



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Föralltid sjuk men samtidigt tillfrisknande

*En kvalitativ intervjustudie om Minnesotamodellens
betydelsefulla moment ur ett brukarperspektiv*

Nikki Svensson & Maya Saadeddin

Kandidatuppsats SOPA63

VT 2020

Handledare: Eva-Malin Antoniusson

Abstract

Authors: Nikki Svensson & Maya Saadeddin

Title: Forever ill yet still recovering- *A study of the Minnesota model's impact from the treatment participants perspective*

Supervisor: Eva-Malin Antoniusson

The purpose of this study was to examine the Minnesota model and the meaningful moments experienced by people who have gone through the Minnesota treatment. Our aim was also to analyze this treatment from an interactionist perspective using the turning points theory, the labeling theory, Ervin Goffman's dramaturgical perspective and, the interactionist perspective view on the emotion shame. We have conducted seven qualitative semi-structured interviews with people that have personal experience with the Minnesota treatment, and these interviews have been recorded and transcribed. We decided to divide our results into five different themes, *breaking the denial, the disease, the meaning of the group, the spirituality and, the recovery*. Breaking the denial was the first step in starting the whole treatment process. All of our interviewed respondents described an assignment that asked them to write down the consequences of their addiction. Seeing their consequences on paper allowed the respondents to break their denial. In combination with that assignment, they also received another assignment asking them to write down their life's story and share it with the treatment group. The assignment was structured to show the respondents that they were not facing this problem alone and that there was hope for recovery. This combined assignment resulted in the respondents realizing their addiction problem and giving them an understanding of how their addiction had increased over the years. They also started understanding that substance abuse was a disease that they needed help dealing with. Our fourth theme was spirituality and it had been described as very important by all respondents. The spirituality was described as a belief of something bigger than ourselves that helps one through difficult times. Lastly, the difference between staying sober and being in recovery was highlighted and that the mindset of a recovering addict was needed to maintain sobriety.

Keywords: *Minnesota model, recovery, turning points theory, labeling theory, addiction*

Förord

Först och främst vill vi tacka vår handledare Eva-Malin Antoniusson som har stått ut med oss och stöttat oss. Men framförallt vill vi tacka våra fantastiska intervjupersoner som ställde upp och delade med sig av sina upplevelser, tankar och erfarenheter. Utan era erfarenheter hade denna uppsats aldrig kommit till.

Tack!

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| 1 INLEDNING | 1 |
| 1.1 INLEDANDE ORD | 1 |
| 1.2 PROBLEMFÖRMULERING | 1 |
| 1.3 SYFTE | 3 |
| 1.4 FRÅGESTÄLLNINGAR..... | 4 |
| 1.5 ARBETSFÖRDELNING | 4 |
| 1.6 STUDIENS AVGRÄNSNINGAR..... | 4 |
| 1 BAKGRUND | 5 |
| 2.1 VAD ÄR MINNESOTAMODELLEN? | 5 |
| 2.2 MINNESOTAMODELLENS HISTORIA..... | 5 |
| 2.3 ANONYMA ALKOHOLISTER OCH HISTORIEN BAKOM..... | 6 |
| 3 KUNSKAPSLÄGE | 7 |
| 3.1 SÖKNINGSFÖRFARANDE | 7 |
| 3.2 STEGEN MOT NYKTERHET..... | 8 |
| 3.3 HUR EFFEKTIV ÄR MINNESOTAMODELLEN? | 9 |
| 3.4 DE TOLV STEGEN OCH SPIRITUALITET | 9 |
| 3.5 ATT BIBEHÅLLA NYKTERHETEN | 10 |
| 4 TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER | 11 |
| 4.1 ETT INTERAKTIONISTISKT PERSPEKTIV PÅ SOCIALA PROBLEM..... | 11 |
| 4.2 TURNING POINT TEORIN | 12 |
| 4.3 STÄMPLINGSTEORIN OCH AVVIKARKARRIÄR..... | 13 |
| 4.4 ETT INTERAKTIONISTISKT PERSPEKTIV PÅ SKAM | 14 |
| 4.5 GOFFMAN OCH DET DRAMATURGISKA PERSPEKTIVET | 15 |
| 5 METOD OCH METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN | 15 |
| 5.1 VAL AV METOD | 15 |
| 5.2 URVAL..... | 16 |
| 5.3 GENOMFÖRANDE | 17 |
| 5.4 TILLFÖRLITLIGHET..... | 19 |
| 5.5 BEARBETNING OCH ANALYS | 21 |
| 5.6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN | 22 |
| 5.6.1 Informationskravet..... | 22 |
| 5.6.2 Samtyckeskravet..... | 23 |
| 5.6.3 Konfidentialitetskravet..... | 23 |
| 5.6.4 Nyttjandekravet..... | 23 |
| 5.6.5 Etiska överväganden angående Covid-19..... | 23 |
| 5.7 FÖRFÖRSTÅELSE | 24 |
| 6 RESULTAT OCH ANALYS | 25 |
| 6.1 PRESENTATION AV STUDIENS INTERVJUPERSONER | 25 |
| 6.2 DU LJUGER DIN JÄVEL - ATT BRYTA FÖRNEKELSEN | 25 |
| 6.3 FÖRALLTID SJUK - OM SJUKDOMSBEGREPPET..... | 30 |
| 6.4 HON HAR VARIT LIKA ÄCKLIG SOM JAG - GRUPPENS BETYDELSE..... | 32 |
| 6.5 GUD KAN VARA EN PAPPERSKORG - OM ANDLIGHETEN..... | 34 |
| 6.6 JAG BEHÖVER INTE DRICKA PARAPLYDRINKAR PÅ JAMAICA- OM TILLFRISKNANDE | 36 |
| 7 AVSLUTANDE DISKUSSION | 38 |
| 8 REFERENSLISTA | 41 |
| 9 BILAGOR | 45 |
| 9.1 BILAGA 1 - INTERVJUGUIDE..... | 45 |
| 9.2 BILAGA 2 - INFORMATIONSBLAGD | 47 |

1 Inledning

1.1 Inledande ord

Den moderna diagnosen för ‘beroende’ listar ett flertal kriterier som ska uppfyllas för att en person ska klassas som beroende. Bland annat ska personen ifråga uppleva en kontrollförlust när det kommer till dess konsumering av det sinnesförändrande medlet ifråga. Personen ska tidigare medvetet avstått från sinnesförändrande medel i kortare perioder, då personen vet med sig vilka skadliga konsekvenser de sinnesförändrande medlen för med sig. Personen har sedan trots bättre vetande försökt bruka dessa medel under kontrollerande former igen, vilket inte har fungerat (Herlofson, 2014, s. 153). Med dessa kriterier i åtanke ställde vi oss frågan; Men vilken hjälp kan man få för att avstå från dessa medel om ens egna försök inte fungerar? Blir man sedan en före detta beroende eller nykter beroende? Om man använder sig utav benämningen före detta, innebär inte det då att en person med diagnosen beroende, som genomgått behandling, blir av med sin diagnos? Kan dessa personer nu berusa sig som “alla andra” människor? Och anses man då fortfarande vara nykter?

Denna uppsats fokuserar på en behandlingsmetod, Minnesotamodellen. För att återkoppla till frågan som avslutar föregående stycke så förespråkar Minnesotamodellen en livslång nolltolerans gentemot användning av sinnesförändrande medel, med andra ord blir du en nykter beroende, i Minnesotamodellens ögon. Studien lyfter frågor angående hur Minnesotamodellen fungerar och vilka moment i en Minnesotabehandling som anses betydelsefulla för att leva ett nyktert liv, ur ett brukarperspektiv.

1.2 Problemformulering

Berusningsmedel har en historia i människans samhällen som kan kännas lika lång som tiden själv. I Norden har alkohol använts i tusentals år som njutningsmedel, sällskapsdryck, i religiösa ceremonier och i folkmedicin (Johnson, Richert och Svensson 2017, s. 19). Trots alkoholens potentiella problemskapande konsekvenser har den en viktig och stadig plats i svenska samhällen än idag (ibid. s. 42). Majoriteten av de som använder alkohol gör detta utan några större konsekvenser och för att skilja på olika nivåer av problematisk alkoholanvändning används begreppen, riskbruk, missbruk och beroende. Riskbruk används för att benämna den grupp vars alkoholkonsumtion *kan* leda till hälsomässiga och sociala konsekvenser, missbruk används framförallt när en människas bruk *har* lett till sociala

konsekvenser, medan beroende används när ens användning har resulterat i allvarligare konsekvenser såsom psykologiska och medicinska (ibid. s. 45). De naturpreparat som idag räknas in i gruppen narkotika var legala ända fram till 1900-talet i både USA och Europa och förbjöds 1919 och 1956 omfattade förbudet hela världen (ibid. s. 19). Även om, idag, narkotikaklassade preparat har funnits en längre tid i svenska samhällen har narkotika och missbruk av dessa som ett samhällsproblem endast en drygt 60-årig historia i svenska samhällen (ibid. s. 45). Till skillnad från alkohol, som anses som ett legitimt berusningsmedel, är all användning av icke-medicinsk narkotika illegal och benämns därför, både i juridisk mening och vardagligt språk, som missbruk. Med bakgrund i att narkotikaanvändning i alla dess former anses illegalt blir det också svårare att skilja på olika problemnivåer i jämförelse med alkohol. Idag använder man sig av samma benämningar som redogjorts för angående alkohol men utgår ifrån kriterier formulerade i DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (ibid. s. 48 f.). Att skapa sig en exakt bild av omfattningen kring hur många som lever med ett aktivt missbruk och beroende av sinnesförändrande medel är svårt, däremot visar socialstyrelsens statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende att år 2018 var det 304 personer som tvångsvårdades för sin missbruksproblematik och 19 500 personer som beviljades frivilliga insatser (Socialstyrelsen 2019).

För någon med en 'sund' relation till berusningsmedel kan det antas vara svårt att förstå varför en människa använder sinnesförändrande medel till den utsträckning att det ger sådana allvarliga konsekvenser som krävs för att någon ska diagnostiseras som beroende. Det finns olika förklaringsmodeller till varför detta sker, att en människa blir beroende av diverse olika berusningsmedel. En av dessa teorier är sjukdomsmodellen och den menar att beroende är en självständig sjukdom som inte är symptom på andra problem, sjukdomen anses även vara en kronisk sjukdom vilket innebär att den är långvarig och bestående (Johnson, Richert och Svensson 2017, s. 92). Beroende ses som en mental besatthet eller som en allergi, att den som har sjukdomen och brukar någon form av sinnesförändrande medel förlorar kontrollen helt. Med det här tankesättet anser man alltså att beroende inte kan botas. De menar att ett beroende istället kan vara under kontroll, genom total avhållsamhet mot sinnesförändrande medel och att personen ifråga erkänner för sig själv att den mot drogen är maktlös. Sjukdomsmodellen växte fram och spred sig med stor påverkan av tolvstegsrörelsen (Karlsson 2012 i Johnson, Richter och Svensson 2017, s. 92), samma rörelse som influerat den behandlingsform vi har bestämt oss för att dyka ner i, Minnesotamodellen, även kallad för tolvstegsbehandling.

När vi har sökt efter tidigare forskning om Minnesotamodellen finner vi flera olika ingångar. Det har bland annat skrivits om hur tolvstegsprogrammet, hämtat från Anonyma Alkoholister, inspirerar en hel livsstilsförändring och inte bara fokuserar på själva missbruket. Nylander (2012) har genomfört en kvalitativ intervjustudie för att undersöka hur personer som deltagit i självhjälpsgrupper, som använder sig av tolvstegsprogrammet, har förändrat sin livsstil för att bibehålla sin nykterhet. Nylanders (2012) undersökning visar att en livsstilsförändring är en central del för att bibehålla en nykterhet, det handlar inte bara om att sluta missbruka, utan att hela livsstilen måste förändras. Morojele och Stephenson (1992) genomförde en studie för att undersöka hur Minnesotamodellen ändrar brukarnas attityder i frågor angående vad och vem deras missbruk beror på, från den dagen en patient skrivs in till dagen då den skrivs ut. Studien visar bland annat att efter avslutad behandling så har den beroende en förmåga att se sitt missbruk utifrån och med en tanke och förståelse över att beroende är en sjukdom som går att leva med, med rätt hjälpmedel. Cook (1988a & b) har gjort en studie där han undersöker Minnesotamodellens effektivitet. Han menar att det framförs ganska mycket kritik mot Minnesotamodellen men trots det visar studien att behandlingsmodellen till stor del fungerar, inte bara kortsiktigt utan även långsiktigt.

Håkan Jönsson (2010) återskapar ett oerhört viktigt budskap som vi grundar vårt val av utgångspunkt på för den här uppsatsen; “[...] För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad han gör, men först och främst förstå det han förstår” (“Till eftertanke”, Søren Kierkegaard i Jönsson 2010, s. 135). Utifrån samma argument anser vi att det är viktigt att inte endast fokusera på statistik eller professionellas synpunkter, utan att där också ligger en vikt vid att förstå brukarens, i vårt fall den beroendes perspektiv oavsett vilken behandlingsform eller problematik som ligger i blickfånget. Anledningen till att vi har valt att undersöka Minnesotamodellen är att den trots sin historia av kritik har en stor spridning i världen samt visat sig ha en positiv effekt (Cook 1988b). Genom denna studie vill vi visa på vad det är som gör att Minnesotamodellen fungerar ur ett brukarperspektiv och försöka identifiera gemensamma viktiga moment genom våra intervjupersoners utsagor.

1.3 Syfte

Undersökningen syftar till att fånga sju personers upplevelser av Minnesotamodellen och få en förståelse över vilka moment inom Minnesotabehandlingen som anses betydelsefulla i processen på vägen mot ett nyktert liv.

1.4 Frågeställningar

- Utifrån ett interaktionistiskt perspektiv, vilka inslag inom Minnesotamodellen upplevs som betydelsefulla, för att bli nykter, ur ett brukarperspektiv?
- På vilket sätt bidrar dessa inslag till en nykter livsstil, ur ett interaktionistiskt perspektiv?

1.5 Arbetsfördelning

Nikki Svensson har utformat största delen av problemformuleringen samt bakgrunden. Maya Saadeddin har utformat kunskapsläget. Metodavsnittet, teoridelen samt resultat och analysavsnittet har utformats tillsammans. Teori samt resultat och analysdelen har skrivits tillsammans dels för att både ska få samma förståelse för teorierna och av analysen och även för att kunna genomföra en rättvis analys där det blir till studiens tillförlitlighets fördel att vara två författare. Intervjuerna genomförde vi tillsammans, och med tanke på den begränsade tidsramen delade vi upp transkriberingen, Maya har transkriberat fyra av intervjuerna och Nikki tre.

1.6 Studiens avgränsningar

Vi har valt att endast undersöka Minnesotamodellen och inga andra behandlingsmetoder. För att hålla oss till uppsatsens specifika inriktning är studiens kunskapsläge även avgränsat till tidigare forskning som relaterar till Minnesotamodellen och dess grundtankar. Även om det hade varit intressant att jämföra denna behandlingsmetod med en annan, ville vi inte ta bort fokus från brukarperspektivet. Vi bestämde oss därför för att endast fokusera på Minnesotamodellen, med anledning av dess långa historia och stora spridning över världen. En vanlig missuppfattning när man diskuterar Minnesotamodellen är att denna behandlingsmetod kan likställas med vad som kallas "tolvstegsprogram". Tolvstegsprogrammet är Anonyma Alkoholister/Narkomaners utgångsmodell och har influerat den behandlingsmetod som heter Minnesotamodellen, men viktigt att poängtera är att det inte är samma. AA/NA står sig nämligen helt självständiga i från andra organisationer (Anonyma Alkoholister u.å.), därför kan ett behandlingshem endast erbjuda tillgänglighet till NA/AA möten men aldrig beskriva sig som en del av, eller att de använder sig av, AA/NA i behandling. Det är även viktigt för vår studie att vår läsare förstår skillnaden då vi har använt oss av

NA/AA för att få kontakt med våra intervjupersoner som genomgått behandling enligt minnesotamodellen, vilket förklaras i avsnittet *Urval*.

1 Bakgrund

I detta avsnitt kommer vi att ge en presentation av vad en Minnesotabehandling är, dess uppbygg samt redogöra för Minnesotabehandlingens uppkomst i världen och i Sverige. Av den anledning att Minnesotamodellen influerats väldigt mycket av Anonyma Alkoholister, samt att AA/NA förekommer i våra intervjuer, kommer vi även ge en presentation av vad det är samt dess historia. I vidare text kommer Anonyma Alkoholister och Anonyma Narkomaner förkortas till AA eller NA.

2.1 Vad är Minnesotamodellen?

Minnesotamodellen är en behandlingsform som riktar sig till personer med ett alkohol- eller narkotikaberoende. Det är en behandlingsmetod som utgår ifrån Anonyma Alkoholisters grundidéer med 12 steg att följa för ett nyktert liv (Johnson, Richert, Svensson 2017, s. 299 f.). På Socialstyrelsens hemsida (2019) beskrivs Minnesotamodellens behandlingssätt som gruppterapi där alkohol- och drogterapeuter, som ofta har egna erfarenhet av missbruk, leder grupperna. En av Minnesotamodellens grundstenar blir därför gemenskapen (Johnson, Richert, Svensson 2017, s. 299). Syftet med behandlingen beskrivs, på Socialstyrelsens hemsida (2019), vara att belysa de negativa konsekvenser som missbruk för med sig, förmedla kunskap om tolvstegsprogrammet och ge en introduktion till Anonyma Alkoholister/Narkomaner. En central del av behandlingen är att kunna identifiera sig med andra personer som genomgått liknande historier. Under behandlingens gång ges skriftliga uppgifter som bland annat inkluderar att personen skriver ner sin livshistoria, sitt missbruks konsekvenser och sin kemiska historia som personen sedan redogör för muntligt i grupp. Som beskrivs i vår ovanstående problemformulering utgår Minnesotamodellen från att alkohol- och narkotikaberoende är en kronisk sjukdom som aldrig kan botas, däremot kan den kontrolleras genom total avhållsamhet gentemot sinnesförändrande medel.

2.2 Minnesotamodellens historia

Minnesotamodellens utveckling började redan på 1950-talet av Nelson Bradley och Daniel J. Anderson som under denna tid arbetade tillsammans på ett mentalsjukhus i Minnesota. Den

förstnämnda av de två männen utbildade sig under denna tid till psykiatriker och den sistnämnda utbildade sig till psykolog (Anderson, Mcgrovern & Dupont 1999, s. 107). Under 1950-talet ansågs patienter, på Wilmar State Hospital, med alkoholproblematik tillhöra det lägsta skiktet av patienthierarkin. Det var på detta sjukhus som Dr Bradley för första gången kom i kontakt med alkoholister (ibid. s. 109 f.). Tillsammans bestämde sig Nelson Bradley och Daniel J. Anderson att försöka hjälpa dem patienter med alkoholproblematik. Tillsammans började de leta i litteratur efter effektiva behandlingsmetoder men fann inget av betydelse. Anderson och Bradley bestämde sig därefter att utföra en egen studie och under studiens gång kom de i kontakt med medlemmar från AA som delade med sig om AA:s struktur och program (ibid. s. 111). Efter att de samlat in sitt material och fått information kring AA var de båda överens om vad de behövde göra. Bradley och Anderson utvecklade ett strukturerat program där patienterna blev mittpunkten i en social inlärningsmiljö och de tolv stegen, som tidigare nämnts, inkorporerades i programmet. Till en början väcktes mycket kritik mot modellen men senare när acceptansen mot modellen börjat smyga sig på och modellen finansierades blev den till slut känd på 1970-talet som Minnesotamodellen och spreds sig över världen (ibid. s. 12).

I Sverige öppnades det första behandlingshemmet enligt Minnesotamodellen av Hans Lundberg 1985 i Uppsala. Hans Lundberg hade själv genomgått behandling för sin alkoholproblematik i USA fyra år tidigare och fått denna finansierad genom ett privat vårdföretag då andra myndigheter och försäkringsbolag var tveksamma till modellen. 1985 fylldes svenska medier med reportage om alkoholproblem och den framgångsrika behandlingsmetoden Minnesotamodellen. Efter att Lundbergs behandlingshem blivit en succé öppnades flera behandlingshem enligt modellen i Sverige och banade vägen för flera behandlingshem som använder sig av Minnesotamodellen som står kvar än idag, exempelvis Nämndemansgården i Blentarp som öppnade sina portar 1987 (Minnesotamodellen u.å.).

2.3 Anonyma Alkoholister och historien bakom

1934 lades Bill W in på sjukhus för avgiftning av alkohol och genom vad som beskrivs som ett andligt uppvaknande lyckades han sluta dricka. Nästan ett år efter sin avgiftning befann Bill W sig i en situation där han var ensam och en hotellbar började locka honom. Istället för att ge efter för sitt begär fick han kontakt med en annan som delade hans alkoholberoende, doktor Bob (AA i Sverige 2006a, 130 f.). Bill och Bob hade sedan ett samtal som varade i timmar (ibid. s. 139). 10 juni 1935 var sista dagen doktor Bob drack och blev också

födelsedagen för Anonyma Alkoholister (ibid. s. 145). Avgörande för Bob var att han insåg att Bill i samtalet pratade om sig själv och var där för att hjälpa sig själv och inte bara Bob (ibid. s. 139 f.). Efter några år spred Bill och Bob sitt budskap genom massmedier och bekanta. 1939 publicerades boken Anonyma Alkoholister. 1945 nådde AA Sverige men det dröjde till 1956 innan den första renodlade AA gruppen skapades i Stockholm. År 2015 uppskattades antalet grupper i Sverige sträcka sig upp mot 470 stycken, och medlemmar uppskattades till 10 000 (Anonyma Alkoholister u.å.).

På Anonyma Alkoholisters hemsida (u.å.) beskriver de sig själva som en gemenskap bestående av både kvinnor och män där frivillighet och anonymitet är grundstenar. Det enda som krävs för att ta del av gemenskapen är en vilja att sluta dricka. I grupp delar de sina erfarenheter, rädslor, förhoppningar och mer med varandra och kämpar tillsammans för att hjälpa alla som försöker tillfriskna från ett beroende. I dessa grupper värderas ärlighet, att ärligt berätta hur livet en gång var, vad som har hänt samt hur livet är nu. De beskriver sitt enda syfte som att hjälpa andra beroende att inte behöva lida längre. På hemsidan poängteras att AA inte har några som helst anknytningar till andra organisationer och verksamheter samt att de inte deltar i offentliga debatter.

3 Kunskapsläge

Detta avsnitt kommer att behandla tidigare forskning i form av olika artiklar som vi har funnit relevanta för vårt syfte och för att besvara våra frågeställningar.

3.1 Sökningsförfarande

För att kunna hitta vår tidigare forskning har vi sökt på både LUBsearch och Libris. Vi har sökt på: "Minnesota model of addiction", "12-step programme", "recovery" och "addiction" i olika kombinationer för att hitta artiklar relaterade till vårt forskningsområde. Vi har endast använt oss utav artiklar som är "peer reviewed", detta för att endast få fram artiklar och avhandlingar som är användningsbara för oss. För att hitta ännu mer tidigare forskning har vi även kollat igenom tidigare C-uppsatser som har skrivits inom vårt ämne för att se vilka källor som de har använt sig av. Även dessa källor har vi granskat källkritiskt och varit noga med att de ska vara av hög forskningskvalitet. Vi har noterat att mycket av forskningen som gjorts om

Minnesotamodellen är gammal. Samhället har förändrats, och vi vill undersöka hur det är idag.

Först presenterar vi en avhandling som diskuterar vilka funktioner de olika stegen i en tolvstegsbehandling har. Sedan presenterar vi forskning angående hur och varför Minnesotamodellen har varit effektiv för att bli nykter och bibehålla sin nykterhet. Därefter lyfter vi fram forskning angående det som har kritiserats mest med Minnesotamodellen, nämligen Gud och andligheten som är ett viktigt inslag i behandlingen. Slutligen avslutar vi vårt kunskapsläge med forskning om Minnesotamodellens sätt att lära ut en ny livsstil.

3.2 Stegen mot nykterhet

Minnesotamodellen är en tolvstegs inriktad behandling som arbetar stegvis för att skapa en förändring för den beroende. Maria Bodin (2006) har skrivit en doktorsavhandling där hon utvärderar Minnesotamodellen inom den svenska miljön. Bodin (2006, s. 12) beskriver att Minnesotamodellen kan variera beroende på var behandlingen utförs men att den delar samma principer och steg som Anonyma Alkoholister. Hon förklarar att de tolv stegen, som både Minnesotamodellen och Anonyma Alkoholister använder sig av, är uppdelade i tre olika fack. Steg 1-3 i början av behandlingsfasen beskriver hon som "the decision steps", steg 4-9 följs upp under behandling vilka hon beskriver som "the action steps" och efter behandling arbetar man med steg 10-12 vilka hon benämner som "the maintenance steps". Steg 1-3 innebär att ta det första beslutet mentalt, att sluta. Det handlar till en början om att acceptera sin maktlöshet inför beroendet, samt att acceptera att man behöver hjälp och lägga makten att få hjälp i Guds händer. Steg 4-9 är handlingarna, vad det är man ska göra för att kunna övervinna missbruket. Det är bland annat att dela med sig av sin berättelse för gruppen och att skriva ner sin livshistoria. De tre sista stegen, 10-12, är till för att bibehålla sin nykterhet genom att förändra sin livsstil. En del av denna livsstilsförändring är att förändra sina rutiner. En viktig rutin är att fortsätta gå på möten kontinuerligt efter avslutad behandling för att fortsätta ha stödet av människor som har genomgått samma saker. Hon förklarar även att de tre sista stegen är viktiga för att kunna göra en självvrannsakan och identifiera beteenden som man måste förändra. Dessutom beskriver Bodin (2006, s. 12 f.) att det är viktigt att hitta sin personliga kontakt, och fördjupa den kontakten, med Gud, såsom en själv uppfattar honom, genom bland annat meditation. Slutligen menar hon att en viktig del för ens tillfrisknande är att föra vidare AA:s budskap till andra beroende.

3.3 Hur effektiv är Minnesotamodellen?

Christopher C. Cook (1988) har skrivit om minnesotamodellen, uppdelat i två artiklar, i syfte att undersöka behandlingens effektivitet. Den första artikeln handlar om Minnesotamodellens filosofi och information om själva programmet, med beskrivning om modellens bakgrund och hur man arbetar med modellen i praktiken. Cook (1988a) skriver att Minnesotamodellen lär ut konceptet att missbruket för en beroende är en sjukdom utan botemedel. Behandlingen är istället ett hjälpmedel för att bli nykter och bibehålla sin nykterhet. Cook (ibid. s. 624) skriver att Minnesotamodellen hade beskrivits som ett "mirakel" och att 75% lyckades bli nyktra med hjälp av denna behandling. Han nämner fyra nyckelelement som kan identifieras med Minnesotamodellens filosofi, det första nyckelelementet är att det finns en möjlighet att förändras, alltså att en beroende *kan* förändra sin attityd och sitt beteende. Det andra nyckelelementet som han nämner är sjukdomsbegreppet, förståelsen av att missbruket är en sjukdom. Det tredje han nämner är behandlingsmålen, det första målet är att avstå från alla sinnesförändrande medel och det andra är att göra en livsstilsförändring. Det sistnämnda nyckelelementet är inslaget av AA och NA:s principer vilka bland annat har en stark betoning på att tro på den högre makten för att bli hjälpt ur missbruket, att reparera banden som har förstörts till följd av missbruket och att sedan ge tillbaka genom att hjälpa andra i samma situation (ibid. s. 625 f.).

Cook (1988b) skriver i sin andra artikel som en uppföljning av den första. Han menar att Minnesotamodellen, trots mycket kritik, har visat sig vara en mycket effektiv behandlingsmetod och gett många med ett missbruk verktygen för att leva ett nyktert liv fritt från beroendeframkallande substanser, samt att bibehålla en långsiktig nykterhet. Cook (ibid. s. 746) menar att Minnesotamodellen genuint fungerar, då den har hjälpt över två tredjedelar av de som har genomgått behandlingen. Han menar att för många var det inte bara metoder som att dela med sig, att få hjälp att hantera sin skam och skuld eller att bli helt fri från beroendeframkallande substanser, utan effektiviteten beror på att behandlingsmetoden lär ut ett helt nytt sätt att leva (ibid. s. 746).

3.4 De tolv stegen och spiritualitet

Woods, Ferrari och Jason (1995) genomförde en studie i ett behandlingshem, Oxford house, för beroende angående deras nykterhetsprocess samt erfarenheter av tolvstegsprogram. De utförde en intervjustudie med 134 manliga boenden för att få en djupare förståelse av deras upplevelse. Studien syftar även till att förstå varför många fortsatte gå på AA möten efter

avslutad behandling (Woods, Ferrari & Jason 1995, s. 316). Några av stegen inom tolvstegsbehandlingen nämner vikten av den högre makten som en avgörande del av behandlingsmetoden, det ska hjälpa den beroende igenom missbruket och ge hopp och tro om att allt kommer att bli bättre. Det nyfunna hoppet och tron om att en högre makt kan kontrollera nykterhetsprocessen, som många får av behandlingen, har enligt Woods, Ferrari och Jason (1995, s. 316) hjälpt många i sin nykterhet. Vi har förstått att Minnesotamodellen har varit en kritiserad behandlingsmetod, riktat mot det tolvstegsbehandlingen lär ut angående den högre makten, detta nämner Woods, Ferrari och Jason (ibid.). De skriver att vissa menar att dessa steg är för religiösa och kan leda till att många som behöver hjälp inte vågar vända sig till en tolvstegsbehandling för att bli hjälpta. Många som kritiserar modellen menar även att den lär medlemmarna att vara hjälplösa och att tappa kontrollen över sitt beteende, då nykterhetsprocessen skickas över till en högre makt. Studien kom även fram till att spiritualiteten och den högre makten var viktig för deras nykterhet. Men det som var den största motivationen var känslan av ett sammanhang, att få vara en del av en grupp som du kan hjälpa och som hjälper dig tillbaka. Woods, Ferrari och Jason (1995, s. 311) drar slutsatsen att man skiftar från ett beroende av beroendeframkallande substanser till ett beroende av varandra, av gruppen, för att tillsammans ta sig igenom missbruket.

3.5 Att bibehålla nykterheten

Nylander (2012, s. 711) har genomfört en kvalitativ intervjustudie som undersöker hur människor med beroendeproblematik, som har deltagit i olika självhjälpsgrupper och använder sig av tolvstegsprogrammet, har gjort en livsstilsförändring och kunnat upprätthålla den nya livsstilen för att inte återgå till sitt missbruk. Nylander (2012, s. 714) intervjuade åtta personer som var mellan 23 och 64 år gamla, som hade mellan 2 och 23 års nykterhet. Studiens syfte är att få en förståelse om hur deltagarna hanterade sitt vardagliga liv och vad de gjorde, och hur de tänkte, för att inte återfalla i sitt missbruk. Resultatet av hennes studie visade att respondenterna förklarade att den största orsaken till varför de hade hållit motivationen uppe var känslan av gemenskap. Syftet med tolvstegsbehandling, och självhjälpsgrupper är att man ska dela med sig av sina erfarenheter i grupp för att hjälpa varandra. För den som hade varit nykter under en längre period upplevdes det att det var viktigt att få höra hur jobbigt det var i början av nykterhetsprocessen, för att hela tiden påminnas om hur mycket lidande som kommer med ett missbruk. För nykomlingarna var det viktigt att få höra av de med mycket erfarenhet, och att få ett hopp om att livet kan bli bättre. En annan faktor som många ansåg vara viktig för att känna att man är en del av ett sammanhang var att utföra praktiska sysslor

som att koka kaffet inför ett möte som skapade en känsla av att man var viktig. Den sistnämnda, och kanske viktigaste faktorn, var att ändra på sina vardagliga rutiner, för att förebygga att inte hamna i gamla cirklar som kan leda till ett återfall (ibid. s. 720).

Stenius (2016) sammanfattar i sin artikel ett seminarium som diskuterar begreppet recovery. Stenius (2016) återberättar hur en föreläsare på seminariet menade att det egentligen inte är själva behandlingsmetoden som är den avgörande faktorn för ens tillfrisknande. Det är faktorer efter behandlingen som är av betydelse, ens livssituation. Får man ett jobb efter avslutad behandling? Finns det ett nytt socialt sammanhang som man blir en del av som innebär att man inte återgår till gamla rutiner? I artikeln beskriver Stenius (2016) hur en annan föreläsare menade att recovery-begreppets kopplingar till Minnesotamodellen blir problematiska. Detta för att föreläsaren menade att Minnesotamodellen beskriver ett beroende som ett livslångt lidande och att det skapar en stigmatisering av klienter inom missbruksvården.

Morojele och Stephenson (1992) utförde en enkätstudie bland patienter som hade genomgått en Minnesotabehandling, först fick de fylla i en enkät precis när de blev inskrivna och sedan en när de hade fullföljt behandlingen, vid utskrivning. Syftet med studien är att mäta hur attityder, för den som genomgått en behandling, angående vad och vem som ansvarar för deras missbruk förändrats efter behandling. Studiens resultat visar att patienterna efter avslutad behandling skiftar sin syn på deras missbruk och ser missbruket utifrån sig själv, att det är en sjukdom som de behöver hjälp att hantera, och har nu med sig verktygen för att behandla denna sjukdom (ibid. s. 35).

4 Teoretiska utgångspunkter

4.1 Ett interaktionistiskt perspektiv på sociala problem

Vi har valt att besvara våra frågeställningar utifrån teorier och begrepp hämtade från det interaktionistiska perspektivet på sociala problem. Detta för att begreppen *process* och *förändring* tar en central plats i den interaktionistiska tanketraditionen vilket även genomsyrar våra intervjupersoners utsagor. Vi har valt ut stämplingsteorin och turning point teorin som våra huvudteorier samt begreppet skam ur ett interaktionistiskt perspektiv och utvalda begrepp från Erving Goffmans dramaturgiska perspektiv för att kunna analysera roller. Vi har valt att ge en kort presentation av den forskningsinriktning i det interaktionistiska perspektivet

vi valt att använda oss utav, då vi anser att det kan bidra med ökad förståelse för vår analys utgångspunkt, för att fortsättningsvis redogöra för de specifika teorier och begrepp vi använt oss utav i vår analys.

Månsson (2017) beskriver att forskningsinriktningen för det interaktionistiska perspektivet fokuserar på processer och förändringar när det studerar sociala problem (s. 179). Ett flitigt använt begrepp inom denna tankemodell är 'karriär' vilket används för att beskriva en rad av händelser som över tid, likt en process, utmynnar en individs väg in eller ut från exempelvis missbruk (ibid. s. 181 f.). Turning point teorin (Laub & Sampson, 2003) använder vi oss av för att kunna se processer och identifiera viktiga moment och vändpunkter mot ett nyktert liv i våra respondenters utsagor. Stämplingsteorin (Månsson, 2017) används för att förklara vilken påverkan omgivningen har på vad som anses som avvikande, eller inte avvikande, och hur samhällets uppdelning av kategorier och förväntningar påverkat våra respondenter i deras nykterhetsprocess. Begreppet skam (Scheff och Starrin, 2017) ger oss en möjlighet att förstå hur skamkänslor kan upprätthålla sociala problem. De utvalde begreppen från Goffman (2014) används för att diskutera roller människor tar på sig under sociala interaktioner med andra.

4.2 Turning point teorin

'Turning point teorin' utvecklades av John H. Laub och Robert J. Sampson. Teorin utvecklades i syfte att kunna undersöka kriminalitet över ett livsförlopp. Deras empiri bestod av 1000 män varav 500 varit involverade i brottslighet och där de resterande 500 inte var involverade i brottslighet. Material till undersökningen samlades in vid tre olika tillfällen under männens livstid, den första vid 14 års ålder, den andra vid 25 års ålder och den tredje och sista var när männen var 32 år gamla. Under sex års tid analyserades materialet som inkommit för att sedan bli grunden till det som idag kom och kallas 'Turning point teorin'. Laub och Robert teori undersökte männens sociala band och anknytning under livets gång för att se hur dessa faktorer påverkade valet av en kriminell livsstil. Utöver det undersökte de även hur självkontroll, som de menar utvecklas genom social interaktion med ens omgivning, såsom skola, familj osv, påverkar om man väljer en kriminell väg i livet eller inte (Laub & Sampson 2003, s. 5 f.).

Laub och Sampson (2003, s. 22) diskuterar två olika begrepp för att beskriva hur en individ avbryter den kriminella karriären. Det första begreppet är "termination", vilket innebär att det är den tidpunkt när det sista brottet ägde rum, som är avslutet på den kriminella karriären. Det

andra begreppet de redogör för benämns “desistance”, och innebär att den kriminella karriären inte bara avslutas, utan att det är en process som sker över tid som leder till att man i slutändan avslutar sin kriminella karriär. För att förtydliga det sistnämnda begreppet, vilket de menar är det som ska användas när man studerar livsstilsförändringar, nämner de några exempel på förändringsprocesser som beskriver “desistance”; en rökare slutar inte bara röka, ett gift par skiljer sig inte över en natt, utan det är en avslutningsprocess som sker över tid (ibid. s. 22).

Laub och Sampson (2003, s. 39 ff.) har förklarat processerna som sker med tre teoretiska begrepp, *life trajectory*, *transitions* och *turning point*. De beskriver begreppet *life trajectory* som hela ens livsbana där det sker *transitions*. *Trajectory* används för att beskriva en människas livslinje och syftar till ett långtidsmönster av beteenden som är märkt av *transitions*. *Transitions* beskrivs som livsförändringar, saker som sker i livet som resulterar i en förändring och tar en mellan olika stadier i livet. En *transition* behöver inte nödvändigtvis innebära att det har skett en *turning point*. En *turning point* innebär att ett tidigare långtids mönster av beteenden har förändras. En *transition* kan innebära att man flyttar eller byter jobb, men det behöver inte betyda att hela ens beteendemönster förändras. En beroende kan till exempel flytta från en stad till en annan men fortsätta använda sig av beroendeframkallande substanser. För att en *turning point* ska ske, måste en *transition*, alltså en händelse, som förändrar ens *trajectory*, livslinje, äga rum. Det kan innebära att en beroende flyttar till en annan stad, för att byta umgänge och bli nykter. Då har en *transition* som har ändrat riktningen på ens *life trajectory* och genererat en *turning point* i livet för den personen (ibid. s 39 ff.).

Vad som ska nämnas är att denna teori har kritiserats för att endast använda män i sin undersökning men då vi använder teorins begrepp för att benämna gemensamma betydelsefulla ögonblick i behandling och inte i en persons hela livstid anser vi att detta är irrelevant för vår studie och att det är en fördel att ändå använda oss av teorins ursprungskälla.

4.3 Stämplingsteorin och avvikarkarriär

Stämplingsteorin utgår ifrån att en handling definieras eller stämplas av omgivningen och samhället som exempelvis kriminell eller avvikande och inte förens detta har skett kan handlingen anses som kriminell eller avvikande (Månsson 2017, s. 179). Howard Becker som är en av huvud företrädarna för stämplingsteorin skriver i sin bok *Outsiders* följande; “Avvikandet är inte en egenskap hos handlingen personen utför, utan snarare en konsekvens av att andra

tillämpar regler och sanktioner på en ‘förbrytare’”(Becker 1963, nyutgåva 1973, s.9, i Månsson 2017, s. 179). Det som kan ske när en person blir tillskriven kategorier och den kategorins egenskaper på detta sätt är att personen ifråga börjar efterleva det förväntningar som kommer med kategorin (Willis 2018, s. 728). Genom den ständiga påminnelsen och stämplingen från omgivningen kan personen antingen börja införliva förväntningarna eller, i ett senare skede, börja uppmärksamma sitt levnadssätt och därigenom kunna förändra det (Willis 2018, s. 730 f.). Med detta tankesätt sker det alltså en stämpningsprocess mellan den avvikande handlingen och samhällets syn på samma handling. Denna process kan i sig sen leda till att personen ifråga påbörjar en avvikarkarriär (Månsson 2017, s. 180). Begreppet avvikarkarriär används för att beskriva händelser och processer som leder till att en person, exempelvis, är på väg in eller ut i ett missbruk (Månsson 2017, s. 181). En författare som berört detta ämne är Goffman som i sin bok Totala institutioner, förklarar hur en intagen på en institution socialiseras in i sin roll som intagen genom att man steg för steg tar bort det personliga attribut, kläder och ägodelar, som bidrar till individens tidigare identitet (Goffman 1973). Genom att göra detta avprogrammeras individen från sin tidigare livsstil och kan sen socialiseras in för att bli en laglydiga medborgare (Månsson 2017, s. 181).

4.4 Ett interaktionistiskt perspektiv på skam

Scheff och Starrin (2017, s. 190) beskriver ett interaktionistiskt perspektiv på känslan ‘skam’ som utgår ifrån att skamkänslor kan upprätthålla sociala problem. Att känna skam kan vara både konstruktivt och destruktivt, den konstruktiva skammen är den som värnar om sociala relationer och varnar oss för att göra sådant som kan skada dessa relationer. Den destruktiva skammen är den som upprätthåller sociala problem, den som vi trycker undan och inte bearbetar på ett adekvat sätt, som därefter leder till ett destruktivt beteende (Scheff och Starrin 2017, s. 191).

Scheff och Starrin (2017, s. 192 f.) redogör för olika sätt att försvara sig mot skamkänslor, en av dessa är “undandragande” och leder till att personen försöker undvika skam känsla helt med diverse olika hjälpmedel. Att tillhöra en stigmatiserad grupp i samhället är något som Scheff och Starrin (2017, s. 196) beskriver vanligen leder till en destruktiv känsla av skam då man tillskriver sig själv det negativa egenskaper som tillhör denna grupp. Om denna skamkänsla inte bearbetas kan den leda till en ond cirkel där skam skapar ytterligare skam och ytterligare skam... (Scheff & Starrin 2017, s. 195 f.).

4.5 Goffman och det dramaturgiska perspektivet

Goffmans dramaturgiska perspektiv och samhällssyn använder sig av metaforer kopplade till teaterscenen för att förklara det sociala samspel som sker mellan människor i samhället. Han menar att vi alla spelar en teater och precis som en skådespelare på en teaterscen antar vi en roll där vi med olika hjälpmedel försöker göra ett intryck på vår publik (Goffman 2014, s. 11 ff.). Goffman använder sig även av begreppen bakre och främre region. Den 'främre regionen' är var individen vill förmedla det intryck som personifierar de normer som hör till hans roll (Goffman 1959, s. 97 f.). Den 'bakre regionen' är där personen kan frånträda sin roll och alla de krav som följer med (Goffman 2014, s. 102 f.).

Goffman menar att vi alltid spelar en viss roll och att den mask som representerar vår egna uppfattning av oss själva - den roll som vi strävar att besitta - är den mask som är närmast vårt sanna jag (Goffman 2014, s. 26 f.). Goffman använder sig av ordet 'framträdande' när han beskriver all den aktivitet som utförs av en person i ett syfte att förmedla sin roll som trovärdig (Goffman 2014, s. 28). Ageranden som kan förstärka den roll du vill förmedla kan vara antingen 'dramatiskt förverkligande' eller 'idealiserings'. Den förstnämnda innebär att du framhäver något på ett dramatiskt sätt i syfte att göra det mer synligt för din publik. Den sistnämnda innebär att du framställer något som bättre än vad det egentligen är, exempelvis om du tillskriver dig själv en högre klass i samhället än vad du egentligen tillhör (Goffman 2014, s. 40 ff.).

5 Metod och metodologiska överväganden

5.1 Val av metod

Vi har valt att använda oss av en kvalitativ metod i vår studie. Anledningen för det valet är att vårt syfte grundar sig i att fånga upplevelser. Bryman (2011, s. 340) skriver att den kvalitativa forskningen lägger större vikt på ord än på siffror, alltså större vikt på det människor säger än mängden insamlade data. Ahrne och Svensson (2015, s. 10) menar att det är svårt att definiera vad en kvalitativ metod innebär och att det är lättare att tala om kvalitativa data som gäller sådant av en subjektiv natur som känslor, upplevelser eller händelser. Den kvalitativa datan fokuserar med andra ord på att få en djupare förståelse av en social verklighet, genom ögonen av deltagarna i den aktuella verkligheten som undersöks. Man är alltså ute efter människors egna tolkning av deras levda verklighet (Bryman 2011, s. 341) vilket medför att den kvalita-

tiva datan inte mäts på samma sätt som kvantitativ data, istället räcker det med att konstatera att den existerar (Ahrne och Svensson 2015, s.10). För vår frågeställning anser vi att det blir svårt att rättfärdiga ett val av en kvantitativ forskningsansats över en kvalitativ av självklara anledningar då vi är ute efter den subjektiva upplevelsen hos våra intervjupersoner.

5.2 Urval

Urvalsmetoden vi har valt att använda oss av är snöbollsurval som ett resultat av ett bekvämlighetsurval. Bryman (2011, s. 196) skriver att snöbollsurval kan anses vara en form av bekvämlighetsurval. Bekvämlighetsurval i den mening då det är resultatet av att vi har en begränsad tillgänglighet, vilket Bryman (2011, s. 433) förklarar som ett bekvämlighetsurval. Anledningen till vårt tillvägagångssätt är att de som genomgått behandling har en lagstadgad rättighet att deras vistelse på ett behandlingshem ska förbli anonym, den enda som hade kunnat bryta denna sekretessen är personen själv, vilket medför att det blir svårt att få tag på någon även om vi ringt upp behandlingshem. Därför valde vi att istället ta kontakt med privata kontakter som vi, sedan tidigare, vet är medlemmar i NA/AA och därigenom blev vi rekommenderade vidare. Detta leder till att urvalet blir bestämt av vilka som väljer att medverka i vår undersökning och röja sin anonymitet, alltså bekvämlighet utifrån tillgänglighet. Snöbollsurval innebär kortfattat att forskaren, i detta fall vi, initialt tar “[...] kontakt med ett mindre antal människor som är relevanta för undersökningens tema och använder därefter dessa för att få kontakt med ytterligare respondenter (Bryman 2011, s. 196). Enligt samma princip har vi tagit kontakt med tre olika personer, från tre olika kommuner med den gemensamma nämnaren att de alla genomgått en tolvstegsbehandling och regelbundet närvarar vid AA/NA-möten. Dessa tre personer som vi har använt oss utav i vårt urval, är personer som vi har en privat relation med och vi har av den anledning valt att inte inkludera dessa som intervjupersoner i vår studie. Anledningen till detta är att vi inte vill riskera att färga våra intervjuer med förförståelsen vi har om dessa personer och deras liv. Vi valde istället att ringa upp dessa personer, diskutera vår studies syfte med personerna och fråga om de känner någon som vi vidare hade kunnat intervjua, på det här sättet fick vi vidare kontakt med fyra intervjupersoner. Därefter ställde vi samma fråga till dessa intervjupersoner där vi fick ytterligare kontakt med tre intervjupersoner, och på det här sättet kan vår urvalsmetod liknas vid ett snöbollsurval (Bryman 2011, s. 196 f.).

5.3 Genomförande

Vid insamling av studiens material användes semistrukturerade intervjuer. Det finns olika intervjuemetoder som skiljs åt genom deras grad av struktur (Bryman 2011, s. 136 f.) En strukturerad intervju innehåller ett redan fastställt frågeschema, där syftet är att svaren ska besvaras utifrån identiska frågor, ofta specifika frågor, i samma ordningsföljd (ibid. s. 203). I motsats till strukturerade intervjuer följer ostrukturerade intervjuer där forskaren endast har ett PM till sin hjälp, den här intervjuformen kan liknas vid ett vanligt samtal (ibid. s. 415). Till skillnad från strukturerade och ostrukturerade intervjuer kan semistrukturerade liknas vid en kompromiss mellan strukturerade och ostrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer innebär att forskaren utformar en intervjuguide som hen utgår ifrån i syfte att underlätta för sig själv att kunna hålla sig till hens undersökningsämne. Samtidigt ger semistrukturerade intervjuer forskaren möjligheten att ha en öppen dialog där det dels finns utrymme för intervjupersonen att forma sina svar utifrån deras tolkning av frågorna, dels möjlighet för forskaren att ställa följdfrågor om det skulle bli av intresse (Bryman 2011, s. 415). Vi ansåg att den strukturerade intervjuens krav på identiska frågor och bestämda ordningsföljd var uteslutet att använda för vår studie och att den ostrukturerade intervjuens helt fria form hade en för stor risk för intervjuerna att glida in på sidospår som inte berörde vår frågeställning, därför valde vi att kompromissa och använda oss av den semistrukturerade intervjuemetoden.

När man samlar empiri i form av intervjuer finns där alltid inslag av forskarens tolkning (Thurén 2007, s. 26) då forskaren alltid har en egen föreställningshorisont som kan påverka utformandet av exempelvis forskarens frågor (ibid. s. 86). När det kommer till utformandet av vår intervjuguide har vi därför, utifrån bästa förmåga, försökt att forma våra intervjufrågor på ett sätt där vår förförståelse inte ska påverka respondenternas svar. Ett exempel på detta är vår fråga angående hur våra intervjupersoner uppfattar/minns upplägget på behandlingen (se bilaga 1). Även om en av oss har tidigare erfarenhet angående vad man exempelvis först jobbar med i behandling väljer vi att be intervjupersonerna beskriva detta själva. Detta för att undvika att påverkas av vad vi tror/anser utifrån vår förkunskap. På det här sättet får intervjupersonen möjlighet att beskriva utifrån deras egna upplevelse och minne. Vad de minns och väljer att nämna, ger oss en insikt i vad som var viktigt för dem i deras upplevelse och ökar möjligheten för oss att inte styra respondenterna utifrån vår förförståelse.

Vid utförandet av våra intervjuer hade vi inte möjlighet att träffa alla våra intervjupersoner 'face to face' då hela världen för tillfället har drabbats av en pandemi och alla inte är bekväma med att träffas personligen. Tre av sju personer ville hellre träffas personligen, men de resterande fyra personer ville hellre bli intervjuade över telefon vilket vi tog hänsyn till. Det finns både för och nackdelar med att ha telefonintervjuer. En fördel som Bryman (2011, s.208 f.) beskriver är att forskarens närvaro inte påverkar respondentens svar. Bryman (ibid.) menar att olika faktorer hos intervjuaren såsom kön, etnisk bakgrund och ålder kan göra att respondenten vinklar sina svar eller svarar annorlunda beroende på vad den tror att intervjuaren vill ha för svar. En annan fördel som Bryman (ibid.) nämner, som vi även märkte var positivt var att en telefonintervju sparade mycket tid. En nackdel som Bryman (2011, s. 209 f.) nämner är att personliga frågeställningar, såsom frågor om alkohol- och droganvändning kan vara svårare att genomföra. Vi ställde förvisso frågor om deras upplevelse under deras missbruk, men våra frågor fokuserade endast på Minnesotamodellen och inte på deras personliga livshistoria. Det innebar att om våra respondenter inte ville prata djupgående om deras missbruk så behövdes det inte, utan endast om upplevelsen av själva behandlingsmodellen.

Vi tyckte att våra direkta intervjuer, där vi träffade våra respondenter, var mycket roligare och lättare att utföra. Det var lätt att förtydliga frågor som respondenterna inte förstod, att se på kroppsspråket om de till exempel kände sig obekväma med någon fråga, eller om det bara krävdes en följdfråga. Vi kände att det personliga bandet kapades en aning när vi genomförde telefonintervjuer. Det var emellanåt kommunikationssvårigheter, speciellt när det handlade om att veta när personen hade pratat klart eller om de bara tänkte en stund. Det skapade dessutom en känsla av att vi inte kunde ge samma bekräftelse på att vi verkligen lyssnade som när vi träffades personligen då vi inte ville riskera och avbryta personen. När man sitter med varandra kan man visa att man lyssnar genom att nicka eller att bara ha ögonkontakt, genom telefonintervju var det svårare för oss att förmedla vår respons.

Med det sagt, även om det finns fördelar med att utföra intervjuerna öga mot öga, som redogjorts för i stycket ovan, ska det nämnas att det för tillfället råder en pandemi i dagens samhälle med en hög smittorisk. Detta har medfört att vi har tagit försiktighetsåtgärder vid våra intervjuer där vi närvarade fysiskt. Enligt Folkhälsomyndigheten (2020a) är det viktigt att stanna hemma när du känner dig sjuk, eller har symptom som snuva hosta eller feber mm. Innan våra fysiska möten ringde vi och pratade med våra intervjupersoner och, med folkhälsomyndighetens riktlinjer vid sidan om oss, förklarade vi vilka symptom som liknas

vid covid-19 och frågade hur deras hälsa hade varit den senaste månaden. Ingen av våra tre intervjupersoner som ville ha ett fysiskt möte hade upplevt sig visa några symptom, vilket vi inte heller hade upplevt. Vi läste även upp riskgrupperna enligt Folkhälsomyndigheten (2020b) och ställde frågan om de tillhörde någon av riskgrupperna, eller hade någon närstående de träffade som tillhörde riskgruppen. Folkhälsomyndigheten (2020a) nämner även att en bör tvätta händerna ofta, noggrant, samt att använda handsprit, och även att undvika att röra ögon, näsa och mun, vilket vi var noggranna med. Detta informerade vi också våra intervjupersoner om innan mötet och uppmanade de att följa. Vi hade även med oss desinfektionsservetter som vi använde på ytor som vi var i kontakt med. Folkhälsomyndigheten (2020a) informerar även att det är viktigt att hålla avstånd till andra. Två av våra intervjuer genomförde vi utomhus sittandes på tre stolar med avstånd, på grund av avståndet spelade en mobiltelefon in intervjun nära intervjupersonen och en dator nära oss för att säkerställa att vi inte missar information på grund av avståndet. För den tredje intervjun tillät inte vädret oss att sitta utomhus, därför satt vi inomhus med ett avlångt bord emellan oss och placerade mobiltelefon och dator på samma sätt som de tidigare intervjuerna. Vi tog oss till och från intervjuerna genom privat bil och undvek på så sätt kommunaltrafik.

5.4 Tillförlitlighet

I kvantitativ forskning brukar begreppen reliabilitet och validitet användas för att mäta en studies kvalitet, men Bryman (2011, s. 351) menar att dessa endast är indikatorer och det är inte riktigt det som en kvalitativ studie vill mäta. Därför används andra begrepp som är mer lämpade till en kvalitativ studie. Eftersom att vi har använt oss av en kvalitativ metod kommer vi att mäta tillförlitligheten av vår studie med dem fyra kriterierna som Bryman (2011, s. 354) menar att man ska använda, trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och möjlighet att styrka och konfirmera.

Det första kriteriet som benämns är *trovärdighet*. Trovärdighet innebär att om en forskare studerar en social verklighet, som kan tolkas eller beskrivas av olika människor på olika sätt, så är det av vikt att forskaren lämnar sina resultat till de människor som lever i den väsentliga sociala verkligheten för att säkerställa att denna uppfattats rätt (Bryman 2011, s. 355). Detta är något som benämns som *respondentvalidering*. Detta begreppet innebär att forskaren på något sätt ger en redogörelse till deltagarna i undersökningen över forskarens tolkning, intryck och resultat för att säkerställa att det som sagts uppfattats rätt av forskaren (Bryman

2011, s. 353). Vi använde oss av respondentvalidering i vårt arbete, dels under intervjun genom att ställa följdfrågor när det var något vi inte förstod, dels att våra intervjupersoner fick ta del av transkriberingen. Två av våra intervjupersoner nekade att ta del av transkriberingen då de ansåg att de kunde avgöra utifrån vår intervjutid att vi hade förstått dem rätt. Bryman (2011, s. 353) förklarar hur respondentvalidering kan skapa svårigheter ifall en deltagare intar en defensiv ställning när det får en redogörelse eller till och med vilja censurera delar av vad som sagts. Vi anser dock att fördelarna skulle överväga nackdelarna då vi vill skapa en förståelse och fånga en annan individs upplevelse. Detta gör det viktigt att respondenterna dels får ge sin bekräftelse på att deras historia uppfattats rätt men också deras godkännande att använda den. Ingen av våra intervjupersoner intog en defensiv ställning eller ville förändra något av det som sagts.

Det andra kriteriet benämns som *överförbarhet* och uppfylls i kvalitativ forskning genom att forskaren i den kvalitativa studien strävar efter att få en så fyllig och detaljrik redogörelse som möjligt från de som deltar i undersökningen. Detta då kvalitativa studier oftast inkluderar en liten grupp av individer och desto mer detaljrika deras beskrivningar av ett område desto enklare blir det att bedöma hur 'överförbara' resultaten är till en annan miljö (Bryman 2011, s. 355). Vi har genomfört sju intervjuer som varierat i tid mellan 45 minuter och 80 minuter. När vi transkriberat intervjuerna har dessa varierat mellan 3000 ord till 5000 ord per intervju vilket har resulterat med empiri på cirka 25 000 ord vilket vi anser, med vår tidsram, har gett möjlighet att förmedla en detaljerad beskrivning och är ett rimligt material att utgå ifrån.

Det tredje kriteriet som nämns är *pålitlighet* som innebär "[...] att man säkerställer att det skapas en fullständig och tillgänglig redogörelse av alla faser av forskningsprocessen [...]" (Bryman 2011, s. 355). Detta görs genom att forskaren tar hjälp av kollegor under arbetets gång som kritiskt läser den data som producerats, däremot blir detta väldigt krävande för de som ska bedöma arbetets procedurer och tillämpning vilket är en anledning att denna valideringsteknik inte används särskilt ofta (ibid, s. 355). Ska vi säga något om pålitligheten i vårt arbete skulle vi kunna se det som en fördel att vi är två som granskar arbetet samt att vi har en handledare som har följt med oss och tagit del av arbetet under arbetets gång och avslut. Vi har även delat vårt arbete med två personer som har läst igenom och kritiskt granskat vår uppsats.

Det sista kriteriet inom tillförlitlighet som Bryman (2011, s. 355) nämner är *möjlighet att styrka och konfirmera* som anses motsvara objektivitet, alltså att forskaren inte låter sina slutsatser eller utförandet påverkas av personliga värderingar. Här ser vi det som en fördel att vi är två personer med olika förförståelser, bakgrunder och kunskap vilket kan minimera risken för att vi skulle låta våra personliga värderingar påverka studien samt att vi har en examinerator från Lunds Universitet som kan tänkas fungera som en granskare av vårt arbete, vilket Bryman (2011, s. 356) menar har i uppgift att bedöma i vilken utsträckning det går att styrka resultatet i en studie. Det blir indirekt examinatorns uppgift att antingen godkänna eller förkasta vårt arbetes resultat.

5.5 Bearbetning och analys

Vi valde att spela in våra intervjuer för att sedan transkribera. För att säkerställa att vi spelade in valde vi att spela in på en mobiltelefon och genom datorn. Ifall något skulle gå snett ville vi vara säkra på att vi hade inspelat material då vi valde att inte anteckna. Anledningen till varför vi inte antecknade var för att vi utförde intervjuerna tillsammans och ville vara fokuserade och aktiva när våra intervjupersoner delade med sig av sina upplevelser. Våra intervjuer varade mellan 45 till 80 minuter, och blev i skrift mellan 3000 till 5000 ord, det varierade väldigt mycket på hur mycket intervjupersonen valde att dela med sig. Vi valde att redigera bort ljud som “mm” “hmm” “öh” för att göra våra transkriberingar mer lättlästa. Bryman (2011, s.431) menar att det går bra att redigera i syfte att göra texten mer lättläst men att vara försiktig att inte ändra på innebörden av intervjupersonens mening. När det var något som var ohörbart var vi noga med att inte gissa oss fram till vad som sades utan vi skrev frågetecken istället.

Inför våra intervjuer hade vi inga förutbestämde teman, utan följde bara vår intervjuguide och ställde följdfrågor när det var passande. Anledningen till att vi inte hade förutbestämde teman var för att vi inte ville ha förutfattade meningar och tro oss veta resultatet innan vi hade utfört våra intervjuer. För att analysera våra intervjuer valde vi att koda och bestämma teman efter att vi hade intervjuat och transkriberat intervjuerna. Precis som Rennstam och Wästerfors (2015, s. 223) nämner, är viktigt att flera gånger läsa om materialet. Rennstam och Wästerfors (2015, s. 220) nämner ett bra arbetssätt för att kunna arbeta med det inkomna materialet från intervjuerna. De pratar om att först sortera allt material, för att sedan reducera ner till det viktigaste och för att i slutändan kunna använda detta till sin analys och argumentation. Vi

valde att läsa både enskilt och tillsammans för att på bästa sätt sortera vår empiri. Vi läste först igenom, var för sig, för att få en överblick av materialet, med utgångspunkt i våra teorier och teoretiska begrepp. Inför andra läsningen bestämde vi teman som var vanligt förekommande i det som våra intervjupersoner pratade om. Våra teman som vi valde var: *Att bryta förnekelsen, sjukdomsbegreppet, gruppens betydelse, andligheten och tillfrisknande*. Vi läste sedan en andra gång och delade upp det vi hittade i dessa teman för att en sista gång kolla igenom allt gemensamt och välja ut de citaten vi ansåg var viktiga för att förmedla vad vi ville beskriva i vår analys. Vi skapade sex olika dokument, ett för varje tema, och klistrade in det som vi fann relevant för våra teman. Detta kallas för reducering, att välja det som vi ansåg var viktigt för analysen och välja bort det som inte var lika viktigt (ibid. s. 228). Materialet som återstod efter vår reducering använde vi slutligen i vårt resultat och analyskapitel där vi argumenterade för det resultat vi hade fått fram i studien.

5.6 Etiska överväganden

När man utför en undersökning och ska forska är det viktigt att tänka och handla utifrån de forskningsetiska principerna för att skydda individen. Vi har utfört intervjuer om ett ämne som kan vara känsligt och har därför lagt mycket fokus på att följa de etiska principerna, just för att inte utsätta våra intervjupersoner, eller någon annan som läser vår uppsats och har genomgått något liknande, för någon fysisk eller psykisk skada, samt kränkningar. Vi hade ett krav i valet av våra intervjupersoner, det var en nykterhet på minst fem år. Detta kravet hade vi för att minska chansen att på något sätt trigga igång känslor som kan vara skadliga. För att vi på bästa sätt skulle skydda våra deltagare har vi utgått från de fyra forskningsetiska kraven, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002, s. 5).

5.6.1 Informationskravet

Informationskravet finns till för att forskare som utför studier, har en skyldighet att lämna information till den som deltar i studien. Det gäller att dels ge information om vad studien handlar om, studiens syfte och övrig information om vår undersökning som kan ändra deras vilja att delta i vår studie. Det är dessutom viktigt att förklara att deras deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som helst (Vetenskapsrådet 2002, s. 6 f.). Det kravet har vi tillämpat, genom att först vid vår muntliga förfrågan om intervju, förklarat vad vår studie handlar om. Vi skrev även ihop ett informationsblad som vi skickade via mail till våra respondenter, som de fick läsa igenom innan vi utförde våra intervjuer (se bilaga 2).

5.6.2 Samtyckeskravet

För att säkerställa att våra respondenter hade läst igenom all information som vi gav och godkände detta gjorde vi en samtyckesblankett (se bilaga 3). På grund av pandemin som råder i världen under denna tid, kunde vi inte samla ihop underskrifter från alla våra intervjupersoner, endast dem vi träffade personligen. Detta innebär att de vi träffade personligen fick läsa igenom samtyckesblanketten på plats och skriva under för sitt samtycke och de respondenter vi inte träffade personligen, där vi utförde intervjuer via telefon, fick samtyckesblanketten skickad av oss via mail och fick ge oss ett muntligt godkännande i början av samtalet istället.

5.6.3 Konfidentialitetskravet

Konfidentialitetskravet skriver att det är viktigt att empirin som vi får in från våra intervjuer ska behandlas på ett bra sätt genom att behålla konfidentialitet. Det innebär att inga uppgifter, genom oss, ska nå någon obehörig (Vetenskapsrådet 2002, s.12 f.). Våra respondenter är en grupp som pratar om ett ämne som vi anser vara känsligt och har därför varit noga med att anonymisera allt och att under våra intervjuer inte ställa frågor som kan spåra tillbaka till vem personen är. Vi har inte använt oss av namn i vår uppsats, utan vi har skrivit "Intervjuperson 1, 2" etc. Vi har dessutom inte ställt frågor om vilka behandlingshem det är som de har genomgått sina behandlingar på, just för att behålla anonymiteten. Vi har även varit noga i våra transkriberingar med att inte använda våra respondenters riktiga namn ifall någon under arbetets gång skulle komma åt våra dokument. Nu när vi har skrivit färdigt uppsatsen har all data, både ljudfiler och transkriberingar, raderats.

5.6.4 Nyttjandekravet

Syftet med nyttjandekravet är till för är för att empirin som vi har samlat inför denna studie inte ska användas till något annat. Informationen ska endast användas för det som respondenterna har fått information om (Vetenskapsrådet 2002, s.14). Det står tydligt i vårt informationsblad (se bilaga 2) att informationen som vi samlar in endast kommer att användas för denna uppsats och inget annat. Eftersom vi inte har något behov av informationen efter färdigställt arbete, har vi makulerat materialet.

5.6.5 Etiska överväganden angående Covid-19

Ett annorlunda etiskt dilemma som vi ställdes inför var huruvida vi skulle utföra fysiska intervjuer under den rådande pandemin. Då vi började ta kontakt med våra intervjupersoner

innan kursen samt innan spridningen av Covid-19, började vi i samband med spridningen av Covid-19 att ringa våra intervjupersoner för att informera om att intervjuerna skulle genomföras via telefon/Skype istället för öga mot öga. Det var då tre av våra intervjupersoner som motsatte sig och menade att de kände att intervjuerna är av en personlig karaktär. Därför kände de sig mer bekväma att få träffa oss personligen och på så vis genomföra intervjuerna. Vi ställdes härmed inför ett svårt etiskt dilemma. Det är självklart att det hade varit säkrare för alla inblandade i studien, även inte inblandade, att genomföra intervjuerna genom telefon eller Skype. Men med tanke på att det var nästan hälften av våra intervjupersoner som uttryckte att de ville ha ett fysiskt möte kände vi att det var något värt att överväga. Även Bryman (2011, s. 209 f.) betonar hur det kan vara mindre lämpligt att genomföra telefonintervjuer när man diskuterar känsliga ämnen såsom frågor om alkohol- eller narkotikamissbruk. Detta var varför vi heller inte ville neka våra intervjupersoner ett fysiskt möte och framstå som okänsliga eller oförstående till att det är en del av deras liv som vi vill undersöka, vilket kan vara ett känsligt och personligt ämne. Vi gick därför in på Folkhälsomyndighetens hemsida (2020a&b) och läste igenom deras information och riktlinjer för att minimera risken för att bli smittad och smitta andra. Med den informationen som vi hade tagit till oss ringde vi och informerade våra intervjupersoner och hur dessa applicerades beskrivs i avsnittet om genomförande (5.3) i denna uppsats. Man vill anta i en situation som denna att alla tar sitt eget ansvar för att hålla sig informerad, men då vi nu skulle träffa tre personer som vi skulle intervjua till vår studie kände vi att det var vår skyldighet gentemot alla att vara säkra på att samtliga var informerade om riskgrupper, symptom och försiktighet- och skyddsåtgärder.

5.7 Förförståelse

Vi har tidigare skrivit en B-uppsats om Minnesotamodellen tillsammans, där vi fokuserade på de professionellas perspektiv på Minnesotamodellen. Denna gången skiftar vi fokus och fördjupar oss i brukarnas upplevelse men det innebär att vi, genom att ha skrivit det tidigare arbetet, har en förkunskap om ämnet. När vi skrev om Minnesotamodellen ur de professionellas perspektiv läste vi in oss i ämnet och letade mycket efter tidigare forskning som gjorts. Nikki Svensson har även arbetat på två behandlingshem som använder sig av Minnesotamodellen, det innebär att Nikki har en djupare förståelse och har arbetat med modellen i praktiken. Vi har diskuterat att det finns både fördelar och nackdelar som kan uppkomma av att inte ha samma praktiska erfarenhet, och att ha den praktiska erfarenheten av Minnesotamodellen. Dock tror vi inte att Nikkis förförståelse kommer att påverka vår forskning då vi är ute efter

våra intervjupersoners egna upplevelser, deras uppfattningar och erfarenheter och har varit medvetna om detta i utförandet av våra intervjuer.

6 Resultat och analys

Vi kommer nedan ge en presentation av våra intervjupersoner och fortsättningsvis redogöra för vårt resultat, och kontinuerligt analysera och applicera valda teorier och begrepp, utifrån fem teman, *att bryta förnekelsen, sjukdomsbegreppet, gruppens betydelse, andligheten och tillfrisknande*. Dessa fem teman är ämnen som visat sig centrala i alla våra intervjuer.

6.1 Presentation av studiens intervjupersoner

Vi har sju intervjupersoner varav två är kvinnor och fem är män. Den som har minst tid nykter har varit nykter i 8 år och den som har varit nykter längst har varit nykter i 25 år. När vi refererar till våra intervjupersoner i analysen benämner vi dem som 'intervjuperson 1, 2' etc. Varför vi väljer att inte ge fiktiva namn eller ge en mer ingående beskrivning av våra intervjupersoner är för att vi vill respektera anonymiteten så gott det går då mer än hälften av våra respondenter uttryckte att anonymiteten var viktig för dem. Vi anser inte att detta är någonting som påverkar vårt resultat och följer deras önskan. Det förekommer citat som kan anses stötande för en utomstående vilket har använts i syfte att ge en tydlig och ärlig beskrivning, därför har vi valt att inte redigera dessa citat då vi vill behålla autenticiteten av det som sagts.

6.2 Du ljuger din jävel - Att bryta förnekelsen

Minnesotamodellen arbetar utifrån tolvstegsprogrammet, hämtad ifrån AA och NA, i syfte för den beroende att bli nykter samt att bibehålla sin nykterhet och kunna leva ett funktionellt liv utan sinnesförändrande medel. Det första steget handlar om att erkänna för sig själv att man är maktlös inför drogen och att man har en destruktiv relation till sinnesförändrande medel (Bodin 2006, s. 12). Här hittade vi den första gemensamma nämnaren i våra intervjupersoners berättelser. Med andra ord, beskrev alla våra intervjupersoner att det är avgörande att bryta förnekelsen, att bryta föreställningen om att man är lycklig i sitt missbruk och att inse att ens relation till sinnesförändrande medel är destruktiv innan respondenterna kunde påbörja arbetet mot sitt idag nyktra liv. Alla intervjupersoner berättar om att de hade en föreställning om att droger eller alkohol behövdes i deras liv innan behandling och att deras relation till droger inte var så destruktiv som andra beskrev den. Samtliga intervjupersoner beskriver hur en bero-

ende letar efter personer som är värre i sitt missbruk än vad de själva är i syfte att förfina sin egen livsstil och rationalisera sitt eget droganvändande. Många beskrev också att detta var inställningen de hade med sig in i behandling.

Där är ju faktiskt bara narkomaner och alkoholister, det var ju inte riktigt så jag upplevde mig själv.

Intervjuperson 1

Min första dag på behandlingen, ja, jag minns att jag gick ner i källarens grupprum och skulle vara med i gruppbehandlingen. Efter mindre än halva tiden tänkte jag shit.. vad sjuka dem är, dem pratar i tungor och är tack-samma över allt, hur fan ser dem ut? Dem är ju för fan sjukare än vad jag är.

Intervjuperson 4

Goffman (2014) menar att människor alltid spelar en viss roll i sociala sammanhang och att det är den mask som representerar *vår egna uppfattning* av oss själva, som är den mask vi strävar efter att besitta och den roll som denna mask representerar är den roll som är närmast vårt sanna jag (s. 26 f.). Det kan vara svårt att applicera detta på en människa som lever i ett destruktivt missbruk och samtidigt ger beskrivningen som i citaten ovan. Men citaten beskriver också vad förnekelsen innebär. Förnekelsen, som beskrivits i citaten ovan samt vad citaten förklarar för oss, är att intervjuperson 4 och 1 inte ville ge sig själva rollen av en missbrukare. Istället tar de på sig masken som 'icke-beroende' för att det är denna kategori som de vill tillhöra och förnekar för alla, inklusive sig själva, att de inte skulle tillhöra kategorin "missbrukare". Intervjuperson 4 kommenterar de andras utseende och hur "sjuka" de är, han tillskriver även 'de andra' kategorin missbrukare och tilldelar dem attribut kopplade till denna kategori (Willis 2018, s. 728) som han själv menar sig stå utanför. Alla intervjupersoner instämmer i att en person inte kan påbörja sin väg mot nykterhet förens hen har insett att hen faktiskt har ett problem, är en beroende, och behöver behandling. När vi frågade våra sju intervjupersoner när de skulle säga att deras förnekelsemurar började falla fick vi samma behandlingstillfällen som svar. Det är två behandlingsuppgifter som beskrivits, där en gick ut på att skriva ner vilka konsekvenser personen har fått utav sitt missbruk och den andra som handlar om att skriva ner sin livshistoria. Intervjuperson 5 beskrev här hur han sakta började inse att han "tappat kontrollen" över sitt liv. Han hade gått in i behandlingen med en föreställning om att han bara skulle sitta av sin kontraktsvård och sen återgå till livet så som han hade levt innan, men när

han började skriva ner sina konsekvenser på ett papper blev det svårt för honom att förneka hur hans tidigare livsstil varit problematisk.

Jag tyckte ju inte innan att jag var någon beroende, jag hade en inställning att jag kunde sluta när jag ville det, jag såg mig lite bättre än alla andra. Men när jag såg alla konsekvenser på papperet... det gjorde ont, det minns jag. Det blev svårt att komma undan det faktum att jag hade tappat fullständig kontroll på mitt liv.

Intervjuperson 5

Det viktiga i vad intervjuperson 5 beskriver i ovanstående citat är att han för första gången kunde se att hans användning av droger hade gett honom sanktioner. I samband med den här insikten menar respondenterna att deras tidigare sätt att tänka kring drogernas plats i deras liv började ifrågasättas och förnekelsen kring att man är en "lycklig missbrukare" började falla. Vi vill likna detta stadiet i missbrukskarriären, där den beroende börjar inse vilken skada deras missbruk gett dem, vid en *transition* (Laub och Sampson 2003, s. 39). Som respondenterna beskriver blir insikten av vilka konsekvenser drogerna gett dem ett steg på vägen till att börja inse att drogerna förvärrat deras livssituation istället för att ha förbättrat den, vilket beskrivs föralltid förändrar ens sätt att använda droger.

Man tar bort ursäkter i behandling, innan hittar man på massa ursäkter varför saker sker. Men jag använder droger eller dricker för att jag är en knarkare, punkt; Det är vad man lär sig och när man försöker knarka bort den insikten, för det gör ont.. att försöka ta bort den insikten.. då behöver man mycket knark.

Intervjuperson 5

Här beskriver intervjuperson 5 hur insikten av att han faktiskt knarkade för att han var beroende till en början fick honom att avancera i sin missbrukarkarriär. Scheff och Starrin (2017, s. 196) menar att en känsla av skam kan uppstå när en person börjar tillskriva sig negativa egenskaper tillhörande en stigmatiserad grupp i samhället. Utifrån det interaktionistiska perspektivet att se på skam så kan det intervjuperson 5 gör förklaras som ett *undandragande*, ett sätt att försvara sig mot de skamkänslor som uppkommit från hans probleminsikt. Genom ett undandragande från verkligheten med hjälp av berusningsmedel försökte intervjuperson 5

att bedöva känslorna som uppkommit (Scheff och Starrin 2017, s. 192). På det här sättet skapas en negativ cykel där man avancerar i sin avvikarkarriär (Scheff och Starrin 2017, s. 195 f.) vilket är vad som beskrivs i både ovanstående och följande nedanstående citat.

Jag var drogfri rätt länge, så testade jag igen när jag kom ut [från behandling] och det var katastrof. Jag tänkte vafan gör jag? Sitter jag verkligen här påtänd? Jag har en dotter, jag kan få tillbaka allt, o så gick jag och blev påtänd. Men det är min sjuka hjärna, jag var tvungen att testa för att se om det dom sa var sant, och det var det. Jag fick ångest, fyfan vilken ångest jag fick... Tankarna förstörde mitt rus, jag behövde ta mer än tidigare bara för att dämpa min ångest, och när ruset avtog... ja då behövde jag det ännu mer, mina ursäkten var meningslösa.

Intervjuperson 7

Med det sagt, bara för att den beroende har insett att där skett sanktioner, till följd av hans droganvändande, behöver det inte innebära att en ny livsriktning har skett, vilket krävs för att det ska kallas en *turning point* (Laub & Sampson 2003, s. 39), vilket är varför vi istället liknar denna insikt vid en *transition*. I samband med konsekvensuppgiften beskrevs livshistorian som en viktig uppföljning för att bryta sin förnekelse och föreställningen av att man var lycklig i sitt missbruk, vilket beskrivs av intervjuperson 1 i nedanstående citat.

Så jag i min förnekelse tror att jag har haft kontroll över mitt liv, så att skriva ner stödord till sin livshistoria som man ska presentera efter två veckor det gör ju att ser hur jag har tappat kontrollen, samtidigt som jag gör konsekvensuppgiften, samtidigt som jag gör en droghistoria, så jag får skriva ner allting och ser hur allting har stegrat.

Intervjuperson 1

Livshistorien redogörs endast för medpatienter och utan personal. Till skillnad från intervjuperson 1 var intervjuperson 2 inte ärlig till en början. Han berättar om hur han kom in i behandling som väldigt ung. Hans socialsekreterare fick ansöka om dispens för att placera honom på en vuxenbehandling, han ansågs vara en "fullblodig missbrukare" redan som 17-åring. Han berättar hur han, som ung, mestadels hade fått juridiska konsekvenser och hur han

hade en föreställning om sig själv som en tuff kriminell som använde droger för att han kunde och inte för att han hade ett problem. När han kom till behandling fanns där medpatienter som var från samma stad som han själv, vars kriminella förflutna han kände till och hade sett upp till. Av den anledningen kände han att han behövde hävda sig och överdrev sina kriminella erfarenheter när han skulle redogöra för sin livshistoria.

Jag berättade att jag var tungt kriminell, att jag hade rånat, att jag hade fullt med vapen och knark. Så satt vi där i källaren, jag som 17 år och alla andra som var tungt kriminella. Så ställer sig en av de upp, som jag visste suttit minst 8 år [i fängelse], och skriker på mig 'DU LJUGER DIN JÄVEL!' Va? sa jag. 'DU LJUGER DIN JÄVEL, DU ÄR JU FÖR FAN KNAPPT FÖDD' skrek han. Det enda jag hade gjort var att injicera. Jag blev bara så jävla rädd. Jag pratade med personalen och gjorde om hela min livshistoria och berättade sanningen.

Intervjuperson 2

Intervjuperson 2 menar att den här upplevelsen inte bara skrämde honom till att vara ärlig framför gruppen, utan även mot sig själv.

Jag fattade där och då att det enda jag har lyckats med är att knarka ovanligt mycket för min ålder utan att dö, och det är ett problem, jag är inte lyckad kriminell, jag är en knarkare.

Intervjuperson 2

Om man tittar på denna händelse utifrån Goffmans (2014, s. 40) dramaturgiska perspektiv skulle man till en början förklara det intervjupersonen 2 gör som ett *dramatiskt förverkligande*, han dramatiserade sitt liv för att förstärka den kriminella rollen han ville förmedla för sin publik (Goffman 2014, s. 30). I en djupare analys kan man anta att intervjuperson 2 hade levt i ett sammanhang där hans kriminella livsstil ansågs vara något positivt, vilket förklarar varför han såg upp till personen vars kriminella förflutna han kände till. Det som förändrades med händelsen, beskriven i citatet ovan, är att hans nya publik inte ansåg den kriminella livsstilen vara något positivt. Utifrån stämplingsteorin har nu omgivningen *stämplat*

intervjuperson 2s handlingar som något negativt och inte förens detta har skett kunde han se sin handling som avvikande (Månsson, 2017 s. 179). Han identifierade sig vid detta tillfälle möjligen med samma grupp som tidigare, men ansåg det vara något negativt på grund av sina åskådares uppfattning.

Alla intervjupersoner beskriver betydelsen av att ta del av en annan medpatients erfarenhet eller dessas feedback på deras egna redogörelser. Intervjuperson 6 berättar hur hon satt i grupp och fick ta del av medpatienters konsekvens uppgifter innan hon själv hade påbörjat sin redogörelse; “ Jag kände igen mig i alla konsekvenser dem sa, då var det svårt att framställa mig som bättre än dem” - Intervjuperson 6. Något viktigt som beskrivs i de sista två citaten är hur intervjupersonerna nu identifierade sig med de som de tidigare ansåg var “sjukare” än dem själva var. Vid det här tillfället vill vi påstå att våra intervjupersoner beskriver en *turning point* i behandlingen. En *transition* har nu kombinerats med en personens *trajectory*, den beroende har nu brutit sin förnekelse och fått insikten att hen är en beroende som behöver hjälp. Som ovanstående citat beskriver har de sett sina konsekvenser och identifierat sig själv som beroende (*transition*) vilket har gett insikten om att hen behöver behandling för sitt problem (livsriktning), och en *turning point* har här genererats. En viktig *transition* (händelse) i den beroendes *trajectory* (livsriktning) har kombinerats, genererat en *turning point* (vändpunkt) (Laub & Sampson 2003, s. 39), och den beroende kan först nu, enligt respondenterna, ta emot hjälp för sin beroendeproblematik.

6.3 Föralltid sjuk - Om sjukdomsbegreppet

Många beskriver att skammen som följde efter att ha insett vad de gjort i sitt aktiva missbruk gjorde att det kände sig äckligare än alla andra. I det här stadiet blev möjligheten att höra andras erfarenheter nämnt som viktig för att bringa sig själv hopp. Minnesotamodellens perspektiv på beroende som en sjukdom nämndes som betydelsefullt för att kunna hantera sina skamkänslor och minska risken för att återgå till sitt missbruk, som annars kan ske om en håller kvar vid ohanterade skamkänslor (Scheff och Starrin 2017, s.195).

Jag såg inte beroende som en sjukdom, jag såg det som så många andra, som ett problem med karaktär. Att det handlar mer om vilja, och jag var oförmögen och viljesvag.

Intervjuperson 3

Som nämnt i tidigare avsnitt av den här uppsatsen utgår Minnesotamodellen från att beroende är en kronisk sjukdom som *inte* kan botas men som kan kontrolleras med rätt hjälpmedel (Cook 1998a). Som beskrivs i avsnittet “Du ljuger din jävel” behövs en förnekelse brytas innan behandling kan påbörjas, vilket medför en identifiering med kategorin missbrukare samt denna kategorins egenskaper och förväntningar, vilka ges exempel på av intervjuperson 3 i ovanstående citat. För att förstå hur Minnesotamodellens sjukdomsbegrepp hjälpte samtliga att kunna hantera sin ångest blir stämplingsteorin relevant även här. Som beskrivits menar stämplingsteorin att en människas handlingar blir ‘stämplad’ av sin omgivning som avvikande och först då tillhör dem en avvikande samhällsgrupp (Scheff och Starrin 2017, s. 179) samt att denna ‘stämpling’ medför en tillskrivning av vissa egenskaper och förväntningar (Willis 2018, s. 728). Med ett sjukdomsbegrepp kan de beroende nu istället tillskriva sig själva en annan kategori med andra egenskaper och förväntningar.

Man har inget ansvar förens man vet att det är en sjukdom och man vet att man bär på sjukdomen. Ingen diabetiker får ta ansvar för att man faller i koma för att han äter godis om han inte vet att han är en diabetiker. Jag har inte ansvar för min alkoholism eller narkomani om jag inte vet att jag har en sjukdom, först då kommer ansvaret att behandla den.

Intervjuperson 1

Vad som kan utläsas från ovanstående citat är att våra respondenter idag, med hjälp av sjukdomsbegreppet, menar att de har en sjukdom som ligger till grund för varför de missbrukat som de gjort vilket de beroende beskriver ger en dämpande effekt på deras skuld- och skamkänslor då de menar att du inte kan klandra en person som inte vetat att denna var sjuk. Precis som i Morojele och Stephensons (1992 s. 35) studie har respondenternas sjukdomsin- sikt medfört en förståelse att de behöver hjälp, vilket resulterar i en förmåga att ta emot hjälpen som erbjuds. Viktigt att poängtera är att respondenterna inte menar att denna diagnos tar bort deras ansvar, snarare att det ger en förklaring och att det nu finns en förväntning av dem att ta ansvar över sin sjukdom.

Har jag en sjukdom så är jag ju ansvarig att ta hand om mitt tillfrisknande.
Vilket innebär att jag föralltid kommer att vara beroende, alltså föralltid

sjuk, och då ansvarar jag för att samtidigt vara tillfrisknande.

Intervjuperson 7

Sjukdomsinsikten vill vi likna vid en *transition* på vägen ur ett missbruk då våra respondenter beskriver insikten som en viktig hjälp i att kunna hantera vad de gjort i sitt aktiva missbruk i nyktert tillstånd, utan att fly tillbaka till ruset som undanflykt. Med stämplingsteoretiska glasögon på sig har respondenterna, genom sjukdomsbegreppet, tillskrivit sig en ny, mer accepterad, kategori med nya egenskaper och förväntningar som hjälper dem hantera hur de tidigare levt utan att slå allt för hårt på sig själva. För att återgå till stämplingsteorin menar denne att den som blir tillskriven en kategori kan påbörja något av en självuppfyllande profeta där personen börjar efterleva de förväntningar som tillhör kategorin i fråga (Willis 2018, s. 730), vilket kan förklara det som beskrivs sker i samband med sjukdomsinsikten.

6.4 Hon har varit lika äcklig som jag - Gruppens betydelse

Något vi fann intressant med våra intervjuer var hur vi fick en beskrivning av att våra intervjupersoner till en början inte ansåg sig lida av sitt missbruk, som redogjorts för under analysens första tema, men att de senare beskriver en känsla av att deras missbruk var så avancerat och fyllt av synder att de hade en rädsla för att behandlingen inte skulle kunna hjälpa dem. I det här skeendet poängterade alla att gruppen hade en stor, nästan enskild, betydelse för deras fortsatta behandling samt nykterhet. Intervjuperson 1 beskriver rädslan över hur hon återkommande kunde tvivla på att behandlingen kunde hjälpa henne då hon i stunder ansåg sig värre än andra men hur det hjälpte att ta del av andras erfarenheter för att inse att hon inte var ensam.

Så ser du ändå, då när du tvivlar på dig själv som mest, du sneglar på någon och tänker vafan hon är ju som jag, hon har varit lika äcklig som jag, men hon verkar må bättre. Eller så är det någon medpatient som säger till dig, 'du, jag var exakt där du va för två veckor sen', det ger en hopp.

Intervjuperson 1

Intervjuperson 5 beskriver hur han, efter att ha brutit sin förnekelse, börjat inse hur destruktivt han verkligen hade levt tidigare och hur han tvekade på att en vanlig samtalsbehandling skulle

kunna hjälpa någon som var "så sjuk som honom". Liknande beskrivningar får vi av alla intervjupersoner. Intervjuperson 2 hade, som tidigare beskrivits, kommit till insikt med att han var väldigt ung för att ha ett sådant avancerat missbruk som han hade. Detta gjorde också att han hade svårare att känna igen sig i de andras konsekvenser och relatera, vilket gjorde att han tvivlade på om minnesotabehandlingen skulle ha hjälpt honom även när han väl skrevs ut från behandlingen. Han valde att dela denna känsla på ett NA-möte.

1997, det va på ett NA-möte. Asså det var en gammal tjack-pundare då som var drogfri och berättade att han varit det i många år och som blev det bara några år äldre än mig, och så tittade jag på den jäveln och så tänkte jag; asså kan han då kan nog fan jag osså.

Intervjuperson 2

Intervjuperson 2 menar att tillgängligheten till NA/AA-möten gör det möjligt för vem som helst att känna igen sig, oavsett bakgrund, ålder, samhällsklass eller kön, men även att de blir något att falla tillbaka till om den gamla livsstilen börjar locka efter behandling. Intervjuperson 4 ger en liknande beskrivning och förklarade att behandlingen aldrig hade fungerat eller kunnat hjälpa någon utan en grupp, detta för att gruppen har en viktig del i alla moment man gör i behandling samt att stödet finns kvar i form av tillgängligheten till NA/AA-möten. Han förklarar hur möjligheten att känna igen sig i andra, hur andra kan känna igen sig i dina svårhanterliga känslor eller dina destruktiva beteendemönster och tankar och varna dig om du är på din väg tillbaka till dessa, är oersättlig. Woods, Ferrari och Jason (1995, s. 311) drar slutsatsen att medlemmarna ersatt beroendet till sinnesförändrande medel med ett beroende för gruppen. Vi säger inte emot deras slutsats men vill istället likna gruppen med Goffmans (2014, s. 102 f.) 'bakre region' och är där en människa kan frånträda sin roll, bli informell och avslappnad. Vi vill lägga betoningen på beskrivningen respondenterna ger av att kunna diskutera fritt om deras mest skamfyllda erfarenheter, gemenskapen och stöttningen, gruppen blir deras bakre region där rädslan för att bli dömda försvinner.

Laub och Sampson (2003) nämner inget begrepp som symboliserar när något är konstant närvarande och viktigt för att bibehålla den nya *trajectory* (livsriktning) som har tagit sin början efter en *turning point*. Vilket gör det svårt när vi i vårt insamlade material kan identifiera igenkänning med andra som något viktigt som inte bara genomsyrar hela behandlingen, som kan utläsas genom hela vår analys, utan även fortsätter att ha en avgörande roll efter behand-

lingen. Laub och Sampsons (2003, s.22) sätt att se på förändring som en process, *desistance*, blir det vi får luta oss på här. Skillnaden är möjligen att det för en beroende är en konstant process som **aldrig** tar slut, varför vi finner det viktigt att poängtera detta i vår analys. Skulle vi få möjlighet och leka med Laub och Sampsons (2003) teori skulle vi benämna igenkänningen och gruppens betydelse som *a consistent transition*. Laub och Sampsons (2003, s. 22) *desistance* begrepp används för att benämna förändringen som en process. I denna process finns olika *transitions* (händelser) som inträffar på väg mot en *turning point* (ibid. s. 39). Vårt val av att tillsätta 'consistent' är ett försök att beskriva en återkommande (*consistent*) betydelsefull händelse (*transition*) som hela tiden funktionerar som hjälp för att bibehålla ens nya livsriktning (*trajectory*), i detta fall igenkänningen hos gruppen på vägen ur en missbrukskarriär som respondenterna menar aldrig tar slut.

6.5 Gud kan vara en papperskorg - om andligheten

Jag hade ingen förförståelse alls. Jag trodde att det var en jävla sekt, för dom jag hade träffat, gamla vänner som hade varit med i programmet, jag kallade de pastorena, dem stod som präster och skrek halleluja. Det var liksom det jag hade förstätt.

Intervjuperson 1

Den tidigare uppfattningen av minnesotamodellen, som beskrivs ovan, är inte ovanlig hos våra respondenter. Fem av sju intervjupersoner antydde att deras förförståelse angående behandlingen var att de trodde att behandlingen var som en "sekt". Kritiken mot Minnesotamodellen grundar sig mycket i den högre makten och i ordet Gud som nämns i de tolv stegen (Woods, Ferrari och Jason 1995, s. 311). Woods, Ferrari och Jason (1995, s. 311) undersökte just spiritualiteten och andlighetens betydelse. Vad deras undersökning kom fram till var att andligheten var viktig för att få hoppet om att en högre makt kunde leda de igenom nykterhetsprocessen. När vi frågade vad andligheten hade för betydelse gav våra respondenter olika svar. För de flesta var det inte religiöst, det handlade inte om Gud, utan det var något annat som de kände att de kunde vända sig till. Intervjuperson 2 beskriver att han till en början var en av de som la för mycket vikt i ordet Gud tills personalen förändrade hans syn:

Jag sa 'vafan gud? jag tror inte på gud'. De sa 'skit i ordet gud, gud för dig kan vara en papperskorg.' Det spelar ingen roll. De sa att man inte ska lägga mycket tid på ordet gud. Ordet högre makt förstår man bättre sen.

Intervjuperson 2

Intervjuperson 2 fortsätter att beskriva om hur ordet 'gud' nämns i de 12-stegen men förklarar att stegen alltid avslutas med "sådan vi uppfattade Honom", och att han själv använder 'högre makt' istället för ordet Gud. Kritikerna menar att Minnesotamodellen lär sina medlemmar att vara hjälplösa genom att överlämna nykterhetsprocessen till en högre makt (Woods, Ferrari och Jason 1995, s. 316). Detta var inte bilden våra respondenter målade upp. Snarare förklarades den högre makten vara något som skulle hjälpa dig att försonas med dig själva trots det som gjorts i missbruket:

Det är inte religiöst. Beroende är en fysisk sjukdom, men den är även en psykisk och andlig på det sätt att man förstör sin egna självbild genom att göra saker som jag har lärt mig är fel att göra. När man gör saker som man inte vill egentligen, att stjäla från sin mamma, det vet man är fel, men jag gör det ändå. Då händer det något med mig som person, jag blir andligt förstörd, därför behövs det något andligt att tro på för att läka. Någonting att fylla det hålet med. Det är en jätteviktig bit egentligen. Att finna mening.

Intervjuperson 1

Det interaktionistiska sättet att se på skam menar att om skamkänslor inte hanteras på adekvat sätt kan det leda till ett destruktivt beteendemönster (Scheff och Starrin 2017, s. 195), som beskrivet i citatet ovan blir tron om en andlig aspekt viktig för att acceptera och för att läka känslomässigt. Andligheten är alltså inte något absolut, det går inte att definiera vad det är, utan beskrivs vara vad respondenterna känner att den behöver för att ta sig igenom en tuff period i livet, vilket instämmer med Cooks (1998a s. 625 ff.) förståelse över andligheten. Med sju olika svar, från alla våra sju intervjuer fick vi en djupare förståelse, att den högre makten var viktig men att den såg olika ut för var och en av våra intervjupersoner. Intervjuperson 3 beskrev att han som missbrukare, och alla beroende i allmänhet, är väldigt självcentrerade.

Han förklarade att när man är mitt i ett missbruk är det svårt att tänka utifrån något annat än sig själv.

Vi beroende är väldigt självcentrerade oftast, allting har handlat om oss, att hela tiden tänka jag jag jag jag [...].

Intervjuperson 3

Han förklarar vidare att det inte håller i längden, och att man måste se saker ur ett “vi-perspektiv” istället för ett “jag-perspektiv”. För honom var den högre makten, andligheten, ett perspektivskifte som behövde ske för att hans nykterhetsprocess skulle lyckas. Att börja tro på något större än honom själv och att skaffa en samhällstro. Andligheten och den högre makten beskrev alla våra intervjupersoner som något som de inte riktigt förstod förens efter sin behandling. Det var en process, likt den Laub och Sampson (2003, s. 22) beskriver. Det de menar är att alla förändringar i livet inte bara blir, utan att det är en process som de kallar för “desistance”. Att bli nykter, att sluta använda beroendeframkallande substanser, samt att ändra på hela ens beteendemönster, är en stor livsförändring och inte något som görs över en natt. Att finna den högre makten är en viktig del av denna process mot förändring för att nå det slutliga målet, att göra en livsstilsförändring och att börja tillfriskna. Även andligheten vill vi beskriva som en återkommande *transition*.

6.6 Jag behöver inte dricka paraplydrinkar på Jamaica- Om tillfrisknande

Nylander (2012) beskriver hur en nykter livsstil innebär en livsstilsförändring. Nylanders studie visade på att rutiner var något mycket viktigt för att inte få ett återfall efter avslutad behandling. I intervjuerna beskrevs den fördjupade behandlingen fokusera på att lära sig rutiner och vikten av rutiner i livet för att inte falla tillbaka på samma banor som tidigare. En av våra intervjufrågor handlade om den fördjupade behandlingen och vilken betydelse den hade för våra intervjupersoner. Alla beskrev den som mycket viktig, inte bara för att vara nykter, utan för att ‘tillfriskna’ och leva ett välfungerande liv.

Det innebar att jag fick fortsätta min påbörjade bana, det här med självkännedom, börja titta på det här, vem är jag? Hur funkar jag? Hur funkar jag i grupp? Hur förhåller jag mig till regler? Hur förhåller jag mig

till förväntningar? Vilka beteenden har jag som skulle kunna störa för mig på min väg till tillfrisknande? Lära mig att komma i tid, det var mycket om regler och förväntningar. Att jag skulle lära mig att städa, att bädda sängen, att följa rutiner. Det var nog det största för mig, att få rutiner och att inse vikten av rutiner.

Intervjuperson 7

Att ändra på hela sin livsstil innebär att tillfriskna. När våra intervjupersoner beskriver ett nyktert liv, beskriver de det inte som att bli nykter, utan som att tillfriskna. Intervjuperson 1 beskriver att det finns en skillnad på att vara nykter och att vara tillfrisknande. Hon förklarar att det finns "falska kapitulationer", människor som är nyktra i ett par år men som återfaller på grund av att personerna inte har lagt fokus på att tillfriskna, utan har istället bara fokuserat på att vara nyktra. Laub och Sampson (2003, s. 22) begrepp 'termination' används för att beskriva ett synsätt på hur en avvikarkarriär slutar och skulle innebära att dagen det sista sinnesförändrande medlet konsumerades är slutet på avvikarkarriären. Våra intervjupersoner kan alla ge oss datum för när deras sista berusning ägde rum och kallar detta dagen det blev nyktra men något som vi väljer att benämna som *transition*, en viktig livshändelse (ibid. s. 39) men inte målet. Detta för att tillfriskna beskrivs skilja sig från nykter och detta beskrivs på samma sätt som begreppet 'desistance', tillfrisknandet är en process (ibid. s. 22). Intervjuperson 6 ger en tydlig beskrivning:

Problemet är inte och vara nykter, det har vi alla lyckats med, det är att hålla sig nykter och det gör den tillfrisknande. Jag kommer ihåg när en terapeut på en föreläsning nämnde att hon stod på balkongen och njöt av en kopp kaffe och då tänkte jag; mitt liv ska ju vara roligare än en kopp kaffe på en balkong. Idag säger jag samma sak som henne, det är det som är livet, jag kan njuta av det lilla i närvaron. Jag behöver inte dricka paraplydrinkar på Jamaica, dit jag aldrig kommer att komma ändå. Det är det som är skillnaden, den tillfrisknande njuter, den nyktra längtar bara efter nästa rus.

Intervjuperson 6

7 Avslutande diskussion

Frågeställningar: Vilka inslag inom minnesotamodellen upplevs som betydelsefulla, för att bli nykter, ur ett brukarperspektiv? På vilket sätt bidrar dessa inslag till en nykter livsstil? Hur kan detta förklaras utifrån ett interaktionistiskt perspektiv? Vi har utifrån ett empiriskt material bestående av sju individuella kvalitativa intervjuer redogjort för vilka inslag i en minnesotabehandling som upplevts som betydelsefulla för ett nyktert liv, ur ett brukarperspektiv. Vår undersökning utmynnades i fem specifika moment, inom Minnesotamodellen, som har visat sig vara av avgörande betydelse för respondenternas möjlighet till ett nyktert liv. Det första momentet vi identifierade var resultatet av en kombination av två specifika behandlingstillfällen, en konsekvensuppgift och en livshistoria. Enligt våra respondenter ser sällan en beroende precis hur destruktivt dess missbruk är samt att en beroende rationaliserar sitt missbruk. Dessa behandlingstillfällen visade sig i vår undersökning omöjliggöra de tidigare rationaliseringarna, som tidigare fungerade som ett sätt att intala sig själva att deras missbruk inte var avancerat nog för att klassificeras som ett problem. Därmed förstörs illusionen av att en är lycklig i sitt missbruk vilket gjorde detta till ett betydelsefullt moment i behandlingen. Utifrån en analytisk ståndpunkt kom vi fram till att med dessa kunskaper skedde en identifiering mellan våra respondenter och en beroende. Tidigare föreställningar om vilken roll man har haft, och vilka egenskaper som tillhörde, förändrades med identifieringen vilket möjliggjorde att man nu kunde ta emot hjälp för sitt problem. Detta liknade vi vid en vändpunkt i respondenternas nykterhetsprocess.

Nästa moment som vi identifierade som betydelsefullt var Minnesotamodellens syn på beroende som en sjukdom. Ur analytisk synpunkt framstår det som att identifieringen, eller stämplingen, med kategorin missbrukare medförde reflektioner över vad respondenterna gjort i sitt aktiva missbruk, vilket skapade skamkänslor och ångest. Genom sjukdomsbegreppet tillskrev sig respondenterna en ny kategori som inte medför lika avvikande egenskaper och förväntningar, nämligen en som är sjuk, vilket hjälpte respondenterna att förlåta sig själva för tidigare beteenden. Resterande moment som vi utläste var moment som respondenterna beskriver som processer utan slut och något som valde att likna vid återkommande transitions. Dessa moment var möjligheten att ta del av andras erfarenheter som började med gruppen på behandlingen, men som senare blev gruppen på NA/AA-möten. Mötena fungerar som respondenter-

nas back-stage, en frizon, där de kan ventilera sina känslor och i de tillfällena nykterheten känns omöjlig få hopp genom någon annans framgångssaga eller påminnas om lidandet det inte vill återvända till. Andligheten är något som Minnesotamodellen har fått utstå kritik för, då kritikerna menar att den är religiös och tar bort ansvaret för nykterheten från individen genom att förlita sig på Gud (Woods, Ferrari och Jason 1995, s. 316). Kritikernas bild av andligheten var inte den våra respondenter målade upp. Däremot fann vi den svår att förklara eller analysera då dess betydelse var individuell och inte gick och definiera. Den närmaste gemensamma förklaring är att den fungerar som ett sätt att hitta mening och stöttning när respondenterna befinner sig i svåra tider, även i nutid. Det sista momentet eller inslaget var minnesotamodellens sätt att skilja på nykter och tillfrisknande. Det poängterades från alla våra intervjupersoner att det var en viktig skillnad mellan att vara nykter och tillfrisknande. Nykter kan förklaras genom termination-begreppet (Laub and Sampson 2002, s. 22), men tillfrisknande sker genom desistance (ibid. S. 22) en process som konstant underhålls, en livsstilsförändring och en förmåga till uppskattning av livet.

I vår undersökning verkar det som att det sistnämnda momentet är en av de viktigaste delarna för att förstå respondenternas upplevelse av vad som är viktiga moment inom Minnesotamodellen. Varför vi vill påstå detta, är för att nykterheten i sig är något vi till en början föreställde oss skulle vara en turning point, vilket vi nu efter undersökningen inte vill påstå längre. Nykterheten i sig är en transition, en viktig händelse, men inte något som lyftes som särskilt viktig i respondenternas utsagor. Nästan alla moment som beskrivs är moment som respondenterna menar existerar även i deras liv idag, vi valde att likna exempelvis gruppens betydelse vid en *transition* som är konstant återkommande, vilket även andligheten och tillfrisknandet är. Vi förväntade oss, möjligen med förförståelse från vår tidigare nämnda b-uppsats, att det skulle vara tydliga händelser som visat sig avgörande under behandlingen, men det var inte resultatet vi fick. Det viktigaste delarna genomsyrar och fortsätter genomsyra hela livsstilen och tankevärlden hos våra respondenter även efter behandling och påverkar deras livsstil och livssituation. Detta överensstämmer med vad Stenius (2016) återberättar, att det egentligen inte är behandlingsmetoden som är den största faktorn till nykterhet, utan livssituationen efter och vi instämmer utifrån vår studie med Nylander (2012) som menar att Minnesotamodellen lär ut ett helt nytt sätt att leva.

Något annat som förvånade var hur personalens roll verkade ha väldigt lite betydelse. Även om personalen nämndes ge ut uppgifter, förklara sjukdomsbegreppet eller betydelsen av ordet

Gud, lyftes de inte upp som avgörande för respondenterna. Vid möjligheten av ytterligare en studie hade det varit intressant att jämföra brukarperspektivet med vad personalen upplever som avgörande moment. Kommer samma saker att nämnas? Vi har genom vår undersökning även förstått att AA/NA är en stor del både i och efter behandling. Det kanske hade varit en idé att undersöka dagens situation inom AA/NA, studera deras litteratur, intervjua dess medlemmar och avslöja eller bekräfta myten om religiositet som de fått utstå så mycket kritik för.

Vi vill avsluta denna uppsats med att säga att vi inte bara tycker den har varit givande och intressant i studiesyfte, vi har även introducerats och inspirerats om vikten av att vara tacksam för livet, att våga leva livet utifrån livets egna villkor och att vi inte behöver en paraplydrink på Jamaica för att njuta.

“Gud, sådan vi uppfattade honom, giv mig sinnesro
att acceptera det jag inte kan förändra
mod att förändra det jag kan
och förstånd att inse skillnaden. “
(AA i Sverige 2006b, s. 109)

8 Referenslista

AA i Sverige (2006a) *För det vidare*. Stockholm: AA förlaget.

AA i Sverige (2006b) *Tolv steg och tolv traditioner*. Stockholm: AA förlaget.

Ahrne, Göran & Peter Svensson (2015) *Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Anderson, Daniel J., McGovern, John P., Dupont, Robert L. (1999) The origins of the Minnesota Model of addiction treatment—A first person account. *Journal of Addictive Diseases* 18 (1): 107-114.

Anonyma alkoholister (u.å.) AA:s historia.

[<http://www.aa.se/om-aa/aas-historia>]. Hämtat: 2020-05-11

Bodin, Maria (2006) The Minnesota model treatment for substance dependence: program evaluation in a Swedish setting. Doctoral theses. Institutionen för folkhälsovetenskap/ Department of Public Health Sciences. Karolinska institutet.

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Cook, C.H Christopher (1998a) The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part I. The Philosophy and the Programme. *British journal of addiction* 83 (6): 625-634.

Cook, C.H Christopher (1998b). The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part II. Evidence and Conclusions. *Brittish journal of addiction* 83 (7): 625-637.

Folkhälsomyndigheten (2020a) Skydda dig och andra från smittspridning.

[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/skydda-dig-och-andra/>] Hämtat: 2020-06-05.

Folkhälsomyndigheten (2020b) Information till riskgrupper om covid-19.

[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/rad-och-information-till-riskgrupper/>] Hämtat: 2020-06-05.

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2002). Stockholm: Vetenskapsrådet.

Goffman, Erving (2014) *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. Lund: Studentlitteratur.

Herlofson, Jörgen (2014) *Minipsykiatri*. Stockholm: Natur & kultur.

Johnson, Björn, Torkel Richert & Bengt Svensson (2017) *Alkohol- och narkotikaproblem*. Lund: Studentlitteratur.

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

Ken C. Winters, Randy D. Stinchfield, Elizabeth Opland, Christine Weller & William W. Latimer (2000). The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction* 94 (4): 601-612.

Laub, John H. & Robert J. Sampson (2003) *Shared beginnings, divergent lives: delinquent boys to age 70*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minnesotamodellen (u.å.) Historia.

[<http://www.minnesotamodellen.se/historia/>]. Hämtat: 2020-05-14

Morojele, Neo K. & Geoffrey M Stephenson (1992) The Minnesota Model in the treatment of addiction: A social psychological Assessment of changes in Beliefs and attribution. *Journal of community & applied social psychology* 2 (1): 25-41.

Månsson, Sven-Axel (2013) Interaktionistiska perspektiv på studiet av sociala problem – processer, kariärer och vändpunkter. I : Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans

(red.) *Perspektiv på sociala problem*, Stockholm: Natur & Kultur.

Nealon-Woods, Michele A. , Joseph R. Ferrari & Leonard A. Jason (1995) Twelve-Step Program Use Among Oxford House Residents: Spirituality or Social Support in Sobriety? *Journal of substance abuse* 7 (3): 311-318.

Nylander, Stina (2012) changing my life one step at a time – using the Twelve Step program as design inspiration for long term lifestyle change. *NordiCHI*, 14-17 October 2012, Copenhagen, Denmark.

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) Att analysera kvalitativt material. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Scheff, Thomas J. & Starrin, Bengt (2013) Ett emotionssociologiskt perspektiv på sociala problem: skam och utsatthet. I : Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans (red.) *Perspektiv på sociala problem*, Stockholm: Natur & Kultur.

Socialstyrelsen (2019) Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2018. [<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-5-19.pdf>]. Hämtat: 2020-05-20

Socialstyrelsen (2019) Tolvstegsbehandling enligt Minnesotamodellen. [<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/tolvstegsbehandling-enligt-minnesotamodellen/>]. Hämtat: 2020-05-15

Stenius, Kerstin (2016) Recovery i Norden: stöd för det sociala i missbruksvården eller onödig import? [<https://nordicwelfare.org/popnad/artiklar/recovery-i-norden-stod-for-det-sociala-i-missbruksvarden-eller-onodig-import/>]. Hämtat: 2020-05-23

Thurén, Torsten (2007) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber AB.

Willis, Gwenda M. (2018), Why call someone by what we don't want them to be? The ethics of labeling in forensic/correctional psychology. *Psychology, Crime & Law* 24 (7): 727-743.

9 Bilagor

9.1 Bilaga 1 - Intervjuguide

Inledande frågor

Hur gammal är du?

Hur länge har du varit nykter?

Vilken term hade du använt för att beskriva en person med en tidigare missbrukshistorik? (Ex. Nykter/före detta/klient/brukare/beroende)

Erfarenheten innan behandling- (Syftet med dessa frågor är att få en bild av hur pass mycket förförståelse intervjupersonen hade innan behandling som kan ha påverkat hur enkelt/svårt personen hade att ta sig an behandlingsformen)

- Hur skulle du förklara Minnesotamodellen för någon som inte har någon tidigare kunskap?
- Vad är en Minnesotabehandling för dig?
- Hur kom du i kontakt med Minnesotabehandlingen?
 - Vad var din förförståelse/uppfattning kring minnesotamodellen?
- Vad hade du för inställning/motivation till att bli nykter när du först kom dit?
- Hur såg du på beroende innan behandlingen? Hur ser du på det nu?
- Hur ser du på begreppet "nykter" i anslutning till någon med tidigare missbruksproblematik?

Upplevelsen under behandling- (Syftet med dessa frågor är att fånga intervjupersonens bild av behandlingen, hur personen upplevt behandlingen i olika avsnitt och vad som sägs har betydelse, det är utifrån denna beskrivning och upplevelse följdfrågor ställs.)

- Om du tänker tillbaka på din första dag på Minnesotabehandlingen, hur skulle du beskriva den? (Känslor, tankar, bemötande?)
- Hur ser minnesota behandlingens upplägg ut? Enligt din upplevelse?
- Vad innebär/innebar den första behandlingsperioden för dig? (primär)
- Vad innebär/innebar den fördjupade behandlingen för dig?
- Minnesotamodellen har influerats av AA/NA:s tolvstegsprogram, hur upplevde du detta under din behandling?

Lärdomarna efter behandling- (Syftet med dessa frågor är att få en bild av hur behandlingen påverkat personens liv övertid och vad de idag ser som viktigt/inte viktigt som kanske inte var uppenbart där och då)

- Om du tänker tillbaka till din sista dag på Minnesotamodellen, hur skulle du beskriva den? Hur hanterade du de känslorna? (Känslor, tankar?)
- Vad anser du idag vara dina viktigaste lärdomar från behandlingstiden? Finns det något du hade ändrat på?
- Vilka inslag i behandlingen tror du är viktigast för resultatet?
- Vad anser du idag som avgörande tillfällen/händelser kopplat till behandlingen, för din nykterhet? (Turning point)
 - Hur ser du på personalens roll under behandlingen?
- Minnesotabehandling är ju en gruppbehandling, hur ser du på det andra deltagarnas roll i din nykterhet?

- Minnesotamodellen använder sig av sjukdomsbegreppet, vad innebär det för dig? Hur skulle du förklara det? Då och nu.
- Hur förklarar/ser du på begreppet tillfrisknande? Då och nu.
- Hur ser du på andlighet som inslag i behandling, vilken betydelse har det?

9.2 Bilaga 2 - Informationsblad

Hej!

Vi är två socionomstudenter, Nikki Svensson och Maya Saadeddin, på Lunds universitet som ska skriva vår kandidatuppsats. Ämnet som vi är intresserade av att undersöka är Minnesotamodellen och vilka moment inom behandlingen som har upplevts som betydelsefulla för Dig som har genomgått behandlingen. Detta kommer vi att undersöka genom att genomföra kvalitativa intervjuer med personer som har genomgått behandlingen. Intervjun beräknas vara mellan 45-60 minuter och kommer, med Ditt samtycke, att spelas in. Inspelningen kommer att transkriberas och när vi har skrivit färdigt vår uppsats kommer ljudfil samt transkribering raderas. Informationen som samlas in under intervjuerna kommer endast att användas för denna uppsats.

Ingen obehörig kommer att få ta del av materialet som vi samlar in. Dina personuppgifter kommer att avidentifieras och kommer inte vara synliga i den färdigställda uppsatsen. Deltagandet är helt frivilligt och du kan välja att avbryta din medverkan när som helst.

Vid eventuella frågor är du välkommen att kontakta oss via mail (XXX) eller telefon (XXX).

Vänliga hälsningar,

Nikki Svensson & Maya Saadeddin, socionomstudenter

9.3 Bilaga 3 - Samtyckesblankett

SAMTYCKESBLANKETT

Skriftligt, informerat samtycke till medverkan i intervjustudien med titeln; Föralltid sjuk men samtidigt tillfrisknande - En kvalitativ intervjustudie om Minnesotamodellens betydelsefulla moment ur ett brukarperspektiv.

- Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in, bearbetas och handhas.
- Jag har även informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak.

- Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie som handlar om Minnesotamodellens mest betydelsefulla moment ur ett brukarperspektiv.

Ort/Datum/År:

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Forskarens underskrift:

Namnförtydligande: