

Opplevelser med tilbakefall blant kvinner med rusmiddelavhengighet

En deskriptiv fenomenologisk studie

MATHILDE LIDI KVÅLE

Masteroppgave i psykososial helse
med spesialisering i psykisk helse,
rus- og avhengighetsarbeid

HOVEDVEILEDER

Jonas Højgaard Frydenlund

BIVEILEDER

John-Kåre Vederhus

Universitetet i Agder, 2024

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Forord

Endelig er jeg kommet til veis ende, etter fire år på masterprogrammet ved Universitetet i Agder. Det har vært en berg-og-dalbane av følelser underveis i dette masterprosjektet. Samtidig som det har vært utrolig lærerikt. Jeg er stolt over at jeg har fått det til, ikke minst svært takknemlig for alle som har støttet på meg og heiet meg gjennom denne prosessen.

Først ønsker jeg å takke informantene mine, fire nydelige kvinner som gjorde det mulig å skrive denne studien. Tusen takk for at dere delte ærlig med meg og ønsket å delta med deres erfaringer fra livet. Det setter jeg enormt stor pris på, takk for tilliten dere har vist meg.

Min hovedveileder, Jonas Højgaard Frydenlund tusen takk for at du har støttet meg og hjulpet meg gjennom hele prosessen i denne studien. Jeg setter stor pris på ditt sprudlende engasjement, tålmodighet og evne til å lære fra deg. Det har motivert meg gjennom hele prosessen. Takk!

Min biveileder, John-Kåre Vederhus tusen takk for at du har stilt undrende spørsmål underveis og kommet med kritiske innvendinger for å hjelpe meg til å gjøre det bedre. Det har til tider vært utfordrende, samtidig som jeg vet du bare ønsker meg det beste. Takk!

Mine medstudenter, Viktoria Christense Skarstein og Kristin Halsne Berentsen, tusen takk. Det har vært betryggende og hyggelig å alltid kunne dele erfaringer, opp- og nedturer med hverandre. Jeg setter pris på støtten og fine samtaler med dere. Takk!

Gode kollegaer fra arbeidsplassen har støttet, spurt hvordan det går og heiet på meg underveis. I den anledning ønsker jeg spesielt å takke Margit Austad Bjørgum, Carol Anne Bratteli og Tone Smith Heggland. Takk for at dere alltid stiller opp for meg og lytter til meg, til tider har det vært mye frustrasjon og derfor ekstra godt å ha dere i ryggen.

Sist, men ikke minst ønsker jeg å takke min kjære samboer Sondre Skjeggedal og nærmeste familie som alltid har vært der for meg, både tidlig og sent. Det har vært til stor hjelp at dere har motivert meg og hele tiden hatt troen på at jeg skal få det til. Tusen takk.

Mathilde Lidi Kvåle
Evje, april 2024

Sammendrag

Bakgrunn: Studien retter søkelys på kvinner med rusmiddelavhengighet. Forskning baserer seg i stor grad på både kvinner og menn, men lite skiller hva som er unikt blant kvinnene. Hvert år får mennesker med rusmiddelavhengighet tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge. Likevel dropper mange ut av behandling eller opplever tilbakefall i etterkant.

Hensikt: Hensikten med studien er å forstå kvinners opplevelser med tilbakefall og hvilken betydning tidligere traumeopplevelser har for tilbakefall. Studien kan bidra til større forståelse av kvinners rehabiliteringsprosess.

Problemstilling: «Hvordan oppleves tilbakefall for kvinner med rusmiddelavhengighet og hvilken betydning har traumer inn i dette?»

Metode: Deskriptiv fenomenologisk metode og analyse med utgangspunkt i Amadeo Giorgi. I studien har jeg benyttet kvalitativt intervju som omfatter individuelle intervju med fire kvinner med rusmiddelavhengighet og erfaringer med traumer.

Resultater: Mitt hovedfunn i resultatene er kvinnenes russtrer som viser seg både i fravær av rusen, men også under aktiv bruk av rusmidler. Kvinnene erfarer tilbakefall gjennom fem sentrale elementer av opplevelsene venting, savn, fortjene noe, kontroll og skam. Alle har opplevd traumer, både som voksne og barn, men de gir ikke direkte uttrykk for at de knytter det til tilbakefall.

Konklusjon: Kvinnene erfarer en tenkemåte som blir mer og mer preget av tanker om rus i forbindelse med tilbakefall. Tilbakefall beskrives gjennom ulike opplevelser av venting, savn, fortjene noe, kontroll og skam. Utvalget i denne studien relaterer ikke traumer som direkte faktorer for tilbakefall.

Nøkkelord: Kvinner, tilbakefall, rusmiddelavhengighet, deskriptiv fenomenologi, traumer,

Abstract

Background: The study focuses on women with substance abuse disorders. Research largely encompasses both women and men, but there is little distinction regarding what is unique among women. Every year, individuals with substance abuse disorders receive interdisciplinary specialized substance abuse treatment in Norway. However, many drop out of treatment or experience relapse thereafter.

Purpose: The purpose of the study is to understand women's experiences with relapse and the significance of previous trauma experiences for relapse. The study can contribute to a greater understanding of women's rehabilitation process.

Aim: "How do relapses affect women with substance abuse disorders, and what significance do traumas have in this context?"

Method: Descriptive phenomenological method and analysis based on Amadeo Giorgi. In the study, I have employed qualitative interviews, which involve individual interviews with four women with substance abuse disorders and experiences of trauma.

Result: My main finding in the results is women's substance-centricity, which manifests both in the absence of substance use and during active substance use. Women experience relapse through five central elements of their experiences: waiting, longing, deserving something, control, and shame. They have all experienced trauma, both as adults and children, but they do not directly express that they connect it to relapse.

Conclusion: The women experience a mindset increasingly dominated by thoughts of substance use in connection with relapse. Relapse is described through various experiences of waiting, longing, feeling deserving of something, control, and shame. The sample in this study does not relate trauma as direct factors for relapse.

Keywords: Women, relapse, drug dependence, descriptive phenomenology, trauma.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
2.0 Teori og forskning	3
2.1 Rusmiddelavhengighet	3
2.2 Kvinner med rusmiddelavhengighet.....	4
2.3 Tilbakefall	5
2.4 Traumer	8
3.0 Fenomenologisk metode.....	10
3.1 Fenomenologi.....	10
3.2 Utvalg	12
3.3 Ethiske overveielser	13
3.4 Transkripsjon under deskriptiv fenomenologisk metode	13
4.0 Deskriptiv fenomenologisk analyse	14
4.1 Tabell 1.....	17
4.2 Utvikling av essensene	18
5.0 Resultater.....	19
5.1 Beskrivelser av tilbakefall.....	19
5.2 Russentrert.....	20
5.3 Opplevelse av venting	22
5.4 Opplevelse av savn.....	23
5.5 Opplevelse av å fortjene noe	25
5.6 Opplevelse av kontroll.....	26
5.7 Opplevelse av skam.....	30
5.8 Traumer og ROP-lidelser	31
6.0 Drøfting	33
6.1 Fenomenet tilbakefall	33
6.2 Forskjellen blant kvinner og menn	36
6.3 Hvorfor de ruser seg?	39
6.4 Traumers betydning.....	42
7.0 Svakheter og styrker av studien.....	45

8.0 Konklusjon	46
9.0 Referanseliste	46
Vedlegg 1. Analysetabell	51
Vedlegg 2. Godkjenning FEK	52
Vedlegg 3. Godkjenning SIKT	53
Vedlegg 4. Intervjuguide	55
Vedlegg 5. Informasjonsskriv og samtykke	57

1.0 Innledning

Den vanligste psykiske lidelsen i høyinntekstland er ruslidelser. Ruslidelser omfatter langvarig bruk av ett eller flere vanedannende stoffer, ofte kombinert med andre psykiatriske sykdommer (Amundsen et al., 2022, s. 2). Rundt 33.000 mennesker mottok hjelp for sin rusmiddelavhengighet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (heretter, TSB) i 2016 (Lilleng, 2017, s. 3), antallet økte til 47.997 i 2021 (Nersund & Myrli, 2022, s. 9). Rusproblemer kan knyttes til vold, forgiftning, selvmordsfare og kroniske skader som kan gi ulike helseproblemer og andre sosiale vansker (Hole, 2014, s. 42). Ettersom mange strever med rusproblemer, er det viktig for personen selv, menneskene rundt dem og samfunnet at de lykkes et rusfritt liv.

Det viser seg at kvinner har en lavere tendens til å søke rusbehandling, sammenliknet med menn. Dette kan skyldes sosialt stigma, ansvar for barn og økonomisk status. Blant kvinner som deltar i gruppebehandling, vises det til færre tilbakefall (Greenfield et al., 2010, s. 342). Selv om mange får rusbehandling, er det likevel mange som får tilbakefall. De fleste tilbakefall skjer i løpet av de to første månedene etter en lengre periode med avholdenhet (Fekjær, 2011, s. 256), i for eksempel fengsel eller rusinstitusjoner. Utskrivelse i seg selv kan være en risikosituasjon (Fekjær, 2011, s. 259). Ifølge Helsedirektoratet finnes det lite forskning på kjønnsdelt rusbehandling. Men blant de behandlingsstedene som tilbyr det, gir det noe bedre behandlingsresultater blant kvinnene, og positive tilbakemeldinger blant begge kjønn innen TSB (Helsedirektoratet, 2017). Det manglende kjønnsperspektivet kan påvirke effekten av tiltakene i rusbehandling, og ramme mulighetene for god behandling (Lossius, 2021, s. 33). Det er derfor relevant å forske på, for å utvikle rusbehandling som tar bedre høyde for kvinners opplevelser. Forskningen her er også relevant for å kunne hjelpe fagpersoner med å få bedre kunnskap om kvinner, og derfor være bedre i stand til å møte kvinner med rusproblemer sine opplevelser med sosialt stigma, ansvar for barn og økonomisk situasjon.

Ifølge nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse har to av tre mennesker med rusmiddelavhengighet også traumer (Frimand, 2021), mesteparten av kvinnene har opplevd seksuelle traumer (Øiern, 2006, s. 34). I likhet med en undersøkelse i

Hedmark og Oppland blant mennesker med rus- og psykiske lidelser viste resultatet at flest kvinner strevde med PTSD (Evjen et al., 2020, s. 57). Sexolog og sykepleier Beate Alstad mener helsepersonell ikke bør bekymre seg for retraumatisering ved å snakke om temaer knyttet til seksuell vold. Hennes erfaring er heller det motsatte, at pasientene blir lettet og opplever at de blir tatt på alvor (Helmers, 2021). I likhet med psykolog Anette Holmgren som mener vi må våge å snakke om volden, fordi det er verre å ikke si noe. Mange tror samtaler om traumer gjør det verre, men det verste har jo allerede skjedd (Warholm, 2020, s. 323). For å hjelpe kvinnene til å føle seg trygge og oppleve å bli forstått, er det viktig å ha god forforståelse av hvilke utfordringer de kan ha. Ved hjelp av fenomenologien, kan vi møte kvinnene der de er. Derfor kan en studie av opplevelsene hos kvinner med rusmiddelavhengighet kanskje hjelpe ansatte i liknende jobber fremover, fordi bedre forståelse blir tilgjengelig.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg arbeider som sykepleier på en institusjon for rusbehandling. I løpet av de ni årene jeg har arbeidet der, har jeg forundret meg over at det i gjennomsnittet er flere menn enn kvinner som er innlagt. Gjennom innleggelsen har jeg et genuint ønske om å kunne hjelpe pasientene best mulig med å nå sine mål for behandlingen og veien videre. Etersom det er færre kvinner enn menn, er jeg nysgjerrig på hvordan kvinnene har det etter behandling og hvordan de opplever tilbakefall. Derfor ble valget på temaet rettet mot kvinner med rusmiddelavhengighet.

1.2 Problemstilling

Sett i lys av den overnevnte innledningen munner dette ut i følgende problemstilling:
«Hvordan oppleves tilbakefall for kvinner med rusmiddelavhengighet og hvilken betydning har traumer inn i dette?»

1.3 Begrepsavklaring

Mennesker jeg har vært i kontakt med som oppfyller kriteriene til å ha diagnosen skadelig bruk og avhengighet til ulike rusmidler omtaler seg med ulike benevnelser. Jeg husker jeg ble veldig paff første gangen jeg på jobb pratet med en pasient som omtalte seg som narkoman. For meg er «narkoman» en nedlatende og stigmatiserende benevnelse, likevel dukker det stadig opp i media. Jeg er heller ikke tilhenger av stoffmisbruker (Fekjær, 2011, s. 31) eller

rusmisbruker, (Bramness, 2022) fordi jeg oppfatter «misbruker» som et negativt ladet ord. Benevnelsen «misbruker» er et begrep jeg møter både i jobb og skolesammenheng, men det dukker også opp i mediene. Mennesker er ikke sin lidelse eller avhengighet, fordi man er et helt menneske bestående av relasjoner og muligheter langt utover selve avhengigheten (Bramness, 2022). Personlig foretrekker jeg «mennesker med rusmiddelavhengighet», da det for meg oppleves som et mer nøytralt ord. Samtidig som jeg mener det er forklarende og forståelig uten at det er stigmatiserende. På bakgrunn av det benyttes «mennesker med rusmiddelavhengighet» og «rusmiddelavhengighet», når det henvises til diagnosen i denne studien.

2.0 Teori og forskning

2.1 Rusmiddelavhengighet

Mørland og Waal har utformet følgende definisjon på rusmiddelavhengighet:

Rusmiddelavhengighet er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse hvor aktøren etter nøye overveielser kan beslutte seg til å slutte, men så likevel ofte gjentar handlingen. Personen kan derfor fremtre ambivalent og upålitelig, men samtidig synes oppriktig fortvilet og maktesløs i sin situasjon. Kjernen er at et individ gjentatte ganger handler i strid med sitt eget beste, når alt tas i betraktning. (Mørland & Waal, 2016, s. 20)

Allan Leshner og Nora Volkow som arbeider i den amerikanske NIDA, (National Institute of Drug Abuse) trekker noen paralleller til Mørland og Waal sin definisjon. Ved bruk av nevrovitenskap baserer de rusmiddelavhengighet på en biologisk sykdomsmodell, som forklares som en kronisk sykdom i hjernen som omfatter en rekke tilbakefall og kontrolltap (Rieke, 2014, s. 42). På bakgrunn av en mengde forskningsstudier mener de at rusmiddelavhengighet bør behandles og forebygges med medikamenter og vaksiner som avstenger virkningen av rusmidler (Rieke, 2014, s. 43). Hvis vi sammenlikner definisjonen til Mørland og Waal med kriteriene i diagnosemanualen ICD-10, inneholder den noen av kriteriene for diagnosen rusmiddelavhengighet. ICD-10 inkluderer i tillegg abstinenssymptomer og toleranseutvikling, her presenteres de:

Kriterie 3. Fysiologisk abstinensstilstand som opptrer dersom bruken av stoffet opphører eller reduseres, eller som viser seg med karakteristisk abstinenssyndrom for det aktuelle stoffet, eller gjennom bruk av samme eller beslektet stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer.

Kriterie 4. Toleranseutvikling, slik at større doser må til for å gi samme effekt som tidligere. (Biong & Ytrehus, 2019, s. 32-33)

Mennesker med rusmiddelavhengighet kan oppleve en tvang til å oppsøke og innta rusmidler, selv om det medfører negative konsekvenser. Videre påpekes det at mønsteret til mennesker med rusmiddelavhengighet ofte innebærer en eskalering av hyppige rusmiddelinntak over tid (Forouzan et al., 2021, s. 526). Selv om man har utviklet diagnosen rusmiddelavhengighet, er det ikke dermed sagt at man er avhengig livet ut. Men det er stor sannsynlighet for å leve livet ut med en sårbarhet til det aktuelle rusmiddelet man har en avhengighet til (Evjen et al., 2020, s. 82). Dette gjør rusmiddelavhengighet krevende å behandle, men ikke minst svært utfordrende for mennesker som har utviklet en rusmiddelavhengighet å opprettholde rusfrihet over tid.

2.2 Kvinner med rusmiddelavhengighet

Forskning viser til at det er ulike faktorer blant kvinner og menn som utløser rusmiddelbruk og tilbakefall. Derfor er det også sannsynligvis andre behandlingsmetoder som skal benyttes på tvers av kjønn (Fattore et al., 2008, s. 51).

Færre kvinner enn menn får diagnosen rusmiddelavhengighet. Mens menn er overrepresentert innen rusbehandling, er kvinner derimot overrepresentert i psykisk helsevern (Blå Kors, 2023). Likevel vet vi at kvinner blir fortere avhengig av rusmidler enn det menn gjør, dette gjelder rusmidler som cannabis, amfetamin og kokain (Fattore et al., 2008, s. 55). I Norge baseres kunnskap rundt rusbehandling seg på forskning og klinisk erfaring som er gjort på menn. Kari Lossius mener det mangler forskning på hva som skiller menn og kvinner innen behandling (Lossius, 2021, s. 33). I Norge vet vi at for hver mann med legemiddelavhengighet, finnes det tre kvinner med legemiddelavhengighet. Forskjellen her kan skyldes at kvinner i stor grad oppsøker fastlegen for vansker med søvn, angst og depresjon. Derfor er det ikke utenkelig at kvinnene mottar nye resepter på legemidler som

oppretholder avhengigheten (Lossius, 2021, s. 34). Tone Øiern mener at hver fastlege har fem til ti prosent kvinnelige pasienter med rusproblemer, men at dette er et sjeldent tema. Øiern mener at de færreste kvinnene ber om hjelp til sitt rusproblem og har lite tillitt til at de kan få hjelp med det de strever med. På en annen side kan det skyldes at det er andre problem som skygger over, og at kvinnene derfor selvmedisinerer seg med tabletter og alkohol, fordi de ikke anser seg som kvinner med rusmiddelavhengighet (Øiern, 2005, s. 22). Det kan gjenspeiles at det eksisterer et lite antall behandlingsplasser som tilbyr kvinnebehandling i Norge (Lossius, 2021, s. 33). Det viser seg at kjønnsforskjeller er påvist i andre tilfeller av atferd enn i avhengighet. Angst, panikklidelser og PTSD er mer utbredt blant kvinner enn menn. Psykiske lidelser som dette, kan øke sannsynligheten og oppmuntre til å innta humørendrende rusmidler og alkohol i et forsøk på selvmedisinering. Komorbiditet mellom rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser er derfor ikke overraskende (Fattore et al., 2008, s. 55).

Det som gir best effekt, er kvinnebehandlinger som tar høyde for kvinnes egne vanskeligheter (Dalsbø, Steiro & Høie, 2009, s. 12). I rusbehandling med begge kjønn, kan mange kvinner fortsette det samme mønsteret som tidligere, og utvikle destruktive kjæresteforhold til menn (Bjerke-Skar, 2008, s. 23). Mennene kan misbruke kvinnene voldelig og seksuelt (Øiern, 2006, s. 34).

Når kvinner behandles på bakgrunn av forskning på menn, selv om mye tyder på at det er betydelige forskjeller, så er det bekymringsfullt at kvinner ikke får behandling tilpasset de sine behov og opplevelser. Altså, at de får verre behandling enn de kunne fått, med bedre forståelse av deres unike opplevelser.

2.3 Tilbakefall

Et tilbakefall oppstår hos en person, når personen vender tilbake til å bruke rusmidler etter en periode med avholdenhet fra rusbruken (Moe et al., 2022, s. 743). Noen omtaler et tilbakefall for "sprekk" eller utglidning, men da dreier det seg om et mindre inntak av rusmidler, som for eksempel skjer én gang (Moe et al., 2022, s. 744). I oppgaven vektlegges tilbakefall, ettersom det er det jeg ønsker å undersøke ut fra min problemstilling. I tillegg inkluderes sprekk, fordi det er nærliggende til tilbakefall.

Selve begrepet tilbakefall er nært knyttet til en avholdsorientert behandling, som vil si at personen skal ha sluttet helt å bruke rusmidler. Hvis personen har et nytt inntak av rusmidler, beskrives det som et tilbakefall. I noen tilfeller blir begrepet tilbakefall brukt, hvis en person har stabilisert seg på en lavere dose rusmidler og forverrer inntaket av rusmidler (Mørland & Waal, 2016, s. 132). Et tilbakefall kan skyldes ulike årsaker, blant annet ruser noen seg for å lindre ubehag, mens andre ruser seg for nytelse (Forouzan et al., 2021, s. 528). Andre faktorer som kan påvirke tilbakefall er russøkende atferd som negativ påvirkning, stress og ny eksponering for rusmidler (Forouzan et al., 2021, s. 526). Symptomer på depresjon kan trigge tilbakefall, sånn som nedsatt appetitt, tretthet, utebli fra sosiale sammenkomster og manglende evne til å konsentrere seg (Forouzan et al., 2021, s. 527). Mange mennesker med rusmiddelavhengighet som har strevd med avhengigheten i årevis, kan ha vanskeligheter med å akseptere at det kan kreve flere år med hardt arbeid og beslutning for å mestre rusfrihet. Det vil si at rusmiddelavhengigheten ikke blir reparert eller fjernet etter noen måneder med avholdenhet fra rusmidler (Laudet et al., 2000, s. 326). Følelser som tristhet, sinne og ensomhet kan være vanskelig å håndtere, når de tidligere har vært maskert av aktivt rusbruk. Skyldfølelse, skam og anger er følelser tilknyttet overgangen til rusfrihet (Laudet et al., 2000, s. 324).

Melemis mener man må forstå at tilbakefall er noe som skjer gradvis. Den gradvise prosessen kan oppstå så tidlig som uker og måneder før personen inntar rusmidler. I prosessen med å bli rusfri trenger mennesker med rusmiddelavhengighet hjelp til å gjenkjenne sine varselsignaler for tilbakefall. På den måten kan man lære seg å utvikle mestringsstrategier som kan forebygge tilbakefall. Melemis mener det er størst sannsynlighet for å lykkes, når man er i rusbehandling (Melemis, 2015, s. 325). På veien mot en rusfri hverdag kan personen lære seg å ta valg som gir en bedre helse og livskvalitet på lang sikt, selv om man må kjempe mot sin avhengighet (Evjen et al., 2020, s. 81). Derfor er det viktig å være klar over at tilbakefall kan begynne gradvis, slik at man kan avdekke risikoer og forebygge tilbakefall for å kunne hjelpe den enkelte best mulig.

Psykologene Marlatt og Gordon gjorde studier på blant annet mennesker med rusmiddelavhengighet på 1980-tallet og oppfant det nye begrepet, «relapse prevention» som på norsk oversettes til tilbakefallsforebygging. Tilbakefallsforebygging handler om å lære seg å mestre risikofaktorer og mestringsstrategier, etter endret livsstil (Fekjær, 2011, s. 257). Modellen til Marlatt og Gordon har stort søkelys på høyrisikosituasjoner som den avgjørende

faktoren for tilbakefall, men at det egentlig handler om hvordan personen *responderer* på ulike situasjoner. Høyrisikosituasjoner er inndelt i følgende kategorier: negative følelser som angst, depresjon, sinne og kjedsomhet. Hendelser som er knyttet til andre mennesker, som for eksempel krangel med en venn. Press fra mennesker rundt, hvis man oppholder seg med andre som inntar rusmidler. Positive følelser som fremtrer i typisk feiringer eller steder knyttet til glede (Larimer et al., 1999, s. 153). Fortvilelse og frustrasjon anses som den største risikoen. Man kan tenke tanker som «jeg gir blaffen i alt» eller «dette er en helt spesiell situasjon, derfor kan jeg unne meg...» (Fekjær, 2011, s. 258). Likende situasjoner som tidligere nevnt vil trolig oppstå, det er derfor viktig å ha tenkt og planlagt hva man skal gjøre. Utsagnet i Fekjær sin bok: «Alt er lov – unntatt å ruse seg!» kan være en mestringsstrategi å bygge videre på (Fekjær, 2011, s. 259). Tilbakefall og tilbakefallsforebygging påvirker hverandre. Derfor er det aktuelt å undersøke hvilke erfaringer informantene har og hvordan de responderer på ulike risikosituasjoner.

Mange får et eller flere tilbakefall etter rusbehandling og anser det som uheldige valg på veien, mens andre ser på rusinntak som en komplisert vane (Mørland & Waal, 2016, s. 79). Når man snakker om å redusere faren for tilbakefall, er det bare aktuelt i de tilfellene personen ønsker å endre sine rusvaner. Samtidig kan man ikke si at avgjørelsen om et rusfritt liv er et permanent valg, fordi både beslutningen og motivasjonen om endring kan være ambivalent. Fekjær mener det ikke finnes grunn for behandling, hvis det ikke er noe ambivalens hos den enkelte (Fekjær, 2011, s. 257). Når det gjelder tilbakefall er ambivalens sentralt, fordi det kan øke sannsynligheten for at et tilbakefall oppstår.

Når en kvinne begynner å ruse seg, kan det anses som et valg hun tar ved å innta rusmidlene. På en annen side gjenspeiler ikke dette valgene som blir presentert i de ulike kriteriene for diagnosen rusmiddelavhengighet. Da reduseres evnen til å velge å ruse seg, fordi lengselen etter å oppnå ruseffekt ofte oppleves som en uimotståelig opplevelse eller man «velger» å ruse seg fordi det oppleves bedre enn abstinenssymptomene (Evjen et al., 2020, s. 80-81). I studien til Larsen et al. (2021, s. 1112) sammenlikner en av informantene rusfriheten med å ha mistet en god venn. Måten denne personen tenkte på rusmidler endret seg etter hun forsto at rusen hadde vært som en god venn, helt siden barndommen (Larsen et al., 2021, s. 1112).

Psykologspesialist Anne Bolstad og forskningssjef Arvid Skutle ved Stiftelsen

Bergensklinikkene mener: «det vanskeligste er ikke å få folk til å slutte med rusmidler, men å

hindre at de begynner igjen». Oppfølgingen av den enkelte er ikke lett med tanke på at ansvaret er fordelt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (Øiern, 2005, s. 22). En studie som er gjort i Kristiansand viste at tilbakefall i gjennomsnittet skjedde seks måneder etter rusbehandling, resultatene ble målt etter oppfølging gjennom to år. Alkohol var den utløsende årsakene i to av tre tilfeller, både alene og i kombinasjon med andre rusmidler. Studien viser at alkohol trigger tilbakefall blant mennesker med rusmiddelavhengighet, som ruser seg på andre rusmidler enn kun alkohol (Kristensen & Vederhus, 2005, s. 34).

I etterkant av psykososiale behandlingstiltak er det vanlig med tilbakefall. Globalt, selv etter gjennomførte døgnbehandlinger er tilbakefallene store, i Nepal 33%, i Kina, 55,8% og Sveits 60%. Tilbakefallene hendte mellom 1-12 måneder etter utskrivelse fra døgnbehandling. Faktorer som assosieres med tilbakefall er suget etter legemidler, abstinenssymptomer, fengselsopphold i etterkant av behandling og psykiske lidelser (Maehira et al., 2013, s. 2). Kvinner som mangler økonomisk stabilitet, bolig, støtte fra andre og vanlige sosiale roller har større sannsynlighet for tilbakefall, enn kvinner som har disse segmentene (VanDeMark, 2007, s. 8). En avgjørende faktor for å holde seg rusfri er støtte fra venner og familie, noen som tror på kvinnene og gir ubetinget kjærighet, til tross for at tilbakefall har oppstått. Flere kvinner trekker fram at noen har tro på at de skal greie seg, til tross for at de tviler og ikke har tillitt til seg selv, er av stor betydning (VanDeMark, 2007, s. 8). Forskning, fagpersoner og mennesker med rusmiddelavhengighet viser til tilbakefall etter behandling. Derfor er det relevant å forstå hvordan kvinnene selv opplever tilbakefall, gjennom deres egne erfaringer.

2.4 Traumer

Traumer kan oppstå etter alvorlige hendelser som oppleves så skremmende, intenst og overveldende at mennesker ikke klarer å ta det innover seg på en vanlig måte. Mennesker kan derfor bli traumatiserte etter hendelser som relateres til voldtekt, og annen fysisk og seksuell vold (Andersen, 2014, s. 54). Mennesker som har vært utsatt for psykisk eller fysisk belastning, kan senere bli diagnostisert med en traumelidelse (Skårderud et al., 2010, s. 295). Forekomsten av posttraumatisk stresslidelse (heretter PTSD) blant mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet er mye høyere enn hos andre mennesker (Evjen et al., 2020, s. 56). I en studie viser det seg at den psykiske helsen hos to tredjedeler av deltakerne ble forverret ved samtidig bruk av rusmidler (Laudet et al., 2000, s. 323). Symptomer på stress som kvinnene opplever etter seksuelle overgrep kan relateres til diagnosen PTSD. Traumene kvinnene har

erfart gjør at de beskytter seg ved å stenge følelsene ute. Hverdagslige gjøremål blir svært krevende, fordi kvinnene opplever stressende minner, trigger og flashback fra traumene (Stensvehagen, 2022, s. 54).

Bjerke-Skar opplever det er for lite søkelys på traumer og overgrep i behandling, hovedfokuset er rusmestring og hvordan legemidler kan hjelpe på vanskelighetene. Hun mener man er nødt til å bearbeide traumene, «bagasjen», for å klare seg på egenhånd (Bjerke-Skar, 2008, s. 23). En amerikansk studie viser til 95% tilbakefall, blant mennesker med rusmiddelavhengighet som har erfart traumer (Farley et al., 2004, s. 164). I Laudet et al. (2000, s. 324) sin studie kommer det frem at det både er vanskelig og viktig å håndtere følelser, når man har opplevd barndomstraumer. Kvinnene kan oppleve følelser som smerte, isolasjon og forvirring, men også håpløshet og frykt for fremtiden (Laudet et al., 2000, s. 324). Traumer ser derfor ut til å utgjøre en viktig forskjell for kvinners tilbakefall. Nettopp derfor er det hensiktsmessig å utforske traumers påvirkningskraft i denne sammenhengen.

Traumer kan ofte komme fra barndommen, der de selv har vokst opp med foreldre med rusmiddelavhengighet eller andre psykiske utfordringer. Når barn er traumatiserte allerede fra ung alder er det vanskelig å skille senvirkningene som ADHD eller PTSD. Mennesker med rusmiddelavhengighet og PTSD relateres ofte til traumatiske hendelser og flashbacks (Løvaas, 2021, s. 202). Menneskers forestilling av ulike bruddstykker av traumer, som overgrep og vold, fortsetter å plage personen i etterkant av hendelsene. Følelser som er knyttet til situasjonen hvor traumene forspilte seg kan forsterke følelsene man opplever i nåtiden. Dette kan betegnes som «trigger» og kan fremtre hos personen ved å oppleve visse lyder, lukter eller bilder, opplevelsene kan føre til utrygghet. En utfordring kan være at smerten man opplever i nåtid har sammenheng med traumene, fordi traumene ofte er «utenfor vår bevissthet» (Warholm, 2020, s. 325). Når overgrep og seksuelle traumer er et tema, bør kvinnene være blant kvinner i egne grupper, fordi tilstedeværelse av menn kan retraumatisere hva kvinnene har opplevd (Øiern, 2006, s. 34-35). Bente Bjerke-Skar som selv har vært i rusbehandling formidler at mange av hennes medpasienter hadde problemer knyttet til overgrep fra barne- og voksenalder. Bjerke-Skar mener det er umulig å prate om overgrep med menn i samme gruppe (Bjerke-Skar, 2008, s.23). Den farlige verdenen kvinner med rusmiddelavhengighet erfarer, kan gi en følelse av utrygghet, fordi tidligere vonde opplevelser fra traumer fortsetter å plage dem.

Med tanke på at jeg forsker på kvinner som har erfart traumer, velger jeg her å støtte meg til Martin Vestergaard Kristiansen. Kristiansen mener at mennesker med psykiske lidelser kan uttrykke smertefulle opplevelser som terapeutiske problemer. Det kan hindre perspektivet på hva de har erfart (Kristiansen, 2022, s. 64). I artikkelen til VanDeMark (2007, s. 8) viser det seg at noen kvinner med rusmiddelavhengighet opplever det skadende å gjenoppleve tidligere erfaringer med overgrep, mens andre beskriver verdien i å forstå sammenhengen mellom nåværende utfordringer og erfaringer med tidligere overgrep og traumer. Videre i studien trekkes det frem at kvinnene hadde erfart ulike typer traumer. Over 60 % hadde blitt seksuelt misbrukt og 80 % hadde opplevd følelsesmessig misbruk og fysisk mishandling (VanDeMark, 2007, s. 5). Forskning viser at kvinner med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser noen ganger uttrykker utfordringer som terapeutiske problemer, da kan det være utfordrende å komme nært i en fenomenologisk vinkling. Det må også tas forbehold om at det kan oppleves som skadende å snakke om det vonde de har erfart.

3.0 Fenomenologisk metode

I teoridelen beskriver jeg hva kvinner strever med, sammenliknet med menn. Likevel viser det seg at kvinnenes egne opplevelser mangler. Sett i lys av dette er det derfor gunstig å undersøke hvorfor kvinner med rusmiddelavhengighet strever med tilbakefall og hvordan de opplever det. Fenomenologien er et godt utgangspunkt for å forstå hvordan det oppleves for kvinnene. Derfor mener jeg det er relevant å benytte deskriptiv fenomenologisk metode (Giorgi, 2012, s. 3) for å besvare denne oppgaven.

3.1 Fenomenologi

Mitt teoretiske rammeverk for masteroppgaven tar utgangspunkt i Edmund Husserls filosofi og metode innen fenomenologien. Hovedvekten legges på bevisstheten og hvordan fenomenet (Tjora, 2021, s. 31) *tilbakefall* kommer til kjenne blant kvinner med rusmiddelavhengighet og hvordan det fremtrer for dem. Jeg er med andre ord nysgjerrig på hvordan kvinnene beskriver tilbakefall.

Hovedsakelig er fenomenologien beskrivende, men det hender den er tolkende (Giorgi, 2012, s. 6). Jeg er interessert i å forstå fenomenene *tilbakefall* og *traumer* og hvordan disse

fenomenene fremstår i bevisstheten hos informantene. Oppgaven er derfor beskrivende, når jeg belyser fenomenene. En vesentlig forskjell mellom tolkning og beskrivelse er at det i en beskrivelse blir beskrevet slik det er. Det er ikke noe som blir lagt til eller trukket fra i beskrivelsen (Giorgi, 2012, s. 6).

Husserl sin filosofiske metode er transcendentale. Det vil si at han var opptatt av bevisstheten, men ikke nødvendigvis det enkelte menneskets bevissthet, men den generelle menneskelige bevissthet. Amedeo Giorgi derimot var pretranscendentale, som vil si at han var interessert i den menneskelige bevisstheten, i den menneskelige verden (Giorgi, 2012, s. 9-10). Jeg støtter meg til Giorgi som teoretiker, ettersom han har forsket på menneskelige fenomener, noe som passer til min problemstilling med søkelys på kvinners opplevelser.

Amedeo Giorgi mener det fortsatt gjenstår en stor utfordring for å forstå fenomenet skikkelig. Det brenner i spennet mellom den humanistiske psykologiens forståelse av de menneskelige termene og den filosofiske fenomenologiske betydningen. Likevel mener Giorgi at det kan bygges bro mellom dem (Giorgi, 2005, s. 212).

Med utgangspunkt i Giorgi er jeg interessert i å forstå informantenes opplevelser og beskrivelser av verden. Med andre ord vil det si det mennesker *forstår* er den virkelige verdenen. I et slikt kvalitativt intervju ønsker jeg å forstå den opplevde betydningen hos informantenes livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45), hvordan fenomenets intensjonalitet trer frem i kvinnenens bevissthet (Robinson & Englander, 2007, s. 57). Gruppen jeg intervjuer er sårbare, derfor er det hensiktsmessig med individuelle intervju. På bakgrunn av utvalget mitt er det derfor ikke aktuelt med gruppeintervju.

Ifølge Giorgi utfører jeg en empirisk fenomenologi, når jeg stiller åpne spørsmål til informantene. I møte med meg som forsker og informantene som forskningsdeltakere får jeg tak i hvordan informantene beskriver sine erfaringer med opplevelsen av selve fenomenet, (Postholm, 2010, s. 44) tilbakefall. Betydninger for hva som oppstår i møte mellom mennesker i forskningsintervjuer påvirkes av hvilken yrkeserfaring og livserfaring man har (Mæland & Jacobsen, 2011, s. 158). Siden jeg er sykepleier, vil det kunne påvirke intervjuene, fordi jeg med min utdanning ser hele mennesket og ikke kun diagnosen rusmiddelavhengighet. Til daglig arbeider jeg med mennesker med rusmiddelavhengighet, det tenker jeg det kan bidra til større forståelse for kvinnene. Samtidig som jeg ikke dømmer

deres tidligere handlinger, fordi jeg har erfaringer med å arbeide med mennesker som strever med ulike dilemmaer.

3.2 Utvalg

I tråd med Giorgi, ønsker jeg ikke å forske på kun et enkelt individ. Giorgi begrunner det med at han tilhører en tradisjon hvor flere individ inngår i grunnforskningen. Det vil si at man er interessert i hvordan *fenomenet* oppleves, og ikke så mye hvordan det enkelte individet opplever fenomenet (Giorgi, 2006, s. 318). Derfor ønsker jeg i utgangspunktet å intervjuvju åtte eller flere informanter.

Det ble opprettet kontakt med 16 ulike brukerorganisasjoner på Sørlandet, for å rekruttere informanter. De ulike brukerorganisasjonene la frem prosjektet mitt for aktuelle deltakere. Via brukerorganisasjonene stilte jeg kriterier til deltakelse. Det var ønskelig at informantene var rusfrie under intervju. I tillegg til tidligere gjennomgått rusbehandling, opplevd tilbakefall og erfaringer med traumer. Disse kriteriene ble vektlagt, da jeg kommuniserte med brukerorganisasjonene. Likevel var det ingen garanti for at informantene var rusfrie da jeg møtte dem eller hvor lang tid det var gått etter utskrivelse fra rusbehandling.

Utvalget hadde mulighet til å lese igjennom informasjonsskrivet i forkant, og dermed ta en beslutning i deltakelse av studien. Brukerorganisasjonen fikk deretter mulighet til å utdele mobilnummeret mitt, hvis informantene ønsket å spør meg om studien i forkant av intervju. Etter godkjenning fra informantene ble telefonisk kontakt benyttet for å avtale tid for intervju.

Det var ni informanter som kunne tenke seg å delta i studien. Fem av dem valgte å trekke seg fra studien, dette i forkant av intervju. Informantene oppga at de valgte å trekke seg på grunn av skam og at de strevde med psykiske utfordringer. Brukerorganisasjonen informerte meg at to av dem hadde omfattende tilbakefall, og at det derfor ikke var aktuelt med deltakelse i studien. I desember 2023 besluttet jeg i samråd med min hovedveileder å avslutte intervjuperioden, for å få nok tid til analyseprosessen og ferdigstille oppgaven.

Totalt omfatter denne studien fire informanter. Alle er kvinner med rusmiddelavhengighet som har erfaringer med opplevelser av tilbakefall og traumer. Da intervjuene fant sted hadde kvinnene vært rusfrie i 5, 7 og 14 år. Ei betegner seg som rusfri, men forteller om daglig bruk

av et rusmiddel. Kvinnen omtaler det som medisin, noe hun er i behov av. Bortsett fra dette rusmiddelet, forteller hun om rusfrihet uten tilbakefall gjennom 10 år. Intervjuene ble gjennomført i oktober og november 2023.

3.3 Ethiske overveielser

I forhold til etiske overveielser er kvinner med rusmiddelavhengighet en sårbar gruppe. Vi hadde ingen relasjon fra tidligere, derfor måtte jeg forsøke å bygge litt tillitt mellom oss før selve intervjuet startet og båndopptakeren ble slått på. Jeg ønsket ikke å intervju på egen arbeidsplass, av hensyn til pasientene, fordi det kunne oppstått en maktforskjell og pasientene kunne følt seg presset til å måtte delta. Jeg har heller ikke kontaktet tidligere pasienter fra min arbeidsplass, for å rekruttere til studien.

Før intervjuene startet fikk alle informantene informasjonsskriv og de ga sitt skriftlige samtykke til å delta i studien. Det inneholdt blant annet tilstrekkelig informasjon om formålet med studien (Thagaard, 2018, s. 22-23). Det foreligger godkjenning fra SIKT (400528) og FEK (RITM0233198), noe både informantene og brukerorganisasjonene ble opplyst om. En av informantene ønsket å lese igjennom transkripsjonen fra intervjuet og fikk utlevert dette. Hun ga ingen tilbakemeldinger på noe som måtte endres, men synes det var interessant å lese igjennom. I etterkant av intervjuene fikk informantene tilbud om debrifing. Andre hadde behov for en samtale noen dager etter intervjuene fant sted. Det var derfor gunstig at informantene hadde telefonnummeret mitt, slik at de kunne ta kontakt. Ved behov kunne informantene også få ytterligere støtte fra tilhørende brukerorganisasjon, noe de ble opplyst om.

3.4 Transkripsjon under deskriptiv fenomenologisk metode

Giorgi vektlegger den deskriptive fenomenologiske metoden. Da han først praktiserte og underviste i denne metoden, endret han ikke et eneste ord av informantenes beskrivelser. Han eksemplifiserer dette ved bruk av «jeg». Hver gang en informant benyttet «jeg» ble det ordrett beholdt i dataene (Giorgi, 2006, s. 307). Men etter å ha brukt metoden en stund og undervist, innså han at det var bedre å bytte «jeg» med et tredjepersonsuttrykk, som i dette tilfellet ville vært «informanten». Ved å gjøre denne endringen hindrer det forskeren i å projisere informanten, eller forskeren selv inn i den beskrevne hendelsen. Endringen blir mer presis,

slik forskeren etterlever den, og følelsen informanten erfarte blir ikke forvrenget, metoden blir dermed mer pålitelig (Giorgi, 2006, s. 307). I transkripsjonene skrev jeg ordrett det informanten sa, foruten at jeg anonymiserte steder og personnavn. Jeg synes det var viktig for den psykologiske tolkningen å inkludere pauser og gjentakelser, noe som også øker validiteten av informantenes beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212). Da jeg delte transkripsjonene inn i betydningsenheter ble informanten som var beskrevet som «jeg» byttet ut med «I.» for informant. Det synes jeg var vanskelig å jobbe med og jeg mistet konteksten ettersom bokstaven «i» også ble benyttet i analysearbeidet, jeg erfarte at de sklei inn i hverandre og jeg mistet tråden. Deretter ble det kun operert med «I.» i åpningssetningen i toppen av kolonnen, nedover i kolonnen ble informanten referert til som «hun». Noe som bidro til at det ble mer lettleseleg. Etter noen dagers arbeid på denne måten, ble det igjen byttet og jeg landet på å referere til informanten som «hun». Det ble med en gang mye mer oppklarende og ikke minst ble det tydeligere visuelt.

En annen endring Giorgi foretok i hans metode dreier seg om å gjenta bestanddeler. I starten fjernet han gjentakende bestanddeler, men innså at det kunne ha en psykologisk betydning, om ikke en filosofisk betydning. Her knyttes det ulike kriterier i psykologisk essens og i filosofisk essens, fordi de ikke er enslydende (Giorgi, 2006, s. 307). For min del har jeg valgt å beholde gjentakende bestanddeler fordi det har gjort essensen av informantenes beskrivelse tydeligere.

4.0 Deskriptiv fenomenologisk analyse

Analysemetoden jeg anvender tar utgangspunkt i en deskriptiv fenomenologisk tilnærming, som innebærer å forstå og beskrive meninger i temaene som kommer frem i intervjuene (Sundler et al., 2019, s. 735). Et eksempel på analysen vises i tabell 1, nedenfor i dette kapitlet.

Når jeg som forsker skal analysere data fra en fenomenologisk psykologisk reduksjon, må jeg være åpent til stede for ulike uttrykk som kommer frem (Giorgi, 2006, s. 309). Før jeg begynte la jeg derfor til side mine tidligere antagelser og forforståelser av fenomenet, ved bruk av flere teknikker. Først brukte jeg en pusteteknikk, for å forsøke å legge fra meg mine tidligere erfaringer med mennesker med rusmiddelavhengighet fra jobbsammenheng. Videre forsøkte jeg å konsentrere meg om akkurat den unike beskrivelsen jeg hadde framfor meg,

slik at jeg ikke ble farget av tidligere erfaringer underveis. I tillegg leste jeg stykkene sammen med min hovedveileder. På den måten ble informantens perspektiv og betydning av fenomenet tilbakefall synlig.

Hvis jeg som forsker utfører en fenomenologisk reduksjon riktig, vil skjevheter bli borte. Noe som innebærer at den fenomenologiske holdningen bare taler til måten fenomenet fremtrer for den som opplever det. Med andre ord vet jeg allerede på forhånd at hendelsen kan være annerledes enn hvordan den blir fortalt (Giorgi, 2006, s. 310). Å ta et intersubjektivt perspektiv inngår i den fenomenologiske holdningen. Det er vanskelig å analysere data delvis, metoden er langvarig og krevende. Derfor kan analysen kun gjenskapes av hovedforskeren (Giorgi, 2006, s. 310). Fenomenologiske studier kan ikke testes av «dommere», men ved replikasjoner. Likevel påstås det ikke at fenomenologer ikke kan ta feil, akkurat som andre mennesker. Den fenomenologiske holdningen, metoden og tilliten til subjektet, gir ikke samme mistenksomhet i fenomenologisk forskning (Giorgi, 2006, s. 310). Gyldigheten av en fenomenologisk beskrivelse omhandler det fenomenologiske nikket. Forhåpentligvis vil andre kvinner med tilbakefall kunne kjenne seg igjen. De kan enten anerkjenne en liknende erfaring eller tenke at det kunne hendt dem (Dowling, 2007, s. 133). De vil dermed kunne «nikke» gjenkjennelig.

Før jeg setter i gang med analysen er det derfor viktig å innta den fenomenologiske holdningen, som er beskrevet ovenfor. Det første steget i analysen innebærer at jeg lytter til hvert båndopptak, deretter leser jeg gjennom transkripsjonen i sin helhet to ganger, for hver informant. Ved å lese igjennom beskrivelsene på en slik måte, danner jeg meg et helhetsinntrykk, slik at jeg får følelsen av helheten. Jeg kan ikke gå videre i analysedelen før jeg har forstått hvordan datamaterialet er (Giorgi, 2012, s. 5).

I del to leser jeg beskrivelsene på nytt igjen. Hver gang jeg oppdager en meningsovergang preger det selve beskrivelsen. Meningsovergangene kommenteres underveis i teksten, slik blir det synlig hvordan problemstillingen blir belyst. Delene som beskrivelsene blir delt inn i kalles for betydningsenheter, men de har ikke noen teoretisk vekt. Ulike forskere vil vanligvis dele inn ulike betydningsenheter (Giorgi, 2012, s. 5). For eksempel vil jeg gjøre det ulikt fra hvordan en annen student ville delt inn betydningsenheter. Der informanten eksplisitt beskriver tilbakefall, markeres teksten i egen farge. Videre markeres informantens beskrivelser av hvordan traumer hadde innvirkning på tilbakefall og hva rusmidler gjorde med

informanten i etterkant, i andre farger. Når datamaterialet var inndelt i ulike farger, var det ryddigere å utforme betydningsenheter. Det var til stor hjelp å notere mine umiddelbare refleksjoner underveis.

Giorgi utviklet meningsfortetting i analysearbeidet. Meningsfortetting innebærer å gjengi setninger med færre ord, samtidig som man inkluderer den umiddelbare meningen (Kvale & Brinkman, 2015, s. 232). Det kan oppleves som overveldende å skulle analysere flere titalls sider med datamateriale. Ved å dele datamaterialet inn i betydningsenheter, eller meningsfortetting som Giorgi kaller det, bryter jeg ned datamaterialet i mer håndterbare deler (Englander & Morley, 2023, s. 34). Å dvele ved informantenes beskrivelser kan gi fyldigere beskrivelser. Som regel er det mer å hente enn det informantene selv formidler, i prosessen med å få fatt på betydningen av opplevelsen tilbakefall (Kristiansen, 2022, s. 77).

Analyseprosessens tredje trinn er selve kjernen i metoden. I denne delen omvandler jeg dataene som er uttrykt som mer avslørende for den psykologiske betydningen av det informanten fortalte. Det informanten eksplisitt sa om fenomenet skal videre studeres (Giorgi, 2012, s. 5-6). I det tredje trinnet oppdaget jeg hva Kristiansen mente med å dvele med informantenes beskrivelser. Det var en tidkrevende prosess, samtidig som det var interessant, fordi jeg stadig oppdaget noe nytt i den psykologiske tolkningen. Underveis i analyseprosessen går jeg flere runder med meg selv og reflekterer over hvordan jeg skal gjøre det. I begynnelsen er det forvirrende hvordan jeg ønsker å dele opp kolonnene i en tabell. I første omgang deler jeg inn i tre kolonner: 1. datamaterialet. 2. meningsenhet. 3. psykologisk tolkning. Det oppleves som nyttig å ha datamaterialet anonymisert foran meg, når jeg skal formulere meningsenheter. For å ikke miste verdifull data hjelper det meg også når jeg skal foreta den psykologiske tolkningen. Etter hvert gir det mening å legge til en 4. kolonne, og i noen tilfeller 5 kolonner. Dette er en krevende og ikke minst tidsmessig krevende prosess. Jeg er nødt til å ta noen pauser underveis for å fordøye innholdet og tenke over hvordan jeg skal foreta det neste steget.

Det fjerde trinnet handler om psykologiske og direkte følsomme uttrykk. Disse uttrykkene blir studert og ved en fantasifull vending dannes det essensielle strukturer av opplevelsen. I det femte og siste trinnet i analyseprosessen benyttes de essensielle strukturene til å tolke og avklare rådataene i forskningen (Giorgi, 2012, s. 6). Etter gjennomgang av alle informantenes beskrivelser, ønsker jeg å endre strukturen igjen. Dette fordi jeg ser det hensiktsmessig å dele 3. kolonne og 4. kolonne tydeligere. Derfor blir 3. kolonne omgjort til informantenes

refleksjoner og bedømmelse av handlingen i fortid, mens 4. kolonne omhandler refleksjoner og bedømmelser i nåtiden.

4.1 Tabell 1

Gjennom analysedelen har det som beskrevet ovenfor, hjulpet meg å organisere teksten i kolonner. I tillegg blir dataanalysen jeg har utført transparent og derfor åpen for kritikk av andre fenomenologer (Englander & Morley, 2023, s. 35). Tabellen nedenfor, tabell 1, er et eksempel fra mitt analysearbeid. Under tabellen forklarer jeg i tekstform hvordan jeg har tenkt.

Datamateriale	Meningsenhet	Psykologisk tolkning	Psykologisk refleksjon fortid	Psykologisk refleksjon nåtid
Ja, det er ett av de. Egentlig et av de mindre betydningsfulle. For da hadde jeg bare meg. Altså da var det bare meg som skulle. Eller i mitt hode da så var det bare meg, men jeg hadde jo mamma og pappa, foreldre, familie og alt dette. Men. Men det var jo ikke mitt fokus. Så i mitt egoistiske hode så er det jo bare meg som eksisterer . Ikke sant. Du tenker ikke på at. Åja, jeg må kanskje gå hjem til mamma og de å si hei. Men det første, jeg bare: jeg skal rett hjem å ruse meg.	Hun betegner dette som et av de mindre betydningsfulle tilbakefallene. Dette skyldes hennes opplevelse av at kun hun eksisterte i hennes livsverden, selv om hun var omgitt av familie som brydde seg om henne. Hun erfarer å være målrettet mot neste rusinntak.	Fengselsoppholdet ga henne et <i>ufrivillig avbrudd</i> fra rusmidler. Derfor var det <i>naturlig å fortsette</i> der hun slapp.	I hennes tanker er rusen <i>altoppslugende</i> . Det gir henne et <i>tunnelsyn</i> . Hun opplever derfor at rusmidlene er <i>mer verdt</i> enn andre menneskelige relasjoner. Hun er selvsentrert i form av at hun er <i>russentrert</i> . <i>Lengselen</i> etter rusen kontrollerer hennes livsverden.	Det er tydelig at hun <i>ser ned på seg selv</i> når hun bedømmer seg som «egoist». Det kan tenkes at hun i ettertid <i>føler seg dum</i> og i dag forstår at det var et dumt valg hvor hun kun tenkte på seg selv og ikke familien?

Den første kolonnen er informantens beskrivelse som kom frem i intervjuet, teksten er anonymisert og transkribert ordrett. Teksten som er markert i fet skrift synliggjør essensen jeg har trukket ut etter gjennomlesning. Deretter har jeg omformulert datamaterialet i kolonne to og kalt den meningsenhet med søkelys på essensen i datamaterialet fra 1. kolonne. Den midterste kolonnen tar for seg den psykologiske tolkningen av essensen, det som er betydningsfull å utforske nærmere. I tolkningen trekkes fengselsoppholdet frem som et ufrivillig avbrudd, og er markert i kursiv. Hun har ikke selv valgt å slutte med rusmidler, derav ufrivillig, i fengselet er det ikke tilgang på rusmidler og hun fikk derfor et avbrudd i rusbruken. Kolonne 3 har jeg kalt «psykologisk refleksjon fortid» her lever jeg meg inn i hvordan det oppleves å erfare tilbakefallet i tiden det fant sted. Sentrale elementer er markert i kursiv. Mens det i 4. kolonne, «psykologisk refleksjon nåtid», reflekteres over hennes syn på tilbakefallet i dag, som rusfri, også her er de sentrale elementene markert i kursiv. Dette synliggjør hvordan jeg har utarbeidet tabellene i analysen av mitt datamateriale, for deretter å trekke ut funn.

4.2 Utvikling av essensene

Ved å bruke deskriptiv fenomenologisk metode forsøker jeg å forstå informantenes følelser, tanker og adferd (Dalland, 2012, s. 58). Når jeg leste igjennom analysetabellene forsøkte jeg å forstå de essensielle strukturene, og lekte med fantasien (Giorgi, 2012, s. 6). Ved å leke med essensene gjennom å tilføye eller fjerne elementer av essensen bygger jeg bro mellom den filosofiske og den psykologiske betydningen (Giorgi, 2005, s. 212). For å belyse hvordan jeg gjennomførte dette, trekker jeg frem bestanddelen venting. Jeg forsøkte å tilføye noe til ventingen, som bidro til at soningen ble forlenget. Ville ventingen da opplevdes som «lengre enn bare noen måneder», ville det opplevdes uutholdelig eller ville de erfart tilbakefall i fengselet? Omhandler ventingen kun rus? Eller venter de på opplevelsen av frihet? Hvis elementet venting derimot fjernes, og ventingen er forbeholdt fengselet, ville de da ruset seg kontinuerlig og ikke opplevd tilbakefall? Hvis de venter på å ruse seg, forsvinner da gleden? Eller ville det ført til en opplevelse av depresjon eller likegyldighet? Kanskje ville følelser som glede oppstått? Hvis de ikke hadde måtte vente og ikke fått et ufrivillig opphold, kunne det redusert faren for overdose eller ukritisk rusing?

Ved å dvele med informantenes beskrivelser på denne måten, mens jeg hadde analysetabellene foran meg kom jeg frem til følgende essenser: russentrering, venting, savn,

fortjene noe, kontroll, skam. Her er det viktig for meg å presisere at dette ikke er ment som dømmende ovenfor informantene, tvert om er det et forsøk på å gi mening til det informantene har fortalt meg i et innenfra perspektiv. Det styrker forholdet til å finne essenser, samtidig som det holdes nære empirien.

5.0 Resultater

Resultatene har søkelys på problemstillingen min: «Hvordan oppleves tilbakefall for kvinner med rusmiddelavhengighet og hvilken betydning har traumer inn i dette?» Studien baserer seg på fire kvinner med en lengre tidsperiode med opphold fra rusmidler. De hadde tidligere opplevelser av tilbakefall underveis, i forbindelse med å etablere en tilværelse uten bruk av rusmidler. Sentrale elementer i analysen var russentrert, venting, savn, fortjene noe, kontroll og skam. Resultatene presenteres med egne underoverskrifter. Direkte sitat blir fremstilt i kursiv for å fremheve sitatene tydelig i teksten.

Russentrert er et begrep jeg har valgt å anvende i samarbeid med hovedveileder. Bakgrunnen for valget av begrepet er at jeg ikke vil være fordømmende ovenfor informantene mine, men velger heller å beskrive tenkemåten deres, at fokuset og tankene er rettet mot rusen. I analysen viser «russentrert» seg å være et passende begrep for å beskrive informantene i et fenomenologisk innenfra perspektiv. Begrepet rommer også alt annet informantene opplever, som ikke bare ser ut til å være farget av rusen, men handler om og dreier seg om rusen, derav «sentrert».

5.1 Beskrivelser av tilbakefall

Innledningsvis ønsker jeg å starte med hvordan kvinnene viser til tilbakefall, uten å eksplisitt benytte benevnelsen tilbakefall. Informantene beskriver tilbakefall ved å uttrykke det slik: «Bare å få trøkket i meg et eller annet», «rett at skauen igjen», «da var jeg back on track igjen» og «på kjøret igjen».

Rusbehandling med samboeren ... i et halvt år. Fikk tatt tak i mye dritt fra før i tiden, økonomi og gjeld og noen samtaler om ting og tang. Men det var jo bare sånn seks måneders opphold der. Også gikk det rett at skauen igjen.

Ellers benytter de seg av både sprekk og tilbakefall i sine beskrivelser, og opplever en definisjonsforskjell mellom disse begrepene. Et tilbakefall foregår over en lengre tidsperiode, da opplever man å ikke komme ut av russpiralen. Noe som fører til tap av kontroll, i situasjonen man befinner seg i. Mens en glipp eller sprekk derimot skyldes et inntak eller en dose rusmidler. En glipp anses som mindre alvorlig, fordi det er en enkelthendelse. Da en av kvinnene sprakk på amfetamin, hadde hun et behov for å teste det. Hensikten var å konstatere for seg selv at hun var ferdig med rusen. Da hun oppholdt seg med andre som ruset seg, ble hun fristet til å prøve. Likevel ble det aldri et ordentlig tilbakefall, siden det bare var ett inntak og rusen ga henne «*ingenting*». Erfaringen var fin, og hun kunne legge rusen fra seg for godt.

Det er sentralt å inkludere funn som omhandler hvordan kvinnene beskriver tilbakefall fordi det gir oss en fenomenologisk forståelse av hvordan de selv beskriver, opplever og erfarer fenomenet. I tillegg synliggjør det at det faktisk oppleves som et tilbakefall, selv om andre ord blir vektlagt, fordi det er slik det fremstår i deres livsverden.

5.2 Russentrert

Felles for alle kvinnene var russentrertheten, noe som ble analysens hovedfunn, med grunnlag i at dette var gjennomgående i samtlige av kvinnenenes opplevelser av tilbakefall.

Her er det viktig å skille selvsentrert fra russentrert. Fordi kvinnene kunne godt virke selvsentrerte, men ved nærmere analyse viste det seg at de også la rusen foran ivaretakelsen av seg selv. Altså er de snarere russentrerte, enn selvsentrerte. Selv bedømmer de seg som «egoistiske», ettersom det verken vies tid, tanker eller oppmerksomhet på menneskene rundt dem.

Ett av tilbakefallene. Egentlig et av de mindre betydningsfulle. For da hadde jeg bare meg. Altså da var det bare meg som skulle. Eller i mitt hode da så var det bare meg, men jeg hadde jo mamma og pappa, foreldre, familie og alt dette. Men det var jo ikke mitt fokus. Så i mitt egoistiske hode så er det jo bare meg som eksisterer. Ikke sant. Du tenker ikke på at. Åja, jeg må kanskje gå hjem til mamma og de å si hei. Men det første, jeg bare: jeg skal rett hjem å ruse meg.

I sitatet beskriver kvinnen russentrertheten ved løslatelse fra fengsel. Hun forteller eksplisitt at det første og eneste hun tenker på er å komme hjem til rusen, det er felles blant kvinnene. Med en gang de finner en åpning, er den første tanken at de skal ruse seg, og alt annet rundt dem bortprioriteres. I kvinnenens livsverden opplever de at kun de «eksisterer», ingen andre. Mennesker rundt, som bryr seg om dem og er glade i dem får ikke plass i kvinnenens liv. Familie, kjæreste, barn og venner er ikke i kvinnenens søkelys, fordi rusen skygger over. Tanker om rus kan etter hvert forstås som et tunnelsyn: «*Altså det var om og gjør å komme meg ut, sånn at jeg kunne få begynt å ruse meg igjen.*»

Russentrertheten er også kjennetegnet ved en lengsel etter rus, og gjør seg gjeldende når kvinnene blant annet erfarer avbrudd fra rusen og, i situasjoner der de blir frarøvet muligheten til å ruse seg. Det vil si at de ikke selv valgte å slutte med rusbruken. Lengselen viser seg når kvinnene opplever ufrivillige avbrudd i fengsel eller tvangsinnleggelse for rusbehandling. Når de plasseres i overnevnte institusjoner mot deres egen vilje oppstår tanker om rusbruken. Dette til tross for at de ikke ruser seg aktivt, men tanken og lengselen etter rus er fortsatt gjeldende ved at den russentrerte tenkemåten kommer frem, når de beskriver hvordan tilbakefall oppleves.

*Men det var jo ikke lenge. Det var bare noen måneder i fengselet. Og det første jeg gjorde når jeg kom ut det var å ruse meg. Det var bare *høy smattelyd*. Ikke gikk jeg til kjæresten min, ikke gikk jeg til familien, jeg gikk rett hen der jeg visste det var noen rusmidler.*

Hvordan denne russentreringen foregår trer frem i kvinnenens livsverden av ulike opplevelser av tilbakefall. Rusen er den eneste tanken, de blir helt oppslukt i å få tak i rus og å innta rus. Hele tankemønsteret blir endret til å omhandle rus og dermed blir andre verdier i livet som de egentlig opplever som vesentlige, nedprioritert. Deler av livet som ikke omhandlet rus, fikk altså mye mindre og noen ganger ingen oppmerksomhet. Som vist under, er denne russentrertheten det mest sentrale i både opplevelsen av å innta rus, å være avholden og i tilbakefall. Resten av analysen er derfor en analyse av del-elementer av denne russentrertheten: Venting, savn, fortjene noe, kontroll og skam.

5.3 Opplevelse av venting

Kvinnene beskriver hvordan de venter på å kunne ruse seg i fengsel, rusbehandling og gjennom svangerskap. Ventingen er sentral for opplevelsen, men viser seg i ulike former.

Kvinnene sammenlikner fengsel med tvang. I fengselet er det en fysisk tvang, som tvinger dem til å vente, ettersom de er plassert der mot sin egen vilje. Tilgjengeligheten hindrer dem i form av at er omgitt av høye murer, låste dører og fengselsbetjenter. Under fengselsoppholdene opplevde kvinnene russentrertheten. Hele deres væren var rettet mot rusen, da de opplevde å vente. Trangen forsvant aldri, men var på en nødvendig pause. Rusen står i veien for alt annet som er viktig, derfor overser de alt annet.

Det var jo planlagt det at jeg skulle gå til ei venninne og ho skulle ha klart til meg. Det var bare helt sånn. Det var helt klart! Samme dag. Samme time nesten, faktisk. Jeg har hele tiden sagt at i fengselet der har jeg ingen intensjon om å slutte å ruse meg.

Sitatet viser hvordan rusingen fortsatte rett etterpå. Selv om det er en objektiv pause, i form av noen måneder, har de ikke selv opplevelsen av å ha «sluttet». De har bare hatt en tvungen pause, herav opplevelsen av å vente. Andre strever med ensomhet, noe som gjør at de venter på å kunne ruse seg ved løslatende. For enkelte har ensomheten ført til nye tilbakefall etter hvert fengselsopphold.

Når man kommer seg ut porten så føler man seg veldig alene. I hvert fall hvis du ikke har noen, eller ikke har noe familie som henter deg eller ett eller annet. Og det har ikke jeg. Jeg har ingen familie, igjen. Så en føler seg veldig ensom og veldig sånn der åja, nå sto jeg med bagen. Også tenker jeg, jaja. Men det ligger en smell og venter på meg.

Ensomheten gjør vondt, men som vi ser her trenger hun ikke reflektere over den lengre, fordi hun vet at det «ligger en smell og venter». I fenomenologien kan det forstås som at rusen er som en «venn», altså at «en smell» erfares som en venn som venter på henne.

I likhet med kvinnenens opplevelse av venting i fengsel beskriver en annen informant hvordan hun erfarte venting da hun hadde vært i rusbehandling. Under rusbehandlingen var hun ikke tvunget til å vente på samme måten som kvinnene i fengselet, men et tilbakefall til rus under behandling kunne forårsaket en utskrivelse. Ønsket om rusfrihet fremstår som fraværende,

mens hun er i behandling. Det fraværende ønsket er tydelig når hun oppgir at hun sprakk, som i en bisetning, som en naturlig greie: «*Så kom jeg jo over på den subutexen da, også gadd jeg ikke mer. Så sprakk jeg igjen*». Å være i rusbehandling ble ansett som kjedelig, fordi de erfarte lite selvutvikling. Beskrivelsen av kjedsomhet er enda en beskrivelse av å vente, og bare se klokken slå.

Til og med svangerskap ble nevnt som en form for «ufrivillig» venting. Under svangerskapet opplever de seg tvunget til å ikke ruse seg, en normativ tvang. De opplever at de absolutt ikke bør ruse seg, dermed opplever de å vente under svangerskapet: «*Så når jeg da fødte han i august, så tror jeg det gikk en måned før jeg prøvde igjen*». Tilbakefallet blir synlig, når kvinnen forteller at hun «prøvde igjen».

I tillegg viser ventingen seg også etter kvinnene har fått barn. Til tross for at de var blitt mødre, levde de i den samme russentrerte livsverdenen, barna hindret dem ikke fra å avstå fra rusbruken: «*Bare å få lagt den ungen også kunne jeg gå ut og. Ikke sant. Det var på det der – passer dere han bare. Altså jeg bare overløt han til andre mennesker*». Når andre kunne ta seg av barna trengte de ikke lengre vente på å kunne ruse seg. En utfordring det kan være vanskelig å mestre uten rus, derfor opplever de mange ganger å vente på å kunne ruse seg.

Fenomenet tilbakefall, inntreffer i kvinnenenes opplevelse av å vente på å ruse seg.

Russentrertheten kommer frem som en erfaring av å være fysisk eller normativt tvunget til å vente på rusen.

5.4 Opplevelse av savn

Opplevelsen savn står tett inntil kvinnenenes opplevelse av tilbakefall. Informantene beskriver opplevelsen av savn i forbindelse med å savne rusen, hvordan rusen demper vonde følelser og livsstilen med en rusmiddelavhengighet.

Opplevelsen av savn gir lengsel til rusen etter et lengre fravær.

Jeg hadde det ikke så godt de årene som jeg var rusfri. Det var ikke så gode år ... Og da hadde jeg ... Da følte jeg at amfetamin, som egentlig er det eneste som jeg bruker ... Var det jeg trengte For å komme på plass i hodet, fordi at jeg har mest sannsynlig ADHD.

I sitatet beskrives det at hun ikke hadde det godt med seg selv som rusfri, noe som gjorde at hun savnet ruseffekten. Savnet til rus gjorde at kvinnene kjente et sterkere og sterkere behov for å dempe ubehaget for å få det bedre psykisk. Lengselen etter å få det bedre psykisk gjorde at de savnet rusen. Uten amfetamin opplevde de å ha mistet en viktig del av seg selv. Savnet bygget seg opp over flere uker, måneder og år, til slutt fikk de lyst til å ruse seg. Savnet gjorde at de trengte rusen for å få en time-out, en avstand fra de vonde følelsene.

Opplevelsen av savn gjør at kvinnene føler seg fristet av rusen. Når de opplever savnet, erfarer de å trøste seg med rusen. Når savnet blir for stort overstyrer det tankene og handlingene. En av informantene forteller om sin opplevelse ved å ha tilgang på rusmidler, der hun unnskylder seg med at hun aldri klarte å kaste rusmidlene. Ved å ha denne tilgangen, opplevdes det faktisk som forebyggende, fordi det minsket savnet. Det opplevdes som en trøst å vite at det var innen nær rekkevidde. Samtidig trigget tilgjengeligheten henne og gjorde at hun savnet følelsen amfetaminet ga: *«Da hadde jeg funnet noe amfetamin og det var mye stoff da som jeg aldri klarte å kaste. Til slutt så falt jeg for fristelsen. Også satt jeg meg en, for jeg injiserte jo.»* Begrepet «falt for fristelsen» kan handle om en opplevelse av en kamp med fristelsen, og at hun til slutt ga etter for den. Det å falle for fristelsen og ta handlingen, kan være en kompleks opplevelse. Opplevelsen av savn knyttes også til livsstilen som innebærer å være russentrert:

Også blir jeg så ufattelig tiltrukket av miljøet. Og den der telefonen, og at folk kommer på besøk, også kommer de på natta og hele det der miljøet. Og det å gå ut og gjør, knekke opp boder og og og, i containere og hele det der gnoma livet. Ikke sant.

I sitatet beskrives savnet, når hun er rusfri. Savnet av tilhørighet og lengselen etter å oppleve spenning sammen med likesinnede – at telefonen ringer til alle døgnetts tider og at folk oppsøker henne midt på natten, hele det «*gnoma livet*» hun betegner det som, savnet hun. Da hun ruste seg aktivt, hadde hun en kjærlighet til denne livsstilen. Opplevelsen av savnet og sorgen over å ha mistet denne livsstilen, og kicket av å gjøre innbrudd og bryte opp containere førte henne inn i mørket.

Kvinnene beskriver at de opplever savn til forskjellige elementer av rusen, mens de ikke ruser seg og før de opplever et tilbakefall. Savnet omhandler både opplevelsen av rusen, livsstilen rundt rusen, samt å være i det velkjente og ikke skumle livet. Det innebærer mangelen på smerte og en lengsel etter å ha det bedre psykisk. Selv om forskjellige rusmidler gir

forskjellige opplevelser og har ulike funksjoner for kvinnene, er savnet av disse felles. Det er en av måtene kvinnene opplever å være russentrerte, også når de ikke ruser seg aktivt. Selv i fraværet er rusen til stede som et savn.

5.5 Opplevelse av å fortjene noe

Fenomenet tilbakefall kommer til kjenne når kvinnene med rusmiddelavhengighet opplever å fortjene noe. Opplevelsen oppstår når kvinnene opplever positive følelser som glede. Andre ganger oppstår opplevelsen når de føler seg slitne, har manglende energi og synes synd på seg selv.

Noen ganger oppsto opplevelsen av å fortjene noe, da kvinnene opplevde å være glade og hadde en grunn til å feire. Det hendte når kvinnene opplevde noe stort i livet, som ga glede. Positive følelser ble overveldende og vanskelig å håndtere uten rus, fordi de følte de fortjente det.

*Etter tre år fikk jeg omsorgen tilbake igjen, så fikk jeg fanken meg
sønnen min hjem igjen. Så da skulle jeg bare feire litt, for da var jeg jo i
mål. Så da var det å reise på festival. Og da skulle jeg bare ta litte grann.
Og litte grann det var altså å droppe et par dropp med amfetamin i bilen,
på vei inn til Oslo.*

Som vi ser i sitatet boblet kvinnen over av glede og opplevde at hun måtte «feire litt».

Opplevelsen av å fortjene noe styrte henne i retning mot rusen til tross for at hun hadde fått sønnen tilbake, fordi hun hadde vært rusfri i tre år.

Andre ganger opplever kvinnene å fortjene noe, når de opplever å være energiløse. Som alenemødre beskriver informantene sin livsverden som en evig kamp, med manglende energi. De synes synd på seg selv og det kan forstås som at de havner i en rusboble: «Jeg må jo få lov til det, jeg er jo så sliten og alenemor og. Han hadde jo ikke noe kontakt med noe far. Så nei, da var det liksom bare litte grann også skulle jeg gjør det sånn.» Ved å si at hun «skulle gjør det sånn» er hun tydelig på at det var nødvendig, noe hun måtte gjøre. De klarer ikke motstå, når de er slitne, mangler energi og kroppen skriker etter rus. Mødrene opplever de må fungere godt, for å kunne ivareta barna sine. Samtidig som de opplever at de er nødt til å ruse seg, for å ha nok energi til å være gode mødre. Mødrene opplever de fortjener det, ettersom de strever

med alt alene som eneforsørgere. Rusingen fortsatte ettersom de hadde dårlig samvittighet over å ikke ta ordentlig vare på barna sine. Den dårlige samvittigheten er også en årsak til å ruse seg, i tillegg til at det er synd å ikke ha nok energi til å ivareta barna. Kvinnene beskriver at de bruker mye energi for å unngå å ruse seg, hvilket også var en del av grunnen til at de hadde lav energi og trengte rusen. Min tolkning av analysen, kan forstå det som et hamsterhjul som spant.

Kvinnenes beskrivelse av tilbakefall i form av å fortjene noe, innebærer både negative og positive følelser. De opplever å fortjene rusen, når de blir overveldet av gode følelser og når de er langt nede og synes synd på selv, fordi de er slitne og energiløse. Felles er deres russentrerte måte å håndtere opp- og nedturer på, de opplever dermed å fortjene rusen. Deres intensjonalitet er rettet mot rusen, ikke mot seg selv eller barna, men mot rusen. Erfaringene i etterkant er ulike basert på om det gjenspeiles i negative eller positive følelser. Gjennom negative følelser oppleves rusen som en nødvendighet, og ved positive følelser oppleves det som en belønning med rus.

5.6 Opplevelse av kontroll

Funn viser at kvinnene med rusmiddelavhengighet beskriver tilbakefall knyttet til opplevelsen av kontroll. De erfarer kontroll i starten av tilbakefallet og beskriver hvordan de etter hvert oppdaget at de mistet kontrollen. Mens andre derimot beskriver hvordan de opplever å ha kontroll, når de ruser seg.

Flere av kvinnene beskriver en redsel for å miste kontrollen. Ved rusfrihet frykter de at rusen skal overta kontrollen, noe som fører til utrygghet.

Og når jeg hadde gjort de tingene som jeg hadde satt meg som mål. Så sa jeg til ho ruskonsulenten min, nå har jeg et seriøst problem. Nå er jeg tom for mål. Jeg får jo helt angst. Det er noe med det, for da har du hatt så progresjon, også er det den derre`: Når går ting til helvete nå? Når går det skikkelig på trynet? For nå skjer det noe snart. Så jeg har gått med den, nå skjer det NOE i fem år. Nå rakner det. Nå raser det på en eller annen måte. Men det gjør jo ikke det. Men den derre` følelsen på det, hele tiden. Usikkerheten. Nå går ting til helsikke!

I sitatet beskrives en redsel, ettersom hun ikke var «på vei mot noe» lengre. Det kan også forstås som katastrofetanker. Tidligere hadde hun ulike delmål å strekke seg etter, nå var det fortvilende å være «tom for mål». Det er fortsatt uvant å mestre livet uten å ty til rusmidler. Hun stoler ikke nok på seg selv og er redd hun kommer til å feile. Lediggangen oppleves som skummel. Hun er redd for seg selv, både for sin egen helse, men også for at hun selv skal være den som ødelegger helsen. Hun er både et offer og en trussel. Den tidligere russentrerte atferden må erstattes av noe kraftfullt, som kan sentrere hennes livsverden. Frykten for å feile er fortsatt til stede, til tross for bistand fra hjelpeapparatet. Redselen for at rusen skal ta over kontrollen er skremmende.

Flere strevde med tankekjør og negative følelser, derfor ble de «drevet» av å gjenvinne kontroll. Ved å oppleve «kicket», som ga positive følelser, erfarte de å kunne få kontroll ved å ruse seg.

Når man ruser seg, så er det jo noe, følelser. Eller ting som du ikke klarer å håndtere, det er noe du skal døyve. Så jeg var liksom drevet av det. Og dette gir jo, altså amfetamin gir jo et kick. Så jeg var jo sånn drevet av det da.

Nødvendigheten av å gjenvinne kontroll, fordi de opplevde en smertefull fortvilelse uten rusmidler: «Ååååårrrh! Det bare klarte jeg ikke». I starten av tilbakefallet opplevde de å ha kontroll. Da ruset de seg en gang i uken og skjulte amfetaminet blant annet ved å putte det i teen. Ettersom rusingen fortsatte, mistet de etter hvert også kontrollen. Da kvinnene opplevde kontrolltap kjente de på skam og skyld. Hele deres væren var rettet mot å opprettholde kontrollen i kraft av å holde viktige andre på avstand, sånn som foreldre og andre. Det var nødvendig å manipulere og skyve dem vekk, ved å: «trykke på alle sånne stygge knapper». I ettertid innrømmer de at de oppførte seg forferdelig, men de var nødt til å søke sympati for å opprettholde kontrollen for seg selv. De unnskyldte seg med at de var slitne og at det var kjempesynd på dem. Andre opplevde derimot å beholde kontrollen ved tilbakefall, og mente at rusen ga dem kontroll. De erfarte livsverdenen som fastlåst uten rusmidler og det eneste som kunne hjelpe var ruseffekten:

Da får jeg ro. Det er på en måte som hodet mitt faller på plass. Hvis du kan tenke deg et hode som en sånn ledningsting, så er det masse sånn strøm som går hele tiden. Også av og til så kræsjer noen. Og andre folk de klarer å kjøre forbi kræsjen. Men jeg gjør ikke det. Jeg blir bare

stående der i den kræsjen, og bare ikke komme noen vei. Når jeg tar amfetamin, så kjører jeg forbi. Også klarer jeg å konsentrere meg, snakke med folk, mye av angsten forsvinner og depresjonen.

I sitatet beskrives hvordan ruseffekten gjør at «*hodet faller på plass*», det gir en indre ro. Tanken på et tilbakefall innebar også ambivalens for kvinnene som hadde omsorg for barn. Det opplevdes som en indre kamp mot seg selv, samtidig som de engstet seg for å miste barneomsorgen. Informantene mente likevel at lysten kontrollerte behovet for rusmidler og de opplevde at ruseffekten ga dem kontroll. «*Det er mye bedre å være ute å ruse seg, for da er det mye greiere å klare seg.*» Hun opplever «å kunne» ruse seg. Ruseffekten gir dermed en opplevelse av kontroll.

Rusinntak oppleves som kontroll, når kvinnene selvmedisinerer seg. De trenger ingen legeekspert, fordi de vet selv hva som fungerer og har kontroll på egen helse. De opplevde å kunne arbeide, når de var selvmedisinert. På den måten anså de seg selv som «*fungerende*», og de mestret å jobbe. Tidligere i livet har de aldri «*fungert*» verken i hverdagen, på skolen eller i jobb, ved å ruse seg opplevde de å «*fungere*». I jobben hjalp de andre mennesker som strevde med rusmiddelavhengighet. De ønsket å ruse seg for å ha det «*gøy*» og for å kunne «*fungere*».

Jeg kommer hjem, jeg kommer hjem. Det er så kjent alt sammen, også er det så trygt. Det blir som hvis du har løpt i skogen eller når det er mørkt. Alt er skummelt. Også kommer du inn døren og låser, også er det greit. Ja. Den der. Det er den beste følelsen. For jeg får veldig angst hvis jeg ikke har i meg noe. Da er alt skummelt og liksom. Ja, det er ikke noe ubehagelig.

Som vi ser i sitatet, er rusen velkjent og trygg. Opplevelsen av kontroll og trygghet er tett knyttet sammen. Kvinnen som har vokst opp med rus forklarer: «*det er det jeg kan*». Rusen skaper trygghet, den beskytter og setter lokk på vanskelige følelser. Angsten og redselen forsvinner når hun er ruspåvirket. Amfetamin som selvmedisinering er en del av hennes identitet og personlighet. Hun trenger amfetamin for å kunne være seg selv, slik hun ønsker å fremstå.

Andre derimot opplever kontroll, ved å unngå rusmidler. Trening bidrar til å forhindre tilbakefall og opprettholder kontrollen. Kontrollen opprettholdes ved å oppleve seg forpliktet

til å møte på avtalte treninger og «gatefotballen». Det skaper tilhørighet og gir en opplevelse av et trygt og «*godt samhold*».

Det som jeg har vært i og stått i, så er trening det som har blitt min redning da, som har gjort at jeg har klart å stå igjennom da. For sånn jeg tenker og føler da, så er det sånn – jeg tror ikke jeg hadde overlevd hvis ikke jeg hadde trent så mye som jeg har gjort. For det liksom klarer opp hodet ditt. Det gjør deg sterk fysisk, ikke sant. Du tar på en måte vare på deg selv. Så ja. Trening er jo veldig, veldig viktig.

Trening gir henne en opplevelse av å klare noe, som igjen skaper mestringsfølelse. Hun mestrer å ha kontroll på seg selv, og derfor klarer hun å unngå rusen. Videre i sitatet beskrives en opplevelse av kamp, ettersom hun har «trent for å overleve». Det oppsto en indre kamp i hennes livsverden, mellom seg selv og rusen. Trening «gir klart hode», det fjerner tåken, selve tankekjøret slipper taket. Ved å trene opplever hun fysisk styrke, hun erfarer «å kunne». Gjennom fysisk aktivitet opplever hun å ta vare på seg selv. I sitatet over beskriver kvinnen *hvordan* hun benytter trening for å hindre tilbakefall. En annen informant beskriver *hvorfor* hun unngår rusmidler, for å opprettholde kontrollen for seg selv:

Fordi jeg er litt kontrollfreak, liker ikke å miste kontrollen. Jeg drikker jo ikke alkohol heller. For jeg takler ikke den der. Når jeg kjenner at ting sviver, så blir jeg dårlig. Rett og slett. Jeg bare spyr også må jeg bare gå ... Så det ligger nok noe litt dypere, enn hva jeg klarer å kanskje se selv. Fordi at det blir så voldsomt også hver gang jeg blir redd for noe så spyr jeg. Alltid. Kaster opp. Men det er sånn typisk traume greie. Og jeg vet jo at jeg har mange traumer.

I sitatet beskriver kvinnen at hun «ikke liker å miste kontrollen». Hun bedømmer seg som en «kontrollfreak», og unngår rusmidler for å beskytte seg selv. Slik ivaretar hun kontrollen og tar avstand til rusmidler.

Felles er at de forholder seg til opplevelsen av kontroll på ulikt vis. De kjemper for å ha kontroll over seg selv, for å unngå rus, men også ved bruk av rus. Det handler om å ha kontroll over sitt rusbruk, noe de erfarte i starten. Da roet den indre kampen seg og de erfarte selv å ha makten. Men da rusen overtok makten erfarte de kontrolltap og skam, dermed mistet de også kontrollen over seg selv. Andre opplevde å gjenvinne kontrollen, fordi ruseffekten

gjorde at de fikk kontroll på seg selv. Dette til tross for at de strevde med ambivalens og en indre kamp.

5.7 Opplevelse av skam

Et annet sentralt funn i analysen var opplevelsen av skam. Kvinnene opplevde at skammen viste seg i rusen, men også som følge av å ha ruset seg. Dermed skammet de seg over at de hadde inntatt rusmidler.

Som kvinne erfarer de at det er mer skambelagt å ruse seg. De beskriver at det oppstår mer stigmatisering rundt dem, til forskjell fra menn og rus. Samtidig som de erfarer å få slengbemerkinger, bli utestengt fra arbeidslivet og nabolag. Det oppleves som sårende. Ekstra sårende oppleves det når kvinnene ikke bedømmer sitt eget utseende som preget av rusinntak.

Det er mye skam vett' du, mye skam. Mye mer enn hos en mann. En mann han drakk litt eller ruste seg litt. Altså hos oss er det mer sånn du skal være mor, kone og alt mulig. De ruser seg ikke. Så du får den stigmatiseringen med en gang, og det gjør jo ofte at tilbakefallet blir mer traumatisk, enn hva kanskje vanlige menn ville fått.

I sitatet meddeles en ærlig og levd erfaring om hennes opplevelse av tilbakefall som kvinne. Informanten er tydelig på at det er mer skamfullt blant kvinner å ruse seg. Hun har erfaring med hvordan det kjennes på kroppen å bli stemplet av andre. Kvinnene blir såret og lei seg, når andre gjør dem til syndebukker. Samtidig er det plagsomt at medborgere forskjellsbehandler ut fra kjønn.

Som rusfrie anser kvinnene rusing som en kortsiktig løsning på å døyve vanskelige følelser eller situasjoner. De skammer seg over å ha valgt rusen som en utvei. Når livet stormer kan de likevel flykte inn i tanken på rus, for å få en pause, slik de tidligere har gjort så mange ganger. Samtidig som de er tydelige på at de er ferdige med rus: «*Jeg ville heller dødd enn å rust meg. Jeg er liksom ferdig med rus.*»

Vi skal nå se nærmere på en av kvinnenes vonde beskrivelse av skam og rus. Hun beskriver hvordan russet overskygget kjærligheten til sønnen, da hun sprakk på amfetamin. Alvoret forsto hun først etterpå, da hun fikk blikkontakt med sønnen. Etter hun hadde satt nåla i armen og rusen spredte seg i kroppen. Her er det interessant å se hvordan hun reflekterer i fortid og

nåtid. Fortiden trekker henne tilbake i situasjonen, da hendelsen forløp. Sekundene hun hadde blikkontakt med sønnen ruspåvirket, husker hun svært godt. Allerede da forsto hun at det var feil å ruse seg, og hun fikk dårlig samvittighet. Tilbakefallet opplevdes som forferdelig, preget av skam og ydmykelse. Når hun reflekterer i etterkant er hun tydelig på at sønnen aldri skulle ha opplevd henne ruset. Samtidig er hun glad for erfaringen, ettersom det ble et tydelig «vendepunkt», hun utdyper og betegner det som en «livredning». Erfaringen gjorde at hun lovet seg selv og sønnen at hun aldri skulle ruse seg igjen. Som beskrevet tidligere er det skamfullt å ikke kunne være den moren de vil, fordi de trenger rusen for å kunne være den moren.

Opplevelsen av skam beskriver kvinnene som en vond og sårbar erfaring. Skammen er ikke bare fremtredende i forkant av rusen, men preger dem også i stor grad etterpå. Opplevelsen av skam trer frem i livsverdenen som en ond sirkel, der skam og dårlig samvittighet tvinnes sammen. Samtidig opplever kvinnene det som skamfullt at andre medborgere dømmer deres utseende, uten å kjenne dem personlig. Det blir altså skam uansett, fordi de opplever skam da de jevnlig brukte rusmidler, ved tilbakefall og i ettertid når de ser tilbake på hendelser hvor de brukte rusmidler.

5.8 Traumer og ROP-lidelser

Kvinnene i denne studien opplever ikke at traumer bidrar til utvikling av tilbakefall. Men de har erfart at traumer kan ha betydning i tilbakefall for andre. Videre beskriver de at det varierer hvor langt man er kommet i prosessen, og dermed hvor mye mostand man makter å stå imot. Selv erfarer de at det ikke kunne falt dem inn å begynne med rusmidler igjen: «*Det er ingen negative opplevelser eller hendelser som kan få meg inn i den*».

På bakgrunn av tankekjør, nedsatt konsentrasjon og manglende impuls kontroll mente noen de hadde ADHD. Gjennom samtalerapi ble det avdekket at de hadde PTSD. De forstår at traumene påvirker konsentrasjonen og hukommelsen negativt. Gjennom mange år med rusing har de opplevd mye fælt. Det gir derfor mening at de har pådratt seg mange traumer som har satt seg i kroppen og fortsatt preger dem. I traumebehandling forsto hun hvordan traumet som barn hadde påvirket henne som voksen:

Å da fikk jeg liksom løsnet opp i at jeg var misbrukt som barn.

Psykologen sa ting som gjorde at jeg løsnet, at ting løsnet av seg selv. Så

jeg fant ut av traumet mitt, at jeg var misbrukt som barn, og at jeg var sur og ville hevne meg på han mannen som gjorde det og han døde og jeg fikk ikke gjort noe med det ... Så har jeg vært i noen voldelige forhold opp igjennom. Men det traumet fra barndommen, det har egentlig bare flyttet seg over i nye hendelser.

Kvinnene har opplevd fysiske og seksuelle overgrep. Noen erfarte det som barn, mens andre også opplevde det som voksne. Når de reflekterer over det, anser de seg som sårbare og kan i noen tilfeller oppleve at de har fremstått som «lette offer for menn», og dermed blitt utnyttet. Noe som kan skyldes voldelige kjæresteforhold. Enkelte har derfor valgt å leve uten partner, mens andre fortsatt befinner seg i turbulente og voldelige partnerforhold. For noen hindrer traumeproblematikken nye tilbakefall, og de tar totalt avstand fra rusmidler. Alkohol har noen akseptert og «tatt et oppgjør med». De er påpasselige med når alkohol nytes og med hvem, det skjer kun når de er i trygge omgivelser, har overskudd og opplever trivsel.

Barndomstraumer påvirker innledning og opprettholdelse av menneskelige relasjoner. Kvinnene opplever at traumer har preget tilknytningen til andre mennesker. Gjentatte relasjonsbrudd som barn har gjort det vanskelig å utvikle tillitt hos andre mennesker som voksen. Repeterende hendelser av svik har gitt næring til traumene. Ei beskriver en evig ond spiral hvor hun opplever det som «supertraumatisk å bli kroppsvisitert av politiet», noe som minner henne om tidligere overgrep og hun får flashbacks.

Flere oppgir psykiatriske lidelser i tillegg til rusmiddelavhengighet. De strever blant annet med angst og depresjon som rusfrie. Ei beskriver hvilke psykiatriske lidelser hun ble utredet for under fengselsopphold:

Utredning for alt egentlig. Sånn i forhold til en ufør søknad Så da fikk jeg PTSD klassisk og kompleks. Også fikk jeg kronisk depresjon. Og borderline. Det var en til ... ADHD eller FAS. Ja, den er tentativ. Det er fordi de vet ikke helt. Og jeg har ikke villet gå videre med det. Det er de samme symptomene som. Jeg tenker ... Betyr det noe, om det er det eller det? Men det er nok en kombinasjon tenker jeg. Av begge to ... For min mor er jo rusavhengig. Og det var min far også.

I senere tid har hun tenkt mye på om hun skal fullføre utredningen og har fortsatt et håp om å få bekreftet ADHD, slik at hun kan få ordentlig medisin og slipper jaget etter amfetamin.

Kvinnene gjenkjenner traumer som en mulighet for tilbakefall og viser til sårbarhet og hvor man befinner seg i tilfriskningsprosessen. Likevel opplever de ikke selv traumene som noen direkte faktorer for tilbakefall. Men de opplever utryggheten og behovet for å ha kontroll. Opplevelsene av en generell utrygghet kvinnene erfarer viser seg ved at de hele tiden søker mot tryggheten og anstrenger seg for å ha kontroll over eget livet.

6.0 Drøfting

I dette kapitlet drøfter jeg problemstillingen: «*hvordan oppleves tilbakefall for kvinner med rusmiddelavhengighet og hvilken betydning har traumer inn i dette?*» i lys av teori og forskning. De tre første underkapitlene tar i hovedsak for seg første del av problemstillingen, mens siste kapittel «traumers betydning» retter større søkelys på siste delen av problemstillingen. Informantene i denne oppgaven refereres til som enten «kvinner» eller «kvinnene». Siden jeg er opptatt av å forstå fenomenet i lys av kvinners opplevelser er det ikke relevant å henvise til en enkelt person, samtidig som det bidrar til å anonymisere informantene i større grad.

6.1 Fenomenet tilbakefall

I flere tilfeller refererer kvinnene til fenomenet tilbakefall uten å benytte benevnelsen tilbakefall, eksempelvis gjennom uttrykkene: «*rett at skauen igjen*» og «*back on track*». Hvordan kvinnene uttrykker det, er deres hverdagslige måte å snakke om tilbakefall på. Derfor tenker jeg at tilbakefall gjerne kan være et helsesystembegrep. Slik Kristiansen (2022, s. 64) påpeker, at mennesker overtar begreper fra helsesystemet, som kan skjule elementer av erfaringer. Dermed skygger begrepene over hva kvinnene har erfart. Noe jeg forsøker å peke på her ved å fremheve russentrert fremfor negative handlinger.

Mørland og Waal (2016, s. 20) sin definisjon på rusmiddelavhengighet, som er nevnt før, omhandler at mennesker gjentar negative handlinger. Mens det sentrale hos kvinnene med rusmiddelavhengighet er at rusmiddelavhengigheten gjør at hele livet omhandler rus, fordi de er russentrerte. Dette fører til at kvinnene ikke alltid opplever selv å handle imot sitt eget beste, selv om de kan gjenkjenne å ha handlet imot sitt eget beste ved et tilbakeblikk. Dette er en viktig forskjell, fordi Mørland og Waal (2016, s. 20) beskriver rusmiddelavhengighet og tilbakefall i et utenfra perspektiv, som retter søkelyset på å alltid handle imot sitt eget beste. Mens jeg har forsøkt å beskrive kvinnenens perspektiv innenfra, da er rusen alltid i sentrum.

Det Mørland og Waal (2016, s. 20) påpeker er ikke nødvendigvis galt. Grunnen til dette er fordi kvinnene kan vedkjenne det samme i et utenfra perspektiv, når de vender blikket tilbake. Forskjellen innebærer hva som er det mest sentrale å forstå, hva tilbakefall og avhengighet omhandler, altså handlingen imot sitt eget beste eller russentrertheten. Mens den ene forståelsen kan rettes mot behandling, som forebyggende mot rus. Slik at kvinnene forstår seg selv i et utenfra perspektiv og forstår konsekvensene av sine handlinger. Dermed kan de gjenkjenne at de er på vei til å handle imot sitt eget beste. På den andre siden byr den andre forståelsen av at kvinnene aldri kan la være å tenke på rusen og derfor trenger noe annet å sentrere livet sitt rundt. Mens den fenomenologiske forståelsen viser oss hvordan vi kan sette oss inn i kvinnes situasjon, så fremhever Mørland og Waal (2016, s. 20) at kvinnene egentlig gjør noe dumt, som de bør endre.

I forlengelsen av å forstå tilbakefall, kan vi se nærmere på hvordan sprekk også anses som en form for tilbakefall. Moe et al. (2022, s. 744) sier at en sprekk innebærer ett inntak av rusmidler. I likhet med kvinnene erfarer de en definisjonsforskjell mellom sprekk og tilbakefall. Kvinnene erfarer en sprekk hvis de ruser seg én dag eller inntar én rusmiddeldose. Men det hender også at kvinnene erfarer en sprekk den første dagen de ruser seg, etter et opphold. Derfor tenker jeg at en sprekk erfares, når de fortsatt opplever kontroll og ikke erfarer handlingen som et skikkelig nederlag, eller et alvorlig tilbakefall. Moe et al. (2022, s. 744) introduserer oss også for benevnelsen utglidning, mens kvinnene introduserer «*glipp*», i sammenheng med sprekk. Så selv om kvinnene refererer til en sprekk, viser det seg altså som en form for et tilbakefall. Med andre ord forstår jeg det som at sprekk ofte oppleves som mindre belastende, selv om det i andre tilfeller fører til et langvarig tilbakefall med flere negative følger.

Videre utdyper Mørland og Waal (2016, s. 132) at tilbakefall knyttes til en avholdsorientert behandling, som tilsier at menneskene slutter å bruke rusmidler. Hvis man derimot vender tilbake til å bruke rusmidler etter en periode med avholdenhet, oppstår tilbakefall (Moe et al., 2022, s. 743). Men til forskjell fra den avholdsorienterte definisjonen, refererer kvinnene til tilbakefall ved inntak av rusmidler etter en kortere eller lengre pause. Pause er et viktig begrep kvinnene benytter, når de beskriver tilbakefall. I likhet med hvordan de knytter tilbakefall til opplevelsen av å vente. Da venter de mens de har en pause eller et opphold fra rusbruken. Forouzan et al. (2021, s. 526) beskriver at til tross for at rusmiddelinntak fører til negative konsekvenser, opplever mennesker med rusmiddelavhengighet en tvang til å ruse seg. På en annen side opplever ikke kvinnene det som en negativ handling, fordi de ikke opplever rusen

som et problem. Hvis livet i fengsel dreier seg om å vente på å kunne ruse seg, fremstår det ikke som en negativ handling eller noe som fører til negative sanksjoner. Til tross for at de soner fengselsstraff grunnet situasjoner de har kommet opp i, grunnet aktiv rusbruk.

Med andre ord har ikke kvinnene bestemt seg for å slutte med rusmidler. Eksempelvis når de beskriver opplevelsen av tilbakefall etter rusbehandling og fengselsopphold. Forskjellen på Moe et al. (2022, s. 743) og Mørland og Waal (2016, s. 132) handler altså om en avholdenhet fra rusmidler, hvor man tenker målet er rusfrihet og å ha sluttet med rusmidler, mens kvinnene ikke har satt seg dette målet, de har bare et opphold i rusbruken og forbinder det derfor ikke med noe negativt.

Viktigheten av at kvinnene faktisk har satt seg mål om rusfrihet blir også fremhevet i Fekjær, når han sier det bare er aktuelt å skulle redusere faren for tilbakefall hvis menneskene ønsker å endre rusvanene (Fekjær, 2011, s. 257). Siden kvinnene fremstår som russentrerte, og opplever å vente på å kunne ruse seg, oppfattes det etter min mening som lite relevant å skulle begrense deres rusvaner eller undervise om tilbakefallsforebygging. Det gjenspeiles i kvinnenes beskrivelser av at ikke hadde noen «*intensjon om å slutte med rusmidler*». Dermed erfarer de å måtte vente for å kunne fortsette der de slapp, i forkant av fengselssoning og rusbehandling. I likhet med studien til Mahira et al. (2013, s. 2) som assosierer tilbakefall med fengselsopphold.

Samtidig må vi også huske at motivasjon om rusfrihet ofte er ambivalent, og vi kan derfor ikke anta at det er et permanent valg (Fekjær, 2011, s. 257). Russentreringen kvinnene erfarer kan gjøre det vanskelig å opprettholde motivasjonen til å skulle slutte, en grunn til dette kan være fordi de hele tiden aktivt forholder seg til rus, til tross for lengre perioder med opphold fra rusbruken. Sett i lys av diagnosen rusmiddelavhengighet forklares handlingsmønsteret til kvinnene som en kronisk sykdom i hjernen (Rieke, 2014, s. 42). Mens fenomenologien forklarer det annerledes, fordi vi forstår det i lys av den menneskelige bevisstheten, i den menneskelige verdenen (Giorgi, 2012, s. 9-10). Innenfor fenomenologien er det derfor ikke enkelt å si at mennesker er sine hjerner, selv om hjernen er sentral for våre opplevelser, så er ikke hjernen våre opplevelser, men hele personen med deres kropp, handlinger og hvor man befinner seg i verden. Sagt på en annen måte, så er ikke kvinnene sin avhengighet, men når de er russentrerte omhandler hele deres tanker, handlinger og holdninger om å få tak i rusmidler. Derfor erfares det som oftest ikke som negativt å velge rusen. Når kvinnene derimot forsøker å slutte med rusmidler, kan de oppleve rusen som negativ, fordi de blir ambivalente i forhold

til avgjørelsen om rusfrihet. Mørland og Waal (2016, s. 20) forsøker å fjerne ambivalensen ved å sette søkelys på at rusmiddelinntak alltid er negativt. Mens dette tydeligvis ikke fungerer etter sin hensikt for kvinnene. Fordi de er russentrerte hele tiden, så trenger de kun korte perioder, hvor rusen ikke fremstår som negativt for at tilbakefall oppstår. Det betyr at problemet for kvinnene i hovedsak handler om hvor russentrerte de er. Dermed blir Mørland og Waal sin taktikk alltid risikofylt (Mørland & Waal, 2016, s. 20). Fordi selv om de for det meste er overbeviste om det Mørland og Waal sier, så kan de noen ganger falle ut av denne logikken og inn i at rusen er bra for dem. Og siden de er russentrerte hele tiden, så øker sannsynligheten for slike vekslinger. Noe forskning også viser, fordi det er mye tilbakefall. Å finne behandlingsmetoder som kan imøtekommer kvinnenes erfaringer med russentrert bedre, kan være et alternativ til å imøtekomme dette.

Tilbakefall oppleves forskjellig fra teoriens utenfra perspektiv og kvinnenes innenfra perspektiv, som fenomenologien har hjulpet oss å belyse. I et utenfra perspektiv forbindes tilbakefall med å ha sluttet med rusmidler, mens det gjennom kvinnenes perspektiv oppleves som at de til tider venter på å begynne igjen. Opplevelsen av en pause, er dermed ikke det samme som å ha sluttet. For selv om kvinnene kan motiveres til rusfrihet, viser det seg at denne motivasjonen kan være vanskelig å holde fast ved, når kvinnene hele tiden forholder seg til rusen ved at de er i aktiv rus, venter på rusen eller er rusfrie.

6.2 Forskjellen blant kvinner og menn

I dette kapitlet skal vi undersøke hvordan kvinnene opplever tilbakefall sammenliknet med menn. Vi skal se på sammenhengen med hvorfor det er få kvinner som gjennomgår rusbehandling og hvordan kvinnene opplever bruk av rusmidler i motsetning til hvordan de opplever menn håndterer barneansvar.

Som nevnt er mye forskning basert på menn og det mangler forskning på hva som skiller kvinner og menn med rusmiddelavhengighet (Lossius, 2021, s. 33). I tillegg viser studien til Greenfield et al. (2010, s. 342) at færre kvinner søker seg til rusbehandling, sammenliknet med menn. Funn i denne studien viser at kvinnene opplever mer skam og stigmatisering, enn hos menn, derfor krever det også mer for kvinnene å innrømme avhengighet til rusmidler. Selv om de har vært i rusbehandling, er det utfordrende å jobbe med avhengigheten fordi de opplever mye stigmatisering rundt rusbruken. Rusbehandling oppleves som skummel, fordi de er redde for å bli dømt for sine handlinger og tidligere erfaringer med nederlag. Noe som i et

utenfra perspektiv kan forstås som at det er utfordrende for kvinnene å be om hjelp. Mens andre ganger hindrer russentreringen ønske om hjelp og hensikten med behandling oppleves som fraværende. Fordi de ikke ønsker hjelp til å slutte med rusmidler, men heller ønsker å flytte inn i rusen. Likevel hender det at kvinnene som er i behandling, til tross for at de er russentrerte, forventes av andre at de oppsøker hjelp. I de tilfellene har barnevernet eller familien presset dem til å gjennomgå behandling. Mens årsaken til at få kvinner gjennomgår behandling som Greenfield et al. (2010, s. 342) sikter til, kan ses i lys av kvinnenes opplevelse av skam. Fordi kvinnene opplever tilbakefall og rusmiddelavhengigheten som skamfull, og dette utvikler seg til en ond spiral ved at de skammer seg over å ruse seg, men de ruser seg likevel. Skammen er resultatet, både i fravær av rusen, men også ved inntak av rusmidler. Kvinnene erfarer at det er mindre skam blant menn, på grunn av ulike roller. De mener at samfunnet setter en forventning til at kvinner ikke skal ruse seg, fordi det forventes at de skal være gode hustruer og ivareta barna i familien. Hvis kvinnene skal leve opp til slike bestemte roller sømmer det seg ikke å ruse seg. Derfor opplever kvinnene at de blir mer stigmatisert i samfunnet, både av naboer og i jobbsammenheng. På den måten opplever kvinnene mye mer skam i forbindelse med rusinntak, og erfarer at det ikke er like mye stigmatisering rundt menn som ruser seg.

Kvinnene erfarer at de trenger rusen for å kunne fungere, også når de har fått barn er de avhengige av å fungere godt for å kunne ivareta barna. Greenfield et al. (2010, s. 342) fremhever at årsaken til at færre kvinner søker seg til behandling kan være fordi de har ansvar for barn. Sammenliknet med menn viser forskningen jeg har gjort at kvinnene ivaretar barna i større grad enn det fedrene gjør. Dette kan komplisere en innleggelse i rusbehandling, og spørsmål om hvem som skal ivareta barna kan gjøre valget om behandling krevende. Hvis far ruser seg og mor egentlig er i behov av behandling, kan det hende mor velger bort tilbudet om behandling. Barneansvar kan være årsaken til at kvinner kvier seg for å be om hjelp med sine rusutfordringer, eller at de er redd for å miste omsorgen for barna hvis barnevernet får greie på at omsorgspersonen ruser seg.

Fekjær (2011, s. 257) fremhever at motivasjon spiller en viktig rolle for rusfrihet. Videre påpeker han at endringen kan være ambivalent og at det ikke hadde vært grunn for behandling, hvis det heller ikke fantes ambivalens (Fekjær, 2011, s. 257). Selv om man i et utenfra perspektiv skulle tro at barneansvar økte motivasjon for rusfrihet, noe det også gjorde i enkelte tilfeller. Så viser mine resultater at barneansvar også kunne øke motivasjonen til rusmidler, fordi de opplever at rusen kunne hjelpe med å ta dette ansvaret. Kvinnene opplever

derfor at de kan ruse seg, fordi de synes synd på seg selv. På en annen side har de erfart å vente med å ruse seg til barna ble eldre. I lys av det oppgir kvinnene i likhet med Fekjær (2011, s. 257) at de erfarte ambivalens i forkant av tilbakefallene. Samtidig som de var klar over risikoen, at de kunne bli fratatt barneomsorgen. Noe som bidro til at de veide for og imot, om de turte å ruse seg.

Greenfield et al. (2010, s. 342) trekker også frem at sosialt stigma og økonomisk status, kan være årsaken til at få kvinner er i rusbehandling. Hvis kvinnene med rusmiddelavhengighet opplever rusinntak og tilbakefall som stigmatiserende og skamfullt, kan man forstå at kvinnene ser mørkt på en innleggelse eller poliklinisk oppfølging. Men resultatene mine viser ikke til at økonomi begrenser dem i å søke rusbehandling. I studien til Laudet et al. (2000, s. 324) viser det seg at anger, skyldfølelse og skam er knyttet til overgangen til rusfrihet. Men til forskjell til kvinnene jeg forsket på viser skammen seg også i forbindelse med rusmiddelinntak. Mens andre ganger, når kvinnene reflekterer over tilbakefallene i ettertid opplever de dårlig samvittighet. Da angrer de på rusinntak mens barna var til stede. Samtidig som det også kunne bli et «*vendepunkt*» og de forsto at det var feil å kombinere barneansvar, morsrollen og rusmidler. Men da handlingen utspilte seg var de sentrerte av tankene rundt rus og rusbruken, at de ikke klarte å tenke på at rusen kunne få så store konsekvenser for barna eller dem selv.

Dalsbø, Steiro og Høie (2009, s. 23) mener rusbehandling må ta høyde for kvinnes vanskeligheter. Sett i lys av det, hvis hjelpere møter kvinnene med en forståelse av at de opplever mye skam og stigmatisering rundt sin rusmiddelavhengighet og tidligere vonde erfaringer, tror jeg vi kan klare å hjelpe kvinnene bedre. Samtidig som vi kan få de til å føle seg mer verdt.

Årsaken til at færre kvinner enn menn mottar behandling og har diagnosen rusmiddelavhengighet kan gjenspeiles i ansvar for barn og opplevelsen av skam knyttet til tilbakefall og rusmidler. Blant utvalget i denne studien var det kvinnene som tok ansvar for barna, men det skal sies at det ikke alltid er slik, selv om det er en sterk tendens. Det kan derfor tenkes at færre kvinner enn menn med rusmiddelavhengighet tør å be om hjelp med rusutfordringer, fordi de er redd for stigmatisering.

6.3 Hvorfor de ruser seg?

Denne studien fremhever ulike opplevelser som er forbundet med tilbakefall, og det viser seg at kvinnene erfarer tilbakefall gjennom opplevelsene av å fortjene det, kontroll og savn. På bakgrunn av dette skal vi se nærmere på hvorfor kvinnene får tilbakefall og drøfte det i lys av teori og forskning.

Når kvinnene erfarer å være slitne og mangle energi opplever de å savne og fortjene rusen. Andre ganger opplever de et behov for å gjenvinne kontroll i sin situasjon, fordi alt oppleves som u håndterlig og vanskelig i den skumle verdenen. Forouzan et al. (2021, s. 528) beskriver at tilbakefall kan ha årsak i å skulle lindre ubehag eller for å oppnå nytelse. Til forskjell fra det, erfarer kvinnene tilbakefall når de er glade og skal feire noe, da opplever de å fortjene rusen. Derfor skyldes ikke tilbakefallet verken å dempe noe eller for nytelse, men gleden de opplever trekker dem i retning mot rusen. Det er fordi de er vant til å ty til rusmidler, både ved negative og positive følelser. I et utenfra perspektiv kan det virke rart å skulle ruse seg, når man har det fint, men for dem er det vanskelig å vite hvordan man skal håndtere glede uten rusmidler. Det viser hvor stor makt rusmidler har, og hvordan de stadig ledes inn i fristelsene til å oppsøke og innta rusmidler.

Press fra mennesker rundt, som inntar rusmidler anses som en risiko for tilbakefall (Larimer et al., 1999, s. 153). I noen tilfeller, når kvinnene har bestemt seg for rusfrihet og har mestret det i noen år, erfarer de ikke å bli presset til å ruse seg. Det er fordi de gjenkjenner det vonde livet og hva det førte med seg, derfor savner de det heller ikke. Videre beskriver de at når de ser noen som er «*skikkelig på trynet*» på gata er de glade for at det ikke er dem. Dessuten får det dem også til å tenke på hvor «*utpå*» de en gang var, og det blir derfor en påminner til å ikke gjøre seg selv så vondt igjen. Men før, da de ikke hadde tatt et oppgjør med seg selv om rusfrihet, erfarte de en tiltrekning til rusmiljøets fellesskap i det «*gnoma livet*». Da opplevde de et press til å ruse seg, når de var med og rundt andre mennesker som ruse seg og var ruspåvirket. For noen kvinner kan det fortsatt oppleves som vanskelig å motstå presset fra andre mennesker som ruser seg, selv om de har vært rusfrie gjennom flere år. Derfor opplever de at det er bedre å omgås mennesker som er nyktre, fordi de også trigges av konserter og festivaler hvor flere mennesker ruser seg. I likhet med hvordan Forouzan et al. (2021, s. 526) i sin studie beskriver hvordan ny eksponering av rusmidler kan føre til tilbakefall.

Men i motsetning til hvordan press oppleves for kvinnene, kan opplevelsen av savn ha bygget seg opp over lengre tid, når kvinnene opplever å fortjene rusen. I noen tilfeller gjennom noen

måneder, men også over flere år, parallelt med Melemis` teori. Melemis (2015, s. 325) mener tilbakefall foregår gjennom en gradvis prosess. Det vil si at begynnelsen på et tilbakefall oppstår gjennom opplevelsen savn, en god stund før selve rusmiddelinntaket foretas. I enkelte tilfeller erfarte kvinnene tilbakefall etter 8-10 år, det vil si at savnet trigget dem i større og større grad. Dette beskriver at rusen fortsatt er en stor del av kvinnes liv, selv om de er rusfrie. Savn er derfor en stor virkningskraft som gradvis trenger seg igjennom.

Et annet eksempel på hvordan tilbakefall bygger seg opp over tid, viser seg når kvinnene lettere håndterer savnet ved å oppbevare rusmidler i hjemmet. Samtidig som det innebærer en risiko, oppleves det som en trøst. Men etter hvert blir fristelsen for stor og de inntar rusmidlene. Det kan forklares med at tilgangen til rusmidler fører til en økt sårbarhet til foretrukket rusmiddel (Evjen et al., 2020, s. 82). Ved å ha rusmidler innen nær rekkevidde utsetter kvinnene seg for selvsabotasje. Forskjellen på savn og fristelse oppstår altså i prosessen mot tilbakefall. De oppbevarer rusmidler for å imøtekomme savnet, men denne løsningen blir også det nye problemet. For istedenfor å savne rusen, fristes de nå av rusen. Dermed trigger tilgjengeligheten dem i form av hvordan de blir fristet og handlingen viser hvor sårbare kvinnene er.

Særlig når kvinnene opplever å være slitne og mangle energi, oppstår opplevelsen av å savne og fortjene rusen. I Laudet et al. (2000, s. 324) sin studie beskrives hvordan fremtredende følelser som tristhet, sinne og ensomhet kan være vanskelig å håndtere som rusfri, fordi rusmidler tidligere har dekt over slike følelser. Kvinnene opplever derimot at rusmidler gir dem energi og at de lettere kan håndtere utfordringer i livet. Fordi de savner opplevelsen av å kunne håndtere livet sitt, som er forbundet med rusen. På en annen side erfarer de å fortjene rusen, når de anser seg som flinke. For eksempel når de har vært rusfrie noen måneder i behandling, da opplever de å kunne ruse seg fordi de fortjener rusen. Til forskjell fra Laudet et al. (2000, s. 324) beskriver altså ikke kvinnene at følelser som tristhet og sinne er grunn for tilbakefall. Men kvinnene erfarer at opplevelsen av savn og fortjene det trekker dem mot rusen, fordi de savner å være ruspåvirket.

Når kvinnene føler at de fortjener noe, er det en opplevelse som involverer både positive og negative følelser. Ifølge Marlatt og Gordons teorier om tilbakefallsforebygging, er disse følelsene tilknyttet høyrisikofaktorer for tilbakefall (Larimer et al., 1999, s. 153). Men når kvinnene opplever å fortjene noe, handler det tross alt om at de er verdt noe. Tilbakefall kan på dette vis også forstås som en måte å verdsette seg selv. I sammenheng med behandling betyr det at vi må finne noen andre goder enn rusmidler, når de opplever å fortjene noe.

Eksempelvis kan det være å dra på tur eller gjør noe annet hyggelig sammen, som ikke forbindes med rusmidler eller inntak av rusmidler.

Sett i lys av diagnosen rusmiddelavhengighet, blir evnen til å velge å ruse seg redusert, fordi lengselen etter å oppnå rusmiddelets funksjon erfares som en uimotståelig opplevelse eller kvinnene velger å ruse seg på grunn av abstinenssymptomer (Evjen et al., 2020, s. 80-81). Til forskjell fra å velge rusmidler grunnet abstinenssymptomer, beskriver kvinnene hvordan de trenger rusmidlene. I forlengelsen av savn, ha kontroll og fortjene rusmidler, lengter de etter å oppleve rusmidlenes funksjon. Men når de lengter kan det likevel fremstå som et uimotståelig valg i deres livsverden, ettersom det fører til tilbakefall. Sett i fenomenologiens innenfra perspektiv, beskrives det ikke som et valg, men snarere en nødvendighet. Behovet for å få kontroll i situasjonen og savnet etter å få det bedre psykisk blir ikke et valg, men noe som trengs. I likhet med Evjen et al. (2020, s. 80-81) blir det uimotståelig å motstå rusmidler.

Hvordan kvinnene opplever kontroll i sammenheng med tilbakefall oppleves forskjellig blant dem. Rusmidler viser seg å kunne gi kontrolltap, men kan også bidra til å skaffe seg kontroll. Tilbakefall erfares som å gjenvinne kontroll, fordi det gir er opplevelse av sikkerhet og trygghet, fordi det er så gjenkjennelig. Med andre ord har de ikke lengre mistet oversikten, men har kontroll på situasjonen. I andre sammenhenger fryktet kvinnene å miste kontrollen. Videre drøftes gjenvinning av kontroll i lys av teorien.

I motsetning til kvinnene som opplever tilbakefall som gjenvinning av kontroll, påstår Leshner og Volkow det motsatte. De mener rusmiddelavhengighet fører til kontrolltap ved tilbakefall (Rieke, 2014, s. 12). Det Leshner og Volkow viser til stemmer med kvinnes opplevelser av at de mister kontrollen over sitt rusmiddelinntak, og etter en stund får det store negative konsekvenser. I et utenfra perspektiv forstår også kvinnene at de har mistet kontrollen. Men i et innenfra perspektiv handler det om å få kontroll, eller kanskje spesielt trygghet, fordi kontrollen er viktig når tryggheten mangler. Derfor mener jeg at opplevelsen av å ikke ha kontroll gjør det ekstra utrygt, fordi fravær av kontroll, samtidig som man opplever å være utrygg, gjør det ekstra skummelt. Så selv om det er kontroll som fremstår som viktigst for kvinnene, og tapet av kontroll som er relevant for Leshner og Volkow, kan min tolkning her peke på at det er trygghet som er det viktigste elementet. Dette gir altså en annen forståelse av hva som er viktig i behandling.

Med tanke på behandling, må vi også huske at mennesker med rusmiddelavhengighet opplever en tvang til å innta rusmidler, til tross for negative konsekvenser som følger

(Forouzan et al., 2021, s. 526). Til forskjell erfarer imidlertid ikke kvinnene rusmiddelinntak som negativt. Snarere tvert imot, fordi rusmidlene gir en opplevelse av kontroll i deres situasjon.

I motsetning til hvordan det i Larsen et al. (2021, s. 1112) beskrives hvordan fravær av rusen sammenliknes med å miste en god venn. Erfarer kvinnene å ha mistet en del av seg selv uten rusmidler. Når de inntar rusmidler, opplever de kontroll og beskriver følelsen av å «komme hjem». Derfor er det nærliggende å tro at opplevelsen av kontrollen skaper trygghet i kvinnenens livsverden, i den ellers så skumle verdenen de vandrer rundt i.

6.4 Traumers betydning

Hittil har hovedtyngden i drøftingen fremhevet første del av problemstillingen: «Hvordan oppleves tilbakefall for kvinner med rusmiddelavhengighet?» Vi har vært innom de sentrale essensene som ble presentert som resultater i studien. Videre drøftes den andre delen av problemstillingen, nemlig: «Hvilken betydning har traumer inn i dette?»

Felles blant kvinnene jeg forsket på er deres erfaringer med traumer. I likhet med Farley et al. (2004, s. 9) sin studie, hvor utvalget hadde traumer, opplevde 95% tilbakefall. Selv om kvinnene har erfart traumer, trenger det ikke ha betydning for tilbakefall, slik som de selv også opplever det, men det kan være en utløsende faktor sett i et utenfra perspektiv.

Seeking Safety er en behandlingsmodell som benyttes hos mennesker med rusmiddelavhengighet og PTSD. Hensikten med en slik behandlingsmodell handler om å skape trygghet fra rusmidler. Samtidig som man søker trygghet fra tidligere farlige relasjoner som omfatter vold og rusvenner, så tar man avstand fra selvskadende adferd (Najavits, 2007, s. 144). Mennesker som selv har blitt påført skade og dermed erfart traumer, ender med å skade seg selv. Derfor har Seeking Safety som mål å frigjøre disse menneskene fra den negative adferden gjennom et følelsesmessig plan, ved å arbeide gjennom ulike temaer (Najavits, 2007, s. 144). Selv om kvinnene bekrefter både diagnosen rusmiddelavhengighet og PTSD, erfarer de ikke å handle negativt mot seg selv. Sett i lys av Seeking Safety opplever kvinnene i et innenfra perspektiv at de ikke handler negativt, når de inntar rusmidler. Det er fordi det for dem oppleves som å få kontroll, når de inntar rusmidler. I lys av Najavits (2007, s. 144) og tidligere drøfting viser det seg med andre ord at kvinnene egentlig søker trygghet, når de opplever at de trenger kontroll. I et utenfra perspektiv kan det derfor forstås som at

traumene kvinnene opplever fører dem mot rusen. Selv om kvinnene ikke opplever at traumene har betydning for utvikling av tilbakefall. Min tolkning peker derfor her på at kvinnene ikke synes å være bevisste på om det er en sammenheng mellom traumer og tilbakefall. Men i likhet med Najavits (2007, s. 144) sin artikkel som peker mot at kvinnene skader seg selv, kan det ses i sammenheng med kvinnenes erfaringer med voldelige partnerforhold. Hvis kvinnene ikke klarer å bryte ut av forholdet eller opplever at det skader dem i form av at det vekker vonde minner, kan det være utfordrende å skulle hjelpe kvinnene. Slik jeg forstår det, tror jeg flere av kvinnene kunne fått større utbytte av å gjennomgå de ulike bolkene i Seeking Safety. Da de brukte rusmidler jevnlig, kunne de kanskje fått større forståelse for hvordan traumene påvirket dem, og kanskje håndtert det annerledes. Selv om kvinnene nå opplever god rusmestring og ikke har hatt tilbakefall på flere år, kunne kanskje Seeking Safety vært av betydning tidligere i livet.

Laudet et al. (2000, s. 323) viser i sin studie til en forverring av psykisk helse ved samtidig rusmiddelinntak. På en annen side beskriver kvinnene i et innenfra perspektiv hvordan de opplever at rusen hjelper dem med å døyve negative følelser, når det oppleves som uhåndterlig uten rusmidler. Samtidig beskrives en skummel verden uten rus, men når de inntar rus oppleves det som «*den beste følelsen*», fordi de tar kontroll i situasjonen. Denne følelsen beskrives også som «*å komme hjem*». Til forskjell fra Laudet et al (2000, s. 323), beskrives ikke rusen som negativ påvirkning på den psykiske helsen, men de erfarer derimot at fravær fra rusen øker ensomhetsfølelsen. Derfor opplever de å vente, fordi ensomheten oppleves som mindre påtrengende gjennom ruspåvirkning. Mens i et utenfra perspektiv, når kvinnene reflekterer over hvordan de tydde til rus for noen år siden, før de hadde bestemt seg for rusfrihet, erfarte de at rusen hjalp. Mens i ettertid forstår de at demping av følelser gjennom rusinntak ikke er noen god ide, fordi det ikke fungerer i lengden. Dermed kan rusing på grunn av vonde følelser sett i et utenfra perspektiv anses som en dårlig unnskyld, som er lite bærekraftig over tid. Noe kvinnene også er enige i, etter flere år med rusfrihet og erfaringer de har opplevd, når de tenker tilbake på tilbakefallene.

I lys av Fattore et al. (2008, s. 55) sin studie kan psykiske lidelser oppmuntre til rusmiddelinntak. Men i motsetning til kvinnene opplever de ikke at traumelidelsene har betydning for tilbakefall. På en annen side beskriver kvinnene redsel, tankekjør og frykt som har gjort at de har måtte rømme vekk i rusmidler. Med tanke på at kvinnene flykter, når hverdagen blir uhåndterlig fremstår Fattore et al. (2008, s. 55) sitt argument som gjeldende i et utenfra perspektiv. Men i kvinnenes innenfra perspektiv oppleves det ikke som at

traumelidelsene spiller inn på tilbakefall. Videre mener Bjerke-Skar det er viktig å bearbeide traumer i rusbehandling, i tillegg til søkelys på god rusmestring (Bjerke-Skar, 2008, s. 23). Når kvinnene derimot ikke anerkjenner traumeproblematikken som det sentrale for behandling, hva har det da for seg å bearbeide traumer? Kvinnene opplever at traumebehandling ikke er nok alene til å ville være rusfri. På en annen side kan vi trekke inn studien til VanDeMark (2007, s. 8), som i sin forskning fant at noen opplevde betydningen av å forstå sammenhengen av tidligere traumer og overgrep, mens andre opplevde det som svært smertefullt. I lys av det, kan min tolkning trekkes mot at traumebehandlingen ble for overveldende hvis de opplevde høyere symptomtrykk og de ikke maktet å forstå hva traumene faktisk gjorde med dem. Eller at de var så russentrerte at de ikke opplevde det som hensiktsmessig, når fokuset var å flykte inn i ruseventyret. Altså erfarer ikke kvinnene at traumene de har erfart, har betydning for utvikling av tilbakefall.

Likevel opplever kvinnene vanskeligheter i form av angst og depresjon. I den forbindelse kan det tenkes at kvinnene fortrenger traumene og det vonde som har skjedd ved å undertrykke følelsene (Stensvehagen, 2022, s. 54). Traumer kan forklares som at bruddstykker av hendelsene fortsetter å plage dem i ettertid (Warholm, 2020, s. 325). Dermed kan kvinner som har erfart traumer beskytte seg ved å ta avstand til følelsene sine (Stensvehagen, 2022, s. 54), fordi lyder, bilder eller lukter kan trigges og skape utrygghet (Warholm, 2020, s. 325). Slik vi var inne på tidligere i drøftingen, når kvinnene opplevde at de måtte gjenopprette kontrollen i livet. Med tanke på det, kan symptomer på depresjon og angst som kvinnene opplever komme til uttrykk, når de opplever at de må ta kontroll på situasjonen og innta rusmidler fordi de egentlig føler seg utrygge. Denne utryggheten kan derfor forstås gjennom kvinnenes opplevelser av symptomer på angst og depresjon.

Kvinnene jeg forsker på opplever ikke at traumene har direkte påvirkning for tilbakefall. På en annen side er det tydelige at kvinnene opplever mye utrygghet og redsel, som kommer til uttrykk gjennom de ulike opplevelsene og følelsene av å måtte beskyttes fra det skumle. Sagt på en annen måte kan det tenkes at kvinnene egentlig opplever at traumer har betydning for tilbakefall, men ikke alltid klarer å trekke en linje mellom tidligere vonde erfaringer og faktorer for tilbakefall.

7.0 Svakheter og styrker av studien

Studien startet med et utgangspunkt i åtte eller flere informanter. Det ble opprettet kontakt med 16 brukerorganisasjoner på Sørlandet, flere stilte seg positive, men trakk seg som nevnt av ulike personlig årsaker. Jeg ønsket ikke å presse noen til deltakelse på noen som helst måte, og så det derfor som hensiktsmessig å legge frem studien for brukerorganisasjonen, og ikke henvende meg direkte til aktuelle deltakere. Informantene hadde mulighet til å stille spørsmål rundt deltakelse og eventuelt trekke seg via kontaktperson i brukerorganisasjonen. Hensikten var at det skulle være mindre belastende, enn å skulle si det direkte til meg. Jeg var opptatt av at deltakelse var noe de selv ønsket å gjøre.

Studien omfatter derfor fire kvinner med rusmiddelavhengighet. Det er ikke nødvendigvis bedre å skulle hatt flere informanter. På mange måter styrker det studien at utvalget består av fire informanter, fordi det gir dypere og tykkere beskrivelser, noe som anses som det viktigste (Dalland, 2012, s. 165). Å inkludere flere enn en informant gjør det lettere å gjenkjenne hva som er essensen, fordi det er flere forskjeller. Hensikten er å ha nok informanter til å kunne utelukke elementer som kun er tilfeldige variasjoner av fenomenet og bare beholde de essensielle elementene. Hvis jeg for eksempel bare hadde intervjuet mennesker som hadde vært i fengsel, kunne det ledet til å tro at det å være i fengsel er essensielt for mennesker som opplever tilbakefall. Men siden jeg har flere, kan jeg beskrive at det ikke handler om fengsel, men at kvinnene blir holdt vekke fra rusen, som det sentrale for venting.

Under intervjuene var jeg aktivt lyttende, og stilte klare og korte spørsmål. Jeg var forberedt på at traumer kunne være utfordrende å prate om og øvde derfor på to venninner i forkant. Slik at jeg kunne bli bevisst rundt måten spørsmålene ble formulert og legge merke til om det ble for emosjonelt og ikke relevant å følge opp videre i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 196). Kvinnene fortalte litt om traumer, hva slags type traumer og hvordan det hadde utspilt seg for dem. Samtlige hadde vonde barndomstraumer med seksuelle overgrep. For å ikke gjøre situasjonen ubehagelig ønsket jeg ikke å presse dem og derfor ble det stilt få spørsmål rundt slike traumer, noe som kanskje ble en svakhet i denne studien. Likevel mener jeg det var etisk riktig å ta slike hensyn, for å ivareta informantene best mulig.

Da informantene beskrev innholdsrike tilbakefall, men hoppet videre til neste tema, burde jeg kanskje i større grad ha stoppet dem. På den måten kunne jeg fått enda fyldigere beskrivelser av tilbakefallene. Som forsker er jeg ny i denne rollen og har tatt lærdom av det. Derfor mener jeg det ble størst utbytte av fjerde intervju, da turte jeg å bremse informanten i større grad og

ba om utdypende beskrivelser av enkelte emner. I etterkant av intervjuene ble informantene spurt hvordan de opplevde intervjusituasjonen. Noen bekreftet at de hadde vært litt nervøse i forkant, men at det gikk fint under intervjuet. Informantene takket for mulighet til å kunne ringe meg og eventuelt få støtte eller debrifing i etterkant. I tillegg var alle informantene tilknyttet en brukerorganisasjon og kunne benytte sin kontaktperson ved behov.

8.0 Konklusjon

Denne deskriptive fenomenologiske studien gir oss dypere forståelse av hvordan fire kvinner med rusmiddelavhengighet opplever og erfarer tilbakefall og traumer. Den deskriptive fenomenologiske analysen viser at kvinnene erfarer russentrering i forkant, under og etter tilbakefallene. I tillegg er det fem sentrale elementer som oppstår i kvinnenes bevissthet, når de beskriver opplevelsen av tilbakefall. De fem elementene består av venting, savn, fortjene noe, kontroll og skam. Videre viser kvinnene til fenomenet tilbakefall, gjennom deres unike beskrivelser, ikke bare ved å benytte benevnelsen tilbakefall. Gjennom livet har kvinnene erfart vonde traumer, fra barndommen og i voksenalder, men knytter ikke traumer direkte til opplevelsen for utvikling av tilbakefall. Studien har belyst hvilke utfordringer, skam og stigmatisering kvinner erfarer med tilbakefall. Kunnskapen som er belyst gjennom kvinnenes innenfra perspektiv kan være til hjelp for andre som arbeider innen rusfeltet.

9.0 Referanseliste

- Amundsen, E. J., Bretteville-Jensen, A. L. & Rossow, J. (2022). Patients admitted to treatment for substance use disorder in Norway: a population-based case–control study of socio-demographic correlates and comparative analyses across substance use disorders. *BMC Public Health*, 22(792), 1-12 <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13199-5>
- Andersen, I. L. (2014). Traumebevisst tilnærming. I S. Sjøftestad & I. L. Andersen (Red.), *Seksuelle overgrep mot barn: Traumebevisst tilnærming*. (s. 54-67). Universitetsforlaget.
- Biong, S. & Ytrehus, S. (2019). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. Utg.). Cappelen dam akademisk.
- Bjerke-Skar, B. (2008). KVINNER OG RUSBEHANDLING fra et brukerperspektiv. *Rus og*

- samfunn*, 2(5), 23. <https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2008-05-12>
- Blå Kors (2023, 6. Mars.) Kvinnelige rusavhengige skammer seg mer.
<https://www.blakors.no/kvinnelige-rusavhengige-skammer-seg-mer/>
- Bramness, J. G. (2022, 25. September). Det finnes ikke rusmisbrukere. *Dagens medisin, kronikk og debattseksjonen*. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/det-finnes-ikke-rusmisbrukere/304212>
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalsbø, T. K., Steiro, A., & Høie, B. *Er kjønnssegregert rusbehandling det beste for rusavhengige kvinner?* Notat. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.
<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.14913.15200>
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 131-142.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026>
- Englander, M. & Morley, J. (2023). Phenomenological psychology and qualitative research. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 22, 25-53. <https://doi.org/10.1007/s11097-021-09781-8>
- Evjen, R. Kielland, K. B. & Øiern, T. (2020). *Dobbelt opp: Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. Utg.). Universitetsforlaget.
- Farley, M., Golding, J. M., Young, G., Mulligan, M. & Minkoff, J. R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.06.006>
- Fattore, L., Altea, S. & Fratta, W. (2008). Sex differences in drug addiction: a review of animal and human studies. *Women's Health*, 4(1). 51–65.
<https://doi.org/10.2217/17455057.4.1.51>
- Fekjær, H. O. (2011). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging og historikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Frimand, M. (2021, 3. August). *Viktig å avdekke og behandle traumer samtidig med ruslidelse*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse.
<https://rop.no/aktuelt/viktig-a-avdekke-og-behandle-traumer-samtidig-med-ruslidelse/>
- Forouzan, S., McGrew, K. & Kosten, T. A. (2021). Drugs and Bugs: Negative affect, psychostimulant use and withdrawal, and the microbiome. *The American Journal on Addictions*, 30(6), 517-610. <https://doi.org/10.1111/ajad.13210>
- Giorgi, A. (2005). Remaining Challenges for Humanistic Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 140-263. <https://doi.org/10.1177/0022167804274361>

- Giorgi, A. (2006). Concerning Variations in the Application of the Phenomenological Method. *The Humanistic Psychologist*, 34(4), 305-319.
https://doi.org/10.1207/s15473333thp3404_2
- Giorgi, A. (2012). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, 3–12. <https://doi.org/10.1163/156916212X632934>
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K. & Brady, K. T. (2010). Substance Abuse in Women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339-355.
<https://doi.org/10.1016%2Fj.psc.2010.01.004>
- Helmets, A-K, B. (2021, 12. april). *Seksualitet og psykisk helse er som høna og egget*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2021/01/seksualitet-og-psykisk-helse-er-som-hona-og-egget>
- Helsedirektoratet. (2017, 24. Januar). Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: En innføring*. Universitetsforlaget.
- Kristiansen, M. V. (2022). Fænomenologi som dvælen ved erfaringens merhed. *Kvalitativ psykologi*, 7(1), 64-85. <https://doi.org/10.7146/qs.v7i1.133067>
- Kristensen, Ø. & Vederhus, J-K. (2005). Stoffmisbrukere i 12-trinnsbehandling. *Rus og avhengighet* 8(1), 33-35. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-2834-2005-01-04>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S. & Marlatt, G. A. (1999). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research Health*, 23(2), 151-160.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760427/>
- Larsen, I. B., Friesinger, J. G., Strømmland, M. & Topor, A. (2021). You realise you are better when you want to live, want to go out, want to see people: Recovery as assemblage. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(5), 1108-1115.
<https://doi.org/10.1177/00207640211019452>
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S. & Knight, E. (2000). Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(4), 321-329.
[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00077-X](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00077-X)
- Lilleeng, S. (2017, juli). Befolkningens bruk av TSB (Rapport no. SAMDATA)

- spesialisthelsetjenesten 07/17). Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-bruk-av-tsb-2017/07-2017%20Befolkningens%20bruk%20av%20TSB.pdf/_attachment/inline/f5b552bd-90be-4f78-a074-5f58aabc0087:c8b04df210e3d6fe179f235ae7eb4c7d42fc9f13/07-2017%20Befolkningens%20bruk%20av%20TSB.pdf
- Lossius, K. (2021). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., 23-35). Gyldendal Norsk Forlag.
- Løvaas, E. K. (2021). Rusmiddelbruk og ADHD. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (3. utg., s. 195-225). Gyldendal Norsk Forlag.
- Maehira, Y., Chowdhury, E. I., Reza, M., Drahozal, R., Gayen, T. K., Masud, I., Afrin, S., Takamura, N. & Azim, T. (2013). Factors associated with relapse into drug use among male and female attendees of a three-month drug detoxification–rehabilitation programme in Dhaka, Bangladesh: a prospective cohort study. *Harm Reduction Journal*, 10(14), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-14>
- Melemis, S. M. (2015). Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 325-332.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553654/>
- Moe, F. D., Moltu, C., McKay, J. R., Nesvåg, S. & Bjornestad, J. (2022). Is the relapse concept in studies of substance use disorders a ‘one size fits all’ concept? A systematic review of relapse operationalisations. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 743–758.
<http://dx.doi.org/10.1111/dar.13401>
- Mæland, M. K. & Jacobsen, F. F. (2011). Fenomenologiske vinklinger i forskning – Vitenskapsteoretisk blikk på møtet mellom forsker og informant. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(2), 157-168. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-02-08>
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget.
- Najavits, L. M. (2007). Seeking Safety: An Evidence-Based Model for Substance Abuse and Trauma/PTSD. *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*, 141-167.
<https://doi.org/10.1016/B978-012369429-4/50037-9>
- Nersund, R. L. & Myrli, T. R. (2022, oktober). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017-2021*. Rapport (IS-3052). Helsedirektoratet.
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-2017-2021/Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017-2021.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-2017-2021/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202017-2021.pdf)

- Rieke, L. (2014). Kriminell eller syk? *Rus og samfunn*, 8(4), 40-43.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2014-04-17>
- Robinson, P. & Englander, M. (2007). Den deskriptive fenomenologiske humanvetenskaplige metoden. *Vård i Norden*, 27(1), 57–59. <https://doi.org/10.1177/010740830702700113>
- Stensvehagen, M. T. *Interrelationship of daily hassles, daily uplifts, coping strategies and stress-related symptoms, reported by female survivors of sexual abuse: An exploratory mixed-methods approach* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo].
[Interrelationship of Posttraumatic Stress, Hassles, Uplifts, and Coping in Women With a History of Severe Sexual Abuse: A Cross-Sectional Study \(forskning.no\)](https://forskning.no/interrelationship-of-posttraumatic-stress-hassles-uplifts-and-coping-in-women-with-a-history-of-severe-sexual-abuse-a-cross-sectional-study)
- Sundler, A. J., Lindberg, E., Nilsson, C. & Palmer, L. (2019). Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nursing Open*, 6(3), 733-739.
<https://doi.org/10.1002/nop2.275>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Viten skapt: Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen damm akademisk.
- VanDeMark, N. R. (2007). Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2(28), 1-11 <https://doi.org/10.1186/1747-597x-2-28>
- Warholm, K. (2020). Anette Holmgren: Komplekse traumers psykologi – beretninger om det ubærlige. [Anmeldelse av *Komplekse traumers psykologi – beretninger om det ubærlige*, av A. Holmgren]. *Fokus på familien*, 48(4), 322-327.
<https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2020-04-07>
- Øiern, T. (2005). Avhengighetens fire fjes. *Rus og avhengighet* 8(6), 21-22.
<https://doi.org/10.18261/ISSN0809-2834-2005-06-15>
- Øiern, T. (2006). Kjønnets perspektiv virker. *Rus og avhengighet* 9(2), 33-35.
<https://doi.org/10.18261/ISSN0809-2834-2006-02-21>

Vedlegg 1. Analysetabell

Datamateriale	Meningsenhet	Psykologisk tolkning	Psykologisk refleksjon fortid	Psykologisk refleksjon nåtid
<p>Akkurat når man kommer seg ut porten så føler man seg veldig alene. I hvert fall hvis du ikke har noen, eller ikke har noe familie som henter. Og det har ikke jeg. Jeg har ingen familie. En føler seg veldig ensom og veldig sånn, nå sto jeg med bagen. Også tenker jeg, jaja, men det ligger en smell og venter på meg en plass. Også er det bare å få heve seg på en buss. Så da er jeg liksom tilbake til alt. Det er som du ikke har vært vekke.</p>	<p>Ved løslatelse beskriver hun en følelse av ensomhet, opplever å være alene i verden. Hun påstår hun ikke har familie igjen. Ensomheten driver henne tilbake til rusmiljøet. Hun får ro av å tenke på at amfetaminet venter på henne. Tanken på rus fører henne vekk fra ensomheten.</p>	<p>Opplevelsen av ensomhet driver henne tilbake til rusmiljøet. Hun mener hun ikke har noen i familien igjen, men hun har tidligere snakket så varmt om sin voksne sønn. Redningen fra ensomheten er å ruse seg igjen.</p>	<p>Hun får den samme følelsen ved hver løslatelse, at ingen venter på henne eller gleder seg til å se henne igjen. Men hun vet at hun alltid er velkommen tilbake til rusmiljøet, der føler hun seg hjemme.</p>	<p>Nå er det flere år siden hun har sonet i fengsel. Hun har likevel blitt værende i rusmiljøet. Rusen skygger over ensomheten.</p>

Vedlegg 2. Godkjenning FEK



Mathilde Lidi Kvåle

Tidspunkt for godkjenning: : 28/09/2023

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Tilbakefall blant kvinnelige rusmiddelavhengige - RITM0233198

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

27.09.2023, 18:52

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Tilbakefall blant kvinnelige rusavhengige](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

400528

Vurderingstype

Standard

Tittel

Tilbakefall blant kvinnelige rusavhengige

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

Prosjektansvarlig

Jonas H. Frydenlund

Student

Mathilde Lidi Kvåle

Prosjektperiode

10.08.2023 - 30.05.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.05.2024.

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringar-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Intervjuguide til masterprosjektet

Introduksjon: Først ønsker jeg å takke deg for at du stiller til intervju. Jeg ønsker å bli litt bedre kjent med deg før vi går nærmere inn på selve intervjuet, derfor forteller jeg litt om formålet med intervjuet. Intervjuet handler om dine opplevelser og erfaringer med tilbakefall. Hvis du opplever noen spørsmål som ubehagelige eller ikke ønsker å svare på dem, kan du be meg hoppe over til neste spørsmål.

Anonymitet: Navnet ditt blir anonymisert og byttet ut med et fiktivt navn. Hvis du nevner andre personer under intervjuet er det ønskelig at de nevnes som «behandler». Hvis ikke vil jeg omformulere andre personer som venn, behandler eller familie i prosjektet.

Båndopptakelse: En båndopptaker benyttes for å ta opp lyd under intervjuet, er det greit for deg? Etterpå transkriberes det som er sagt i intervjuet. Du har mulighet til å lese gjennom transkripsjonen om du ønsker det.

Tid: Maksimalt en time

Problemstilling: *Hvordan oppleves tilbakefall blant rusmiddelavhengige kvinner og hvilke betydninger har traumer inn i dette?*

1. Del:

- Alder?
- Hvor gammel var du da du begynte å ruse deg?
- Hvor lenge er det siden du var i rusbehandling?

Intervjuspørsmål – 2 del

- Hvordan beskriver du et tilbakefall?
 - Hva tenkte du da du inntok rusmiddelet?
 - Hva gjorde du før tilbakefallet?
 - Hvordan følte du kroppen din var før du tok rusmiddelet?

- Hva foregikk i hodet ditt da du skulle ta rusmiddelet?
- Hva følte/kjente du inni kroppen etter inntak av rusmiddelet?
- Hva foregikk i omgivelsene rundt deg? -Hvor befant du deg?
- Hva skjedde etter du inntok rusmiddelet?

- Skiller du mellom sprekke og tilbakefall, i så fall hvordan skiller du det?

- **Intervjuspørsmål – 3 del**

- Hvilke mestringsstrategier bruker du for å forhindre tilbakefall?
 - Hvordan fungerer det for deg?
 - Hva fungerer?
 - Hva tenker du på når du skal hindre å ruse deg?

- Kan du beskrive hva du mener med tilbakefallsforebygging?
 - Har du lært om tilbakefallsforebygging i rusbehandling (eller i ettervern)?

- Har du noen tanker om hva som har vært utløsende faktorer for tilbakefall?
- Føler du tilbakefall har sammenheng med traumer?
 - Hvordan vil du beskrive det?

- Opplevelser av retraumatisering?
 - Hvordan oppleves det i tankene dine?
 - Hvilke situasjoner er det knyttet til?

Avslutning:

- Hvis du skal trekke ut tre punkter du anser som det viktigste under intervjuet, hva vil det være?
- Er det noe annet du ønsker å legge til?
- Er det mulighet for å ta kontakt igjen, hvis det skulle være aktuelt?
- Tusen takk for at du delte av dine erfaringer og takk for at du stilte til intervju

Informasjonsskriv og samtykke

Dette informasjonsskrivet inneholder en forespørsel om deltakelse til et forskningsprosjekt. Informasjonsskrivet inngår i behandling av personopplysninger knyttet til prosjektet. Det kan benyttes ved intervju.

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Tilbakefall blant rusavhengige kvinner»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å intervju deg som rusavhengig kvinne, om dine erfaringer og opplevelser knyttet til tilbakefall av rusmidler. Det er ønskelig å intervju deg som har egenerfaring og som har gjennomgått et eller flere tilbakefall. I dette skrevet gis du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få inngående kjennskap til dine erfaringer og beskrivelser av tilbakefall. Det er ønskelig å undersøke hvordan det har opplevdes og føltet å ha gjennomgått et tilbakefall. Jeg ønsker å undersøke om traumer har innvirkning på tilbakefall, og hvordan det i så fall påvirker deg og ditt tilbakefall. I Norge er det forsket lite på kvinner og tilbakefall. Derfor ønsker jeg å forske på dette temaet. Jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap og forståelse. Forhåpentligvis kan mer kunnskap bli tilgjengelig for annet helsepersonell som arbeider innen feltet. Forskingen som blir gjort i denne undersøkelsen inngår i min masteroppgave. Problemstillingen som skal undersøkes er: «Hvordan oppleves tilbakefall for kvinnelige rusmiddelavhengige og hvilken betydning har traumer inn i dette?»

I hovedsak benyttes opplysningene fra intervju om deg i masteroppgaven. I tillegg er det ønskelig å kunne bygge videre på masteroppgaven og utforme en artikkel.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har henvendt meg til brukerorganisasjoner på Sørlandet for å få tak i aktuelle personer. Jeg har tatt kontakt med en arbeider i den aktuelle brukerorganisasjonen for rusavhengige. Jeg har spurt om de kan fortelle litt om prosjektet og spør om noen er interessert i å delta. Totalt åtte kvinner vil få spørsmål om deltakelse. Etersom prosjektet tar for seg kvinner, er det derfor aktuelt å kontakte deg som kvinne og som har en rusavhengighet. Kriterier for deltakelse er gjennomgått rusbehandling, at du har erfaring med tilbakefall til rusmidler og er rusfri under intervjuet. Det er ønskelig å intervjuer deg minst seks måneder etter utskrivelse fra rusbehandling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Ved deltakelse, innebærer det at du stiller til intervju.

- *Selve intervjuet varer i underkant av en time. Det vil kun være deg og meg til stede under intervjuet. Før intervjuet starter kommer jeg til å stille noen spørsmål, som innebærer navnet ditt, alderen din og når du begynte å ruse deg. Når intervjuet starter, stiller jeg deg noen spørsmål. Spørsmålene vil innebære dine beskrivelser av tilbakefall. Jeg kommer til å stille spørsmål som hva du tenkte før du inntok rusmidler og hva som skjedde i forkant av tilbakefallet. Hvis du opplever noen spørsmål som ubehagelige, kan du be meg om å hoppe over til neste spørsmål. Under intervjuet vil jeg benytte en båndopptaker. Det er kun jeg som kommer til å lytte til båndopptaket etter intervjuet. Samtalen under intervjuet vil bli skrevet ned, transkribert. Da vil jeg bytte ut ditt opprinnelige navn med et annet navn. På den måten vil du bli anonymisert. Hvis du nevner andre navn under intervjuet, er det ønskelig at du benevner disse personene som «behandler». Hvis du bruker personens opprinnelige navn, vil jeg senere omformulere dem til venn, nær familie eller behandler.*

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene om deg vil bare bli benyttet til de formålene som er beskrevet i dette skrevet.

Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil være meg som student og min veileder som har tilgang til opplysningene om deg.
- Ingen uvedkommende vil få tilgang til personopplysningene dine. Båndopptakeren vil bli oppbevart innelåst. Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med tall. Tallene som tilsier at du er du, vil bli oppbevart adskilt fra annet datamateriale.
- Du vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven, fordi navnet ditt blir byttet ut med et annet. Beskrivelser du har gitt vil benyttes i masteroppgaven. Beskrivelsene blir omformulert, slik at du som person ikke vil bli gjenkjent av andre.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når masterprosjektet er ferdig, rundt 30. mai 2024. Båndopptak fra intervju blir slettet. Når prosjektet avsluttes, vil dine personopplysninger i datamaterialet bli anonymisert. Som nevnt blir ikke ditt opprinnelige navn benyttet i selve prosjektet. De anonymiserte opplysningene vil ikke bli slettet, men kunne gjenbrukes i annen forskning.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Agder ved min veileder Jonas Højgaard Frydenlund, e-postadresse: jonas.h.frydenlund@uia.no Telefonnummer: 37233474

- Min kontaktinformasjon, Mathilde Lidi Kvåle, e-postadresse: mathilde.kvaale@outlook.com
telefonnummer: 46801653
- Vårt personvernombud: Trond Hauso, e-postadresse: trond.hauso@uia.no
Telefonnummer: 93601625

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Jonas H. Frydenlund
(Forsker/veileder)

Mathilde Lidi Kvåle
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Tilbakefall blant rusavhengige kvinner*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)