

SAMHANDLINGENS MONOLOG

**En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn
og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere**

Elin Berg

SIRUS rapport nr. 1/2003
Statens institutt for rusmiddelforskning
Oslo 2003

ISSN 1502-8178
ISBN 82-7171-245-4

Forord

Denne rapporten er basert på en interaksjonsstudie av klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i ulike tiltak for rusmiddelmissbrukere i Norge. Undersøkelsen ble gjennomført i 1998 på ulike sosialkontor, avrusnings-, utrednings- og behandlingsinstitusjoner. I den forbindelse vil jeg rette en spesiell takk til alle de klientene som lot meg få innblikk i deres vanskelige livssituasjon. Jeg vet at det kostet dem mye å vise meg den åpenheten de gjorde. Videre vil jeg takke de mange ansatte som innlemmet meg i deres arbeid fordi de ønsket å bidra til økt kunnskap på feltet. Uten klientenes og ansattes åpenhet og velvilje hadde ikke det ikke vært mulig å skrive denne rapporten.

Rapporten er en omarbeidet utgave av min hovedoppgave i sosialantropologi "Jeg har fortalt. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i rusmiddelomsorgen". (Sosialantropologisk Institutt, Universitetet i Oslo 2001). Min veileder Tian Sørhaug fortjener i den sammenheng en stor takk. Han lærte meg å se det jeg hadde sett, og hans kreativitet og kritiske kommentarer har vært en uvurderlig hjelp under hele skriveprosessen.

Sist, men ikke minst, en stor takk til Sirius for tilknytningen til deres forskermiljø gjennom en kontorplass ved instituttet. Tusen takk til alle ansatte der som har lest og kommentert på et tidligere utkast. En spesiell takk til Ragnar Hauge som har gitt nyttige kommentarer i forbindelse med bearbeiding av hovedoppgaven til utgivelse av denne Sirusrapporten.

Oslo, desember 2002

Elin Berg

Innhold

SAMMENDRAG	7
KAPITTEL 1 INNLEDNING	11
Bakgrunn	11
Problemstilling	11
Data og metoder	12
<i>Uvalg</i>	12
<i>Deltagende observasjon</i>	14
Fortolkningsramme	15
Behandlingskontekst	16
<i>Avrusnings- og utredningsinstitusjonene Soria Moria</i>	16
<i>Behandlingsinstitusjonene For, And og Ring</i>	18
<i>Arbeid og aktiviteter</i>	18
<i>Samtaler</i>	18
Presentasjon og rapportens oppbygning	21
KAPITTEL 2 SNAKKEKUREN	22
Tilhørighet og marginalisering	23
“Vi tror ikke han har skjønt hva slags sted dette er”	24
“Han vil ikke snakke” – “Jeg forstår ikke hva jeg skal gjøre med han”	26
Hussain, Shiba og Mohammed blir klienter	28
Brudd på forventninger om deltagelse?	29
<i>Gruppemøtene</i>	29
<i>Deltagere eller tilskuere?</i>	32
Dannelse av en privat sfære	34
Sosialt drama	35
“Vi trenger å få et bilde av deg” – “Det jeg sier er bare 1/1000 dels eksempel på mitt liv”	35
“Hun har sagt at hun ikke snakker med fremmede”	39
“Jeg tror ikke på hjelpen å sitte og prate”	42

KAPITTEL 3 GLEMSELENS HAV	47
Innledning	47
“Kan det være noe <i>i</i> deg som gjør at du søker etter rus?”	49
“Det kan være du trenger å bearbeide noe. Vi har alle med oss spøkelser som spenner ben for oss”	53
<i>Om å kaste det vonde på glemselens hav</i>	58
“Det er vanlig arbeid jeg trenger”	60
<i>“Uten familie, - ingenting”</i>	61
<i>“Sønn, far, mann – de tre er jeg”</i>	65
<i>Om arbeid og verdighet</i>	68
“Jeg er mer her inne nå (i hodet) og mindre der ute”	70
<i>“Jeg trodde jeg skulle behandles, men jeg tenker annerledes nå”</i>	74
KAPITTEL 4 AUTORITET OG MAKT	79
Innledning	79
“Han snakker ikke om problemene sine til kvinner”	80
“Man kan ikke ta i mot råd fra yngre”	85
“Jeg tenker på konsekvensene, dersom jeg ikke svarer”	89
“Jeg har fortalt”	93
“Jeg lager ikke bråk eller sier i mot ledere eller eldre”	98
KAPITTEL 5 SAMHANDLING TIL BESVÆR	101
Om å finne en felles referanse – Den sunne og gode behandling	103
<i>Om å se forskjeller i noe tilsynelatende likt –</i>	
<i>Om å forløse eller befeste et problem</i>	105
<i>Om å se likheter i det som fremstår som forskjellig –</i>	
<i>Ord har makt</i>	106
SUMMARY IN ENGLISH	108
REFERANSER	112

Sammendrag

Bildet foran er hentet fra Michelangelos storslåtte takmaleri, Skapelsen, som man kan studere i sin helhet i Det sextinske Kapell i Roma. Det sterke uttrykket med de to utstrakte hendene som forsøker å nå hverandre, er en berømt detalj i maleriet og et velegnet bilde på rapportens innhold. Bildet formidler noen som nesten møtes, men likevel ikke møtes, og gir dermed rom for undring. Hvem forsøker å få kontakt og hvorfor klarer de ikke å nå hverandre?

Personer med ikke-norsk etnisk bakgrunn har i liten grad vært brukere av tiltak for rusmiddelmissbrukere i Norge, og det foreligger derfor liten eller ingen behandlingserfaring og forskning når det gjelder innvandrere og rusmiddelbehandling. Denne rapporten, som handler om samhandling mellom ansatte og klienter med innvandrerbakgrunn, er således et bidrag innenfor norsk behandlingssforskning som gir muligheter for å generere ny kunnskap.

Ansatte og klientene møttes på ulike arenaer i tiltaksapparatet og strevde for å oppnå kontakt og etablere en samarbeidsrelasjon. For klientenes del kom dette tydeligst til uttrykk da de forsøkte å imøtekomme uttalte forventninger fra de ansatte. Ansatte på sin side ga uttrykk for å streve med følelsen av utilstrekkelighet overfor klientene som ikke tok imot ansattes hjelp. Til tross for alt strevet de la ned, klarte de ikke å skape en virkelig kontakt med klientene. I denne rapporten undersøker jeg hva som skjer i møtet mellom dem og sier derigjennom noe om hva som gjør det vanskelig å nå hverandre. Jeg forsøker å belyse hvilke forestillinger og forventninger ansatte og klienter møter hverandre med og hvordan disse innvirker på behandlingsprosessen.

Det empiriske materialet er basert på et seks måneders feltarbeid i 1998 der 23 klienter over 18 år med forskjellig ikke-norsk etnisk bakgrunn ble observert i samhandling med 61 ansatte fra 16 forskjellige tiltak for rusmiddelmissbrukere. Undersøkelsen omhandler klienter som ble definert av ansatte som innvandrere på bakgrunn av mørk hudfarge og/eller fremmedartet navn. Etter feltarbeidet, på ulike avrusnings-, utrednings-, behandlingssinstitusjoner og sosialkontor, ble det gjennomført regelmessige intervjuer med fire av klientene i og utenfor langtidsbehandlingssinstitusjoner frem til 2000. Med utgangspunkt i deltagende observasjon ble det foretatt observasjoner av ansatte og klienter sammen i ulike samtaler,

aktiviteter og arbeidsfellesskap. Det ble også gjennomført observasjoner i ansattes møtefellesskap og ulike klientfellesskap. Videre ble det gjennomført feltsamtaler med ansatte og klienter på bakgrunn av observasjoner i samhandlingssituasjonene. Ettersom feltsituasjonene krevde ulike metodiske grep vekslet jeg mellom å være observatør i rollene som tilhører og tilskuer, og deltager i ulike samtale-, "gambler"- og arbeidsroller. Studien er ikke en representativ undersøkelse, men en eksplorerende med vekt på noen klienter med innvandrerbakgrunn i samhandling med ulike ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere. Empirien er fortolket i lys av sosiologiske og antropologiske teorier og begreper samtidig som de fortolkede beskrivelsene er påvirket av at jeg tidligere har arbeidet innenfor rusmiddelfeltet som sosialarbeider.

Ansattes arbeidsdag er preget av en møte- og snakkekultur som de forventer at klientene skal delta i. Med bakgrunn i samtaleens sentrale plass i behandlingsprosessen betegner jeg de ansattes behandlingsform som *snakkekuren*. Det er gjennom aktiv deltagelse i snakkekuren at klientene skal forandre seg fra å være en stoffmisbruker til å bli en rusfri selvstendig person. Behandling handler for de ansatte i stor grad om individet og dets muligheter for selvrealisering. Klientene, som gir uttrykk for en sterk tilknytning til et familiekollektiv, knytter i større grad behandling til familiære forpliktelser. Mens ansatte er opptatt av at klientene trenger å bearbeide problematiske forhold i dem selv gjennom samtaleterapi, fremstiller de mannlige klientene seg som arbeidsløse som trenger hjelp til å skaffe arbeid for å forsørge familien. I motsetning til ansatte som formidler at de har en tro på ordets forløsende kraft, gir flere av klientene uttrykk for at en slik kur snarere vil befeste dem i det problematiske. De anser rus som et tilbakelagt problem som de forsøker å glemme og formidler at de ikke ønsker å bli minnet på det gjennom å snakke. De ber om hjelp til å kaste rusmiddelproblemet på *glemselens hav* for å bli alminneliggjort og gjenvinne familiens og sin verdighet.

Det at ansatte og klientene ikke har en felles situasjonsdefinisjon bidrar til å skape vanskelige samhandlingssituasjoner. Det eksisterer en uuttalt uenighet om hvilken av klientens sosiale statuser som skal gjøres relevant og dermed hva de har å gjøre sammen. Vanskelighetene forsterkes når klientenes problem- og løsningsforståelse blir overhørt og ansattes forståelse blir gjeldende i hjelperelasjonen. For klientene innebærer dette å inngå i en *terapeutisk offentlighet*. Denne avvises fordi de ikke har tilstrekkelig tro på snakkekuren. Ansatte og klientenes forskjellige og motsetningsfulle forestillinger og forventninger til hva behandling

innebærer forhindrer dem i å etablere kontakt og utvikle et samarbeidsforhold. Klientenes høye avbruddshyppighet kan blant annet tilskrives den vanskelige hjelperelasjonen som utvikler seg mellom dem og de ansatte.

I de ansattes møte med klientene kan det synes som om ansatte tar for gitt at de blir betraktet som legitime autoriteter og samtalepartnere. Ved nærmere undersøkelse viser det seg derimot at noen av klientene har en annen oppfatning av hvem de snakker med og frivillig adlyder. Klientene er ikke en homogen gruppe klienter som formidler en standardoppfatning av en autoritetsperson. For noen av klientene kan det synes som om det er vanskelig å anerkjenne kvinnelige ansatte som autoriteter. Andre klienter gir mer uttrykk for at de ikke betrakter unge og uerfarne ansatte som autoriteter de kan snakke med og ta imot råd fra. Hvorvidt ansatte betraktes som autoriteter handler ikke bare om "personlige" egenskaper som kjønn og alder, men også om hvorvidt klientene betrakter ansattes snakkekur som en legitim behandlingsform eller ikke. Ettersom flere av klientene av ulike grunner ikke anerkjenner snakkekuren som legitim, og ikke har tillit til ekspertsystemene, svekkes ansattes autoritet og dermed deres legitime makt. Når ansatte møter klientene uten å besitte legitim makt eller velger å bruke illegitim makt for å hjelpe, havner de begge i en avmektig monolog.

Hovedkonklusjonen av undersøkelsen er at klientene og de ansatte formidler en dyp uenighet om hva behandling innebærer. Måten de forholder seg, eller ikke forholder seg, til uenigheten bidrar til å forsterke de vanskelige samhandlingssituasjonene. Det at de ikke forhandler seg frem til en gjensidig situasjonsdefinisjon fører samtalene ut i en monolog. En monolog der ansatte i stor grad fremstår som aktive deltagere og klientene som passive tilskuere.

Ettersom dette ikke er en representativ undersøkelse kan det ikke konkluderes med at alle klienter med innvandrerbakgrunn er "tause" om sine rusmiddelproblemer til ansatte. For det første gir ikke denne kvalitative undersøkelsen en generaliserbar kunnskap om klienter med innvandrerbakgrunn og for det andre observerte jeg at to av innvandrerclientene snakket med ansatte om slike problemer. På en annen side kan funnene og tolkningene i denne undersøkelsen overføres og dermed ha relevans også for noen norske klienter. I løpet av feltarbeidet overhørte jeg for eksempel at noen norske klienter uttalte at det ikke hjalp å snakke og at de ba om praktisk hjelp til å skaffe arbeid og bolig. Selv om

mange norske klienter inngikk i en terapeutisk offentlighet der de snakket åpent om rusrelaterte problemer med fremmede eksperter i et behandlingssystem, gjorde ikke alle norske klienter det. Undersøkelsen reiser dermed nye forskningsspørsmål knyttet til blant annet hvilken betydning både interaksjonen og klientenes egne løsningsforslag har for behandlingsprosessen uavhengig av deres etniske bakgrunn. Avslutningsvis i rapporten fremsettes det noen tanker omkring hvordan samhandlingens monolog kan forsøkes snudd til dialog.

Bakgrunn

I likhet med de fleste vestlige land erfarte Norge en betydelig økning i narkotikamisbruk blant unge mennesker på 1970-tallet. Dette førte blant annet til utbygging av en rekke ulike behandlingstiltak og institusjoner. Stoffmisbrukere med innvandrerbakgrunn har i liten grad vært brukere av disse ulike tiltakene (Blindheim 1993a, 1993b, St. meld. nr. 16:25, Lauritzen et al. 1997:50, Rugkåsa & Angell 1998). Det finnes derfor liten behandlingserfaring og forskning når det gjelder innvandrere og rusmiddelbehandling. Denne rapporten er således et bidrag innenfor norsk behandlingforskning som gir muligheter for å generere ny kunnskap.

I denne rapporten, som er en omarbeidet utgave av hovedoppgaven “Jeg har fortalt”, avbrøt over halvparten (17) av de 33 klientene med innvandrerbakgrunn som la seg inn til avrusning og utredning, institusjonsoppholdet. Av de øvrige 16 la seks seg inn til videre behandling i en langtidsbehandlingsinstitusjon som de senere avbrøt. Da feltstudien ble avsluttet var to av de seks tilbake i behandling (Berg 2001).

Hovedtema i denne rapporten er samhandling *mellom* ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere og klienter med innvandrerbakgrunn. Ved å fokusere på selve samhandlingen kan den gi oss innsikt i hvilke forestillinger og forventninger de møter hverandre med og hvordan disse innvirker på behandlingsprosessen. Formålet med undersøkelsen er å bidra med ny kunnskap om innvandrerklinters møte med ansatte i det norske tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere.

Problemstilling

I studien ønsker jeg å forstå den høye avbruddshyppigheten blant noen innvandrerklinter. Hovedproblemstillingen i denne rapporten er å belyse hva som skjer i samhandlingen mellom ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere og klienter med innvandrerbakgrunn. Hva ønsker disse klientene hjelp til og hvordan møter ansatte klientenes hjelpebehov? Problemstillingen søkes besvart gjennom å beskrive og analysere følgende underspørsmål: Hva snakker de om, hvordan snakker de sammen og hva skjer i samhandlingen? Det er videre interessant å undersøke hvilke perspektiver de har om problemløsning og hvordan de forholder seg til hverandres perspektiver.

Data og metoder

For å besvare spørsmålene valgte jeg å gjennomføre et feltarbeid innenfor noen rusmiddeltiltak i Norge. Disse var avrusnings-, utrednings-, langtidsbehandlingsinstitusjoner og sosialkontor. Undersøkelsens empiriske grunnlag baserer seg på et seks måneders feltarbeid i 1998 der 23 klienter ble observert i samhandling med 61 ansatte fra 16 forskjellige tiltak for rusmiddelmissbrukere. Videre bygger studien på oppfølgende samtaler med fire av klientene i og utenfor langtidsbehandlingsinstitusjoner frem til 2000. Undersøkelsen er fortolkende beskrivelser som blant annet er påvirket av at jeg tidligere har arbeidet innenfor rusmiddelfeltet som sosialarbeider.

Med cirka ti års arbeidserfaring fra rusmiddelfeltet med norske stoffmisbrukere har jeg en *nærhet* til feltet. Når man studerer en del av sin egen virkelighet er det mange forhold som tas for gitt. Dette kan for eksempel føre til det feilgrep å lese inn sin egen forståelse i informantenes fortellinger fordi de er gjenkjennbare. Faren kan da være at det bare er nært og ikke likt, slik at det ikke er samsvar med det en selv legger i begrepene. Det er derfor viktig å utvikle en *distanse* til undersøkelsesfeltet for å få tilgang til informantenes fortellinger og kategorier. Denne distansen kan oppnås på forskjellige måter (Berg 2001). Én sentral måte er å se på oss selv som litt ”rare” for derigjennom å oppdage det opplagte i egen kultur. Et eksempel kan konkretisere dette nærmere: I likhet med ansatte var jeg lenge frustrert over innvandrerklientenes taushet, fordi jeg var redd det ville gi et dårlig feltarbeid. Etter hvert valgte jeg å betrakte det som interessant, og ikke problematisk, at klientene formidlet mindre om seg selv til de ansatte enn det de ansatte forventet. En endret innstilling til selve samhandlingen førte til en undring over ansattes praksis, samtidig som den vekket nysgjerrighet omkring hva dette handlet om for de aktuelle klientene.

Utvalg

Det var ansatte ved to avrusnings- og utredningsinstitusjoner som valgte ut aktuelle klienter til undersøkelsen. De valgte ut 33 klienter med tilknytning til Pakistan, Iran, Tyrkia, Vietnam, Gambia, Tunis, Marokko, Somalia, Etiopia, Tsjekkoslovakia, Russland, Spania og Italia. Samtidig som disse ble definert å være aktuelle, ble klienter fra Norden, Øst- og Vest-Europa ikke valgt ut. Hvilke utvelgelseskriterier la ansatte til grunn? Et lite eksempel kan fortelle mer om det. Under oppholdet på én av de to institusjonene kontaktet jeg ansatte ved den andre institusjonen telefonisk for å høre om det var aktuelle klienter der. De ansatte svarte ofte en eller

annen variant av utsagnet "*vent litt så skal jeg se om vi har noen med rare navn*", i det de sjekket navnelisten over innlagte personer. Ansattes utvelgelseskriterier baserte seg dermed på ytre kjennetegn som hudfarge og fremmedartet navn. Ettersom innvandrerklinter utgjorde 8-10 prosent (årsmeldinger 1998, institusjon xx) av det totale antall klienter i de to institusjonene betyr det at innvandrerklinterne i denne undersøkelsen kan betraktes som det Rogstad (2000) kaller en *synlig minoritet*.

Av de 33 klientene som ansatte valgte ut, forlot syv avrusnings- og utredningsinstitusjonene før jeg fikk hilst på dem, mens fire ikke ønsket å delta etter at undersøkelsen ble presentert. Antallet økte til 23 da én under sitt opphold i en tredje institusjon oppfordret en medklient med asiatisk bakgrunn om å delta. Hvem var så disse 23 klientene? De var først og fremst forskjellige mennesker, noe Mustafa formidlet på sin måte da han uttalte at "*innvandrere er forskjellige. Jeg har aldri møtt noen som meg*". De fleste av klientene hadde enten innvandrer- eller flyktningstatus. Andre var født og oppvokst i Norge og ble definert som andre generasjons innvandrere. Aldersforskjellen varierte fra den yngste på under 20 år til den eldste som var cirka 40 år. Disse unge og voksne klientene var i hovedsak menn, med unntak av to kvinner. De 23 klientene hadde tilknytning til Pakistan, Iran, Tyrkia, Marokko, Tunis, Somalia, Spania og Italia, med størst representasjon fra de fire førstnevnte. Det de hadde felles var at de brukte narkotika, og alle med unntak av én som brukte amfetamin, fortalte at de i hovedsak brukte heroin. Heroinet ble inntatt på ulike måter som å sniffe, røyke eller injisere rusmidlet. De som injiserte stoffet benyttet dette i kombinasjon med sovemidlet Rohypnol, fordi det skulle gi en ekstra effekt på virkningen av heroinet.

Ansatte som klientene hadde kontakt med i det daglige utgjorde den andre delen av utvalget. Ansattedelen besto særlig av sosionomer og sykepleiere foruten enkelte psykologer, leger og ufaglærte med lang fartstid innenfor rusfeltet. Antall ansatte utgjorde 61 informanter - 35 kvinner og 26 menn - fra ulike avrusnings-, utrednings-, langtidsbehandlingsinstitusjoner og sosialkontor. De fleste var i alderen 25-35 år.

Klientutvalget på 23 ble underveis redusert fordi flere av klientene gjennomførte kun et kort avrusningsopphold eller avbrøt opplegget. De informantene jeg viet størst oppmerksomhet var de klientene og ansatte jeg hadde muligheter til å observere sammen over tid. Med andre ord er dette ikke en representativ undersøkelse, men en eksplorerende studie

med spesiell vekt på 9 klienter med innvandrerbakgrunn i samhandling med ulike ansatte i det norske tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere.

Deltagende observasjon

Med utgangspunkt i feltmetoden deltagende observasjon ble det gjennomført observasjoner av ansatte og klienter sammen i individual- og gruppesamtaler, aktiviteter og arbeidsfellesskap. Videre ble det gjort observasjoner i ansattes møtefellesskap og ulike klientfellesskap. Som *observatør* tok jeg rollen som *tilhører* og *tilskuer* når jeg plasserte meg i hjørnet av rommet der samhandlingen pågikk. Den fysiske avstanden førte til at aktørene ofte glemte min tilstedeværelse, noe som ga mulighet for å skrive prosessreferater. I et prosessreferat siteres hva deltagerne sier, noe som i ettertid setter en bedre i stand til å se prosessen i samtalen. Som *tilskuer* fikk jeg tilgang på andre typer data enn verbale utsagn når utsagn ble besvart med oppgitt hoderisting, himlende blikk, smil eller andre kroppsbevegelser som kunne uttrykke tilfredshet, smerte eller fortvilelse. Det hendte flere ganger at ansatte og klienter insisterte på at jeg skulle komme ut av hjørnet og sitte sammen med dem rundt bordet. Den fysiske nærheten medførte at de så på meg når de snakket med hverandre, samtidig som de stoppet opp med spørrende blikk hver gang jeg gjorde notater. I slike feltsituasjoner valgte jeg å skrive et oppsummerende referat i etterkant av møtet, noe som innebar et omtrentlig referat sammenlignet med de detaljerte prosessreferatene.

Som *deltager* fikk jeg en utvidet forståelse av undersøkelsesfeltet, der deltagelsen med ansatte og klientene var forskjellig. I samvær med ansatte deltok jeg for eksempel i en aktiv *samtalerolle* som tidligere ekspert på feltet. Sammen med klientene deltok jeg i ulike aktiviteter som skogs-, gårds- og fjøsarbeid, matlaging, renhold, tv-titting, biljard, sjakk og kortspill mm. Da jeg deltok i disse forskjellige samtale-, "gambler"- og arbeidsrollene kom ansatte og klientene ofte med spontane utsagn som jeg fulgte opp. En aktiv deltagelse fra min side lærte meg noe annet enn der jeg kun passivt observerte informantene. De ulike feltsamtalene som jeg gjennomførte med ansatte og klienter, var ikke basert på forhåndslagde spørsmål, men tok utgangspunkt i samhandlingssituasjonene. Dersom det var upassende å følge opp utsagnene i situasjonen, forsøkte jeg å følge de opp med både ansatte og klienter i etterkant. Dette lot seg ikke alltid gjøre ettersom flere av innvandrerclientene avbrøt oppholdet før tiden. De mobile klientene ble observert ved å følge dem over terskler i hjelpeapparatet. Dette innebar å observere dem i samhandlingssituasjoner med saksbehandlere på sosialkontor, ansatte og medklienter i forskjellige avrusnings-, utrednings-

og behandlingstinstitusjoner eller sammen med familiemedlemmer i og utenfor deres private hjem.

Forskerrollen var på mange måter svært annerledes enn ansattes roller, fordi jeg ikke hadde som oppgave å hjelpe eller kontrollere klientene. Flere ganger underveis i feltarbeidet tenkte jeg at jeg hadde en rolle som en slags selskapsdame, fordi flere av klientene uttrykte at det var hyggelig å snakke med meg ettersom det var kjedelig å være i institusjonen. *“Jeg føler meg alltid så vel etter å ha snakket med deg fordi jeg får snakke om det jeg interesserer meg for”*, sa en og ønsket meg velkommen tilbake til en ny samtale. Forruten rollen som selskapsdame var tanterollen nærliggende. En voksen tante som de kunne snakke fortrolig med over en kopp te dersom de ønsket det. Jeg opplevde at flere av klientene var fortrolige da de fortalte om egne familier eller gråt fordi de var ensomme og hadde ødelagt for familiene ved å bruke heroin. Alle samtalene foregikk på norsk og kunne vare opp til flere timer. Ettersom ikke alle klientene behersket norsk like godt, var det viktig for meg å bruke den tiden vi trengte for å forstå hverandre. Det ble ikke benyttet tolk i samtalene. Samtalene fløt godt så lenge klientene snakket om det de selv ønsket, i motsetning til når jeg stilte spørsmål knyttet til rusmiddelmisbruket deres. Da oppsto det ganske ofte taushet i det de unnvek blikket mitt før de for eksempel kunne svare at de kom fra gode familier, var arbeidsmenn eller at rus var et tilbakelagt problem. Det at klientene ikke ønsket å snakke om rusmiddelproblemer er, som vi etter hvert skal se, et interessant tema i samhandlingen mellom innvandrer-klientene og ansatte. Ansatte var i likhet med meg like ivrig etter å snakke om klientenes rusmiddelproblemer.

Fortolkningsramme

Denne rapporten er et resultat av mine tolkninger av interaksjonen, fortolket i lys av relevante teorier og begreper. Rapportens teoretiske perspektiv er preget av George H. Meads sosiale læringsteori (Mead 1967) om hvordan individer skaper sine sosiale omgivelser og selv blir skapt av dem. Samhandling forstås som en sosial relasjon og prosess der individer betrakter seg selv i lys av forventninger og holdninger fra sine betydningsfulle andre. Denne perspektivtakingen foregår i følge Mead, gjennom rolleovertagelser (Mead 1967). Videre er jeg inspirert av Gregory Batesons teori (2000 a,b,c) om “mennesket-i-kontekst”, som innebærer å betrakte mennesket som en del av ulike systemer og omgivelser som de kontinuerlig korrigerer seg i forhold til. Disse teoriene utgjør kjernen i det teoretiske og analytiske perspektivet i denne rapporten. Underveis henter jeg inn andre perspektiver for å utvikle kjerneperspektivet.

Behandlingskontekst

Et sentralt trekk ved behandling av rusmiddelproblemer er at den i stor grad har foregått og foregår *innenfor* institusjoner. Men hva er behandling? Begrepet fremstår ved første øyekast som noe entydig, til tross for at ansatte kan ha forskjellige faglige og personlige oppfatninger av hva behandling er. På den annen side er begrepet slik det umiddelbart fremstår problematisk, fordi *“det indikerer et passivt pasientforhold, og ikke et forhold der pasientens handlinger er like viktige som behandlerens”* (Sørhaug 1989:34). Begrepet kan dermed skape en forestilling hos ansatte om at deres handlingsrepertoar er bedre egnet til å løse opp i problemene enn klientenes egne mestringsstrategier. Noe som igjen kan skape forventninger om at ansatte skal gjøre noe med klientene slik at de blir fri fra det problematiske. Hvordan beskriver så ansatte ved de ulike feltstedene sine aktuelle behandlingsformer og forventninger til klientenes rolle i hjelpperelasjonen?

Avrusnings- og utredningsinstitusjonene Soria Moria

Ettersom ingen behandlingsinstitusjoner tok imot berusede personer måtte de først legge seg inn i spesialinstitusjoner for å bli avrust fra de narkotiske midlene de hadde brukt, før de fikk innleggelse i en behandlingsinstitusjon. Dette innebærer at avrusningsinstitusjonene er de første i en sammenhengende tiltakskjede av flere institusjoner klienten møter innenfor behandlingsapparatet for rusmiddelmisbrukere dersom han eller hun ønsker å slutte eller ta en pause fra inntak av rusmidler.

“Soria” og “Moria” er to forskjellige avrusnings- og utredningsinstitusjoner på Østlandet for rusmiddelmisbrukere over 18 år. Institusjonene behandles i denne rapporten som én institusjon til tross for lokale variasjoner. Soria Moria var organisert i sengeavdelinger og disponerte til sammen 33 sengeplasser. De ansatte definerte arbeidsoppgavene som å hjelpe og oppmuntre klientene til å mestre en gjennomføring av avrusningen samt utrede klientenes videre behandlingsbehov. I avrusningsfasen opplevde ofte klientene at plutselig avholdenhet fra rusmidler kunne gi forskjellige abstinenssymptomer som for eksempel *”skjelving/svette, oppkast/diaré, leddsmerter/ muskelsmerter, søvnforstyrrelser, lett økt puls og blodtrykk, økt væskeflom i øyne/nese, psykisk uro/angst og nedstemthet/depresjon”* (Årsmelding 1998, institusjon x). Ansatte møtte disse plagene med noe medikamentell behandling for å avhjelpe klientene som hadde søvnproblemer de første dagene og for å forhindre at de fikk psykotiske lidelser. Omsorgsarbeid og pleie fremsto som den viktigste behandlingsformen for å hjelpe klientene med å gjennomføre

avrusningen. Det var ikke uvanlig å observere at de var sengeliggende de første dagene av oppholdet og at de fikk hjelp av de ansatte til sengeskift, tilrettelegging av måltider og vask av rommene. Senere, mens de fremdeles var abstinente, men ikke sengeliggende, satte ansatte frem drikke og frukt til klientene som tuslet rundt i avdelingene. Videre fikk klientene tilbud om å se videofilmer, delta i fysiske aktiviteter som bordtennis og biljard eller turer ut. Etter å ha gjennomført en avrusning reiste noen av klientene direkte til en behandlingsinstitusjon, mens andre som ikke hadde en avtalt institusjonsplass som oftest dro tilbake til et liv i rus. Det tredje alternativet var et utredningsopphold der ansatte vurderte klientens hjelpebehov og ga en anbefaling om hva slags hjelp som kunne være aktuell for klienten.

Mens utredning og avrusning foregikk samtidig på den ene institusjonen var utredningen organisert som et tre ukers opphold med obligatorisk program i den andre. Til forskjell fra avrusningsfasen der det var akseptert at klienten fikk pleie og omsorg, forventet ansatte at klienten var aktiv deltager i avdelingsprogrammet. Dette innebar en deltagelse i husets arbeidsoppgaver knyttet til den daglige driften og deltagelse i forskjellige samtaler.

Samtalene, var i følge ansatte det viktigste arbeidsredskapet for å utrede klientene. Disse samtaleene foregikk både mellom én ansatt og én klient (individualsamtaler) og mellom flere klienter og ansatte samtidig (gruppesamtaler). I individualsamtalene var oppmerksomheten rettet mot klienten og vedkommendes rusmiddelproblemer slik at han/hun skulle bli dem bevisst, samtidig som ansatte fikk et "bilde" av klienten. Når ansatte gjennomførte gruppesamtaler var temaene mer generelle som for eksempel norsk behandlingshistorie, mål om rusfrihet, forståelse av rusmiddelmisbruk, behandling, motivasjon, forandringsarbeid, ambivalens, sprekke, overdoser, hygiene, søvnproblemer, attføring og trygd. Å delta i utredningsprogrammet innebar deltagelse i de forskjellige samtaleene der alle temaer var rusrelaterte fordi: *"Vi er opptatt av klientenes rusproblematikk og ser dem ut fra den"*. I følge ansatte var hensikten med samtalegruppene å observere klienten i grupper samt *"å øke hver enkelt klients bevissthetsnivå og kunnskapsnivå, gi informasjon om måter å tenke på, ulike behandlingsmetoder og behandlingssideologier"* (Grunnlagdokument 1999:12, institusjon x). Målet med utredningen var at ansatte og klienten sammen skulle komme frem til videre egnet behandling slik at klienten forandret seg fra å være stoffmisbruker til å bli rusfri.

Behandlingsinstitusjonene For, And og Ring

I løpet av feltarbeidet fulgte jeg flere av klientene over terskler. En av disse tersklene var fra avrusnings- og utredningsinstitusjonene Soria Moria til behandlingsinstitusjonene For, And og Ring. De tre behandlingsinstitusjonene, som i denne rapporten omtales under fellesnavnet Forandring, hadde egne behandlingsprogrammer som kunne strekke seg over flere år. Strukturen i behandlingsoppleggene var organisert i faser eller utviklingstrinn med økende ansvar og frihet, og det var fellesskapet mellom klienter og ansatte som skulle skape muligheter for endring. Målet med behandlingen var å hjelpe klientene til å forandre seg selv slik at de fikk et rusfritt og meningsfylt liv. Institusjonene kan dermed karakteriseres i en Goffmansk språkdrakt som “drivhus for personforandring” (Goffman 1991:22). Det var innenfor disse drivhusene at klientene var forventet å skulle forandre seg selv gjennom et selvrefleksivt prosjekt. Et prosjekt som var forventet å skulle skje gjennom arbeid, fellesaktiviteter og samtaler.

Arbeid og aktiviteter

På Forandring sinstitusjonene besto klientenes hverdag av ulike praktiske arbeidsoppgaver tilknyttet institusjonenes daglige drift. Disse arbeidsoppgavene besto av blant annet gårdsdrift, mekanikerarbeid, snekring, vedlikeholdsoppgaver, samt matlaging og husarbeid. Å ta del i institusjonenes arbeidsoppgaver ble ansett som viktig arbeidstrening for egenutvikling og forberedelse til arbeidslivet. I følge flere ansatte ga arbeid menneskeverd, selvrespekt og tilhørighet til samfunnet, fordi man gjennom arbeidet deltar i å skape noe for seg selv og andre. Med andre ord kan det synes som om ansatte hadde en behandlingstanke som springer ut av det gamle ordspråket: “*Arbeid adler mannen*”.

Utover å delta i institusjonens daglige arbeidsoppgaver tok klienten del i mange forskjellige fellesaktiviteter i løpet av et behandlingsopplegg. Noen av disse aktivitetene baserte seg på frivillig deltagelse, mens andre var obligatoriske. De frivillige aktivitetene handlet ofte om ulike fritidsaktiviteter som friluftsliv og fysisk trening, mens de obligatoriske omhandlet ulike typer samtaler.

Samtaler

Ansatte ved de tre behandlingsinstitusjonene var opptatt av at klientene skulle delta i ulike samtaler for å sette ord på indre tilstander for å få en bedre forståelse av seg selv. Jeg spurte sentrale ansatte ved to av institusjonene om hvorfor de brukte samtaler, og den ene svarte etter

noen sekunders stillhet "jeg tenker at det er selvsagt. Det er sånn det skal være. (...) Når de lander fra et rusliv har de et kaos i det indre. Da er det viktig å ha andre mennesker å tenke sammen med og få hjelp til å sette ord på følelsene". Den andre svarte umiddelbart at de ønsket at klientene skulle reflektere rundt temaet rus, hvorfor de ruset seg og prosessen mot et rusfritt liv. Ved alle institusjonene hadde de morgensamlinger der man planla dagen og ulike samtalegrupper som varierte i innhold og form. I disse gruppene tok ansatte opp ulike generelle temaer som for eksempel motivasjon, rushistorie, strategier for rusmestring, nærhet til andre, selvbilde, vennskap, familie osv. Utover disse gruppesamtalene hadde klientene regelmessige individualsamtaler med kontaktpersonene om temaer som sprang ut fra klientens behandlingsbehov.

Det terapeutiske arbeidet som skjer innenfor behandlingstilbudene kan forstås som et substitutt for familien, fordi ansatte i institusjonene ivaretar roller og oppgaver som man forbinder med foreldres oppgaver ovenfor egne barn. Dette kan være omsorg, opplæring, praktisk hjelp, deling av arbeidsoppgaver, grensesetting og sanksjonering for å sosialisere barna til å bli selvstendige samfunnsborgere. I institusjonene inviteres klientene inn i en familiær atmosfære som ofte preges av intimitet og nærhet. Av den grunn forventes det av klientene at de skal inngå i fortrolige samtaler med ansatte. Til tross for denne likheten er det også sentrale forskjeller mellom foreldre-barn relasjonen og behandler-klient relasjonen. Behandlerne har en formell kompetanse som gir redskaper i forandringsarbeidet med klientene. I tillegg er ansattes tilstedeværelse i institusjonen regulert i et avtaleverk som bestemmer arbeidstid og lønn. De ansatte mottar arbeidslønn for et familieaktig arbeid med klientene. Relasjonen behandler-klient kan på bakgrunn av nevnte forhold betraktes som *den betalte familie* (jfr. Finstad 1990). Ansatte i den betalte familie kan synes å ha en forestilling om at den beste kuren mot rusmiddelproblemer er å snakke åpent med ansatte om temaer de definerer som viktige.

Ansattes arbeidsdag domineres av en snakke- og møtekultur som blant annet er knyttet til en omfattende møtevirksomhet. Noen av disse møtene, som kun var for ansatte¹, kunne være personalmøte, avdelingsmøte,

¹ Utledet fra avhandlingens hovedproblemstilling forholder jeg meg til klientarbeidernes møtevirksomhet. Ledelsen og administrasjonen ved de ulike feltstedene har også forskjellige ledermøter som jeg ikke nevner her. Listen med navn er ikke ment å være uttømmende og fullstendig, men illustrerende.

omorganiseringsmøte, fagteammøte, fordelingsmøte, inntaksmøte, overlappingsmøte og behandlingsmøte. En ansatt fortalte meg oppgitt på vei fra et møte til et annet at 40 prosent av arbeidet bestod av møtevirksomhet som ikke var direkte knyttet til klientarbeidet i avdelingen. I tillegg til disse forskjellige møtene hadde ansatte samarbeidsmøte, ansvarsgruppemøte og bistandsmøte der det var opp til hver enkelt ansatt å bestemme om klienten kunne delta eller ikke. Videre deltok ansatte og klientene sammen på ulike møter som morgenmøte, fellesmøte, gruppemøte, husmøte, allmøte, informasjonsmøte, ettermiddagsmøte og kveldsmøte.

Utover disse forskjellige navnene på møter har ansatte utviklet et rikt vokabular for ordet *samtale* som indikerer at å snakke er en dominerende aktivitet i behandlingsprosessen. Dersom ansatte var usikre på om de skulle tilby en klient en plass i institusjonen, gjennomførte de en *forvernsamtale* i forkant av en eventuell innleggelse. Senere, når klienten fikk plass i institusjonen (eller i et hybelhus) hadde ansatte en *inntakssamtale* med klienten. Dersom en klient skulle overføres fra et sosialkontor til et annet eller fra en avdeling til en annen i en institusjon, gjennomførte ansatte en *overføringsamtale* eller en *bli kjent samtale* for å høre hva klienten ville med for eksempel innleggelse i institusjonen. I en av institusjonene gjennomførte ansatte en obligatorisk *kartleggingssamtale* for å innhente nødvendig informasjon for å hjelpe klienten videre. Parallelt med denne kartleggingssamtalen deltok klienten i *gruppesamtaler* eller *samtalegrupper* i tillegg til å ha *individualsamtaler*. Ansatte anbefalte noen klienter å begynne med *polikliniske samtaler* eller *terapeutiske samtaler* fremfor innleggelse i behandlingsinstitusjon, samtidig som ansatte også hadde *oppfølgingsamtale* og *tilbakemeldingsamtale* med klienten. Disse samtalen foregikk ofte på *samtalerommet*. Noen ganger møttes miljøterapeut, konsulent og klient i en *trekantsamtale*. Når en klient hadde søkt om innleggelse og ansatte var usikre på hvordan de skulle forholde seg til søknaden, møttes noen ansatte i en *vurderingsamtale*. I noen av institusjonene hadde klientene *telefonsamtaler* under tilsyn fra ansatte, samtidig som ansatte i andre sammenhenger formidlet at de og klientene var likeverdige *samtalepartnere*.

Ansatte har med andre ord utarbeidet minst 19 forskjellige navn på møter og 17 forskjellige ord for samtale. Til sammen indikerer dette at det å *snakke* er en dominerende del av ansattes behandlingsforståelse og behandlingskur. Dette er en kur jeg har valgt å kalle *snakkekuren*. Det er denne kuren klientene inviteres inn i når de starter behandling mot

rusfrihet. Hva skjer når klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte anvender denne kuren?

Presentasjon og rapportens oppbygning

På bakgrunn av at møtene mellom innvandrer klientene og ansatte kan beskrives som spenningsfylte, var jeg opptatt av å finne en skriveform som formidlet noe av denne spenningen. Jeg valgte derfor å kontrastere de ansatte og klientene som to parter. Det er viktig å ta i betraktning at en slik kontrastering understreker en større likhet innenfor gruppene enn hva den faktisk var. Informantene og behandlingsstedene er anonymisert ved at ingen omtales ved deres egentlige navn, samtidig som jeg har endret på noen gjenkjennbare persondata. Videre presenteres ikke klientene i lys av for eksempel deres nasjonalitet, andre særpreg eller deres sak som vil kunne avsløre hvem de er. For å anonymisere informantene generelt og klientene spesielt, har jeg valgt å unngå for detaljerte beskrivelser av klientene og kan derfor kanskje kritiseres for å bli for generell eller kontekstløs i omtalen av dem. Presentasjonen av informanter og kontekster er "sanne" i den forstand at trekkene som beskrives representerer budskapet i fortolkningene.

Denne rapporten består i store trekk av tre deler. I den foregående delen ble bakgrunn, problemstilling, data og metoder for undersøkelsen presentert. Andre del av rapporten gir detaljerte beskrivelser og analyser av hva som skjer når klienter og ansatte møtes (kap. 2), hvilke problem- og løsningsforståelser de bringer med seg inn i samhandlingen (kap.3) og hvordan autoritet og makt anses som sentrale aspekter i den sosiale interaksjonen (kap.4). I den tredje og siste delen oppsummeres sentrale funn i forskningsprosjektet samtidig som det diskuteres hvordan ansatte og klienter kan nå hverandre innenfor rammen av samhandling (kap.5). For de som ønsker mer utfyllende bakgrunnsmateriale og mer om metodiske tilnærminger og etiske spørsmål finnes det i hovedoppgaven (Berg 2001).

Kapittel 2 Snakkekuren

“When all thoughts and feelings are communicated, the person becomes a free individual”. Fra Veksthusets behandlingsideologi (Ravndal & Vaglum 1994:7)

Slik behandlingens form og innhold praktiseres fremstår behandling som noe ritualisert. Et rituale bygger på en tro på et hellig budskap som er nedfelt i repeterende praksiser som har til hensikt å fortelle og gjøre noe med deltagerne. Disse arrangerte praksisene kommuniserer gjentatte ganger viktige og sakrale budskap. Et budskap kan være forkynnelse om Guds eksistens, og ved å opprettholde erkjennelsen og troen på Guds eksistens oppnår individet frelse og evig liv. Men budskapet kan også være at du er stoffmisbruker og ved å arbeide med denne erkjennelsen og en tro på deg selv, kan du slutte å bruke rusmidler og dermed bli en rusfri, ansvarlig borger. Ritualene bidrar også til å transformere deltagerens statuser gjennom en avkledning i forkant av en renselse. Etter renselsen ikler deltagerne seg nye klær og tildeles kallenavn som noviser, eller i denne studien klienter. I tillegg til at ritualene er repeterende er de regelbundne. De følger en oppskrift som forteller hvor de skal utføres, for eksempel i en kirke eller i et møterom i en institusjon. Implisitt i ritualet ligger en oppskrift med regler for utførelsen av ritualet. Oppskriften kan for eksempel omhandle kirkens liturgi eller institusjoners behandlingsprogram hvor det å snakke om rusmiddelproblemer er en sentral regel.

Behandlingen kan betraktes som et sekularisert overgangsrituale som bygger på en tro på et hellig budskap som forløses gjennom ordene i et troende fellesskap. Overgangsritualer markerer og danner overganger mellom før-, midt- og etterfaser. Handlingen i denne studien foregår i midtfasen, en liminal fase - en overgangsfase - der de som skal forandres i følge Turner (1970) er “betwixt and between” tidligere og framtidige sosiale statuser og forventninger. Deltakerne som skal gjennomgå transformasjonen er i en fase som er forbundet med fare for dem selv og samfunnet dersom ikke endringene i overgangsritualet forløper som forventet.

Tilhørighet og marginalisering

Når klientene legger seg inn i en institusjon for rusmiddelmissbrukere innebærer dette en fysisk separasjon fra det samfunnet de har vært en del av frem til innleggelsen. På hvilken måte var de en del av det norske samfunn? Et kort blikk på deres arbeidsforhold, sosiale nettverk og boform viser at de hadde liten sosial tilhørighet i det norske samfunnet. To personer i utvalget var tilknyttet arbeidsmarkedet, noe som innebar forpliktelser og tilhørighet. De øvrige 21 var ikke i arbeid og mottok ulike trygdeytelser som sykepenger, attføringspenger og sosialhjelp. Når det gjaldt boform bodde de fleste på hospits, hos venner og kjente, eller "ute på gata". Seks personer oppga at de bodde sammen med familie som ektefelle, foreldre og/eller søsken. Noen i materialet var gifte (4), flere (8) var enslige, mens flest (11) var skilt fra sine tidligere koner og i stor grad også sine barn. Disse klientene uttrykte på ulike måter at de måtte slutte å bruke heroin hvis de skulle bli aksepterte samfunnsborgere. *"Det er ingen som vil ha med sånne som oss å gjøre"*, sa flere.

Samtidig hadde de liten tilhørighet til hjemlandet og sine landsmenn. Ali formidlet det som var et gjennomgående budskap for flere av disse klientenes deltagelse og tilhørighet i samfunnet da han fortalte at han valgte å distansere seg fra sine landsmenn fordi han ruset seg. Ved at han heller ikke hadde noen kontakt med "vanlige" nordmenn eller omgang med norske rusmiddelmissbrukere betydde dette: *"Det er vanskelig at ingen bryr seg, ingen setter grenser, ingen forpliktelser for noen. Jeg kan gjøre hva jeg vil. I hjemlandet mitt har jeg forpliktelser for familien, det er viktig. Jeg savner familien"*. Noen (4) av klientene fortalte at de ikke hadde familie eller slekt i Norge og at savnet etter dem var stort, og de tenkte å reise tilbake til familien i hjemlandet. Ali var opptatt av at han ikke hadde noen plass i det norske samfunnet og at han kom til å dø av ensomhet og overdose hvis han ikke reiste hjem til familien. *"Jeg er ensom og isolert her i Norge"*, fortalte han. Noen uker senere ble han funnet død etter en overdose med rusmidler.

Klientenes tilhørighet til hjemlandet og familiene fremstår som svekket, samtidig som klientene har få eller ingen sosiale bånd til landsmenn i Norge, nordmenn generelt eller til norske stoffmisbrukere. Som stoffmisbrukere og innvandrere formidler flere av dem en opplevelse av utestenging fra det norske samfunn generelt og bolig- og arbeidsmarkedet spesielt. Klientene fremstår som en marginalisert gruppe ensomme individer uten tilhørighet til en sosial gruppe eller det norske samfunnet. Ettersom de ikke er integrert i et fellesskap, vil de uavhengig av om institusjonsbehandlingen blir vellykket eller ikke, trolig vende tilbake til

den marginale posisjonen uten noen former for sosial tilhørighet. Denne tilstanden kan være en farlig tilstand, i den forstand at den handler om liv og død, noe som var tilfellet for Ali.

Innleggelse i rusmiddelinstitusjoner vil i et rituellet perspektiv si at disse klientene blir separert fra et samfunn der de er marginalisert. Klientenes marginaliserte posisjon skiller seg fra den situasjon Turners teori (1970) omhandler. En teori som fokuserer på aktører (gutter) i en normalsituasjon som er integrert i samfunnet før overgangsritualet for deretter å reintegreres i en ny normalsituasjon (menn) etter overgangsritualet. Denne forskjellen kan ha betydning for hvorvidt behandlingen kan sies å bli vellykket eller ikke for klientene i denne studien.

Foruten klientenes manglende tilhørighet til en gruppe og/eller integrasjon i samfunnet, skal vi etter hvert se at disse klientene er uerfarne i forhold til hva som skal skje i løpet av institusjonsoppholdet.

“Vi tror ikke han har skjont hva slags sted dette er”

Over halvparten (13) av klientene med innvandrerbakgrunn hadde aldri tidligere vært innlagt i en avrusnings-, utrednings- eller behandlingsinstitusjon i Norge. Tre hadde korte opphold i én eller to behandlingsinstitusjoner, mens én hadde gjennomført ett lengre opphold. Åtte hadde tidligere vært innlagt til avrusning flere ganger i forskjellige avrusningsinstitusjoner. Saleem uttrykte noe flere av disse klientene formidlet, at de ikke kjente til tilbudene og ikke visste hvilket innhold de hadde. *“Jeg visste ikke hva en behandlingsinstitusjon var før jeg kom hit”*, sa han. Ansatte bekreftet på forskjellige måter disse klientenes uerfarenhet gjennom utsagn som: *“Vi tror ikke han har skjont hva slags sted dette er: en oase, et hotell eller hva?”*

Jeg ble overrasket da jeg observerte samtaler mellom ansatte og disse klientene. De snakket sammen som om de ikke hadde en felles forståelse av hva som skulle skje underveis i samhandlingen. Dette i motsetning til hva som skjedde mellom ansatte og flere norske klienter, der samtalen ofte forløp som om de var gamle kjente. Når flere av de norske klientene henvendte seg til ansatte var det ikke uvanlig å høre utsagn som *“jeg er narkoman og trenger behandling”*, eller *“jeg er motivert for behandling nå og du må hjelpe meg å finne en institusjon”*. Ansatte imøtekom slike utsagn med å raskt søke klientene til forskjellige behandlingsinstitusjoner. Jo raskere ansatte gjorde dette, desto mer fornøyd uttrykte disse norske klientene at de var.

Det interessante her er at det gjennom disse norske klientenes utsagn og ansattes handlinger, kommer til uttrykk et samspill som kan bidra til å forstå noe av hva som skjer eller ikke skjer i samhandlingen mellom klientene med innvandrerbakgrunn og ansatte. Dette samspillet kan handle om å ha tillit til og tro på behandlingssystemet. I tillegg viser det enighet om hvilken situasjonsdefinisjon og hvilke regler som gjelder for samhandlingen. En samhandling som også handler om å ivareta egen verdighet (Goffman 1992, 1967a,b).

Fredrik Barth sier om Goffman at han tar utgangspunkt i at aktører som samhandler *ansikt til ansikt* i et rollespill, trenger en *situasjonsdefinisjon*: “Når vi samhandler trenger vi å etablere en forståelse av hva slags anledning det er, og hvilken sektor av vår person vi, og de andre deltagerne, skal spille ut” (Barth 1992:8). Videre samhandler aktørene for å opprettholde en bestemt maske eller et image av sine *sosiale selv* gjennom *face work*, hvor noen intersubjektive *regler for adferd* preger aktørenes utsagn og handlinger. I følge Goffman (1967b) handler disse blant annet om hvordan aktøren fremstiller seg for å skape et bestemt positivt bilde av seg selv (demeanor) og om aktørens anerkjennelse av den andres fremstilling av seg selv ved å akseptere den (deference). *Regler for adferd* definerer Goffman som en anbefalt ’handlingsguide’, fordi den passer i interaksjonen og innebærer at den enes forpliktelser ofte vil svare til den andres forventninger. Goffman er opptatt av at det i *face work* er mulig å *tape ansikt* hvis det kommer frem informasjon som ikke passer inn i det bildet som ellers fungerer i situasjonen. Skulle det skje at en aktør opplever å tape ansikt, vil vedkommende kunne oppleve en følelse av skam og underlegenhet knyttet til situasjonen. Ved å bruke det Goffman kaller *unngåelsesritualer* er det likevel mulig å bevare egen verdighet. Dette innebærer å holde en viss avstand (Goffman 1967 a,b).

Ansatte møter som nevnt de norske klientenes utsagn om “*jeg er narkoman og trenger behandling*” eller “*jeg er motivert for behandling nå og du må hjelpe meg å finne en institusjon*” med å søke om plass i en eller flere behandlingsinstitusjon(er). Disse klientene uttrykker i slike situasjoner tilfredshet med ansattes praktiske hjelp til å skrive søknader om behandlingsplasser under forutsetning av at det skjer raskt. Her kan det virke som om norske klienter og ansatte er enige om situasjonsdefinisjonen og forholder seg til samme adferds- og spilleregler. Dette innebærer at de utfyller hverandres forventninger og forpliktelser, uten å true hverandres verdighet.

Videre kan utsagnene “*jeg er narkoman og trenger behandling*” eller “*jeg er motivert for behandling nå og du må hjelpe meg å finne en institusjon*” være et uttrykk for at senderne av budskapene har en tillit til systemet og en tro på ansattes kunnskaper ettersom de ber om hjelp til å søke behandling i institusjon.

Giddens (1997) er opptatt av at mennesker i det moderne samfunn søker hjelp hos det han kaller ekspertsystemer. I følge Giddens har *tillit til ekspertsystemer* form av ansiktsløse forpliktelser, hvor lekpersoner opprettholder troen på en bestemt viten som ekspertene tillegges uavhengig av hvem som innehar ekspertrollen. Denne viten er lekpersonene vanligvis uvitende om. Giddens skiller mellom *tillit til kunnskapssystemer* og *tillit til personer* som han kaller tillitsrelasjoner med ansiktsforankrede forpliktelser (Giddens 1997:67). Hvorvidt klientene med innvandrerbakgrunn har den samme troen og *tilliten til systemet* som den flere norske klienter uttrykker, kommer jeg tilbake til senere i analysen.

Klientene i utvalget er uerfarne klienter i behandlingssystemet. De er derfor trolig ukjente med hva behandling innebærer i en norsk behandlingssammenheng, i motsetning til flere av de erfarne norske klientene som er kjent med behandlingsprogrammets rituelle praksiser. Hvilken betydning har deres uerfarenhet i forhold til det som er forventet skal skje i samhandlingen mellom dem og ansatte?

“Han vil ikke snakke” – “Jeg forstår ikke hva jeg skal gjøre med han”

At ansatte og klienter med innvandrerbakgrunn ikke hadde en felles forståelse av hva som skulle skje i samhandlingen, ble tydelig på bakgrunn av ansattes reaksjon på disse klientenes manglende respons på spørsmål og deltagelse i samtaler. Første gang jeg registrerte at *reglene for adferd* ikke forløp slik ansatte forventet, var under et behandlingsmøte. Anne (ansatt) fortalte hoderistende kollegaene om Omar som ikke ville svare på spørsmålene hennes, men som snakket ut fra egne premisser.

Situasjonen er, i følge Anne, at hun og Omar skulle gjennomføre den obligatoriske “kartleggingssamtalen”, men han nekter å svare på de faste spørsmålene i denne samtalen. Anne formidler at han avbryter henne og sier at *hun* må høre på han, og hun kommer ingen vei med han. “*Han vil ikke gi informasjon om seg selv*”, sier hun. Videre er hun opptatt av at han ikke møter opp til gruppemøtene, fordi han ikke liker møtene og lederstilen der. Han er i følge Anne skeptisk til å snakke med de ansatte, fordi han tror de gir informasjonen videre til hjemlandets ambassade. Anne rister

oppgitt på hodet og sier: *“Jeg forstår ikke hva jeg skal gjøre med han”*. En annen ansatt forteller at Omar ikke visste hva institusjonen var da han kom dit. Når Anne opplyser at kontrakten hans for oppholdet utløper om noen dager, setter en av de andre ansatte punktum for diskusjonen med utsagnet: *“nå vet han hva vi er dersom han kommer tilbake”*. Tema endres til en annen sak og klient.

På et annet behandlingsmøte snakket en ansatt (Linda) svært oppgitt om en annen mannlig klient med innvandrerbakgrunn som hun mente var “aggressiv”, “avvisende” og “privat”.

“Han vil ikke snakke”, sier Linda irritert og oppgitt, før hun formidler at han ber om fritak fra gruppemøtene, fordi han blir deprimert av dem og får “rus-sug”. Ansatte avslår forespørselen om fritak. De mener mannen må delta slik at de får nødvendig informasjon for å kunne skrive utredningsrapport om ham til sosialkontoret. En av konsulentene formidler at det er frivillig å være innlagt i institusjonen og at de ikke kan hjelpe mannen dersom han ikke vil snakke. *“Si det til han at dersom han vil ha dialog en annen gang kan vi hjelpe han da”*, sier en tredje ansatt, før de begynner å diskutere en annen klient.

Slik jeg vurderer dette er ansattes reaksjoner et uttrykk for at de har forventninger om at de to nevnte klientene skal svare på spørsmålene fra de ansatte, slik at de kan hjelpe klientene. Disse forventningene blir ikke innfridd. Annes og Lindas oppgitte og irriterte uttalelser “han vil ikke gi informasjon om seg selv” og “han er privat”, formidler at det å være “privat” er noe svært negativt innenfor institusjonen. Samtidig formidler de en regel for adferd som omhandler at klientene skal snakke, for å gi ansatte informasjon om seg selv, i motsetning til det å være private. Klientene på den andre siden, ønsker ikke å snakke eller gi såkalt privat informasjon blant annet fordi en av dem, i følge en ansatt, tror ansatte formidler informasjonen videre til hjemlandets ambassade.

På bakgrunn av ansattes reaksjoner på disse to klientenes manglende respons på spørsmål og engasjement i samtaler, vil det være interessant å undersøke om det oppstår samarbeidsproblemer mellom andre ansatte og klienter med innvandrerbakgrunn. For å belyse hva som skjer i interaksjonen må vi gå tilbake til et startpunkt for samhandlingen og undersøke nærmere hva de snakker om og hvordan dette skjer.

Hussain, Shiba og Mohammed blir klienter

Da Hussain, Shiba og Mohammed møtte til innleggelse på Soria Moria, ble de gjort til klienter gjennom å delta i hver sin “inntakssamtale”². Avhengig av klientens rusnivå ved innskriving varierte lengden på samtaletiden. Ansatte fortalte at de pleide å stille klienten noen faste spørsmål og svarene ble nedskrevet i en kardeks som informasjon til andre ansatte. Videre fikk klienten informasjon om tilbudet ved institusjonen, og han/hun ble fortalt at bruk av vold, trusler om vold og bruk av rusmidler ikke var akseptert under oppholdet. Brudd på disse reglene førte, i følge ansatte, til utkastelse fra institusjonen. Etter denne inntakssamtalen måtte klienten levere fra seg alle saker og klær. Begrunnelsen var at ansatte skulle gjennomgå dette for å forhindre at det ble smuglet inn rusmidler. Inntakssamtalen ble avsluttet med at klienten måtte ta en dusj, for deretter å ikle seg institusjonens blå eller grå joggedress.

Hussain, Shiba og Mohammed blir gjort til klienter når de gjennomfører den symbolske handlingen “å legge seg inn i” institusjonene Soria Moria for å få hjelp. Indirekte formidler de med denne handlingen at de ikke kan hjelpe seg selv, men trenger hjelp av eksperter i et behandlingssystem. Relasjonen mellom ansatte og klienter kan dermed sies å være en *komplementær* relasjon der ansattes og klienters adferd er forskjellig, samtidig som de utfyller hverandre til en helhet bestående av hjelpere og hjelpetrengende (jfr. Bateson 2000b:323). Relasjonen uttrykker en strukturell enkelhet ved at ansatte og klienter står til hverandre i et over- og underordnet (asymmetrisk) forhold. En strukturell enkelhet som trolig er mer komplisert dersom Annes utsagn om at “*jeg forstår ikke hva jeg skal gjøre med han*” har gyldighet for flere ansatte. Utsagnet kan fortolkes som at hjelperen i den komplementære relasjonen blir hjelpetrengende i møtet med klienten som hun har forpliktelse til å hjelpe. Annes utsagn, som blir formidlet mellom ansatte på deres vaktrom, samhandlingens *backstage* (Goffman 1992:92-96), uttrykker en hjelpeløshet. Gjennom denne hjelpeløsheten viser hun at hun ikke får utført arbeidet så lenge klienten ikke innfrir forventningene om å snakke åpent.

Med bakgrunn i ansattes reaksjoner vil det være aktuelt å analysere kompleksiteten i samhandlingen mellom ansatte og klienter med innvandrerbakgrunn og hva som skjer i det sosiale dramaet mellom dem.

² Jeg var aldri tilstede i disse samtalerne. Det bildet jeg formidler er satt sammen av forskjellige ansattes beskrivelser fra disse samtalerne.

Et gjennomgående mønster i løpet av seks måneders feltarbeid var at disse klientene ble omtalt av ansatte med uttrykk som at de ikke var tilstede på gruppene, de var tause og/eller lite deltagende når det gjaldt å snakke om seg selv og sine problemer. Ansatte var videre opptatt av å forklare klientenes manglende deltagelse. At de ikke snakket ble forklart med at de ikke kunne språket godt nok, hadde store psykiske problemer eller bare kunne snakke sak og ikke om seg selv. Ansatte betrakter dermed klientenes "taushet" som en heftelse isolert ved klientene, noe som ikke inkluderer dem selv i klientenes system. Et system som blir opprettholdt og videreutviklet i en selvforsterkende sirkulær prosess deltagerne i mellom (Bateson 2000a). Svært enkelt innebærer dette at klientenes reaksjon er et svar på ansattes aksjon, og motsatt og at de dermed gjensidig forsterker visse tendenser hos hverandre.

La oss forflytte oss ut av vaktrommet og til samhandlingens *frontstage* (Goffman 1992:92-96), for å se på hva som da skjedde. Gruppemøtene på Soria Moria foregikk alltid i et bestemt rom som ble kalt allrommet. La oss først gå til allrommet hvor ansatte og klienter møtte hverandre i morgenmøter mandag - fredag kl. 08.30 – 09.00 og samtalegrupper mandag, tirsdag og torsdag mellom kl. 13.00- 14.00. Det var i følge de ansatte obligatorisk fremmøte for klientene på disse gruppemøtene hvor samtalen var den sentrale aktiviteten. Klientene kunne få fritak fra disse samtalerne dersom de søkte og ansatte fant å kunne innvilge dette.

Brudd på forventninger om deltagelse?

De eneste møblene i rommet var stoler som var plassert i en sirkel midt på gulvet og en overhead, en tavle og et bord som sto i et hjørne. Det var vinduer langs en hel vegg av rommet og lys farge på veggene. Det var viktig å komme presis og ansatte som kom først, satte seg aldri ved siden av hverandre når de ankom rommet, men satte seg spredt i sirkelen. Sirkelen varierte i størrelse avhengig av hvor mange klienter som var innlagt, og hvor mange ansatte som deltok, og det var oftest en kvinnelig konsulent som ledet gruppemøtene. Kvinnelige klienter og ansatte deltok i de samme gruppene som mannlige klienter og ansatte. Med andre ord var det ingen kjønnssegregering slik som det er i de fleste av landene som disse klientene har etnisk tilknytning til.

Gruppemøtene

Konsulenten starter morgenmøtet med å ønske alle velkommen og en ny norsk klient blir bedt om å presentere seg. Han starter umiddelbart med å fortelle om den gangen han begynte med ulike rusmidler og nevner hvilke

behandlingssteder han tidligere har vært innlagt i, og at han nå er *“veldig motivert”* for å gjøre noe med rusmiddelproblemet sitt og tenker han vil legge seg inn på Veslelien (behandlingsinstitusjon). Konsulenten smiler og nikker til klienten mens han presenterer seg og takker i det han er ferdig. Deretter endrer hun samtaletema til et filosofisk spørsmål som klientene skal reflektere over: *“Hvem er du?”*

“Narkoman, lurendreier”, svarer en av de norske klientene.

“Du blir den historien du forteller deg selv eller andre forteller deg”, svarer konsulenten.

Tre ansatte og en norsk klient er aktive i samtalen. De øvrige sitter tause. Ansatte fortsetter samtaletemaet med å spørre om klientene er *“ytre eller indre styrt”*. *“Er dere styrt av stoffet, låste dører, urinprøver, eller noe i dere selv? (...) Det handler om å finne en balansegang mellom å ta ansvar for seg selv og la andre ta ansvar for en”*, sier en av de ansatte.

Konsulenten avslutter som vanlig snakkesekvensene etter tjuvfem minutter, idet hun gir ordet til en miljøterapeut som skal bruke de siste fem minuttene av møtet til å fordele arbeidsoppgaver³ og dagskontakter.⁴ Møtet blir avsluttet med at konsulenten ønsker de tilstedeværende en god dag. Verken Omar eller Mohammed møter opp til dette eller andre morgenmøter. Mohammed er fritatt for deltagelse og han ligger og sover, mens Omar som ikke er fritatt irriterer ansatte med sitt fravær.

Ettersom det ikke er noen klienter med innvandrerbakgrunn tilstede i morgenmøtet denne dagen kommer en norsk klient bort til meg etter møtet og sier: *“Du må være med i gruppe kl. 13.45 for da er dem våkne. Forresten - innvandrerne de sier ingenting”*.

Senere kom Hussain og Shiba til avdelingen og de møtte hver dag presis til alle gruppemøtene.

Hussain som er taus i disse møtene veksler mellom å se på de andre som snakker eller se ned på skoene sine. Han blir ofte spurt hvordan han har det og han svarer alltid *“bare bra”* bortsett fra på et morgenmøte da han svarer at: *“Jeg er litt trøtt”*. Dette utsagnet blir applaudert av en av de andre norske klientene, fordi det i følge henne er første gang Hussain sier noe annet enn bare bra. *“Uansett hvor jævlig han har det sier han at han har det bare bra”*, sier hun alvorlig. En ansatt bemerker på et påfølgende behandlingsmøte med begeistret stemme at det er første gang Hussain sier noe annet enn bare bra.

Shiba som også er taus under møtene veksler mellom å se på de andre for hun stirrer ut av vinduet som om hun sitter med åpne øyne og sover. Ansatte spør henne flere ganger i løpet av disse fellessamlingene om

³ Arbeidsoppgaver som for eksempel hvem av klientene vekker de andre klientene til frokost, og hvem forbereder frokost, lunsj, middag og kveldsmat.

⁴ Dagskontakt er navnet på den ansatte som klientene skal henvende seg til i løpet av dagen, dersom de trenger hjelp eller det er noe de lurer på.

hvordan hun har det, og hun svarer hver gang. *“Jeg har det bare bra”* og får ikke flere spørsmål om det. På ett av disse morgenmøtene tar en av de andre norske klientene opp hvor *“dårlig service narkomane får på kjøpesenter og sykehus”*, og ansatte og noen norske klienter snakker ivrig om dette. Shiba og Hussain sitter tause og veksler mellom å se på dem som snakker, eller ned på skoene sine eller ut av vinduet. *“Dette temaet må vi fortsette med i gruppen, om roller man får”*, sier konsulenten begeistret.

Samtalegruppene senere på dagen lignet morgenmøtene i form og innhold. Ansatte og klienter samlet seg igjen i stolsirkelen. Det var nesten alltid en konsulent som ledet samtalegruppene og som satte dagsorden med ulike temaer knyttet til det å ha rusmiddelproblemer. For som ansatte sa på vaktrommet: *“Alle temaene her er rusrelaterte fordi vi er jo en institusjon for rusproblemer”*. Temaer som ble diskutert var blant annet klientenes stoffmisbrukeridentitet, modeller for hvordan de kunne endre seg og ulike behandlingstiltak.

I en av disse gruppesamtalene er Shiba tilstede og temaet er ulike behandlingsmodeller. To ansatte leder møtet og snakker om en sykdomsmodell og sosiale lærings- og avlæringsmodeller. De fokuserer etter hvert på en bestemt behandlingsinstitusjon hvor *“respekt og dialog”*, i følge den ene ansatte, er sentrale begreper. Den andre ansatte skriver *“respekt”* og *“dialog”* på tavlen og forteller at det ikke handler om å *“forandre”* seg, men å *“for-selvs”* seg. Shiba som sitter taus og alvorlig og ser tomt ut i rommet blir spurt om hun synes temaet er interessant og hun svarer at det er det.

Etter gruppesamlingen spurte jeg Shiba om hun syntes møtet var interessant? *“Jeg må jo si det når dem spør”*. *“Synes du det var interessant?”*, spurte jeg igjen *“NEI, men jeg kan ikke si at jeg ikke gidder å høre på dem”*.

Ansatte på den andre siden kommenterte i sine behandlingsmøter at klientene med innvandrerbakgrunn ikke snakket på møtene. Samtidig uttrykte ansatte ofte en resignasjon gjennom hoderisting, for deretter å diskutere en norsk klient som hadde vært aktiv under samtalegruppene.

Noen uker senere møtte jeg en ny mann, Tariq, i avdelingen som gikk med tunge langsomme skritt til en samtalegruppe. Han ristet på hodet mens han sa med trist og oppgitt stemme til meg: *“De snakker om hvordan vi ble narkomane og hvordan vi skal slutte å være narkomane. De snakker om rus. Det er ikke interessant. Jeg har bestemt meg. Jeg går til gruppen for å vise de andre respekt, men det er ikke interessant for meg å være der”*.

Ansatte og noen norske klienter opptrer som om de har felles kulturell kompetanse. Denne omhandler innholdet i samlingene, noe de uerfarne klientene med innvandrerbakgrunn sannsynligvis ikke kjenner. En norsk kvinnelig klient og en ansatt applauderer Hussain når han sier noe annet enn at han *har det bra*, som om de har en felles forståelse om at det er problematiske forhold det er bra å snakke med hverandre om. Denne lille sekvensen illustrerer det samme som ansatte formidler til hverandre gjennom ordene: *“Alle temaene her er rusrelaterte fordi vi er jo en institusjon for rusproblemer”*. Her defineres hvilke forventninger ansatte har til klientene om hva de skal fortelle om seg selv og som de senere forventes å reflektere over i gruppene. De norske klientenes utspill, der de presenterer seg som “behandlingsmotiverte narkomane” eller tar opp temaer i samtalegruppene om hvor “dårlig service narkomane får på kjøpesentra og sykehus”, blir møtt av de ansatte med anerkjennende smil og ivrig engasjement. Begge parter kjenner spilleregelen *å snakke om problemer*. Dette medfører at de utfyller hverandres forventninger og forpliktelser. Denne spilleregelen virket ukjent for Hussain da han formidlet til en ansatt at det var vanskelig å være med i gruppene, fordi *“jeg forstår ikke hva som forventes der”*. Fremmedheten ble også synlig da han fortalte at han ønsket å klippe håret og lurte på om han kunne spørre om en hårklipp under gruppemøtet.

Spilleregelen *å snakke om problemer* virker også ukjent for Shiba og Tariq, som sier de går til gruppene fordi de er obligatoriske, mens det å snakke om problemer er helt uinteressant for dem. Reza, som på dette tidspunktet var innlagt i behandlingsinstitusjonen Forandring fortalte at det virket som de norske likte å snakke om *“kjipe ting”*, fordi ansatte og norske klienter der han var innlagt, alltid snakket i gruppene om det de ikke hadde fått til. *“Jeg liker å snakke om det jeg mestrer jeg. For når jeg snakker om de “kjipe tingene” får jeg det alltid så dårlig etterpå”*, sa han lavt.

Deltagere eller tilskuere?

En grunn til at de uerfarne klientene med innvandrerbakgrunn blir mer tilskuere enn deltagere i samtalegruppene er trolig at de ikke kjenner til spillet og spillereglene i gruppesamlingene, slik som mange av de norske klientene gjør. Men like viktig er det at de ikke vil og ønsker å innta en slik klientrolle.

La oss ta en liten tur inn på røykerommet og høre på tre norske erfarne klienter som snakket sammen mens de røykte. Samtaletemaet omhandlet viktigheten av å “se an” ansatte for å få den hjelpen de ville ha. En av

mennene fortalte at han var “dødssliten” og trengte “å kule’n” litt på institusjon: “*Jeg sier det dem vil høre, så ordner dem plass*”. Med andre ord får klienten en liten ferie, samtidig som de ansatte utfører arbeidet og hjelper en tilsynelatende behandlingsmotivert klient. Ettersom flere av de erfarne norske klientene tidligere har vært i denne liminale fasen, vet de hva som foregår og forventes i gruppene. De uerfarne klientene med innvandrerbakgrunn derimot, kommer inn i rituelle rom hvor det foregår et spill som de ikke har lært og som dermed er ukjent for dem.

Gruppesamlingene kan forstås som et rollespill (Goffman 1992) der det er faste rolleinnhavere, handlingsmønstre og roller. Ansatte følger da et manus som gir få muligheter til å improvisere for klienter som er ukjente med spillet. Noen av de norske erfarne klientene som har lært seg manuset og klientrollen, spiller på lag med ansatte, mens Hussain, Shiba og andre uerfarne klienter fremstår som et uinteressert publikum. Det kan være mulig at de inntar denne passive posisjonen fordi de misliker den klientrollen de norske spiller og derfor forsøker å unnsnippe den. Deres passive tilskuerposisjon til det som skjer i samtalegruppene, kan dermed tolkes som om de prøver å holde ansatte på avstand, ved å kun svare på det de blir spurt om. Dette for å bevare egen *verdighet* og ikke *tape ansikt*. Ansatte, som er aktive, uttrykker en forpliktelse til å hjelpe klientene til å reflektere over egen situasjon gjennom å snakke om rusmiddelproblemer. De ansatte får ikke utført arbeidet når klientene ikke snakker om det ansatte ønsker. Med andre ord oppstår en situasjon hvor klientene *taper ansikt* dersom de må snakke om rusmiddelproblemene sine, mens ansatte *taper ansikt* dersom de ikke får utført arbeidet de skal gjøre. Dermed synes det å være oppstått en situasjon hvor det er like viktig for både ansatte og klienter med innvandrerbakgrunn å ikke *tape ansikt* eller bli diskreditert i samhandlingen. Snakkesalige norske erfarne klienter vil trolig redde ansatte og uerfarne klienter fra slik diskreditering, ved at flere av disse erfarne klientene gjerne snakker med de ansatte om det som forventes i denne behandlingskonteksten.

For ansatte kan det synes som om det å *snakke om problemer* er ensbetydende med at de utøver sitt arbeide, mens for de uerfarne klientene kan det å *snakke om problemer* oppleves ensbetydende med skam. Dette kan fortelle oss noe om hvorfor ansatte er aktive deltagere og klientene passive tilskuere i samhandlingen. Når det gjelder innholdet i snakket, synes det å være logisk for ansatte at så lenge klientene er innlagt i en institusjon for rusmiddelproblemer, vil alle temaer være rusrelaterte og problemorienterte. Vi ser at både Shiba, Tariq og Reza på forskjellige måter tar

avstand fra denne behandlingsideologien. Reza sier at han liker å prate om det han mestrer og ikke om problemer, slik de norske bidrar til. Shiba formidler frustrert at temaene ansatte snakker om er uinteressante, og Tariq uttrykker oppgitthet over ansatte som bare vil snakke om rus og formidler at han ikke går til gruppene for å reflektere og/eller snakke om sitt rusmiddelproblem, men at han går dit for å vise de andre respekt.

Dannelse av en privat sfære

Hussain, Shiba og Tariq hadde videre det til felles at de holdt seg mye for seg selv i Soria Moria, også når de satt sammen med de andre klientene på røykerommet. Det var som om de ikke tilhørte noe klientfellesskap, men holdt avstand til hverandre og de andre klientene. Alle tre formidlet til meg på hver sin måte at de ikke var som de norske klientene, verken “narkomane” eller kriminelle, og at de hadde hatt et rusmiddelproblem som de nå hadde lagt bak seg og ville glemme. Til forskjell fra de norske ønsket ingen av de tre behandling i institusjon for rusmiddelproblemet, fordi det i følge Hussain “ikke er noe for meg”, og et slikt opphold ville i følge Tariq og Shiba gi dem begge tilleggspolmer. Tariq uttalte at han var redd for å bli avhengig av systemet og bli en “uvanlig person”. Shiba sa at et opphold i behandlingsinstitusjon ville medføre at familien ikke ville ha noe med henne å gjøre. De var alle tre opptatt av å flytte sammen med familiene igjen. I tillegg ønsket de hjelp til arbeid, skoleplass og bolig.

Det er flere eksempler som viser at klientene med innvandrerbakgrunn og de norske klientene ikke har et kameratskap, men at de derimot har et internt hierarki seg i mellom. Det at flere av “innvandrer klientene” holder avstand til de norske klientene, kan sees i lys av at disse, som ofte kjenner hverandre fra tidligere, ekskluderer de ikke-norske med klientene ved å inkludere hverandre som norske. Videre omtaler de “innvandrer klientene” som “klientene som får alt”, enten det er på sosialkontoret eller i institusjonen. De får “til og med egen forsker”, sa en og pekte på meg.

“Innvandrerne har det best”, sier en norsk klient og en annen nikker og legger til: “De har kolonier på hjørnet som driver med litt av hvert. Norske blir arrestert dersom det skjer noe der”. “De liker seg i fengsel”, sier den første, “fordi det er bedre i norske fengsler enn der dem kommer fra. Jeg er ikke rasist, men de får alt og kjører rundt i Mercedes med kone og barn. Men vi vet”.

Klientene gjør etnisitet relevant gjennom dannelsen av etniske relasjoner som fremstår som gjensidige negasjoner. Dette medfører blant annet at klientene med innvandrerbakgrunn holder seg mye for seg selv, og utvikler hva jeg vil kalle en *privat sfære* for å opprettholde egen verdighet.

Innvandrer klientenes medvirkning til å etablere en privat sfære kan også betraktes som et Goffmansk unngåelsesrituale. Dette gjør at de slipper å identifisere seg med de norske kriminelle og “narkomane” klientene for derigjennom å opprettholde en form for selvrespekt. Ettersom Hussain, Shiba og Tariq oppholdt seg mye alene under institusjonsoppholdet, er de dermed uten korrektiv fra andre med de lærings- og tilpasningsmuligheter som ligger i dette.

Sosialt drama

For ytterligere å forstå hva som skjer i den sosiale interaksjonen mellom ansatte og klientene, vil jeg belyse interaksjonen som en selvforsterkende prosess uttrykt i et sosialt drama.

I Turners faseteori om sosiale drama (1974) oppstår først et *brudd* med vanlige oppfatninger, før en akselererende *krise* utvikler seg. Deretter føres prosessen inn i en *reparasjonsfase*, der korrigerende mekanismer kan forhindre en ytterligere forsterkning av krisen. Den fjerde og siste fasen i det sosiale dramaet er todelt. Utfallet er avhengig av om de korrigerende mekanismene avhjelper krisen. Enten oppstår det en *reintegrasjon* i partenes interaksjon eller de mislykkes og det oppstår et uopprettelig *schism* (splittelse).

Så langt i denne studien kan det synes som om det oppstår et *brudd* mellom ansatte og innvandrer klientens forventninger om hva som skal skje i samhandlingen. Ansatte virket resignerte over at klientene ikke ville snakke om *rusrelaterte temaer* i gruppene, mens Shiba, Tariq og Hussain formidlet at det var uinteressant å måtte være tilstede i gruppene, hvor de snakket om rusmiddelproblemer. Var det slik at det var lettere for ansatte og klientene å snakke sammen i individualsamtaler enn i gruppesamtaler?

“Vi trenger å få et bilde av deg” – “Det jeg sier er bare 1/1000 dels eksempel på mitt liv”

De fleste individualsamtalene fant sted i samtalerommet og alle samtalene foregikk på norsk uten tolk.

En ansatt (Ivar) har hatt samtaler med Hussain og Shiba og diskuterer klientene med en kollega. Ivar forteller at han sliter med å få Hussain og Shiba i tale. Hussain vil i følge Ivar flytte ut av Oslo for å få seg arbeid, bolig, venner og en hobby, og er ikke interessert i terapi. Ivar forteller videre at han har gitt Hussain brosjyrer om forskjellige behandlingsinstitusjoner, fordi “*han har ikke greie på behandling*”. Shiba er, i følge Ivar, opptatt av at hun er ferdig med rusmiddelproblemet og vil

hjem til familien. Hun har lagt seg inn i institusjonen fordi kuratoren sa hun måtte gjøre det. Selv hadde hun trodd at hun hadde lagt seg inn på et sykehus og forventet et kort behandlingsopphold for en skade hun hadde.

Noen dager senere skulle Hussain og Shiba svare på ulike spørsmål i hver sin obligatoriske kartleggingssamtale som ble gjennomført sammen med Ivar.

Hussain starter samtalen med å spørre om han må fylle ut kartleggingsskjemaet, noe Ivar bekrefter at han må, fordi *“vi trenger å få et bilde av deg”*. Ivar starter samtalen med å spørre Hussain om navnet til hans mor og når hun er født. Det blir stille i rommet og Hussain ser svært alvorlig ut når han spør med skingrende høy stemme: *“Hvorfor skal du vite det?”*

“For å få et bilde av livet ditt”, svarer Ivar med rolig stemme.

Ivar og Hussain bruker lang tid på å skrive ned navn og fødselsdatoer på ulike familiemedlemmer, fordi Hussain formidler at han ikke liker å svare på dette og at det er vanskelig for ham. Ivar spør også Hussain om tidligere kjæresten, om han har barn, hvor han bodde i oppveksten, sammen med hvem, forholdet til ulike familiemedlemmer, oppholdsgrunnlag, statsborgerskap, arbeidsforhold og hvilken kontakt han har med familien når han ringer hjem.

“Du har sagt til meg tidligere at moren din spør hvordan du har det? Tror du familien vet at du ruser deg?”

“Jeg vet ikke, ja litt. Jeg skulle ønske jeg kunne si at jeg har leilighet og går på universitet”.

“Er det for dem eller deg det er vanskelig å si hvordan du har det?”

“Begge deler”.

“Du har en ganske stor sorg?” spør Ivar.

“Ja, kan jeg få se på det skjemaet? Må alle gå gjennom dette?”

“Ja”.

“Dersom jeg ikke svarer på spørsmålene, får det dårlige konsekvenser for meg?”

“Ingen får dette, navnene”, sier Ivar. “Vi bruker det for å få et bilde av deg”.

“Jeg synes at sånne samtaler er vanskelig. Har aldri svart på slike spørsmål og jeg vet ikke om det er riktig”, sier Hussain og ser ulykkelig ut, mens Ivar ser oppgitt og stresset ut fordi tiden går og det er mange flere spørsmål å stille. Kartleggingssamtalen blir avsluttet, fordi Ivar må gå i et møte han allerede er for sent ute til. Hussain kommenterer til meg etter samtalen at han synes det er vanskelig med slike samtaler, fordi *“jeg tenker på konsekvensene for mine behandlingsmuligheter, dersom jeg ikke svarer. – Og det er viktig å være oppmerksom på at det jeg sier er bare 1/1000 dels eksempel på mitt liv”*.

Ivar som også arbeidet med Shiba, fortalte senere i ansattes behandlingsmøte at det *“ikke fungerte med Shiba og kartleggingsskjemaet”*.

“Hun er mistenksom og ønsker det ikke utfyllt”, sier Ivar. Han forteller videre til sine tilstedeværende kollegaer at han har forsøkt å snakke med både Hussain og Shiba flere ganger, men han klarer ikke å komme i posisjon til

dem, fordi de unngår å prate med han. Ivar ser fortvilt på papirene sine, mens de andre kollegaene ser hjelpeløst og taust på han. Ivar hever hodet og flytter blikket fra papirene til taket samtidig som han river seg i håret og sier med tung pust og oppgitt stemme at han trenger hjelp til sine *“to stumme innvandrere”*. Det blir helt stille i rommet, som om det har oppstått noe pinlig eller ubehagelig som ingen har hørt. En ser ut av vinduet, én på en tavle på veggen, en annen tegner streker på et ark, mens øvrige ansatte stirrer tomt ut i rommet. En overordnet kremter og formidler til Ivar at de to kan snakke sammen om dette etter møtet, før hun henvender seg til de andre med utsagnet *“la oss diskutere hva som skal skje med Roger”* (annen klient).

Etter møtet går den overordnede og Ivar til overordnedes kontor hvor Ivar forteller med fortvilt stemme at han blir *“gal”* og *“provosert”* av Hussain *“Han følger ikke samtalen, ser ned og sier at han ikke kan invitere foreldrene”*. (...) *“Han sier at han ikke vil ha terapi, som vil si å leve etter reglene på institusjonen. Hvor kan han da bli opplært i forhold til hvordan han skal være for å bli en god norsk borger?!”* spør Ivar opprørt.

Når det gjaldt Shiba fortalte Ivar med oppgitt blikk og stemme:

“Hun svarer ikke gladelig på spørsmål, snur seg bort når jeg dweler ved spørsmål og hun sier at hun ikke forstår hvorfor jeg vil vite. Hun spør hva poenget er med å snakke om tidligere rus, og jeg sier at sosialkontoret skal ha en tilbakemelding om utredningen”. Da gråter hun og sier at *“dette gir ikke et positivt bilde av meg”*. Ivar forteller videre at *“hun sier ikke noe uoppfordret”*. (...) De to ansatte blir så enige om en handlingsplan for hvilke temaer som skal diskuteres i samtale med henne fremover. *“Vi må få historien og opplevelsen hennes. Før, nå og fremover. Arbeidsperiode, livshistorie. Hvordan hun har det egentlig? Hva har hun behov for? (...) Sosialkontoret har bestilt en utredning av behandlingsbehovene hennes og vi trenger informasjon for å skrive en utredningsrapport til dem”*.

Shiba formidlet flere ganger til meg at hun ikke orket å være sammen med noen av de andre klientene eller snakke med ansatte, fordi de snakket om rus hele tiden noe hun var ferdig med. *“Her prater dem [klientene] om piller og rus hele tiden. Jeg kan ikke be dem holde opp”*. I en samtale med Ivar sa hun med sint, bestemt stemme:

“Dere snakker om det samme om og om igjen. Jeg blir sliten av de samme spørsmålene. (...) Dere jobber med rusproblemer og jeg har ikke et rusproblem”. Problemet hennes er ifølge henne selv at hun er innlagt i institusjonen og ikke er sammen med familien. Hun er opptatt av at familien har forventninger til henne om at hun skal stille opp for dem, samtidig som de ikke vet at hun har brukt narkotika eller er innlagt i institusjonen. I følge Shiba er det å være sammen med familien det som kan hjelpe henne og ikke å snakke med fremmede. Ivar som hele tiden har sittet stille og hørt på henne spør:

“Så problemet ditt det er at du er her?” “Ja, endelig en som har forstått det”, sier hun med sint stemme.

Det kan virke som Hussain, Shiba og ansatte forhandler om en *situasjonsdefinisjon* for samhandlingen uten at de blir enige. Dette fører blant annet til at Hussain og Shiba velger å ikke følge adferdsreglen å snakke om problemer, noe som fører til at Ivar blir hjelpetrengende slik han uttrykker for kollegaene på vaktrommet.

Før dette analyseres videre, skal vi flytte oss til behandlingssituasjonen Forandring hvor det oppstår en tilsvarende situasjon mellom ansatte og Mohammed. I følge en ansatt visste ikke Mohammed hva han kom til da han fikk plass i denne institusjonen. Ansatte var bekymret for Mohammed som ikke ville snakke om problemene sine. Deres bekymringer står i kontrast til det Mohammed formidler. Han fortalte meg at han hadde et boligproblem, og han ønsket å klare seg selv.

Ansatte er svært opptatt av Mohammeds behandlingssituasjon. En kveld etter ett av mine besøk ved institusjonen, når en ansatt (Tom) kjører meg til bussen, forteller han at de ansatte i institusjonen er bekymret for Mohammed som i følge dem er tung, trist og deprimert og ikke vil dele problemene sine med dem. Tom er opptatt av hva Mohammed snakker med meg om, og om jeg kan hjelpe dem slik at Mohammed snakker med dem også. Tom forsetter med alvorlig stemme: *“Mohammed har det ikke bra, han er alvorlig og trist, men vil ikke snakke med oss. Han vil ikke snakke med Put [Psykiatrisk ungdomsteam] eller psykiateren heller. Når vi prøver å snakke med han, sier han at han ikke vil snakke om seg selv, men vi ser han sliter. Vi har prøvd alt og vet ikke hva vi skal gjøre slik at dette ikke bare blir en oppbevaring. Han vil ikke snakke, og det ser ut som om han har bestemt seg for det. Vi ser han sliter, har problemer, og tenker det har med fortiden og forhold til familien å gjøre. Han kan plutselig si noe, komme på noe han har gjort i forhold til dem som han angret på, men vil ikke snakke om det”.*

“Sosionomer snakker med folk, og driver forandringsarbeid” sa en av sosionomene, men sa samtidig ingenting om at “folk” kanskje ikke ville snakke med ansatte om *rusrelaterte temaer* i individual- og/eller gruppesamtaler. Ansatte som har forpliktelser overfor klientene om å gjennomføre samtaler, tar for gitt at klientene vil snakke med ansatte om *rusrelaterte temaer* for derigjennom å få hjelp til rusmiddelproblemene sine, slik mange norske klienter gjør. Hussain, Shiba og Mohammed uttrykker snarere en motstand mot å svare på spørsmål og snakke med ansatte, eller en *fremmed* slik Shiba betraktet ansatte. Klientenes motstand mot å snakke om problemer gjør ansatte *hjelpeløse*, fordi de ikke får utført arbeidet de er satt til å gjøre. Ansattes hjelpeløshet kommer sterkest til uttrykk når Ivar på ansattes

vaktrom fortvilet river seg i håret og formidler en maktesløshet over ikke å få utført arbeidet, fordi Hussain og Shiba i følge Ivar er “*to stumme innvandrere*”. Videre hører vi Tom som i en biltur med meg uttrykker en sterk bekymring for Mohammeds behandlingssituasjon og ber meg om hjelp i denne vanskelige situasjonen. Vi ser at når Ivar henvender seg til sine kollegaer, synliggjør han en hjelpetrengende som ber om ansattes hjelp. På tilsvarende måte fremstår Tom som hjelpetrengende når han ber om min hjelp. Denne direkte uttalte hjelpeløsheten holdes skjult for klientene i de videre samtalene, ettersom ansatte fortsetter å snakke om de samme temaer som tidligere. I denne selvforsterkende samhandlingen der hjelperne blir de hjelpetrengende og de “stumme” hjelpetrengende ikke vil ha helperens hjelp, oppstår det en *krise* i interaksjonen som forrykker balansen i den komplementære relasjonen.

Hussains, Shibas og Mohammeds motstand mot å snakke med representanter i et ekspertsystem kan tolkes dit hen at de ikke har den nødvendige tillit til og tro på behandlingssystemet. Dette bryter med grunnlaget, helper – hjelpetrengende, som den komplementære relasjonen bygger på. Videre får dette konsekvenser for de ansatte som er forpliktet (i systemet) til å gjennomføre det arbeidet de er satt til å gjøre, nemlig å snakke med klientene for derigjennom å hjelpe dem.

“Hun har sagt at hun ikke snakker med fremmede”

Hussains, Shibas og Mohammeds taushet kan være en reaksjon mot å snakke om *private* forhold med *fremmede*, fordi det innebærer en risiko å åpne seg, dersom de ikke har tillit til de ansatte eller tror på ansattes hjelpetilbud. Tidligere så vi at Ivar stilte Hussain spørsmål om blant annet andre familiemedlemmer, oppvekst, kjærester, barn, oppholdsgrunnlag i Norge etc. Dette kan oppleves som *private* temaer man kun deler med familiemedlemmer, venner og ikke fremmede. Videre kan det å svare på slike spørsmål oppleves farlig for en politisk flyktning. Som nevnt tidligere i kapitlet ønsket ikke Omar å svare på de samme spørsmålene som Hussain ble stilt, fordi han i følge Anne (ansatt) trodde ansatte ga informasjonen videre til hjemlandets ambassade.

Ansattes regel *om å snakke om problemer* samsvarer trolig ikke med disse klientenes regler for adferd når det gjelder hvem de snakker med om hva. Goffmans teori kan hjelpe oss å belyse dette forholdet. Goffman skiller mellom symmetrisk familiaritet (blant likeverdige) og asymmetriske forhold. Når det gjelder sistnevnte har en overordnet rett til å utøve visse familiære trekk som en underordnet ikke har lov til å gjengjelde i

situasjoner der han gjør en inntrengning i en annens privatliv (Goffman 1967b:64).

Forstått ut fra dette perspektivet ser vi at Ivar kan ha rett til å berøre aspekter ved Hussains liv som kanskje ikke Hussain eller Shiba kan tillate seg å berøre (tabu), samtidig som Hussain og Shiba ikke har det privilegium å spørre Ivar om de samme aspektene ved hans liv. At *fremmede* ansatte har rett til å utøve visse familiære trekk ovenfor Hussain, Shiba og Mohammed kan forstås i forhold til Giddens (1997) begrep om *systemtillit*. Systemtillit koblet til en behandlingssammenheng forstås av meg som 'terapeutisk offentlighet', fordi noe privat og intimt er forventet å skulle foregå i offentlige rom. Terapeutisk offentlighet er på mange måter en kompleks behandlingsform, fordi private og intime anliggender blir diskutert og intervensert i, i offentlige rom basert på fremmede eksperter. Ansatte forventer at klientene skal inngå i en slik terapeutisk offentlighet uten særlige reservasjoner, noe klientene vanskelig kan oppfylle siden deres tillit synes å være personrelaterte. Tillit til dette ekspertsystemet synes, som tidligere nevnt å ikke være tilstede hos Hussain, Shiba og Mohammed i deres samhandling med en fremmed ekspert.

Moren til Reza (MorReza) synes å bekrefte manglende systemtillit når hun svarer på mitt spørsmål om hvem man går til med problemer. Hun svarte:

Små problemer tar vi selv, mens store problemer snakker vi med familien om. (...) Vi vil ikke fortelle om dem til andre mennesker, fordi de er fremmede. (...) Vi vil ikke snakke til dere om dem, fordi dere tenker vi er kanskje dårlige mennesker og familier.

Utsagnet vitner om at man snakker om *store problemer*, men det er innenfor den familiære sfæren man snakker om disse problemene. Et annet poeng som MorReza her nevner er at man ikke forteller om disse problemene til fremmede av frykt for å bli ansett som en dårlig familie. MorReza formidler med dette et budskap om at det er *familiens* rykte som rammes og ikke enkeltindividets. At det innebærer en risiko å snakke med ansatte om store problemer bekrefter også Shiba. Hun formidlet gjentatte ganger at dersom ansatte sendte henne til et behandlingshjem, ville ikke familien ha noe mer med henne å gjøre. "Da har jeg ingen, bare dem", sa hun og pekte ut i avdelingen hvor de andre klientene satt.

⁵ Begrepet terapeutisk offentlighet er utviklet sammen med Tian Sørhaug.

En sannsynlig tolkning av denne situasjonen kan være at klientene ikke ønsker å inngå i en terapeutisk offentlighet nettopp for å bevare familiens verdighet, og fordi det innebærer en risiko å åpne seg for fremmede med tanke på hvilke konsekvenser dette kan medføre for dem selv og familien. Påtvunget snakking med fremmede om *store problemer* setter sannsynligvis klientene i en vanskelig situasjon fordi de betrakter seg selv som en del av en familiekontekst. Samtidig skaper klientenes passive tilskuerposisjon en vanskelig arbeidssituasjon for de ansatte som ser seg selv i forhold til kollegaer og behandlingssystemet, der de er opptatt av å hjelpe klientene på systemets premisser. Tilskuerrollen og manglende systemtillit kan betraktes som forsterkende faktorer til den krisen som er utløst.

Ansatte forholdt seg forskjellig til den *krisen* og *reparasjonsfasen* (jfr. Turner 1974) som samhandlingen med klientene kom inn i. I en av samtalegruppene satt Hussain helt stille under hele møtet og så igjen ned på skoene sine. Konsulentene som ledet møtet snakket direkte til alle i stolsirkelen bortsett fra Hussain. Denne unngåelsen ble forklart med at mannen signaliserte med hele seg at han ikke ønsket å snakke, noe den ansatte ikke ønsket å presse mannen til. Ivar på den andre siden forsøkte å snakke mer med Hussain for å få ham til å reflektere over behandlingsinstitusjoner som hjelpetiltak, nettopp for å slutte å være en rusmiddelmissbruker. Hussain som ikke så på seg selv som en stoffmisbruker, formidlet at han kun var interessert i å flytte inn i en institusjon for en kort periode av en annen årsak, nemlig å få hjelp til etablering utenfor Oslo og til gjennomføring av utdanning. Hussain formidlet til meg at *“nå synes jeg at Ivar må ha skjont behovet mitt og finne et slikt sted”*, mens Ivar formidlet *“jeg blir så oppgitt, uansett hva jeg sier så sier Hussain: de er gode mennesker, men jeg kan ikke være der”* til de ulike institusjonene som Ivar foreslo.

Det oppstår et totalt brudd i samhandlingen da Hussain valgte å ruse seg i løpet av innleggelsen. Ansatte reagerte på rusingen med å skrive Hussain ut fra institusjonen.

Mellom Shiba og ansatte ser vi at Shiba ikke aksepterer å være en del av den komplementære relasjonen. Hun forteller at problemet hennes er at hun er innlagt og dermed må snakke om et problem hun har valgt å legge bak seg. Shibas *“taushet”* i forhold til ansattes forventninger om at hun skal snakke om rusmiddelproblemet, medfører at ansatte blir de hjelpetrengende i møtet med en klient som ikke trenger deres hjelp. Det oppstår en situasjon der det blir viktig for ansatte å ivareta en profesjonell

integritet, mens det for Shiba er viktig å ivareta en personlig integritet. Ansatte som diskuterer “saken Shiba” i mange forskjellige møter, er opptatt av å fremstå som dyktige fagpersoner når de utformer en fullstendig rapport til sosialkontoret. Shiba på den andre siden er opptatt av å si minst mulig om seg selv fordi hun er redd for at de skriver negativt og ufordelaktig om henne i denne rapporten. Ansatte som uttrykker at de får for få opplysninger om henne, synes her å komme i en risikosituasjon når de skal trekke slutninger. Innhenting av mangelfull informasjon og utlevering av for mye kan dermed medføre en risiko for tap av anseelse for begge parter. Shiba formidler at hun opplever en konstant redsel for å si for mye slik at hun kan bli sendt til et “behandlingshjem”, noe som innebærer at hun mister familien sin. Shiba fortsatte gjennom institusjonsoppholdet med å ikke svare på Ivars spørsmål, og en konsulent foreslo at hun kunne få dra hjem til familien, dersom hun gikk med på en “deal”. Denne “dealen” omhandlet å gi de ansatte informasjon som de trengte for å hjelpe henne. Ytterligere en ansatt ble tildelt ansvar for å snakke med Shiba med det mål å få nødvendige opplysninger, uten at Shiba snakket mer av den grunn. Jo mer ansatte snakket til henne, desto tause ble hun. Det kan synes å være en pågående maktkamp dem imellom, der begge parter har motvilje mot den andre partens reaksjoner. Ansatte konkluderte med at det var best at Shiba reiste hjem til familien, uten ytterligere psykologhjelp eller institusjonsbehandling fordi som konsulenten sa *“hun har sagt at hun ikke snakker med fremmede”*.

“Jeg tror ikke på hjelpen å sitte og prate”

Mohammed som fortalte at han kunne snakke med mor om alt, men som ikke ville snakke med ansatte om det de ønsket, var ikke i samme situasjon som Shiba som hadde en mor og en familie som trengte henne. Mohammed var alene i Norge, og ønsket hjelp til å skaffe bolig og skoleplass. Han hadde i følge ham selv ingen rusmiddelproblemer.

Som vi så tidligere, uttrykte en ansatt (Tom) på vegne av andre ansatte en sterk bekymring for Mohammed som de mente var trist og deprimert. De ønsket å snakke med han om hva dette handlet om, men han ville ikke snakke. Kort tid etter ruset Mohammed seg slik at han ble skrevet ut fra behandlingsstedet, og det ble arrangert et samarbeidsmøte om hva som skulle skje videre.

Tilstede er Mohammed og representanter fra tre forskjellige instanser i hjelpeapparatet. Mohammed kommer for sent til møtet, og de ansatte begynner møtet uten han. Mohammeds hovedkontakt, Unni, er opptatt av

at de må hjelpe Mohammed som i følge henne ikke forstår hjelpeapparatet. Hun er opptatt av at han må *“jobbe med seg selv”* og at han *“sliter med seg selv”*. Hun uttrykker bekymring for ham fordi *“han legger lokke på ting og ikke vil komme ut av det”*. Sosialkuratoren nikker flere ganger til Unnis utsagn og formidler at hun også er opptatt av at de må få han til å snakke om problemene sine. Mohammed kommer. Han har på seg lue som han ikke tar av seg. Han ser ikke på dem når han svarer på spørsmålene deres, og svarer med tiltagende økt stemmevolum og uttrykker i løpet av samtalen sinne mot dem. Ansatte spør tidlig i samtalen om han kan snakke med dem han er hos nå?

Mohammed: *“Vet ikke hva jeg skal snakke om”*.

“Trodde du hadde mye å prate om”, sier Unni.(...)

Kuratoren: *“Du har ikke fulgt opp Put”*.

“Jeg vil ikke snakke med Put, klarer meg selv”, svarer Mohammed.

“Det viser seg at du ikke gjør det, så det er du nødt til”, sier kuratoren.

“Det er jeg ikke nødt til”, svarer Mohammed sint.

“Du må samarbeide mer”, sier kuratoren.

“Åpne meg mer? Glem det”, svarer Mohammed nesten foraktelig.

“Du legger lokke på”, sier Unni.

“Dere kan ikke sette krav om Put”, sier Mohammed.

“Vi blir ellers bare oppbevaring”, svarer Unni.

“Jeg jobber med meg selv”.

“Du trenger noen til å hjelpe deg. Vi stiller krav om at du samarbeider”, sier kuratoren.

“Sett det, men jeg driter i det”, sier Mohammed sint. *“Jeg snakker ikke. Driter i behandling dersom dere stiller krav”*.

Kuratoren: *“Vi kan ikke tvinge deg mot din vilje, men du kan ikke være på institusjonen på oppbevaring. Vi må finne et opplegg du kan godta”*.

“Det er ikke oppbevaring for meg”, sier Mohammed før han fortsetter med en roligere stemme: *“Hvilke krav stiller dere?”*

“Put eller psykiateren”, svarer Unni.

“NEI!!!”, skriker Mohammed ut i rommet.

“Eller samtale med meg”, tilføyer Unni raskt. *“Etter jul har vi sett deg deprimert, - du sliter med deg selv”*, sier Unni.

“Hva er poenget med å gå til Put? Jeg vil ikke prate med noen om det. Jeg vil ikke ha kravene deres. Da kommer jeg ikke tilbake”, sier Mohammed sint og med høy stemme.

“Kan du prate med dem her”, spør kuratoren med rolig stemme.

“Er problemet deres at jeg må prate”, spør Mohammed irritert før han henvender seg til Unni og sier at *“dere synes jeg er deprimert og stille. Det er fordi jeg tenker på problemene mine. Dere må gi meg tid. (...) Jeg vet hva jeg vil”*.

Kuratoren: *“Hva da?”*

“Skole, grunnutdanning, videregående, møbelsnekker kanskje. (...) Hva vil dere jeg skal gjøre når jeg har problemer?” spør Mohammed før han svarer. *“Snakke? Det gjør jeg ikke. Jeg tror ikke på hjelpen å sitte og prate. Bruke tid på det, det går over”*, sier han. (...)

“Hva skjedde når du gikk fra avrusningen”, spør Unni.

“Jeg er ikke hypp på å snakke om det”, svarer Mohammed.

Noen dager senere kom Mohammed tilbake og ble innskrevet i institusjonen igjen. En av lederne fortalte (meg) at de hadde "*kommet opp i kulturforskjeller*" i forhold til Mohammed. De ville at han skulle snakke, men Mohammed ville ikke. I følge den ansatte fortalte Mohammed at de ikke gjorde det i hans hjemland. Mohammed kom inn i stuen og lederen henvendte seg til ham og sa bestemt at "*nå må du ringe Put*".

Mohammed skriker: "*åååÅÅÅ*", samtidig som lederen henvender seg til meg når han forlater rommet og forklarer meg: "*du skjønner vi har en avtale*". Mohammed skriker med fortvilet stemme at "*jeg må ringe og jeg må snakke*", før han roligere sier at: "*Jeg får ta det som en Oslotur med en kopp te hos Arne*" [terapeuten], før han igjen skriker: "*åååÅÅÅ, jeg har lyst til å skrive meg ut, fordi jeg må snakke*". - Tre uker senere ringer en ansatt til meg og forteller at Mohammed har blitt skrevet ut fordi han ruset seg i institusjonen.

Som vi ser i samhandlingen mellom Mohammed og ansatte, er de uenige om hvorvidt det hjelper å snakke om problemer for å bli kvitt problemer. Ansatte har oppmerksomheten rettet mot at de ser Mohammed sliter og mener han *legger lokk på* problemene, slik som en av de andre ansatte i behandlingsinstitusjonen påpekte tidligere: "*Vi ser han sliter, har problemer, og vi tenker at det har med fortiden og forholdet til familien å gjøre*". Det å være i en behandlingsinstitusjon uten å snakke om problemer fremstår for ansatte som en oppbevaring som de ikke kan akseptere. Dersom Mohammed skal tilbake til institusjonen, må han i følge dem snakke om de bakenforliggende problemer til eget rusmiddelproblem. Samtalen mellom de ansatte og Mohammed bærer preg av en sterk rivalisering om hvorvidt Mohammed skal snakke eller ikke snakke om problemene sine. Ansatte uttrykker at Mohammed har et problem som han legger lokk på, mens Mohammed plasserer problemet som ansattes problem når han spør dem om: "*Er problemet deres at jeg må prate?*" Det kan virke som Mohammed og ansatte rivaliserer om hvem som "eier" problemet når ansatte uttrykker at Mohammed har bakenforliggende problemer som han ikke vil snakke om. Mohammed på den andre siden antyder at det egentlig er ansattes problem at de vil han skal snakke om dette.

Ansatte omtaler den vanskelige situasjonen som at de har "*kommet opp i kulturforskjeller*". De ønsker at Mohammed skal snakke om problemer, noe det i følge en ansatt, ikke er tradisjon å gjøre i Mohammeds hjemland. Mohammed, som tidligere har fortalt meg at han kun har tillit til sin mor når han skal snakke med noen om egne problemer, viser snarere at det er tradisjon å snakke om problemer med personer som står i nær relasjon til han selv. Mohammed, som også tidligere har fortalt at det ikke finnes

offentlige behandlingstiltak i hjemlandet slik som i Norge, formidler dermed at det ikke er tradisjon å snakke om slike problemer med fremmede ansatte i et behandlingssystem.

Samhandlingen mellom Mohammed og de ansatte utvikler seg til en vanskelig samhandlingssituasjon. De begrenser gjensidig hverandres samhandlingsrepertoar idet ansatte krever at Mohammed skal reflektere og snakke om det han ikke ville snakke om. Mohammed svarer med å vise et sterkt sinne mot de ansattes krav om å snakke dersom de skal hjelpe han. Ansatte responderer med en utålmodig oppgitthet over at han ikke forstår sitt eget beste. Mohammed uttrykker eksplisitt at han ikke tror på hjelpen å sitte og snakke om problematiske forhold og forkaster dermed ansattes intensjoner om behandling som en refleksjonsfase for endring.

Det utvikler seg en motvilje mot den andre partens reaksjoner, og dette fører samhandlingen inn i en ny fase - et konkurranseforhold. Situasjonen blir fastlåst og ender i et brudd. Bruddet viser seg å ikke være definitivt. Mohammed uttrykker at han har et boligproblem, og sier (til meg) at han ikke har andre alternativer enn å reise tilbake til institusjonen. Når han kommer tilbake til denne institusjonen stiller ansatte igjen krav om at han skal snakke om bakenforliggende årsaker til problemene, siden han er i behandling igjen. Samhandlingen utvikler seg raskt til en ny spent situasjon. Ansatte har også denne gangen ambisjoner om å gjøre et godt arbeid ved å få Mohammed til å snakke om bakenforliggende problemer. Mohammed opplever sannsynligvis at det er unødvendig å åpne seg, *“for hva godt skal komme ut av det?”* Partene rivaliserer om å snakke eller ikke snakke, og samhandlingen ender i et nytt brudd når Mohammed igjen blir tatt for å ha ruset seg, og ansatte skriver han ut av behandlingsopplegget.

Et halvt år senere møtte jeg Mohammed på en avrusningsinstitusjon. Han var nå en mann som veide halvparten av sin tidligere vekt, og *“hekte på dop og uten noe sted å bo”*, fortalte han.

I samhandlingen mellom ansatte og Hussain og Mohammed ser vi ingen korrigerende eller avhjelpende faktorer, som snur eller stopper krisen slik at det oppstår en reintegrasjon i interaksjonen. Snarere ser vi at faktorer som dannelse av en privat sfære, tilskuerposisjon og manglende systemtillit bidrar til å forsterke krisen. Uteblivelse av avhjelpende faktorer fører krisen inn i en tilstand som Turner (1974) kaller en uopprettelig splittelse eller “schism” mellom to konkurrerende parter. I Shibas møte med ansatte inntreer det derimot en avhjelpende faktor i det ansatte velger å være lydhør

for Shibas problemløsning. Ansatte formidler til Shiba i deres siste møter at hun har vært privat, noe som har forhindret ansatte i å bli kjent med henne. De konkluderer med hennes eget forslag om å bli “utskrevet med urinprøver for å bevise at hun ikke har rusmiddelproblemer”. Denne støttende holdningen fører til et videre samarbeid mellom Shiba og ansatte i tiltaksapparatet og ikke et brudd som vi så i tilfellene Hussain og Mohammed.

De vanskelige behandlingssituasjonene som vi har sett utvikle seg i dette kapitlet handler trolig om at det i utgangspunktet foreligger en dobbel kontrast mellom ansatte og Hussain, Shiba og Mohammed. Ansatte er de aktive hjelperne på hjemmebane, og klientene blir de passive hjelpetrengende på bortebane. Underveis endres ansattes hjelperrolle til at de blir hjelpeløse hjelpere. Dette bidrar til en likhet mellom de ansatte og klientene, ved at begge blir hjelpetrengende. Ettersom ansatte og klientene ikke klarer å nå frem til hverandre i behandlingsprosessen, blir den liminale fasen en “liksom” liminal fase for Hussain, Shiba og Mohammed. Dette fordi disse klientene og ansatte ikke har en felles forståelse av snakkekuren som ansatte praktiserer i de sosiale og rituelle rommene. Ansattes intensjon om at klientene skal delta i en refleksjonsfase foregår gjennom snakkekuren som utløser de vanskelige samhandlings-situasjonene.

De tre hovedpersonene Hussain, Shiba og Mohammed blir mer tilskuere enn deltagere i samhandlingen med ansatte fordi de ikke har en gjensidig situasjonsdefinisjon. De oppsøker et ekspertsystem for å få hjelp, men definerer seg ikke slik flere av de erfarne norske klientene gjør som “narkomane” eller stoffmisbrukere – en kategori som er viktig for at ansatte skal kunne iverksette hjelpetiltak overfor dem. Ansatte anser seg ikke, etter min vurdering, å være en del av samhandlingen, mens klientene som ser seg selv som en del av en familiekontekst, viser motstand mot å inngå i en terapeutisk offentlighet. Dette fører til en dårlig kommunikasjon som bidrar til å forsterke den selvforsterkende prosessen. Begge parter er del av denne prosessen ved at de rivaliserer om å opprettholde en profesjonell og personlig verdighet, istedenfor at det blir forsøkt å skape dialog gjennom å reforhandle situasjonen.

For å få en større innsikt i hva det er som gjør det vanskelig for ansatte og klienter med innvandrerbakgrunn å nå hverandre, ønsker jeg å undersøke hvilke perspektiver de har på problemløsning.

Kapittel 3 Glemselens hav

Innledning

I dette kapitlet tas det utgangspunkt i hva ansatte og klienter med innvandrerbakgrunn uttrykker å være mest opptatt av i behandlingssituasjonen for å belyse forskjellige perspektiver på problemløsning. Det vil i siste del av kapitlet bli fokusert på et case der det skjer en perspektivforskyvning.

Jeg antar at ansattes og klientenes utsagn og handlinger er uttrykk for minst to ulike perspektiver på problemløsning. Det kan derfor være interessant å se nærmere på hvilke selv- og problemforståelser de legger til grunn i samhandlingen. For å belyse deres ulike perspektiver vil jeg bruke Giddens teoretiske perspektiv om selvets refleksive prosjekt, der han blant annet er opptatt av *ontologisk sikkerhet* og *autentisitet* knyttet til terapeutisk arbeid (Giddens 1991). Teorien om selvets refleksive prosjekt omhandler egenerapi for å frigjøre seg fra problematiske avhengighetsforhold gjennom økt selvforståelse. Videre vil jeg bruke Batesons artikkel “The Cybernetics of “Self”: A theory of Alcoholism” (Bateson 2000b). Hans teoretiske perspektiv på problemløsning utvider tanken om selvet som noe immanent i det enkelte individ, slik Giddens antyder. Bateson betrakter derimot selvet som en del av en større helhet. Begge disse teoriene er relevante for å belyse ansattes og klientenes perspektiver på problemløsning, fordi teoriene kan hjelpe meg i å forstå deres ulike perspektiver når de samhandler.

Giddens er opptatt av refleksivitet⁶ som ett av tre særegne kjennetegn ved moderniteten⁷. Refleksivitet foregår i en kontinuerlig tilegnelse av ny viten og informasjon, og gjennomtrenger, i følge Giddens, selvets kjerne (Giddens 1991:32). Han stiller dermed spørsmålsteget ved selvets stabilitet og påstår at det rekonstrueres hele tiden. Selvet rekonstrueres gjennom en kontinuerlig omskriving av individets livshistorie i dets bilde. Terapi er et

⁶ Giddens definerer modernitetens refleksivitet som en institusjonell refleksivitet som innebærer at ny viten og informasjon rutinemessig inkorporeres i nye handlingsbetingelser som rekonstrueres og reorganiseres (Giddens 1991:243).

⁷ Det første kjennetegnet omhandler atskillelsen av tid og rom, mens det andre handler om at sosiale relasjoner “løftes ut” av lokale interaksjonssammenhenger. Det tredje, som er aktuelt i dette kapitlet, handler om refleksiv anvendelse av kunnskap (Giddens 1991:16-20, Giddens 1997:21ff.).

uttrykk for selvets refleksivitet (Giddens 1991:34) der det foregår refleksjonsarbeid⁸ for personlig utvikling. Dette innebærer blant annet å forstå seg selv slik man egentlig er. Selvrealiseringens moralske tråd er i følge Giddens en *autentisitet*. Denne hviler på “å være oppriktig overfor seg selv” ettersom personlig utvikling er avhengig av om individet kan overvinne følelsesmessige blokkeringer og spenninger som forhindrer vedkommende i “å forstå seg selv, slik man virkelig er” (Giddens 1991:78-79). Dersom man ignorerer disse indre erfaringene, er man, i følge Giddens, dømt til å gjenta uautentiske karaktertrekk som springer ut fra følelser og tidligere situasjoner man er blitt påført av andre (særlig i spedbarnsalderen) (Giddens 1991:79). Terapi knytter seg dermed til fortid, nåtid og fremtid gjennom en bevisstgjøring av hvem man er for å skape seg selv gjennom å bearbeide tidligere hendelser. I terapi foregår det dermed et intimt og privat refleksjonsarbeid der fremmede i et ekspertsystem er dypt involvert sammen med klientene.

Ekspertsystemer er et annet sentralt trekk ved moderniteten og omhandler for eksempel legen, rådgiveren og terapeuten som er avhengig av tillit i anvendelsen av de ulike systemene (Giddens 1991:18). Slik jeg forstår Giddens må man ha ontologisk trygghet for å utvikle tillit. Ontologisk trygghet innebærer det å ha en indre grunnleggende trygghet og tillit (basic trust) som gir individet en følelse av “Jeg er”. Denne grunnleggende tilliten mener han skapes i spedbarnets tidligste erfaringer med omsorgspersoner og er et beskyttende hylster (protective cocoon) for å takle fremtidige farer og risikosituasjoner (Giddens 1991). Giddens beskriver et perspektiv der autonome individer skapes gjennom en frigjørings- og selvstendighetsprosess fra omsorgspersonene når det tillitsfulle barnet lærer å skille mellom seg selv og omsorgspersonene som ’ikke-meg’ (Giddens 1991:41-42).

Giddens beskrivelse gir et grovmasket, men nyttig bilde av spesifikke typer av terapeutiske tilnærminger/miljøer. Disse ligner på trekk jeg synes å ha identifisert ved ansattes behandlingsteorier og menneskebilde som legges til grunn ved diagnostisering. I diagnosen blir klientene betraktet som autonome individer med ulike bakenforliggende problemer. Disse bakenforliggende problemene knyttes ofte til noe(n) i fortiden, og/eller manglende bevissthet på hvem man er. Ansatte viser at de har en

⁸ Giddens bruker begrep som blant annet ’reflexive process’, ’the reflexivity of the self’, ’self-therapy’ (Giddens 1991).

forventning om at klientene bør gjøre et refleksjonsarbeid for å frigjøre seg fra et avhengighetsforhold til rusmidler. Det er nettopp i dette selvrefleksive arbeidet at ansattes menneskebilde kommer best til uttrykk. Et bilde om at mennesket er en selvstendig enhet som har problemer med seg selv, og som det selv må og kan løse. Dette innebærer at ansatte har en oppfatning om at mennesket har et selv, som utgjør det innerste og mest personlige i dette mennesket. Forestillingen om det autonome individ med et *innvendig* selv, står sterkt i ansattes perspektiv på problemløsning, noe de to følgende empiriske eksemplene viser oss.

“Kan det være noe *i* deg som gjør at du søker etter rus?”

I dette avsnittet vil vi blant annet se at det lille ordet *i* er et sentralt ord som viser at en ansatt forestiller seg årsaken til rusmiddelproblemet som noe *innvendig*.

En ansatt ved Soria, Bjørn, forteller kollegaene sine at en klient (Akim) fortalte ham at han begynte med rus fordi han ble skilt fra sin kone og fikk økonomiske problemer. Bjørn forteller til kollegaene at han ikke hadde vært enig med Akim i denne forklaringen og sier at han hadde spurt ham om “*Kan det være noe i deg som gjør at du søker etter rus?*” Ettersom Akim ikke visste hva det skulle være, hadde Bjørn bedt ham om å tenke nærmere over dette til deres neste samtale, forteller Bjørn til nikkende kollegaer.

Budskapet i utsagnet “*kan det være noe i deg som gjør at du søker etter rus?*” fremstår som forskjellig fra Akims forklaring om at det er et samlivsbrudd som er årsaken til at han begynte med rus. De kan dermed sies å operere med ulike forklaringsmodeller. Bjørn antyder at årsaken til Akims rusmiddelproblemer, som foreløpig synes å være ukjente for ham, vil kunne finnes *i* han selv. Akim, derimot, har en konkret årsaksforklaring som inkluderer omgivelsene. Dette innebærer at han i større grad enn Bjørn gir uttrykk for å forstå sin situasjon i lys av en *ytre* fremfor en *indre* årsaksforklaring. Bjørns forståelse av at Akims rusmiddelproblemer har en indre årsaksforklaring kan også tolkes dit at Bjørn tenker at det er noe patologisk, det vil si sykelig *i* Akim.

Dette patologiske aspektet ble mer fremtredende når ansatte ved Soria Moria møttes i behandlingsmøter for å diskutere klientenes behov for hjelp, og diagnostiserte klientene på ulike måter. Ett av mange eksempler kan illustrere hvordan ansatte tolket klientenes handlinger gjennom å lete etter noe *i* klientene.

Hafiz er en ordknapp mann i begynnelsen av tjuårene som har opplevd krig. Han sitter ofte med bøyd hode og snakker med lav stemme i de ulike samtaler jeg observerer han. Første gangen jeg hilser på ham holder han seg på halsen, noe jeg påpeker. Han forteller at han har vondt i halsen, fordi han setter sprøyte med heroin der ettersom han ikke har flere synlige blodårer igjen andre steder på kroppen.

I en senere samtale forteller han meg at han har ingen venner eller familie i Norge og at han savner familien. *“Jeg vil slutte med rus, men det er så tomt”*. Han forteller opprørt om landsmenn som snur seg vekk fra ham, og at han vil *“reise fra dette drittlandet som bare er for nordmenn. Jeg vil reise hjem til familien når jeg blir frisk”*.

Halvannen uke senere sitter Hafiz i stuen og vinker meg til seg og ser glad ut. Smilet forsvinner mens vi snakker sammen og han ser etter hvert bare trist ut, noe jeg kommenterer. Han svarer at han tenker på hva som skal skje når han drar fra avdelingen. *“Psykologen har skrevet brev til A-1”*, sier han. *“Hva er det?”* spør jeg.

“Jeg vet ikke”, svarer han.

“Hva tenker du er god behandling for deg?”

“Jeg vet ikke, det er legen og psykologen som bestemmer det og så informerer de meg”, svarer han, før han begynner å fortelle fra krigen.

En av konsulentene, som hadde hatt forvernsamtale med Hafiz, fortalte de øvrige ansatte i avdelingen at han hadde en psykiatrisk diagnose fra en tidligere innleggelse i et psykiatrisk sykehus. Denne diagnosen måtte de i følge konsulenten forholde seg til, og i løpet av de vel tre ukene han var innlagt diskuterte de ofte om han var psykotisk i ulike episoder som oppsto i avdelingen. Flere av de ansatte uttrykte bekymring for Hafiz, fordi han holdt seg mye for seg selv og var taus, noe som førte til at de ikke fikk den kontakten med ham som de trengte for å hjelpe ham. Ansatte var videre opptatt av at han hadde ubearbeidede traumatiske opplevelser fra fortiden som de ville han skulle bearbeide i en behandlingsinstitusjon.

På et av de ansattes behandlingsmøter nevner en ansatt at Hafiz *“så fjern ut på morgenmøtet og det så ikke ut som om han var med hele veien (30 minutter), han faller ut”*. En annen ansatt omtaler Hafiz som *ensom* og *paranoid*, mens en tredje sier at *“Han er mistenksom og har en overvåkenhet utover det vanlige. Han trodde at vi var ute etter han på fredag i busmøte”*. *“Han har en mistenksomhet som er større enn hva som er rasjonelt”*, sier den første ansatte. Psykologen mener det ikke er bra for Hafiz å være med på morgenmøtene på grunn av mistenksomheten hans. *“Han kjenner ikke grensen for når det blir vanskelig for ham. (...) Dette fører til problemer i hverdagen og henger sammen med oppveksten hans. Hans beskyttelsesstrategier har blitt et problem for han”*, sier psykologen. De ansatte diskuterer mulige hjelpetiltak og psykologen sier *“han trenger psykosebehandling, fordi han lever i en idiosynkratisk verden der han rommer fra en ytre utrygg verden til en indre verden som er mer trygg”*.

Senere på dagen hadde hovedkontakten, Sunniva, og Hafiz en samtale der Sunniva sa at de trengte å vite mer om psykosene hans for å søke institusjonen A-1. Hafiz fortalte at han ikke visste hva A-1 var og Sunniva informerte at hun heller ikke visste så mye, bortsett fra at ansatte i denne institusjonen var opptatt av mennesker med psykoser.

Hun spør Hafiz om når han får psykoser: *“I rus, under avrusning, eller begge deler? Når fikk du det for første gang?”*

Hafiz svarer ikke på spørsmålene utover å si *“det begynte med hasj”*. (...)

“Vil du si fra til oss når du merker at du er psykotisk?”

“Jeg føler meg normal”, svarer han og sier at han snart vil dra fra avdelingen fordi han har mye å gjøre og tror ikke han kan få mer hjelp her.

“Dersom du merket at du var psykotisk, ville du fortelle oss det da?”

Hafiz svarer ikke, og samtalen avsluttes.

Sunniva fortalte meg oppgitt etter samtalen at *“han er vag og kamouflerer psykosene sine. Det blir vanskelig i inntakssamtalen med dem torsdag. (...) Jeg stilte ham altfor ledende spørsmål”*, kommenterte hun tenksomt.

Dagen etter hadde jeg en samtale med Hafiz og refererte til samtalen med Sunniva dagen før.

“Hva er psykose?” spør han, før han fortsetter. *“Jeg forstår ikke. Jeg vet ikke hva det betyr”*.

“Hva tror du det betyr”, spør jeg.

“Jeg svarte da jeg begynte med hasj. (...) Av hasj blir jeg sofi. Vet du hva det er?” spør han meg.

“Nei”.

Han forteller at det kan sammenlignes med Mullaer som samler seg slik som buddhister som konsentrerer seg. *“Det gir ekstra energi for konsentrasjon”*. (...) *“Når jeg røyker hasj blir jeg sånn sofi, blir mer sosial, har kontakt med folk, men prater ikke mye. Har de rett til å bruke psykotisk om meg?”* spør han meg.

“Hva betyr det?” spør jeg igjen.

“Jeg vet ikke”.

“Hva tror du?”

“At jeg tenker over hodet og har fantasier og drømmer”, svarer han nølende. *“Hva er psykose?”* spør han meg igjen.

Jeg svarer at når jeg tenker på psykoser tenker jeg på en person som opplever og forstår det som for eksempel skjer når vi snakker sammen i lys av noe helt annet som foregår inne i hodet til personen. En form for virkelighetsbrist.

“Sånn har jeg hatt det, men jeg har det ikke sånn nå”, sier han. Han forteller at han ønsker seg en plass i et hybelhus slik at han kan arbeide og venter på at *“de ansatte skal finne et sted. Jeg kaster bort tiden, dersom det ikke skjer noe snart. Hvis ikke noe skjer har alt vært tullprat fra lege og psykolog”*(...).

To dager senere diskuterte ansatte Hafiz i et møte og en av miljøterapeutene formidlet at Hafiz var *psykotisk* på morgenmøtet, fordi han i følge henne satt og ristet med det ene benet under hele møtet. Sunniva sa at “*ja, han klarer ikke å kjenne når det blir for vanskelig og blir sittende*”.

Senere, i en samtale med meg, begynte Hafiz å riste med benet, noe jeg påpekte ved å spørre om han var urolig for noe.

“Nei”, svarer Hafiz, “*jeg rister alltid med benet når jeg kjeder meg. Alle spør de samme dumme spørsmålene og nå må det skje noe snart ellers har hele opplegget her vært bortkastet*”, sier han irritert. Vi avslutter samtalen og jeg kjenner meg litt utrygg, fordi han uttrykker at han er sint på alle som stiller dumme spørsmål (inklusive meg). Hafiz fortsetter med å fortelle om en episode han ble sint på en mannlig ansatt og sa han ville slå ham, fordi han maste om at han måtte spise mat. “*De sa at jeg var psykotisk. Er man psykotisk når man er sint?*” spør han meg.

Diagnosene *han er psykotisk, paranoid, mistenksom* fokuserer på Hafiz’ atferd som personlige egenskaper i ham, i motsetning til at “folk er selvkorrigerende systemer”, for å låne et utsagn fra Bateson (2000c:435). Enkelt sagt betyr det at mennesket er en del av ulike systemer og omgivelser som vi kontinuerlig korrigerer oss i forhold til. I eksemplet med Hafiz innebærer det å forstå at hans reaksjoner, som ansatte kaller psykotisk, paranoid og mistenksom, kan være et svar på ansattes handlinger og utsagn. Tilsvarende de andre klientene omtales Hafiz som en stoffmisbruker der ulike adjektiver beskriver trekk ved han som person. I følge sosiolog Løchen er en av psykiatriens mest karakteristiske “fordommer” å fremstille problemer som individets problemer (Løchen 1965:211). Den typiske *diagnostiske forklaring* forklarer, i følge Løchen, handlinger ved å lete etter deres årsak og ikke en hvilken som helst årsak, men en begrenset årsak, fordi forklaringen alltid plasserer årsakene til atferd i individet og til individets personlighet. Diagnostisk forklaring unnlater dermed å se atferd som uttrykk for sosial konstellasjon eller en konflikt (Løchen 1965:212). Ansattes diagnoser av Hafiz har det til felles at de alle peker på *indre* karaktertrekk som fremstilles som egenskaper eller mangler ved ham, ettersom ansatte vurderer ham som *psykotisk* når han rister med benet under et møte eller når han truer med å slå en ansatt. Hafiz derimot, forklarer sine handlinger som reaksjoner på de omgivelsene han er en del av, det vil si ansattes utsagn og handlinger. Det kan dermed synes som om ansatte og Hafiz opererer med ulike fortolknings- og forklaringsmodeller. Hafiz kan sies å tolke det som skjer i termer av hva Løchen (1965) kaller *dagligdags forklaring* når Hafiz forteller at han rister

med benet fordi han kjeder seg sammen med de ansatte. Dagligdags forklaring kan også brukes der han blir sint og ønsker å slå en ansatt fordi den ansatte maser på ham. Ansatte, på den andre siden, som kan sies å handle innenfor det Løchen (1965) kaller den “*diagnostiske kultur*”, anvender *diagnostisk forklaring*, fordi de tolker Hafiz’ atferd gjennom å avgrense årsaken til en indre tilstand. En indre tilstand som ansatte sannsynligvis betrakter som den “egentlige” og “virkelige” årsaken til problemene, ettersom mer dagligdagse fortolkninger ikke synes å bli tillagt den samme vekt. Slik jeg vurderer dette, tolker ansatte Hafiz innenfor et diagnostisk skjema og ansatte tolker ristingen med benet på to nivåer. For det første tolkes ristingen som et uttrykk for en *indre* tilstand som de diagnostiserer som en psykose. Videre gir de uttrykk for at årsaken til psykosen handler om ubearbejdede traumer fra fortiden, som de vil han skal *bearbejde* i en behandlingsinstitusjon. Sunniva, hovedkontakten til Hafiz, formidler at han er “vag på og kamuflerer psykosene” og ber han derfor om å hjelpe de ansatte slik at de kan hjelpe han til en plass i behandlingsinstitusjonen. Hun spør ham derfor “*vil du si fra til oss når du merker at du er psykotisk?*” Hafiz, som til meg, gir uttrykk for at han ikke forstår hva en psykose er, svarer ikke på spørsmålet. Han gir derimot uttrykk for at ansattes “dumme spørsmål” kjeder ham, og han formidler at han har forventninger om praktisk hjelp til å få et rom i et hybelhus, slik at han kan begynne å *arbeide*.

Det er rimelig å anta at denne samhandlingssituasjonen oppstår fordi de har ulike forestillinger om hva som er problemet og dermed ulike forventninger til hva som bør skje videre. Ansatte er opptatt av at Hafiz’ *indre* tilstand har en fortid som må *bearbejdes* mens Hafiz på den andre siden er opptatt av hvilken betydning de *ytre* omgivelsene har for ham. Videre er han fremtidsorientert, ettersom han ønsker praktisk tilrettelegging for å bo og *arbeide*.

“Det kan være du trenger å bearbejde noe. Vi har alle med oss spøkelser som spenner ben for oss”

De ansatte har oppfatninger om at det er noe i klientenes fortid som skaper problemer for dem i dag som det er viktig å *bearbejde*. En saksbehandler ved et sosialkontor var opptatt av at løsningen på Tariq rusmiddelproblem var å begynne i terapi hos en psykolog. Saksbehandleren uttrykte dette på følgende måte, etter at Tariq hadde avvist tilbudet om psykologhjelp: “*Det kan være du trenger å bearbejde noe. Vi har alle med oss spøkelser som spenner ben for oss*”. Utsagnet uttrykker noe flere

ansatte formidler på forskjellige måter, nemlig at det eksisterer problemer fra fortiden som forfølger personen og har tatt hus i ens indre rom. Problemer, som det er viktig å snakke om for å få det bedre med seg selv i fremtiden. Flere av klientene med innvandrerbakgrunn uttrykker at rusmiddelproblemet er et tilbakelagt problem når de underveis i institusjonsoppholdet forteller at *“jeg er ferdig med dop”, “jeg har sluttet med det”* eller *“jeg er ferdig med problemet”*. Videre formidler flere av disse klientene at de ikke ønsker å snakke om rus og problemer, fordi dette bidrar til at de husker det de vil glemme. Noushad, som jeg hadde kontakt med i ett år, fortalte at han gjorde alt han kunne for å glemme det vonde fra krigen. *“Jeg klarer ikke å leve dersom jeg må snakke om det vanskelige”*. I analysen av ansattes og *“innvandrerklientenes”* perspektiver på problemløsning kan det være interessant å se nærmere på Tariq og en samtale han har med en ansatt ved Soria Moria.

Tariq var en belest samfunnsengasjert mann på cirka 30 år som hadde bodd i Norge i 5 år. Jeg traff han for første gang på en avrusningsinstitusjon i september 1998 der vi hadde flere samtaler. Han snakket ofte med trist monoton stemme, men glødet når han snakket om ulike samfunnsforhold i verden og gjentok ofte at *“livet mitt er å arbeide med viktige saker”*. Når jeg oppholdt meg i avdelingen satt han nesten alltid alene på rommet sitt, og jeg så ham aldri snakke med de andre klientene. Han fortalte at han fikk problemer da han kom til Norge. Problemene førte til at han tenkte mye og det ga han store søvnproblemer. Noen kamerater skaffet ham derfor sovemedisin som hjalp en kort stund mot søvnproblemene. Senere anbefalte de ham å prøve heroin som han begynte å sniffe. I de to siste årene har han injisert heroin i kombinasjon med sovemedisinen Rohypnol. Tariq fortalte at han var ferdig med narkotika og ønsket seg arbeid og bolig. Han fortalte meg at han hadde fått plass i behandlingsinstitusjonen Odin, som en kamerat hadde anbefalt, men at han visste lite om hva som foregikk der, bortsett fra at det var et *“narkotikafritt sted”*. En måneds tid senere ble han overført fra Odin til Soria Moria slik at de ansatte der kunne finne en behandlingsinstitusjon som passet bedre for han. Han fortalte at han ble syk av å være på Odin, fordi han ble behandlet som om han var en *“psykiatrisk pasient”* og *“narkoman”*. *“Jeg er ferdig med narkotika, jeg har glemt det og vil ikke tenke på det”*, sa han bestemt.

Tariq satt for det meste på rommet sitt og leste aviser og bøker som han fikk av en venn som besøkte han jevnlig, fordi *“når jeg sitter alene på rommet og leser da føler jeg meg helt vanlig”*. 14 dager senere, etter å ha deltatt i

forskjellige individual- og gruppesamtaler, lest i brosjyrer om forskjellige institusjoner og deltatt i avdelingens obligatoriske møter med representanter fra ulike behandlingsinstitusjoner, ønsket han ikke lengre institusjonsbehandling.

”Institusjoner er det samme. Program, fase, permisjon”. Han rister på hodet og forteller at han ikke vil i institusjon. “Der får jeg tilleggsproblemer. Når jeg er her nå, føler jeg meg syk og uvanlig. De snakker om problemer og rus hele tiden. Jeg får ikke glemme det. Jeg må bli vanlig i et vanlig samfunn og en aktiv person som er opptatt av vanlige ting. Dersom jeg må på institusjon, blir jeg uvanlig for resten av livet. Man kan ikke løse narkotikaproblemer inne i institusjon”, sier han. Han forteller meg igjen at han vil ha bolig og arbeid, fordi “jeg må bli aktiv. (...) Far som er i 70-årene jobber ennå. Det er ikke bra å sitte hjemme, - en tragedie. Man må ut og jobbe. Man må være aktiv. Det er vår kultur”.

Til tross for at Tariq fortalte at han ikke ville innlegges i behandlingsinstitusjon, fulgte han de ansattes råd om å søke plass i én av tre institusjoner som de foreslo. I følge hovedkontakten, Solveig, trengte Tariq behandling i institusjon for å bryte ned mønstret som gjorde at han ruset seg. Den andre kontaktpersonen Gunn, som hjalp Tariq med å skrive søknaden om behandlingsplass, spurte et stykke ut i samtalen om hvordan han hadde det?

“(...) Når jeg bor her i institusjon bater jeg meg selv, fordi jeg bor her og er i en slik situasjon. (...) Jeg tenker det er bedre å bo i hybelbus, fordi da vil jeg føle meg som en vanlig person (...)”.

“Hvorfor har du valgt Druen?”

“Jeg tenker at alle institusjoner er det samme. Den ligger i byen og da kan jeg få aviser, bøker og besøk av vennene mine. Dersom jeg ikke kan få hybelbus, tenker jeg at Druen er alternativ to, hvis jeg har mulighet til å gå på jobb”.

“(...) Dersom du går i morgen, ville du da kjøpe dop?”

“Jeg har bare problemer med bosted. Jeg trenger hjelp til å bli aktiv om dagen, - skole”.

“Hvis du har jobb og bolig tror du at du vil klare å holde deg rusfri da?”

“Ja”.

“Hvorfor har du ikke klart det før?”

“Fordi jeg hele tiden har fått enten bolig eller arbeid og ikke begge deler”.

“Da du kom hit ville du i behandling. Hvorfor har du forandret mening?”

“Alle institusjoner er det samme”.

“Nei, de er forskjellige. Noen er religiøse, mens andre ikke er det. Noen har grupper, mens andre er mer individuelle”.

“Jeg trenger ikke institusjon. Der lærer man hvordan man blir narkoman, mens jeg trenger å bli vanlig, aktiv”.

“Og nå tenker du deg arbeid og bolig uten behandling?”

“Ja, og jeg skal klare det”.

“Du har prøvd det før uten å klare det. Skal vi skrive søknaden?”

“Ja, det kan være et alternativ. Jeg er ikke nødt til å velge et alternativ”.

“Hvorfor søker du Druen?”

“Jeg kan få besøk av en venn, kjøpe aviser, kort tids skjerming, muligheter for å gå ut og kjøpe avis”.

“Trenger du å snakke om det som har skjedd?”

“Jeg har fortalt”. Tariq stopper opp, blir blek, krummer seg i fosterstilling og tar seg til brystet i noen sekunder før han fortsetter. “Jeg har snakket med Solveig, og hun skrev det veldig bra”.

“Trenger du å snakke om fengselsoppholdet i hjemlandet eller om rusproblemet du fikk da du kom til Norge?”

“Nei”.

“Du må ha et motiv for å søke. Du kan ikke bare søke, fordi det ligger i Oslo, du må ha litt mer tungtveiende grunn. Hvordan vil du jobbe med misbruket ditt?”

“Du kan se hva Solveig har skrevet før”.

“Jeg kan ikke plukke derfra”.

“Hun er hovedkontakten min, jeg har fortalt til henne”.

“Trenger du å snakke om det? (...)”

“Jeg trodde det var nok. (...) Det er lett for deg å bruke det jeg har fortalt før”.

“Jo, men da blir det min søknad og ikke din”.

“Jeg har snakket med Solveig om det. Hvorfor må vi bruke to timer på dette?”

Samtalen går mot en avslutning og nå er de oppgitte begge to. Tariq sukker tungt og Gunn slår seg på låret og er svett i ansiktet. Hun er irritert i stemmen, men samtidig overbærende når hun sier at nå må han forstå.

“Trenger du samtaler om problemer i hjemlandet eller her i Norge når det gjelder rus?” spør Gunn igjen. Tariq svarer ikke på spørsmålet hennes, og begge blir sittende tause og se på meg med ansiktsuttrykk som sier: “Hjelp meg. Jeg når ikke frem”.

Hvordan er det mulig å tolke ansattes perspektiv på problemløsning ut fra beskrivelsene som jeg her har gitt? I likhet med sine kollegaer på Soria Moria, som antyder at det er noe i Akim og Hafiz som søker mot rus, gir også Tariqs hovedkontakter uttrykk for at både årsaken og løsningen til Tariqs rusmiddelproblem finnes i han selv. I samtalen med Tariq signaliserer Gunn at hun har en forestilling om at problematiske opplevelser fra fortiden har internalisert seg i sinnet til Tariq. Det kan videre synes som om hun forventer at Tariq deler denne forestillingen, som innebærer å fokusere på de vonde opplevelsene for å “ta det onde ved roten”. Dette selvrefleksive prosjektet handler dermed om å frigjøre seg fra dette vonde gjennom en økt selvforståelse. Når Gunn gjentatte ganger spør Tariq om han trenger å snakke om det formidler hun at disse vonde opplevelsene fra fortiden bør bearbejdes gjennom samtaleterapi.

Samtaleterapi er et annerledes behandlingsperspektiv enn det Ødegård (1998) og Ericsson (1982) beskriver om mellomkrigstidens behandlingsmodell innenfor henholdsvis rusmiddelfeltet og psykiatrien, der arbeidsterapien var det sentrale virkemidlet. Arbeidsterapien ga en ytre

struktur til pasientens daglige virksomhet. Denne strukturen var et virkemiddel som avledet klienten fra sykelige spekulasjoner og skaffet orden i tankene ved at klienten ble knyttet til noe konkret og praktisk (Ericsson 1982:97).

Arbeidsterapien og samtaleterapien representerer to forskjellige perspektiver på hvordan møte mennesker i en vanskelig livssituasjon. I begge terapiformene er man opptatt av at pasienten eller klienten har en indre smerte som skaper problemer for vedkommende, og et sentralt spørsmål blir hvordan man bør forholde seg til disse indre ondtene. En ansatt ved en kuranstalt i mellomkrigstiden ville sannsynligvis svart: Gi mannen et arbeid slik at han får noe annet å tenke på. En ansatt i dagens behandlingsapparat ville derimot trolig ha anbefalt mannen å snakke om ondtene for å bearbeide dem. Å tro på denne snakke-om-tingene - metoden krever, slik jeg vurderer, at man er sosialisert inn i denne måten å tenke problemløsning på.

Dersom vi skjeler tilbake til samtalen mellom Gunn og Tariq, fremstår Gunn på mange måter som en ivrig snakkekurarbeider, når hun gjentatte ganger spør Tariq om han trenger å *snakke om* ulike problemer hun antar at han har. Tariq, derimot som avviser alle Gunns spørsmål med *jeg har fortalt*, gir uttrykk for at han ikke deler hennes tro på ordets forløsende kraft. Hans erfaringer med institusjoner knyttet seg til et lengre fengselsopphold i hjemlandet med tortur og et kort opphold i en behandlingsinstitusjon i Norge som han selv beskrev som verre enn fengselsoppholdet. Det kan derfor være mulig at han avviser Gunns spørsmål om han trenger å snakke om ondtene på enda en behandlingsinstitusjon, fordi han rett og slett ikke deler hennes tro på at det kan hjelpe ham å være intim og fortrolig med ansatte i en offentlig institusjon.

Det er videre flere måter å tolke Tariq og hans negative respons på Gunns spørsmål, som handler om hvordan han vil jobbe med rusmiddelproblemet sitt. En mulig tolkning er at han opplever ikke å ha et rusmiddelproblem, ettersom han forteller at han er *ferdig med narkotika* og kun har et bolig- og arbeidsløshetsproblem som han ønsker hjelp til. Det kan dermed fremstå som uforståelig for ham at han skal snakke om et problem han ikke opplever å ha. En annen tolkning er at hans avvisning er en mestringsstrategi for å ivareta sin egen verdighet. Bak disse "common sense" fortolkningene av Tariqs avvisning er det en antropologisk antagelse. Avvisningen kan studeres som et kulturelt uttrykk.

Sosialantropolog Berit Thorbjørnsruds uttrykk, 'Glemselens hav', kan plassere Tariq og hans utsagn i et interessant analytisk perspektiv. Jeg ønsker å bruke glemselens hav som en arbeidshypotese på Tariqs perspektiv på problemløsning i neste del av kapitlet. Et perspektiv jeg velger å betrakte som et verdighetsperspektiv.

Om å kaste det vonde på glemselens hav

I Egypt har man i følge Thorbjørnsrud et uttrykk - *Glemselens hav* - som "betyr at du kaster det vonde/forgangne dit – og så lever du videre med nåtid og det gode" (Thorbjørnsrud 2000, personlig meddelelse). Uttrykket bygger på en forestilling om at mennesket er en del av en verdensorden som det er viktig å opprettholde. En verdensorden som blant annet handler om "ideen om at alt som skjer har en mening, fordi det er villet av Gud. Gud styrer og mennesket må underkaste seg Gud – for uten Guds hjelp er intet mulig. Selv om det som skjer er vondt – så er det villet i den forstand at det har en hensikt [selv] om mennesket ikke forstår hvilken" (Thorbjørnsrud 2001, personlig meddelelse). Dersom mennesket i sin smerte ikke klarer å huske at det er en mening og glemmer Gud, det vil si verdensorden, blir man åpen for onde makter. Derfor må andre mennesker gripe inn og minne den rammede på verdensorden og få ham til å akseptere den, slik at de kan trekke ham inn i kollektivet igjen. Dette er ideer som trolig sitter så dypt i de aller fleste fra Midtøsten, enten de regner seg som religiøse eller ikke, at de forholder seg til ideene i en krisesituasjon (Thorbjørnsrud 2001, personlig meddelelse). Når mennesket er i en livssituasjon der det for eksempel legger seg inn i en behandlingsinstitusjon på grunn av et rusmiddelproblem, kan vedkommende sies å være ute av balanse og kontroll og i fare for å miste grepet om verdensorden. Å kaste det vonde på *glemselens hav* er derfor en viktig strategi for å gjenopprette kontroll, balanse og ideen om verdensorden, slik at man ikke forblir i problemet og i det onde. Hvorvidt uttrykket *glemselens hav* finnes i hele Midtøsten er usikkert, "men noe av den samme ideen går igjen. Pluss troen på at ordene gjenskaper og holder deg igjen i det onde – vanskelige" (Thorbjørnsrud 2000, personlig meddelelse). Denne troen er det spesielt viktig å feste seg ved med tanke på klientenes møte med ansattes snakkekur.

Tariq, som har levd mesteparten av sitt liv i et land som Naguib & Thorbjørnsrud (1994) plasserer innenfor Midtøsten-regionen, har, slik jeg tolker Tariq, kastet rusmiddelproblemet på *glemselens hav* for å gjenopprette kontroll og balanse i livet. Fra å være et aktivt samfunnsmedlem i hjemlandet forteller han hvordan han nå *mistrives* og *hater seg selv*, fordi han er i en vond *passiv* situasjon. Han vil ut av problemet og den passive

tilstanden og inn i samfunnet som en vanlig mann i arbeid, tilsvarende som sin far. Han uttrykker at han føler seg *uvanlig* og *syk* av at ansatte i alle sammenhenger snakker om problemer og rus. *“De tror vi tenker på rus hele tiden, men jeg har glemt det, og jeg vil ikke tenke på det”*, sier han bestemt.

Sett ut fra verdighetsperspektivet befinner Tariq seg, slik jeg forstår, i en tilstand som kan betraktes som 'betwixt and between'. Dette er en tilstand som er forbundet med fare for ham selv og samfunnet dersom han ikke gjenoppretter kontroll, balanse og ideen om verdensorden. For å komme ut av denne tilstanden trenger han hjelp av andre. Ettersom Tariqs etniske nettverk hjelper ham med å skaffe et arbeid, håper han at ansatte vil hjelpe ham med en plass i hybelhus. Ansatte derimot, uttrykker en skepsis til hans ønske om bolig og arbeid, fordi de mener han trenger å *bearbeide* rusmiddelproblemet først. Ettersom ansattes selvrefleksive prosjekt innebærer en åpenhet i forhold til det vonde vil de være opptatt av at klientene trenger å snakke om det som er problematisk. I et verdighetsperspektiv kan det å dvele ved det som gikk galt være som å si at man ønsker å dvele i det, noe som innebærer at man ikke ønsker å forlate det vonde. Tariq avviser sannsynligvis den ansattes spørsmål om han trenger å *snakke om det*, ikke fordi han ikke innser at han har problemer, men fordi han antakeligvis ikke deler den ansattes tro på at ordene kan forløse det vonde. Det er snarere tvert imot rimelig å anta at Tariq avviser spørsmålet fordi han tror at ordene gjenskaper og holder ham fast i det onde og vanskelige. Han opplever trolig å miste sin verdighet, dersom han bare blir betraktet som et problem.

Når Tariq innser at han, i følge de ansatte, må gjøre et refleksjonsarbeid før han begynner i vanlig arbeid, skjer det noe med ham. Jeg observerte at han lukket seg for omverden ved at han ikke lenger deltok i det sosiale livet som foregikk i avdelingen, samtidig som han fortalte at han ikke klarte å ringe familien, fordi de ville høre at noe var galt. Han fortalte at han hadde mistet matlysten, hadde konstant hodepine, og at han hadde gitt opp å få den hjelpen han trengte for *å leve et vanlig liv*. De ansatte var bekymret for Tariq, og var opptatt av hva som feilte han, ettersom han ikke klarte å reflektere over seg selv og snakke om seg selv. Psykologen uttrykte bekymring over at han ikke innså at han hadde et behandlingsbehov, mens Solveig sa bekymret at *“han får ikke institusjonsplass dersom han sier til de ansatte ved Druen at han vil ha bolig”*.

Ansatte og Tariq formidler at de har forskjellige forståelser av hva som er problemet, noe som innebærer at de også har ulike forventninger knyttet

til problemløsningen. Ansatte forsøker å holde Tariq fast i det rusrelaterte problemet for å *bearbeide* det. Mens Tariq, som ønsker seg vanlig *arbeid*, prøver å kaste det problematiske og onde på *glemselens hav* for å ikke bli i problemet. For han kan det dermed synes som om fortrenkning er en bedre form for terapi enn samtaleterapi. Tariq som verken får en plass i behandlingsinstitusjon eller hybelhus, forblir slik jeg ser det, i det problematiske og onde, da han begynner med heroin kort tid etter utskriving fra avdelingen. Han dør noen måneder senere av en overdose heroin og man kan undre seg over om det var en valgt vei ut av det vonde.

“Det er vanlig arbeid jeg trenger”

Mange av klientene med innvandrerbakgrunn i materialet var i likhet med Tariq og Hafiz opptatt av å skaffe et arbeid for å bli alminneliggjort og uttrykte at mangel på arbeid var et stort problem. I likhet med flyktningene som ble intervjuet av Fafø i en undersøkelse om levekår blant flyktninger i Oslo, svarte flere av dem “skaff meg en jobb” når de ble spurt om hva som skulle til for å gi dem et bedre liv i Norge (Djuve og Hagen 1995:5).

Ettersom jeg fikk inntrykk av at mangel på arbeid var det største problemet for flere av klientene, ønsker jeg å se nærmere på hva dette kan handle om. Flere av klientene formidler på forskjellige måter at de er ferdig med rusmiddelproblemet og har glemt det. Det er dermed mulig å tolke deres ønske om arbeid og ikke ville snakke om rusmiddelproblemer i et fortrenkningsperspektiv. Noushad, for eksempel, fortalte meg at han var opptatt av å trene og jobbe på behandlingsinstitusjonen, fordi han da ble sliten og ikke tenkte på det vonde.

“Jeg liker ikke å snakke om problemer, fordi da tenker jeg mer. Det hjelper ikke å snakke om problemene. Jeg er 36 år gammel og trenger ikke å snakke om dem”. Han ler og rister på hodet og spør ut i luften. “Prate fra 12 år og til nå? Det trenger jeg ikke”, svarer han. “Det er vanlig arbeid jeg trenger. Jeg trenger å ha jobb og bli opptatt”. “Tenker du ikke på fortiden eller problemer da?” spør jeg. Han ser forferdet på meg og sier “Kan ikke ha to forskjellige tanker i hodet på en gang. Den som gjør det er ikke normal, men confused”. (...)“Jeg kan ikke snakke om det som er bak, fordi det gjør det vanskelig å se fremover. Dersom jeg ser bakover, blir det vanskelig å gjøre det som kommer foran. Jeg klarer ikke å leve dersom jeg må snakke om det vanskelige. Jeg vil ikke snakke om det bak, bare se fremover og det positive for at jeg skal klare det”. (...) “Jobb er det jeg trenger”.

Fortrenkningsperspektivet er et psykologisk perspektiv som er en del av terapeuters måte å tenke om personer og problemer. En annen innfallsvinkel til å forstå hvilken betydning arbeidet har for klientene, er å

studere det i lys av et familieperspektiv. Videre i kapitlet velger jeg dette perspektivet fremfor et fortregningsperspektiv, fordi jeg ønsker å analysere betydningen av arbeid ut fra hva klientene formidler de er mest opptatt av.

“Uten familie, - ingenting”

Alle de 23 klientene i utvalget viste at de var opptatt av familiene sine ved at de uoppfordret snakket til meg om familie og familiemedlemmer, viste meg bilder av kone, barn eller søsken og inviterte meg til å møte familiene deres. Flere ganger underveis i feltarbeidet tenkte jeg at jeg visste mer om deres familier enn om dem selv.

Når de fortalte om familien sa de ofte at de hadde en god familie, og hvor mye de savnet den og at det var en tragedie for dem selv og familien at de var i en institusjon for personer med rusmiddelproblemer. Jeg spurte flere av klientene om hvilke institusjoner de hadde i hjemlandet og de fleste svarte fengsel og sykehus. De fleste fortalte samtidig at det ikke fantes et offentlig hjelpeapparat eller behandlingsinstitusjoner i hjemlandet som tok seg av rusmiddelproblemer slik som her i Norge. I følge al-Baldawi (1994) innebærer nettopp bruk av fengsel og sykehus i forskjellige asiatiske og afrikanske land, samt fravær av offentlig sosialtjeneste, at mange har vanskeligheter med å forholde seg til ulike sosiale institusjoner i et velferdssamfunn. På spørsmål fra meg om hvem klientene gikk til dersom de hadde problemer med økonomi, helse eller andre problemer, svarte de familien. *“Det er vi i familien som hjelper hverandre”*, fortalte Sharif. *“Institusjon? Det er familien det”*, svarte Abdo da jeg spurte om hvilke behandlingsinstitusjoner de hadde i hans hjemland.

“Uten familien, - ingenting. I vår kultur hjelper familien hverandre”, sier Abdul. Han gråter mens han forteller at hans kone har gitt ham opp og ønsker skilsmisse. (...) *“Narkotika er et helvete. Jeg liker ikke heroin og jeg odelegger for hele familien. Jeg har ikke lov til å odelegge for barna. Moren min gråter, hun ser på tv og der ser hun narkomane dø. Faren min vet mer, så han er roligere. Bestemoren min vet ikke hva narkotika er. Er det alkohol, spør hun. Jeg har en god familie. Ingen har rusproblemer, bare jeg”*, sier han med lav stemme og ser ned på skoene sine.

Vahid hadde ingen familiemedlemmer i Norge og fortalte meg i en samtale at han savnet dem,

“fordi det viktigste for meg er familien”. (...) *“Når jeg har problemer her, har jeg ingen”*, sier han, og begynner å knyte skolissene, samtidig som tårene renner nedover kinnene hans. I en gruppesamling dagen etter spør en av konsulentene ham om han føler seg på utsiden av samfunnet. *“Nei, jeg føler meg på utsiden av familien og det er et stort problem for meg”*, svarer han.

At familien var viktig uttrykte Saleem eksplisitt når han flere ganger i en samtale med meg gjentok at *“familien er viktigst av alt. (...) For pakistanske menn er familien viktigst”*.

Mustafa viste meg bilder av tre yngre brødre som han hadde ansvar for, fordi foreldrene deres hadde reist tilbake til hjemlandet. Han var opptatt av at det var vanskelig å ta ansvar for brødrene når han var innlagt i institusjonen, *“fordi innvandrere i Norge har bare familie, ellers ingen”*, sa han.

Som vi ser av de foregående utsagnene fremstår familien som det *“viktigste av alt”* for mange av klientene. Men hva har dette å gjøre med at flere av klientene ønsker seg arbeid? For å forstå arbeidets betydning i lys av en familietilknytning ønsker jeg å fokusere nærmere på hva Reza, Mahmood og to kvinnelige familiemedlemmer formidler om denne sammenhengen.

Mahmood var en beskjeden, alvorlig mann i midten av trettiårene som hadde bodd i Norge i nesten fem år. Han var nylig gjenforent med kone og to barn. Jeg traff ham for første gang på Soria Moria, og han fortalte at han slet med søvn- og nerveproblemer etter krig og tortur i hjemlandet. Det var ifølge ham lett å få tak i de medisinene han trengte der, mens *“her kjøper jeg det dyrt og svart, fordi jeg ikke har lege. Kan du skaffe meg en lege?”* spurte han. Han fortalte at han hadde røkt både opium og heroin før han kom til Norge, men sluttet for flere år siden. For noen måneder siden begynte han å røyke heroin igjen, og han hadde relativt nylig begynt å injisere heroinet. *“I dag bruker jeg 500 kroner pr. dag til heroin, 1/4 gram. Jeg kan ikke det, for jeg må passe på familien. (...) Jeg vil ha jobb, for når jeg arbeider ruser jeg meg ikke”*. Han fortalte at han hadde lang arbeidserfaring fra hjemlandet, mens han i Norge bare hadde hatt forskjellige praksisplasser og svart arbeid innenfor sitt etniske nettverk. *“Kan du skaffe meg en jobb?”* spurte han.

I løpet av de fem månedene jeg hadde kontakt med Mahmood hadde jeg tolv samtaler med ham alene, samtidig som jeg observerte ham i ytterligere syv forskjellige møtesituasjoner der ulike instanser og personer var tilstede. Mahmood var innlagt tre ganger til avrusning og hver gang var han opptatt av å fortelle at han var ferdig med rus. Han fortalte at konen gråt og skrek til han når han ruset seg, og sa hun ville skilles dersom han ikke sluttet å bruke heroin. Han ønsket å slutte med narkotika, fordi *“jeg har kone og barn å ta vare på, og dersom jeg begynner igjen er jeg gal, fordi da mister jeg alt”*, sa han alvorlig. Hvorpå han så trist på meg og sa:

Du vet når man har begynt [med heroin] er det vanskelig å slutte. Når jeg er her vil jeg slutte, når jeg kommer ut, vet jeg ikke. (...) Dersom jeg fortsetter, dør jeg. Det går utover barna og familien. Jeg er her [på avrusningsinstitusjonen] for familiens skyld.

Han fortalte at han satt hjemme og kjedet seg sammen med konen som passet barn, ordnet klær og laget mat. *“Det er ikke bra å sitte hjemme”*, sa han og fortalte at flere av vennene i hans etniske nettverk hadde arbeid. *“Hva er det største problemet ditt?”* spurte jeg. *“Familien i hjemlandet. Jeg har ingen ber”*.

I samtalene med tolk som Mahmood og konen hadde med sosialkuratoren, var begge opptatt av at han trengte arbeid. Konen spurte flere ganger om de hadde funnet arbeid til mannen, fordi det ikke var bra for ham å gå hjemme. Kuratoren som gav uttrykk for å være mest opptatt av at Mahmood hadde et rusmiddelproblem henvendte seg til Mahmood og sa at *“vi skal hjelpe deg”*. I en av samtalene tilbød han Mahmood poliklinisk kontakt med Blå Kors⁹ behandlingsinstitusjon *“for å jobbe med motivasjonen slik at det blir lettere å holde seg rusfri”*, et tilbud Mahmood takket ja til. Etter samtalen spurte jeg Mahmood om hva han visste om denne institusjonen. *“Ingenting”*, svarte han. *“Hva slags hjelp tror du du får der?”* spurte jeg. *“Jeg får jobb”*, svarte han og smilte fornøyd.

Til forskjell fra Mahmood, som gav inntrykk av å være en alvorlig mann med mange vondter, fremstod Reza som en ung smilende mann med livsmottoet *“for livets glade gutter går solen aldri ned”*. Han var en vel trent, ugift, blid mann i tjuetårene som var født og oppvokst i Norge, men som blant ansatte defineres som en ’andregenerasjons innvandrer’ fordi foreldrene hans har utvandret fra et ikke-vestlig land til Norge før han ble født. I løpet av den tiden jeg hadde kontakt med ham (1 ½ år) var han innlagt i én avrusnings- og én behandlingsinstitusjon. Han fortalte at han hadde en god oppvekst og at han begynte å ruse seg med hasj da han var 15-16 år, fordi han var nysgjerrig. Etter hvert forsøkte han både amfetamin og kokain for så å prøve røyking av heroin. Senere begynte han å injisere heroinet og i følge ham selv hadde han vært avhengig av heroin i to år. Han omtalte seg selv som en troende muslim *“av hele mitt hjerte”* og fortalte at han savnet familien hele tiden, fordi den betydde alt for ham. *“Det viktigste for muslimske menn er å ha en respektabel jobb, at familien er fornøyd og få sin egen familie. (...) Jeg vil være vanlig der ute, ikke dassé på et kollektiv”*, fortalte han meg. Han fortalte at ansatte var negative til at han hadde lagt

⁹ Blå Kors er å betrakte som en illustrasjon og er ikke den aktuelle institusjonenes navn.

seg inn til behandling for familiens skyld, og ikke for egen del. *“Det er sant. Jeg gjør det for familien. Hadde ikke dem vært der, hadde ikke jeg vært her. Da hadde jeg gått”*. Han ønsket at de ansatte ved institusjonen skulle hjelpe ham å komme i gang med en avbrutt skolegang, slik at han etter hvert fikk seg et arbeid. Han fortalte at han ville flytte hjem til moren som var enke når han var ferdigbehandlet og bo hos henne og ta vare på henne når hun ble gammel.

MorReza som jeg hadde flere samtaler med i hjemmet deres, var bekymret for sønnens fremtid blant annet på grunn av hans omgang med norske kvinner. Hun fortalte at sønnen var oppdratt til å forsørge en kone som stelte for mannen og hjemmet deres. Et ekteskap og barn med en norsk kvinne ville derfor ende med skilsmisse, fortalte hun, fordi den norske kvinnen forståelig nok ville kreve likestilling. Skilsmissen ville bli en ny grunn for Reza til å begynne å ruse seg igjen, fortalte hun meg. Hun var samtidig opptatt av at Reza burde ha vært i arbeid istedenfor på behandlingsinstitusjon, fordi arbeid var det eneste som kunne gi han en kone med samme etniske bakgrunn. *“Dersom han ikke får seg jobb, får han ingen kone. Ingen ser på ham da”*, sa MorReza alvorlig.

Mahmood og Reza var personer med forskjellige tilknytningspunkter til det norske samfunnet. Mahmood hadde levd mesteparten av sitt liv utenfor Norge, mens Reza hadde levd hele sitt liv i Norge, gått på norske skoler og hatt norske kjæresten. Utover disse forskjellene gir de begge uttrykk for å ha en sterk tilknytning til familien. Familien fremstår som den sentrale enheten der de har et livsvarig medlemskap. Dette medlemskapet er knyttet til forskjellige forpliktelser og roller som jeg ønsker å studere nærmere.

Hva har så Mahmood og Reza til felles med hverandre, og med Tariq, Hafiz, Sharif, Abdul, Abdo, Vahid, Saleem og Mustafa? De har alle levd sine liv i forskjellige muslimske familier i Norge, Sør-Asia og Midtøsten. Det interessante i denne sammenheng er ikke hvorvidt de betrakter seg som troende muslimer eller ikke, men at de er sosialisert inn i samfunn der islam har hatt en stor betydning for hvordan de betrakter seg selv og verden. Islam er ikke bare en religion, men et helt livsmønster som regulerer alle livets områder (Eriksen & Sørheim 1994:217). Dahl beskriver i boken *“Den muslimske familie”* at helt fra de muslimske samfunns tilblivelser ble det lagt en særlig vekt på familien som enhet i samfunnsorganiseringen, så vel religiøst som rettslig og sosialt (Dahl 1992:8). Islamsk rett (Sharia) utgjør selve hjertet av islam, og *“familieretten er*

i følge tradisjonen den sentrale del av retten, fordi familien er den enheten som det muslimske samfunn bygges opp gjennom. Hvis familiene ikke fungerer, fungerer ikke samfunnet. Det er derfor nødvendig å beskytte familien og dens bærere” (Dahl 1992:60). Sharia er også mye mer enn det islamske rettsystemet, fordi Sharia betraktes som “*menneskehetens pliktsystem*” for alle muslimer uansett hvor de bor i verden (Dahl 1992).

“Sønn, far, mann, - de tre er jeg¹⁰”

Mahmood, Reza, Tariq, Hafiz, Sharif, Abdul, Abdo, Vahid, Saleem og Mustafa har i likhet med de fleste av klientene i utvalget det til felles at de er menn som utgjør en del av *den muslimske familie*. Hvilken betydning har kjønn innenfor den muslimske verden? Flere antropologer beskriver på forskjellige måter at kjønn er en av de aller viktigste organiserende faktorer i muslimske samfunn der verden anses som fundamentalt kjønn (Naguib & Thorbjørnsrud 1994, Eriksen & Sørheim 1994, Wikan 1995). Familiemedlemmenes kjønn har en viktig betydning for hvilke roller og forpliktelser de har i familien og i samfunnet (Dahl 1992, Eriksen & Sørheim 1994, Wikan 1995). Nå må man ikke forledes til å tro at det er bare i muslimske samfunn at kjønn regulerer arbeidsdeling. Kjønnbestemt arbeidsdeling er i følge Melhuus et grunnleggende prinsipp¹¹ i sosial organisering (Melhuus 1990), og vi skal ikke gå mange årene tilbake i eget samfunn for å se at det var vanlig å betrakte kvinnens arbeid i hjemmet som komplementært¹² til mannens arbeid utenfor hjemmet. Det er mulig å se en tilsvarende over- og underordnet relasjon mellom muslimske menn og kvinner, fordi mennene har kontroll over et av konenes viktigste hjelpemidler, penger, som hun trenger for å få gjennomført sine forpliktelser i familien. Det islamske ekteskap bygger ikke på likestilling, men på ulikhet og komplementaritet. Til mannens sett av plikter svarer konens sett av forventninger, og omvendt (Dahl 1992, Naguib & Thorbjørnsrud 1994).

Dersom vi studerer familiene Mahmood og Reza nærmere, ser vi at de to mennene er forventet å skulle oppfylle noen sentrale roller i sine

¹⁰ En av klientene som jeg hadde mange samtaler med, snakket ofte om sin far som var skuffet over sønnen, om konen som han kunne få komme tilbake til dersom han skikket seg og barna som han tenkte på hele tiden. “*Sønn, far, mann, de tre er jeg*”, sa han en dag alvorlig til meg.

¹¹ Det finnes selvfølgelig også mange andre måter, som for eksempel alder eller etnisitet (Melhuus 1990:148).

¹² Forskjellig, men gjensidig utfyllende.

respektive familier. Disse rollene knytter seg til det å være sønn, far og ektemann. Ettersom de to mennene er i forskjellige faser i livet, knytter det seg også ulike rolleforventninger til dem. Reza som foreløpig er en ugift mann har ingen forpliktelser ovenfor kone eller barn, men i følge hans mor, som er en troende muslim, er han oppdratt til å forsørge kone og barn. MorReza er svært opptatt av at sønnen må gifte seg med en muslimsk kvinne. Når jeg betrakter mors uttalte forventning om å få sønnen gift, blir forventningen forståelig for meg, da ekteskapet anses som et hovedmål i muslimske kvinners og menns liv. Ekteskapet er den eneste samlivsformen som aksepteres i islam og alle som er i stand til¹³ å gifte seg har en plikt¹⁴ til å gjøre det (Dahl 1992, Naguib & Thorbjørnsrud 1994, Eriksen & Sørheim 1994).

Mahmood har dermed utført en av sine to mest sentrale plikter i henhold til islamsk lære og praksis. Han har giftet seg og etablert eget hushold med kone og barn. Den andre plikten derimot, forsørgelsesplikten¹⁵, er det problematisk for ham å oppfylle med et forbruk av heroin på 500 kroner dagen uten arbeid eller inntekter fra kriminelle handlinger. I henhold til islam har mannen det hele og fulle forsørgeransvaret overfor konen og barna sine (Wikan 1995, Dahl 1992, Eriksen & Sørheim 1994, Vogt 1994), og det er hans økonomiske forpliktelser¹⁶ som gir han en overordnet stilling i ekteskapet. En overordnet stilling som gir mannen rett til å kreve konens lydighet, og en beslutningsrett over familien og hjemmet, samt konens liv, arbeid og handlinger (Dahl 1992:127-128). I følge Dahl har en ektemann i et islamsk ekteskap en arbeidsplikt *utenfor* hjemmet for å oppfylle forsørgelsesplikten overfor hustruen og barna. Konens arbeidsplikt er derimot knyttet til husholdningsarbeidet og barneomsorg *i hjemmet* (Dahl 1992:121-122). Både Mahmood og konen formidlet at de var misfornøyde med at Mahmood var hjemmевærende, og de ber

¹³ Unntatt fra dette er bare de som av fysiske, mentale eller økonomiske årsaker absolutt ikke er skikket for ekteskap. Familiemedlemmer og venner har forøvrig en plikt til å hjelpe også disse personene med å bli gift (Eriksen & Sørheim 1994, Dahl 1992).

¹⁴ Dahl (1992) formidler at det nærmest er en plikt til å gifte seg innenfor islamsk tradisjon, mens Naguib & Thorbjørnsrud (1994) og Eriksen & Sørheim (1994) snakker om en mer absolutt plikt.

¹⁵ "Forsørgelsesplikten dekker etter § 1i Egypts lov nr. 25 av 1920, mat, klær, bolig, medisinsk behandling og "slike andre utgifter som anses som nødvendige etter islamsk lov" (Dahl 1992:129).

¹⁶ Mannen har to sentrale økonomiske forpliktelser. "Plikten til å fremskaffe brudepris, mahr, suppleres av Koranens absolutte og ensidige påbud til mannen om å forsørge hustruen i ekteskapet, nafaqa" (Dahl 1992:127).

sannsynligvis saksbehandleren om å finne et arbeid til Mahmood slik at han kan oppfylle arbeidsplikten for å oppfylle forsørgerplikten sin. I ekteparets møter med saksbehandleren på sosialkontoret ber Mahmood på vegne av konen om økonomisk hjelp til blant annet mat, klær til konen og barna, senger, møbler, kjøkkenutstyr og tannbehandling. Konen er sannsynligvis misfornøyd med den økonomiske situasjonen, ettersom det er hun som administrerer knappheten. På den annen side er det også mulig at hun er misfornøyd fordi mannens tilstedeværelse i hjemmet kan oppleves som en trussel mot hennes rolle og maktposisjon som barneoppdrager, omsorgsperson og den som har ansvaret for husholdsoppgaver.

Ettersom kjønn er en så sentral organiserende faktor for arbeidsdelingen i den muslimske familien, er det sannsynligvis helt nødvendig for Mahmood å fremstå som en mann, det vil si som maskulin. En tolkning av det maskuline er å være utearbeidende forsørger, og det er derfor rimelig å anta at Mahmood opplever å være devaluert som mann ettersom han verken oppfyller mannens arbeidsplikt eller forsørgelsesplikt. Det at han samtidig er henvist til den kvinnelige sfæren kan føre til at han opplever en kvinneligjøring som ikke bare truer hans mannlige integritet, men også hans navn og rykte. Slik jeg ser det, står han i fare for å miste sin overordnede posisjon som herre i eget hus, fordi han er ute av stand til å forsørge sin familie. Familien står videre i fare for å bli oppløst ettersom konen ønsker skilsmisse og har rett til skilsmisse¹⁷, fordi Mahmood ikke oppfyller forsørgelsesplikten. Det er kanskje nettopp på grunn av denne vanskelige familiesituasjonen at Mahmood forteller at det største problemet hans er familien i hjemlandet og at han er uten blodsslektninger i Norge. Det betyr at han trolig ikke har noen som stiller opp for ham og at han er alene om å ordne opp med kone og barn. Dette innebærer at han må lære kone og barn om Norge samt lære henne flere kvinneting som han ikke kjenner eller ønsker å kjenne. I tillegg er det mulig at Mahmood er bekymret for familiens ve og vel i hjemlandet, fordi han også har forpliktelser overfor den familien han kommer fra. Sønner er sine foreldres økonomiske og omsorgsmessige forsikring i alderdommen (Eriksen & Sørheim 1994). Det er sannsynligvis derfor Reza formidler

¹⁷ “Under strenge krav kan brudd på forsørgelsesplikten i dag gi henne rett til skilsmisse. (...)” (Dahl 1992:129).

som den største selvfølge i verden, at han skal bo sammen med moren for å ta seg av henne når hun blir gammel.

Slik Mahmood står i fare for å bli en skilt mann, står Reza i fare for å ikke bli gift med en muslimsk kvinne, fordi han er innlagt i en behandlingsinstitusjon og dermed ute av stand til å oppfylle forsørgelsesplikten for en kone. Arbeid fremstår således både som en inngangsbillett og en forutsetning for å bli betraktet som et fullverdig mannlig medlem av *den muslimske familie*. Et medlemskap der han er forventet å fylle en mannsrolle som en viril og potent ektemann med beskytter- og forsørgeransvar for en tregenerasjons familie. Ettersom ingenting av denne mannsrollen kan nås uten arbeid, vil jeg omskrive utsagnet “skaff meg en jobb” til “gi meg en mulighet til å være en mann, hvilket vil si muligheten til å bli et ordentlig menneske, fordi da blir jeg det”.

Om arbeid og verdighet

Med utgangspunkt i en tilnærmet absolutt ekteskapsplikt og forsørgelsesplikt kan det synes som om muslimske menn ikke har noe annet valg enn å arbeide dersom de vil unngå å miste status, ære og selvrespekt. Nå er det ikke slik at det bare er muslimske menn og kvinner som verdsetter arbeid høyt. Ved å flytte fokus til Norge og mellomkrigstidens behandlingsmodell, ble arbeid ansett som viktig fordi klientene ble mer opptatt av arbeidsoppgavene enn å dvele ved det vonde inne i seg selv. Fagfolk den gang antok videre at *“arbeidsterapien økte pasientens sjøtillit, gjennom at han eller hun fikk oppleve seg sjøl som nyttig”* (Ericsson 1982:97). Denne holdningen finner jeg også igjen blant dagens ansatte ved de tre behandlingsinstitusjonene Forandring. De ansatte der formidlet at arbeid gir selvrespekt og tilhørighet i samfunnet, mens mangel på arbeid reduserer følelsen av menneskeverd. Arbeid og verdighet kan dermed sies å være nært forbundet med hverandre, noe som sannsynligvis handler om at *“arbeidet danner en kjerne i samfunnets offentlige sfære. Det er primært arbeidet som gir hver enkelt av oss tilgang til denne sfæren og ingen kan bli fullverdige samfunnsmedlemmer, selvstendige og i utvikling, uten en slik tilgang”* (Sørhaug 1996:181). Wikan er i likhet med Sørhaug opptatt av arbeid som selve ryggraden i integrasjonsprosessen, og skriver at *“arbeidsløshet legger livet brakk, og skaper grobunn for alt det som ingen ønsker seg”* (Wikan 1995:176).

Med disse forskjellige utsagnene i minne kan man si at det gamle ordtaket om at “arbeid adler mannen” har en gyldighet innenfor både muslimsk og norsk tradisjon. Men til tross for at ansatte og klienter deler denne

oppfatningen, gir de samtidig uttrykk for å ha ulike forestillinger om hva slags arbeid som kan hjelpe dem til et rusfritt og verdig liv. Flere av de mannlige klientene, som kanskje har kastet rusmiddelproblemet på *glemselens hav*, gir uttrykk for at de trenger vanlig arbeid for å bli alminneliggjort. Dette handler sannsynligvis om at de da vil få oppfylt både arbeidsplikten *utenfor* hjemmet og forsørgelsesplikten overfor sin familie. Ansatte, som arbeider etter en fasemodell der “alt til sin tid” er et gjeldende behandlingsprinsipp, er derimot av den oppfatning at klientene har et rusmiddelproblem som de trenger å *bearbeide* før de begynner i et vanlig arbeid. For svært mange ansatte innebærer dette at de forventer at klientene arbeider med noe *i* seg selv *innenfor* institusjoner. Dette innebærer etter min vurdering at ansatte har forventninger om at klientene er aktive samtalepartnere i behandlingskollektivet *den betalte familie*. Klientene derimot, gir uttrykk for at de er en del av *den muslimske familie* og at det er dette familiekollektivet de ønsker å arbeide for.

Det kan dermed synes som om flere av klientene og de ansatte relaterer arbeid til henholdsvis en familiær og en indre sfære, noe som kan knyttes til det Ahmadi & Ahmadi skriver i artikkelen “Annorlunda individbegrepp” som omhandler iranere i Sverige. “*Av sina föräldrar lär sig barnet att sätta den större enhetens – framförallt familjens – bästa över sitt eget. En iranier är först och främst familjemedlem och därefter medborgare*” (Ahmadi & Ahmadi 1995:18). Denne tenke-måten står i følge forfatterne i en uforenlig kontrast til den svenske, vestlige individualismen der barnet læres opp til å betrakte seg selv og andre som atskilte, unike individer. Forfatterne omtaler dette som to forskjellige kulturelle sfærer der svensker og iranere forstår relasjonene *jag - mig* og *jag - den andre* forskjellig, noe som fører til identitetskriser for iranske innvandrere i Sverige (Ahmadi & Ahmadi 1995:16ff). Deres perspektiv omhandler iranernes individbegrep spesielt. Dette ligner på Batesons generelle perspektiv hvor det er en motsetning mellom vestlig selvpoppfatning der individet betraktes som en selvstendig enhet “jeg mot verden” og en kybernetisk forståelse av selvet der individet betraktes som en *del av en større helhet* “jeg i verden” (Bateson 2000b).

Bateson er i artikkelen “The Cybernetics of “Self”: A theory of Alcoholism”, opptatt av at selvet er et kybernetisk selv som korrigerer seg i retning av en homøostatisk likevekt (Bateson 2000b). Slik jeg forstår Bateson, er vi alle en del av noe som er større enn oss selv som vi sammenligner oss med, bearbeider informasjon fra og dermed korrigerer oss i forhold til. Kort sagt “mennesket - i - kontekst”. En endring eller utvikling av selvet kan derfor best forstås i lys av at folk er selv-

korrigerende systemer (Bateson 2000c:435). Denne teorien handler derfor ikke primært om alkoholisme, men om selvet som et kybernetisk system. Alkoholikeren er for Bateson et eksempel på et vestlig selvstendig selv som tror det har selvkontroll og som inntar en symmetrisk relasjon til alt og alle. Den tørrlagte alkoholikeren redder seg selv ved å konvertere til Anonyme Alkoholikers (AA) kybernetiske behandlingsmodell, fordi han der inngår i en komplementær relasjon med noe som er større enn han selv. Med utgangspunkt i en arbeidshypotese om at Reza betrakter seg som del av en større helhet, familien, ønsker jeg å analysere hva som skjer med hans selv-, problem- og løsningsforståelse i løpet av behandlingsprosessen. Analysen bygger på observasjoner og samtaler med han og familien i hjemmet samt deltagende observasjon og samtaler med han i avrusnings- og behandlingsinstitusjoner¹⁸ over en tidsperiode på 1½ år.

“Jeg er mer her inne nå (i hodet) og mindre der ute”

Reza, som begynte å ruse seg på hasj da han var 15-16 år fordi han var nysgjerrig, fortalte at *“det begynte som en flipp sammen med kameratene. Jeg hadde det bra og hadde ingen grunn til å begynne”*. Han fortalte at første gangen han prøvde heroin kastet han opp og følte seg dødssyk. *“Men den tredje gangen var det digg og rus”*. *“Hvorfor prøvde du det gang nummer to?”* spurte jeg. *“Kameratene mine sa at hvis jeg fortsatte ville jeg bli stein¹⁹”*, sa han, før han fortsatte alvorlig, *“og nå sitter jeg her på narkokollektivet. Jeg angrer på at jeg prøvde det, fordi jeg trodde ikke jeg kunne bli avhengig”*. Han fortalte at han visste ingenting om hjelpeapparatet, som han og familien fikk kontakt med etter en overdose. Etter dette ble han anbefalt å legge seg inn til behandling, noe familien ønsket at han skulle. I følge Reza var de ansatte negative til at han la seg inn til behandling for familiens skyld, og ikke for egen del.

“Jeg gjør det for familien. Hadde ikke dem vært der, hadde ikke jeg vært her. Da hadde jeg gått. (...) Det er en tragedie at jeg er her, men jeg klarer meg ikke ute”, sier han alvorlig og legger til: *“Når sonnen er gærn går det utover hele familien. (...) Jeg er oppdratt til å vise respekt for familien. Jeg lager ikke bråk, eller sier i mot ledere eller eldre”*.

¹⁸ Jeg besøker Reza 7 ganger, hvorav én med overnatting. Ved tre av besøkene benyttes deltagende observasjon med oppfølgende samtaler, mens de fire øvrige gangene har jeg samtaler med Reza alene i et eget rom.

¹⁹ “Stein” referer seg til en rusopplevelse Reza knytter til bruk av hasj og heroin. I følge han blir han “stein” i hodet av å røyke hasj, mens han blir “stein” i hele kroppen av heroin.

Han var opptatt av at han trengte hjelp til å *bli kvitt rus-suget*, som han først ble klar over at han hadde da han kom i behandling. Reza fortalte at han ønsket hjelp til å komme i gang med trening og skole, for så å finne seg et arbeid. *“Jeg vil være vanlig der ute, og ikke dassé på et kollektiv”*. Han tenkte å flytte hjem til mor når han var *ferdigbehandlet* og bo hos henne og ta vare på henne når hun ble gammel. Familien var, i følge Reza, det viktigste av alt for ham og han besøkte dem så ofte han kunne. Når jeg observerte han hjemme sammen med brødrene og moren, smilte han ofte til henne og ga henne klemmer. Noen ganger når moren kjefte, satt han alvorlig og hørte på uten å si i mot henne.

Jeg traff Reza flere ganger på behandlingsinstitusjonen Forandring som på mange måter lignet et “vanlig” hjem i en forstørret utgave med cirka førti familiemedlemmer til bords. Veggene i gangene var pyntet med bilder av smilende klienter fra forskjellige turer opp gjennom tidene og stuen hadde møbler, grønne planter og bilder på veggene som skapte en hjemlig atmosfære. Ansatte og klienter lo ofte sammen, samtidig som jeg observerte at noen ansatte ga enkelte klienter spontane klemmer. Klientene hadde egne rom som de kunne trekke seg tilbake til når de ble ferdig med dagens plikter, som for eksempel obligatoriske samlinger og huslige oppgaver som matlaging og rengjøring. Når klientene hadde gjennomført den første måneden innenfor institusjonen, fikk de i økende grad ta del i gjøremål og fellesskap utenfor institusjonen. Reza, som fortalte meg at det var både flaut og kjedelig å være på kollektivet, brukte enhver anledning han hadde til å være *der ute* sammen med familien, kjæresten og vennene i fotballklubben.

Jeg møtte Reza flere ganger sammen med moren, og jeg ble overrasket over hvor åpent de snakket sammen om nærmest alt mulig. De fleste samtale foregikk på norsk, men noen ganger snakket de høyt seg i mellom på et fremmed språk. Samtaletemaene skiftet mellom hvordan ulike familiemedlemmer hadde det og hvor skuffet moren var over Rezas rusing, overdoser, kjærestevalg og kriminelle venner.

Reza fortalte meg at han ikke likte å snakke om seg selv på behandlingsinstitusjonen Forandring og at han ofte fikk vondt i maven når han satt i gruppene der “de snakker”. Han fortalte at han aldri snakket uoppfordret, men bare svarte høflig på spørsmål han fikk. Når han snakket med meg omtalte han seg som “narkoman”, og når jeg spurte hva en narkoman var, svarte han at *“jeg ser ikke på meg selv som narkoman. (...) En narkoman er en sliten, søplet person. Ser ikke på meg selv sånn”*. Når han senere

omtalte seg som “narkoman” kommenterte han på ordvalget: *“Æsj, der sa jeg det ordet igjen, men jeg er ikke narkoman. Jeg har lært det ordet her i kollektivet”*. Han fortalte at klientene *“pønker [tuller med], meg og kaller meg straight light, fordi jeg ikke liker å bli kalt narkoman”*. Mens ansatte, i følge Reza, reagerte negativt når han sa at han ikke så på seg selv som en narkoman. *“De mener da at jeg ser på meg selv som bedre enn dem [de andre klientene], og det er ikke bra”*. En dag satt Reza og tre norske klienter og slappet av med en røyk ute i solen. De snakket om det å være “narkoman”.

“(…)Det handler om å ta egne valg og stå for det”, sier den ene norske, mens en annen nikker. Reza er uenig og sier at “det handler om ære og skam for familien”. “Det er ditt valg og ikke familien som er dårlig, fordi det er en narkoman i familien”, forsetter den første. – “Det handler om å ta egne valg, det handler ikke om familien. I alle familier er det noe, da skulle alle være ramma i forhold til aru”. “Alt teller ikke like mye”, svarer Reza, “noe er verre enn annet”. (...)“Du er bare en narkoman og må ta ansvar for valgene dine”, sier en tredje bryskt. Reza reiser seg opp og går inn, samtidig som han ser på meg med smilende munn og sinte øyne og sier “de bare erter meg”.

Tiden går og Reza formidlet at han syntes det tok lang tid å bli behandlet. *“Jeg har vært her 1 år og 2 måneder nå og ennå kjenner jeg rus-suget”,* sa han med en oppgitt stemme. Han snakket ofte om at det var vanskelig å snakke i gruppesamlingene, fordi han ikke var vant til å snakke om følelser. Dessuten likte han ikke å snakke om seg selv og problemer, i motsetning til de etnisk norske klientene som i følge Reza *“liker å snakke om problemer og kjipe ting, akkurat som om dem er stolte over å ha problemer. Jeg liker ikke å syte, får dårlig følelse etterpå. Jeg liker å snakke om det jeg mestrer jeg”*. I følge Reza var de andre klientene flinke til *“å lese hverandre, men jeg er ikke det. Kanskje jeg ikke bryr meg om det”,* sa han ut i luften. Han skiftet samtaletema og begynte å snakke om moren sin som han så var trist og tenkte at det handlet om at han var *en dårlig sønn*. En dag Reza og jeg møttes spurte han om jeg trodde han ville klare å bli rusfri. Han fortalte at ansatte sa det bare var de seriøse som arbeidet med *seg selv* som ville klare dette. I følge Reza betraktet ansatte ham som useriøs, fordi han tullet og fleipet mye.

“Jeg trodde jeg skulle behandles, være på et sted og bli behandlet så rus-suget er borte når jeg kommer ut. Jeg må tenke annerledes, fordi problemet mitt er i hodet og jeg må konsentrere meg om meg sjøl”, forteller han meg, og forklarer meg: *“Jeg har ikke bare problemer i forhold til rus, jeg har problemer i forhold til å ta ansvar og problemer med strukturen”*. *“Hva betyr det å ha problemer med strukturen?”* spør jeg. *“Det vet jeg ikke. Åh, jeg blir så sliten i hodet mitt når jeg snakker med deg”,* sier han før han gjesper for minst tjuende gang i løpet av denne samtalen.

Reza hadde ruset seg og måtte gjennomføre et avrusningsopphold før han fikk lov til å komme tilbake til behandlingsinstitusjonen.

“(...)Jeg har innsett at jeg har større problemer nå, og jeg skal begynne hos psykolog. Jeg må begynne å se på meg selv som en misbruker”, sier han. “Tror du det hjelper?” spør jeg. “Nei, men jeg må ta et oppgjør med meg selv dersom jeg vil bli rusfri, og ansatte sier at jeg må ta imot råd når jeg ikke vet bedre selv. De sier jeg må innse at jeg er en misbruker”. Vi er i ferd med å avslutte samtalen. Han er sliten. “Jeg er alltid i dårlig form når jeg snakker med deg”, sier han. Han rister på hodet, som om han er oppgitt over seg selv. “Jeg er blitt mer narkoman nå enn før jeg dro til behandling”, sier han plutselig. “Hvordan da?” spør jeg. “Jeg gir mer faen i familien og mora mi. Vet ikke hvorfor, helt dust”.

I senere samtaler møtte jeg Reza som fortalte at han forsto mer av *seg selv* og var blitt mer moden og bevisst. Han fortalte at han hadde fått mer selvtillit, noe jeg kommenterte med *“ja, du har jo fått deg leilighet her i kollektivet”*. Da så han alvorlig på meg og sa *“det handler ikke om ting og sånn, men om hvordan jeg har det inne i meg”*. Han forklarte at *“det er viktig å snakke ut om ting”*, og *“jeg har kommet lengre i hodet mitt nå. Jeg er mer her inne nå (peker på hodet) og mindre der ute”*. Han fortalte meg at han brukte fellesskapet mer og at han hadde blitt flink til å “lese” hvordan de andre klientene hadde det inne i seg, en evne han trodde han ikke hadde, i følge han selv.

“Før visste jeg ikke hva behandling var, utover å være et sted. Jeg visste ikke hva det dreide seg om, ikke før for et halvt år siden. (...) Det er ikke bare å bli rusfri. - Det er viktig å bli kjent med seg selv og utvikle seg selv. Jobbe med seg selv gjennom samtaler og fellesskapet. Jeg skjønner det ikke”. Han stopper opp, før han fortsetter. “Jeg vet ikke om jeg skjønner det ennå”, sier han lavt. “Men”, sier han høyere, “jeg må bruke fellesskapet riktig og jobbe med meg selv, og ikke alle trenger å jobbe med det samme”, sier han forklarende til meg. (...) “Dersom noen hadde forklart deg dette tidligere hadde du skjont det?” spør jeg. “Nei, du trenger tid for å forstå det, det kan ta 3-4 år før du skjønner det”.

Det synes å skje en endring i Rezas selv-, problem- og løsningsforståelse i løpet av de 18 månedene vi har kontakt. For å forstå hva endringen handler om og hvordan den skjer, er det interessant å betrakte Reza med utgangspunkt i hans omgivelser. Omgivelsene er her å forstå som de menneskene han uttrykker er betydningsfulle for ham. Reza forteller om fire forskjellige betydningsfulle grupper som han blir påvirket av. For det første lar han seg påvirke av kameratene til å begynne å røyke hasj og heroin. Disse kameratene blir på et tidspunkt fengslet og Reza får nye kamerater som injiserer heroin. Han gjør som dem og begynner å ruse seg så kraftig at han får en alvorlig overdose. Han blir reddet i siste sekund med motgift av helsepersonalet som råder familien til å hjelpe ham til

behandling. Familien ber han legge seg inn til behandling, og Reza gjør som familien sier for deres skyld. De to siste gruppene som er betydningsfulle for Reza er ansatte og medklienter i behandlingsinstitusjonen, som lærer ham til å fokusere mer på seg selv. I den tiden jeg har kontakt med Reza fremstår familien, ansatte og medklienter som de betydningsfulle andre. Med andre ord kan man si at Reza har tilknytning til to forskjellige familier, *den muslimske familie* med hele sitt hjerte og *den betalte familie* som han bor og arbeider sammen med for sin muslimske families skyld. Det er dermed interessant å analysere Rezas behandlingsprosess i lys av hans tilknytning til disse to familiene, som for meg representerer to forskjellige selv-, problem- og løsningsforståelser.

“Jeg trodde jeg skulle behandles, men jeg tenker annerledes nå”

Slik jeg tolker Reza betrakter han seg og sin muslimske familie i utgangspunktet som en uatskillelig enhet der familien står i sentrum og ikke enkeltmennesket. Dette innebærer, slik jeg ser det, at han betrakter seg som en *del av en større helhet*, som i denne sammenhengen vil si en sønn i *den muslimske familie*. En sønn som er opptatt av at hans rusmiddelproblem handler om ære og skam for familien, noe MorReza også var opptatt av da hun flere ganger fortalte meg at familien ikke hadde kontakt med andre landsmenn fordi *“de snakker. Dersom én vet at han [Reza] bruker narkotika, så vet alle det og da tenker de at vi er en dårlig familie”*. Ære og skam²⁰ er et kollektivt fenomen, der kollektivet (og en selv) belønnes med ære dersom man lever i tråd med etablerte regler og normer. Dersom en person bryter med disse forventningene og for eksempel bruker narkotiske stoffer, kan hele familien eller slekten miste ære og rammes av skam (Rugkåsa & Angell 1998). Sett ut fra en slik selv- og problemforståelse, forventer Reza sannsynligvis å bli raskt behandlet for å bli en vanlig sønn og dermed gjenvinne familiens ære.

Tiden gikk og Reza ventet utålmodig på å bli *ferdigbehandlet*, samtidig som han formidlet (til meg) at ansatte ikke var fornøyde med ham og ville at han skulle arbeide med eget rusmiddelproblem. Han fortalte at han likte å fleipe, noe de ansatte kommenterte negativt. *“Når jeg for eksempel fleiper, sier*

²⁰ Ære og skam er et begrepspar som ofte brukes av antropologer som skriver om moralsystemer i Middelhavsregionen og Midtøsten (Peristiany 1965, Wikan 1984). Begrepsparet knyttes ofte til forholdet mellom kjønnene der ære fortrinnsvis er tilgjengelig for menn, mens skam er knyttet til kvinner (Peristiany 1965, Brøgger 1994, Eriksen 1994).

de det ligger noe bak. De snakker om at jeg har baktanker med hva jeg sier og at jeg er manipulerende. De sier jeg virker useriøs, men jeg er seriøs jeg". Han fortalte videre at ansatte syntes han var for opptatt med familie, kjæreste og hobby, og de sa at han ikke måtte løpe fra *seg selv*, men begynne å bli kjent med *seg selv* og *sitt indre*.

Ansatte formidler dermed at de har en annerledes selv- og problemforståelse enn Reza fordi de betrakter Reza som et selvstendig individ som har problemer med *seg selv* som han selv må og kan løse. Dette innebærer at ansatte har forventninger om at Reza bør delta aktivt i sin egen behandlingsprosess, og ikke kun forvente å bli behandlet. Ansattes behandlingsperspektiv forstås her i lys av Giddens teori om refleksivitet (1991) som blant annet handler om utviklingsprosesser gjennom terapi. Terapi er et uttrykk for selvets refleksivitet der individer kan gjennomgå en personlig utvikling for å forstå *seg selv*, slik man virkelig er (Giddens 1991). For å oppnå denne personlige utviklingen er det viktig "*å være oppriktig overfor seg selv*" (Giddens 1991:78), eller å være *seriøs* som ansatte uttrykker det. Giddens perspektiv, i likhet med ansattes, antyder dermed at individet har et selv, et innvendig selv som utgjør det innerste og mest personlige i individet som det er viktig å bli kjent med for å oppnå en personlig forandring. Ansatte er med andre ord opptatt av at det er noe *i* Reza som er den egentlige Reza som det er viktig å bli kjent med dersom han skal lykkes i behandlingen. For å bli kjent med *seg selv* er det derfor viktig å fokusere på *seg selv* og *sitt indre* og ikke på andre *der ute*. Å lykkes i behandlingen er noe Reza gir uttrykk for at han har bestemt seg for, samtidig som han formidler at han ikke forstår hva han skal gjøre og hvordan han skal gjøre det.

Hva som skjer med Reza og hvordan hans behandlingsprosess foregår kan forstås ved å bruke George Herbert Meads perspektiv på aktører og deres selvrefleksjon (Mead 1967). I likhet med Giddens (1991) er Mead opptatt av at individet utvikler et innvendig selv når det lærer å skille mellom *seg selv* og andre som 'ikke-meg'. Dette skjer gjennom '*taking the role of the other*' der individet tar den andres rolle gjennom å plassere *seg selv* i posisjonen til de han samhandler med (Mead 1967:153). Mead betegner en organisert gruppering og dets deltagere for '*den generaliserte andre*', og han argumenter for at individet oppnår en selvbevissthet gjennom å se *seg selv* slik de andre ser en. Denne bevisstgjøringen setter individet i stand til å evaluere *seg selv*, fordi det fører en refleksiv *indre samtale* mellom '*den generaliserte andre*' og *seg selv*. I følge Mead består selvet av et 'jeg' og et 'meg', der meg'et er det sosialiserte selvet og et slags resultat av de opp-

fatninger som andre mennesker har om det. Men så snart individet begynner å reflektere over dette, så er meg'et fortid og jeg'et fremstår som det aktive og refleksive subjektet. *“The self is essentially a social process going on with these two distinguishable phases”* (Mead 1967:178). Utviklingen av selvet kan dermed sies å være en dobbel prosess. På den ene siden er individet blitt lik alle andre (meg), mens det på den andre siden er blitt et (selv)bevisst individ (jeg).

Mens Reza i utgangspunktet har et medlemskap i *den muslimske familie* som en sønn, blir han tildelt et medlemskap i *den betalte familie* som en stoffmisbruker med forventninger om å arbeide seriøst med seg selv i klientfelleskapet og i individual- og gruppesamtaler. Reza uttrykker en sterk motstand mot å se på seg selv som en stoffmisbruker, og formidler at han ikke liker å snakke om problemer, men heller det han mestrer. Dette fører ham inn i et spenningsforhold med både ansatte og medklienter som formidler på forskjellige måter at han ikke må tro at han er bedre enn de andre klientene. Vil dette spenningsforholdet føre interaksjonen ut i en krisetilstand? Trolig ikke, fordi Reza valgte å høre på de ansatte, for som han selv sa *“jeg lager ikke bråk eller sier i mot ledere eller eldre”*. I følge ham selv var han etter hvert mindre *der ute* og mer sammen med den betalte familien. Nærheten til dette familiekollektivet gjør det forståelig at han ser hvordan de andre klientene har det, i motsetning til tidligere da han så hvordan moren hadde det. Til tross for at han deltar mer i fellesskapet i behandlingsskolektivet, kjemper han lenge en kamp mot ansatte og medklienters kategorisering av han som narkoman. Etter ytterligere en rusepisode gir han uttrykk for å kapitulere og forteller at han må se på seg selv som en stoffmisbruker slik som de andre ser på ham. I resignasjonens øyeblikk vurderer han seg selv som mer “narkoman” etter at han flyttet inn i behandlingsskolektivet, fordi *“jeg gir mer faen i familien og mora mi”*. Dette tolker jeg slik at han (jeg'et) reflekterer over sitt 'meg', som en dårlig sønn, og etablerer en selvbevissthet om et 'meg' som en stoffmisbruker. I forlengelsen av denne selvforståelsen gir han uttrykk for at han begynner å forstå at det er *noe i ham* som han må bli kjent med og arbeide med. *“Det er ikke bare å bli rusfri”*, sa han, og fortalte at han skulle begynne i samtaler hos en psykolog.

Når Reza, i Meads terminologi, gir uttrykk for å *“take the attitude of the other toward himself”* (Mead 1967:134), kan det synes som om han tilpasser seg den betalte families behandlingsteori og menneskebilde. En tilpasning som kan innebære at hans selvforståelse er “på gli” fra det Ahmadi & Ahmadi (1995) kaller “jag - den andre” til det Mead (1967) kaller en “jeg - meg”-

relasjon. En slik glidning i selvforståelse påvirker trolig Rezas problem- og løsningsforståelse ettersom han gir uttrykk for å bli mer og mer opptatt av at han har problemer med seg selv som han selv må og kan løse gjennom samtaleterapi. På den annen side er det diskutabelt om Rezas tilpasning er et uttrykk for en endring i hans selv- og problemforståelse, og om endringen skjer ut fra en rolleovertagelse (jfr. Mead 1967). Reza formidler, i en av våre siste samtaler, at han egentlig er forvirret over hva behandlingen handler om og hva ansatte forventer at han skal gjøre. Dette henger sannsynligvis sammen med at han har liten kjennskap til ansattes individuelle behandlingsideologi, noe som kan gjøre det vanskelig å overta og innta deres perspektiv ved det Mead kaller rolleovertagelse. Ettersom Reza forteller at han aldri sier i mot eldre eller ledere, gir det rom for å tolke han i retning av å være en autoritetstro ung mann. Dette kan innebære at han prøver å gjøre som ansatte sier, fordi han rett og slett er lydige og ikke som en følge av en rolleovertagelse. Ettersom autoritet er nært forbundet med makt (Weber 1995, Sennett 1993) kan det være interessant å se nærmere på hvilken betydning makt og autoritet har for samhandlingen og Rezas behandlingsprosess. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 4, der jeg fokuserer på autoritet og makt som sentrale aspekter i samhandlingen mellom de ansatte og klientene.

Til tross for at Reza gir uttrykk for at han er forvirret i forhold til hvordan han bør forstå seg selv og sine problemer, formidler han ofte en tilfredshet over at han har forandret seg i behandlingsprosessen. Jeg vil ikke begi meg inn på en diskusjon om hvorvidt dette kun er fraser og ord, og ikke en internalisert forandring. Jeg velger derimot å tolke forvirringen og tilfredsheten som uttrykk for at han er i en kontinuerlig endringsprosess og at han dermed har forandret seg. Han har så langt i behandlingsprosessen gått fra å være en uerfaren klient til en mer erfaren klient som har lært at han har et rus-sug. Videre har han lært at det ikke handler om å bli behandlet for rus-suget, men å arbeide aktivt med seg selv. Reza har, slik jeg vurderer, forandret seg fra å være en ung mann med et stort rusforbruk til en Reza som innser at han er en stoffmisbruker som ikke kan ruse seg. En slik forandring forutsetter en viss enighet mellom Reza og ansatte om situasjonsdefinisjonen, som er forhandlet frem ved at Reza i stor grad aksepterer ansattes perspektiv på problemløsning. Et perspektiv som innebærer egenterapi for å frigjøre seg fra problematiske avhengighetsforhold gjennom økt selvforståelse. Reza kan dermed sies å være på vei ut av en liminal fase (jfr. Turner 1970) for å reintegreres i samfunnet som et selvstendig individ. For Reza kan denne selvstendigjøringen også innebære at han er inne i en løsrivningsprosess fra *den*

muslimske familie gjennom en sterkere tilknytning til *den betalte familie*. En løsrivelse som kommer til uttrykk når han innser at han trenger flere samtalepartnere enn sin mor og begynner i samtaleterapi hos en kvinnelig psykolog, samtidig som han tilsynelatende har begynt å distansere seg mer fra familien og moren.

Dersom jeg skulle tolke Rezas selvstendigjøring og løsrivelse fra familiekollektivet i systemperspektivet til Bateson (2000b), vil Reza med sin nye selvoppfatning møte omverden med en tro på at han har selvkontroll og er sin egen herre, (“the captain of his soul”). Slik jeg tolker Bateson, er det derimot en myte å tro at styringen eller kontrollen (“the myth of self-power”) er immanent i et enkeltindivid og ikke i et større system, som for eksempel i Rezas familiesystem. En selvstendig Reza vil dermed møte omverden alene med et overmott, noe som kan føre til at han tar en sjanse på å ruse seg igjen, fordi han tror han har selvkontroll. Ut fra et systemteoretisk perspektiv vil det derimot være til større hjelp for Reza om ansatte fokuserte på Reza - i - familien og ikke bare på noe - i - Reza. Utgangspunktet for et slikt fokus er at Rezas atferd kanskje er hans eneste mulige måte å tilpasse seg en gitt situasjon i familiesystemet. Ved å fokusere på familiesystemet kan man dermed se muligheter for endring i familien, det vil si at familiemedlemmene endrer atferd, som igjen vil innvirke på Rezas atferd. Dette innebærer at familien kan hjelpe seg selv, ut fra en selvhjelpstradisjon de virker fortrolig med, ettersom MorReza formidler at de finner løsninger på store problemer og dilemmaer innen familien gjennom å snakke sammen. Andre løsninger på Rezas problemer i forhold til rusmidler kan i følge mor være å sende sønnen til hennes familie i hjemlandet eller hjelpe ham inn i et vanlig arbeidsforhold slik at han kan etablere sin egen familie.

Reza er i løpet av feltarbeidet en del av to slags familiekollektiver som legger til grunn forskjellige selvforståelser med ulike perspektiver på problemløsning. Jeg vil i slutten av neste kapittel se nærmere på den endringen Reza synes å gjennomgå i lys av et autoritets- og maktperspektiv.

Kapittel 4 Autoritet og makt

I studiet av samfunnslivet er makt et av de mest fascinerende, men også et av de vanskeligste fenomenene å forstå. Makt er både synlig og usynlig, utøvet og foregrepet, et gode og et onde, ettertraktet og avskydd. Fenomenet har en egen evne til å gli unna når vi prøver å gripe det. Kanskje er det ikke engang ett klart angrenset "fenomen" vi har å gjøre med (Engelstad 1999:7).

Innledning

I forrige kapittel forsøkte jeg å belyse at ansatte og klienter har forskjellig selv- og problemforståelser, og at de dermed bringer med seg ulike perspektiver på problemløsning inn i samhandlingssituasjonene. Det oppstår et spenningsforhold i de fleste av disse samhandlingssituasjonene fordi de verken kjenner hverandres perspektiver eller forhandler om hvordan de skal forholde seg til dem. I dette kapitlet ønsker jeg å belyse at autoritet og makt er to sentrale aspekter i samhandlingen fordi de kan ha en viktig innvirkning på samarbeidet og klientenes forandringsmuligheter. I første del av kapitlet analyserer jeg hvilken betydning ansattes kjønn og alder har for at noen av klientene anser ansatte som autoriteter som de hører på. I den andre delen fokuserer jeg på makt som både en del av og motsetning til autoritet når jeg undersøker hva ansattes snakkekur vekker i klientene, og hvordan ansatte forholder seg til klientenes behandlingsprosess. Jeg ønsker å ta utgangspunkt i Webers skille mellom makt og autoritet fordi jeg har en antagelse om at disse to aspektene innvirker på spenningsforholdet mellom klientene og de ansatte.

I følge Weber handler autoritet (herrschaft) om sannsynligheten for at en ordre med et bestemt innhold adlydes av visse bestemte personer (Weber 1983:37). Et viktig trekk ved Webers tilnærming er at han identifiserer autoritet med legitimitet. Dette innebærer at ordren eller bestemmelsen *adlydes frivillig* fordi den oppfattes som rettmessig eller legitim av de underordnede, som i denne studien er klienter som har innvandrebakgrunn. De underordnede vil i følge Webers teori ikke adlyde personer de betrakter som illegitime. Det finnes i følge Weber (1995) bare tre prinsipielt forskjellige "legitimitetsgrunner" som han fremstiller gjennom idealtypene legalt, tradisjonelt og karismatisk herredømme. I dette kapitlet velger jeg å legge til grunn byråkratisk autoritet som den reneste typen av legalt rasjonelt herredømme og patriarkalsk autoritet som den reneste typen av tradisjonelt herredømme. Byråkratisk autoritet legitimeres gjennom troen på at de lover og regler som fagutdannede embetsmenn praktiserer, er rettmessige. Patriarkalsk autoritet legitimeres

derimot gjennom troen på at de ordninger og den herskermakt som eksisterer fra gammelt av, er hellig. Patriarkalsk autoritet baserer seg ikke, slik byråkratisk autoritet gjør, på *plikten til å adlyde* en upersonlig middel-mål-tankegang, men bygger på personlige lojalitetsrelasjoner og personlig underkastelse for en hersker.

Det er interessant å gjøre noen refleksjoner rundt begrepet 'herrschaft' (herredømme i kraft av autoritet). Begrepet har en dobbel klang ettersom det formidler at det er *noen* som har en autoritet og at disse noen er synonymt med det å være menn. Weber vier kjønnsforskjeller liten oppmerksomhet i sin tekst, og det er derfor vanskelig å si om kjønn utgjør en dimensjon ved hans teori om tradisjonell og byråkratisk autoritet. Når jeg forflytter meg frem til 1998 og mine feltobservasjoner innenfor deler av et byråkratisk apparat, undrer jeg meg over hvilken betydning ansattes *kjønn* har for om klienter med innvandrerbakgrunn *adlyder frivillig* ansattes befaling om å tenke, snakke og gjøre som de sier.

“Han snakker ikke om problemene sine til kvinner”

I kapittel 2 beskrev jeg et spenningsforhold som oppsto mellom de ansatte og klientene med innvandrerbakgrunn fordi klientene ikke ville snakke med de fremmede ekspertene om deres utvalgte rusrelaterte temaer. Kan det tenkes at klientenes taushet også har noe å gjøre med samtalepartnerens kjønn? Ettersom de fleste klientene kommer fra eller har foreldre som kommer fra land med atskilte kvinne- og manns-fellesskap, er det grunn til å tro at de tradisjonelt sett forholder seg ulikt til kvinner og menn.

I feltmaterialet var nesten alle klientene med innvandrerbakgrunn menn, mens det blant ansatte var flere kvinner enn menn. Dette førte til at noen av klientene fikk tildelt en mannlig hovedkontakt, mens andre ble tildelt en kvinnelig. Representerer kvinnelige ansatte en mindre autoritet enn de mannlige for mannlige klienter med innvandrerbakgrunn? Dette er ikke et enkelt spørsmål å besvare fordi de fleste klientene sier svært lite om akkurat dette. Samtlige av klientene jeg spurte om betydningen av at hovedkontakten deres var en kvinne, svarte høflig at “*det er det samme for meg*”. Ettersom jeg ikke stilte det samme spørsmålet til klienter som hadde mannlige hovedkontakter vet jeg ikke om det også var *det samme for dem*. Forøvrig kan det ha betydning at disse klientene, som var uerfarne med klientrollen, trolig ikke visste hva det innebar å ha en kontaktperson. De kunne for eksempel ha en forestilling om at kontaktpersonen var en ansatt som skulle ordne opp i praktiske problemer. Dersom det var slik, er det

mulig å tenke seg at det var *det samme for dem* hvem som var hovedkontakt, og at det ble mer problematisk når de erfarte at kontaktpersonen også var deres sentrale samtalepartner. Jeg observerte at det ikke var likegyldig for flere av disse mannlige klientene om kontaktpersonene deres var kvinner eller menn. Disse observasjonene baserte seg blant annet på indirekte avvísninger, manglende blikkontakt med meg og kvinnelige ansatte, samt kommentarer fra både ansatte og mannlige “innvandrerklíenter”. Et lite eksempel med Mohammed kan illustrere at det var følelsesmessig vanskelig å delta i samtaler med kvinner, og at det samtidig kunne være vanskelig å formidle dette til de kvinnelige ansatte.

Mohammed var innlagt på Soria Moria for første gang og han fikk tildelt to kvinnelige kontaktpersoner. Når jeg spurte hva han syntes om det, svarte han med et avslappet kroppsspråk at det var “*helt greit*”. I løpet av utredningsoppholdet inviterte disse kvinnelige kontaktpersonene ansatte fra sosialkontor og psykiatrisk ungdomsteam (Put) til et møte for å diskutere alternative hjelpetiltak for ham. Dagen før møtet hadde Mohammed og jeg en kort samtale der han var svært stille og blek samtidig som han svarte “*ja*” og “*hva*” på flere av spørsmålene mine, noe som ikke var vanlig. Etter noen minutter ba han om at vi avsluttet samtalen fordi han ikke følte seg bra. “*Jeg gruer meg til møtet i morgen fordi det bare er damer der*”, sa han plutselig og lavt uten å se på meg. Dagen etter, og noen timer før møtet skulle starte, fortalte en av kontaktpersonene at Mohammed hadde meldt avbud til møtet fordi han var syk.

Slik jeg tolker avbudet blir det så følelsesmessig vanskelig for Mohammed å delta på et møte med bare kvinner at han melder avbud begrunnet i sykdom. Møtet gjennomføres uten Mohammed som i stedet brukte tiden til å prate og le sammen med to mannlige klienter i avdelingen. “Sykdommen” kan dermed tolkes som en diskret måte å avvise kvinnene på uten at de selv opplever å bli avvist, samtidig som den brukes som en unngåelsesstrategi for å komme i en forlegen situasjon for en mann. Mohammed formidlet også indirekte at det var følelsesmessig vanskelig å snakke med meg. Han sa uoppfordret at han likte å snakke med meg, men svarte ofte at han var for syk til å snakke når jeg spurte. Andre ganger når han ville snakke med meg, bestemte han at samtalen skulle foregå i stuen eller røykerommet. Ettersom dette var et rom hvor ansatte og andre klienter oppholdt seg, førte dette til at jeg i stor grad lot han velge tema for å unngå at han blottstilte seg for de andre. I flere av disse samtalene formidlet han lavt til meg at vi ikke kunne snakke lenge fordi at han ikke følte seg bra. Samtidig som han formidlet dette, lo og fleipet han høylydt

med de andre mannlige klientene i rommet, samtidig som han ofte inviterte dem til å delta i et kortspill med *“meg og Elin”*. I følge Howell & Melhuus (1993) er alle relasjoner kjønnset, og slik jeg tolker Mohammeds reaksjoner og atferd handler disse om forholdet mellom menn. Det hører også med til denne historien at flere av de andre norske mannlige klientene kjente meg fra tidligere og formidlet at de ønsket å småprate med meg. I løpet av denne småpratningen var det ikke uvanlig at Mohammed tok kontakt og formidlet at han der og da ville snakke med meg for å “hjelp meg” med hovedoppgaven min. Da jeg gikk ut av disse samtalsituasjonene smilte Mohammed fornøyd til de øvrige mannlige klientene, samtidig som han ønsket at vi satte oss ved et bord i nærheten av dem. Slik jeg tolker Mohammed, handler dette om forestillinger knyttet til mannlig dominans ettersom han bruker meg som kvinne for egen markering i andre menns nærvær. Han forsøker dermed å fremstå som en mann som behersker og kontrollerer situasjonen. Denne forestillingen om mannen, som det sterke kjønn, velger jeg å knytte videre i analysen til autoritet, fordi *“the bond of authority is built of images of strength and weakness; it is the emotional expression of power”* (Sennet 1993:4). I likhet med Mohammed formidlet Akim at han hadde forestillinger og forventninger knyttet til kjønn og kjønnsroller som er interessante å analysere i forhold til autoritet.

I motsetning til Mohammed formidlet Akim eksplisitt til en mannlig ansatt at det var vanskelig å snakke med kvinner om personlige problemer. Akim var blitt tildelt hovedkontakten Bjørn, fordi han i følge Bjørn ikke klarte å snakke med kvinnelige ansatte i løpet av forrige innleggelse i Soria Moria. Bjørn fortalte at det var vanskelig for Akim å snakke med kvinner fordi en kvinne ikke skulle se ham i sin elendighet. *“Han snakker ikke om problemene sine til kvinner fordi kvinner skal ikke se ham sånn eller gråte. Det er han som skal trøste kvinner og ikke omvendt”*. Da jeg spurte Akim om å få en samtale sa han at det var *helt greit*, bare vi ventet til han følte seg friskere. Senere passet det sjelden å ha samtaler for Akim fordi han ikke følte seg bra og derfor ofte ønsket at vi utsatte samtalen til dagen eller uken etter. I utgangspunktet var det også *helt greit* for Akim at jeg var tilstede i samtalen han skulle ha med Bjørn. Før samtalen skulle gjennomføres henvendte Bjørn seg til meg flere ganger med budskapet *“Akim har bedt meg om å si at han ikke ønsker at du er med i akkurat denne samtalen”*. I én av de to samtalen jeg gjennomførte med Akim, spurte jeg om det var vanskelig for ham å snakke med kvinner, noe han avviste, samtidig som han fortalte at han likte å snakke med meg. Det kunne forøvrig synes som om han forsøkte å unngå meg når han diskret forlot et rom jeg kom inn i eller ga uttrykk for at han hadde glemte noe og måtte snu dersom vi møttes i korridoren. Ved et par anledninger

ønsket jeg å snakke med ham når han satt alene i stuen og stirret tomt ut i luften. I det jeg nærmet meg bøyde han seg rolig frem og tok opp en avis som han begynte å lese konsentrert i.

Dette eksemplet kan forstås på flere måter. Jeg velger å tolke det på en måte der dette handler om autoritet knyttet til en forestilling om mannlighet. En mann (Akim) formidler til en annen mann (Bjørn) at det strider mot hans etablerte kjønnsrollemønster å blottstille sin vanskelige livssituasjon ovenfor kvinner generelt. I følge Akim er det viktig at han ikke viser svakhet ovenfor kvinner, noe som innebærer at han ikke gråter i deres nærvær eller snakker med dem om problemene sine. Samtidig som Akim fortalte dette til Bjørn fortalte Akim også om sine mange kvinnelige kjærester, at han hadde forsømt barna sine og at han hadde en stor økonomisk gjeld til forskjellige kreditorer. Ved å fortelle dette til Bjørn formidler Akim at det eksisterer en atskilt mannlig og kvinnelig sfære, ettersom han kan snakke med den mannlige ansatte om problemene sine, men ikke med kvinnene. På den annen side ser vi at de to sfærene kan inngå i hverandre så lenge det er mannen som er *sterk* og kontrollerer situasjonen gjennom å være den *“som skal trøste kvinner og ikke omvendt”*. Med utgangspunkt i en slik situasjonsdefinisjon formidler Akim at det er mannen som representerer en autoritet gjennom å ta vare på og beskytte kvinnen. Når dette kjønnsrollemønstret blir snudd på hodet, utfordres Akims forestilling om tradisjonelle mannsroller og mannlighet fordi *“han snakker ikke om problemene sine til kvinner”*. Dette kan tyde på at de kvinnelige ansatte og jeg har liten eller ingen autoritet når det gjelder å få Akim til å snakke om sine problemer siden han ikke snakker frivillig med kvinner om problemene sine. Bjørn derimot synes å ha en viss autoritet ettersom Akim snakker med Bjørn om forskjellige problemer samtidig som han *frivillig* følger Bjørns råd om å legge seg inn i en bestemt behandlingsinstitusjon.

Jeg snakket med Akim før han dro til denne behandlingsinstitusjonen og spurte hva han tenkte om å ha en mannlig eller kvinnelig kontaktperson der. Han svarte umiddelbart at han ville ha en mannlig fordi *“en mann kan ikke vise seg frem for kvinner vet du”*. Han tok en pause før han la til at *“det er ikke sikkert at jeg kan det for en mann heller. Da må han være en sterk personlighet”*. Jeg spurte ham om det var en del av tunisisk kultur at menn ikke viste seg frem for kvinner? *“Nei, den arabiske”*, svarte han raskt, før han ettertenksomt sa at *“jeg tror forresten at norske menn også tenker sånn. Jeg tror både norske og tunisiske gutter får høre at de er en pyse eller en jente dersom de for eksempel gråter på skolen”*. Jeg spurte om han kom til å be om å få en

mannlig kontakt når han kom til behandling sin institusjon. “Nei, jeg regner med at jeg får en”, svarte han.

Det kan synes som om Akim formidler at det er best for menn generelt å snakke med en mannlig kontaktperson innenfor behandlingssystemet. Dersom jeg skjeler til ansattes arbeid med norske kvinnelige klienter, hadde ansatte generelt en større bevissthet på at det kunne være bedre for kvinnelige klienter å ha kvinnelige fremfor mannlige kontaktpersoner. Kan det være slik at det også er bedre for en mann å ha en samtalepartner av samme kjønn? I følge den kvinnelige lederen av Maria Ungdomsenhet i Stockholm²¹ bruker de bevisst personalgruppens ulike kjønn med godt resultat.

Mannlig personale behøves for å få ungdommenes fedre på banen. Far kan være så skuffet og deprimert at det å bli tilringt av en “sosialtante” eller nok en kvinne som kan mistenkes for å ville kjeft, ikke blir noen vekker for ham. En mann - til - mann - kontakt virker ofte mer motiverende (Øiern 1993:18).

En mannlig ansatt ved Soria Moria formidlet også noe av det spenningsforholdet som kunne oppstå mellom kvinnelige ansatte og mannlige innvandrer klienter når han fortalte om en mannlig klient fra Iran. Denne mannen “godtar at de mannlige ansatte sier at “sånn er det”, men når de kvinnelige ansatte sier det samme må han diskutere mot dem hele tiden”.

Til tross for at ansatte ved Soria Moria først og fremst syntes å være opptatt av kjønn da de diskuterte kvinnelige klienter, deltok jeg i et møte der en kvinnelig ansatt (Rebekka) nektet å være hovedkontakt for en mannlig klient med innvandrerbakgrunn. Rebekka fortalte at hun nylig hadde vært kontaktperson for en annen mannlig innvandrer klient og uttalte at “jeg orker ikke flere innvandremenn som enten flørter eller kommanderer meg. (...) Det er det samme hva jeg sier til dem, de hører ikke på meg allikevel”. Etter noe frem og tilbake, ble de ansatte enige om at Rebekka måtte være hovedkontakten fordi hun var den eneste som hadde ledig kapasitet på dette tidspunktet.

²¹ Maria Ungdomsenhet er et samarbeid mellom sosialtjenesten og psykiatrien i Stockholm fylke. Enheten er et sosialrådgiverbyrå som er plassert i en ungdomspsykiatrisk klinikk som behandler svenske ungdommer og ungdommer med innvandrerbakgrunn som har rus- og kriminalitetsproblemer i Stockholm (Øiern 1993:16).

Beskrivelsene viser at det oppstår et spenningsforhold mellom kjønnene, først og fremst fordi ansatte og flere av disse klientene vektlegger betydningen av kjønn i ulik grad. Det kan synes som om de mannlige klientene gjør kjønn mer relevant i samhandlingen enn ansatte som på sin side er mer opptatte av at klientene skal få en kontaktperson, og ikke hvilket kjønn kontaktpersonen har. Dette tolker jeg slik at ansatte tar for gitt at det eksisterer en felles forestilling om likhet og likeverdighet mellom kjønnene. Noen av de mannlige innvandrerklientene derimot synes å legge til grunn et tradisjonelt kjønnsrollemønster der menn utgjør det sterke kjønn som er forventet å ha kontroll og legitim makt over kvinner og situasjoner. Dette kan gjøre det illegitimt å snakke med kvinnelige ansatte om temaer som devaluerer dem som menn. Det kan dermed være vanskeligere for noen av disse mannlige klientene å snakke med og *adlyde frivillig* kvinnelige ansatte enn mannlige ansatte, noe som sannsynligvis svekker kvinnelige ansattes autoritet som forandringsagenter. Betyr dette at de mannlige ansatte har en større autoritet enn de kvinnelige? Til tross for at Akim snakket åpnere om sine problemer til en mannlig ansatt, må vi ikke dermed tro at dette gjelder for alle klienter som har innvandrerbakgrunn. Som vi husker fra kapittel 2 slet Ivar med "*sine to stumme innvandrere*". Hvorfor ville ikke Shiba og Hussain snakke med eller i en Webersk terminologi *adlyde* Ivar frivillig? Det er ikke enkelt eller ønskelig å gi et entydig svar på spørsmålet, men det kan være interessant å betrakte betydningen av deltagernes *alder* knyttet til ansattes autoritet. Alder innenfor muslimske og andre familier gir autoritet, ifølge Wikan, og hun peker på at det eksisterer et autoritetshierarki med en rett til maktutøvelse for de eldre i pakt med ordtaket "*den som er en dag eldre, er et år visere*" (Wikan 1995:125). Jeg ønsker ikke å avgrense alder til kun levde år, men utvide begrepet til å inkludere betydningen av erfaring.

“Man kan ikke ta i mot råd fra yngre”

Vi lever i et samfunn der alder er en sentral markør og grenseregulator for når noe er forventet å skulle skje og for hvem som bør omgås hvem. Vi har for eksempel en kriminell lavalder på 15 år, en seksuell lavalder på 16 år og en myndighetsalder på 18 år. I behandlingsapparatet er det også opprettet atskilte behandlingsinstitusjoner for de som er over og under 18 år. Videre kan det synes som om ansatte i behandlingsinstitusjonene for stoffmisbrukere over 18 år foretrekker relativt lik alderssammensetning ved inntak av nye klienter. En ansatt i en av institusjonene kommenterte at klientens alder på 38 år var en "*passende alder for dem*", fordi de ikke ønsket for unge klienter. Dette i kontrast til en annen institusjonsmedarbeider som formidlet skepsis til å ta inn Mohammed, på grunn av hans lave alder

sammenlignet med de andre klientene i institusjonen. Klienter med både norsk og annen etnisk bakgrunn formidlet i likhet med disse ansatte en skepsis til at yngre og eldre klienter deler klientfellesskap. Omar, 35 år, stoppet meg etter en gruppesamling og formidlet dette slik: *“Det er galt å ha unge og eldre sammen i forhold til de unges ruskarriere. De unge lærer av de eldre og ikke motsatt”*. Gunnar, 40 år, hørte hva vi snakket om og var helt enig. Han fortalte at “gutta” snakket om at det ikke var bra for unge hasjrøkende Mohammed å være i avdelingen sammen med “gamle junkies”, fordi han gjorde alt han kunne for å være en av dem.

På samme tid, i en annen institusjon, fortalte Tariq som var i begynnelsen av trettiårene at flere av de yngre ansatte i behandlingstitusjonen, var medarbeidere som kommanderte ham. Tariq fortalte at han ble straffet dersom han ikke utførte det som disse unge ansatte i tjuårene ropte at han skulle gjøre.

*Jeg har måttet vaske samme rom to ganger på én time. Når de vil, må vi danse.
Jeg spør hvorfor det er sånn og de sier at jeg skal ikke spørre, bare gjøre det de
sier. Jeg kan ikke det, og jeg vil ikke være her.*

En medarbeider ved denne institusjonen fortalte meg at det var vanskelig for Tariq å være der, fordi han var vant til fra hjemlandet at de eldre bestemte og *“her møter han beboere på 22 år som bestemmer over ham”*.

Omar, Gunnar og Tariq formidler på forskjellige måter at alder er en sentral markør og grenseregulator for hvem som bør omgås hvem og hvem som bør bestemme når eldre og yngre samhandler. Kan det være slik at det er problematisk for klienter med innvandrerbakgrunn å høre på ansatte som er yngre enn det de selv er? Med bakgrunn i felldata var det vanskelig å adlyde yngre for noen, men ikke for alle. Muligens var dette vanskelig for Tariq, men ikke for Akim som snakket med den nesten ti år yngre Bjørn om ulike personlige problemer og fulgte Bjørns råd om å legge seg inn i en bestemt behandlingstitusjon.

For Hussain, som vi husker fra kapittel 2, var det vanskelig å snakke med kontaktpersonen Ivar, og Hussain avviste Ivars anbefalinger om ulike behandlingstiltak. Hussain var en mann i midten av trettiårene som var opptatt av å være velstelt, korrekt, høflig og dannet. Ivar på den andre siden var nesten ti år yngre og ble omtalt av flere norske klienter som “kuul”, kledd i olabukser, collegegenser, ring i øyebrynet og med langt hår. En dag skulle Ivar og Hussain snakke sammen om aktuelle behandlingstiltak for Hussain, og jeg fikk være tilstede som observatør.

Ivar valgte en plass i stuen der vi satte oss ned ved siden av høy musikk fra en kassettspiller. Han begynte å bla i et stort informasjonshefte over forskjellige behandlingsinstitusjoner samtidig som han fortalte om de ulike stedene. Det interessante ved denne samtalen er ikke det som ble sagt fordi jeg hørte svært lite på grunn av den høye musikken som ble spilt under hele samtalen. Derimot er det mer interessant det jeg observerte som tilskuer enn tilhører. Ivar pekte og snakket, samtidig som han holdt rytmen i musikken. Hussain satt rett opp og ned i stolen med samlede ben og avviste høflig alle stedene Ivar nevnte som aktuelle behandlingsinstitusjoner. Ivar trakk også meg inn i samtalen for å svare på spørsmål fra Hussain som Ivar fortalte at han var usikker på.

Slik jeg tolker denne situasjonen er deres forskjellige alder en sentral dimensjon i relasjonen, samtidig som deres ulike personligheter gir et inntrykk av at det er større aldersforskjell mellom dem enn hva det faktisk er. Fra mitt ståsted lignet situasjonen på en ivrig sønn som forsøkte å overbevise en far om å kjøpe noe faren egentlig ikke hadde interesse av å høre om. Det at Ivar fremstår som ung og ungdommelig i situasjonen, samtidig som han ber meg om hjelp i samtalen, svekker trolig Hussains oppfatning av Ivar som en autoritet. På bakgrunn av at Hussain avviser alle Ivars anbefalinger formidler Hussain kanskje det både Reza og Mohammed uttaler eksplisitt. *“Man kan ikke ta i mot råd fra yngre”*.

Jeg snakket med Ivar og Hussain hver for seg etter denne samtalen, og Ivar formidlet at han var oppgitt over Hussain fordi han avviste alt Ivar foreslo. *“Jeg skulle aldri ha vist ham alle institusjonene på en gang. Han ble bare forvirra av det”*. Etterpå spurte jeg etter Hussain i avdelingen og fant han på rommet, og jeg spurte blant annet om hva han tenkte om samtalen med Ivar. Han så trist på meg og sa at Ivar burde skjont nå at han trengte å få hjelp til å etablere seg for å begynne på skole, *“han burde forstå at jeg ikke kan være på et sted for sånne folk”*. Hussain spurte meg hva jeg ville råde ham til å gjøre fordi *“du har jobbet lenge i dette systemet. Tror du at det kan hjelpe meg? (...) Mitt høyeste ønske er å etter hvert begynne på universitetet”*.

Det mest interessante i denne samtaleepisoden er at både Ivar (26) og Hussain (35) fremstår som uerfarne, samtidig som den 41 år gamle kvinnelige forskeren fremstår som en mulig autoritet. Det at en kvinne kan betraktes som en mulig autoritetsperson står i motsetning til det jeg tidligere har skrevet om kvinnelige ansattes autoritet som mulig svekket i forhold til de mannliges autoritet. På den annen side kan det kanskje være mer problematisk for noen av de mannlige klientene å følge unge,

uerfarnes råd enn erfarne kvinners anbefaling. Flere ansatte var yngre enn disse klientene, og denne aldersforskjellen kan ha svekket ansattes autoritet og dermed redusert deres gjennomslagskraft i samhandlingen.

Dette gir rom for å tenke at yngre, uerfarne og kvinnelige ansattes autoritet kan være svekket i klientenes øyne fordi det oppstår et spenningsforhold mellom utøvere som har en byråkratisk og patriarkalsk tankemodell. En mulig forklaring kan være at klientene, som har en sterk tilknytning til familie og slekt, (sam)handler ut fra inngrodde vaner om patriarkalsk autoritet når flere av dem synliggjør en større tillit eller lydighet til menn, eldre og erfarne. I følge Eriksen & Sørheim er familiestrukturen i den patriarkalske storfamilien hierarkisk, der familiemedlemmene virker som meglere etter alder, kjønn og autoritet. Et eksempel som viser dette er at *“storebror har mer autoritet enn eldre søstre og svigermor har mer å si enn svigerdatter”* (Eriksen & Sørheim 1994:182).

Ansatte ved Soria Moria derimot forsøkte å få klientene til samtaler med en hvilken som helst ansatt, og tilla i liten grad eget kjønn og alder betydning for samtale- og behandlingssituasjonen. Det kan dermed synes som om ansatte tar for gitt at de, som del av et ekspertsystem, har tilstrekkelig formell autoritet slik at klientene hører på deres råd og anbefalinger. Ansatte kan samtidig forstås ut fra at de er mer opptatt av å utføre en definert arbeidsoppgave, enn å fokusere på ansatt - klientrelasjonen. I løpet av feltarbeidet observerte jeg ofte at ansatte ikke betraktet seg selv som en del av samhandlingen, noe som kanskje handler om at de lærer å skille mellom egen person og sak når de utfører et profesjonelt arbeid. En slik tenkning kan i sin ytterste konsekvens innebære, det Weber (1995) antyder i teorien om byråkratisk autoritet, en forestilling om at alle ansatte automatisk har en reell autoritet i kraft av en formell stilling i det byråkratiske apparatet, uavhengig hvem de ansatte er som sosiale personer. Flere av klientene synes derimot å sammenstille person og sak i større grad enn de ansatte når de gjør “personlige” egenskaper som kjønn og alder relevant i samhandlingen. Det at noen klienter synes å være mer opptatt av kjønn enn alder viser også at autoritetsrelasjonen ikke er gitt på forhånd, men varierer fra person til person (jfr. Sennett 1993). Alle innvandrer klientene er ikke nødvendigvis hemmet av kjønns- og alderssammensetningen mellom dem og ansatte. Dersom jeg hadde stilt Shiba spørsmål om hvilken betydning ansattes kjønn og alder har i forhold til adlyding, ville hun sannsynligvis ha svart at hennes taushet har ingenting å gjøre med kjønn og alder. Men hvorfor er hun likevel så lite meddelsom og dermed avvisende overfor de ansatte? Jeg

har en antagelse om at Shiba ikke betrakter ansattes snakkekur som hjelp, men heller en trussel. En trussel som gjør henne redd for hvordan ansatte vil bruke makten de har dersom hun begynner å praktisere snakkekuren deres.

“Jeg tenker på konsekvensene, dersom jeg ikke svarer”

Shiba kom til Norge da hun var 12 år. Hun formidlet til meg at hun verken snakket med den voksne Sunniva eller ungdommelige Ivar fordi alt hun fortalte til dem ville bli nedskrevet og omskrevet i en rapport som hun var redd saksbehandleren ved sosialkontoret ville bruke mot henne. Shiba formidlet, slik jeg tolker det, at ansatte har en makt som skaper en autoritetsfrykt som i Sennetts termer handler om *“the fear in an authority relationship is what the superior would do with that power”* (Sennett 1993:28). I motsetning til autoritet som i Weberske termer handler om å adlyde noens ordre frivillig fordi den betraktes som legitim, handler *makt* om sannsynligheten for å få sin vilje igjennom i en sosial relasjon tross motstand (Weber 1983:37). Makt handler dermed om å få folk til å gjøre noe de (sannsynligvis) ellers ikke ville ha gjort.

Shiba fortalte videre at hun hadde lagt seg inn ved Soria Moria fordi saksbehandleren på sosialkontoret hadde sagt at hun måtte legge seg inn frivillig for å unngå tvangsinnleggelse. Situasjonen var at Shiba befant seg i en vanskelig helsesituasjon og hadde røkt heroin. Den uerfarne saksbehandleren hadde i Shibas situasjon bedt om en ekspertuttalelse på kvinnens behandlingsbehov. Det oppsto raskt et spenningsforhold mellom Shiba og ansatte på Soria Moria. Shiba uttrykte i flere sammenhenger at hun var svært misfornøyd med å være innlagt i en institusjon sammen med “sprøytenarkomane” når det var flere uker siden hun selv hadde røkt litt heroin. Ansatte på den andre siden formidlet oppgitthet over at Shiba “var stum” og ikke ga den informasjonen de trengte for å kunne utrede behandlingsbehovet. Ansatte var opptatt av at sosialkontoret hadde bestilt en utredning. I møter hvor det bare var ansatte tilstede diskuterte de derfor ofte hvordan de skulle få Shiba til å fortelle om seg selv, fordi

vi må få tak i rushistorien hennes fordi alle som bruker opiater har et rusproblem. (...) Vi må finne ut hvorfor hun ruser seg og hvilken funksjon rusen har for henne. (...) Vi må finne ut om hun har et alvorlig rusproblem og om hun trenger behandling. Vi må prøve å se et mønster.

Shiba derimot uttrykte eksplisitt at hun verken hadde et rusmiddelproblem eller behov for behandling, men at hennes problem var at hun ikke var hjemme hos familien når foreldrene skulle komme hjem fra et lengre opphold i utlandet. Hun fortalte at dersom faren og øvrige familie fikk vite at hun var på “et slikt sted” hadde hun ikke lenger noen familie. Når faren støtet henne ut av familien ville heller ikke foreldrene til hennes forlovede godta henne som kommende svigerdatter. “*Hvem har jeg da?*” spurte hun meg, og nikket ut mot stua før hun sa alvorlig “*da har jeg ingen, bare dem*” [klienter og ansatte].

De ansatte var etter hvert splittet i spørsmålet om hva som var Shibas problem. Ivar, som var hovedkontakten, mente at problemet var det hun selv opplevde som problematisk. I tråd med Shibas eget forslag, formidlet han at de burde skrive henne ut med anbefaling om at hun tok regelmessige urinprøver for å nettopp vise at hun ikke hadde et rusmiddelproblem. Ettersom Shiba tidligere hadde uteblitt til en avtalt urinprøve, samt avlagt en positiv prøve, mente flere at Ivars forslag var faglig uansvarlig. Den faglige ledelsen i avdelingen møttes for å diskutere Ivars arbeid i saken, uten hans tilstedeværelse. To av de fire tilstedeværende ønsket at Ivar trakk seg ut av saken og at Sunniva overtok fordi “*hun forstår alvorret i situasjonen*”. Konklusjonen etter møtet ble at fagkonsulenten i avdelingen utarbeidet et notat som omhandlet hva de trengte å vite om Shiba, og at både Ivar og Sunniva skulle innhente de nødvendige opplysningene. Shiba ble etter dette oppfattet å være tausere enn noen gang. Ansatte diskuterte igjen hva de skulle gjøre og konsulenten sa at “*hun må gå med på en deal og gi oss svar. Så får vi det vi trenger og så kan hun forlate [avdelingen] med urinprøver*”. Fem dager før kontrakten utløp ble Shiba skrevet ut med en skriftlig anbefaling om regelmessige urinprøver i samarbeid med sosialkontoret, til tross for at ansatte ikke hadde fått svar på spørsmålene de hadde stilt. I en tilbakemeldingssamtale med Shiba formidlet Ivar og konsulenten at hun hadde tillatt seg å være *privat* under oppholdet og ikke latt ansatte bli kjent med henne. Dette medførte at de ikke visste hvem hun var.

En tolkning av denne situasjonen er at Shiba er avvisende fordi hun opplever en dobbel/tredobbel autoritetsfrykt. På den ene siden uttrykker hun redsel for at ansatte på Soria Moria kan bruke sin makt til å beskrive henne i en utredningsrapport som en stoffmisbruker som trenger behandling. En slik mulig ekspertuttalelse gjør Shiba redd for at den uerfarne saksbehandleren vil kreve at hun legger seg frivillig inn til behandling for dermed å unngå en tvangsinnleggelse. Samtidig med at hun

gir uttrykk for å ha en autoritetsfrykt for hvordan de ansatte ved Soria Moria og saksbehandleren på sosialkontoret til sammen vil bruke den makt de har, formidler hun en autoritetsfrykt ovenfor sin egen far. I flere samtaler med meg uttrykte hun en redsel for at han ville bruke sin makt til å støte henne ut av familien, dersom hun “sendes på behandlingshjem for narkomane”. Det kan synes som om det er innenfor dette handlingsrommet Shiba avviser Ivars og Sunnivas forskjellige spørsmål. Sannsynligvis avviser hun ikke fordi de er kvinner eller menn, unge eller gamle, men fordi hun er redd for de alvorlige konsekvensene hun tror det vil ha for henne dersom hun svarer dem. Innenfor en Webersk forståelse av autoritet, har ikke ansatte en nødvendig autoritet til å få Shiba i tale fordi hun avviser deres regel om å snakke. Ettersom autoritet i Webers termer handler om en tro på legitimitet målt i frivillig ettergivenhet, anser sannsynligvis Shiba ansatte og deres snakkekur for illegitim.

Hva skjedde i samhandlingsprosessen ettersom Shiba formidlet at hun ikke lenger ville ha kontakt med det hjelpeapparatet hun i utgangspunktet tok frivillig kontakt med for å få hjelp? For å forstå hva som har skjedd i denne prosessen, kan Sennetts teori om autoritet være fruktbar (Sennett 1993). Sennett, til forskjell fra Weber (1995), synes å være mer opptatt av underordnedes oversettelse enn at noen vekker en følelse av autoritet. I denne prosessen er Sennett opptatt av hvordan deltagernes fortolkninger konstrueres gjennom et sosialt bytte. I følge ham er det ikke nok å se på hvilke personlige motiver eller sosiale betingelser som er involvert i autoritetsforholdet fordi man også må se på “*the actual give - and - take between the strong and weak*” (Sennett 1993:25-26).

Shiba fortalte meg at hun ikke lenger husker hva hun forventet av hjelp da hun tok kontakt med hjelpeapparatet. Hun visste ikke den gang hvilken hjelp hun kunne få, og hadde hun visst det hun vet i dag hadde hun aldri tatt kontakt, sa hun. Shiba avviste ansattes oppfordring om *deal* som skulle gi den informasjonen ansatte mente de trengte for å hjelpe henne. Dette fordi hun var redd for hvordan ansatte ville bruke informasjonen. En rimelig tolkning er at hun er redd for å få sin livshistorie omskrevet til en *rushistorie*, og at en slik konvertering betyr et medlemskap i *den betalte familien*. I redsel for å miste sin egen familie og alt hva det kan innebære av konsekvenser for henne, velger hun slik jeg tolker situasjonen, det sterke kommunikasjonsuttrykket taushet som motstandsstrategi. Dette er en taushet som på den ene siden gjør de ansatte avmektige, fordi de trenger Shibas hjelp for å kunne hjelpe henne. På den andre siden fører motstanden til at ansatte diskuterer seg frem til at Shiba har det best med å

være sammen med familien, ved at de konkluderer med urinprøvekontroll i regi av sosialkontoret. Dette innebærer at Shiba, og ikke bare de ansatte, har makt i denne samhandlingssituasjonen siden ansatte ikke får henne i tale. Derimot får Shiba ansatte til å gjøre noe de (sannsynligvis) ellers ikke ville ha gjort - å gå i mot sin egen overbevisning.

I likhet med Shiba var Hussain også redd for hvilke konsekvenser det ville få hvis han svarte på Ivars spørsmål. Han fortalte Ivar at han ikke likte å svare på spørsmålene ettersom han aldri hadde gjort det før. Senere fortalte han meg at noen av svarene han ga var ukorrekte, fordi *“jeg tenker på konsekvensene dersom jeg ikke svarer”*. Videre var han engstelig for at ansatte kunne ødelegge for fremtidige behandlingsmuligheter, dersom han ikke ga den informasjonen de ba om. Det kan dermed synes som om både Hussain og Shiba er redde for hvordan ansatte vil bruke makt dersom de to klientene ikke gjør som ansatte sier. For Hussains del betyr det at han svarer på ansattes spørsmål fordi han er urolig for konsekvensene dersom han ikke snakker. For Shiba synes det motsatte å være tilfelle når hun ikke svarer de ansatte fordi hun er redd for konsekvensene hvis hun snakker. Slik jeg vurderer, avviser begge ansattes snakkekur som legitim. Kan man da si at ansatte fremstår som en autoritet overfor dem? Det er ikke mulig å gi et enkelt svar. Ved å identifisere autoritet med legitimitet er svaret nei. Verken Shiba eller Hussain svarte *frivillig* på spørsmålene fra Ivar. Shiba, som omtalte seg selv som datter, vordende kone og svigerdatter, betraktet sin far som en legitim autoritet hun trengte for å sikre en fortsatt trygg plass i *den muslimske familie*.

I følge Sennet kan en myndighetsperson betraktes som en autoritet selv om man avviser autoriteten eller betrakter personen som illegitim (Sennett 1993). Det er derfor mulig at Hussain, som har flyktet fra et land der man kan bli fengslet og torturert for sine meninger, betraktet Ivar som en illegitim autoritet når han forsøkte å kartlegge Hussains og familiens liv. Hussain ga uttrykk for at han verken likte eller forsto hvorfor Ivar spurte så mye, siden han anså seg å være ferdig med rusmiddelproblemet og bare ønsket praktisk hjelp til bolig og utdanning. Et ønske Ivar ikke forholdt seg til fordi han var overbevist om at Hussain trengte hjelp til å bearbeide rusmiddelproblemene i en behandlingssituasjon. Det oppsto en spent samhandlingssituasjon der de forsøkte å nå hverandre gjennom å avvise hverandres forslag til problemløsning. Hussain formidlet trist at han ikke ble tatt på alvor, fordi *“ingen [ansatte og klienter] her har respekt for meg, men det er jeg vant til i Norge”*. Det at Hussain ikke opplever å bli tatt på alvor kan ha forandret hans frykt for ansatte som autoriteter til en slags forakt for

dem, ettersom han forandrer seg fra å være ydmykt underdanig i sin fremtoning til å ruse seg under oppholdet og bli en aggressiv motpart. Ansattes reaksjon på denne handlingen medførte at Hussain ble skrevet ut av institusjonen, samtidig som ansatte ønsket han velkommen tilbake dersom han ville følge reglene deres. Hussain svarte med å skrike at de kunne “dra til helvete” i det han smelte igjen døren og forlot avdelingen. Betyr dette at dersom en klients overbevisning eller tro blir neglisjert, svekkes ansattes autoritet og dermed legitime makt? Det kan synes som om Shiba og Hussain fastholder sine respektive overbevisninger, noe som blant annet fører til at de motsetter seg ansattes snakkekur. Deres motstand svekker trolig ansattes legitime makt siden ansatte avslutter å utrede Shibas behandlingsbehov. I Hussains tilfelle brukte de sin makt til å avskrive Hussain videre hjelp under oppholdet.

“Jeg har fortalt”

Tariq var en annen mann av få ord som hadde med seg en sterk overbevisning i møtet med ansatte på Soria Moria. Det kan derfor være interessant å se nærmere på hvordan han og ansatte forholder seg til snakkekuren og utredningsprosessen.

Da Tariq tok kontakt med behandlingsapparatet hadde han forventninger om å få hjelp til å slutte å ruse seg på heroin. Han fortalte i vår første samtale at han ikke visste hva behandling handlet om, og formidlet at han hadde en forestilling om at behandlingen var å være på et “narkotikafritt sted” mens han fikk praktisk hjelp til å leve et vanlig liv ute i samfunnet. Denne forestillingen velger jeg å betrakte som et uttrykk for tre sentrale aspekter ved hans overbevisning. Dersom vi skjeler tilbake til kapittel 3, tillegges Tariq en tro på at det er viktig å kaste alvorlige problemer på glemselens hav, og en tro på at ordene gjenskaper og holder ham fast i det onde og vanskelige. Sist, men ikke minst tillegges han en sterk tro på at arbeid er den meningsbærende bjelken i livet. Hans overbevisning kan forstås som en teori om verdighetsarbeid der han forsøker å unngå skam og oppnå verdighet. Det er denne overbevisningen jeg tillegger Tariq da han samtalte med en ansatt, Gunn, som gir uttrykk for å være en overbevist snakkekurarbeider med tro på ordets forløsende kraft. For som vi kanskje husker fra forrige kapittel, hadde Tariq og Gunn en lengre samtale der hun skulle hjelpe ham med en søknad til behandlingsinstitusjonen Druen. I det forrige kapitlet så jeg på deres manglende dialog som uttrykk for ulike perspektiver på problemløsning. Men det er også mulig å forstå denne samtalen i et autoritetsperspektiv fordi Tariq avviser å svare på Gunns spørsmål om hva han trenger å snakke om med utsagnet

“*jeg har fortalt*”. De når, etter min vurdering, ikke frem til hverandre fordi Tariq ikke forstår innholdet i Gunns spørsmål samtidig som Gunn ikke forstår at han ikke forstår det som sies. Hun tar antakelig for gitt at de har en felles forestilling om at det hjelper å snakke - ut - om - tingene. Dette blir tydelig for meg fordi hun spurte mer og mer oppgitt om han trengte å snakke om problemer og hvordan han tenkte å jobbe med “misbruket” mens Tariq svarte mer og mer oppgitt at han hadde fortalt. Det er som om han sier at når han har fortalt det en gang, så bør ansatte vite det de trenger for å hjelpe ham videre. Når Gunn likevel fortsatte å spørre om han trengte å snakke om antatte problemer, kan man tenke at Tariq opplever å ikke bli tatt på alvor. Dette kan igjen føre til at Gunns autoritet på feltet svekkes i hans øyne fordi han dermed erfarer at han har fortalt uten å bli hørt.

Tariq formidlet at han ikke ønsket institusjonsbehandling, som ut fra hans overbevisning gjorde ham syk, fordi institusjon var et sosialt fellesskap der man hele tiden snakket om problemer og rus. Hvordan er det mulig å forstå at når Gunn spør om de skal skrive søknaden om institusjonsplass, så svarer han: “*Ja, det kan være et alternativ. Jeg er ikke nødt til å velge et alternativ*”. Ettersom Tariq visste at Gunn mente han trengte institusjonsbehandling kan utsagnet tolkes som at han er *lydig* mot autoriteten og gjør som hun sier, samtidig som han reserverer seg noe. På den annen side kan utsagnet forstås som en del av hans verdighetsarbeid der han ikke ønsker å devaluere Gunn som en kvinnelig autoritet, samtidig som han opprettholder en respekt for seg selv. Som en tredje tolkningsmulighet kan det være at det doble budskapet er et strategisk utsagn for å trenere tiden i forhold til andre planer han arbeider med. Disse tre tolkningsmulighetene åpner for å stille spørsmålstegn ved om Tariq er frivillig lydig eller ikke. La oss se om Webers teori om autoritet (1995) kan hjelpe oss å belyse dette nærmere. I følge Weber heter det om autoritet

at når den eller de “herskende” kunngjør sin vilje (“befaler”), vil de påvirke og påvirker de faktisk handlesettet til andre (den eller de som det “berskes” over) på den måte at disse, i en sosialt relevant grad, handler som om de hadde gjort innholdet av befalingen for deres egen skyld, til maksime for sitt handlesett (“lydighet”)(Weber 1995:79).

Dersom jeg legger til grunn Webers forståelse av autoritet med vekt på *som om*, er det ikke nok at Tariq lydig følger “befalingen” dersom han ikke er personlig overbevist om at befalingen er riktig for ham. Siden han formidler at han ønsker en skjermet bolig og uttrykker motstand mot

institusjonsbehandling, kan det synes som om Tariqs lydighet er et uttrykk for en *tilsynelatende frivillig lydighet*. Dermed fremstår ikke Gunn i Webersk forstand å være en legitim autoritet. Men hvordan er det mulig å forstå at Tariq gir sitt samtykke til noe som sannsynligvis går på tvers av hans egen overbevisning? For å forstå dette, er det mulig at Sennetts teori om autoritet kan bistå oss videre. Sennett, som blant annet er opptatt av autoritet uten legitimitet, skriver i sin bok “Authority”:

What people are willing to believe is not simply a matter of the credibility or legitimacy of the ideas, rules, and persons offered them. It is also a matter of their own need to believe. What they want from an authority is as important as what the authority has to offer (Sennett 1993:25).

Det er således mulig å tenke at Tariq gjør som Gunn vil, ikke fordi han betrakter henne som en legitim autoritet, men fordi hun er en inngangsbillett til et gode han ønsker seg, en skjermet bolig på et hybelhus. For å få dette ønsket innfridd er han avhengig av at ansatte på Soria Moria eller en sosialkurator på et sosialkontor anbefaler en slik plass og at sosialkontoret betaler for plassen. Men hvordan skal han få dette godet som han ønsker så sterkt?

Trolig antok Tariq at han hadde en støttespiller i sosialkuratoren Åshild fordi hun hadde hjulpet ham å skaffe bolig tidligere. Han ba derfor Gunn om å invitere Åshild til et møte. Dette var Gunn positiv til fordi hun ønsket å informere sosialkuratoren om innleggelsen slik at kuratoren fulgte opp det økonomiske- og sosialfaglige ansvaret sosialkontoret hadde for Tariq når han var innlagt på Druen. I møtet plasserte Tariq seg ved siden av Åshild som satt på motsatt side av bordet for Gunn. Gunn leverte en kopi av søknaden om institusjonsplass på Druen til Åshild samtidig som Tariq snudde seg mot Åshild og dermed vendte skulderen mot Gunn. Han snakket til Åshild som om det bare var de to i rommet og ba henne om hjelp til bolig. “*Jeg trenger ikke behandling i institusjon, men et vanlig liv ute. Jeg har mange rusfrie venner og jeg kan få arbeid. Jeg trenger hjelp til en start*”. Tariq fortalte meg smilende før denne samtalen at han, gjennom kameraten som hadde besøkt ham regelmessig på Soria Moria, hadde fått tilbud om et arbeid tilknyttet deres felles etniske nettverk.

Mens Tariq tilsynelatende utspiller Gunn, åpner Åshild for en annen allianse. Åshild uttrykker skepsis til at han tenker på et kommende bosted i et hybelhus. Åshild og Gunn spiller etter hvert på samme lag og støtter hverandre i argumentasjonen om at bolig ikke er et tilstrekkelig tilbud for at Tariq skal slutte å bruke heroin. De var begge opptatt av at han tidligere

ruset seg mens han hadde bolig og spurte derfor om hva som var annerledes nå og som skulle tilsi at han kunne klare det bedre denne gangen. Tariq fortalte at han tidligere bare ønsket en pause fra rus, mens nå ønsket han å slutte og mente det var to forskjellige utgangspunkt for å klare å bo i en bolig. Han fortalte videre at han aldri hadde hatt både bolig og arbeid samtidig, mens nå hadde han derimot mulighet for begge deler dersom kuratoren hjalp ham. Åshild opplyste at det kunne være en ventetid på 2-3 måneder før han fikk plass på et hybelhus. *“Hva med en kommunal leilighet?”* spurte Tariq. *“Nei”*, svarte kuratoren, det ville han ikke få før han kunne legge ved søknadspapirene at han var ferdigbehandlet. *“Straff”*, kommenterte Tariq trist. *“Hva vil du gjøre mens du venter på ledig plass i et hybelhus?”* spurte Åshild. *“Jeg vet ikke, kanskje Druen?”* Gunn tok søknadspapiret opp fra bordet med en brå bevegelse og holdt det opp foran Tariq og spurte med en høy skarp stemme *“hvor mye hold er det i denne?”* Før han svarte fortsatte hun: *“Kontrakten din her går ut en av de nærmeste dagene og hvis du vil ha bolig utvider vi ikke utredningstiden. Dersom du vil ha behandling er vi positive til å utvide kontrakten din her”*. Det ble helt stille i rommet. Tariq så lenge ned før han rolig så opp og sa med langsom alvorlig stemme: *“Nå er jeg nødt til [å legge meg inn i en] institusjon”*. Det ble stille igjen før han fortsatte med trist stemme: *“Jeg er ikke fornøyd nå”*. Åshild sa at hun kunne skrive en søknad om plass i et hybelhus, men ettersom det kunne ta lang tid før han fikk et rom, anbefalte hun at han satset på en behandlingsplass på Druen i første omgang. *“Nå tenker jeg sånn: Jeg er ikke fornøyd. Jeg må betale en pris for et nytt liv og jeg skal betale. Jeg skal dra til Druen”*, sa Tariq. *“Når du kommer til inntakssamtale med Druen er det ikke den motivasjonen de er ute etter”*, sa Gunn. Hun og Åshild lo, og Tariq så alvorlig fra den ene til den andre med brune, store, blanke øyne. *“Dersom du vil til Druen kan du ikke si at du må betale en pris”*, gjentok Gunn.

Det som skjer i dette møtet kan på mange måter tolkes som et (v)endepunkt for Tariqs tro på ansatte som autoriteter som vil og kan hjelpe, ettersom de to han i denne situasjonen er mest avhengig av hjelp fra, avviser å gi han den hjelpen han ber om. Når Åshild og Gunn spiller på samme lag og Gunn truer Tariq med å avskrive ham videre hjelp hvis han ikke gjør som de sier, går Tariq *motvillig lydlig* med på å legge seg inn på Druen. Gunn og Åshild tvinger dermed gjennom sin overbevisning ved bruk av makt, som Tariq opplever som illegitim, ettersom de får Tariq til å gjøre noe han ellers ikke ville ha gjort. Tariq fortalte meg etter møtet at *“jeg har gått opp å få den hjelpen jeg trenger i dette systemet”*. Og han formidlet at valget sto mellom Druen eller hospits og *“der [på hospitsene] er det bare 100 prosent narkomane. De banker i vegger og på dører og spør: Har noen skjje, har*

noen...? Er det noen som vil ha dop? – Det er et farlig sted for meg som har smakt heroin”. Slik jeg tolker Tariq velger han Druen for å lykkes i sitt verdighetsarbeid fordi et liv i rus er et uverdigg liv for ham.

Dersom jeg forsøker å betrakte Åshild og Gunns bruk av ’illegitim makt’ fra deres ståsted, anser de sannsynligvis (an)befalingen om institusjonsbehandling som den eneste legitime behandlingsformen for Tariq av minst tre grunner. For det første mener de at han trenger behandling fordi han har store rusmiddelproblemer på grunn av en fortid med ubearbeidede traumer. Videre kan (an)befalingen forstås som et uttrykk for ’vanegjengeri’ og frykten for at han skal dø av en overdose heroin. I løpet av felttiden observerte jeg at nesten samtlige klienter som var innlagt på Soria Moria eller møtte til samtaler med ulike sosialkuratorer, ble anbefalt innleggelse i en eller annen institusjon. Dette kan tyde på at forståelsen av behandling blant mange ansatte i behandlingssystemet nærmest var ensbetydende med institusjonsbehandling. De siste års fokusering på overdoseproblematikk blant heroinmisbrukere har trolig også økt ansattes redsel for å gi klientene utilstrekkelig hjelp. Jeg observerte at ansatte på Soria Moria ofte snakket med klientene enkeltvis og i grupper om hvordan de skulle unngå overdose etter et institusjonsopphold, noe jeg tolket slik at de var engstelige for at klientene skulle sette en dødelig overdose. Når en klient for eksempel forlot avdelingene hørte jeg også, nesten uten unntak, at forskjellige ansatte oppfordret den aktuelle klienten til å være forsiktig slik at han/hun ikke fikk en overdose. Med utgangspunkt i overnevnte ville kanskje Gunn og Åshild kunne si at (an)befalingen handlet om en legitim makt, i den forstand at de var frivillig lydige til gjeldende dominerende føringer i behandlingsfeltet.

Det som ut fra min tolkning trolig oppleves som illegitim makt for Tariq, kan dermed samtidig betraktes som legitim makt av Gunn og Åshild. Det at de to prøver å få sin overbevisning gjennom med makt, forsterker sannsynligvis det spenningsforholdet som allerede har oppstått mellom dem fordi Tariq ikke kjenner den overbevisningen han er forventet å adoptere. Da Tariq møtte til inntakssamtale med Druen, uten kontaktpersonene tilstede, fortalte han fornøyd at han hadde fått seg arbeid og at han derfor hadde mye å gjøre fremover. Han fortalte at han trengte “en plass” der han kunne være og lese bøker og aviser samt få besøk av venner. “Hva med rusproblemet?” spurte den kvinnelige ansatte fra Druen. “Hva trenger du for å komme ut av det?” “Jeg må klare meg. Fysikken er ødelagt, men ikke tankene mine”, svarte han. Tariq har med andre ord ikke

overtatt ansattes perspektiv når han fortsetter sitt verdighetsarbeid der han omskriver behandlingsinstitusjonen til å være et boalternativ. Han er med andre ord tro mot sin egen overbevisning som *“jeg har fortalt”*.

“Jeg lager ikke bråk eller sier i mot ledere eller eldre”

I motsetning til Tariq kan det synes som om Reza derimot endrer overbevisning i løpet av behandlingsprosessen. Det er interessant å studere Rezas forandring eller glidning i et makt- og autoritetsperspektiv fordi det kan belyse hvorfor og hvordan endringen kan skje.

Reza som la seg inn til behandling for familiens skyld, uttalte etter vel ett år i behandling at han var misfornøyd med den lange tiden det tok å “bli ferdigbehandlet”. Han formidlet at han hadde en overbevisning om at ansatte skulle gjøre noe med han - behandle han - slik at han ble “kvitt rus-suget”. I løpet av den videre behandlingsprosessen innså han, i følge han selv, at han derimot måtte arbeide aktivt med seg selv og ikke passivt vente på å bli behandlet. I forrige kapittel diskuterte jeg om endringen i hans selvforståelse og perspektiv på problemløsning kunne forstås ut fra en rolleovertagelse (jfr. Mead 1967). På den andre siden var jeg også opptatt av om endringen kunne være et uttrykk for at han var en lydige autoritetstro ung mann som gjorde det ansatte sa. Det som blir viktig for meg, er at dette sannsynligvis ikke er et spørsmål om enten eller, men snarere et både og. For lydighet kan, slik jeg ser det, betraktes som både en forutsetning og et resultat, for å *“take the attitude of the other toward himself”* (Mead 1967:134). La oss se litt nærmere på endringen i Rezas overbevisning ut fra denne tilsynelatende tautologiske antagelsen.

Reza ga tidlig i behandlingsprosessen uttrykk for å være lydige mot sin muslimske familie. Han fortalte meg at moren ville at han skulle gå i behandling og at han la seg inn til behandling for familiens skyld. I alle samtalene jeg hadde med Reza snakket han uoppfordret om familien og fortalte blant annet at *“jeg er oppdratt til å vise respekt for familien. Jeg lager ikke bråk, eller sier i mot ledere eller eldre”*. Det var kanskje derfor han også, i følge ham selv, svarte høflig på ansattes spørsmål i samtalegruppene, til tross for at han ikke hadde lyst til å snakke om følelser og “kjipe ting”. La oss stoppe litt opp ved dette utgangspunktet i hans behandling, fordi det kan fortelle noe viktig. Reza kan tolkes dit hen at han *frivillig adlyder* morens og eldste brorens (an)befaling om å legge seg inn til behandling. Dette gjør han fordi han betrakter moren og broren som legitime autoriteter. Ettersom Reza er oppdratt til ikke å si imot eldre og ledere, adlyder han trolig også morens befaling om å gjøre som de ansatte sier, til tross for at

han i begynnelsen av behandlingsoppholdet ikke forstår hva ansatte forventer at han skal gjøre. Han prøver derfor, slik jeg forstår ham, å være *lydig* mot ansatte, fordi han først og fremst frivillig adlyder sin mor ut fra hensynet til sin muslimske families verdighet.

Da Reza la seg inn i behandlingstilstanden ønsket han hjelp til å bli "kvitt rus-suget". Dette er et annerledes utgangspunkt for samhandlingen enn det blant annet Shiba, Hussain og Tariq ga uttrykk for. Reza og ansatte er, i motsetning til de andre nevnte klientene, enige om at han har et rusmiddelproblem. Det at Reza og ansatte er noenlunde enige om situasjonsdefinisjonen, gjør det sannsynligvis også lettere for Reza å være lydig ovenfor ansattes behandlingssideer og regler. Reza fikk tildelt to kontaktpersoner, men han snakket til meg som om han hadde én, og det var Reidar. Jeg hørte nesten aldri at han nevnte den andre, Ida, som i likhet med Reidar var en voksen ansatt i trettiårene. I følge Reza var de "*greie begge to*", men det var Reidar han snakket med, fordi "*jeg fikk best kontakt med Reidar. Det bare ble sånn*". Reza fortalte at han snakket med Ida også, "*men man snakker om andre ting med menn*". Når jeg spurte hva han snakket med menn og ikke kvinner om, kunne han ikke svare. "*Det vet jeg ikke*"; avviste han meg høflig. Da jeg spurte direkte hva han snakket med Reidar om, svarte Reza at han ikke ville fortelle meg det, men at han kunne snakke med Reidar om alt. "*Alder er viktig*", sa han, "*fordi jeg kan ikke snakke med yngre om moral*". Med dette forteller Reza, i likhet med Mohammed, Akim og Hussain, at ansattes kjønn og/eller alder har en betydning for hvem han snakker med om hva. Videre gir Reza uttrykk for at han, i motsetning til blant annet Mohammed, Hussain, Shiba og Tariq, inngår i en tillitsrelasjon til kontaktpersonen siden Reza kan snakke med Reidar om alt. En tillitsrelasjon som trolig gjør Reza mer lydig, fordi han forteller meg at når "*Reidar sier...*", så gjør Reza det. Dette kunne være å legge seg inn til avrusning mot sin vilje, eller å innse at han var en misbruker, selv om han ikke forsto at det ville hjelpe ham. Gjennom å være en *lydig* klient som gjør som Reidar og andre ansatte sier, endrer Reza gradvis sin selvoppfatning og problemforståelse i samsvar med ansattes behandlingsperspektiv. Som jeg viste i forrige kapittel starter han behandlingen med forventninger om å bli behandlet og stiller seg uforstående til hvorfor man skal snakke om "kjipe ting". I samtalene med meg ga han uttrykk for at han i økende grad var opptatt av hvordan han hadde det inne i seg selv, "*fordi problemet mitt er i hodet*". Samtidig snakket han mer og mer om at han måtte slutte å løpe fra *seg selv*, bli kjent med *seg selv*, utvikle *seg selv* og arbeide seriøst med *seg selv* gjennom fellesskapet i kollektivet og samtaler der. Da ansatte anbefalte Reza å begynne hos en

psykolog, utenfor kollektivet, var han også positiv til det, fordi “*det er viktig å snakke ut om ting*”.

Det kan dermed synes som om lydige Reza etter hvert begynner å betrakte Reidar og ansatte som autoriteter. Dette fordi Reza uttrykker at han *frivillig adlyder* deres (an)befaling om å arbeide med seg selv gjennom samtaleterapi. Sannsynligvis innebærer dette at Reza har innarbeidet noen av de ansattes behandlingssideer og deres tro på at det hjelper å snakke om tingene. Når ansatte (an)befaler ham å begynne hos psykolog påvirker de hans handlesett slik at han handler *som om* han gjør dette ut fra sin egen overbevisnings skyld (jfr. Weber 1995). Dette innebærer at ansattes anbefaling *adlydes frivillig*, fordi den oppfattes som legitim av Reza.

Dette eksemplet viser hvor sentral Rezas familie er i behandlingsprosessen fordi det ikke er ansatte i seg selv som er kilden til ervervet legitim autoritet. Sannsynligvis er det MorReza som er kilden. Ettersom Reza først og fremst betrakter seg som en del av den muslimske familie, er det morens befalinger som familieoverhode han trolig følger. MorReza ønsket at ansatte skulle behandle Reza for hans rusmiddelproblemer og at Reza lot seg behandle. Det vil si at han lydige gjør som ansatte sier. Reidar og ansatte har derfor sannsynligvis “lånt” autoritet fra MorReza. Ansatte vet trolig ikke om at deres autoritet er lånt i situasjoner der Reza prøver samarbeidsvillig å følge deres (an)befalinger. Sammenfallende interesser mellom ansatte og MorReza gjør det sannsynligvis mulig for Reza å gjøre som ansatte sier og tar imot deres hjelp. Det oppstår dermed ikke, som i eksemplet med Shiba, en uuttalt konfliktsituasjon mellom den muslimske families interesser og den betalte families interesser som forhindrer et samarbeid mellom ansatt og klient. Derimot viser eksemplet med Reza at legitim autoritet oppstår når ansattes anbefalinger adlydes frivillig.

Kapittel 5 Samhandling til besvær

I denne interaksjonsstudien settes det et fokus på relasjonen mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte innenfor noen rusmiddeltiltak i Norge. Et sentralt funn i undersøkelsen er at klientene og de ansatte ikke klarer å etablere kontakt med hverandre. Det at de ikke klarer å nå hverandre kan handle om flere forhold. I denne undersøkelsen legger klientene og ansatte forskjellige selv-, problem- og løsningsforståelser til grunn i samhandlingen. Dette fører til at de er dypt uenig i hva behandling innebærer. Behandling for ansatte handler i stor grad om individet og dets muligheter for selvrealisering, mens klientene i større grad knytter behandling til sine familiære forpliktelser. De mannlige klientene betrakter seg som arbeidsløse som trenger hjelp til anskaffelse av arbeid for å forsørge familien og kaste rusmiddelproblemet på glemselens hav, noe som hjelper dem til å bli alminneliggjort. Bruken av narkotika betraktes ikke som spesielt problematisk i motsetning til arbeidsløsheten som omtales som det store problemet. Ansatte derimot definerer klientene som stoffmisbrukere som har problemer med seg selv, og de trenger å bearbeide problemene gjennom en snakkekur for å bli rusfri. Det at ansatte og klientene tror at de har en felles situasjonsdefinisjon bidrar til å skape vanskelige samhandlingssituasjoner. Det eksisterer en uutalt uenighet om hvilken av klientenes sosiale statuser som skal gjøres relevant og dermed hva de har å gjøre sammen. Vanskelighetene forsterkes når klientenes problem- og løsningsforståelse blir overhørt og ansattes forståelser blir gjeldende i hjelperelasjonen. For klientens del betyr dette å inngå i en terapeutisk offentlighet som de avviser fordi de ikke har tilstrekkelig tillit til ekspertssystemet eller tro på snakkekuren. Ansatte forventer at klientene skal snakke åpent om rusmiddelproblemer og ventilere sine personlige problemer uten særlige reservasjoner, noe klientene vanskelig kan oppfylle siden deres tillit synes å være personrelatert. At mannlige klienter forventes å skulle være åpne ovenfor yngre og/eller kvinnelige ansatte fremstår som et kompliserende aspekt ved relasjonen. Funnene i undersøkelsen viser at det oppstår et relasjonsbrudd som for mange av klientene ender med brudd i behandlingsopplegget.

I følge behandlingsforskning, politiske dokumenter og rapporter avbryter også mange norske stoffmisbrukere behandling (Arner et al.1995:116-120, Ravndal & Vaglum 1994, Ravndal & Vaglum 1995:29, Tjersland 1995:28-30, St.meld. nr.69 (1991-92):16, St.meld. nr.16 (1996-97):151, Bystyre-

melding 1997:13,33, Sohlberg 1996 og Tunglund 1998). I en undersøkelse av 14 behandlingstiltak i Oslo fremkommer det så høye tall på avbrutte behandlinger “*at de må avspeile reelle vansker i møte mellom klient og behandlingstiltak*” (Arner et al. 1995:117). Det er ikke mulig å gi ett enkelt svar på hvorfor norske stoffmisbrukere avbryter behandlingen. Én forklaring handler om at de i liten grad opplever tilknytning til og identifisering med andre klienter og/eller institusjonens behandlingsideologi (Ravndal & Vaglum 1994). Andre forklaringer fokuserer på at ansatte i liten grad møter klientene der de er, at behandlingsprogrammet er for lite individuelt eller at måten behandlingen foregår på er best egnet for dem “som er flinke til å prate for seg” (Sohlberg 1996:10).

Tolkningene og funnene i denne undersøkelsen er basert på en eksplorerende studie og kan ikke generaliseres til å gjelde alle innvandrerklinter med tilsvarende bakgrunn. På en annen side kan tolkningene overføres på og dermed ha relevans også for noen norske klienter. I løpet av feltarbeidet overhørte jeg for eksempel at norske klienter uttalte at det ikke hjalp å snakke, eller at de snakket med ansatte fordi *ansatte* ønsket det. Selv om mange norske klienter inngår i en terapeutisk offentlighet der de snakker åpent om problemene med fremmede eksperter i et behandlingssystem, gjør ikke alle norske klienter dette. En norsk klient avviste ansattes oppfordringer om å snakke med dem og klientene om problemene sine. Han formidlet dette eksplisitt: “*Det hjelper ikke å snakke. Vi kan snakke her, men det hjelper ikke senere når du står der alene*”. Dette utsagnet illustrerer at det også er “kulturforskjeller” i Norge og ikke bare på tvers av landegrenser, slik en ansatt antyder når han forteller at de har “*kommet opp i kulturforskjeller*” i forhold til Mohammed i kapittel 2. Noen av de norske klientene ba også i likhet med flere av innvandrerklinterne om praktisk hjelp til arbeid og bolig. Videre kan det synes som om noen norske stoffmisbrukere har en mistillit til ansatte, noe et ektepar uttrykte gjennom følgende utsagn: “*Vi snakker ikke med dem her, fordi de skriver rapport til barnevernet*”. Mangel på tillit til myndighetspersoner og tro på snakkekuren er med andre ord ikke kun forbeholdt innvandrerklinter (Berg 2002).

Ettersom det finnes relativt få undersøkelser innenfor behandlingsforskningen som fokuserer på hva som skjer i behandlingen og hvilken betydning behandlingsprosessen har for utfallet (Ravndal 1993:32-33), kan foreliggende undersøkelse bidra til å gi økt kunnskap og forståelse om hva behandling i praksis kan gå ut på. Denne interaksjonsstudien vil derfor ikke bare gi kunnskap om noen klienter med innvandrerbakgrunn, men

også muligheter til å reflektere over det norske behandlingssystemet og de ansattes behandlingsperspektiver uavhengig av klientenes etniske bakgrunn. På bakgrunn av denne undersøkelsen er det interessant å reise nye forskningsspørsmål:

Hvilken betydning har relasjonen mellom ansatte og klienter for behandlingsprosessen? Hvilken relevans har tolkningene i denne undersøkelsen for interaksjonen mellom norske klienter og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere? Hvilken betydning kan de talte ord ha for å forløse og befeste vanskelige livssituasjoner? Hvilken betydning har alminneliggjøring gjennom arbeid og bolig for endring av klienters livssituasjon?

Det kan avslutningsvis i denne rapporten være interessant å undersøke hvordan ansatte kan snu samhandlingens monolog til dialog? Sett utenfra oppnår de ansatte og innvandrerclientene i undersøkelsen ingen kontakt med hverandre, fordi de ikke klarer å skape en *dialog* med mulighet for læring og korreksjon. Jeg vurderer at dialog er en forutsetning om de skal lykkes i hjelperrelasjonen, og jeg ønsker derfor å undersøke nærmere hva som skal til for at de kan etablere kimer til dialoger.

Om å finne en felles referanse - Den sunne og gode behandling

Ansatte forsøker, etter min vurdering, å få klientene i dialog ved å snakke *til* dem om temaer som de ikke ønsker å snakke om. Når ansatte snakker *om* klientene i ulike møter, fokuserer ansatte på klientenes "taushet" som blir forstått i lys av diagnostiske forklaringer (Løchen 1965:212). Relasjonen mellom ansatte og klienter kan derfor betraktes som et subjekt-objekt forhold som i liten grad åpner for en dialogutvikling. En slik subjekt-objekt relasjon gir i liten grad klientene rom for å delta i samtalene. Dersom partene skal forsøke å skape kimer til dialoger, er det viktig at de også utvikler en subjekt-subjekt relasjon for å få tilgang til hverandres tolkningsrammer. I studiet av relasjonelle forhold kontrasterer Skjervheim i sin artikkel "Deltakar og Tilskodar" (1974) forskerens rolle i en intersubjektiv- og en objektiverende relasjon. Hans hovedanliggende er at den som utforsker forhold mellom mennesker i samfunn, er både en posisjonert tilskuer og deltager. Dersom ansatte og klienter skal klare å skape kimer til dialoger, er det etter min vurdering viktig at ansatte har en bevissthet på seg selv i rollen som både deltager og tilskuer. Dette

innebærer at ansatte må snakke *med* klientene, og ikke bare snakke *til* og *om* dem dersom ansatte skal få klientene til å delta i samhandlingen.

Dersom to parter med ulike perspektiver på problemløsning skal klare å skape en dialog, må begge delta og snakke *med* hverandre. En slik deltagelse forutsetter at de finner noe som er *felles* i det som fremstår som forskjellig. Det påhviler ansatte som profesjonelle snakkekurarbeidere et spesielt ansvar for å skape kimer til dialoger slik at de på best mulig måte kan sette seg selv i stand til å hjelpe klientene. I denne rapporten har vi sett at ansatte anser det som god behandling for klientene å praktisere en *snakkekur* der alle temaer er rusrelaterte. Flere av klientene derimot formidler at det ikke er bra å snakke om rus og problemer, men at det er bedre å glemme eller legge disse problemene bak seg. Rus er derfor ikke et egnet tema for å få klientene til å delta i samtalen, snarere tvert i mot etter det vi har sett i denne undersøkelsen. Men hva kan være en *felles* referanse i deres forskjellige perspektiver på problemløsning?

For å finne et mulig svar på dette spørsmålet, ønsker jeg igjen å rette oppmerksomheten mot uttrykket glemselens hav og reflektere over hva dette kan handle om. Jeg vil i denne sammenheng ta utgangspunkt i Noushads fortelling om seg selv som barnesoldat og hans reaksjoner på mine spørsmål.

Noushad fortalte uopppfordret og gråtende i vår første samtale om hvordan han som barn hadde drept mange mennesker for å skaffe seg mat og unngå å selv bli drept. Han avsluttet med å fortelle at han aldri hadde fortalt om dette til noen. Senere når jeg besøkte ham i en behandlingsinstitusjon og stilte han spørsmål om fortiden og problemer, svarte han at han ikke tenkte på det lenger. Han formidlet samtidig at han ønsket å snakke om trening, biler og jobben sin. I en av våre siste samtaler, som foregikk på et lite lukket rom, spurte jeg igjen om det problematiske, hvorpå Noushad stirret taust på meg med sinte øyne, mens det ene benet ristet. Da jeg gjentok spørsmålet forsiktig, skrek han ut i sinne at jeg hele tiden prøvde å minne han på det han hadde glemt. Ettersom jeg opplevde ham svært truende, valgte jeg å ikke forfølge temaet, men å skjifte til et av hans yndlingstemaer.

I dette eksemplet tok Noushad initiativ til å fortelle meg om sine vonde opplevelser. Jeg tolket dette som en invitasjon til videre oppfølging, noe som tydeligvis var en gal tolkning. Slik Noushad møtte mine oppfølgende spørsmål i senere samtaler, er det rimelig å anta at han tenkte helt motsatt. Det er mulig at han fortalte meg om det vonde fordi han ville sette ord på det for derigjennom å anse seg ferdig med det. Ut fra en slik tolkningsramme ber han meg trolig om å gjøre ham *vanlig* og *verdlig* ved å ikke snakke mer om det vonde han har kastet på glemselens hav sammen

med meg. Ettersom Noushad ikke ønsket flere samtaler med meg er det mulig å anta at det oppsto et tillitsbrudd eller kanskje til og med en opplevelse av svik over at jeg tillot meg å minne ham på det han forsøkte å glemme. Slik jeg er trent til å vurdere det innebærer å kaste et problem på glemselens hav å fortrenge det problematiske. 'Fortrengning' kan i likhet med snakkekuren fremstå som en form for behandling, men den er en annen form for behandling. Men *likheten* stanser ikke her fordi dette innebærer at begge parter tenker seg noe sunt. I det ene perspektivet på problemløsning formidles det indirekte at fortrengning er *sunt*, mens det andre perspektivet gir uttrykk for at det er sunt å snakke om det vonde. Temaet '*sunnhet*' knyttet til behandlingsform betraktes av meg som én mulig felles referanse som kan engasjere begge parter til deltagelse. Dette til tross for at perspektivene på sunnhet nærmest er motsatte ettersom fortrengning kan betraktes som både sunt og usunt.

La oss se litt nærmere på dialogens muligheter dersom ansatte i større grad vektlegger å snakke *med* klientene om sunnhet knyttet til behandlingsform, enn å snakke *til* dem om rusmiddelproblemer og *om* dem som psykiatriske kasus.

Om å se forskjeller i noe tilsynelatende likt - Om å forløse eller befestet et problem

Dersom partene klarer å snakke *med* hverandre om hva de anser som sunn behandling, vil de kunne se at det ligger *forskjeller* bak. Dette vil hjelpe begge parter å få orden på det som er forskjellig, noe som er en viktig forutsetning for at de skal kunne delta. Når partene lytter til hverandres oppfatninger av hva som er en sunn og god behandling, vil de oppdage at de har svært *forskjellige* perspektiver på problemløsning. Klientene vil høre at ansatte formidler at det å snakke om rusmiddelproblemet er sunt, fordi de får bearbeidet det problematiske. Ansatte på den andre siden vil høre at det er sunnere å glemme eller legge det problematiske bak seg fordi da kan klientene begynne på nytt med blanke ark. Gjennom en dialog om et felles tema åpner partene for at en god uenighet kan komme frem. En uenighet der det er rom for å diskutere hva den videre behandlingen kan være. Ansatte vil trolig formidle at en fortrengning av det problematiske vil holde klientene fast i det vonde og dermed opprettholde et behov for å begynne å ruse seg igjen. Videre vil de ansatte argumentere for at det å snakke om rusrelaterte temaer vil kunne *forløse* klientene fra det problematiske. Klientene vil sannsynligvis formidle at det å snakke om rus og problemer tvert imot vil *befeste* dem i det problematiske. Dersom ansatte viser aksept og forståelse for klientenes problemoppfatninger og

egne forslag til løsninger, kan vi tenke oss at dette kan bidra til at klientene utvikler en nødvendig tillit til ansatte. En tillit som klientene trolig hadde til det offentlige hjelpeapparatet da de la seg inn til avrusning og utredning på Soria Moria.

Gjennom en dialog der det gis rom for uenighet, vil partene kunne se at det som fremstår som *sunnbetsfremmende* for den ene, fremstår som *sunnbetsrisiko* for den andre og motsatt. Med andre ord blir det synlig at behandling kan kategoriseres som *sunnt* eller *usunn*. Gjennom slike dialoger kan nye felles tolkningsrammer etableres. På den ene siden gir dette partene mulighet til å reflektere over hvordan de bør forholde seg til det som er *forskjellig* i deres behandlingsstrategier. På den andre siden gir det dem også muligheter til å se *likheter* i det som fremstår som forskjellig. La oss se nærmere på en interessant likhet mellom behandlingsformene å fortrenge og å snakke om det problematiske.

Om å se likheter i det som fremstår som forskjellig - Ord har makt

Troen på å kaste det problematiske på glemselens hav og snakkekuren handler blant annet om hvilke forhold ansatte og klienter har til ord(ene). Mens ansatte gir uttrykk for å ha en tro på at ordene kan forløse individet fra det problematiske, gir flere av klientene uttrykk for at ordene vil holde en selv fast i det onde. Dette betyr at begge parter har en sterk tro på at *ord har makt*. I denne rapporten kan det synes som om det er ansatte som tillegger ordet makt, mens klientene i større grad er opptatt av å få praktisk hjelp til bolig og arbeid. Når det kommer til stykket, tillegges kanskje ord mer makt av klientene fordi ord nærmest blir noe magisk for dem. Det er som om ordene blir et slags trylleformular som går i oppfyllelse dersom de artikuleres og gjentas. En av klientene formidlet dette gjennom et tyrkisk ordtak som sier at *“dersom du forteller en mann 40 ganger at han er gal, da blir han gal, fordi han tror han er det”*.

For flere av klientene innebærer en praktisering av snakkekuren en mulig frykt for at de blir i det problematiske, noe som betyr at de ikke kommer fri fra problemet. Det blir derfor viktig at ansatte får tilgang til klientenes perspektiver på problemløsning slik at de kan forstå hvilken makt klientene tillegger ord. Ansatte får gjennom en slik tilgang også muligheter til å reflektere over klientenes ønsker om praktisk hjelp til å skaffe arbeid som en måte å legge det vonde bak seg og gå videre med det gode.

Dersom partene lykkes i å skape noen kimer til dialoger, vil de trolig erfare at verken glemselens hav eller snakkekuren alene fungerer som behandlingsstrategi. Etter min vurdering fungerer ikke glemselens hav dersom det kun er klientene som tror på denne strategien. Samtidig som snakkekuren heller ikke fungerer dersom klientene ikke er sosialiserte til å tro på den som strategi. Hvordan er det mulig i denne situasjonen å få ansatte til å ikke ta snakkekuren for gitt og klientene til ikke å ta løsningen glemselens hav for gitt?

Ettersom det er ansatte som skal hjelpe klientene, blir det viktig at ansatte reflekterer over egne tolkningsrammer, og hvilke kart de forholder seg til i samhandlingen. Etter min vurdering er det viktig at de justerer kartene i samsvar med det terrenget som de til en hver tid beveger seg i. Dette kan føre til at partene kanskje klarer å etablere nye felles tolkningsrammer, fremfor at klientene må tilpasse seg ansattes behandlingsformer. Dersom ansatte justerer kartene ved å inkludere klientenes perspektiver, vil ansatte av flere grunner øke sjansen for at partene lykkes i hjelpperelasjonen. Klientene vil i større grad delta i samtalene og trolig frivillig følge ansattes råd og anbefalinger dersom det samsvarer mer med deres egne overbevisninger. Dette vil igjen styrke ansatte som autoritetspersoner, samtidig som ansatte tilkjenner klientene verdighet. Sist men ikke minst vil en dialog som innebærer å ta hverandres posisjonering på alvor og reflektere over den, kunne bidra til å forhindre utvikling av en uopprettelig splittelse (schism).

Summary in English

The picture on page one in this report is taken from Michelangelo's grand ceiling painting, *the Creation*, which can be studied in its entirety in the Sistine Chapel in Rome. The powerful impression of the two outstretched arms straining to reach one another is a famous detail of the painting and an appropriate image for this report. The picture conveys the idea of two entities nearly joining, yet failing to meet nonetheless; it evokes unanswered questions: Who is trying to meet and why are they unable to connect with one another?

Individuals with a non-Norwegian ethnic background have only made limited use of the programs available to drug addicts in Norway. Hence, there is little or no treatment experience nor research on immigrants and drug treatment. This report, which considers the interaction between clinicians and clients with an immigrant background, is a contribution within Norwegian treatment research that offers opportunities for generating new knowledge.

Clinicians and clients meet in different arenas within the context of drug treatment, where they strive to establish contact and develop a cooperative relationship. For the clients, this is most clearly expressed in the way in which they attempted to comply with the unexpressed expectations of the staff. Personnel, on the other hand, expressed their struggle with feelings of inadequacy as they dealt with clients who would not accept their help. Despite their efforts, they failed to truly engage with the client. In this report I investigate what takes place in the meeting between the parties and therewith say something about what makes it difficult for them to reach one another. I attempt to shed light onto what prejudices and expectations the staff and clients each bring into their interactions and how these impact the treatment process.

The empirical material is based on six months' of field work conducted during 1998, whereby 23 clients over the age of 18 with various non-Norwegian ethnic backgrounds were observed as they interacted with 61 clinicians from 16 different institutions. The study covers clients who have been defined by clinicians as immigrants on the basis of their having dark skin and/or a foreign-sounding name. Following the fieldwork, at different detoxification-, investigation- and treatment institutions and

social services offices, regularly interviews were conducted with four clients in and outside of long-term treatment institutions until 2000. With participant observation as a point of departure, observations of clinicians and clients in different conversations, activities and group work were made. Observations were also made of clinicians in group meetings and different client gatherings. Additionally, interviews were initiated onsite with clinicians and clients on the basis of observations of their interactions. Since the context of the fieldwork demanded varied methodological approaches, I moved back and forth between my role as an observer, audience and eavesdropper, and my role as participant, conversation partner, “gambler” and other working roles. The study is not a representative study, but exploratory, with emphasis being given to some clients with an immigrant background and their interactions with different clinicians within the context of drug treatment. The empirical data is interpreted through use of sociological and anthropological theories and concepts at the same time these interpreted descriptions are influenced by the fact that I have previously worked within the treatment field as a social worker.

The daily work of a clinician consists of a meeting and talking culture, which they expect clients to participate in. With conversations figuring so centrally in the treatment process, I refer to the clinicians’ treatment form as a *talking cure*. It is through active participation in the talking cure that clients are to transform themselves from being a drug addict to a drug-free independent person. For the clinicians, treatment is in large part about the individual and his or her potential for self-realisation. The clients, who express a strong connection to a family collective, associate treatment largely with familial duties. While the staff is concerned with clients needing to work through their personal difficulties through therapy, the male clients present themselves as redundant workers who need help finding new employment so that they can support their families. In contrast to the clinicians who convey their belief in the redemptive power of speech, most of the clients indicate that such a cure would make them dwell in that which is problematic. They regard intoxication as a forgone problem that they are trying to forget and suggest that they do not wish to be reminded of it by talking. They request assistance in casting their problem into an *ocean of oblivion* in order to be restored to a common status and regain their families’ and their own dignity.

The fact that the clinicians and clients lack a common definition of the situation contributes to creating difficulties in interactive situations. There

exists an unexpressed disagreement concerning which of the clients' social statuses shall be made relevant and therewith what they are to do together. Difficulties are compounded when the clients' understandings of the problem and solutions fall upon deaf ears and the clinicians' understandings dominate in the help relationship. For clients this means they enter into a *therapeutic public sphere*. This is rejected since they do not greatly believe in the talking cure. The clinicians' and the clients' different and contradictory impressions and expectations of what treatment involves hinders them from establishing contact and developing a co-operative relationship. The high drop-out rate among clients can partly be explained by the difficult help relationship that developed between them and the clinicians.

In the clinicians' meetings with clients, it seems that the clinicians take for granted that they are regarded as legitimate authority figures and discussion partners. Upon closer examination, however, it is evident that some of the clients have a different impression of whom they are talking with and voluntarily disobey. The clients are not a homogeneous group who express a standard impression of an authority figure. Some clients seem to have difficulties recognising female clinicians as authorities. Other clients encounter more difficulties accepting young and inexperienced clinicians as authorities they can talk with and receive counsel from. To what extent clinicians are regarded as authorities is not only about "personal" traits such as gender and age, but also to what extent clients regard the talking cure as a legitimate form of treatment. Since many of the clients do not recognise the talking cure as legitimate for various reasons, and do not have faith in the expert system, the clinicians' authority is weakened and they therewith lose their power of legitimacy. When clinicians encounter clients without embodying legitimate power or choose to use illegitimate power as a means of helping, they both land in an impotent monologue.

The main conclusion of the study is that the clients and the clinicians express a deep-seated disagreement about what treatment is to involve. The way in which they do or do not relate to this disagreement contributes to further exacerbating difficult interactive situations. The fact that they do not negotiate their way towards a common definition of the situation forces treatment sessions into a monologue - a monologue in which the clinician more or less appears as an active participant and the client as a passive audience.

Because this is not a representative study, it cannot be concluded that all clients with an immigrant background “hush up” about their drug problems when meeting treatment clinicians. First, this qualitative study does not provide generalisable knowledge about clients with an immigrant background and second, I observed that two of the immigrant clients did speak to clinicians about such problems. On the other hand, the interpretations in this study can be transferred and thereby have relevance for some Norwegian clients as well. During the course of the fieldwork I overheard, for example, that some Norwegian clients found that talking was not helpful for them, and they asked for practical help in finding work and housing. Even if many Norwegian clients enter into a therapeutic public sphere where they openly talk about drug-related problems with unfamiliar experts in the treatment system, not all Norwegian clients did so. Therefore, the study raises new research questions related to, among other things, what importance both the interaction and the client’s own suggestions regarding solutions have for the rehabilitation process regardless of their ethnic background. Finally, I close the report with some of my own thoughts concerning how the monologue can be turned into a dialogue.

Referanser

Ahmadi, Fereshteh og Nader Ahmadi. 1995. "Annorlunda individbegrepp". *Innvandrere & Minoriteter* 6/95, 16-22

al-Baldawi, Riyadh. 1994. *Exil, kultur och drogmissbruk*. I samarbeide med Gundi Gabrielsson. Narkomanvårdkliniken Sabbatsbergs sjukhus. Stockholm

Arner, Oddvar, Grete Lauritzen, Helge Waal og Arvid Amundsen. 1995. *Forprosjekt til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling. En undersøkelse ved 14 behandlingstiltak i Oslo*. SIFA rapport nr.3/95 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. Oslo

Barth, Fredrik. 1992. "Forord". I Goffman, Erving: *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik*. Pax forlag A/S. Oslo

Bateson, Gregory. 2000a. "Culture Contact and Schismogenesis". I *Steps to an Ecology of Mind*. 2. utgave. The University of Chicago Press. Chicago

Bateson, Gregory. 2000b. "The Cybernetics of "Self": A Theory of Alcoholism". I *Steps to an Ecology of Mind*. 2. utgave. The University of Chicago Press. Chicago

Bateson, Gregory. 2000c. "Conscious Purpose versus Nature". I *Steps to an Ecology of Mind*. 2. utgave. The University of Chicago Press. Chicago

Berg, Elin. 2001. *Jeg har fortalt. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i rusmiddelomsorgen*. Hovedoppgave i sosialantropologi. Universitetet i Oslo

Berg, Elin. 2002. "Terapeutisk offentlighet - en kompleks hybrid. Hvorfor avbryter (en del) innvandrere behandlingen"? *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*. Vol. 19. (3):171-185

Blindheim, Martin. 1993a. Narkotika blant innvandrere. *Stoffmisbruk* 2:8-9

Blindheim, Martin. 1993b. Vi trenger mer kunnskap! *Stoffmisbruk* 2:13-15

- Brøgger, Jan. 1994. "Middelhavsområdet". I Hovell, Signe og Marit Melhuus (red.): *Fjern og Nær. Sosialantropologiske perspektiver på verdens samfunn og kulturer*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Bystyremelding 1997 nr.1. *Tiltak mot alkohol- og narkotikamisbruk i Oslo*. Oslo kommune. Byrådet
- Dahl, Tove Stang. 1992. *Den muslimske familie*. Universitetsforlaget. Oslo
- Djuve, Ann Britt og Kåre Hagen. 1995. "Skaff meg en jobb!" *Levekår blant flyktninger i Oslo*. Fafo-rapport nr.184. Forskningsstiftelsen Fafo. Oslo
- Engelstad, Fredrik. 1999. "Innledning". I Engelstad, Fredrik (red.): *Om makt. Teori og kritikk*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Ericsson, Kjersti. 1982. "Industrialismens utstøtte". Kapittel 3. I *Den tvetydige omsorgen. Sinnsykevesenets utvikling – et sosialpolitisk eksempel*. 3.opplag. Universitetsforlaget. Oslo
- Eriksen, Thomas Hylland. 1994. *Små steder – store spørsmål*. 2.opplag. Universitetsforlaget. Oslo
- Eriksen, Thomas Hylland og Torunn Arntsen Sørheim. 1994. *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Finstad, Liv. 1990. *Den betalte familie. Nye livsformer for folk i krise*. Pax forlag A/S. Oslo
- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self - Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press. Stanford
- Giddens, Anthony. 1997. *Modernitetens konsekvenser*. Pax forlag. Oslo
- Goffman, Erving. 1967a. "On Face-Work". I *Interaction Ritual: Essays on face-to-face behavior*. Pantheon Books. New York
- Goffman, Erving. 1967b. "The Nature of Deference and Demeanor". I *Interaction Ritual. Essays on face-to-face behavior*. Pantheon Books. New York

- Goffman, Erving. 1991. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. 4.utgave. Penguin Books. Middlesex
- Goffman, Erving. 1992. *Vårt rollespill til daglig. En studie i hverdagslivets dramatik*. Pax forlag A/S. Oslo
- Howell, Signe og Marit Melhuus. 1993. "The Study of Kinship; the study of person; the study of gender"? I Valle, Teresa del.(ed.): *Gendered Anthropology*. Routledge. London
- Lauritzen, Grete, Helge Waal, Arvid Amundsen og Oddvar Arner. 1997. "A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings". *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*. Vol.14. (English supplement), 43-64
- Løchen, Yngvar. 1965. *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. En sosiologisk fortolkning*. Universitetsforlaget. Oslo
- Mead, George H. 1967. *Mind, Self, and Society*. University of Chicago Press. Chicago
- Melhuus, Marit. 1990. "Kjønn, kultur og tilpasset teknologi: En begrepsverden". I Eriksen, Thomas Hylland (red.): *Hvor mange hvite elefanter? Kulturdimensjoner i bistandsarbeidet*. 2.opplag. Ad Notam. Oslo
- Naguib, Nefissa og Berit Thorbjørnsrud. 1994. "Midtøsten". I Howell, Signe og Marit Melhuus (red.): *Fjern og Nær. Sosialantropologiske perspektiver på verdens samfunn og kulturer*. Ad Notam Gyldendal. Oslo
- Peristiany, J.G. (ed). 1965. *Honour and Shame. The values of the Mediterranean society*. Weidenfeld and Nicolson. London
- Ravndal, Edle. 1993. *Virker behandling? En oversikt over behandlingsresultater for stoffmisbrukere i Norden og internasjonalt*. Nordnark 1993:1. Stockholm
- Ravndal, Edle og Per Vaglum. 1994. "Why do drug abusers leave the therapeutic community? Problems with attachment and identification in a hierarchical therapeutic community". *Nordic Journal of Psychiatry*. Supplement 33, Volum 48. 1-56

- Ravndal, Edle og Per Vaglum. 1995. *Psykiske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling*. Sosial- og helsedepartementet og Rusmiddeldirektoratet. Oslo
- Rogstad, Jon. 2000. *Mellom faktiske og forestilte forskjeller. Synlige minoriteter på arbeidsmarkedet*. Institutt for samfunnsforskning. Oslo
- Rugkåsa, Marianne og Olav Helge Angell. 1998. *Innvandrere i rusbehandling. Erfaringer og utfordringer*. Forskningsrapport nr.4/98. Diakonhjemmets høskolesenter. Oslo
- Sennett, Richard. 1993. *Authority*. W.W. Norton. New York
- Skjervheim, Hans. 1974. *Deltakar og tilskodar*. Skriftserie nr.6. Instituttet for sosiologi. Universitetet i Oslo
- Sohlberg, Christian. 1996. *Drop-out undersøkelse ved Origo og Studio-4*. Notat fra Rusmiddeletatens seminar på Lillehammer, oktober 1996
- St.meld. nr.16 (1996-97). *Narkotikapolitikken*. Helse- og sosialdepartementet. Oslo
- St.meld. nr.69 (1991-92). *Tiltak for rusmiddelmissbrukere*. Sosialdepartementet. Oslo
- Sørhaug, Hans Chr. 1989. *Ansatte og innsatte på et psykiatrisk sykehus. Makt, gjensidighet og ansvar*. Occasional papers in Social Anthropology no.6. Department and Museum of Anthropology. University of Oslo
- Sørhaug, Tian. 1996. *Fornuftens fantasier. Antropologiske essays om moderne livsformer*. Universitetsforlaget. Oslo
- Tjersland, Odd Arne. 1995. *Misbrukere før, under og etter kollektivopphold. En retrospektiv undersøkelse av elever ved Tyrilikkollektivet*. Rusmiddeldirektoratet. Oslo
- Tungland, Else M. 1998 *Behandling, hjelper det? Evaluering av 4 behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere*. RF-Rogaland Research 136

Turner, Victor. 1970. "Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passage". Kapittel 24. I Hammel, A. og William S. Simmons (ed.): *Man Makes Sense. A Reader in Modern Cultural Anthropology*. Little Brown and Company. Boston

Turner, Victor. 1974. "Social Dramas and Ritual Methaphors". Kapittel 1. I *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. Cornell University Press. Ithaca

Vogt, Kari. 1994. *Islams hus. Verdensreligion på fremmarsj*. Kapittel 7. 3.opplag. Cappelens Forlag. Otta

Weber, Max. 1983. *Ekonomi och samhälle. Förståendesociologins grunder 1*. Argos. Lund

Weber, Max. 1995. *Makt og Byråkrati*. 2.utgave, 4.opplag. Gyldendal Norsk forlag. Oslo

Wikan, Unni. 1984. "Shame and Honour: A Contestable Pair". I *Man: The journal of the Royal Anthropological Institute*. 19.årgang. (ss.635-652). London

Wikan, Unni. 1995. *Mot en ny norsk underklasse. Innvandrere, kultur og integrasjon*. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo

Ødegård, Ingeveig Nærland. 1998. *Alkoholisme - synd, skam eller sykdom? Norske legar og synet på alkoholisme i mellomkrigstida*. Hovedoppgave i historie ved Universitetet i Oslo.

Øiern, Tone. 1993. Utnytt foreldre barn- forholdet! *Stoffmisbruk* nr.2:16-18