med omsyn til kva type, men også kvar og kva tid hjelpa blei gitt, som eit sentralt betringsfremjande aspekt ved ROP-teamet. Informantane sette pris på at dei blei oppsøkt heime, og nokre framheva moglegheita til å ringe kontaktpersonar også utanom ordinær arbeidstid. Mobilitet og tilgjengelegheit sørge for kontinuitet sjølv i situasjonar eller periodar der det å kome seg til eit kontor ville vere (for) vanskeleg. Informantane sette den oppsøkande arbeidsforma i kontrast til «kontoret», ein metafor som gav figur til sider ved ordinære tenester som ofte blei opplevd som utilstrekkelege eller i konflikt med behova deira:

Tommy: Og med den der biten med å ikke sitte på kontor! Den har vært ... Den var spesiell i begynnelsen, men utrolig ...deilig nå! Det føles bare så ...ikke kompis, men en

samtalepartner, da. Som du møter på en annen arena. [Kontoret] blir litt mere sånn ... ja, klinisk eller hva det heter for noe.

Medan det kliniske møtet på «kontoret» blei opplevd som formalisert, med ein fastlagt og spesifikk agenda, sprang kontakten med teamet ut frå informantane sin heim og daglegliv. ROP-kontaktane si tette involvering i det jamne kvardagslivet la til rette for praktisk hjelp som i seg sjølv førte til betring, og hjelpa kunne i tillegg styrke den terapeutiske relasjonen. Informantane fekk eit kontinuerleg anker inn til normalitet når hjelpa følgde dei, framfor at hjelpa var noko dei måtte oppsøke på bortebane.

Tolmodige hjelparar ber vikarierende håp

Det at hjelparar strekte seg langt for å leggje til rette for kontakt, gav håp om at ting kunne bli betre. Informantane formidla ei oppleving av at håpet til hjelparane ikkje svann, sjølv i møte med store utfordringar. Stikk i strid med kva informantane venta, var konsekvensen av avtalebrott, rusepisodar og andre formar for kontaktbrott at dei blei oppsøkte, igjen og igjen. Til dømes snakka Erik, da han såg seg tilbake, om det han den gongen opplevde som pågåande åtferd frå hjelparane si side, som ein kjerne i kva som hadde vore nyttig for han:

Erik: ... og når jeg ser tilbake på det, så synes jeg det faktisk var veldig bra. At de kom. Det er mange som ikke hadde kommet. Og selv om jeg avlyste, så kom de for det. De har virkelig stått på for meg! Men de har fått gjennomgå mye, da, med meg! Det har de. Jeg har kjefta på de, og jeg har skjelt de ut ...men allikavel så har de vært der!

Nokre informantar sette opplevinga av å kjenne seg ankra i ein terapeutisk relasjon i kontrast til erfaringar frå barndommen, medan andre framheva at slike erfaringar korrigererte ei sterk oppleving av at det ikkje fanst nokon plass for dei i hjelpeapparatet. Det at informantane ikkje opplevde seg definerte som håplause eller utilgjengelege for hjelp sjølv om relasjonen blei herja med, formidla at håpet var vilkårslaust. Rammene i ROP, som opna for at den terapeutiske relasjonen tolte påkjenningar som avtalebrott og rusepisodar, bidrog til opplevinga av at hjelpa var eit trygt anker.

Strategiar for forhandling av nye identitetar - å feste anker innover

Medan dei føregåande kategoriane illustrerer forhold ved tenesteapparatet som fasiliterer betring, handlar hovudkategori II meir eksplisitt om korleis informantane plasserer seg sjølve i arbeidet for å få det betre. Informantane sine refleksjonar og funderingar omkring eigen rolle synte seg i løpet av analysen som eit funn som i seg sjølv fortalde noko sentralt om betring.

Orienterer seg etter draumen om A4-livet

Ein del av betringsprosessen såg ut til å vere arbeid med å forhandle fram identitetar omkring omgrep knytt til normalitet: «Normal», «A4» og uttrykk i skyld med desse dukka stadig opp i materialet. Eit fellestrekk ved endringane informantane var i gang med eller såg for seg var naudsynte for å få eit betre liv, var ideen om at desse førte i retning av det informantane kalla å «bli meir normale»:

Tommy: Jeg ønsker meg bare et normalt liv ... som alle andre har. Selv om jeg ... jeg er A4, men litt utover A4-biten også. Holdt jeg på å si. Men jeg vil ha hobbyer. Jeg vil ha fellesskap. Jeg vil ha familie.

Normalitet, slik det syntet seg i materialet, svarte til tryggleik og stabilitet, og blei forklart som nærvære av hobbyar, familie og fellesskap. Vidare syntet arbeid seg som ei viktig brikke i førestillingane om det gode A4-liv. Ein informant delte betringsprosessen sin inn i prosentar, og fortalde at dei tretti prosentane som sto att, bestod i å kome seg i jobb og sørge for økonomisk stabilitet nok til å starte familie. Arbeidet syntet seg å representere langt meir enn ei inntektskjelde. Den nære koplinga mellom arbeid og det å ha meiningsfulle dagar kunne vere komplisert, i og med at ordinært arbeid for fleire kjendest utanfor rekkevidde – diskriminering, stigma eller nedsett arbeidsevne var vanlege hindringar informantane nemnde. Forutan ordinært lønna arbeid hadde kjernefamilien ein sentral plass i biletet av det normale livet. Nokre hadde tatt opp igjen kontakt med søsken og foreldre, medan andre sa at dei kjende seg nærare målet om å stifte eigen familie for første gong. Ein informant fortalde at han oppdaga at det ikkje var for seint for han å få barn da ein miljøarbeidar fortalde han kva som er gjennomsnittsalderen for førstegongsfødande. Nokre fortalde historier der helse- og sosialarbeidarar figureerte som ein slags referanse for kva som var normalt og ønskeleg i høve til arbeid og familie. Slik såg det ut til at folk i tenesteapparatet kunne få roller som modellar eller informasjonsformidlarar i utforskinga av moglege nye identitetar.

Utvidar og endrar identitetar

Under målet om å «bli meir normal» låg eit komplekst arbeid knytt til det å ivareta og forstå sin individualitet. Framtida syntet seg av og til som ein førestilt kontrast til fortida, der det normale ville bli «alt eg ikkje har erfaring med». Nokre pendla mellom å skildre seg sjølv som av og til innanfor og andre gongar utanfor det normale, medan andre såg for seg betringsprosessen som ein retur til ein normalitet dei ein gong hadde kjent. Heller ikkje for dei som snakka om å «vende tilbake» til normalitet, var nye identitetar berre ei gjenreising av gamle; noko ville vere annleis. Veggen til å få det betre kunne innebere brott i relasjonar til menneske som tidlegare hadde hatt ein viktig plass i livet deira:

Tommy: Så det er også en bit jeg har klart å kutte ned. Den omgangen med – jeg synes det er feil å kalle det «den typen mennesker», for jeg ser på det som mennesker med problemer, ikke som ... ja, «den narkomane» eller «den rusmisbrukeren», liksom, sånn, men ... men det er ikke bra for meg å ... henge i et sånt miljø.

Valet om å ha større distanse til gamle miljø og mindre eller ingen kontakt med menneske som tidlegare hadde vore del av kvardagen, kunne gi roa som trongst for å starte i behandling eller setje i gang andre endringar. Utsegna til Tommy kastar samstundes lys over at arbeidet med å forstå seg sjølv og andre menneske på nye måtar kunne innebere strev med å handtere internalisert stigma. Å grunngi relasjonsbrott i eigne behov kan sjåast som ein måte å omgå å devaluere «flokkens sin» på, så vel som sitt

fortidige sjølv. Dette er berre eitt av fleire døme på at det å skape eit innovert anker i normalitet medførte eit identitetsarbeid som var unikt for kvar enkelt informant.

Ser seg sjølv på nye måtar med auge som forstår

Fleire informantar snakka om at det å sjå seg sjølv utanfrå gav ei oppleving av å få fleire og nye val. Nokre fortalde detaljerte historier om tidfesta vendepunkt der dei brått opplevde eit perspektivskifte, medan andre formidla at det over tid hadde vakse fram ei overordna oppleving av at ting såg annleis ut. Samtaleterapi var ei vanleg forklaring på kvifor informantane hadde blitt betre kjende med seg sjølv og korleis dei verka på andre. Også i andre formar for samarbeid med hjelpearar i og utanfor teamet, til dømes i utarbeiding og bruk av kriseplanar, kunne det teikne seg mønster og samanhengar mellom påkjenningar og rusepisodar. Fleire understreka at den jamlege kontakten med ROP-teamet hadde eit uformelt og ofte humoristisk preg som la til rette for at dei med tida hadde teke til å sjå seg sjølv litt annleis. Ein oppsummerte tida før han fekk hjelp, slik: «Jeg hadde egentlig ikke noe her ute å ... i, i deres verden å gjøre!» Opplevinga av å ha fått verdi og ein plass i verda hang saman med ei endring i korleis den enkelte forstod seg sjølv i relasjon til storsamfunnet og andre menneske.

Endring spring ut frå informantane sjølve

Tenesteapparatet kunne, som vi har sett, fremje betring gjennom å leggje til rette for betre livsvilkår, men informantane framheva at den avgjerande drivkrafta kom frå dei sjølve. Informantane understreka at tilgang til hjelp ikkje førte fram dersom dei sjølve ikkje var engasjerte i prosjektet, og fråvær av indre forplikting var ein vanleg måte å forklare kvifor tidlegare endringsforsøk hadde mislukkast, på:

Anna: Så jeg har jo greid det innimellom, lissom. Men da har jeg gjort det for andres del! Ikke så mye for meg sjøl. Men for familien min sin del og sånn. Og det nytter ikke å bli rusfri bare på grunn av andres del. Jeg må bli rusfri på grunn av meg sjøl. At jeg vil være rusfri, lissom. At jeg har det bedre rusfritt.

Betring var noko informantane meinte dei ikkje kunne bli «påført» av andre: Dei måtte vere klare for endring samstundes som det fanst tilgang til naudsynt hjelp, slik at endring sprang ut frå individet og voks fram i samspel med forhold i omgivnadane og gode hjelpearar. Fleire framheva at det var skummelt å våge seg på å gjere endringar, men at tid og gradvis stadfesting kunne føre fram mot ei indre forankring i normalitet.

Diskusjon

I materialet manifesterte kjernekategori Anker i normalitet seg i to underkategoriar som viste kvar si side av betringsprosessane til dei av oss som strever med samtidig rus og psykisk lidning: På den eine sida snakka informantane om endringar i levekår og ytre forhold, og på den andre sida skildra dei sitt eige arbeid i prosessen med å få det betre. Når vi studerer informantar sine skildringar av endring, kjem vi ikkje utanom at desse speglar kulturelle myter om endring i ein psykologisert kultur (Madsen, 2014). Informantane som er intervjua, har lang fartstid i hjelpeapparatet og er dimed godt

kjende med desse kulturelle mytane. I lesinga av funna er det difor viktig å betrakte dei som nettopp forteljingar om endring. Todelinga av funna teiknar opp to overordna endringsforteljingar: ei historie der den enkelte si vilje og evne til endring trår i forgrunnen som dei sentrale drivkreftene for endring, og ei anna der omgivnadene, rammene personar lever i, er det som årsakar høvesvis betring eller stillstand.

Forteljinga om at betring er ein personleg kamp der den det gjeld, mobiliserer indre ressursar for å overvinne problem, er godt etablert i vestlege kulturar (Granfield & Cloud, 2001; McAdams, 2006) i den grad at sosiale forhold kan bli tatt for gitt eller utelate når folk skal forklare kva som har hjelpt dei til å få det betre (Granfield & Cloud, 2001; Topor og medarbeidarar 2011). Granfield og Cloud (2001) fann til dømes at menneske med høg sosioøkonomisk status som hadde slutta å ruse seg utan kontakt med hjelpeapparatet, framheva personlege eigenskapar ved seg sjølv, som mot og evne til å halde ut. Den enorme tydinga av deira sosiale kapital, altså tilgangen til økonomiske, yrkesmessige og sosiale ressursar, syntest mellom linjene. I ei tid der individretta tiltak dominerer i helse- og sosialtenesta (t.d. Kam, 2014) kan det somme tider synest som om behovet for ein trygg plass å bu, tilhøyrslø og økonomisk stabilitet blir «tatt for gitt» også i forskning som undersøker betring (Harper & Speed, 2012; Topor og medarbeidarar 2011). Det er difor interessant at intervjuet i studien gir form til ei forteljing der hovudpersonen får det betre som konsekvens av sosial utjamning og tenester som tek brukarane sine levekår og behov på alvor, parallelt med historia om den individuelle reisa. I vårt materiale var den individualistiske forteljinga og den sosialt situerte endringshistoria komplementære til kvarandre. Informantane fortalde at det å få ein verdig heim, å bli høyrst av tenesteapparatet og få hjelp til praktiske ting i livet frå hjelparar som oppsøkte dei på heimebane, konstituerte viktige endringar i liva deira. Dette er i tråd med tidlegare funn av at menneske med alvorleg psykisk lidning eller rusproblem framhevar betra materielle vilkår som sentralt i sine betringsprosessar (Brekke, Lien, Davidson, & Biong, 2017; Lofthus og medarbeidarar 2018) og kan sjåast i samanheng med forskning som tyder på at tiltak retta mot reduksjon av relativ fattigdom kan ha positiv effekt på psykiske symptom, livskvalitet og sjølvkjensle (Ljungqvist, Topor, Forssell, Svensson, & Davidson, 2016; Read, 2010).

Medan informantane la vekt på den sosiale kapitalen som skulle til for å skape eit «normalt» kvardagsliv, dreidde betringsprosessane seg, som tidlegare skildra, også om ei indre oppleving: Informantane snakka om at varig endring kom innanifrå, at dei sjølv måtte ønskje å forandre noko. Psykologisk endring kan forståast som ei rørsle frå ein plass til ein annan, styrt mellom anna av representasjonar av kven vi ønskjer å bli, kven vi kan bli, og kven vi er redde for å bli; det Markus og Nurius (1986) kallar «moglege sjølv». I intervjuet blei det teikna opp ein prosess der informantane rørte seg i retning av å kjenne seg meir «normale», eit funn som går igjen i fleire studiar (Neale og medarbeidarar 2015; Stuart, Tansey, & Quayle, 2016). Kva inneber det å kjenne seg normal, ut frå våre data? Informantane strevde etter å skape seg positive identitetar ut frå opplevd tilhøyrslø eller avstand til «mainstream» (Semb, Borg, & Ness, 2016), det informantane gjerne kalla «normallivet» eller A4-livet.

Det at både forhold i omgivnadene og indre prosessar blei tillagt stor vekt i endringsforteljingane, retter søkelys mot at ulike materielle kontekstar opnar opp for ulike sjølvforståingar (Butler, 1997). Det å flytte hadde vore viktig for fleire, mellom anna fordi flyttinga gav avstand til rusmiljø, men også fordi det gav informantane moglegheit til å både sjå seg sjølv og bli sett som nokon annan enn før: Ein informant fortalte at dei kvardagslege spørsmåla frå den nye naboen om kven ho var, og kor lenge ho hadde budd i oppgangen, var ei ny oppleving. Hennar skildring av tilgangen til nye «moglege sjølv» i eit nytt nabolag illustrerer at individuelle identitetar blir gitt meining ut frå samspelet med tilgjengelege diskursar i gitte sosiale kontekstar (Hammack, 2008). Todelinga av funna spring fram av at det var slik informantane snakka, men i røynda kan vi også sjå det som to gjensidig avhengige sider av ei sak: Det sosiale blir gitt meining i lys av det individuelle, og omvendt. Identitetsforhandlingane som trådde fram i materialet, kan forståast som prosessar som gir samanheng til ytre og indre aspekt ved endringsprosessar. Forhandlingane var ikkje lineære, men syntest komplekse og nyanserte. Til dømes såg fleire av informantane ut til å røre seg att og fram mellom opplevinga av å vere høvesvis «innafor og utafor A4», som éin informant formulerte det.

Det er vel verd å merke seg at funna knytte til sosiale prosessar er meir eintydige enn funna knytte til identitetsprosessar. Dette kan lesast som ei viktig påminning om at menneske har same grunnleggande behov, men svært ulike måtar å forstå og forvalte eigne historier på (Ekeland & Bergem, 2006; Semb og medarbeidarar 2016). Ein konversasjonsanalyse (Elliott, 2011; McLeod, 2001) eller diskursanalyse (Potter & Wetherell, 1995) med fokus på individuelle variasjonar ville kunne bidra til å utvide kunnskapen om komplekse identitetsprosessar. Med utgangspunkt i eit dynamisk identitetsomgrep, der ein tenkjer seg at personlege narrativ blir konstruerte og rekonstruerte gjennom livslauget (Hammack, 2008), vil det også vere av verdi å undersøke korleis dette endrar seg over tid.

Konteksten for historiene i studien er at dei seks informantane har motteke hjelp frå eit samhandlingsteam som dei i stort er nøgde med. I intervjuva var informantane gjennomgåande tilbakehaldne med kritikk – også når intervjuaren spurte om kva som kunne vore annleis. Ein måte å forstå dette på er at dei som blei med i prosjektet, var dei som var nøgde med teamet. Sidan formålet ikkje var å finne ut om brukarane var nøgde eller misnøgde, var det ikkje eit poeng å rekruttere etter dette kriteriet. Som vi har sett, var eit sentralt funn at informantane opplevde at betringa sprang ut frå dei sjølve. Ei alternativ forklaring på mangelen på kritikk av ROP-teamet i intervjuva kan vere at menneske som retrospektivt ser tilbake på sin eigen betringsprosess, konstruerer denne på måtar som framhevar ikkje berre deira eigne, men også viktige hjelpearar sine positive anstrengingar. Ein prospektiv intervjustudie vil kunne kaste lys over om personar snakkar om forhold som hindrar betring, på ein annan måte undervegs i prosessen. Personar med erfaring med rus og psykisk liding som har fått det betre utan å vere i kontakt med hjelpeapparatet, har kanskje andre forteljingar om kva det var som hjelpte. I vår studie vever førestillingar om normalitet seg saman med førestillingar om

betring, noko som bør utforskast nærare. I ein studie av identitetsforhandlingar på småstadar fann Ekeland og Bergem (2006) at personar som ytte motstand mot ein pasientidentitet, hadde fleire konflikter med omgivingane, vanskelegare tilgang til tenester og problem med å etablere ein identitet. På bakgrunn av dette kan ein tenkje seg at ei kritisk innvending til funna våre kan vere at det å akseptere ein dominerande narrativ om eit «normalt» vaksenliv fører til betre hjelp – altså at det kanskje er vanskelegare for den som ikkje ønskjer seg eit A4-liv, å nå fram i tenestene. Ein diskrepans mellom det levde liv og forteljinga om det normale livet finn vi til dømes i informantane si framheving av arbeid som sentralt for betring, trass i at ingen av dei var i ordinært arbeid ved intervjuet. Eit spørsmål som opnar seg, er: Finst det betringshistorier som gir rom for det unormale, for liv som avvikar frå norma?

Kliniske implikasjonar

Resultata kan tyde på at alliansen i møte med personar med samtidig rus og psykisk lidning konstituerer seg i spesifikke intervensjonar som til ein stor del er svært praktiske. Vektlegginga av å få sine behov og ønskje «tatt på alvor» kling med den etter kvart omfattande forskinga på tydinga av allianse og ein kontekstuell forståing av behandling (Wampold & Imel, 2015). Forteljingane om at talspersonar i møte med tenesteapparatet kan bidra til å etablere rammer som utgjør viktige endringar, peikar mot at helse- og sosialarbeidarar i mange tilfelle kan opptre som «agents of social development» (Bernstein, 1995, ref. i Kam, 2014). I møte med personar med samansette behov bør helse- og sosialarbeidarar vere medvitne om at praktisk, økonomisk og sosial hjelp, som i ein del klinisk arbeid blir forstått som alliansebyggjande aktivitetar, faktisk utgjør grunnsteinar i endring. Helse- og sosialarbeidarar bør sjå individet i sin sosiale kontekst, og ha eit blikk for kva moglege framtidsidentitetar som har rom til å vekse fram. Parallelt med samtalerterapi er arbeid med å kartlegge og byggje ut sosioøkonomisk marginaliserte brukarar sin sosiale kapital ei viktig oppgåve for helse- og sosialarbeidarar. Prosessar som held ved lag marginalisering, til dømes vanskeleg tilgang til bustad og diskriminering i tenesteapparatet, er hinder som helse- og sosialarbeidarar bør vere merksame på og streva etter å motverke.

Sjølv om informantane i studien har til felles at dei har fått behandling ut frå diagnosar knytte til rus og alvorleg psykisk lidning, er det stor variasjon i demografiske faktorar som spelar inn i veven som definerer moglegheitene til eit menneske, som alder, økonomiske ressursar, minoritetsbakgrunn, kjønn og familierelasjonar. Det at helse- og sosialarbeidarar blir brukte som ein slags «referanse» for kva som er godt og mogleg, er ei påminning om at hjelpearar ikkje er nøytrale aktørar. Psykologar og andre som møter menneske som søker hjelp, har ei viktig oppgåve i å bidra til betringshistorier som utvidar rommet for kva som er normalt. Eit viktig arbeid er å vere nyfikne på kva historier om moglege framtider som blir gitt plass, og kva historier som kan bli utvida (White & Epston, 1990). Informantane minner oss på å halde eit tosidig fokus i klinisk arbeid med menneske som strever med livet sitt: I vekselverknaden mellom idiosynkratiske identitetsprosessar og omfordeling av makt og ressursar ligg potensialet for liv som er forankra i normalitet.

Konklusjon

Konseptualiseringar av betringsprosessar i forskning og klinikk har frå fleire hald fått kritikk for å underkommunisere betydninga av sosiale forhold. Intervjua viser at informantane skildrar betringsprosessane som tosidige. Felles er behovet for gode, stabile livsvilkår – nær vevd saman med personlege, meir idiosynkratiske identitetsforhandlingar. Gjennom å ta roller som bidreg til å styrke brukarar sine livsgrunnlag, kan psykologar og andre som arbeider med menneske som er stilt utanfor normen, skape endring så vel som allianse. Pågåande identitetsforhandlingar fordrar at hjelparar mobiliserer ei nysgjerrig haldning til korleis den enkelte ser seg sjølv i fortid, notid og framtid. Metaforen anker i normalitet kan minne hjelparar på å sjå dei heilt unike livshistoriene, utan å miste sosiale forhold av syne.

Teksten er fagfellevurdert.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 3, 2019, side 166-177

TEKST

Elisabeth Adams Kvam

Hanne Weie Oddli

Anne Landheim

KONTAKT: janne.arstad@sus.no

+ [Vis referanser](#)

Referansar

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. (4), 11-23.

Blumer, H. (1954). What is Wrong with Social Theory? (1), 3-10.
doi: 10.2307/2088165

Brekke, E., Lien, L., Davidson, L., & Biong, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. (1), 13-24.

Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). (3. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage.

Brorson, H.H., Arnevik, E.A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. (8), 1010-1024.

Butler, J. (1997). . Stanford, California: Stanford University Press.

Charmaz, K. (1995). Grounded theory. I: J.A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (red.), Rethinking methods in psychology (s. 27-49): London: Sage.

Charmaz, K. (2003). Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. I N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.), (s. 249-291). Thousand Oaks, CA: Sage.

Charmaz, K. (2014). . London: Sage.

- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., & Vanheule, S. (2017). The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. (4), 264-279.
- Ekeland, T.-J., & Bergem, R. (2006). The Negotiation of Identity among People with Mental Illness in Rural Communities. (3), 225-232. doi: 10.1007/s10597-006-9034-y
- Elliott, R. (2011). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. I (s. 69-81): John Wiley & Sons, Ltd.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C., & Greenberg, L.S. (2011). Empathy. (1), 43-49.
- Granfield, R., & Cloud, W. (2001). Social context and «natural recovery»: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. (11), 1543-1570.
- Hammack, P.L. (2008). Narrative and the Cultural Psychology of Identity. (3), 222-247. doi: 10.1177/1088868308316892
- Handong, M., & Weng, . (2016).
Paper presentert ved Pacific Symposium on
Biocomputing. .
- Harper, D., & Speed, E. (2012). Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. (1), 9-26. doi: 10.26522/ssj.v6i1.1066
- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Helsedirektoratet Oslo.
- Hoertel, N., Le Strat, Y., Lavaud, P., Dubertret, C., & Limosin, F. (2013). Generalizability of clinical trial results for bipolar disorder to community samples: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. (3), 265-270. doi: 10.4088/JCP.12m07935
- Kam, P.K. (2014). Back to the 'social' of social work: Reviving the social work profession's contribution to the promotion of social justice. (6), 723-740. doi: 10.1177/0020872812447118
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009).
. Los Angeles: Sage.
- Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. , 44. doi: 10.1186/1471-244x-6-44
- Levitt, H.M., Pomerville, A., & Surace, F.I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. (8), 801-830. doi: 10.1037/bul0000057
- Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I., & Davidson, L. (2016). Money and Mental Illness: A Study of the Relationship Between Poverty and Serious Psychological Problems. (7), 842-850. doi: 10.1007/s10597-015-9950-9
- Lofthus, A.M., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lindstrøm, J.C., Lauveng, A., Rose, D., . . . Heiervang, K. (2018). Recovery concept in a Norwegian setting to be examined by the assertive community treatment model and mixed methods. (1), 147-157. doi: 10.1111/inm.12304
- Madsen, O.J.. (2014).
. London:
Routledge.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible Selves. (9), 954-969. doi: 10.1037/0003-066X.41.9.954

- McAdams, D.P. (2006). *The Redemptive Self: Generativity and the Stories Americans Live By*. (2-3), 81-100. doi: 10.1080/15427609.2006.9683363
- McLeod, J. (2001). . London: Sage.
- Moberg, C.A., & Humphreys, K. (2016). Exclusion criteria in treatment research on alcohol, tobacco and illicit drug use disorders: A review and critical analysis. , 378-388. doi: 10.1111/dar.12438
- Mueser, K.T., Linderoth, L., & Andersen, T.M. (2006). . Oslo: Universitetsforlaget.
- Neale, J., Tompkins, C., Wheeler, C., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., . . . Strang, . (2015). «You're all going to hate the word 'recovery' by the end of this»: Service users' views of measuring addiction recovery. (1), 26-34. doi: 10.3109/09687637.2014.947564
- Oddli, H.W. (2012). Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo, Oslo.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1995). *Discourse analysis*. I J.A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (red.), (s. 80-92). London: Sage.
- Read, J. (2010). Can Poverty Drive You Mad? 'Schizophrenia', Socio-Economic Status and the Case for Primary Prevention. (2), 7-19.
- Riessman, C.K. (1993). London: SAGE.
- Semb, R., Borg, M., & Ness, O. (2016). Tilpasning eller tilbaketrekning? Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus og psykiske helseproblemer. (3), 204-220. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-01>
- Stuart, S.R., Tansey, L., & Quayle, E. (2016). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. , 1-14. doi: 10.1080/09638237.2016.1222056
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. (1), 90-99. doi: 10.1177/0020764010345062
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). (2. utg.). New York: Routledge.
- White, M., & Epston, D. (1990). . New York: Norton.