

Kontroll och frivillighet i två modeller för missbruksbehandling

- En kvalitativ undersökning av två aspekter

Av Henrik Järvborn och Nils Kraft

Lunds Universitet

Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)

HT- 12



Handledare: Norma Montesino

Examinator: Anders Östnäs

Abstract

Author: Henrik Järnborn & Nils Kraft

Title: Control and voluntariness within two drug rehabilitation programs – A qualitative study of two aspects [Translated title]

Supervisor: Norma Montesino

Assessor: Anders Östnäs

The purpose of this study was to illuminate the relation between control and voluntariness in drug rehabilitation programs, as viewed from the perspective of therapists within two types of programs: The Twelve step program and the Milieu therapy program. Drug rehabilitation programs in Sweden are mostly based on voluntary participation. However, the actual degree of voluntariness in these programs after a client has been admitted can be discussed. The focus of this study was to research the different kinds of control that are used within these drug rehabilitation programs and to establish if there were variations or similarities between the two programs regarding how control is perceived and exercised by the therapists. We have carried out six semi-structured interviews with therapists, representing both the Milieu therapy and the Twelve step program, on the subject of control and voluntariness within their respective programs. In the analysis we chose to look at the therapists' role from an organizational perspective. The results showed that the therapists control over the clients within both these programs is far reaching, even though the two programs have quite different ideological views on the questions regarding the correct role of control and voluntariness within drug rehabilitation.

Keywords: Control, voluntariness, drug rehabilitation therapist, Twelve- step program, Milieu therapy.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
1.1 Problemformulering.....	1
1.2 Syfte	3
1.3 Frågeställningar.....	3
1.4 Avgränsningar	3
1.5 Centrala begrepp.....	3
2 Bakgrund – begrepp och teman.....	5
2.1 Behandlare inom missbruksvården.....	5
2.2 Miljöterapi.....	5
2.3 Tolvstegsprogrammet	6
3 Tidigare forskning	7
3.1 Uppfattningar om missbruksbehandling	8
3.2 Den sociala kontrollens betydelse	10
3.3 Forskningens relevans.....	11
4 Teori	12
4.1 Utgångspunkter	12
4.2 Behandling: en normaliseringsprocess	12
4.3 Klientskapande inom missbruksbehandling.....	13
4.4 Kontroll eller en frivillig hjälp?	15
5 Metod	17
5.1 Val av metod och urval.....	17
5.2 Etik och genomförande.....	18
5.3 Transkribering och kodning.....	19

5.4 Samarbete	20
5.5 Reliabilitet och validitet	20
6. Analys	22
6.1 Redovisning av materialet.....	22
6.2 Två uppfattningar om avvikelse	22
6.3 Frigörelse från missbruk: en normaliseringsprocess	24
6.4 Strukturens betydelse för relationen mellan behandlaren och klienten.....	27
6.5 Drogtester: Kontroll eller hjälp?.....	31
7 Sammanfattning & Diskussion	33
7.1 Sammanfattning.....	33
7.2 Slutdiskussion.....	35
Referenslitteratur	38
Bilaga 1	40
Bilaga 2	43

1 Inledning

1:1 Problemformulering

Under praktikterminen på socionomutbildningen kom vi som författat denna uppsats i kontakt med människor som hade alkohol- och narkotikaproblematik, vilket har avgjort vårt val av uppsatsämne. Vi har valt att inrikta oss på den behandlande personalens syn på frågor om kontroll och frivillighet inom frivillig missbruksbehandling. Spänningsförhållandet mellan kontroll och frivillighet är något som tidigare uppmärksammats i forskning.

Drogforskaren Jessica Palm (2003) menar i en studie att det finns olika attityder hos den verksamma personalen inom missbruksvården. Några sådana attityder gäller uppfattningar om missbrukare och missbruksvårdens möjligheter att hjälpa klienter. Resultatet i Palms undersökning visar att en klar majoritet anser att en missbrukare måste ha en egen vilja, det vill säga frivillighet, för att kunna fullfölja en behandling. Samtidigt menar även en stor andel av de tillfrågade att det ibland var nödvändigt att tvinga en person till behandling. Enligt Palm (2003) behöver dessa två attityder inte nödvändigtvis stå i absolut motsättning till varandra eftersom situationerna kan variera och även skälen till varför en person är i behandling. De till synes motstridiga attityderna kan, enligt Palm (2003) naturligtvis leda till att det blir otydligt var gränsen går mellan kontroll och frivillighet för klienten inom behandlingen. Resultaten som Palm (2003) kommer fram till i sin studie vittnar även om att det finns ytterligare två tydliga attityder hos personalen. Den ena attityden handlar om vikten av att frivilligt välja att vilja bli behandlad för sitt missbruk och den andra attityden handlar om behandlarens behov av att kontrollera missbrukaren i själva behandlingen. Orsakerna till varför en person är i behandling kan variera men drogforskaren Jessica Storbjörk (2012) menar att olika former av kontroll spelar en roll. Den sociala kontrollen visar sig vara framträdande, även om medverkan i missbruksbehandling ofta uppges vara frivillig (Storbjörk 2012).

Varför behövs kontroll inom frivillig behandling över huvud taget? Utgår frivilliga missbruksbehandlingar i någon utsträckning från klientens egna val? Vi frågar oss hur det ser ut inom organisationer som arbetar utifrån olika behandlingsprogram och vi har därför valt att undersöka närmare behandlingsformerna miljöterapi och tolvstegsprogrammet. Vi undrar om behandlarnas perspektiv inom dessa två behandlingsmodeller är samstämmiga eller olikartad när det handlar om hur kontroll och frivillighet tar sig i uttryck.

Enligt Gordon & Palmgren (2001) tillämpas miljöterapi i dag nästan uteslutande i kombination med någon form av psykologisk förklaringsmodell, så som kognitiv beteendeterapi eller psykodynamisk terapi. Ett mål enligt miljöterapi är att ge klienten någon form av struktur i sitt liv, eftersom brist på struktur anses vara en orsak till många former av problem så som kriminalitet och missbruk. Miljöterapi syftar alltså inte enbart till att missbrukaren blir drogfri, utan också till att denne i största allmänhet kan få en strukturerad ordning på sitt liv.

Den andra metoden är tolvstegsmetoden som fungerar som ett program för att hjälpa en beroende person att leva ett liv utan droger, som till exempel alkohol och narkotika. Enligt ideologin bakom tolvstegsprogrammet kan beroendet ses som en slags sjukdom eller en allergi där personen är maktlös i sin relation till drogen. Tolvstegsmetoden ligger i linje med Anonyma Alkoholisters uppfattning om de tolv stegen, vilka fungerar som ett förslag till en hjälp för tillfrisknande från alkoholism. Metoden används också inom behandling för narkomaner på behandlingshem (Gorski 1995; Karlsson 2011).

I den litteratur vi läst om miljöterapi och tolvstegsprogrammet finns det en betydande skillnad mellan hur missbruk förklaras och skall behandlas. En likhet är emellertid att båda behandlingsprogrammen lägger stor betoning på klientens frivillighet att sluta missbruka och att det är missbruket i sig som har lett till att klienterna blivit oförmögna att styra sina liv.

1.2 Syfte

Syftet med vår uppsats är att utifrån behandlaren perspektiv undersöka vilken roll kontroll och frivillighet har inom missbruksbehandling.

1.3 Frågeställningar

- Hur uppfattar behandlarna kontroll och frivillighet inom sina respektive behandlingsmodeller?
- Vilka likheter och skillnader går det att identifiera mellan behandlingsmodellerna utifrån hur behandlaren uppfattar aspekterna kontroll och frivillighet?
- Hur uppfattas drogtesterna av behandlarna inom behandlingsmodellerna?

1.4 Avgränsningar

Vi har valt att avgränsa oss till två olika behandlingsmodeller, miljöterapi och tolvstegsmodellen med anledningen att vi uppfattar behandlingsmodellerna som vanligt förekommande inom missbruksvården. Behandlingsmodellerna har dessutom olika teorigrunder och är därför intressanta att undersöka utifrån vårt syfte med uppsatsen.

1.5 Centrala begrepp

I denna del kommer vi beröra de centrala begrepp som vi använder i uppsatsen. Inledningsvis diskuteras begreppet missbruk och därefter ideologi och makt, samt kontroll och frivillighet.

Begreppet missbruk är komplext då det är en definitionsfråga när exempelvis ett bruk går över till ett missbruk. Det är viktigt att konstatera att det inte råder konsensus om begreppet missbruk, men det kan vara bra att ge en förklaring till hur missbruk kan uppfattas. Ted Goldberg (2010), professor i sociologi vid Högskolan i Gävle, menar att bruk av substanser som illegala droger, alkohol eller medicinska preparat är ett missbruk om de har en central del i en persons liv (Goldberg 2010).

Ideologi är ett centralt begrepp för att förstå hur olika definitioner och idéer används av olika grupper. Goldberg (2010) menar att ideologi kopplat till missbruksbehandling och missbruk hör samman med förutbestämda uppfattningar om något, till exempel vad missbruk är, vilket skiljer sig från vetenskap som bygger på forskning. Ideologi handlar istället om att människor och grupper vill skapa sig en förståelse för att hur de ska förhålla sig exempelvis till missbruk. Vilken ideologi som råder inom olika grupper är förknippat med makt. Starka personligheter och grupperingar som kan presentera en förståelse över ett visst fenomen vill ofta få andra att dela deras övertygelse (Goldberg 2010). Skau (2007) benämner begreppet makt som ett fenomen som uppstår när det finns en ojämlikhet mellan människor. Makten kan användas både i negativ mening för att skada men även i positiv mening för att hjälpa.

Skau (2007) anser att kontroll ligger mycket nära begreppet makt eftersom både kontroll och makt bygger på en ojämlik relation mellan olika parter. Kontroll bygger på att det finns en överordnad och en underordnad part, där den överordnade parten besitter makt i förhållande till den underordnade. Kontrollen innebär att den överordnade parten kan styra den underordnade såsom den önskar och samtidigt granska att den underordnade parten verkligen blir styrd. Kontroll har därför till skillnad från makt en mer negativ framtoning enligt Skau (2007). Skau (2007) hävdar att en underordnad part exempelvis frivilligt ställa kan upp på att få hjälp genom att en annan utövar makt över den underordnade. Ett exempel på detta kan vara att söka sig frivilligt till missbruksbehandling. Frivillighet kan betraktas som att en person gör någonting av fri vilja dvs. en handling som personen inte har blivit tvingad att göra. Skau anser att allt för mycket kontroll över en person som söker frivillig hjälp, kan göra att personen upplever mer tvång än hjälp. Detta trots att personen inledningsvis själv sökte hjälp (Skau 2007).

Begreppen missbruk, ideologi, makt, kontroll och frivillighet är därför inga självklara begrepp i sig utan bygger på hur en person uppfattar begreppen. Detta kan leda till att begreppen blir otydliga och kan vara svåra att skilja åt.

2 Bakgrund – begrepp och teman

2.1 Behandlaren inom missbruksvården

Missbruksvården organiserar den frivilliga vården för missbruk och beroende. Enligt Socialtjänstlagen (SOL 2001:453) och Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kan behandlingen för missbruk och beroende genomföras på psykiatriska kliniker eller särskilda beroendeenheter. De båda lagarna specificerar inte i detalj hur vården ska utföras och utformas. Istället finns möjlighet att överlämna missbruksvården helt eller delvis till andra behandlingsalternativ, som till exempel privata behandlingsprogram. De som arbetar inom behandlingsprogram går vanligen under beteckningen behandlare. Socialstyrelsen (2007) använder termen missbruksbehandlare när den beskriver någon som arbetar med människor som har en missbruksproblematik. En behandlare håller i den dagliga kontakten med klienterna och ger klienterna stöd och råd, men upprätthåller även regler och bestämmelser inom behandlingsprogrammet. Behandlaren sköter oftast kontakten med sociala instanser, som exempelvis kriminalvården och socialtjänsten.

2.2 Miljöterapi

Miljöterapi är en behandlingsmetod som används inom flera olika institutioner såsom sjukhus, behandlingshem, psykiatriska inrättningar och ungdomsboende. Miljöterapi utvecklades i London på Belmontesjukhuset av psykiatrikern Maxwell Jones och uppkom som en reaktion mot den institutionella psykiatriska vården av krigsskadade efter andra världskriget. Enligt Jones blev klienterna passiviserade och introverta av den toppstyrda psykiatrin. Jones började genomföra experiment där han lät både patienterna och personalen vara med och påverka institutionslivet och utformningen av vården (Jenner 2000).

Gordon & Palmgren (2001) menar att alla aspekter av institutionens aktivitet, som till

exempel sysselsättning och samspel mellan klient och personal, har en direkt påverkan på klienten. En grundläggande strategi inom miljöterapi är därför att strukturera, planera och systematisera den miljö där klienten befinner sig. Inom behandlingen skall det råda demokrati, vilket konkret innebär att alla frivilligt tillåts vara med och bestämma inom delar av vårdmiljön och sedan ta ansvar för vad de bidrar med. Meningen med denna utformning är att varje människa kan utveckla sina inre styrkor och växa när hon får ta ansvar, vilket är ett viktigt antagande inom denna terapiform. När miljöterapi tillämpas inom missbruksvården är det oftast som en grundläggande metod, kombinerad med behandlingsinslag som kognitiv beteendeterapi eller psykoterapi. Detta kan förklara varför det inte finns en enhetlig uppfattning om orsakerna till missbruk och hur det skall hanteras inom miljöterapi. Det som är den gemensamma grunden och den miljöterapeutiska metodens mening är att skapa strukturer hos klienten och en förmåga att behålla dessa. Genom att klienten får träna sig i en sund social struktur skall detta hjälpa klienten att ta till sig andra delar av behandlingen. En terapi med klara och tydliga strukturer leder, enligt denna teoribildning, till minskat glapp mellan institutionsvärlden och världen utanför. Detta anses vara förberedande för ett liv utanför institutionen i ett samhälle som redan är strukturerat (ibid.).

2.3 Tolvstegsprogrammet

De tolv steg som utgör ett handlingsprogram hos Anonyma Alkoholister var inspirerat av Oxfordgrupprörelsen, vilken hade kristna inslag. Det fanns alkoholister som sökte stöd för att bli nyktra med hjälp av Oxfordrörelsen. En del av dess medlemmar gick med i Anonyma Alkoholister när det bildades år 1935, vilket gjorde att de tolv stegen delvis inspirerades av de idéströmningar som fanns i Oxfordrörelsen. I Sverige var det först under 1980-talet som tolvstegsbehandlingarna växte sig starka i takt med att Anonyma Alkoholisters grupper blev fler (Helmersson Bergmark 1995). Tolvstegsprogrammet används av Anonyma Alkoholister vars uppfattning är att beroendet kan jämföras med ett obotligt sjukdomsliknande tillstånd. Individens betraktas som maktlös inför drogen och sjukdomen håller individen i ett livslångt grepp, men sjukdomen går att hantera med hjälp av tolvstegsprogrammet. Tolvstegsmetodens behand-

lingssätt ligger i linje med Anonyma Alkoholisters uppfattning om de tolv stegen, men används även inom behandling för narkomaner. De tolv stegen är alltså förslag som kan hjälpa en beroende person och missbrukare i processen mot ett tillfrisknande och att leva ett drogfritt liv. Enligt manualen för tolvstegsbehandlingar, författad av National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), ligger därmed tyngdpunkten på att ett utvecklat beroende av drogen inte kan botas, men väl hanteras med hjälp av de tolv stegen (Anonyma Alkoholister 2005; Karlsson 2011). Efter att ha erkänt och accepterat sin egen maktlöshet inför drogen i steg ett till tre, handlar de övriga stegen i tolvstegsprogrammet i övergripande mening om att bygga upp sig som människa, där de tolv stegen är förslag på en lösning. Meningen är att detta uppbyggande ska hjälpa den beroende att få ett bra och hanterbart liv utan att använda sig av sinnesförändrande substanser (Gorski 1995; Bilaga 2).

Idag använder ett flertal olika missbruksbehandlingar tolvstegsmetoden. Avvikelsen från tolvstegsmodellen som den var från början inom Anonyma Alkoholister varierar. Variationen finns dels genom att behandlarna har olika färdigheter i behandlingens utövande och dels genom att det finns behandlingar som inte är tolvstegsprogram till fullo, utan har mer eller mindre inslag av de tolv stegen (Karlsson 2011).

3 Tidigare forskning

Forskning med relevans för vårt ämne har vi funnit på tre ställen. Det första är Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol och Drogforskning (SoRAD). SoRAD är ett tvärvetenskapligt institut som inriktar sig på alkohol- och drogforskning utifrån ett samhällsvetenskapligt perspektiv. Två forskare inom SoRAD som behandlar ämnen kontroll och frivillighet är alkohol- och drogforskarna Palm och Storbjörk.

Det andra utgörs av det nordamerikanska forskarlaget T. Cammeron Wild, Johan A Cunningham och Richard M. Ryan. Wild är professor med inriktning på missbruksforskning för Center for addiction and mental health research laborator - University of Alberta, Canada. Cunningham är missbruksforskare för Center for addiction and

mental health - University of Toronto, Canada. Ryan är professor och forskar inom psykologi och motivation och knuten till University of Rochester, USA. Forskarlaget diskuterar hur social kontroll och den egna viljan påverkar klienten och frivilligheten att söka sig till missbruksbehandling.

Det tredje utgörs av Nordic Center for Welfare and Social Issues där Matilda Hellman, forskare vid Helsingfors universitet i Finland tar upp hur missbrukaren som grupp uppfattas i samhället.

3.1 Uppfattningar om missbruksbehandling

Hellman (2009) har i sin artikel undersökt hur den finska nyhetstidningen Helsingin Sanomat skildrar missbrukare mellan år 1968 till 2006 och menar att tidningar som denna spelar en viktig roll i förmedlandet av hur olika grupper uppfattas. Beskrivningar av missbruk har förändrats från att ha varit något som främst drabbar specifika grupper som arbetar- och underklassen till någonting som kan drabba alla. Hellman (2009) menar att bilden av missbrukare idag alltmer mer har blivit en medicinsk fråga istället för en social där missbruket är en sjukdom istället för ett resultat av orättvisor. Även om missbruk har förflyttats från gruppnivå till individnivå, menar Hellman att förändringen är ett nytt sätt för samhället att kontrollera avvikande. Genom att se problemet som ett individuellt problem bör missbrukaren söka råd hos experter, när det tidigare i tidningarna handlade om att samhället bör anpassas för att inte skapa utsatta grupper (Hellman 2009).

Hur problemet kan förstås är föränderligt och inte konstant. Det finns alltså ingen enskild förklaring till problem kring missbruk utan det är snarare så, menar Palm (2006), att uppfattningar och förklaringar till missbruk varierar över tid och rum. Dessa förklaringar är viktiga för att förstå den kontext som olika missbruksbehandlingar befinner sig i. Förklaringar till missbruk nyproduceras ständigt med syftet att bättre kunna kategorisera klienterna. De olika synsätten på missbruk åskådliggör vilka åsikter som finns om missbrukare såväl idag som historiskt. Det tycks paradox-

alt nog vara så att i skilda synsätt på klienten så som ond/god och svag/stark finns en gemensam tanke om nödvändighet av hög kontroll inom behandling. Ett genomgående drag för dessa uppfattningar visar en attityd där behandlaren inte riktigt kan lita på klienten, hur god eller stark klienten än tycks vara. Palm (2006) påpekar att sådana attityder kan ha en koppling till hur personalen tror sig förstå hur ett klientarbete ska utföras.

Palm (2003) visar i sin undersökning hur attityderna hos personalen inom missbruksbehandlingar yttrar sig och genom att förstå dessa kan även det direkta arbetet med klienter göras begripligt. Studiens syfte var att undersöka den svenska alkohol- och drog rehabiliteringen genom ett urval av personal inom missbruksrehabilitering på Maria Ungdom, Hem för vård och boende, socialtjänsten och missbrukarenheter. Palms studie bekräftar en mer allmän och mångfacetterad syn på droger och missbruk. Frågorna i studien behandlar uppfattningen om gränslandet mellan kontroll och frivillighet och den mest extrema uppfattningen var att klienterna mer eller mindre blev tvingade in i behandling av arbetsgivare, socialtjänst, polis eller rättsväsende. Enligt Palm (2003) ansåg däremot majoriteten av personalen att klienterna framförallt kom till behandling för att de själva ville göra någonting åt sin situation.

Av Palms (2003) undersökning är svaren som personalen inom missbruksbehandlingarna ger tvetydiga och motsägelsefulla om aspekterna kontroll och frivillighet. Detta visar sig exempelvis genom att en respondent menar att en klient mycket väl kan vara pressad in i en behandling, samtidigt som det påstås att klienten själv ville göra någonting åt sin situation. Detta kan tyda på att personalen anser att kontroll och frivillighet i viss utsträckning kan samexistera. Ett problem som då aktualiseras är om det faktiskt går att tala om frivillighet hos en klient om denne samtidigt blir utsatt för press att underkasta sig behandling.

3.2 Den sociala kontrollens betydelse

Storbjörk (2012) använder begreppen kontroll och frivillighet var för sig, men illustrerar även att det finns komplexa samband mellan de båda företeelserna i en behandling. Påtryckning är ofta ett medel som används för att få missbrukare in i behandling. Dessa påtryckningar kallar Storbjörk för social kontroll och de kan delas in i två delar, nämligen formell och informell kontroll. Formell kontroll är den press som finns från socialtjänst och arbetsgivare. Informell kontroll är den sociala press som kommer från familj och vänner. Majoriteten av klienterna inom behandling ansåg att de genomgick behandlingen frivilligt. Samtidigt medgav en stor del av klienterna i undersökningen också att de faktiskt blivit påverkade av informell press, det vill säga sådan från familj och vänner. Ungefär hälften av klienterna angav även att de samtidigt blivit påverkade av formell press från socialtjänst och arbetsgivare. Det finns ett samband mellan påtryckningarna och att klienten inte lämnar behandlingen i förtid, vilket kan tala för fördelarna med påtryckningar. Samtidigt finns inget samband mellan påtryckningar och själva kvaliteten på klientens behandlingsdeltagande, återhämtade och behandlingsresultat. Däremot påstår Storbjörk (2012) att det finns ett samband mellan klientens egen motivation och ett minskat beroende av droger.

Motivationen kan kopplas med olika former av kontroll. Wild, Cunningham och Ryan (2006) undersöker hur olika former av social kontroll påverkar klienter att söka behandling för missbruk. De menar att den sociala kontrollen tillämpas i socialt arbete i mötet med klienten. I det direkta mötet med klienten används social kontroll för att påverka missbrukare att söka behandling. Wild et al. (2006) påpekar en klient som utsätts för mycket social kontroll men inte har en egen vilja att bli drogfri visar inte något större intresse i att söka behandling, trots den sociala kontrollen. Konklusionen är, enligt Wild et al. (2006), att en klients egen frivillighet är någonting som är betydelsefullt för att denne skall vara motiverad att söka behandling. Den sociala kontrollen har därmed inte någon egentlig inverkan för klientens motivation att söka behandling. Wild et al. (2006) anser att all form av kontroll över klienter bör minimeras, i stället bör metoder och riktlinjer utvecklas som bygger på klienters egen frivillighet.

3.3 Forskningens relevans

Enligt Palm (2003; 2006) och Hellman (2009) är kategoriseringar av missbrukare nödvändiga för att förstå de behandlingsmetoder som används för missbruk. De två olika behandlingsmetoderna som vi valt att undersöka har båda sitt eget sätt att se på missbruksproblematiken, vilket har påverkat deras metoder i arbetet med missbrukare. Palms diskussion har därför varit värdefull för förståelsen av våra resultat i uppsatsen. Det visar hur kategoriseringar är föränderliga över tid och rum, men kan ha en faktisk påverkan på hur missbrukare skall behandlas.

Forskningen som tas upp av Palm (2003) om attityder kring missbruk i missbruksbehandling och av Storbjörk (2012) om social kontroll och självbestämmande är relevanta för vårt uppsatsämne, eftersom de lyfter fram hur social kontroll används för att förändra missbrukare. Normer och värderingar men även mer eller mindre påtagliga tvång från en missbrukares omgivning (exempelvis familj, vänner, socialtjänst), används för att få denne att bli fri från sitt missbruk. Båda forskarna visar att kontroll faktiskt är accepterad och legitimerad av respondenterna i deras forskning, då kontrollen anses vara en hjälp för missbrukare i deras strävan mot drogfrihet. Den tidigare uppfattningen har varit att kontroll har haft en kortsiktig positiv effektiv, då den kan hålla kvar klienten i behandling. I stället hävdar Storbjörk (2012) att långsiktig drogfrihet inte ska bygga på kontroll utan på klientens frivillighet. Precis som Storbjörk (2012) hävdar Wild et al. (2006) vikten av klienters egen frivillighet som avgörande för att de ska söka efter ett drogfritt liv. All form av yttre kontroll som kan utsettas mot klienten bör alltså ifrågasättas och minimeras.

Sammantaget blir kategorisering av missbrukare alltså bundet till hur samhället och dess organisationer, såsom behandlingsprogram, behandlar dem. Både Palm (2003;2006) och Hellman (2009) pekar på att förändringar i kategorisering även kan leda till en förändring hur samhället hanterar de kategoriserade. I samhället kan kontrollen ha en betydande roll för att kunna handskas med grupper som kategoriseras som problematiska, vilket också Storbjörk (2012) och Wild et al. (2006) menar.

4 Teori

4.1 Utgångspunkter

Uppsatsen har tre teoretiska utgångspunkter. Den första av dessa är Svensson (2007) och Meeuwisses (2007) om normalitet i förhållande till missbruk, främst utifrån en behandlingsideologi. Vi diskuterar hur det avgörs att en person är missbrukare och därigenom avvikande, samt hur personen skall normaliseras inom behandlingen och till vilket syfte. De andra teoretiska utgångspunkterna representeras av forskaren Greta Marie Skau. Skau (2007) betonar att aktörerna inom organisationer, till exempel behandlingsprogram, kan påverka kontroll och frivillighetsaspekterna. Vi diskuterar hur behandlarnas egen inverkan inom behandlingsstrukturen faktiskt kan vara betydelsefull. Järvinen och Mik-Meyer (2003) står för vår tredje och huvudsakliga teoretiska utgångspunkt vars ansats främst är ett strukturalistiskt organisationsperspektiv. Detta innebär att organisationerna som helhet påverkar aspekter såsom kontroll och frivillighet, snarare än enskilda aktörer inom organisationerna.

4.2 Behandling: en normaliseringsprocess

Vad som anses vara normalt och onormalt är någonting som kan skifta mellan tidsepoker, geografiska platser och olika kulturer. Ett exempel på detta är att det kan finnas en samhällsgrupp där ett stort alkoholintag, med rejäl berusning som leder till tydliga konsekvenser och kontakt med missbruksvården, ses som normalt samtidigt som det i en annan samhällsgrupp skulle uppfattas som ett avvikande beteende. Svensson (2007) och Meeuwisse (2007) menar att normalitet inom en specifik miljö kan påverka vilket agerande en person har i olika situationer och påverkar en persons värderingar och tankar. Genom att olika synsätt och handlingar ständigt prövas mot varandra så förändras normaliteten med tiden. Missbruksbehandlingar är ofta utformade så att missbrukare placeras i en drogfri miljö för att ändra deras uppfattningar om vad som är normalt. Vad som kan förändra normaliteten i en grupp är bland annat

avvikande agerande från gruppens medlemmar. Det som är avvikande kan av gruppen uppfattas som ett hot mot gruppen och dess stabilitet. Strävan blir därför för gruppen att försöka skapa stabilitet genom att kontrollera de som bryter mot normer (ibid.).

Frågorna om vad som betecknas som normalt och avvikande finns inte minst i synen på bruket av alkohol och narkotika. Palm (2006) menar att själva kategoriseringen av missbrukaren och vad som kan betecknas som en vanlig brukare är en värdeladdad uppdelning, där missbrukare uppfattas som onormala och sjuka. Det finns ett flertal definitioner av missbruk beroende på vem som tillfrågas. Detta återspeglar sig bland annat i den svenska lagstiftningen, som inte ger någon definition på vad missbruk är. Palm (2006) framhåller även att lagstiftningen därmed lämnar ett utrymme för de enskilda aktörerna att själva tolka begreppet missbruk, men utifrån förutsättningen att missbruk är en avvikelse. Detta förefaller bli tydliggjort inom miljöterapi och tolvstegsbehandling där begreppet missbruk uttrycks på olika sätt. Missbruksvården får således funktionen att normalisera missbrukaren. Frågan är vad missbrukaren ska normaliseras till och för vem normaliseringen sker? Svaren på de frågorna återkopplar till vad som anses vara normalt.

4.3 Klientskapande inom missbruksbehandling

Skau (2007) menar att en person går från normalitet till avvikande i mötet med sociala organisationer, vilket för en missbrukare kan ske i kontakten med ett behandlingsprogram. Rollinlärning lyfts upp som ett begrepp för denna förändring och rollinlärningen sker i det direkta mötet mellan klient och behandlare. Redan i det inledande stadiet av mötet uppstår en omvandling av den hjälpsökandes rolltillhörighet från en icke-klient till en klient. För en person som använder droger kan det innebära att i den stunden då den söker hjälp, förs personen in i positionen som avvikande och tillhör inte längre den grupp som utgör normen. Klientens nya identitet blir en missbrukare och den nya identiteten bekräftas av samhället och dess organisationer. Därmed, hävdar Skau (2007), går det att påstå att en klient skapats. En tydlig indikation på personens förändring från icke-klient till klient är när denne inte längre på samma

sätt som innan kan fatta sina egna beslut. Beslutsfattandet har då överlåtit till andra som exempelvis organisationer inom missbruksbehandling. Dessa organisationer representerar samhällets normalitet och utövar kontroll över sina klienter. En klient på ett behandlingshem kan oftast inte avvika som den behagar, utan får anpassa sig efter behandlingsstrukturen och dess uppsatta regler och normer.

Järvinen och Mik- Meyer (2003) menar att välfärdsstaten delar upp olika sociala problem i olika problemtyper. En person som har ett problem får genom mötet med välfärdsstatens representanter sin problembild definierad utifrån olika problemtyper som välfärdsstatens sociala organisationer har definierat. Det innebär alltså att det finns ett behov av att försöka definiera en klients problem på sådant sätt att de tillhör de problemtyper som välfärdsstaten har bestämt sig för att jobba med.

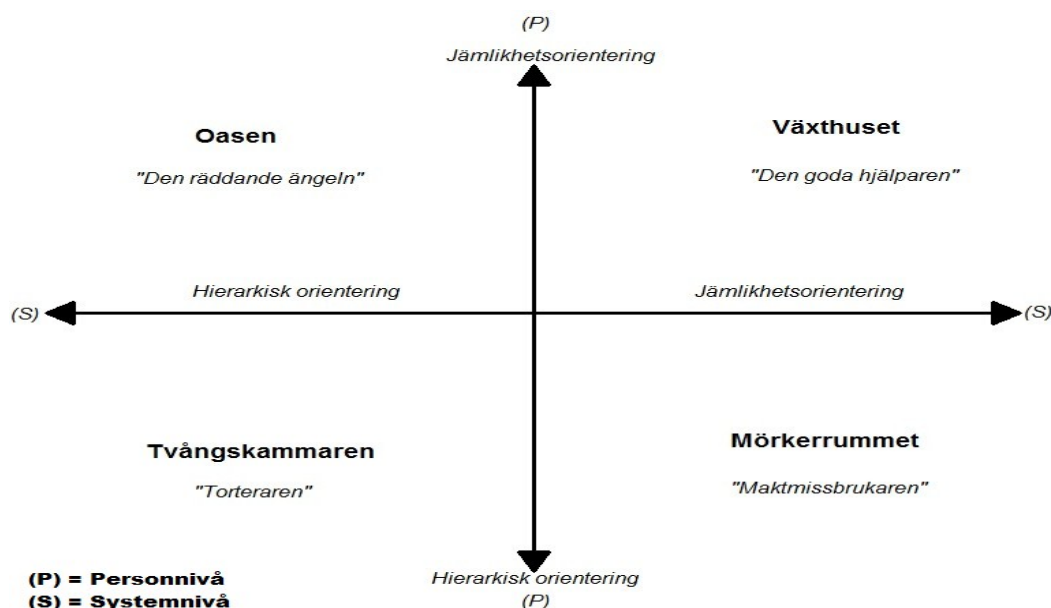
Utifrån Järvinen och Mik- Meyers (2003) resonemang blir missbruksbehandling en av samhällets lösningar för den grupp som betecknas som missbrukare. Följden av att benämna människor som missbrukare är att göra dessa till representanter för en problematisk samhällsgrupp som ännu inte är under samhällets kontroll. Behandlingsprogram är, enligt Järvinen och Mik- Meyer (2003), ytterst normativa och förstärker samhällets kategoriseringar av personer med en missbruksproblematik. Förstärkningen sker genom att behandlingsprogram arbetar utifrån förutfattade uppfattningar om hur specifika klienttyper som missbrukare är. Detta leder till, menar Järvinen och Mik- Meyer (2003), ett arbetssätt där personer med en rad olika problem förs in under en och samma kategori. En person som dricker för mycket alkohol och erfar tydliga konsekvenser av detta såsom hemlöshet eller kriminalitet kan få beteckningen alkoholmissbrukare och behandlas för sitt missbruk. En lösning blir att till varje pris försöka normalisera okontrollerbara personer så att de blir kontrollbara för samhället. Enligt Järvinen ges individen en problemidentitet eftersom denne är klient. Att ge klienten en problemidentitet som missbrukare gör arbetet enklare för behandlaren, då missbruket blir huvudproblemet och inte andra tänkbara problem som behandlaren inte nödvändigtvis har kompetens att behandla.

Järvinen (2003) tar upp frågan om en missbruksbehandling ska kunna förstå sig på klientens problematik? Ett sätt att göra detta är att bedöma huruvida klienten är omotiverad eller frivilligt inställd till behandling. En klient som motsätter sig påståendet att den har missbruksproblem betraktas som omotiverad, eftersom klienten då anses sakna självinsikt om sitt missbruk. Lyckas behandlarna inom behandlingen få klienten att följa behandlingsstrukturen och behandlingsideologin bedöms klienten delta i behandlingen som frivillig och får därmed en probleidentitet som är möjlig att behandla.

4.4 Kontroll eller en frivillig hjälp?

Enligt Skau (2007) finns det ett spänningsförhållande mellan kontroll och frivillighet. Detta spänningsförhållande går att finna på två olika nivåer; en övre och en undre nivå. Den övre nivån är systemnivån med hela behandlingen och dess regler, normer, makt och kontrollmedel. Dessa faktorer bestämmer ramarna för en behandling, alltså vad som kan göras och inte kan göras i behandlingen. Ramarna för olika missbruksbehandlingar kan skilja sig åt beroende på vad för uppfattning behandlingen har om missbrukets natur. Det innebär också att ramarna för en organisation inte enbart kan kontrollera klienten utan även i sin tur kan kontrollera behandlaren och vad denne kan och inte kan göra. På den undre nivån, som är personnivån, sker interagerandet mellan klient och behandlare. Interagerandet på den undre nivån står inte helt fri ifrån ramarna på den övre nivån; systemnivån. Förhållandet mellan klient och behandlare är inte styrt av ramarnas utformning, utan relationen kan påverkas av vilken position behandlaren har inom det givna behandlingsprogrammet. Beroende på hur strikt behandlingsstrukturen är minskar möjligheterna för en behandlare att hjälpa en klient inom behandlingen. Skau (2007) kopplar sin tankegång om vad som är avgörande för kontrollen och frivilligheten i ett system till de aktörer som verkar inom systemet. Hur strikt systemet än är, kan alltså behandlare ändå påverka behandlingens innehåll

och utförande.



Skau illustrerar förhållandet mellan person- och systemnivå med sin fyrrumsfigur. Dessa två nivåers samverkan har en betydelse i hur exempelvis ett behandlingshem och behandlare uppfattas (Skau 2007:75)

Järvinen och Mik-Meyer (2003) och Järvinen (2008) anser däremot att klienten inte kan få någon påtaglig hjälp av organisationerna om dessa utövar kontroll över sina klienter. Relationen mellan behandlaren och klienten är inte jämbördig utan med ett maktövertag genom sin utbildning och regler har behandlaren övertaget. Att avgöra vad som kan vara rätt och fel ligger därmed inte i första hand hos missbrukaren utan det blir behandlarens bedömning. Regler och förordningar syftar enbart till att underlätta arbetet för behandlarna och utgår inte ifrån klientens egentliga behov. Järvinen (2003) förespråkar att behandlaren bör arbeta utifrån det sätt klienten önskar och inte enligt en förutbestämd behandlingsideologi.

Både Järvinen och Mik-Meyer (2003) och Skau (2007) är eniga om att kontroll, oavsett om den sker genom utformningar av problemlidentiteter eller genom icke-flexibla regler och förordningar, egentligen står i bjärt kontrast mot ambitionen att hjälpa en

missbrukare till ett bättre liv. Skau (2007) invänder ändå samtidigt mot synen om att klienten inte kan få någon hjälp inom en kontrollerande organisation och menar att behandlaren faktiskt kan agera till klientens fördel i olika situationer. Järvinen och Mik-Meyer (2003) delar Skaus (2007) åsikt om att behandlaren i själva verket har en potential att hjälpa en klient inom ett kontrollerande system men enbart marginellt

5 Metod

5.1 Val av metod och urval

En kvalitativ metod är användbar för vår undersökning eftersom syftet med vår uppsats är att utifrån behandlarens perspektiv undersöka vilken roll kontroll och frivillighet har inom missbruksbehandling. Den kvalitativa metoden kan, enligt Bryman (2008), ge en oss en mer ingående och djupare förståelse, jämfört med en kvantitativ metod. Vi utgick ifrån semistrukturerade intervjuer med öppna frågor, vilket innebär att respondenten fick en möjlighet att själv välja hur svaret kunde formuleras. Bryman (2008) anser att fördelen med semistrukturerad intervju är att den ger utrymme för följdfrågor som kunde uppkomma under intervjuerna. Då vår intervjuguide (se Bilaga 1) utgick ifrån övergripande teman fanns det en fara i att respondenterna lämnade ämnet under intervjuerna. Genom att ställa relevanta följdfrågor kunde vi styra respondenten tillbaka när denne lämnade ämnet för våra frågor. Vi är i efterhand medvetna om att en del frågor i vår intervjuguide (se Bilaga 1) är av ledande karaktär. Frågor av ledande karaktär kan, enligt Bryman (2008), motivera respondenten att svara på ett visst sätt och eventuellt kan respondenten känna en form av påtryckning att svara på ett visst sätt. På samma gång kan svarspersonen motsätta sig att låta sig bli ledd i en viss riktning och ändå svara som den vill.

Vi har valt ett målinriktat urval då vi ville söka respondenter som vi tror kunde bidra till att besvara våra frågeställningar och uppnå vårt syfte. Ett målinriktat urval innebär att ta respondenter utifrån en viss grupp som kan representera en större grupp med liknande tillhörighet. Det innebär att vi har intervjuat sex missbruksbehandlare, vilket

är den yrkesgrupp som var relevant för att besvara frågeställningar och syfte. Dessa sex missbruksbehandlare fann vi inom två behandlingsmodeller, miljöterapibehandling och tolvstegsbehandling. Tre av dessa var miljöterapibehandlare och tre var tolvstegsbehandlare. Vi uppfyllde då vår målsättning att intervjua lika många behandlare från respektive behandlingsmodell (Bryman 2008), trots att vi egentligen skulle vilja ha fler respondenter för att få ytterligare tillförlitliga resultat.

5.2 Etik och genomförande

Vi har i uppsatsen och under intervjuerna följt de fyra huvudprinciperna som anges i vetenskapsrådets forskningsetiska principer; informationskravet samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapliga rådets forskningsprinciper 2012). Vi inledde vår kontakt med respondenterna via telefon eller e-mail där vi förklarade vårt syfte med intervjuerna och hur dessa intervjuer och uppsatsarbetet var upplagt. Under kontakten med respondenterna förklarade vi avsikten med undersökningen och vilka moment som ingick, samt att deras medverkan var frivillig och helt anonym. Vi berättade även att intervjun skulle spelas in som ljudinspelning med en diktafon för senare transkribering och kodning. De medverkande har erbjudits möjlighet att få ta del av både ljudfil och transkriberat material. Vi upprepade informationen först gången via e-mail eller telefon vid den första kontakten och därefter inför varje intervju. På detta sätt har vi uppfyllt informationskravet.

Vi påpekade att den information som respondenten lämnar kommer att behandlas anonymt enligt konfidentialitetskravet. Vi informerade respondenterna att vi har tystnadsplikt och inte för vidare vem vi har intervjuat och var intervjuerna skett. All empiri, i form av inspelade ljudfiler och transkriberat material kommer endast att finnas i våra personliga datorer och på våra personliga nätkonton. Materialet som vi samlat in kommer endast att användas för denna uppsats, för transkribering, kodning och analys. Efter uppsatsens godkännande kommer det transkriberade och inspelade materialet att raderas från våra personliga datorers hårddiskar och webbkonton. Därmed har vi uppfyllt den etiska principen om nyttjandekravet.

Slutligen informerade vi respondenterna om att deras medverkan är helt frivillig och de kunde avbryta intervjun eller inte svara på specifika frågor eller avbryta medverkan i uppsatsen när de så önskar. Vilde de i efterhand att delar av eller hela intervju-materialet skulle strykas så uppgav vi att de även hade full frihet till detta, varvid de skulle meddela oss och vi skulle i så fall radera materialet. Slutligen tillfrågades respondenterna både i första kontakten och på plats inför intervjuerna om de utifrån den information vi hade uppgivet samtyckte till att medverka i intervjun för vår uppsats. Med detta uppfyllde vi den etiska principen om samtycke (Bryman 2008, Vetenskapsrådets forskningsetiska principer 2012).

Fem intervjuer genomfördes i behandlingsprogrammets lokaler där respektive behandlare arbetade, medan en av intervjuerna hölls via telefon med inspelningsapparat. Varje intervju pågick i ungefär i fyrtiofem minuter och alla intervjuer spelades in med diktafon. De frågorna vi ställde till respondenterna var alla formulerade huvudfrågor ur vår intervjuguide, men följdfrågorna kunde variera beroende på hur respektive behandlare svarade.

5.3 Transkribering och kodning

Efter varje intervjutillfälle transkriberade vi det inspelade materialet gemensamt. En fördel som vi uppmärksammade under transkriberingsprocessen var att vi ännu en gång fick ta del av vad respondenterna skildrat under intervjuerna. Vi kunde på så vis minska risken för missförstånd eller att vi skulle glömma respondenternas utsagor (Bryman 2008). När vi sedan skulle skapa koder utifrån transkriberingsmaterialet, fick vi återigen ta del av vad respondenterna uppgivit. I vår intervjuguide utgick vi från tre huvudteman som var missbruk, frivillighet och kontroll. Våra teman inordnades sedan i kodningen, där mer specifika koder utformades. Koder från materialet var exempelvis motivation, missbruk utifrån behandlarna och lösningar för drogfrihet. Vi sammanställde sedan rubriker utifrån behandlarnas svar i respektive kod, vilket gjorde jämförandet mellan behandlarna enklare. Denna metod gjorde det överblickbart för oss att se skillnader och likheter mellan och inom de två behandlingsprogrammen (Jönson 2010).

5.4 Samarbete

Vi har under arbetets gång både arbetat tillsammans och enskilt. Vi har haft kontinuerliga träffar samt haft en tät telefonkontakt. Vi har tillsammans hjälpts åt att hitta intervjupersoner som har varit villiga att delta i vår undersökning. Vår intervjuguide har vi sammanställt tillsammans och när det kommer till själva intervjuerna har vi deltagit båda två, förutom vid två tillfällen där endast en av oss hållit intervjuer på egen hand. När det kommer till litteratur och tidigare forskning har detta enskilt sökts upp och valts ut för att sedan läsas och godkännas av oss båda.

5.5 Reliabilitet och validitet

Reliabilitet och validitet är två begrepp som syftar till att öka kvalitén på ett vetenskapligt arbete (Bryman 2008). Reliabilitet innebär att en undersökning ska kunna upprepas i all väsentlighet och samma resultat ska kunna uppnås oberoende av vem som utför undersökningen. Utifrån intervjuerna med miljöterapi- och tolvstegsbehandlarna, är det svårt att avgöra om samma resultat kan erhållas i en liknande undersökning. Bryman menar på så sätt att en viss social miljö eller situation inte kan återskapas exakt, utan att svaren kan variera beroende på kontexten kring intervjuerna. För oss innebär det att reliabilitet i någon mån minskar.

Validitet innebär att vi mäter det i vår undersökning som vi i syftet och frågeställning har formulerat att vi skall besvara (Bryman 2008). Frågor till respondenterna som har ställts utifrån en intervjuguide har formulerats med utgångspunkt i uppsatsens syfte och frågeställningar. Våra intervjuer genomfördes med båda författarna närvarande, förutom två intervjuer som utfördes enskilt. Alla intervjuer har spelats in på diktafon och därefter transkriberats och kodats. Genom att både transkribera och koda tillsammans diskuterade vi fram hur vi skulle tolka det transkriberade materialet. För oss blir därför materialet från intervjuerna och tolkningen av detta avgörande för validiteten. Då vi använde oss utav semistrukturerad intervju med öppna frågor menar vi att en viss validitet i uppsatsen har erhållits. Genom att använda öppna frågor tillåts respondenterna svara fritt och blir därigenom inte allt för styrda. Vi kan även undvika att respondenten lämnar ämnet genom att ställa följdfrågor. Genom att ha valt en teori

som utgår ifrån behandlares roll kan vi knyta teorin med materialet från intervjuerna. Vi anser därför att vi i intervjuerna fått svar som handlar om just det vi ville undersöka och att validiteten i vår undersökning därmed enligt oss tillfredställande.

Begreppet transparens innebär att arbetets olika delar är tillgängliga för utomstående som vill granska materialet och arbetsprocessen. En vetenskaplig undersökning bör ha hög genomskinlighet, det vill säga transparens. Vi har försökt visa transparensen genom att noga beskriva hur intervjuerna, transkribering och kodning har genomförts i vår uppsats (Ahrne & Svensson 2011, Bryman 2008). Genom vårt urval valde vi att intervjua behandlare som är verksamma både på behandling utan boende och med boende för klienterna. Anledningen till att vi valde detta var för att kunna göra en jämförelse mellan behandlingsmodellerna. Miljöterapi utgår nästan enbart från långa institutionsbehandlingar, vilket tolvstegsprogrammet sällan gör. Hur behandlingen är utformad kan vara intressant att diskutera utifrån generaliserbarhet, men inte nödvändigtvis utifrån vårt syfte. Syftet med vår uppsats är att utifrån behandlarens perspektiv undersöka vilken roll kontroll och frivillighet har inom missbruksbehandling. Det är huvudsakligen inte hur behandlingarna är utformade, som är vi vill undersöka. Generaliserbarhet används inom forskning för att avgöra trovärdigheten i ett vetenskapligt arbete i förhållande till om undersökningens resultat kan gälla för större grupper, som i vårt fall är missbruksbehandlare. På grund av att antalet intervjuer är sex till antalet menar vi att generaliserbarheten i vår undersökning är begränsad (Ahrne & Svensson 2011).

6. Analys

6.1 Redovisning av materialet

Vi kommer nu att redovisa och diskutera de svar som vi fått fram genom våra intervjuer och analysera det materialet utifrån våra teoretiska utgångspunkter och viss tidigare forskning. Intervjupersonernas uttalanden kommer nedan att delvis redovisas som citat och delvis återges i sammanfattad form. Under varje citat markerar vi vilken respondent som citat tillhör. Miljöterapibehandlarna benämns som M1, M2, M3 och tolvstegsbehandlarna som T1, T2, T3.

6.2 Två uppfattningar om avvikelse

För att kunna analysera aspekterna kontroll och frivillighet inom missbruksbehandling är behandlingsideologins förklaringar av missbruk en grundläggande utgångspunkt. I den förklaringen ligger den ideologiska uppfattningen om orsaken till missbruket och hur det ska behandlas (Palm 2003).

Enligt miljöterapi finns det generella orsaker på varför en person blir missbrukare vilket i hög grad beror på sociala faktorer:

”Ja, det kan handla om problem med uppväxten, kognitiva svårigheter eller olika typer av problematik med att kanske smälta in eller uppnå dom mål man själv har i livet. Så att, uppväxtproblem är en stor del kan jag tänka mig, som sagt de här kognitiva bitarna, så att det blir en slags självmedicinering att kunna hantera situationer när social stress eller kunna koncentrera sig eller kunna finna lugn i stressade situationer”. M3

Miljöterapibehandlarna fokuserar överlag på en missbrukares livsmönster och inte alls i samma utsträckning på drogens betydelse och hur den påverkar beteenden. Behandlarna inom miljöterapi menar att missbrukare för en destruktiv livsstil. Det är alltså den sociala miljön och händelser kring en person som leder till att denne blir en missbrukare. Miljöterapibehandlarnas uppfattning bygger på en psykologisk teori-

grund där missbrukare ses som personer som blivit psykiskt påfrestade. Kognitiva svårigheter kan även vara av betydelse för att ett missbruk kan utvecklas. Behandlaren i citatet ovan påpekar också detta som ett argument för att missbruk av droger blir en självmedicinering för exempelvis psykiska problem.

Tolvstegsbehandlarna använder inte begreppet missbruk på samma sätt som inom miljöterapi, utan använder sig istället av begreppet beroende. Tolvstegsbehandlarna har mer precisa uppfattningar om beroendets orsaker:

”Dricker du fast du inte vill? Svarar man ja på den, ja det händer att jag blir full vid fel tillfällen, jag dricker mer än jag borde, och jag kan lova mig själv att på morgonen idag ska jag inte dricka, men ändå gör det, så har du svaret där, va.” T1

Tolvstegsbehandlarna som vi har intervjuat anser att både sociala och genetiska faktorer kan samspela för att senare utvecklas till ett beroende. Först när personen förlorat sin eventuella förmåga att kontrollera sitt intag av drogen menar tolvstegsbehandlarna att ett beroende har utvecklats. Dessutom anser tolvstegsbehandlarna att en persons maktlöshet inför drogen är avgörande för när drogen tagit över personen. Detta beroende kan liknas vid en sjukdom, vilket också tolvstegsbehandlaren framför i citatet ovan.

Svensson (2007) och Meeuwisse (2007) beskriver att det finns olika former av normalitet inom samhället och att missbrukaren genom att utveckla missbruk blir en avvikare från normaliteten. Samtidigt finns det en variation inom det avvikande. I intervjumaterialet går det att tolka en variation i förklarings sättet till hur missbruk kan förstås. I miljöterapi så anses avvikelser hos missbrukare ligga främst i en destruktiv livsstil, medan avvikelser enligt tolvstegsprogrammet ligger i att missbruk betraktas som en sjukdom. Dessa synsätt bestämmer alltså synen på förändringsprocessen från normal till onormal, alltså från icke -missbrukare till missbrukare. Behandlarnas olika uppfattningar angående förändringsprocessen, inom respektive behandlingsideologi, blir viktiga för våra slutsatser, då de speglar behandlarnas uppfattning om kontroll och frivillighet inom behandlingen.

Genom förändringsprocessen från normal till missbrukare har en identitet skapats som avvikare. Utifrån Järvinen och Mik-Meyers (2003) påstående om betydelsen för samhället av att skapa problemidentiteter blir de två behandlingsideologierna i viss mån lika varandra. Miljöterapibehandlarna använder sig av definitionen missbrukare medan tolvstegsbehandlarna istället väljer att tala om beroende, för att definiera den avvikande.

Miljöterapibehandlarnas beskrivning av missbrukare kan uppfattas som mer flytande än tolvstegsprogrammet, eftersom behandlare inom tolvstegsprogrammet påstår att beroendet faktiskt kan preciseras mer konkret genom en maktlöshet inför drogen. Miljöterapibehandlarna definierar missbruket utifrån någon mer otydlig form av trauma eller psykiskt åkomma, som kan ha flera bakomliggande orsaker. Genom att förklara missbruket och dess orsaker får de som gör denna definition en form av makt att bedöma och kontrollera vad som är missbruk och inte missbruk och hur behandling ska bedrivas. Järvinen och Mik-Meyer (2003) menar att definitionsskapandet blir en form av kontroll över klienter, då organisationen har ett tolkningsföreträde av vad som är huvudproblemet hos en klient.

6.3 Frigörelse från missbruk: en normaliseringsprocess

Missbruk kan ses som en avvikelse från samhällets rådande norm. Strävandet efter drogfrihet kan i sin tur uppfattas som en normaliseringsprocess, där missbrukaren närmar sig den rådande samhällsnormen, som är att inte missbruka. Trots skillnader mellan miljöterapi- och tolvstegsbehandlarnas uppfattning om missbruk, finns det en samstämmighet mellan dem att det är personens vilja och strävan mot ett bättre liv som utgör själva grunden för att bli drogfri.

”Ja, alltså, Jag tror att alla beroende, alltså, aktivt missbrukande har sitt kris alltså är villig och fortsätta och betala ett visst pris, men, och det enda man vet där är att priset är väldigt högt, alltså många super och knarkar bort familj och jobb och hela

baletten, men för vissa så är, dom är inte villiga att betala det priset för sitt missbruk och då gör dom en förändring, alltså.” T2

”Det är klart att de kan arbeta motiverande här också och det gör vi också till stor del, för att även om man har en önskan att vara här, och att det är frivilligt, då kan motivationen gå upp och ned från dag till dag., men jag tror att och menar att det måste finnas ett visst mått av egen önskan att komma hit och bli drogfri eller nykter. Annars blir det svårt.” M2

Båda behandlingsmodellerna betonar alltså missbrukarens egen vilja och motivation för att behandlingen skall få ett bra resultat. Behandlarna uppfattar klienten som motiverad när klienten visar engagemang och följer behandlingsstrukturen. Behandlaren har i sin bedömning av en klient en maktposition, då behandlaren värderar klienten som antingen motiverad eller omotiverad för behandlingen. Motiverade alternativt omotiverade klienter skapas för att underlätta arbetet för behandlaren inom behandlingen. En klient som inte identifierar sig med behandlingsideologin kan av behandlaren bedömas som omotiverad och uppfattas sakna självinsikt om sin missbrukssituation. Genom att utesluta omotiverade klienter stärks behandlarnas kontroll över behandlingsstruktur (Järvinen & Mik-Meyer 2003).

Tyngdpunkten inom båda behandlingsalternativen ligger sålunda på vilket sätt missbruket skall bekämpas och missbrukaren normaliseras, men metoderna kan se olika ut.

”Ja till att börja med då så utgår mycket från struktur och ett schema så att säga, att komma in en struktur är ju en stor del i våran verksamhet. Komma upp på morgonen så börjar jag hitta de här rutinerna, för de här olika, de här bitarna, det kan handla om allt, det kan handla om träning eller andra aktiviteter, så det på nått sätt den första delen.” M3

Miljöterapibehandlarnas normalisering av missbrukaren är omfattande vilket resulterar i att missbrukaren bör förändra hela sitt liv för att kunna bli drogfria. Miljöterapibehandlarna har alla nämnt vikten av att klienten snabbt kommer in i behandlingsstrukturen. Detta innebär till stor del att medverka i de vardagliga aktiviteterna. Skau (2007) menar att utifrån hur en klient sedan hanterar behandlingsaktiviteterna bedömer behandlarna hur det går i behandlingen för klienten. Genom att klienten lär sig tillämpa dessa regler under behandlarnas tillsyn sker en normalisering från klient till en icke- avvikande medborgare. Normaliseringen sker då klienten prövar sig fram inom strukturen tills ett enligt behandlarna godtagbart beteende är funnet (ibid.).

Hos tolvstegsbehandlarna sker normaliseringen istället genom att klienten primärt slutar ta drogen och sedan utbildas genom föredrag och arbetsuppgifter i grupp. Gruppdynamiken inom tolvstegsbehandlingen är en viktig del inom behandlingsprocessen, där behandlare och klienter konfronterar andra klienters agerande.

“Vi köper ingen bullshit. Du kan inte ställa dig utanför. Det går inte, utan det går inte att vara speciell på något sätt, utan du sugts in i den här dynamiken.” T3

Tolvstegsbehandlarna menar att betydelsen av total drogfrihet är viktig och en aktiv medverkan i gruppdynamik är en förutsättning för att kunna normaliseras. En sådan medverkan kan vara att missbrukaren anpassar sig till behandlingsgruppens förhållningssätt och de värderingar som råder inom behandlingen. Accepterandet av beroendet som en sjukdom och att därmed bli en del av gruppen som godtar det gemensamma sjukdomsbegreppet kan vara ett exempel på missbrukarens anpassning inom behandlingen. Järvinen (2003) kritiserar denna normaliseringsmetod och menar att klienter inom tolvstegsprogram genomgår en tvångsmässig självkonstruktion i igenkännandet och accepterandet av missbruket som en sjukdom. I klientens igenkännande av sjukdomsbegreppet blir klienten inlörd i sin roll som beroende och därmed lätthanterligare att kontrollera för behandlaren, menar Järvinen (2003)

Med stöd i Järvinen (2003) kan detta tolkas som att båda behandlingsideologierna försöker normalisera klienten till ett liv utan missbruk, samtidigt som de vill anpassa klienten för behandlingsmodellen. Tillvägagångssätten skiljer sig åt beroende på vilken behandlingsideologi som råder. Behandlarna inom både miljöterapi och tolvstegsbehandling, tolkar vi utifrån vårt intervjumaterial, har uppfattningen att hur väl normaliserad en klient är beror på hur tydligt engagerad och motiverad klienten är inom behandlingen, vilket bekräftar Järvinens (2003) resonemang. Bedömningen av detta ligger hos behandlarna eftersom det är de som har kontrollen över klienten

Möjligheten för klienterna att skriva ut sig själv, avvika eller lämna behandlingen finns, men många väljer att stanna kvar inom behandlingen. Anledningen till detta kan, som vi tidigare har nämnt, vara olika påtryckningsfaktorer. Att familj, arbetsgivare, socialtjänst och kriminalvård pressar klienter att stanna i behandling är viktigt att nämna, eftersom detta kan påverka klienternas val att stanna i behandling. Möjligheten för klienten att lämna behandlingen är för många inte något egentligt alternativ, eftersom konsekvenserna då kan bli för stora (Storbjörk 2012).

“... vissa kommer hit för att de vill träffa sina barn, vissa kommer hit för att deras enda väg... till att liksom få en lägenhet det är att faktiskt göra nån behandling, bli drogfri. Det finns ju inte en socialtjänst som ger nån av dem in i boendetrappan om man sitter och pundrar hela dagarna. Så krasst är det ju.” M1

6.4 Strukturens betydelse för relationen mellan behandlaren och klienten.

Med struktur förstås de grundläggande ramar som behandlingsprogrammen är byggda på. Behandlingsstrukturen består av både regler och normer, som får betydelse inom behandlingens arbetssätt i relationen mellan behandlare och klient.

Behandlarna inom miljöterapi anser att strukturen inom deras behandlingar har ett

flertal regler, men att individuella anpassningar förekommer:

”Där är det viktigt för dom, att vi kan visa nånstans, att vi har regler, men vi kan göra undantag på dem, för Calles bästa, så det inte blir, alltså det lättaste som finns egentligen, i vilken institution man än har är att ha ett antal regler och sen kör man stenhårt på dom och gör inga undantag också ger du alla konsekvenser som bryter mot dem. Alltså det är det absolut lättaste sättet att ha en behandling, men det är också det sämsta” M1

Behandlarna inom miljöterapi förklarar att de lägger stor vikt på en jämställd relation mellan behandlare och klient. Syftet är att klienten behöver tränas att fungera på ett socialt accepterat sätt. Behandlarna hävdar att en stel behandlingsstruktur med hög kontroll över klienten varken ger motivation eller hjälp, eftersom den minskar klienternas personliga utveckling. Kontroll av klienter genom orubbliga regler är tvärtom något som passiviserar och skadar klienten och därför görs individuella anpassningar till klienten, för att stärka klientens personliga utveckling. Det finns dock olika uppfattningar hos miljöterapibehandlarna om det skall göras några individuella anpassningar för klienter. En miljöterapibehandlare menar att allt för stor individuell anpassning kan leda till särbehandling av enskilda klienter, vilket kan missgynna klientgruppen då det uppfattas som orättvist. Tolvstegsbehandlarna menar att klienten kan finna ett stöd i fasta regler. Att sträva efter att behandla alla lika är en nödvändighet för att upprätthålla en rättvisa mellan klienter. Mellan denna miljöterapibehandlare och samtliga tolvstegsbehandlare förefaller det alltså finnas en likhet gällande att klienter skall behandlas lika.

Lika behandling och fast struktur har även som funktion i att säkra behandlingens överlevnad.

“Släpper man lillfingret någonstans så rycker hela armen. Och då har man bara gjort problem för sig själv som behandlare för att då blir det jättejobbigt. Då kommer alla och ska ha sin egen behandling och då tappar man strukturen helt.” T3

Ett sätt att tolka tolvstegsbehandlarnas uppfattning om fast struktur bygger på att kunna kontrollera destruktiva krafter som finns inom klienterna, exempelvis de som driver klienterna att börja droga igen. En konsekvens kan dock bli att klienter som inte anpassar sig inom behandlingsstrukturen inte kan tillåtas medverka inom behandlingen alls.

Precis som inom miljöterapi finns det även inom tolvstegsbehandlingarna en variation i uppfattningar om vad som tillåts inom behandlingsstrukturen. En tolvstegsbehandlare berättar i intervjun att de hade en klient som inte följde strukturen på det förväntade sättet, men klienten blev istället erbjuden psykoterapi inom verksamheten istället för att bli utskriven från behandlingsprogrammet. Betydelsen av struktur för alla tolvstegsprogram skulle kunna uppfattas som ett medel för att behålla kontrollen över klienterna och inte i första hand för den enskilde klientens hjälp. Järvinen och Mik-Meyers (2003) påstående om kontrollens funktion inom behandling som enbart någonting negativt stämmer emellertid inte med tolvstegsbehandlarnas åsikter. De hävdar tvärt emot kontrollens nödvändighet för att inte tappa bort behandlingssyftet, som är total drogfrihet.

Vi tolkar det mindre strikta kontrollinslaget som finns inom miljöterapi är kopplat till den bredare förklaringen av missbruk som miljöterapi har. Klienten behöver inte uttala missbruket som sitt huvudproblem utan kan även delta inom miljöterapi-behandling med andra problem, vilket kan vara hemlöshet eller kriminalitet. Strukturens gränser blir därför mer flytande inom miljöterapi än inom tolvstegsprogrammet. Vad beträffar tolvstegsbehandlingen, tolkar vi det mer strikta kontrollinslaget att vara kopplat till den mer enhetligare tolkningen av hur tolvstegsbehandlarna beskriver missbruket som ett beroende i personen. Fokuset på gruppaktiviteter inom tolvstegsbehandlingen är tydligt och det är främst i dessa som normaliseringen sker från aktiv missbrukare till nykter missbrukare. Syftet med behandlingsstrukturen är att skapa en

stabil grund inom behandlingen för klienten för att denne ska kunna ta till sig behandlingens innehåll.

”Så därför är tolvstegsprogrammet egentligen en väldigt liten fyrkantig låda. Det är ju det vi ger dom från början, en liten liten fyrkantig låda, som bara är komprimerad med struktur. Där det ges inte så mycket utrymme initialt och ta ut svängar åt vare sig det ena eller andra.” T3

Syftet med kontroll blir på det viset att stabilisera, så att gruppen kan normaliseras. Till skillnad från miljöterapi tolkar vi att tolvstegsbehandlarna understryker beroendet som den grundläggande orsaken till problemet. En klient som känner sig beroende matchar därför behandlingens syn på vad som definieras som ett problem. Gör klienten detta får den möjligheten att ta emot hjälp från tolvstegsbehandlarna (Järvinen & Mik-Meyer 2003).

I behandlarrollen ingår att bedöma om vad som är korrekt och inkorrekt. Därmed har behandlaren ett tolkningsföreträde och kontroll över klienten (Järvinen & Mik-Meyer 2003; Järvinen 2008; Skau 2007). Skau och forskarparet Järvinen och Mik-Meyers åsikter går isär i frågan om det verkligen går att hjälpa en klient där relationen mellan behandlaren och klienten är ojäm. Enligt Järvinen och Mik-Meyer (2003) kan klienten då inte tillgodogöra sig behandlingen i någon verklig mening. Resultatet av behandlarnas maktställning leder istället till att klienten anpassas efter behandlingen snarare än livet efter behandlingen. Skau (2007) menar att det inte går att komma ifrån ojämlikhet mellan behandlaren och klienten men att detta glapp kan minskas. En behandlare som strävar efter jämlikhet kan på så vis ändå hjälpa en klient trots kontrollen som denne utsätts för (ibid.).

Järvinen och Mik-Meyer (2003) anser att klienten inte är helt maktlös i sin relation gentemot behandlingen eller behandlingsstrukturen, eftersom klientens egen livshållning och samlade livserfarenhet kan spela en roll för hur den förhåller sig inom behandlingen. Vem klienten är, och hur väl den kan föra sin egen talan, kan påverka klientens möjligheter. Skau (2007) menar att vilken eller vilka behandlare som verkar

inom behandlingen måste nödvändigtvis även påverka hur självständigt en klient kan agera inom behandlingen.

6.5 Drogtester: Kontroll eller hjälp?

Alla behandlare vi har intervjuat har uppgivit att de både rutinmässigt och slumpmässigt drogtester klienter inom deras behandlingar. Behandlarna hävdar att ändamålet med drogtesterna är att säkerställa behandlingens drogfrihet. Drogtesternas funktion är således intressant för oss att analysera, eftersom de utgör ett minimum av kontroll inom en behandling. Drogtester är inte perfekta utan kan ge felaktiga resultat och de går att manipulera av klienten. Därför blir funktion som ett objektiva kontrollinslag något tvivelaktigt.

“Är man påverkad här får man också gå, men man har större chans att komma tillbaka inom samma behandling, det behöver inte betyda en utskrivning, men man får gå ut härifrån...[---]...Sen har vi ett möte med killen som gått.” M1

“Det vill vi ju gärna se som en hjälp, så att dom använder det som ett redskap för att hålla sig borta från droger. Men det är också en nivå kontrollfunktioner som krävs många socialförvaltningar för att placera, då vill dom veta att vi kollar.” M2

Ett sätt att tolka drogtesterna inom miljöterapi är att de har en tvetydig funktion. Detta kan visa sig genom att miljöterapibehandlarna anger flera orsaker till varför de använder drogtester men att dessa orsaker pekar åt olika håll. Ett syfte med drogtesterna är enligt miljöterapibehandlarna är att avskräcka klienterna inom behandlingen från att använda droger. Samtidigt menar en annan miljöterapibehandlare att syftet med drogtesterna är att säkerställa en drogfri behandling eftersom det är ett krav från socialförvaltningen, för att behandlingen ska kunna få klienter och därigenom existera.

Drogtesterna kan tyda på ett inslag av kontroll eftersom det inom miljöterapi kan utdelas sanktioner om någon bryter mot behandlingens drogfrihet. Konsekvensen kan bli att klienten eventuellt skrivs ut från behandlingen eller får börja om igen från början. Kontrollen kan uppfattas som en social kontroll eftersom miljöterapins klienter kommer till behandlingshemmet på socialförvaltningens uppdrag (Storbjörk 2012; Wild et al. 2006). Uppdraget att bedriva behandling innebär att behandlingsprogrammet ska följa socialförvaltningens krav på en drogfri behandling vilken säkerställs genom drogtester. Drogtesterna kan därför eventuellt förstås som ett ideologiskt kontrollredskap för att föra en linje om total drogfrihet, även inom en behandling som miljöterapi som har en tämligen flexibel behandlingsstruktur. Järvinen och Mik-Meyer (2003) hävdar att behandlare såsom miljöterapibehandlaren ovan blir kontrollerad i sitt behandlingsarbete för att kontrollera klienterna.

Tolvstegsbehandlarna å andra sidan påpekar en distinkt funktion med drogtesterna:

”Dom tycker det är rätt naturligt och dom gillar det här kontrollsystemet därför att det garanterar också deras säkerhet, att alla är drogfria, att alla är med i behandlingen, slipper splittring liksom.” T1

Drogtesternas funktion kan tolkas som mer entydig hos tolvstegsbehandlarna än hos miljöterapibehandlarna. Hos tolvstegsbehandlarna används drogtesterna grundat på ståndpunkten att en hög kontroll inom behandlingen leder till att klienterna i större utsträckning blir hjälpta att hålla sig drogfria. Konsekvensen om en klient ertappas med att vara påverkad kan leda till en omedelbar utskrivning från behandlingen. Vidare är syftet med drogtesterna även att motivera klienterna till nykterhet och drogfrihet och därigenom att hjälpa dem att på ett bra sätt kunna genomföra behandlingen. Drogtesterna inom tolvstegsbehandlingarna verkar alltså både som en hjälp till nykterhet och som motivation för klienten menar tolvstegsbehandlarna. Syftet med kontroll och drogtester förefaller klarare uttryckt hos tolvstegsbehandlarna än hos miljöterapibehandlarna. Järvinen och Mik-Meyer (2003) påpekar att problemet med drogtester kan bli att de klienter straffas ut som har extra svårt att hålla sig drogfria vilket förmodligen var anledningen till att de sökte behandling (Järvinen & Mik-Meyer

2003). En tolkning av detta kan vara att det för tolvstegsbehandlarna blir det viktigare att behålla kontrollen över behandlingsprogrammets struktur än att hålla kvar klienter i behandlingen. Meningarna går isär mellan behandlarna inom båda miljöterapi och tolvstegsbehandling om drogtesterna är till någon hjälp för klienten. Av tolvstegsbehandlarna benämns drogtesterna som närmast ett behandlingsinslag vilket är en koppling som inte miljöterapibehandlarna gör.

7 Sammanfattning & Diskussion

7.1 Sammanfattning

I detta kapitel kommer vi att sammanfatta vår uppsats utifrån vårt syfte, frågeställningar och analys. Syftet med vår uppsats är att utifrån behandlarens perspektiv undersöka vilken roll kontroll och frivillighet har inom missbruksbehandling. För att besvara detta har vi använt oss av tre frågeställningar. För att underlätta för läsaren återger vi uppsatsens frågeställningar. De två första frågeställningen var: Hur uppfattar behandlarna kontroll och frivillighet inom sina respektive behandlingsmodeller? Vilka likheter och skillnader går det att identifiera mellan behandlingsmodellerna utifrån hur behandlaren uppfattar aspekterna kontroll och frivillighet?

Den tydligaste skillnaden mellan miljöterapi och tolvstegsprogrammet finns i frågan på vilket sätt kontrollen uttrycker sig inom missbruksbehandlingen.

Tolvstegsbehandlarna tenderar att beskriva missbrukaren som en slav under beroendet och i behov av strikt kontroll inom behandlingen. Miljöterapi går i riktning mot en mer sammansatt bild av missbrukarens identitet och har en kritisk framtoning vad gäller kontrollens betydelse inom behandling.

En påtaglig likhet mellan miljöterapi och tolvstegsprogrammet är uppfattningen om frivillighet. Behandlarna i miljöterapi anser att frivilligheten inom deras behandling bygger på att en klient är motiverad. En motiverad klient förefaller vara en klient som

är aktiv, engagerad och därigenom följer behandlingsideologin. Vad en klient kan ha som mål för att betecknas som motiverad för behandling förefaller vara ganska öppet, så länge det är något som leder bort från missbrukarlivet. Tolvstegsbehandlarna menar också att frivillighet är viktigt, men att frivilligheten bör bygga på en önskan att helt och hållet bli drogfri. Behandlarna inom tolvstegsprogrammet anser att en person som en gång har utvecklat ett beroende aldrig blir fri från det. Detta innebär att klientens egen vilja kan behöva åsidosättas för att behålla drogfriheten. Frivilligheten inom tolvstegsprogrammet bör alltså istället ligga i att inse att beroendet är obotligt och aktivt och engagerat följa behandlingsideologin.

Den tredje frågeställningen var: Hur uppfattas drogtesterna av behandlarna inom frivillig behandlingsvård?

Frågor om drogtestar väcker olikartade uppfattningar inom båda behandlingsmodellerna. Drogtesterna kan inom miljöterapi närmast uppfattas som motsägelsefulla, då de enligt miljöterapibehandlarna inte påstås vara hjälpande eller stärkande för klienten. Även om behandlarna inom miljöterapi medger att de utövar kontroll över sina klienter så anser de inte att kontrollfunktionen har betydelse för klientens behandling. Drogtesternas kontrollfunktion inom miljöterapi blir ett inslag som klienten får förhålla sig till, snarare än som att se dessa som ett aktivt inslag i behandlingen. Tolvstegsbehandlare som vi har intervjuat framställer kontrollen över sina klienter som någonting fördelaktigt för klientens behandling. Ändamålet med kontroll hos tolvstegsbehandlarna verkar vara att få klienten att hålla sig inom behandlingens struktur. Drogtesterna inom tolvstegsprogrammet blir en motiverande faktor och därmed ett sätt för klienten att visa att denne gör en bra behandling och är motiverad genom att vara drogfri.

7.2 Slutdiskussion

I analysen av vårt material har vi funnit att det råder ett samband mellan hur missbruk uppfattas och hur missbruksbehandlingen organiseras. Både miljöterapi och tolvstegsarbetet organiserar följaktligen arbetet med behandling efter hur de förstår sig på missbruk. De behandlare vi intervjuat har genom sina svar i huvudsak bekräftat att det finns grundläggande skillnader i attityder om kontroll och frivillighet beroende på vilken behandlingsmodell som behandlarna är verksamma inom. Samtidigt har det likväl framkommit att behandlarnas attityder inte alltid strikt följer de förväntade gränserna mellan de två behandlingsmodellerna, utan att deras personliga tolkningar och bedömningar kan närma sig varandra. Inflytandet av miljöterapi och tolvstegsprogrammet är betydande för behandlingsarbetet med klienterna men förefaller således inte nödvändigtvis vara avgörande. Sett ur respektive behandlingsideologi får kontroll och frivillighet en olikartad betydelse i en jämförelse mellan de båda behandlingsprogrammen. Samtidig finner vi även en olikartad uppfattning om kontrollen och frivillighetens betydelse hos behandlarna inom miljöterapi och tolvstegsbehandlingarna. Miljöterapi utgår från föreställningen att en missbrukares identitet går att förändra genom bättre förutsättningar i dennes sociala tillvaro. Inom miljöterapi blir kontrollens primära funktion således att få klienten följa behandlingens rutiner som i sin tur leder till en ökad förmåga att anpassa sig till samhället. Tolvstegsprogrammet tror inte att identiteten som beroende kan förändras mer än till en nykter alkoholist eller en drogfri narkoman eftersom beroendet alltid kommer att finnas kvar i personen. Kontrollen inom tolvstegsbehandlingen anser vi vara speciellt avsedd för att ge klienten en möjlighet att införliva den ideologi och erfarenhet som behandlarna förmedlar (Järvinen 2003).

Även om miljöterapi är mer tillåtande i sin struktur menar vi att den ändå är mer krävande i sin ideologi, eftersom strävan efter normaliseringen är mer omfattande. Enligt miljöterapibehandlarna är målet att leva ett helt annat liv där klienten inte längre är missbrukare, alltså näst intill en fullständig normalisering.

Tolvstegsprogrammet menar istället att målet bör ligga i att vara drogfri och att

omvandlas från alkoholist till nykter alkoholist och narkoman till drogfri narkoman. Detta är också en normalisering men vi anser inte den lika stark som inom miljöterapi (Svensson 2007; Meeuwissee 2007). Detta tror vi får följer i behandlingsarbetet, framförallt i det behandlingsinslag som innefattar kontroll. En person som alltid är beroende behöver därför ständigt konfronteras med detta, även om denna person under en längre period varit drogfri (Järvinen 2003).

Det kan även förklara varför synen på drogtester blir annorlunda mellan miljöterapi och tolvstegsprogrammet. Vi uppfattar den övergripande risken som miljöterapibehandlarna beskriver ligger i att bli kontrollanter eller översittare gentemot klienten. Detta skulle skada och passivisera klienterna och direkt motverka syftet att stärka klienternas förmåga att själva ta ansvar för en socialt strukturerat livsstil. Hos tolvstegsbehandlarna ligger i stället i risken i första hand i att förlora kontrollen över sitt behandlingsprogram till grund för olika kontrollerande inslag i behandlingen. Ur vårt material tycker vi oss förstå att en sådan kontrollförlust inom tolvstegsbehandlingarna skulle kunna betyda en fara för klienternas nykterhet och drogfrihet och därmed undergräva hela syftet med behandlingen. Vi tolkar sammantaget att detta leder till miljöterapiens mindre strikta form av behandling jämfört tolvstegsbehandlingen.

Vi menar med stöd i vår empiri att behandlarnas uppfattning om frivillighet baserar sig på hur väl klienten följer behandlingens ideologi. Detta är ett resultat som inte nödvändigtvis berättar sanningen om frivillighet inom behandlingsvård, eftersom våra slutsatser bygger på behandlarnas beskrivningar av hur de upplever frivillighet. För att kunna göra ett försök till att förstå frivillighet inom behandlingsprogram skulle det troligen behöva genomföras klientintervjuer. Vidare är vårt teorival inte fokuserat på personer utan på organisationer. Dessa teorier har en ganska kritisk bild på hur klienter behandlas inom organisationer och därför blir vårt perspektiv även kritiskt i analysdelen (Skau 2007; Järvinen & Mik-Meyer 2003). Skulle vi ha valt en annan teorigrund skulle möjligtvis våra resultat ha varit annorlunda.

Avslutningsvis vill vi framhålla att de generella skillnaderna mellan de två behandlingsprogrammen inte alls utesluter likheter. Variationen som finns inom behandlingsprogrammen kan gälla synen på vilka anpassningar och undantag i behandlingsstrukturen som tillåts av behandlarna. Exempelvis har vi erfarit att miljöterapibehandlare kan ha samma uppfattning som tolvstegsbehandlare om att en konsekvent likabehandling av klienter är bättre än individuellt anpassad behandling. Samtidigt har vi även uppmärksammat det omvända, där tolvstegsbehandlare närmar sig miljöterapibehandlarna i synen på att anpassa behandlingen efter klienten ibland kan vara fördelaktigt.

Behandlingsideologi spelar, menar vi, en betydande roll i förhållande till kontroll och frivillighet inom behandlingsprogrammen. På samma gång ser vi hur den individuella faktorns inflytande finns i hur behandlaren uppfattar aspekterna kontroll och frivillighet. Denna faktiska skillnad skulle vi inte kunna identifiera genom att enbart läsa behandlingsideologiernas egna beskrivningar av sina metoder, men genom att intervjua aktivt verksamma behandlare var detta något som blev uppenbart för oss. Missbruksbehandlingar kan alltså uppfattas vara ideologiskt styrda men samtidigt även påverkade av de enskilda behandlarnas arbetssätt.

Referenslitteratur

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2008) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Anonyma Alkoholister - AA i Sverige (2005) *AA - Stora Boken*. Stockholm: AA - Förlaget

Bryman, Alan (2008) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Goldberg, Ted (2010) *Hur blir man narkoman?: - och hur hindrar vi det?*. Solna: Academic Publishing of Sweden

Gordon, Kurt & Palmgren, Lisbet (2001) *Miljöterapi: personal och patienter i samspel*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa

Gorski, Terence T. (1995) *Att förstå de tolv stegen*. Stockholm: Symposium

Hellman, Matilda (2009) "Designation practices and perceptions of addiction– a diachronic analysis of Finnish press material from 1968–2006." *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26, 4,355-372

Helmersson Bergmark, Karin (1995) *Anonyma Alkoholister I Sverige*. Edsbruk: Akademibruk

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) <https://lagen.nu/1982:763> (2012 -12 -01)

Jenner, Håkan (2000) "Miljöterapi – en rörelse med många ansikten". I Anders Hagqvist & Björn Widinghoff (red.): *Miljöterapi – i går, idag och i morgon*. Lund: Studentlitteratur AB

Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (2003) "At skabe en klient". I Nanna Mik – Meyer & Margaretha Järvinen (red.): *At skabe en klient – Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzles Forlag

Järvinen, Margaretha (2003) "Alkoholfortellinger i et institutionelt landskab". I Nanna Mik – Meyer & Margaretha Järvinen (red.): *At skabe en klient – Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzles Forlag

Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (2003) "Institutionelle paradokser". I Nanna Mik – Meyer & Margaretha Järvinen (red.): *At skabe en klient – Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzles Forlag

Järvinen, Margaretha (2008) ”Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system”. I Anna Meeuwisse & Hans Swärd (red.): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur

Jönson, Håkan (2010) *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber Förlag

Karlsson, Morgan (2011) ”12-stegsbehandling – en behandlingsmetod för att uppnå nykterhet och drogfrihet”. I Claudia Fahlke (red.): *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning*. Malmö: Liber

Meeuwisse, Anna (2007) ”Sociala kategoriseringar, ojämlikhet och motståndsstrategier”. I Kerstin Svensson(red.). *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB

Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer - för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska AB

Palm, Jessica. (2003) *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling*. Centrum för Socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning: Stockholms universitet.
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-8538> (2012-10-24)

Palm, Jessica. (2006) *Moral concerns Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems*. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning: Stockholms universitet

Skau, Greta Marie. (2007) *Mellan makt och hjälp: om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare*. 3.uppl. Stockholm: Liber

Socialtjänstlagen (SOL 2001:453) <https://lagen.nu/2001:453> (2012-12-01)

Storbjörk, Jessica (2012) “On the significance of social control: Treatment-entry pressures, self-choice and alcohol and drug dependence criteria one year after treatment.” *International journal of social welfare*, 21,160–173

Svensson, Kerstin (2007) ”Normer, normalitet och normalisering”. I Kerstin Svensson(red.). *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB

Vetenskapsrådet (2012-10-23) *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wild C, Cunningham J, Ryan R (2006) Social Pressure, Coercion, and Client Engagement at Treatment Entry: A Self-Determination Theory Perspective. *Addictive Behaviors* 31: 1858–1872.

Bilaga 1

FRÅGOR

MISSBRUK

- Vad tror du är anledningen till att en person blir beroende?
- Hur vill er behandling hjälpa en person att bli nykter/ drogfri?
- Vad tror du din arbetsplats har för uppfattning om varför att en person blir beroende?
- Vad tror du krävs av en beroende för att denne ska kunna leva nykter eller drogfri?
- Vad tror du kan bidra till att en person stannar kvar i ett drogmissbruk?

FRIVILLIGHET

- Är det viktigt att det finns en egen önskan hos klienten att genomgå en behandling?
- Hur kan denna egna önskan att genomgå en behandling visa sig?
- Hur viktig är motivationen och hur arbetar ni med denna i behandling-

en?

- Kan du se några anledningar till att en klient söker behandling i allmänhet?

- Vad tror du får klienterna att komma till just er behandling?

- Tror du att klienterna upplever någon form av påtryckning utifrån eller inifrån som kan påverka att de påbörjar behandling och/eller inom som får dem att stanna?

- Anpassar ni behandlingen efter en klients/klienters önskemål och integritet?

- Om ja, vart drar ni då gränsen mellan Er behandlingspolicy och klientens önskemål och klientens "personliga sätt att agera"?
- Anser du att klienten har för mycket/lite att "säga till om" inom behandlingen?

KONTROLL

- Kan du som behandlare använda någon form av kontroll i din relation till klienterna?
 - om så vilka och när?
 - om, finns det någon form av kontroll som klienterna ofta inte uppskattar?

- Anser du att kontroll i relation till era klienter är någonting som är nödvändigt för att behandling skall kunna genomföras?
- Om ja, när är det i så fall nödvändigt?

- Finns det beteende som är oacceptabelt inom er behandling från klientens sida ?
- Isåfall, vad gör ni för att komma åt detta beteende?

- Gör ni undantag från behandlingens regler?

- Upplever du att det finns för lite kontroll över klientens drogfrihet eller andra eventuellt oönskade beteenden inom er behandlingen?

Bilaga 2

DE TOLV STEGEN

Dessa steg är ett förslag för det personliga tillfrisknandet.

1. Vi erkände att vi var maktlösa inför alkoholen, att vi förlorat kontrollen över våra liv.
2. Vi kom till tro på en kraft starkare än vår egen, kunde hjälpa oss att återfå vårt förstånd.
3. Vi beslöt att lägga vår vilja och vårt liv i händerna på Gud, såsom vi själva uppfattade Honom.
4. Vi företog en genomgripande och oförskräckt moralisk självrannsakan.
5. Vi erkände inför Gud, oss själva och en medmänniska alla våra fel och brister och innebörden av dem.
6. Vi var helt och hållet beredda att låta Gud avlägsna alla dessa karaktärsfel.
7. Vi bad ödmjukt Honom att avlägsna våra brister.
8. Vi gjorde upp en förteckning över alla de personer vi skadat och var beredda att gottgöra dem alla.
9. Vi gottgjorde alla dessa människor, så långt det var oss möjligt, utan att skada dem eller andra.
10. Vi fortsatte vår moraliska inventering och erkände genast när vi hade fel.
11. Vi försökte genom bön och meditation fördjupa vår medvetna kontakt med Gud, sådan vi uppfattade Honom varvid vi endast bad om Hans vilja med oss och styrka att utföra den.
12. När vi, som en följd av dessa steg, själva hade haft ett inre uppvaknande försökte vi föra detta budskap vidare till andra alkoholister och tillämpa dessa principer i alla våra angelägenheter.

(Anonyma Alkoholister, Stora Boken 2005:183)