

*Masteoppgave*  
*Ernæring, helse- og miljøfag*

*Selvhjelpsgruppen AA*  
*En kvalitativ studie av folks erfaringer med deltagelse i Anonyme Alkoholikere*

*Frode Jacobsen*  
Avdeling for helse, ernæring og ledelse

## **Forord**

Først og fremst vil jeg takke mine respondenter som stilt opp og gitt av seg selv. Det dere har gjort er beundringsverdig!

Jeg vil takke mine kolleger med god hjelp til å finne respondenter, og for alle interessante innspill om Anonyme Alkoholikere.

Takk til min veileder Adam Vogt for god hjelp og støtte i den tidvis meget slitsomme prosessen det er å skrive masteroppgave.

Takk til Hedvig for språkvask.

04.04.2010

Frode Jacobsen

## **Sammendrag**

### **Selvhjelpsgruppen AA**

#### **En kvalitativ studie av folks erfaringer med deltagelse i Anonyme Alkoholikere**

Rusproblemer utgjør et av de alvorligste helseproblemer i Norge i dag. Det antas at ca ti prosent av befolkningen til enhver tid har et helseskadelig alkoholforbruk. Skader direkte relatert til alkoholbruk har en kostnad på cirka fire til seks milliarder pr år. Det er derfor viktig å begrense alkoholforbruket i Norge, dette vil medføre både sparte økonomiske og menneskelige kostnader; for individet og for rammede familier og sosiale nettverk.

Problemstillingen for denne intervjuundersøkelsen er hvilke erfaringer medlemmene har med å delta i Anonyme Alkoholikere, med fokus på hvilke opplevelser i gruppene som er en hjelp til å holde seg rufri. Videre fokuserer denne studien på hvordan erfaringene fra gruppene er forskjellig fra erfaringene de har gjort i det offentlige hjelpeapparatet. Valgt forskningsmetode er kvalitative intervjuer med brukere av AA.

Som teorigrunnlag for utforskning av de nevnte problemstillinger refereres det til teori og forskning omkring skadevirkninger knyttet til lang tids bruk av rusmidler. Videre blir teorier og modeller knyttet til adferd og adferdsendring trukket inn. Sentralt her står Prochaska og DiClemente sin beskrivelse av endringsprosessen i den transteoretiske modellen; denne beskriver livsstilsendringen som en sirkulær prosess der individet går gjennom ulike stadier flere ganger før resultatet blir varig. Begreper som mestringsstilling, følelse av sammenheng og ulike teorier knyttet til motivasjon og ambivalens er viktige i denne diskusjonen. Motiverende samtale blir beskrevet som en mye brukt metode for rådgivning i endringsprosessen, her står Barth, Børtveit og Prescott sin beskrivelse av endringsfokusert rådgivning sentralt. Ulike sider av selvhjelpsgrupper generelt beskrives, og diskuteres mer spesifikt opp mot AAs virksomhet. Til slutt fokuseres det på hvordan forskning omkring sentrale aspekter ved AA kan belyses av ulike teorier og modeller for adferdsendring.

Det empiriske materiale for undersøkelsen er kvalitative intervjuer med seks brukere av AA. Siden organisasjonen ikke har medlemslister og legger vekt på anonymitet, ble kolleger som selv er AA medlemmer brukt til å finne respondenter i min undersøkelse. Dette kan ha resultert i et utvalg av respondenter som føler seg tilfreds med hjelpen de har fått i AA og har hatt få negative opplevelser der. Respondentene var fra Oslo og omegn.

Studiens funn viser som ventet at respondentene har hatt stort utbytte av å delta i AA. De hadde før de begynte å bruke gruppene alvorlige negative konsekvenser av eget rusmisbruk. De sier alle at de har et godt og edru liv i dag. Alle respondentene knytter edruskapet til de erfaringer og opplevelser de har fra AA gruppene, og rapporterer at AA har vært den sentrale igangsetter av livsstilsendringen. Et overraskende funn er den omfattende grad respondentene fortsatt bruker tid og krefter på AA- relatert aktivitet; det være seg å delta på møter, studere litteratur, reflektere over eget liv eller delta i sosiale sammenkomster. Til tross for et mangeårig edruskap understreker respondentene at deltakelse i AA er minst like viktig i dag, for dem er det blitt en livsstil å delta i gruppene, som hindrer tilbakefall til alkoholmisbruk.

Et funn som går igjen er det at respondentene har evne til å ta ansvar for eget liv; tolvtrinnsprogrammet gjør at de kontinuerlig tar opp problemer og forholder seg aktive i forhold til hendelser i eget liv. Dette muliggjør innsikt i hva de kan gjøre noe med og hva de må gi slipp på. Alle respondentene benytter nå sentrale teknikker for mestring. Teknikker som å kunne skille mellom hva en kan gjøre noe med og ikke kan gjøre noe med og den selvreevalueringen det er å erkjenne at en er alkoholiker som ikke kan drikke mer er begge eksempler på teknikker som kan øke mestringsforventningen til det å kunne leve et liv uten rusmidler. Rusfrihet betyr økt kontroll over egen helse, noe som kan betraktes som en empowermentprosess. Det å delta på møter og studere AA litteratur var en sentral del av livet for mine respondenter, det gav en følelse av sammenheng og troen på at alt skjer til det beste.

Hva denne undersøkelsen kan si om god rusbehandling er blant annet hvor omfattende den er, og hvor viktig det er at individet får hjelp til å se en mening i å foreta endringen; det at livet blir bedre etter endringen er viktig. Videre er viktigheten av at individet selv tar ansvar for eget rusproblem og for å gjøre noe med det et funn i undersøkelsen; dette virker å være utslagsgivende for utfallet av behandlingen, og i følge respondentene er dette et aspekt som blir vektlagt i AA

## **Abstract**

### **The self-help group Alcoholics Anonymous.**

#### **A qualitative study on people`s experiences of participation in Alcoholics Anonymous.**

Addiction problems represent one of the most serious health threats in Norway today. The prevalence of alcohol consumption considered detrimental to personal health is estimated at about ten percent of the population. Injuries directly related to the use of alcohol cost society between four and six billion NOK every year. Hence, it seems important to reduce total consumption in order to lessen the economic loss as well as human suffering, for the individual and for affected families and social networks.

The main focus of this study is placed on experience from self-help groups made up of members of Alcoholics Anonymous (AA), and in what way this experience helps the members establish and maintain sobriety. Further, the study focuses on differences between AA and the public health care system. These questions have been analysed through qualitative interviews with AA-users.

As a theoretical foundation for exploring the topics mentioned, the study refers to research and models on harmful effects from long-term use of alcohol and drugs. Also, theories and models on behaviour and behavioural change are considered. Prochaska, Norcross and DiClemente`s transtheoretical model (also called stages of change model) is central in this regard: it describes a circular process in which the individual attempting to change lifestyle goes through certain stages several times before the result becomes lasting. Concepts such as self-efficacy, sense of coherence and different theories on motivation and ambivalence are relevant to this discussion. One approach to addiction problems considered in this study is the motivational interview described by Barth, Bjørtveit and Prescott. Further, aspects of self-help groups are discussed in general, and more specifically related to AA. Finally, theories and models on behavioural change are applied to understanding research on AA.

The empirical foundation of the study consists of six qualitative interviews with AA-users. Since the organization does not operate with member lists and emphasizes anonymity, participants were recruited by asking colleagues of the author, who use the groups themselves, to find informants. This may have resulted in the selection of a group of participants who feels content with the help they have received from AA and have few negative experiences from this setting. The informants are all from the Oslo area.

The study finds that the informants overall have achieved positive outcomes from participating in AA-groups. Before attaining they had all experienced serious and harmful consequences of their alcohol abuse. All of them state that they have a good sober life today. All see their sobriety as a result of what they learned and experienced in AA, and claim that the groups have been central in initiating the change of lifestyle they have made. Surprisingly, the informants reported still spending a lot of time and effort on AA-related activity: attending meetings, reading AA-literature, reflecting on their lives and participating in social gatherings. Even after several years of sobriety the informants stressed that using AA services is of no less importance to them today, and that going to meetings has become a lifestyle.

A finding that seems general is the ability of the informants to take responsibility for their own lives. The twelve step program makes them continuously confront problems and relate in an active manner to what happens in their lives. This enables them to realize what matters they can influence, and when to “let go”. The informants report using techniques that can be understood in terms of theories and models on behavioural change. Distinguishing between what can and cannot be changed and the re-evaluation of self that coming to terms with not being someone who is able to drink represents, are two examples of techniques that can increase a sense of self-efficacy concerning staying sober. Sobriety means increased control over one’s own health, which can be seen as a process of empowerment. Taking part in meetings and studying AA-literature seems to play a central role in the lives of the informants; it seems to give a sense of coherence and a belief that all happens for a reason.

Conclusions from the study concerning treatment of addiction include an understanding that treatment often is extensive and that an important aspect of it is how meaningful changing feels; the individual should be helped to realize that life quality improves when the drinking behaviour is changed. Finally, another finding is the importance of the individual’s understanding of his own responsibility; this appears to be decisive for the treatment outcome and, according to the informants in this study, it is an aspect that is strongly emphasized in AA.

# Innholdsfortegnelse

Forord	
Sammendrag	
Abstract	
1. Innledning .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Problemstilling .....	6
1.3 Avgrensing av oppgaven .....	6
1.4 Annen forskning på området .....	6
1.5 Oppgavens oppbygging .....	7
2. Rusmisbruk og alkoholavhengighet .....	8
2.1 Kjennetegn ved rusmisbruk og avhengighet .....	8
2.2 Skam .....	11
2.3 Kontrolltap .....	12
2.4 Alkoholmisbruk og helseskader .....	13
3. Motivasjon, mestring og adferdsendring .....	15
3.1 Generelt om motivasjon og ambivalens .....	15
3.2 The health belief (Hbm) model .....	16
3.3 Mestringsforventning .....	18
3.4 Stressmestring i Lazarus og Folkmans teori .....	21
3.5 Sommerschild om forutsetninger for mestring av stress .....	23
3.6 Antonovskys salutogenetiske teori .....	23
3.7 Prochaska og DiClementes transteoretiske modell .....	24
4. Metoder i arbeid med rusmestring .....	32
4.1. Motivational Interviewing eller Endringsfokusert rådgivning .....	32
4.2 Kognitiv adferdsterapi .....	34
4.3 Empowerment .....	36
4.4 Selvhjelpsgrupper .....	38
5. Anonyme alkoholikere .....	41
5.1 Historie og organisering .....	41
5.2 De tolv trinn .....	42
5.3 Hvordan hjelper AA .....	44

5.3.1	Innse eget kontrolltap .....	45
5.3.2	Å utveksle felles erfaringer .....	48
5.3.3	Å ikke være pasient, men hjelper .....	49
5.3.4	Å oppleve fellesskap .....	50
5.3.5	Erfaringer og opplevelser av å skille mellom begivenheter .....	51
5.3.6	Nytt nettverk .....	52
6.	Metode .....	53
6.1	Begrunnelse for metodevalget .....	53
6.2	Egen forforståelse og dens påvirkning på forskerrollen .....	54
6.3	Utvalgsprosedyre .....	56
6.4	Intervjuundersøkelsens omfang .....	58
6.5	Intervjuguiden .....	58
6.6	Gjennomføring av intervjuene .....	59
6.7	Refleksjon om transkribering .....	60
6.8	Intervjuundersøkelsens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet .....	60
6.8.1	Troverdighet .....	60
6.8.2	Bekreftbarhet .....	61
6.8.3	Overførbarhet .....	62
6.9	Analyse av data .....	62
7.0	Analyse og tolkninger av funn .....	65
7.0.1	Utvalgets sammensetning .....	65
7.1	Forskningsspørsmål en .....	66
7.1.1	Å innse at en har vært langt nok nede .....	66
7.1.2	Gruppen hjelper til med å innse kontrolltap .....	67
7.1.3	Gruppen gjør at en går fra skam til stolthet .....	69
7.1.4	Ærligheten i gruppen .....	69
7.1.5	Individet har ansvaret for eget edruskap .....	70
7.1.6	AA-gruppen bruker erfaringspråk .....	70
7.1.7	Det å utveksle erfaringer i gruppen .....	71
7.1.8	Stressmestring .....	71
7.1.9	Empowerment .....	72
7.1.10	Trinnarbeid i gruppen .....	73



7.1.11 Det og ikke å være pasient men hjelper .....	75
7.1.12 Åndelig kraft i gruppen .....	75
7.1.13 Lærer å sette grenser .....	76
7.1.14 Salutogenese i gruppen .....	77
7.1.15 Det å oppleve fellesskap .....	78
7.1.16 Nytt nettverk i gruppen .....	79
7.1.17 Kognitiv adferdsterapi .....	79
7.1.18 Negative erfaringer i gruppene .....	80
7.2 Forskningsspørsmål to .....	81
8.0 Diskusjon av metode og funn .....	83
8.1 Metodediskusjon .....	83
8.1.2 Troverdighet .....	83
8.1.3 Bekreftbarhet .....	84
8.1.4 Overførbarhet .....	85
8.2 Diskusjon av funn .....	87
8.2.1 Det å ha vært langt nok nede .....	87
8.2.2 Det tar tid .....	88
8.2.3 Terapeutiske faktorer som virker i grupper .....	88
8.2.4 Et bedre liv.....	88
8.2.5 Viktigheten av sosial støtte .....	89
8.2.6 Det å mestre .....	89
8.2.7 Det er en fordel at folk ser på endringen som meningsfull .....	90
8.2.8 Ved å innse sitt kontrolltap har de tatt kontroll .....	90
8.2.9 Individet har selv ansvaret .....	91
8.3 Videre forskning .....	91
Litteraturliste .....	93

Tabelloversikt	
Tabell 3.1 Noen terapeutiske prosesser knyttet til endringsarbeid og en beskrivelse av hvordan de kan skje i Anonyme Alkoholikere .....	26
Figuroversikt	
Figur 3.1 Endringshjulet .....	25
Vedleggsoversikt	
Vedlegg 1: Sinnsrobønnen .....	99
Vedlegg 2: Følg brev til respondenter .....	100
Vedlegg 3: Intervjuguide .....	103
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....	106

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge St. meld. nr. 16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken, er selvhjelp et satsingsområde. Selvhjelp blir i meldingen definert som:

selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne frem til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottager til aktiv deltaker i eget liv (St.meld. nr. 16 (2002-2003), 2002, s. 57).

Selvhjelp er i følge meldingen et både viktig supplement til og alternativ til profesjonell hjelp. En annen rapport (Sosial- og helsedirektoratet (Shdir), 2004) fremhever Anonyme Alkoholikere som den første organisasjonen ” som bevist og planmessig brukte prinsippene om selvhjelp og egenmestring” (Shdir, 2004, s. 10). Men hva er det ved gruppen Anonyme Alkoholikere som gjør at brukerne tar tak i egne muligheter? Som sykepleier med ti års erfaring fra arbeid med rusmisbrukere er det et spørsmål jeg ofte har stilt meg selv og mine klienter. Jeg har i denne perioden observert hvordan selvhjelpsgrupper for alkoholikere som AA og Lenkene har hjulpet folk til å kutte ned på eller kutte ut bruk av rusmidler. Jeg har i perioder stilt meg spørsmålet om hvorfor disse gruppene hjelper mennesker som det offentlige helsevesenet ikke greier å gi et fullgodt tilbud til. Jeg har lurt på hva det er som skjer i disse gruppene som gjør at individet mestrer et liv uten rusmidler. Jeg har hørt pasienters egne historier om hva de får ut av å delta i disse gruppene, og sett mennesker komme tilbake fra møtene med et fornyet håp om og forventning til å kunne leve et rusfritt liv. Jeg har tenkt at det har noe med individets opplevelser i disse gruppene å gjøre. Jeg vil i denne oppgaven derfor forsøke å finne ut av hva det er som karakteriserer disse opplevelsene, hva er spesielt med dem?

## **1.2 Problemstilling**

**Hvilke erfaringer har rusmiddelavhengige med deltagelse i selvhjelpsgruppen Anonyme Alkoholikere?**

**Forskningspørsmål 1: Hvilke opplevelser i gruppene er en hjelp til å holde seg rusfrie?**

**Forskningspørsmål 2: Hvordan er erfaringene i gruppene sammenlignet med erfaringene gjort i det offentlige hjelpeapparatet?**

## **1.3 Avgrensing av oppgaven**

Problemstillingen er avgrenset til å ha et fokus på opplevelser i selvhjelpsgruppen som har hjulpet respondentene til å holde seg rusfrie. Fokuset i denne oppgaven vil være respondentens egne erfaringer og opplevelser i gruppen. Det at respondentene antagelig vil være blant de "vellykkede" brukerne av AA kan bidra til en vinkling av intervjuundersøkelsen der virksomme faktorer vektlegges.

Definisjon: Med rusmiddelavhengige menes her etter Anonyme Alkoholikers definisjon alle som selv synes de har et problem med alkohol og ikke selv greier å løse det (AA, 2009). Jeg vil i denne oppgaven bruke betegnelsene alkoholiker, alkoholmisbruker, rusmisbruker, misbruker og rusavhengig likestilt. Det er viktig å understreke at det er betegnelser respondentene bruker for å omtale seg selv, og at de ikke er ment stigmatiserende. I oppgaven blir forkortelsen AA brukt om organisasjonen Anonyme Alkoholikere og NA om organisasjonen Anonyme Narkomane.

## **1.4 Annen forskning på området**

Hittil har det vært gjort mest kvantitative undersøkelser av hvilke erfaringer rusavhengige har med deltagelse i selvhjelpsgruppen AA/NA (Kaskutas, Bond & Humphreys, 2002). Det har derfor vært liten plass til å beskrive hva enkeltmedlemmet opplever og erfarer med å delta i gruppen.

Det er i Norge gjort en kvantitativ analyse (Kristensen & Vederhus, 2005) av hvordan selvhjelpsgruppen AA hjelper folk med alkoholproblemer til å holde seg edrue.

Undersøkelsen har også noen antagelser om hvorfor AA hjelper folk, slike antagelser dreier seg i noen grad om hvilke subjektive opplevelser deltagelse i gruppene legger til rette for. De er mulige forklaringer på endring av adferd, som kan forankres i teori, og det er disse aspektene jeg gjennom respondentenes opplevelser vil forsøke å si noe om i denne kvalitative intervjuundersøkelsen.

## 1.5 Oppgavens oppbygging

Kapittel en er en innføring i temaet med presentasjon av problemstillingen og dens avgrensinger. I kapittel to redegjøres det for ulike kjennetegn på rusmisbruk, og for sentrale teorier som kan bidra til å kaste lys over spørsmålet om hvorfor folk utvikler et rusmisbruk. I kapittel tre brukes begrepet motivasjon som et utgangspunkt for ulike teorier som kan forklare endring av helserelatert adferd. Sentralt her står Banduras teori om *self-efficacy*, Antonovskys teori om *salutogenese* og Prochaska og DiClementes stadiemodell for endring av adferd; *endringshjulet*. I kapittel fire blir det redegjort for noen av de ulike metoder og terapeutiske innfallsvinkler som blir brukt i arbeid med rusmestring. *Endringsfokuset rådgivning* og *kognitiv adferdsterapi* står sentralt her, i tillegg vektlegges *empowerment* og *bruk av selvhjelpsgrupper* som metoder i dette arbeidet. Det blir spesielt lagt vekt på hvordan det å bli møtt med empati leder til en følelse av aksept som gjør at personen øker sin selvaktelse og ser nye handlingsalternativer i en tilsynelatende fastlåst situasjon. I kapittel fem blir det redegjort for AAs historie, sentrale prinsipper for endringsarbeid i AA som de *tolv trinn*, og det blir forsøkt å vise hvordan AA kan hjelpe en alkoholiker ut av misbruket. I kapittel seks redegjøres det for min bruk av kvalitativ metode med vekt på problemstillinger knyttet til egen forforståelse, intervjuundersøkelsens omfang og gjennomføringen av den, samt metodiske begrensinger knyttet til intervjuundersøkelsen. I kapittel sju presenteres analyser og tolkninger av funn i intervjuundersøkelsen som belyser mine forskningsspørsmål. Her blir funnene kategorisert med basis i forskning på området og det blir drøftet hvordan AA har hjulpet til med å holde mine respondenter rusfrie, og hva som er forskjellen mellom den hjelpen de har fått av AA sammenlignet med den hjelpen de har fått av det offentlige behandlingsapparatet. I kapittel åtte drøftes først noen sider ved intervjuundersøkelsen som kan virke inn på dens *troverdighet*, *bekreftbarhet* og *overførbarhet*. Deretter diskuteres noen sentrale funn og hva de kan si oss om god behandling av rusmisbruk.

## 2. Rusmisbruk og alkoholavhengighet

### 2.1 Kjennetegn ved rusmisbruk og avhengighet

Rusmisbruk blir i diagnosemanualen ICD-10 (World Health Organization (WHO), 2000) definert etter seks kriterier. Tre av disse må være oppfylt for at det skal foreligge et rusmisbruk. Kriteriene er:

1. En sterk trang eller følelse av tvang til å innta stoffet
2. Problemer med å kontrollere adferd knyttet til start/avslutning/mengde
3. Tegn på toleranse, slik at økte mengder av psykoaktivt stoff er nødvendig.
4. Fortsatt inntak på tross av skadelige konsekvenser
5. Stadig forsømmelse av gleder og interesser på grunn av bruk av psykoaktivt stoff.
6. Fysiologisk abstinens når bruken har blitt redusert eller stoppet.

Det er noen fellestrekk som er tilstede ved bruk av rusgifter:

1. Konsentrasjonssvekkelse
2. Endret stemningsleie
3. Hukommelses- og innlæringssvikt.
4. Kritikkløshet
5. Svekket feilkontroll, det vil si at den hjernefunksjonen som sørger for at det er samsvar mellom det man har tenkt å gjøre og det kroppen utfører er svekket (Bachs, 2007, s. 2).

Disse virkningene er tilstede ved bruk av rusgifter, og det er usikkerhet knyttet til i hvilken grad de er tilstede etter å ha avsluttet et rusmisbruk, og for hvor lenge etter et avsluttet misbruk de eventuelt er det. Disse virkningene skyldes i stor grad påvirkning av det mesolimbiske området i hjernen; det er dette området som håndterer emosjoner og motivasjon (Bachs, 2007).

Rusmisbruk kan ha både biologiske og sosiale årsaker (Brumoen, 2000). Den biologiske modellen er en sensitiveringsteori som beskriver adaptasjon og kontraadaptasjon i nervecellene som sentrale faser i en tilvenning. Tilvenning vil si at nervecellenes respons blir forbundet med inntak av et rusmiddel. Adaptasjon skjer i den første fasen i avhengighetsutviklingen hvor

nervecellene er ekstra sensitive og reagerer raskt på tilførsel av nye rusmidler. Kontraadaptasjon skjer i en senere fase hvor nervecellene har blitt mindre følsomme for tilførsel av nye rusmidler. De vil derfor trenge økt tilførsel av rusmidler for å oppnå samme virkning som tidligere. Mørland (2008) peker i denne retningen. Han forsøker å vise hvordan bruk av rusmidler forandrer *like* og *vil ha* neurotransmittorene i hjernen, slik at du stadig vil *ha* mer av rusmiddelet, men *liker* det stadig mindre. Han bruker derfor begrepet neurobiologisk livsstilssykdom om rusmisbruk. Disse *vil ha* neurotransmittorene er der også etter at et rusmisbruk er avsluttet. Det blir derfor viktig med et aktivt arbeid for å mestre impulsen til å bruke rusmidler. Dette kan betraktes som en mulig forklaring på kriterium en og to i ICD-10 (WHO, 2000) definisjon av avhengighet. Tvang og problemer med å kontrollere adferd skyldes at nervecellene vil ha mer for å få samme virkning som før, og *vil ha* transmittorene krever stadig mer av rusmiddelet for å bli tilfredsstilt.

Brumoen (2000) viser videre til adferdanalytisk forklaringsmodell med sosiale forsterkere som et fokus, det vil si positive sosiale opplevelser knyttet til rus(mis)bruk. Ett eksempel kan kaste et lys over dette. Hvis en nervøs person for eksempel tar noen drinker før en tale og deretter holder en glimrende tale, er det meget sannsynlig at adferden blir gjentatt neste gang han skal holde en tale. Den sosiale forsterkningen er her den positive responsen fra publikum. Dette kan føre til at det blir etablert som en vane å ta en drink før en tale. Dette kalles også å søke etter den forventede effekt av alkohol, det å ha positive forventninger til alkoholbruk motiverer folk til å drikke (Baum, Kranitz & Gatchel, 1997). De begrunner dette i forskning som viser at barn av alkoholikere har mer positive forventninger knyttet til alkoholbruk enn barn av ikke alkoholikere. Alkoholikerbarn har altså mer positive forventninger knyttet til alkoholbruk, og er dermed mer utsatt for selv å kunne bli alkoholikere.

En annen vinkling som kan bidra til å forklare årsakene til rusmisbruk er spenningsreduksjonshypotesen (Baum et al., 1997). Alkohol er spenningsreduserende for alkoholikere, og at de fortsetter å drikke fordi alkohol reduserer spenningen og angsten. Dette er en omstridt påstand, og forskerne refererer selv til forskning som viser at spenningen og angsten øker hos personer etter et døgn bruk av alkohol. Så en fullgod forklaring på et alkoholmisbruk (rusmisbruk) kan det ikke være. Hypotesen kan allikevel være en forklaring på såkalt reparasjonsdriking, eller "dagen derpå" driking. Det økte spenningsnivået etter et døgn alkoholbruk gjør at alkoholikeren drikker mer for å redusere denne spenningen, dette blir en ond sirkel hvor troen på alkoholens spenningsreduserende effekt gjør at drikkingen fortsetter, mens alkoholbruken i realiteten fører til et økende spenningsnivå. Dette kan være et bidrag til

å forklare kriterium fire i ICD-10 (WHO, 2000) definisjon av avhengighet. Alkoholikerens tro på at alkoholen reduserer spenningen gjør at andre skadelige konsekvenser blir ignorert.

Positiv forsterkningsteori, det vil si at bruk av rusmiddelet gir så behagelige virkninger at en har lyst til å gjenta handlingen kan også bidra til å forklare årsakene til et rusmisbruk. Denne ble ofte kombinert med en negativ forsterkningsteori hvor aktiv bruk av rusmiddelet fortsatte fordi individet er redd for virkningen ved å slutte, det vil si at alkoholbruk fortsetter fordi man er redd for abstinensen som kommer når en slutter (Bachs, 2007). Dette kan bidra til å forklare kriterium tre og seks i ICD-10 (WHO, 2000) definisjon av avhengighet; tegn på toleranse og fysiologisk abstinens. Skadene skyldes at man er redd for abstinensen som kommer når man slutter.

Et annet viktig aspekt av avhengighet er den psykologiske (Shagani, 2007). Ved psykologisk avhengighet er det fravær av abstinenssymptomer, dvs. fysiologiske og somatiske funn som høyt blodtrykk, svette og motorisk uro, men allikevel er trangen til å bruke rusmidler der. Den har andre kjennetegn som:

- En urealistisk holdning til rusmiddelet, det handler her om å tro at rusmiddelet kan løse alle problemer i de fleste livssituasjoner.
- En sterk trang eller sug som krever tilfredsstillelse, og som ikke skyldes fysiologiske abstinenssymptomer men som er mer knyttet til den urealistiske holdningen til rusmiddelet.
- En manglende tro på egne ferdigheter, som i denne sammenhengen blir det ikke å ha tro på at man kan greie seg uten rusmiddelet.

Denne oppfatningen gjør at man har en nedsatt toleranse for frustrasjoner, og rusmiddelet vil alltid være en løsning. Den psykiske avhengigheten gjør rusmiddelet til sentrum i tilværelsen, det sterke fokuset på det gjør at andre mestringsstrategier for å kunne løse dagliglivets problemer blir skadelidende.

Et annet viktig kjennetegn ved rusmiddelavhengighet er impulsivitet (Bachs, 2007). Fordi den frontale cortex påvirkes, vil folk med et etablert rusmisbruk i tester velge en høy umiddelbar gevinst uten å ta hensyn til fremtidige tap. De kan sies å være hypersensitive for umiddelbare belønninger, men tar ikke hensyn til konsekvenser av tap eller fremtidig straff. Dette kan føre til en meget impulsiv adferd. Rusmisbrukere kan også utvikle toleranse mot belønningseffekter generelt, noe som gjør at belønningseffekten fra naturlige stimuli blir borte. Dermed blir gleden i de "små ting" eller hverdagslivets gleder sterkt redusert. Dette kan være et bidrag til å forklare kriterium fire, fortsatt inntak på tross av skadelige konsekvenser,



fordi den kortsiktige belønningen for eksempel roen som kommer med å bruke rusmidler vil komme foran den langsiktige helsegevinsten ved ikke å ruse seg.

## 2.2 Skam

Skam er en affekt som får sin næring fra en bevisst eller ubevisst diskrepans eller uoverensstemmelse mellom den du er og den du vil være, eller mer presist avstanden mellom den du vil være og den du selv tror du er (Skårderud, 2001). Skammen blir en affekt som trer frem i konflikten mellom hvordan jeg vil bli sett og hvordan jeg føler jeg blir sett. I dette ligger også at jo mer perfektjonistisk og høye idealer man har til seg selv, jo større sjanse er det for å oppleve skam. Videre fremheves det at skammen er et brudd i kommunikasjonen med verden samtidig som man alltid forholder seg til hva de andre måtte mene om en. Det er her viktig å presisere at det er snakk om hva individet tror andre mener om en. Det understrekes at skammen kan føre til at individet trekker seg tilbake fra sosiale sammenhenger og velger å isolere seg for å unngå å bli sett av de andre (Skårderud, 2001).

Egne erfaringer fra ti års arbeid med alkoholikere, tilsier at det de er mest opptatt av å fremheve er at de egentlig er gode mennesker, bak misbruket er de som alle andre. De har kanskje mistet jobben og blitt skilt som en følge av rusmisbruket. De har i samtale ofte fremhevet sin opplevelse av at det ikke er sånn de ville at det skulle gå, de opplever en stor diskrepans mellom den de vil være og den de føler at de er. I tillegg har de kanskje mistet kontakten med barna, noe som ytterligere bidrar til å øke skamfølelsen fordi ”at foreldre skal ha kontakt med sine barn” som en fortalte meg. De har fortalt meg at skyldfølelsen og skammen ofte har bidratt til at de har trukket seg tilbake fra sosiale sammenhenger, og blitt sittende hjemme alene og drikke, noe som har bidratt til å øke skamfølelsen fordi de vet at de burde ha gjort noe annet. Velmente råd fra andre om ”å skjerpe seg” kan også bidra til denne skamfølelsen, en alkoholiker vet etter min erfaring så altfor godt at han burde ”skjerpe seg” og drikke mindre. Et alkoholproblem med dens fysiske, sosiale og psykiske konsekvenser synes ofte å være forbundet med sterk skamfølelse. En interessant tilføyelse her er spørsmålet om en tilstand som innebærer kontrolltap kan sies å gi en ytterligere følelse av skam fordi samfunnet rundt legger stor vekt på det å ha kontroll (Skårderud, 2001). Som Sartre skrev: ”skammen er en skam over seg selv ovenfor den andre, de to strukturene er uatskillige” (sitert i Skårderud, 2001, s. 43).

Hvis alle andre har kontroll (det virker i alle fall sånn for alkoholikeren) og alkoholikeren ikke har det, hvordan virker kontrolltapet inn på alkoholikerens selvbylde?

## 2.3 Kontrolltap

I følge Retterstøl og Iler (2008) er et av de sentrale trekk ved alkoholisme at individet har mistet kontroll over hvor mye og hvor ofte det drikker, og at alkoholen blir hovedinteressen som misbrukerens oppmerksomhet er rettet mot. Videre vil alkoholbruken gi fysiske, psykiske og sosiale skader. Dette kan være fysiske konsekvenser som høyt blodtrykk og diabetes eller psykologiske som sårhet, irritabilitet, løgner, manipulering og hukommessvikt. Sosiale konsekvenser som tap av jobb og problemer i ekteskapet er også utbredt. Drikkingen gjør altså at individet forsømmer sine vanlige gjøremål og konsentrerer seg mer og mer om sin egen alkoholbruk.

Et rusmisbruk består av både adferdsmessige, kognitive og følelsemessige komponenter (Brown, 1993). Den adferdsmessige manifestasjonen av misbruket er økt forbruk, og den opptrer samtidig med den kognitive komponent som er å ha troen på fortsatt å kunne kontrollere drikkingen. For individet blir kjernetroen at jeg ikke er alkoholiker og at jeg kan kontrollere min drikking. Denne troen på at jeg kan kontrollere min drikking utgjør i følge Brown (1993) et grunnlag for forestillinger om individet selv, andre og omgivelsene rundt. Forsvarsmekanismer som bevarer denne troen på kontroll blir mer og mer fremtredende etter hvert som misbruket blir mer synlig for omgivelsene. For alkoholikeren vil det alltid være noe annet enn drikkingen som er årsak til livsproblemene, som for eksempel at jobben er krevende eller at familien maser. Alkoholikeren forsvaret alkoholbruken fordi alkoholen er et substitutt for noe individet savner i seg selv. Kohut definerte selvet til "å være det som skaper et sentralt mål i tilværelsen, en tilstedeværelse og kontinuitet" (sitert i Antonovsky, 1991, s. 49). Man kan tenke seg at der hvor alkoholen fungerer som et substitutt for et skadet selv, så fører dette til en illusjon om makt og sikkerhet som individet tror kommer innenfra. Individet blir avhengig av denne illusjonen og fortsetter å bruke alkohol for å få den frem.

Et alkoholmisbruk kan altså betraktes som en tilstand hvor alkohol fått en fremtredende plass i individets opplevelse av egen identitet. Det kan føre til en urealistisk virkelighetsoppfatning hvor alkohol ikke er en årsak til problemene, men tvert imot representerer en mulighet for å løse dem.

## 2.4 Alkoholmisbruk og helseskader

I følge er det vanlig å anta at ca 1-2 % av befolkningen bruker alkohol på en slik måte at det medfører en risiko for rusavhengighet definert etter ICD-10 (Skjørskift, 2003). 90 % av befolkningen bruker alkohol slik at det ikke medfører risiko for helseskader, mens ca 10 % bruker alkohol slik at det gir økt risiko for sykdom uten at dette kan defineres som misbruk eller avhengighet etter ICD-10. Alkoholskader er knyttet både til hvor mye man bruker, hvor ofte alkohol blir brukt og hvor høy promille man vanligvis oppnår ved ett enkelt alkoholinntak. Alkoholinntak blir målt i Alkoholenheter (AE), hvor en alkoholenhet tilsvarer den alkoholmengden som finnes i en flaske pils (33 cl), et glass rødvin (12 cl), eller en drink (4cl) 40 % sprit. Det er antatt at et ukentlig forbruk på over 21 AE for menn og 14 AE for kvinner medfører høy risiko for skader, mens et ukentlig forbruk på 10 AE for menn og 7 AE for kvinner medfører liten risiko for skader. Det anslås at 11 % av alle konsultasjoner i allmennpraksis er alkoholrelaterte, og at alkohol er den hyppigste dødsårsaken for ungdom mellom 15-25 år. Alkoholbruk koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder kroner årlig (Skjørskift, 2003).

Vanlige skader som en følge av alkohol er: Hypertoni (høyt blodtrykk), denne skaden er reversibel hvis alkoholinntaket minskes eller stopper helt. Videre er alkoholholdige drikkevarer relativt kaloririke, en helflaske sprit inneholder ca 1750 kcal eller det samme som en 0,3 dl kremfløte. Stort inntak kan bidra til overvekt. Overvekt er en risikofaktor i mange sykdommer, for eksempel hypertoni og diabetes. Gastritt og diaré kan også skyldes alkoholbruk. Lang tids bruk av alkohol kan forårsake leverskade og leversvikt. Virkningene av en del legemidler, blant annet antikoagulatika, kan bli svekket ved bruk av alkohol (Skjørskift, 2003). På grunn av alkoholens innvirkning på koordinasjonen av muskler og reaksjonstiden er alkoholbrukere mer utsatt for traumer, ulykker og vold. Ved 1.0 % i promille er denne risikoen ifølge Skjørskift (2003) tidoblet.

Alkohol virker negativt inn på søvnkvalitet og konsentrasjon dagen etterpå. Det skjer fordi alkohol både har sederende og stimulerende effekt. Alkohol i moderate mengder kan virke sederende, slik at en person med søvnproblemer får sove; samtidig blir søvnkvaliteten redusert fordi alkohol har en stimulerende effekt. Dette kan lede til at personen begynner å bruke alkohol for å få sove samtidig som søvnkvaliteten blir dårligere, noe som kan bli starten på en ond sirkel hvor stadig mer alkohol må til for å sovne (utvikling av toleranse), samtidig som søvnkvaliteten gradvis blir redusert. Alkohol har en tosidig effekt på angst og depresjon.

På den ene siden vil alkoholrus på kort sikt heve stemningsleiet og redusere angstsymptomer, samtidig som alkoholbruk har en langsiktig negativ effekt på symptomene, som vil bli forsterket i edru tilstand. Det at de akutte symptomene blir bedre samtidig som de langsiktige blir verre kan også her lede til en ond sirkel hvor kortsiktig symptomreduksjon blir prioritert foran den symptomreduksjon man kan oppnå gjennom langsiktig fornuftig alkoholbruk. Bruk av alkohol er en faktor i familiekonflikter blant annet fordi evnen til logisk tenkning svekkes og innlærte aggresjonsfobier svekkes. Dette kan både føre til og eskalere familiekonflikter noe som igjen er forbundet med ulike helseproblemer både for misbrukeren og andre familiemedlemmer (Skjørskift, 2003).

### 3. Motivasjon, mestring og adferdsendring

#### 3.1 Generelt om motivasjon og ambivalens

En mulig definisjon av begrepet *motivasjon* er ”enhver disposisjon eller tilstand i individet som mobiliserer energi og gir retning for en handling eller aktivitet” (Lillemyr, 2007, s. 23). Ordet stammer fra det latinske *movere* som betyr å bevege; ordet *motiv* kommer fra det latinske *motivus* som betyr ”som setter i bevegelse”.

For å starte opp ny adferd er det nødvendig å ha en motivasjon for å gjøre det. (Stuen, Ulberg & Audestad, 2004; Barth, Børtveit & Prescott, 2001). Motivasjon er et omdiskutert og mye brukt begrep som blir brukt i en rekke fagfelt. I denne oppgaven brukes begrepet i en sammenheng som har å gjøre med endring av adferd knyttet til livsstil, nemlig det å slutte med rusmidler. Det sentrale aspektet i motivasjon for adferdsendring er i følge Barth et al. (2001) et perspektivskifte på hvordan man ser på adferden og konsekvensene av den. For å illustrere dette brukes eksemplet med en mann som tar seg selv i å ville kjøpe tobakk fremfor å hente sin datter i barnehagen. Han blir plutselig klar over at han prioriterer tobakken foran datteren. Dette gir han ett nytt perspektiv på avhengighetsadferden, og han blir mer motivert til å endre adferd.

En videre utdypning av begrepet motivasjon gir Miller og Rollnick (2004) når de fremhever villighet, evne og parathed som de tre viktigste dekomponentene i motivasjon. Villighet er hvor sterkt personen ønsker forandringen. De benytter teorien om selvregulering, hvor diskrepans er en sentral del, for å forklare begrepet villighet. Diskrepans blir her en manglende overensstemmelse mellom hvordan personen har det nå og hvordan han/hun ønsker å ha det i fremtiden. Selvregulering er en løpende selvmonitoringsprosess som tilsvarer bruken av en termostat. Så lenge vår virkelighet ligger innen for våre grenser for hvordan vi ønsker å ha det, er det ingen indikasjon for endring. Når det blir en diskrepans mellom hvordan du har det nå og fremtidig ønsket tilstand, oppstår det en motivasjon for å kunne nå det fremtidige målet. Motstand mot behandling kan ifølge denne teorien skyldes manglende diskrepans hos individet. Metoden som blir brukt bør da inneholde elementer som gjennom bevisstgjøring øker diskrepansen i individet.

Evne, det å ha tro på egen suksess i å gjøre endringene, er en annen sentral faktor i motivasjon for endring. I følge teorien om selvregulering og diskrepans er det mulig å ha stor diskrepans og dermed villighet til å gjøre forandringer, men samtidig ikke ha tro på det å kunne gjøre de nødvendige endringene. Man kan altså ha en villighet til forandring, men ikke ha en tro på at det er mulig å kunne gjøre de nødvendige endringene i livsstil (Miller & Rollnick, 2004). Barth et al. (2001) støtter dette ved å fremheve at motivasjon ikke alene er nok for å endre adferd, individet må i tillegg ha tiltro til at man kan gjennomføre de endringene som man trenger og har bestemt seg for å gjøre. Resultatet av manglende tro på evne til å kunne gjøre forandringene blir ofte bruk av defensive strategier gjennom bruk av forsvarsmekanismer. Forsvarsmekanismer som benektelse, bortforklaring og projeksjon (skylde på andre) kan bli nødvendige for å underbygge den tro at endring ikke er mulig, og fra å beskytte individet fra smerten i det ikke å mestre.

Parathet, det å være klar for endringen nå og ikke senere, er den tredje delkomponenten i begrepet motivasjon (Miller & Rollnick, 2004). Det går an å ha høy villighet og tro på endring, men ikke ha en parathet til å gjøre endringen nå, det å endre adferd nå kan bli bortprioritert hos individet. Denne manglende paratheten skal ikke ses på som patologisk, men heller på som en understreking av hva som er viktig for individet akkurat nå på dets vei mot forandring. Ambivalens, det å ville og ikke ville på samme tid, er en faktor som kan virke inn på personlig motivasjon. Det skjer fordi en sterk grad av ambivalens vil virke inn på både villigheten, evnen og paratheten til å foreta en endring. En sterk ambivalens vil føre til mindre villighet til å foreta endringen fordi personen fremdeles ser for mange gode sider av adferden. Sterk ambivalens gir mindre evne til å gjennomføre endringen fordi ambivalensen i seg selv gir mindre tro på å kunne foreta endringen. Ambivalensen gjør også personen mindre parat for endring nå, fordi individet har fokuset rettet mot adferdens gode sider (Miller & Rollnick, 2004).

### **3.2 The Health Belief Model (HBM)**

Modellen har som et utgangspunkt og utforske hvorfor folk endrer helserelatert adferd. Modellen er en beskrivelse av hvilke faktorer som påvirker helserelatert adferd (Mæland, 1999). Helserelatert adferd påvirkes blant annet av demografiske, psykososiale og strukturelle forhold som kjønn, alder og sosial klasse (Espenes & Smedslund, 2001). Den handler også om hvordan folk ser på sin mulighet til å forebygge sykdom og hvor utsatte de selv føler der

er for å få en sykdom (Sørensen & Graff-Iversen 2001). Modellen ble i følge Mæland (1999) utviklet av amerikanske sosialpsykologer på 60 tallet.

HBM utgangspunkt er at folk vil handle, så lenge omkostningene ved handlingen ikke er for store, hvis det kommer en trussel mot deres helse. Det er fire faktorer som er avgjørende for vurderingen av om folk vil foreta en helsefremmende handling (Nieuwenhuijsen, Zemper, Miner & Epstein, 2006; Mæland, 1999). De er: alvorlighetsgraden av den tilstand vi forsøker å unngå, sannsynligheten for å bli rammet, den antatte risikoreduksjon(gevinst) handlingen medfører og de omkostninger eller barrierer som er knyttet til handlingen. De to første punktene er vurdering av trussel mot helsen, de to siste er knyttet til forventede resultater av handlingen. Trusselen kan bli mer konkret hvis det for eksempel foreligger en sykdom, i følge HBM vil slike ytre hendelser ofte være et utløsende moment for helsemessig endring, vi blir da mer påvirket til å gjøre tiltak for å bedre helsen (Mæland, 1999). HBM har mye oppmerksomhet rettet mot de mentale barrierer som hindrer adferdsendring. Disse barrierene trenger ikke å ha noe med helse å gjøre, men Mæland (1999) nevner som et eksempel at avhold fra alkohol kan utløse negative reaksjoner fra omgivelsene, og disse reaksjonene vil ofte telle mer enn de helsemessige gevinstene knyttet til det å slutte med alkohol. HBM understreker at kortsiktige gevinster ofte vil skygge over langsiktige helsegevinster.

Ett eksempel kan her være en alkoholiker med høye leververdier som er redd for å få skrumplever. Legen har fortalt ham at han har stor risiko for å utvikle skrumplever hvis han fortsetter å drikke. Hvis han slutter å drikke vil risikoen for å utvikle skrumplever forsvinne. Men det å slutte å drikke har den omkostning at han må gjennom abstinenser og leve uten den selvmedisineringen som alkoholen er for ham. I tillegg vil han få negative reaksjoner fra sin omgangskrets på puben, et sted for sosialt samvær som betyr mye for ham. Hvis han har liten tro på det å greie å slutte å drikke, er det sannsynlig at han velger kortsiktig nytte, det vil si selvmedisinering foran en langsiktig helsemessig gevinst. Hvis han i tillegg er i et miljø som oppmuntrer han til å drikke er det lite sannsynlig at han slutter, de sosiale omkostningene ved å gjøre det blir for store.

### 3.3 Mestringsforventning

Mestring kan forstås som en persons evne til spesifikk adferd i nye situasjoner og til å se forskjell på hva man bare må leve med og hva man kan gjøre noe med (Søvik & Larsen, 2008). Barth et al. (2001) utdyper dette:

Med mestring i forhold til adferdsendring mener vi at personen har:

1. Tilgjengelige og konkrete fremgangsmåter som kan bidra til å overvinne et problem.
2. Tiltro til at hun faktisk er i stand til å sette fremgangsmåten ut i livet (Barth et al., 2001, s. 55).

En videre utdypning av hva som skal til for å mestre peker Miller og Rollnick (1991) i retning av når de fremhever at individets kognitive vurdering eller tro på at en endring er mulig, er en forutsetning for at endring skal kunne skje. Men deres funn viser at endrede kognitive vurderinger like godt kan komme i etterkant av en endring, som det å være en forutsetning for den. Det å handle kan derfor sies å ha en stor egenverdi og vil kunne medvirke til at man kommer inn i en *positiv sirkel*. Men hva er det hos mennesker som gjør at de mestrer? En sentral teori for å forklare hva det er som fremmer mestring er Albert Banduras teori om self-efficacy. Self-efficacy, her oversatt til *mestringsforventning*, blir definert som:

Perceived self-efficacy is defined as people's beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that influence over events that that affect their lives. Self-efficacy beliefs determine how people feel, think, motivate themselves and behave. Such beliefs produce these diverse effects through four major processes. They include cognitive, motivational, affective and selection processes. (Bandura, 1994, s. 71).

I følge Bandura(1994) vil den kognitive delen ta mange former, mennesker med høy self-efficacy vil ha høye mål og ha en sterk driv for å kunne nå dem. Mennesker med lav self-efficacy vil både kunne ha problemer med å sortere ut hva som er nødvendig å gjøre for å kunne nå et mål, og ha tvil om det de gjør er det riktige for å nå målet. Mennesker med lav self-efficacy vil også ha problemer med å motivere seg for en handling. Dette skyldes at de



har liten tro på at egne anstrengelser vil føre frem til målet. Det vil hindre dem både i å sette høye mål og ha tro på at egne handlinger vil føre frem. *Lav self-efficacy* vil altså føre til at folk velger å sette lave mål fordi de ikke har tro på at de kommer til å nå dem. Følelsesmessig vil folk med lav *self-efficacy* ha liten tro på at de kan mestre hendelser som påvirker dem følelsesmessig, de vil derfor se etter potensielle truende hendelser i omgivelsene. De fører til et høyt nivå av stress, noe som igjen vil gjøre dem mer mottakelige for angst og depresjon. Det høye stressnivået henger sammen med at individene har liten tro på å kunne mestre egne negative tanker (Bandura, 1994).

Knyttet oppimot alkoholisme. Kan vi spørre oss om at en alkoholiker med lav *self-efficacy* vil ha problemer med å se for seg et rusfritt liv, og ikke minst hva som skal til for å nå dette målet

*Self-efficacy* har ifølge Bandura (1994) sitt utspring i:

1. Tidligere egne erfaringer
2. Modellering dvs. det å lære ved å observere andre
3. Verbal påvirkning fra autoriteter
4. Fysiologisk aktivering for å foreta adferdsendringen.

Egne erfaringer av å mestre eller ikke mestre den spesielle adferden har innvirkning på vår forventning om å kunne mestre adferden nå og i fremtiden. Modellering, det vil si at vi lærer ved å observere andre, påvirker også *mestringsforventningen*. Læringen blir bedre når modellene er mest mulig lik en selv, er i en liknende situasjon og har noenlunde lik prestisje. Da kan individet i sterkere grad identifisere seg med modellene, noe som gir bedre læring. Det bør ikke være en for stor eller for liten fysiologisk/affektiv aktivering. For høy slik aktivering skaper engstelse og er et hinder for å gjennomføre en handling. Manglende fysiologisk/affektiv aktivering vil også føre til at vi ikke gjennomfører fordi individet ikke kommer i handlingsmodus. En moderat grad av emosjonell og fysiologisk aktivering kan derimot stimulere til handling. Verbal påvirkning har liten effekt på adferd, men har en større påvirkning på resultatforventning, det vil si det forventede resultatet av handlingen. Resultatforventning har også liten påvirkning på adferd. Men verbal påvirkning har en større effekt på adferd hvis den kommer fra en rollemodell, og dersom den går på å støtte enkeltindividet med kommentarer som "dette greier du" (Bandura, 1994).

Svært mange mennesker som sliter med et alkoholmisbruk har flere mislykkede forsøk på å slutte bak seg. De har kanskje greid å slutte i en periode, kanskje til og med flere år, men har alltid falt tilbake til gammelt drikkemønster. I AA kalles det å skjerpe seg slik at man ikke drikker for å gå på "hvite knoker" (AA medlem, personlig kommunikasjon, januar 2009). I AA blir det definert som det å holde seg unna drikkinga men at du samtidig bare går og venter på neste tilbakefall, og bruker mye energi på å forholde deg til tanken om alkohol. Her er det naturlig å tenke seg at tidligere endringsforsøk som har vært mislykket vil virke inn på troen om at du kan greie det denne gangen, eller om du igjen vil gå på "hvite knoker" når du slutter å drikke.

I tillegg vil personer med mange mislykkede endringsforsøk bak seg i følge Barth et al. (2001) ofte fokusere på det man ikke har fått til, i stedet for å fokusere på det man har fått til. Banduras (1994) begrep *self-efficacy* kan brukes til å illustrere det. Det å ha tiltro til egen evne til å gjøre en handling er nødvendig for å forsøke å gjøre den. Denne tiltroen vil også være en forutsetning for hvor utholdende man er i sine forsøk, og dermed avgjørende for om man lykkes i å endre adferd. I følge Galanter og Kleber (2004) har medlemmene av Anonyme Alkoholikere høyere *self-efficacy* når det gjelder å unngå drikking enn andre alkoholavhengige, og opprettholder lettere motivasjonen for å holde seg rusfri. For å underbygge hvor viktig *self-efficacy* er i det å endre adferd, viser Sørensen og Graff-Iversen (2001) til forskning som viser at hvor godt vi følger opp medisinske adferdsråd, opplevelse og effekter av stress og hvorvidt folk opprettholder helseadferd, alle er avhengige av *self-efficacy*.

Brumoen (2008) har med utgangspunkt i Bandura definert *mestringstillit* som: "det å kunne handle i henhold til sine personlige ønsker og vilje i situasjoner som vanligvis starter opp automatisert adferd" (Brumoen, 2008, s. 96). Avhengighet består i å gjenta en adferd i en bestemt situasjon, slik at den blir automatisert i den situasjonen. Dette er adferd som individet har uten å reflektere over det, og det blir derfor viktig å gjøre individet oppmerksom på egen adferd. Det vil da kunne foreta et aktivt valg om å gjøre adferden eller la være. Aktive valg vil i denne sammenheng si å bryte med en etablert vane, eller den automatiserte adferden. Det å bryte forbindelsen mellom situasjon og handling vil her gi en ny forbindelse mellom person og handling, og gjennom det øke personens *mestringstillit* til ny adferd. Adferden går da fra å være styrt av situasjonen til å være styrt av personen. Slike øyeblikk hvor denne overføringsmuligheten finnes blir kalt *gylne øyeblikk*.

Det fremheves at det er tre forutsetninger som må være tilstede for å endre forbindelsen mellom handling og situasjon:

1. Kunnskaper og forståelse om hva som kan sette i gang adferd.
2. En oppøvet evne til å finne riktige valgøyeblikk, det vil si å definere et punkt hvor man stopper tiden lenge nok til at man kan finne grunner til å handle annerledes enn det vanen tilsier.
3. Hvor stor tro en person har på egen evne til faktisk å stoppe en automatisert vane; det å presse frem alternative handlinger (Brumoen, 2008, s. 52).

Ifølge Bandura (1994) er self- efficacy områdespesifikk, men det fremheves at mennesker som har en generell opplevelse av personlig kontroll som oftest har positiv self- efficacy knyttet til en rekke områder. Brumoen (2000) påpeker dette når han skriver:

Det er grunn til å tro at innsikt og tillit som er etablert på et område, til en viss grad kan overføres til andre områder, slik at en eventuell endring her blir mindre vanskelig og tar kortere tid (Brumoen, 2000, s. 77).

### **3.4 Stressmestring i Lazarus og Folkmans teori**

Stress er en subjektiv reaksjon (Lazarus & Folkman, 1984, 2006). Med det menes at like *stressorer* eller påkjenninger/belastninger/hendelser kan bli forskjellig oppfattet fra individ til individ. Videre er det om vi reagerer med stress, som er en subjektiv opplevelse av å være under press i en slik grad at det oppleves som ubehagelig og/eller belastende, avhengig av om vi vurderer situasjonen til å være truende eller ikke. Hvis vurderingen er at hendelsen er en irrelevant eller en positiv hendelse vil det ikke føles som stress for individet. Bare det som oppfattes som en potensiell negativ hendelse vil utløse en stress-respons fra individet med det formål å mestre belastningen.

Mestring handler om hvordan man reagerer på stressende livsbetingelser. Mestring har to funksjoner, en problemfokuseret og en følelsesfokuseret. Den problemfokuserede funksjonen består av å skaffe seg informasjon om hva som må gjøres og så utføre disse handlingene for å endre den problematiske relasjonen mellom individet og omgivelsene. Den følelsesmessige funksjon består av å regulere de følelsene som knytter seg til den stressede situasjonen, dette består blant annet av og følelsesmessig støtte opp under den løsningen man har valgt. Lazarus og Folkman (2006) bruker eksemplet om en kreftpasient som først velger å ta en operasjon (problemfokuseret), for så å overbevise seg selv om at dette var det riktige og minst risikofylte valget (følelsesfokuseret). Det er i denne situasjonen et gjensidig forhold mellom stress og mestring. Når en *stressor* mestres på en god måte vil stressnivået være lavt og når mestringen av er ineffektiv vil det være høyt.

I hvilken grad individet har problem- og følelsesfokuserede mestringsstrategier tilgjengelig er avhengig sosio-økonomiske og personlige mestringsressurser. Med dette menes ressurser i individets omgivelser og i individet selv. Eksempler på dette er å ha sosial støtte, personlig evne til utholdenhet og det å ha flere mulige personlige mestringsstrategier. Det å tilhøre et sosialt felleskap er en ressurs når det gjelder stressmestring fordi det medfører sosial støtte. Sosial støtte kan gis som selvtillitstøtte, informasjonstøtte, sosialt felleskap støtte og instrumentell støtte. Med selvtillitstøtte menes den støtten som ligger i at andre liker oss, hvordan denne støtten vil føre til økt selvtillit hos individet. Med informasjonstøtte menes den informasjonen vi kan få fra andre som gjør at vi tror vi vil takle situasjonen bedre. Med sosialt felleskap menes den støtten vi kan få gjennom å delta i sosiale aktiviteter. Med instrumentell støtte menes den konkrete fysiske hjelpen en kan få fra venner. Disse typene av støtte vil som et mulig resultat gi en revurdering av stressfaktoren, det vil si om den har forandret seg til noe mindre truende (Lazarus & Folkman, 1984, 2006).

Ved et alkoholmisbruk kan det å søke avrusning for å slutte å bruke alkohol ses på om en problemfokuseret løsningsmetode, det å bli overbevist om at det er den beste løsningen kan ses på som en følelsesfokuseret løsningsmetode. Videre kan det å søke støtte i AA ses på som en måte å søke både problemfokuserede og emosjonelt fokuserte løsningsstrategier. Hvis du blir godt mottatt i gruppen og føler at andre i gruppen liker deg vil det gi deg økt selvtillit. I gruppen kan du få informasjon om hvordan de andre har taklet det å leve edru, det vil si forslag til handlingsstrategier for et edru liv som kan gi individet et økt handlingsrepertoar. AA sitt tilbud om sosiale aktiviteter, for eksempel nyttårsfester vil gi individet en mulighet til å være edru og samtidig være på fest nyttårsaften, en dag hvor det tradisjonelt brukes mye

alkohol i Norge. Det å få hjelp av andre i gruppen til praktiske gjøremål, som for eksempel flytting, kan sies å være en instrumentell støtte for individet, som får hjelp til å takle den potensielt stressende situasjon som flytting er.

### **3.5 Sommerschild om forutsetninger for mestring av stress**

Sommerschild (1998) bygger blant annet på Bandura (1994), Lazarus og Folkman (1984, 2006) og Antonovsky (1991). Sommerschild (1998) omtaler mestring av vanskelige livssituasjoner og hendelser for barn, men det kan vurderes om noen av prinsippene også gjelder for voksne rusmisbrukere. Hun legger vekt på *tilhørighet* og *kompetanse* som sentralt for utviklingen av *egenverd* hos mennesker. *Egenverd* gir *motstandskraft (resilience)* mot potensielle stressfaktorer. Tilhørighet kan innebære det å ha minst en fortrolig, å ha en familie med forutsigbarhet, å få bekreftelse og føle tilhørighet, å ha et nettverk med fellesskap i verdier og sosial støtte. Kompetanse innebærer det å kunne noe, å være til nytte, å få og ta ansvar, å utfolde nestekjærlighet og det å møte og mestre motgang. (Sommerschild, 1998).

Det interessante kan her være å se på i hvilken grad AA-gruppene bidrar til å utvikle individets egenverd.

### **3.6 Antonovskys salutogenetiske teori**

Antonovsky(1991) mener at helse er et kontinuum mellom alvorlig syk og fullstendig frisk. Det *salutogene* perspektivet styrer interessen mot de faktorer som bringer en så nær den friske polen som mulig. Utgangspunktet for forskningen er hvorfor noen mennesker er bedre enn andre i stand til å takle ekstreme påkjenninger og motgang i livet uten å bryte sammen. Vi kan alle sies å ha forskjellig grad av motstandsressurser mot sykdom som for eksempel et sterkt sosialt nettverk, god økonomi og en generelt sterk tro på oss selv. Disse motstandsressursene bringer oss alle nærmere den friske polen. Hvor vi ender på kontinuumet mellom syk og frisk avhenger av vår *følelse av sammenheng (Sense Of Coherence)* i tilværelsen.

*Følelse av sammenheng* eller *SOC* blir definert som:

En grunnleggende holdning som uttrykker en vedvarende dynamisk overbevisning om at:

1. Indre og ytre stimuli er forutsigbare og mulig å forstå (*Comprehensibility*).
2. Individet har de nødvendige ressurser for å kunne mestre stimuliene (*Manageability*).
3. Stimuliene representerer utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (*Meaningfulness*) (Antonovsky, 1991, s. 41, egen oversettelse fra svensk).

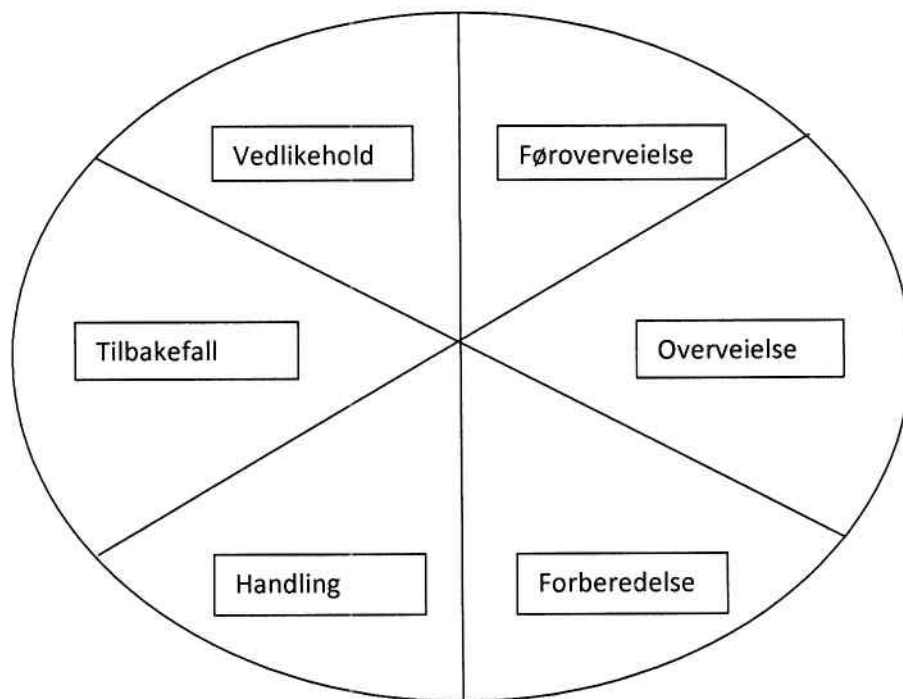
Her blir det å kunne forstå situasjonen den kognitive komponenten, ha tro på at vi kan finne frem løsninger den kognitive handlingskomponenten, og det å finne god mening i å forsøke på det blir motivasjonskomponenten i handlingen. For å overføre dette til å slutte med et rusmisbruk; en rusmisbruker må først forstå at misbruket er skadelig for å kunne ønske å gjøre noe med det. Individet må også ha en tro på at det er mulig å komme ut av det, det vil si ha ressurser som tro på egne ferdigheter og/eller støtte fra personer rundt. Til slutt er det nødvendig med tro på at livet blir bedre uten bruk av rusmidler, og at det er mulig å leve livet uten å bruke dem.

Lazarus og Folkman (1984, 2006) teori kan utdype og belyse punkt en i *SOC* begrepet. Det å kunne forstå situasjonen er en forutsetning for en ny vurdering av om situasjonen er stressende eller ikke. Det gir nye muligheter for løsninger og kan føre til at en ytre stressor kan bli oppfattet som mindre belastende. Videre kan det hevdes at punkt to *SOC* begrepet har mye til felles med Banduras (1994) begrep *self-efficacy*. Det å ha tro på at det er mulig å komme ut av det, må kunne sies å være nært forbundet til *self-efficacy*. Tidligere erfaringer, modeller, verbal påvirkning og passende fysiologisk aktivering er elementer som påvirker denne troen på å foreta en vellykket endring.

### **3.7 Prochaska og DiClementes transteoretiske modell**

Modellen fokuserer på personens beslutningstaking, og de ulike fasene i modellen innebærer en endring av følelsemessige, adferdsmessige og kognitive aspekter underveis i prosessen (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1992, 1994). I boken og artikkelen er John C. Norcross medforfatter. Den transteoretiske modell er deskriptiv, og mer rettet mot hvordan enn hvorfor

menneskelig endring skjer. Adferdsendring er i følge modellen ikke en lineær prosess, men en sirkulær. Modellen for endring blir derfor et hjul hvor man går frem og tilbake mellom de ulike fasene før adferdsendringen blir varig (figur 3.1).



Endringshjulet

(Figur 3.1. Etter Barth et al., 2001, s. 77 ).

I følge Prochaska et al. (1992, 1994) er fasene i endringshjulet: føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling, vedlikehold og avslutningsfasen. I denne avhandlingen utelates avslutningsfasen. Denne er heller ikke tatt med i Barth et al. (2001) sin "tilpasning" av hjulet til norske forhold. Videre har Prochaska et al. (1994) en diskusjon om det er mulig å komme til denne fasen hvis man har hatt en problemadferd. De mener det er mulig, men bare for bestemte typer av problemadferd og under bestemte forhold. En av betingelsene er at man ikke lenger forholder seg til problemet, og dette gjelder ikke for mine respondenter.

Modellen er opprinnelig utarbeidet etter å ha studert hvordan røykere har sluttet å røyke, men blir i dag brukt for å beskrive hvordan endring av ulike typer av (avhengighets) adferd skjer. De ulike fasene kan også beskrives i tid, det vil si hvor lang tid det er individet ser for seg før det skal endre sin adferd. (Prochaska et al., 1992, 1994). Den transteoretiske modellens fokus er at enhver endring skjer syklisk gjennom ulike faser, hver karakterisert av ulike terapeutiske prosesser. Noen av disse terapeutiske prosessene kan i følge forskning (DiClemente, 1993) forekomme i AA-gruppene. Disse er:

Tabell 3.1 Noen terapeutiske prosesser knyttet til endringsarbeid og en beskrivelse av hvordan de kan skje i Anonyme Alkoholikere (Omarbeidet etter DiClemente, 1993, s. 84)

Stadie/Fase	Terapeutisk prosess	Hvordan skjer den prosessen i AA
Føroverveiellesfasen	Etablering av bevissthet om problemet og frigjøring ved bruk av dramatikk	Delta på møter, studier av litteratur, høre personlige historier på møtene, fokus på tap forårsaket av alkohol.
Overveielse/ Forbredelsesfasen	Selvreevaluering	Fokus på maktesløse liv, defekter i alkoholmisbrukerpersonligheten, moralsk selvransakelse
Handlingsfasen	Frigjøring av selvet	Forpliktelse til avhold og til å arbeide med de tolv trinn
Vedlikeholdsfasen	Ha hjelpende relasjoner, finne alternativer til problemadferd, impuls kontroll	Medaljer for edruskap, ha sponsor, et aksepterende fellesskap, få hjelp til å ha en livsstil uten alkohol, sinnsrobønn og meditasjon, nytt alkoholfritt nettverk.



De ulike terapeutiske prosessene som vist i tabell 3.1 i blir her forklart i den videre gjennomgang av fasene i endringsprosessen. Det er her viktig å påpeke at DiClemente (1993) hevdet at de ulike terapeutiske prosessene kan være skje i flere faser, men at de hovedsakelig finner sted i de angitte fasene. Her presenteres de ulike fasene og deres karakteristika:

**Føroverveielsesfasen** karakteriseres av at personen er oppmerksom på de gode sidene ved adferden sin og overser de negative sidene. Personen vurderer ikke å gjøre endringer i livsstil i denne fasen. I denne fasen kan adferden være et problem for omgivelsene, men individet selv opplever den som uproblematisk (Prochaska et al., 1992, 1994). Dersom mennesker i dette stadiet søker hjelp er det oftest etter påtrykk og press fra andre. Det blir derfor lett å falle tilbake til gamle vaner så snart presset opphører. Forfatteren G.K. Chesterton (sitert i Prochaska et al., 1994, s. 40) sier noe om dette når han fremhever at: ”det er ikke det at de ikke kan se løsningen på problemet, det er det at de ikke kan se problemet”. I følge Prochaska et al. (1992) kan også fasen i tid bli beskrevet som at det er minst seks måneder til individet ser for seg å endre adferd.

For å kunne fortsette med en helseskadelig adferd som andre, men ikke en selv ser konsekvensene av, er det nødvendig å bruke forsvarsmekanismer for å beskytte seg mot innsikt i negative konsekvenser av egen adferd (Barth et al., 2001). Forsvarsmekanismene som brukes er *benekting*, *bagatellisering*, *rasjonalisering*, *aktiv protest* og *resignasjon*. Benekting og bagatellisering er å benekte at problemet finnes eller at det har skadelige konsekvenser, til tross for at alle andre påpeker det. Ett eksempel her er å nekte at en drikker for mye og bagatellisere det at drikkingen har konsekvenser for familielivet. Rasjonalisering handler om å gi en fornuftig forklaring til skadelig adferd. Ett eksempel kan være å understreke at ”jeg er nødt til å drikke for å få litt fred i hodet, alle bråker med meg og jeg er nødt til å drikke for å få fred fra omgivelsene”. Rasjonalisering innebærer at man er klar over at adferden kan være skadelig men rettferdiggjør adferden ved å hevde at den er rasjonell. Aktiv protest betyr å protestere. Utsagnet ”det er ikke din sak hvor mye jeg drikker”, rettet mot den som prøver å stille spørsmål ved den helseskadelige adferden er eksempel på dette. Resignasjon innebærer at personen er klar over konsekvensene av egen adferd, men ikke har en tro på at endring er mulig. Denne resignasjonen kan skyldes at flere tidligere forsøk på å endre seg har vært mislykket. Hvis personen får informasjon om konsekvenser av egen adferd uten å ha en opplevelse av å kunne gjøre noe med den, kan det føre til resignasjon og en følelse av det å være fastlåst i den skadelige adferden (Barth et al., 2001). Koblet til Bandura

(1994) kan det sies at resignerte personer har få erfaringer av å kunne endre adferd, de har mistet troen på at egne endringsforsøk kan føre frem.

Etablering av bevissthet om problemet en av de terapeutiske prosessene som skjer i føroverveielsesfasen (tabell 3.1). Med det menes her at individet får mer informasjon om seg selv og problemadferden. AA bidrar til dette gjennom møter med studier av Storboka (AAL, 2005), de tolv trinnene og det å tilby sponsorer. Med frigjøring ved bruk av dramatikk menes her å dramatisere følelser knyttet til problemer og løsninger av disse. AA kan bidra til dette gjennom de personlige historiene som blir fortalt på møtene og AAs fokus på hva alkoholen har kostet medlemmene (DiClemente, 1993).

**I overveielsesfasen** blir individet mer oppmerksom på de uheldige sidene ved adferden. Han er fanget mellom de gode og de mindre gode sidene ved adferden, individet både vil og ikke vil endre adferd. Dette kalles ambivalens og er et sentralt kjennetegn på denne fasen (Prochaska et al., 1992,1994). Ett eksempel på dette er utsagnet: "Alkohol er jo beroligende for meg, men bruken begynner å gå ut over jobben". I denne fasen veksler tankene mellom det å gjøre noen forandringer og det å fortsette å drikke som før. De fleste vil se flere bevisste og ubevisste positive sider ved egen adferd. Det blir viktig å få disse frem i lyset for å veie dem opp imot de negative konsekvensene av egen adferd (Prochaska et al., 1992, 1994). Prochaska et al. (1992) bruker historien om mannen som blir forklart veien for så å begynne å gå motsatt vei som et eksempel på dette stadiet. På spørsmål om hvorfor han går feil vei svarer han at han vet hva som er den riktige veien, men ikke er klar for å gå den ennå. Uttrykt i tid kan de som innen seks måneder har bestemt seg for å endre adferd sies å være i overveielsesfasen.

Prochaska et al. (1994) ser videre det å gjøre opp et regnskap for å berede grunnen for en forpliktende beslutning som essensielt for denne fasen. De understreker med bakgrunn i studier av røykere at folk kan være i dette stadiet over en lengre tidsperiode. Det skyldes at fordelene med å vente med å endre adferd er større enn fordelene med å endre adferd nå.

Feller i overveielsesfasen er i følge det å søke etter hundre prosent sikkerhet for at man har et problem, vente på det magiske øyeblikket for å endre seg, ønsketenking og for tidlig handling. Disse fellene utgjør et hinder for å kunne ta en forpliktende beslutning.

Det er selvreevaluering som er en av de karakteristiske terapeutiske prosessene for denne fasen (tabell 3.1). Med selvreevaluering menes det å begynne å se på seg selv som en person

som er maktesløs overfor alkohol, og hvilket moralsk forfall med utvikling av *den avhengige personligheten* (Nakken, 2007) med karakteristika som løgn og manipulasjon misbruket har ført til.

**Forbredelsesfasen** begynner med at det blir tatt en beslutning om å endre adferd innen en måned (Prochaska et al., 1992, 1994) Deretter skjer det i denne fasen et perspektivskifte hvor personen går fra å fokusere på problematiske sider ved adferden til det å tenke ut hvordan livet blir etter endringen. Det innebærer ikke at man er kvitt all ambivalens og personer i denne fasen trenger fortsatt kontinuerlig overbevisning om at endringen er rett for dem Det å legge konkrete planer om hvor og hvordan man kan endre adferd, og søke støtte for denne endringen er essensielt i denne fasen. I følge Barth et al. (2001) er det derfor i denne fasen klienten kan ha best nytte av rådgivning. Ett eksempel her er en alkoholiker som søker råd om konkrete fremgangsmåter for gradvis å trappe ned på drikkingen og hvordan han kan takle abstinensene som vil komme. I følge DiClemente (1993) er selvrevaluering også (tabell 3.1) den terapeutiske prosessen som kjennetegner føroverveielsesfasen.

**I Handlingsfasen** settes endringen ut i livet, det er i denne fasen hvor endringen blir synlig for omgivelsene. Det utløser som regel mye støtte fra omgivelsene. Starten vil derfor ofte være oppmuntrende; ”så fint at du ikke er full i kveld”. Det å nøye planlegge hvordan takle motgang er nødvendig for å lykkes i handlingsfasen. Har man ikke gjort det er det lett å få et tilbakefall til gammel adferd. Individet er i handlingsfasen hvis det har lyktes med å endre adferden fra en dag til seks måneder (Prochaska et al., 1992,1994).

Ett eksempel på ikke å være forbredt på motgang kan være en alkoholiker som bestemmer seg for å slutte å drikke på mandag etter en fuktig helg. Det ikke å ha tenkt gjennom hvordan dette skal gjøres praktisk kan føre til et raskt tilbakefall. Det praktiske kan her være å legge alternative planer for den neste helga, for eksempel å gå på kino eller ta en tur i skogen i stedet for å drikke. Derfor gjelder det å ha vært gjennom forberedelsesfasen med fokus på livet etter endringen før endringen blir iverksatt, da kan en ha planlagt tiltak for å takle motgang (Prochaska et al., 1992, 1994). Hvis en på forhånd heller ikke har gått gjennom overveielsesfasen, hvor en ser både gode og dårlige sider av adferden, er det lett å se at sjansen for at personen raskt vil starte å drikke igjen er stor. Det blir derfor viktig å ha gjort grundige forberedelser, å investere mye i forandringen, å ha flere metoder for å hjelpe seg selv, og å prøve noe nytt hvis man prøver å gjøre noe man har gjort før uten å lykkes (Prochaska et al., 1992, 1994). Ett eksempel på det siste kan være en alkoholiker som søker

hjelp hos lege for å slutte og stopper å oppsøke puber fordi det er der han drikker. Hvis han i tillegg begynner å spise og trene regelmessig, samt forteller det til kamerater at han har sluttet å drikke, vil han ha en større sjanse for å lykkes med å slutte enn en som bestemmer seg for å slutte å drikke på en mandag uten å ha en plan for hvordan det skal gjøres.

Den terapeutiske prosessen som skjer i handlingsfasen er i følge DiClemente (1993) frigjøring av selvet til å se nye alternativ i eget liv. I AA kan det skje gjennom å få hjelp til å forplikte seg til avhold og arbeide med de tolv trinnene (tabell 3.1).

**Vedlikeholdsfasen** starter ca 6 mnd etter at adferdsendringen har skjedd, og varer så lenge det er nødvendig å arbeide for å opprettholde endringen (Prochaska et al., 1992, 1994; Prescott & Børtveit, 2004). I følge Prochaska et al. (1994) kan det være livet ut.

Her handler det om å vedlikeholde den adferdsendringen som har skjedd. Flere forskere påpeker at vedlikehold er aktivt arbeid (Prochaska et al., 1994; Barth et al., 2001; Prescott & Børtveit, 2004). I følge Barth et al. (2001) er det i denne fasen viktig å holde motivasjonen oppe, mestre utfordringer, få støtte, vedlikeholde de gode holdningene og mobilisere til å stå imot de fristelsene man utsettes for.

Brumoens (2000) antagelse om at *avhengighetskreftene* alltid vil konkurrere med *nykterkreftene* peker på viktigheten av vedlikehold. Fasen kan ses på som en kamp for å vedlikeholde livsstilsendringene. Rent praktisk kan denne fasen kan oppsummeres slik: "Hovedutfordringen er at en møter mange situasjoner som er forbundet med en gammel livsstil og nå skal anvende den nye livsstilen på disse situasjonene. Det vil si å unngå å drikke i situasjoner du tidligere drakk " (Fekjær, 2004, s. 220).

I denne fasen trengs teknikker og strategier for å mestre de utfordringer som dukker opp. Dette vil i stor grad prege hverdagen; der du før drakk skal du nå ikke drikke. Ett eksempel er sosiale sammenkomster, og det å planlegge hvordan en skal holde seg unna alkohol der.

Et annet sentralt aspekt ved denne fasen er det å unngå motivasjonsslitasje (Prescott & Børtveit, 2004). Med det menes at motivasjonen for å fortsette å gjennomføre endringen naturlig går ned etter en tid. Det gjør den fordi vår hukommelse over tid er rettet slik inn at vi glemmer det negative med vanen og legger vekt på det positive. Det blir da lett å få et tilbakefall til gammel adferd.

Noe som også kan føre til tilbakefall er når det ikke skjer en forbedring av livskvaliteten. En vesentlig motivasjon for endring er bedring av livskvalitet, noe som ikke alltid skjer (Barth et al., 2001). Dersom individet ikke blir belønnet for å bruke en ny helserelatert adferd er det lett å få et tilbakefall til gamle handlingsmønstre. En alkoholiker som ikke får et bedre liv i egne øyne av å slutte å drikke blir naturlig nok mindre motivert til å vedlikeholde endringen.

I følge DiClemente (1993) kan terapeutiske prosesser i AA (tabell 3.1) bidra til å vedlikeholde endringen ved blant annet å gi anerkjennelse for å ha gjennomført endringen. Det gjøres blant annet ved å gi medaljer for edruskap. I AA kan en finne hjelpende relasjoner, det er et forum hvor en kan være åpen om problemet og å få hjelp av noen som bryr seg. Det kan styrke personens evne til å finne andre alternativer i situasjoner som ofte utløser problemadferd. Alternativet kan for eksempel være avspenning og selvstyrkende utsagn av typen ”dette klarer jeg”. AA-gruppen kan hjelpe til med å finne frem til disse. Med den terapeutiske prosessen impulskontroll menes her det å unngå stimuli eller situasjoner som kan utløse problemadferd eller å kontrollere disse stimuliene. AA kan tilby et nettverk som gjør at du inngår situasjoner knyttet til alkohol, og får opplæring i å takle dem du ikke kan unngå (DiClemente, 1993).

**Tilbakefall** er heller regelen enn unntaket i en endringsprosess (Prochaska et al., 1994). De definerer et tilbakefall som det ikke å vedlikeholde en endring som er igangsatt. Tilbakefall er vanlig og blir derfor betraktet som en del av endringsprosessen. De fleste går gjennom de ulike stadiene flere ganger før en varig livsstilsendring finner sted.

Prochaska et al. (1994) understreket at hver røyker går gjennom endringshjulet i snitt 4-10 ganger før de lykkes; dette illustrerer hvor vanskelig det er å endre avhengighetsadferd.

## 4.0 Metoder i arbeid med rusmestring

### 4.1 Motivational interviewing eller endringsfokusert rådgivning.

Motivational interviewing er i følge Miller og Rollnick (1991) en metode for å støtte opp om individers eget ønske om endring. Miller og Rollnick (1991) har som et utgangspunkt for arbeidet med *motivational interviewing* en definisjon av avhengighet:

A defining characteristic of addictive behaviors is that they involve the pursuit of short term gratification at the expense of long time harm. Often the person is quite aware of the damaging consequences, and has resolved to control or abandon the addictive behavior, yet time and again returns to the old familiar pattern. The addictive behaviors are chronic relapsing conditions (Miller & Rollnick, 1991, s ix).

De definerer motiverende samtale til å være en klientsentrert veiledningsmetode med det siktemål å fremme indre motivasjon for endring gjennom å utforske og avklare ambivalens (Miller & Rollnick, 1991, 2004). To sentrale begreper i motiverende samtale er ambivalens og selvregulering. Med ambivalens menes det å ville og ikke ville endre seg på samme tid. Det er et sentralt karakteristikum ved rusavhengighet. Rådgivers oppgave blir å utforske denne ambivalensen ved å se på både positive og negative sider ved klientens rusbruk. Denne utforskningen kan gjøre at klienten blir mer bevisst på egen adferd, og derfor bedre i stand til å ta et valg om å endre sitt liv. I tillegg vil utforskning av egen ambivalens få klienten til å se at han har denne følelsen. Det å få klienten til å se at han har ambivalens vil føre til at han aksepterer denne følelsen. Det å akseptere ambivalensen vil gi en større grad av selvaksept og selvregulering, noe som er meget viktig for at klienten kan gjøre noe med sitt helsekadelige rusmisbruk (Miller & Rollnick, 1991, 2004). Atmosfæren rundt rådgivningen blir viktig. Det teoretiske fundamentet er Carl Rogers personsentrerte rådgivningsmetode. I den er en empatisk grunnholdning meget viktig for at klienten skal våge å utforske ulike sider av seg selv. Carl Rogers terapeutiske prinsipper om empati, positiv aktelse og ekthet blir sentrale for at klienten skal våge og utforske sin ambivalens. Med empati menes her at rådgiveren har innlevelse slik at det er klientens egne erfaringer som trer frem og blir bekreftet. Positiv aktelse er den holdningen hos rådgiveren som gir klienten en følelse av å være genuint

akseptert med alle sine sider. Ekthet er det at rådgiveren er ærlig overfor klienten, og at han er troverdig når han gir sine råd. Det å ha en konfronterende stil vil kunne føre til at klienten går i forsvarsposisjon fordi det er et allmennmenneskelig trekk å markere sin uavhengighet. En søker derfor å unngå en slik konflikt mellom veileder og klient. Dette gjelder spesielt i spørsmål hvor mennesker har sterk grad av ambivalens (Miller & Rollnick, 1991; 2004)

Denne terapeutiske metoden vektlegger at både ressurser og endringspotensial finnes hos klienten. Det er rådgivers oppgave å hjelpe til med at ressursene blir brukt på en mest mulig hensiktsmessig måte, og at klientens endringspotensial blir utløst. Metoden er basert på en dialog hvor rådgiver noen ganger sammen med klienten utforsker klientens ressurser og andre ganger styrer samtalen inn på endringsrelevante temaer. For rådgiver er tålmodighet viktig fordi endring er en tidkrevende prosess som skjer gjennom ulike faser og hvor rådgivningen må tilpasses den fasen klienten er i. Rådgivers oppgave blir her å tilføre styrke og motivasjon i de ulike fasene av endringsprosessen. Motivasjon er i følge denne metoden ikke et trekk ved en person, men en tilstand personen er i. Motivasjon blir her det å binde seg til en strategi for å endre adferd, og ikke et trekk ved personligheten. Det å gi råd, ta bort hindringer for endring, gi et valg, minske rustring, praktisere empati, gi feedback, klargjøre mål, og gi aktiv hjelp er det en rådgiver kan bidra med i endringsprosessen. (Miller & Rollnick 1991, 2004)

Metoden er tilpasset norske forhold (Barth et al., 2001). Her brukes uttrykket *endringsfokusert* rådgivning for å beskrive denne måten å jobbe på. Endringsfokusert rådgivning handler om å gi hjelp til å endre uheldig adferd som skaper problemer for en selv eller andre. Sentrale prinsipper i rådgivningen er *E-D-R-A-S, eller vise empati, fokusere på diskrepans, rulle med motstand, akseptere ambivalens og styrke klientens mestringsforventning*. Vise empati handler om rådgivers evne til å kunne leve seg inn i klientens situasjon, for deretter å formidle støtte og aksept til klienten. En klient som opplever rådgiveren som empatisk vil også oppleve endringen som mer meningsfull. Det mest sentrale i empati er det å bli tatt på alvor, at noen hører på deg, og at noen forstår deg dypere enn du selv gjør. Diskrepans er her uoverensstemmelse mellom holdning og adferd, eller hvordan tilstanden er i forhold til hvordan klienten ønsker at den skal være. Ett eksempel kan være ”jeg drikker for mye nå i forhold til det jeg har lyst til å gjøre”. Det blir rådgivers oppgave å fokusere på denne diskrepansen fordi klienten da vil vurdere nødvendigheten av en forandring, og muligheten for å gjennomføre den. Rulle med motstand innebærer å betrakte motstand som normalt ved en endring av livsstil. For rådgiveren blir det derfor viktig å unngå konfrontasjoner når man er uenig med klienten, men heller foreta et fokusskifte eller gå utenom motstanden for å dempe

den. En konfronterende holdning vil bare føre til økt motstand fordi klienten ønsker å forsvare sine standpunkt. Å akseptere ambivalens betyr å se på ambivalens som en mulighet for endring fordi den er selve drivkraften i en endringsprosess. Det å ville og ikke ville til samme tid er normalt i en endringsprosess. Det å utforske denne ambivalensen kan virke klargjørende fordi det å veie ting opp imot hverandre kan tydeliggjøre situasjonen, og dermed gjøre det lettere og velge en ny livsstil. Ett eksempel her er det at rådgiveren hjelper klienten med å sette opp et skjema med fordeler og ulemper med å slutte å drikke. Eksempler på fordeler kan være bedre helse, vektnedgang og et bedre forhold til familien. Ulemper kan være å gå glipp av den roen som den første drinken innebærer, og det å ha et friminutt fra hverdagens krav. En slik bruk av en ambivalensvekt hvor man skriver ned både positive og negative sider ved adferden kan virke klargjørende, og gir mulighet til refleksjon over ulike handlingsalternativer og til en vurdering av om de er mulige å gjennomføre (Barth et al., 2001).

Styrket mestringsforventning vil gjøre at klienten ser nye handlingsalternativer i en tilsynelatende fastlåst situasjon (Bandura, 1994). Men en endringsprosess tar tid og krever forberedelser, beslutninger og praktisk gjennomføring av beslutningene. Det å endre seg krever tro på at endringen er mulig å gjennomføre, at en har de ressursene som er nødvendige å ha for å foreta endringen. Dette handler om *mestringsforventning*; den kan bli styrket av å ha realistiske mål som er oppnåelige for individet.

## 4.2 Kognitiv adferdsterapi

Mennesker med rusmiddelavhengighet har ofte en antakelse om at de ikke mestrer hverken motgang eller medgang uten rusmidler, og de har automatiske tanker knyttet til det å bruke rusmiddelet. Når de negative følgene av bruken kommer, blir disse gjerne ignorert eller bortforklart, og følgene blir ikke knyttet til bruken av rusmidler. Ett eksempel her kan være hvordan en rusmisbruker som har fått sparken fra jobben ikke knytter dette til eget rusmisbruk, men sier at "alle på den bedriften var ute etter meg og spriten var det eneste som gjorde at jeg holdt ut der". Her er den negative automatiske tanken at alle er ute etter meg, den positive automatiske er at rusmiddelet gjør at jeg holder ut. Slik blir misbrukeren fanget i en negativ spiral hvor positive antagelser om rusmiddelet forsterkes samtidig som troen på det å mestre situasjonen uten rusmiddelet minsker.



Målet for en kognitiv terapi blir derfor todelt:

1. Det å endre tankemønsteret
2. Det å endre adferd (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

Her blir det å endre noen av pasientens positive antagelser om rusmiddelet viktig. Det å endre egne negative antagelser om muligheten for å mestre livet uten rusmidler (endre tankemønster) og det å bruke mindre rusmidler (endre adferd) er også sentrale aspekter ved kognitiv terapi ved rusmisbruk. Det som skiller misbrukeren fra den vanlige alkoholbruker er at de beholder sine positive antagelser om rusmiddelet selv når de negative konsekvensene blir åpenbare (Beck et al., 1993)

En kognitiv tilnærming eller forståelse av misbruk er at det fortsetter fordi personen tror at fordelen med å bruke rusmidlene er større enn ulempene ved å slutte. Man tenker seg at trang til rusmidler oppstår når personen kommer i en situasjon hvor de positive antagelsene om rus strømmer inn i bevisstheten. Det kan da oppstå et *tunnelsyn* hvor det å få tak i rusmiddelet og bruke det kan blokkere for alle andre antagelser om mulige konsekvenser av å gjøre det. Dette kalles *den kognitive blokade* (Mais, Olsen & Martinsen, 2008). Sentralt i kognitiv terapi ved rusmisbruk står det å utvikle en felles forståelse med pasienten om bruk av rusmidler og andre problemer. Dette for å kunne sette opp en liste over realistiske mål for terapien. Det er her viktig for terapeuten å få med pasienten på tanken om at kognitive prosesser kan påvirke trangen til rusmidler og at disse prosessene er mulig å påvirke. Dette er sentralt fordi mange pasienter ser rustring som et rent fysisk fenomen som ikke har noe med tanken å gjøre. Det blir deretter viktig å finne frem til situasjoner som vekker rusing for å finne frem til pasientens antakelser om rusmidler. Det blir deretter viktig å utfordre disse antagelsene gjennom en sokratisk dialog hvor pasienten selv setter opp både fordeler og ulemper ved å bruke rusmidler. Dette kan føre til at pasientens antagelser eller automatiske tanker om rusmiddelet bli endret. Det andre elementet i kognitiv terapi er som nevnt å hjelpe pasienter til å få antagelser om at de kan takle hendelser uten bruk av rusmidler. Dette innebærer hjelp til å takle utfordringer eller til å akseptere de utfordringene de ikke kan gjøre noe med. Sentralt her blir å endre adferd i forhold til hendelser, det å handle på en ny måte blir viktig. Her kan for eksempel teknikker for selvhevdelsestrening og trening i praktisk sosial samhandling bidra. Utvikling av sosiale ferdigheter kan lede til at man omgås mennesker på en ny måte som for eksempel ikke skaper så mye aggresjon hos misbrukeren. Brukt på eksempelet som ble nevnt tidligere i kapitlet vil det si å utfordre personens negative automatiske tanke om at alle på

jobben er ute etter ham, ved å stille undrende spørsmål som: ”Er det virkelig slik? Har du noen andre eksempler på situasjoner hvor andre har vært ute etter deg, har du noen eksempler på situasjoner da personer ikke har vært ute etter deg”? Hvis personen her finner frem til situasjoner da alle var ute etter ham er det mulig å utfordre denne tanken. Den andre antagelsen er her at det å drikke er den eneste måten å holde ut når folk er ute etter deg. Her er det mulig å stille spørsmål om det finnes situasjoner hvor pasienten ikke har reagert med å drikke, og hva som var fordelene og ulempene med den. Terapien bygger hele tiden på å veie fordeler og ulemper ved en type av adferd opp mot hverandre. Pasienten skal selv bli oppmerksom på at alkoholbruk faktisk er skadelig for ham. Det betyr å bruke konkrete episoder fra pasientens liv og gjøre ham oppmerksom på hvilke antagelser det er som styrer hans tanker om denne situasjonen. I det nevnte eksempel kan det være å gjøre pasienten oppmerksom på at ”alle er ute etter meg” tankegangen finnes hos han/henne, og at den er skadelig for helsen. Det neste skrittet blir å endre antagelser som gir lov til å bruke alkohol og å øke klientens mestringsforventning til ikke å bruke det. I dette eksemplet kan det være å utfordre antagelsen om at han må drikke for å holde ut en jobb, for så å gå over til å gi råd om adferd som kan bidra til å hindre bruk av alkohol (Mais et al., 2008).

### 4.3 Empowerment

*Empowerment* innen helsefremmende arbeid blir av Verdens Helseorganisasjon definert som ”en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres egen helse” (sitert i Finsbråten & Pettersen, 2009, s. 61). En mulig norsk oversettelse er ordet *bestyrkning* som innebærer å styrke pasientens evne til selv å ta hånd om egen helse (Sørensen & Graff Iversen, 2001). Bakgrunnen for empowerment er ”at folk vet mye, men ikke alltid er vant til at denne kunnskapen er viktig og blir verdsatt” (Sørensen & Graff-Iversen, 2001, s. 721). De hevder videre at hvis individet tar feil valg i forhold til egen helse så er det forårsaket av ”manglende kontroll og/eller manglende muligheter til å gjøre det” (Sørensen & Graff-Iversen, 2001, s. 721). Resultatet blir følelse av maktesløshet.

Empowerment er å assistere enkeltindivider og grupper til å ta kontroll over faktorer som påvirker helsen. Det skjer ved å mobilisere ressurser gjennom aktiv deltagelse og selvhjelp. Det er denne prosessen Sørensen og Graff-Iversen (2001) kaller *empowerment*. Inkludert i begrepet er et jevnbyrdig forhold til helsepersonell, hvor løsningen på et helseproblem kan være å følge pasientens egne forslag. Det er ”et hovedpoeng å endre fagpersonens rolle fra å

være styrende til å være en samtalepartner på like fot med den hjelpetrengende. Brukerkunnskap og fagkunnskap skal likestilles” (Askheim, 2007, s. 28). Kommunikasjonen mellom partene denne i type samtale er rettet mot den enkeltes ressurser og evne til å mestre. Det brukes et begrep hentet fra Sommerschild (sitert i Askheim, 2007, s. 29) for å beskrive denne prosessen: *Samskapende løsningsorientert* samtale. Med dette menes det å få frem unntakene hvor det har gått bra, finne bekreftelser på ønsket om forandring, og bekrefte forandringen så snart det er mulig. Antonovskys begrep *sence of coherence* (sitert i Askheim, 2007, s. 29) blir brukt for å illustrere sentrale deler av denne prosessen. Det å kunne forstå situasjonen, utvikle en tro på at en kan finne frem til løsninger og finne en god mening i å forsøke vil kunne gi en opplevelse av å influere på eget liv. Et annet interessant perspektiv er hvordan marginaliserte grupper kan gå fra skam til stolthet. I følge Starrin (2007) gjør skam at man trekker seg unna offentligheten, det emosjonelle energinivået er lavt og det kan virke uoverkommelig å gjøre noe for å endre situasjonen. For at det skal forandres må det skje en forandring til høyere aktivitets og energinivåer, noe som skjer gjennom å gå fra skam til stolthet, noen ganger via redsel og sinne (Starrin, 2007)

Det er naturlig å relatere rusmisbruk til denne diskusjonen om skam. Rusmisbruk er et tabubelagt helseproblem hvor det for misbrukeren kan virke som om andre ser ned på ham på grunn av misbruket. I tillegg kan følelsen av å ha sviktet og skuffet andre bidra til en økt følelse av skam. Skammen fører til isolasjon. Selvhjelpsgruppen AA kan fungere som en motvekt til dette. Du er et sted hvor du får ros for ikke å drikke, rosen kan føre til en stolthet over at du ikke drikker i dag, i tillegg får du en identitet som medlem av en gruppe hvor alle sliter med å holde seg edru. Jeg har selv vært på en konferanse hvor et medlem av AA fortalte om hvordan organisasjonen hadde hjulpet ham til å være stolt over at han ikke drikker i dag, og til å redusere skammen han hadde over det han hadde gjort da han var ”drikkende alkoholiker”. Denne stoltheten over ikke å drikke i dag gjorde at han nå turde å holde foredrag for ansatte i russektoren om dette. Skammen over å være alkoholiker var snudd til en stolthet over at han ikke drakk i dag. I AA betegner alle seg som alkoholikere selv om de i dag er edru og har vært det lenge, de er avholdende alkoholikere. Dette innebærer at du alltid vil være alkoholiker hvis du først har fått *sykdommen alkoholisme*. En vil aldri kunne drikke igjen, da utløses sykdommen (Bergmark, 1995).

Empowerment brukt som en beskrivelse av trekk ved AA kan allikevel være problematisk. AA fremhever at *tilfriskningen* fra et misbruk begynner med å erklære seg maktesløs overfor rusen. Det å erklære seg maktesløs kan sies å stå i et motsetningsforhold til det å være

bestyrket, og vil derfor gjøre det vanskelig å gjøre noe med problemet, det kan være vanskelig å se hvordan det å være maktesløs kan spore til endring av den skadelige adferden. Vederhus et al. (2008) argumenterer for det når de understreker at det er ved å erklære seg maktesløse i forhold til egen rusbruk at AA medlemmer blir frigjort til å ta ansvar for den. Sentralt i dette er at medlemmene gir slipp på tanken om å ha kontrollen over alkoholen. Ved å gjøre det får de en ny innfallsvinkel til rusproblemet; det er best å holde seg unna ting som ikke kan kontrolleres, totalavhold blir løsningen. Dette at de er maktesløse i forhold til rusen kan sies å være en konkret erfaring som mange av gruppemedlemmene har gjort, det å få hjelp til å holde seg rusfri blir det de ønsker å få ut av medlemskapet i gruppen. Sammen kan de bestyrke hverandre til å slutte med det skadelige misbruket (Vederhus et al., 2008).

Selvhjelpsgruppen AA vil sett i fra dette perspektivet kunne sies å være en arena hvor det foregår empowermentprosesser. Fellesskapet gjør medlemmene i stand til å bedre ta kontroll over faktorer som påvirker helsen, i dette tilfellet rusmisbruket (Vederhus et al., 2008). Selvhjelp blir da også av Sørensen og Graff-Iversen (2001) nevnt som en del av empowermentbegrepet.

#### **4.4 Selvhjelpsgrupper**

Katz og Benders gir følgende definisjon av selvhjelpsgrupper:

Selvhjelpsgrupper er frivillige, små gruppestrukturer for gjensidig hjelp og gjennomføring av bestemte oppgaver. De er vanligvis startet av likemenn som er kommet sammen for gjensidig og hjelpe hverandre med å dekke et felles behov, å overkomme et felles handikap eller problem, og å frembringe ønsket sosial eller personlig endring. Initiativtakerne og medlemmene i slike grupper opplever at deres behov ikke blir, eller kan bli, dekket av eksisterende sosiale institusjoner.

Selvhjelpsgrupper vektlegger direkte sosial samhandling ansikt til ansikt og har forventninger om medlemmenes personlige ansvar. De sørger ofte for praktisk og materiell hjelp så vel som emosjonell støtte, de er hyppig årsaksorienterte, og fremmer

en ideologi eller verdier som kan gi medlemmene en utdypet følelse av identitet (sitert i Hjerndal, Riiser, Nilsen & Seim, 1996, s. 41)

Intensjon om hjelp og støtte er sentralt i selvhjelpsgruppene. Hjelpen og støtten i gruppen kan bli gitt som ubetinget aksept av egen person, det vil si at personen med alle sine sider blir sett og akseptert i gruppen. Dette vil blant annet redusere følelsen av skam og det å være alene i verden (Hjerndal et al., 1996).

I følge Nilsen og Talseth (1995) kan skamreduksjon og aksept av seg selv gi et brudd i en følelse av isolasjon og utvikle nye handlingsalternativer og holdninger. Gjennom dette kan personen få en økt grad av selvaksept av både sterke og svake sider, og se seg selv som et mer helt menneske. Dette er vesentlig for det å kunne uttrykke egne behov og ivareta egne interesser. Den produksjon og reproduksjon av alternativt betydningsinnhold som finner sted i gruppen kan bidra til forståelse av hvordan reduksjon av skam skjer. Dette handler om å se gamle hendelser på en ny måte, finne en ny og mer godtagbar forklaring på hendelser fra eget liv. Dette vil redusere skamfølelsen fordi den gjør hendelsene mer forståelige for individet (Nilsen & Talseth, 1995). Et eksempel kan her være hvordan AA medlemmer kan forklare tidligere oppførsel i alkoholpåvirket tilstand, hvor en for eksempel har endt i fyllearresten etter bråk på byen. Det å ende i fyllearresten kan skape skamfølelse over egen adferd, en kan dermed lett se på seg selv som et dårlig menneske. Men hvis dette blir forklart med at det er "misbruket adferd", og skyldes *den avhengige delen* (Nakken, 2007) av personligheten, og at du faktisk ikke "valgte å bli rusmisbruker" er det en alternativ forklaring på egen adferd som kan være lettere å leve med. Det er ikke individet som selv har valgt å ende i fyllearresten, men *misbrukerdelen* av personligheten, løsningen blir da å slutte å drikke eller ruse seg. Den alternative tolkningen får større troverdighet når andre gruppemedlemmer forteller lignende historier. I følge Abrahamsen (1995) vil det at andre har lignende historier, gjøre egen historie mer forståelig for individet. Dette kalles speiling, det vil si å se egen historie i andre og å få den bekreftet hos andre. Dette kan betraktes som gjensidig oppstått empati mellom medlemmene i gruppen.

Likeverdig deltagelse er et sentralt prinsipp for selvhjelpsgruppen (Hjerndal et al., 1996). Likeverdig deltagelse gjør at du raskt blir en ressurs for gruppen. Det enkelte medlemmets egne erfaringer er alle like mye verdt. Det gjør at du ved å være sammen med andre og bli verdsatt, opprettholder motivasjonen for å løse problemet blant medlemmene. Dette kan sammenlignes med varm aksept, et begrep Carl Rogers brukte for å beskrive en sentral faktor

i terapi. Gruppene er aldri bedre enn sine deltagere. Hvis en person føler seg utenfor eller blir behandlet nedlatende av fellesskapet, da vil gruppen ikke bidra til mestring for denne personen. Hvis medlemmet ikke får bekreftelse, og ikke blir akseptert vil det kunne føre til en økt følelse av skam og mindreverd. Gruppen blir da en arena for tap av egenverd og vil bekrefte medlemmets eventuelle følelse av ikke å bli sett. Dette kan være en grunn til at folk slutter i grupper. En annen faktor som kan virke negativt med et gruppemedlemskap er når gruppemedlemmene tar en offerrolle hvor de gjensidig støtter hverandre i det å være et offer. Det bidrar ikke til mestring av en vanskelig livssituasjon (Hjerndal et al., 1996).

## 5. Anonyme Alkoholikere

### 5.1 Historie og organisering

Selvhjelpsgruppen Anonyme Alkoholikere har en lang tradisjon i Norge. Den ble grunnlagt i USA i 1935. Til Norge kom den i slutten av tredveårene (AA medlem, personlig kommunikasjon, januar, 2010). Organisasjonen er politisk nøytral og baserer seg på inntekter samlet inn gjennom kollekt. Den mottar ikke bidrag fra det offentlige. I følge Bergmark (1995) er det en meget effektiv organisasjon med et minimum av administrasjon og ansatt personale.

Gruppen har en lang tradisjon for å hjelpe folk som selv definerer seg som alkoholikere med å slutte å drikke. Deltakerne i AA er alkoholikere, eller som AA deltakere selv sier det; de er alkoholikere i *tilfriskning*. Bergmark (1995) beskriver AA som en lekmannsbevegelse som bruker menneskelig støtte og åndelighet som verktøy for å bekjempe alkoholisme.

Organisasjonen AA har sin basis i møter hvor medlemmene deler sine personlige historier med hverandre. AA har et fokus på mestring av en vanskelig situasjon, og det å dele av egne erfaringer og lære av andres. AAs litteratur har et enkelt og billedrikt språk hvor personlige historier står i fokus. Den mest brukte boka, *Storboka* (AAL, 2005), består av grunnleggernes egne historier om hvordan de vant over alkoholismen). Man kan således si at det er de personlige historier som står i sentrum for AAs virksomhet.

Anonyme Alkoholikere sine møter har en møteleder som er valgt av deltagerne i gruppen; dette vervet går som oftest på omgang mellom noen av de mest erfarne deltakerne (Bergmark, 1995). Et møte er preget av en fast struktur. Før møtet begynner har man en stille stund. Medlemmene presenterer seg som alkoholikere, og deretter har man en runde hvor folk *deler* egen historie med andre. Ingen kommenterer hva som blir sagt denne runden da man er opptatt av å unngå fordømmelse. Til sist avsluttes møtet med Sinnsrobønnen (vedlegg 1). Temaer som kan bli tatt opp på møtene er takknemlighet, konsekvenser, ydmykhet, tilfriskning, skyld og skam og gamle drikkehistorier. Hensikten er blant annet å minne seg selv om at man som alkoholiker ikke kan drikke, samt å fortelle sin historie for å gi videre til andre de løsninger man selv har funnet frem til. Man behøver ikke å si noe på møtene, men blir oppfordret til å presentere seg. Det benyttes kun fornavn da anonymitetsprinsippet står

sterkt. Nykommerne får ofte en kontaktperson eller sponsor som skal hjelpe dem gjennom programmet (Bergmark, 1995).

Makela (sitert i Bergmark, 1995, s. 42) fremhever at det finnes en del muntlige regler som gjelder på møtene. De lyder som følger: Vær så ærlig du kan, snakk om egne erfaringer, snakk ikke om andre menneskers private ting, bruk ikke tiden til å presentere religiøse eller vitenskapelige teorier, du kan snakke om dine personlige problem i programmet men ikke AA programmet i seg selv, avbryt ikke andre som snakker, ikke konfronter eller utfordre hva andre har sagt, gi ikke råd til andre AA deltagere, presenter ikke forklaringer på andre medlemmers oppførsel, presenter ikke psykologiske årsaksforklaringer til andre medlemmers oppførsel.

## 5.2 De tolv trinn

Møtene har sin basis i et *handlingsrettet tolvtrinnsprogram* som skal fremme edruskap:

De tolv trinnene er:

1. Vi innrømmet at vi var maktesløse overfor alkohol, og at vi ikke lenger kunne mestre våre liv.
2. Vi kom til å tro at en Makt større enn oss selv kunne bringe oss tilbake til sunn fornuft.
3. Vi bestemte oss til å overlate vår vilje og vårt liv til Guds omsorg, *slik vi selv oppfattet Ham*.
4. Vi foretok en fryktløs og grundig moralsk selvransakelse.
5. Vi innrømmet, ærlig og utilslørt, våre feil for Gud, for oss selv og et annet menneske.
6. Vi var helt innstilt på å la Gud fjerne alle disse feilene i vår karakter.
7. Vi ba Ham ydmykt om å fjerne våre feil.
8. Vi satte opp en liste over alle dem vi hadde gjort vondt mot og ble villige til å gjøre alt sammen godt igjen.



9. Vi gjorde opp med alle disse menneskene når det var mulig å gjøre det uten å skade dem eller andre.

10. Vi fortsatte med selvransakelsen, og når vi hadde feilet, innrømmet vi det uten å nøle.

11. Vi søkte gjennom bønn og meditasjon å styrke vår bevisste kontakt med Gud, *slik vi selv oppfattet ham*, og ba bare om å få vite Hans vilje med oss og kraft til å utføre den.

12. Når vi hadde hatt en åndelig oppvåkning som en følge av disse Trinn, prøvde vi å bringe dette budskapet videre til alkoholikere og praktisere disse prinsippene i all vår gjerning (AAL, 2005, s. 46-47).

Noe av det mest sentrale ved trinnene er at en ber om hjelp fra en høyere makt for å slutte å drikke, det vil si at noe utenforstående mennesket kan bidra til å hjelpe enkeltindividet med å holde seg rusfri. I de første seks trinnene er fokuset rettet mot det å innrømme maktesløshet og foreta en selvransakelse. De siste seks trinnene kan ses som forsøk på å rette opp ting som har gått galt og bedre kontrollen over egen situasjon. Denne prosessen består i å gjøre opp med dem man har såret og be om veiledning til å handle rett fra en høyere makt. Det tolvte trinnet innebærer å bringe det du har fått vite gjennom trinnarbeidet videre til andre alkoholikere. Bergmark (1995) beskriver tolvtrinnsprogrammet som et handlingsrettet, åndelig program.

Kurtz (1979) er i tråd med dette når frihet, takknemlighet, ydmykhet og toleranse fremheves som sentrale deler av programmet. Friheten knyttet til det å fortelle sin historie, det vil lede til en frigjøring eller at en føler seg befridd til å se sin egen historie i et nytt lys.

Takknemligheten kommer fordi en ser frigjøringen som en gave som en får uten å ha prestert noe for å få den. Ydmykhet er det å erkjenne at du er menneskelig, at du ikke kan få til alt men at det å være menneske innebærer den gylne middelvei, du gjør så godt du kan, og så får resultatet bli som det blir. Toleranse handler om å akseptere det at alle mennesker gjør så godt de kan selv om de ikke er perfekte. Det å akseptere at mennesker ikke er perfekte gjør at vi blir mer tolerante overfor dem (Kurtz, 1979).

### 5.3 Hvordan hjelper AA?

Vederhus et al. (2008) argumenterer for at brukerne av AA frigjøres til å ta ansvar gjennom å se avhengighet ikke som en ”karakterbrist men et helseproblem, som må løses kontinuerlig ” (Vederhus et al., 2008, s. 1270). I AA er det en sammenheng mellom det å erklære seg maktesløs og det at du da blir frigjort til å ta ansvar for egen situasjon. Gjennom det å erklære seg maktesløs for rusen blir en i stand til å leve uten den etter prinsippet *en dag av gangen*. Bakgrunnen er at AA ser på alkoholisme som en kronisk sykdom (AAL, 2005) som blir bekjempet eller holdt i sjakk ved å erklære seg maktesløs ovenfor den. Det å gå på møter blir her en vesentlig del av en livslang behandling etter prinsippet ”en gang alkoholiker, alltid alkoholiker”. Det å erklære seg maktesløs ovenfor rusen er det som bidrar til rusfrihet. Det at alkoholisme blir sett på som en sykdom har en lang tradisjon i alkoholforskningen. Fekjær (2004) redegjør i boka *Rus for hvordan verdens helseorganisasjon fra 1950 til 1980 tallet definerte alkoholisme som en sykdom*, de bruker nå ordet avhengighetssyndrom om det å ha en avhengighet av alkohol.

Et interessant spørsmål blir her om det å se alkoholisme som en kronisk sykdom kan gi noen fordelaktige perspektiver for alkoholmisbrukeren. Kan det å få vite at en har en alvorlig kronisk sykdom gjøre det lettere å gjennomføre varige tiltak? Varig endring er lettere å få til sammen med andre. AA kan i denne sammenheng ses på som et varig tiltak og kontinuerlig oppfølging av et helseproblem. Viktigheten av kontinuerlig oppfølging er dokumentert i russektoren (NOU 2003: 4, 2003). ”Problemet er ikke å slutte men ikke å begynne igjen” er en kommentar undertegnede har fått fra mange pasienter i jobbsituasjoner de siste ti årene. Et relevant spørsmål da om AA kan fungere som en langvarig oppfølging. Sammenligningen med overvekt er slående; problemet er ikke å gå ned i vekt på et behandlingssted, men å unngå å gå opp igjen etter endt opphold. En mulig innretning av tilbudet for å få til det er i følge Jøran Hjelmesæth (Fatland, 2009), leder for senter ved sykkelig overvekt i Helse Sørøst, langvarig poliklinisk oppfølging i hjemmesituasjonen. Kan AA ses på som en langvarig oppfølging av en annen avhengighetsslidelse; alkoholavhengighet?

Vederhus et al. (2008) hevder at tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper er en betydelig ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. De har gått gjennom kjent nasjonal og internasjonal forskning på området og konkluderer med å anbefale en bedre utnyttelse av selvhjelpsgrupper som en ressurs i arbeidet med rusavhengige, dette blant fordi de er billige å bruke og kan vise

til gode resultater. Forskningen har et fokus på nytten av å bruke AA/NA, og på hvordan behandlingspersonale i større grad kan henweise pasienter videre til disse selvhjelpsgruppene.

### 5.3.1 Innse eget kontrolltap

AA første trinn er: Vi innrømmet at vi var maktesløse ovenfor alkohol, og at vi ikke lenger kunne mestre våre egne liv. Daley og Marlatt (2007) fremhever tap av kontroll som et av de mest fremtredende trekk ved alkoholisme. Det å komme ut av et misbruk vil da være og igjen ta kontrollen over eller mestre egen alkoholbruk. Det å være maktesløs kan bety at man på et vis misbruker alkohol mot sin vilje, man ønsker ikke å gjøre det men gjør det allikevel. Man er maktesløs ovenfor alkoholens *magiske* tiltrekning. Misbruket kan ha fått konsekvenser som er tunge å bære, men allikevel fortsetter det. Livsproblemene vil da antagelig ikke bli løst før alkoholikeren slutter å drikke. Det kan synes paradoksalt at man ved å erklære seg maktesløs ovenfor drikkingen kan kontrollere den. Det ville jo være naturlig å gi individet tro på egne krefter for å endre den destruktive rusbruken, og ved bruk av egne krefter igjen ta kontroll over drikkingen. Men for mange som har prøvd og prøvd med et dårlig resultat virker det som at det kan gi et nytt håp å innrømme maktesløsheten. Det første trinnet hos AA gjenspeiler kanskje mange menneskers konkrete erfaring med alkohol hvor det og igjen å ta kontroll ble mulig gjennom å gjøre ting på en ny måte; ved å innrømme at en ikke har kontroll. Vederhus et al. (2008) argumenterer slik når de hevder at det åpnes opp for en ny innfallsvinkel når personen gir slipp på tanken om at "jeg har kontrollen". Bakgrunnen for argumentasjonen er at rusbruk er årsaken til problemene, og det å innrømme at en er maktesløs gir en angrepsvinkel som støtter opp under at fortsatt rusbruk er uforenlig med å få løst problemet. De fremhever at begrepet maktesløshet "er en erfaringsorientert beskrivelse av den rusavhengiges opplevelse av sin egen tilstand" (Vederhus et al., 2008, s. 1270). Brown (1993) peker i denne retningen når hun fremhever at det å innse tap av kontroll kan være befriende fordi individet da kan slutte å kjempe for troen på at han/hun har kontroll over seg selv. Hele tiden under misbruket har problemene misbruket har skapt minnet misbrukeren på at hun ikke har kontroll over inntaket sitt og de problemene det medfører. Resultatet er ofte bruk av forsvarsmekanismer for å unngå å ta inn over seg dette. Det å innse at en ikke har kontroll kan ses på som å la en mer realistisk holdning erstatte den troen på egen kontroll som rusmisbrukeren har hatt. Dette er i følge AA *å nå bunnen*, det å innse at du nå er maktesløs ovenfor alkoholen. Brown (1993) fremhever at misbruket har grepet så langt inn i *selvets*

deler at det å reorganisere dette via en ytre makt representerer en ny måte å se seg selv på. I lys av dette kan man tenke seg at endring i selvopplevelse står sentralt i den prosessen det er å komme seg ut av et alkoholmisbruk. DiClementes (1993) beskriver hvordan AA med sitt fokus på maktesløse liv, defekter i misbrukerpersonligheten og moralsk selvransakelse, kan bidra til slik endring i selvopplevelsen. De som skjer i gruppene kan betraktes som terapeutiske teknikker brukt i en *selvreevaluering* (Prochaska et al., 1994). AA bruker begrepet *den avhengige personligheten* (Nakken, 2007), som har trekk helt forskjellige fra personens egentlige jeg, for blant annet å beskrive hvordan rusmisbrukeren bruker forsvarsmekanismer for å bevare illusjonen av kontroll, og hvordan objektet for misbruket enten det er flasker eller andre rusmidler blir det sentrale i livet. AA fremhever at *den avhengige personligheten* oppfører seg helt forskjellig fra den "edru personligheten" (AA medlem, personlig kommunikasjon, januar 2009). Det er derfor helt nødvendig å be om hjelp fra en utenforstående makt til å reorganisere selvet slik at *den avhengige personligheten* får minst mulig plass. Dette kan være en forklaring på hvorfor AAs paradoks fungerer, gjennom det å erklære seg maktesløs gis en ny mulighet til å organisere selvet på en ny måte ved hjelp av en utenforstående kraft. Her kan det tillegges at AA har et positivt syn på menneskets muligheter for egenutvikling, og det er det de tolv trinnene er ment å være, veiledere for egenutvikling.

Folk med alkoholproblemer har ofte en rekke mislykkede forsøk på å trappe ned eller slutte helt bak seg, og de har dermed fått en negativ mestringsforventning basert på egne erfaringer. Men strider forståelsen av at det er viktig å innse kontrolltap mot Banduras (1994) teori om *mestringsforventning*? Tidligere erfaringer er en sentral del av Banduras begrep mestringsforventning. Har man mislyktes før er det naturlig å forvente et nytt nederlag hvis du igjen forsøker å ta kontrollen over rusingen. Imidlertid kan man tenke seg at mestringsforventningen kan endres i positiv retning hvis målet reformuleres til at du ikke skal lenger forsøke å kontrollere det ukontrollerbare. På denne måten kan de tidligere mislykkede forsøkene snus fra å være negative opplevelser til å danne utgangspunkt for en bedre forståelse og optimisme. Man vet hva som ikke har fungert og kan slutte med å kjempe den gamle kampen. Ut fra dette kan det argumenteres at å innse kontrolltapet kan være en metode for å bryte ut av negativ mestringsforventning, og at den sentrale mekanismen i dette er reformulering av målsetting. Videre kan det å innse kontrolltapet også indirekte påvirke mestringsforventning positivt fordi det vil gi tilgang på modeller for egen læring gjennom møtene i AA, hvor man møter folk som har greid å leve et edru liv. Du vil på møtene få verbal

påvirkning fra folk med autoritet fordi de har mange år bak seg som edrue personer. Du kan få tilgang på et nytt nettverk som kan hjelpe deg å sortere ut hva som er viktig og mindre viktig å gjøre når du skal leve et edru liv. En konklusjon her kan være at det å innse kontrolltap ved å erklære seg maktesløs for en del mennesker gir nytt håp samt tilgang på modeller og påvirkning for et edru liv. Det sentrale spørsmålet her er om å innse kontrolltap kan kaste ett nytt lys over egne manglende erfaringer av å mestre. Kanskje er det slik at det å erklære seg maktesløs kan gi en ny innfallsvinkel til det å mestre et rusfritt liv.

Men kan det å innrømme tap av kontroll bidra til at du kan gjenvinne kontrollen over de faktorer som påvirker egen helse sett i fra et empowermentperspektiv? Et kjernepunkt ved *empowerment* er jo å mobilisere ressurser gjennom aktiv deltagelse og selvhjelp. Det kan være gjennom sine serier av møter som inneholder støtte og forståelse av den enkeltes situasjon at AA kan sies å bidra til å gjenvinne kontrollen over faktorer som påvirker egen helse. Om dette blir gjort gjennom å erklære seg maktesløs ovenfor noe kan være av underordnet betydning her, det er støtten fra gruppen som blir det viktige. Det kan allikevel oppleves noe underlig at man gjennom å erklære seg maktesløs ovenfor misbruket kan bidra til å gjenvinne kontrollen over eget misbruk, det logiske ville kanskje være å bli desillusjonert og fortsette misbruket.

Antonovskys (1991) teori om *salutogenese* kan også bli brukt til å kaste et lys over hvordan dette tilsynelatende paradokset er mulig. AA kan hjelpe en alkoholiker med å forstå at rusmisbruket er skadelig, troen på at det er mulig å komme ut av det kan komme når man får støtte av nettverket i AA. Dette nettverket inneholder rollemodeller, det vil si folk som har vært edru i mange år, og som i egne øyne her godt liv. Når en "nedslitt" misbruker ser dette, og de "vellykkede" forteller at de har vært like langt nede som han/hun en gang i tiden kan det virke oppmuntrende og gi håp om bedring. Gruppen bygger på denne måten opp misbrukerens *sence of coherence*. Dette har den forutsetningen at de "nedslitte" ikke ser på det som de "vellykkede" har oppnådd som umulig å greie, da vil antagelig egen mestringsforventning synke.

Ved å bruke HBM i forståelsen av AA, kan man si at organisasjonen vektlegger alkohol som den store trusselen mot egen helse. AA kan hjelpe folk til å innse hvor alvorlig et rusproblem er, det vil si alvorlighetsgraden av den tilstand vi forsøker å unngå. AA vil understreke at du er rammet, det vil si at sannsynligheten for at du er rammet er stor. Du blir kvitt skadene hvis du ikke drikker, det vil si den antatte risikoreduksjon ved å slutte å drikke er stor. Når det

gjelder omkostninger eller barrierer knyttet til handlingen inneholder AA modeller for at omkostningene ved å slutte ikke er for store, organisasjonen har medlemmer som understreker at de har et godt liv uten alkohol.

### 5.3.2 Å utveksle felles erfaringer

Vederhus et al. (2008) sin artikkel inneholder et underkapittel med den profesjonelle hjelpens begrensninger og selvhjelpens muligheter. Den går gjennom faktorer som gjør selvhjelpsgruppen Anonyme Alkoholikere vesensforskjellig fra profesjonell rusbehandling. En av disse er ”at selvhjelpsgruppen er basert på egenerfaringer med problemet, inklusive hvordan det kan løses.” (Vederhus et al., 2008, s. 1270). Det å ha et felles problem gir identifisering og nærhet, tilnærmingen til problemet blir derfor mer uformell og intuitiv sett i forhold til profesjonell behandling. Forfatterne legger også vekt på hvordan gruppen bidrar til mestring og gir en opplevelse av felleskap. Det ikke å være alene om et problem gir styrket selvtillit. Dette kan sies å være særs interessante aspekter ved behandling av en gruppe som har møtt mye moralske fordommer, og er preget av å prøve å skjule sitt rusproblem for omgivelsene. Det å ha en opplevelse av felleskap med andre kan sies være med på å gi nytt livsmot. Banduras begrep self-efficacy (1994) kan bidra til å forklare hvordan det skjer. I en slik gruppe hvor alle er i samme båt kan det være lett å se at den inneholder modeller for ny læring, det vil si folk som har vært rusfri lenge og fått orden på livet sitt. Viktigheten av at modellene er i noenlunde samme situasjon for å få til en optimal læring understrekes. Det gjelder medlemmene i AA. De har alle et felles ønske om å slutte å drikke og de har alle erfart alvorlige konsekvenser av sitt rusmisbruk, men kan ellers være i forskjellige livsfaser og helt forskjellige livssituasjoner. Det å få den riktige fysiologiske aktivering kan være lettere i en AA gruppe, samtaler kan hindre at frykten blir for stor mens oppfordringene til handling og andres erfaringer av å greie endringene kan føre til en passende fysiologisk aktivering. Lazarus (1984, 2006) teori om stress og mestring kan også gi en innfallsvinkel til hvordan det å utveksle felles erfaringer bidrar til mestring. Det å utveksle erfaringer kan kanskje bidra til at individet ser annerledes på hva som er en stressende hendelse. Fellesskapet kan kanskje bidra til at individet ser disse hendelsene i et nytt lys, og gruppen utgjør da ressurser i en ny vurdering av om hendelsen er stressende eller ikke. Sett i fra et empowermentperspektiv kan det å utveksle erfaringer gi mer følelse av kontroll over faktorer som påvirker egen helse ved å øke det repertoar av handlinger individet har tilgjengelig for å unngå å drikke. Det å

utveksle erfaringer kan også bidra til å etablere eller øke en *bevissthet om problemet*. Dette skjer ved blant annet å høre historier om tap knyttet til bruk av alkohol. Denne prosessen er sentral i endringsarbeidet (DiClemente, 1993).

### 5.3.3 Å ikke være pasient, men hjelper

Det ikke bare å få pasientrollen men kunne være en ressurs for andre, blir fremhevet som et positivt aspekt ved selvhjelpsgrupper (Vederhus et al., 2008, s. 1271). Det er en styrke i det å kunne være en positiv rollemodell for andre. Riessman (1976) omtaler dette i en artikkel hvor han introduserer *den som hjelper andre får mest hjelp selv* prinsippet. Teorien bak er at ved raskt å få en hjelperrolle overfor andre vil individet leve opp til de forventninger og krav som blir stilt til hjelperollen. Det å holde seg rusfri er et av kravene til hjelperollen i Anonyme Alkoholikere. Du kan også få et utenforblikk på egen situasjon ved å hjelpe andre, en avstand som gjør at du kan se egne problemer i et nytt lys. Det å hjelpe andre kan bidra til å forhindre motivasjonsslitasje, du hører andres historier og blir dermed også påminnet om din egen, samtidig som du kan se den i et nytt lys. Du husker bedre hvilken livskvalitet du hadde da du brukte rusmidler. Det at en person ved å hjelpe en annen får et annet blikk på seg selv, kan bidra til at han/hun faktisk ser at hun/han har et bedre liv nå. Personen kan altså bli oppmerksom på sin økte livskvalitet ved å speile seg i andre (Riessman, 1976).

Punktet blir utdypet av ulike modeller for helseadferd. Hvis vi bruker Antonovskys salutogenetiske teori kan det å hjelpe andre tenkes å gi tro på at man kan finne løsninger på egne problem. Dette fordi at problemløsning på vegne av andre også gir et større repertoar av løsninger for egen del. Videre kan man tenke seg at det gir mer mening å finne løsninger hvis andre også skal bruke dem.

Kan det å være hjelper gi den rette fysiologiske aktiveringsnivået som gjør at mestringsforventningen øker? Det å komme nær inntil en annen persons historie gjør at du ser din egen i et nytt lys, og motivasjonen for å holde seg rusfri kan øke. Det å være en rollemodell innebærer en forventning om visse typer av adferd, i AA er det blant annet å holde seg rusfri.

#### 5.3.4 Å oppleve felleskap

Vederhus et al. (2008) argumenterer for at fellesskapet i seg selv kan virke helende: ”å dele sine opplevelser, det være gleder, vansker, skuffelser eller utfordringer i kampen for en rusfri tilværelse, er med andre ord den viktigste terapeutiske aktiviteten for den enkelte i grupper” (Vederhus et al., 2008, s. 1269).

Galanter og Kleber (2004) prøver å si noe om hva det er personer opplever i AA grupper. Tillit og likeverd overfor andre medlemmer gjør at troverdigheten til de historier som blir fortalt i AA fellesskapet er stor. Følelsen av å ha et felles problem gjør at medlemmene føler tillit til og likeverd med andre medlemmer. Dette er kanskje kjernen i all selvhjelpsvirksomhet. Å dele sine opplevelser fremmer en gjensidig form for empati, gjennom det å veksle mellom å forstå andre og selv å bli møtt med innlevelse kan begge parter bli styrket i ønsket om å holde seg rusfri (Hjerndal et al., 1996; Nilsen & Talseth, 1995). Barth et al. (2001) nevner da også empati som et sentralt virkemiddel i endringsfokuset rådgivning.

Sommerschilts (1998) fokus på tilhørighet og kompetanse som sentrale for oppbygging av egenverd og dermed motstandskraft mot livets stressorer kan også bidra til å forklare verdien av fellesskapet i AA-gruppene. Tilhørighet, det å ha noe felles gjennom ønsket og ikke drikke og den anerkjennelsen av egne erfaringer som selvhjelpsgruppen representerer vil kunne sies å fungere oppbyggende for egenverdet. Ett eksempel her er alle de erfaringer du tror du er alene om som rusmisbruker, som for eksempel ikke å strekke til i jobben. Når mange andre i gruppen også har denne erfaringen kan det redusere den enkeltes skamfølelse. Et annet resultat av dette kan være en styrket følelse av fellesskap med de andre medlemmene i gruppen. Den individuelle kompetanse som av Sommerschild (1998) blir sett på som sentral for mestring kan fås gjennom å få og ta ansvar i gruppen. Det kan i AA skje gjennom det å være møteleder eller kaffekoker. Kaffekoker-funksjonen gis gjerne til de nye medlemmene i gruppen og går ut på å ha ansvar for å koke kaffe til de andre medlemmene (AA medlem, personlig kommunikasjon, oktober 2009). For personer som lenge har følt seg utenfor ethvert felleskap eller lider av sosial angst vil dette kunne representere en rolle hvor de får umiddelbar positiv respons på egen innsats.

Hva Antonovskys (1991) betegner som *sence of coherence* med fokus på å forstå situasjonen, ha tro på å finne løsninger og finne mening i å forsøke, kan økes med deltagelse i en AA gruppe. Gruppemedlemmene kan bidra til at den enkelte forstår sin egen situasjon, det gjelder for eksempel hvor omfattende misbruket har vært og hvor store konsekvenser det har hatt.



Gruppen kan også med sin ideologi og rollemodeller gi enkeltindividet tro på en løsning av problemet og gi en mening til det å forsøke denne løsningen. Det å se at andre gruppe-medlemmer har et godt liv uten rusmidler kan gi en økt mening til det å forsøke å leve rusfritt.

På AAs websider (AA, 2009) blir identifikasjon med andre fremhevet i følgende: ”vi fant ut at mange mennesker led under de samme følelser av skyld, ensomhet og håpløshet som vi gjorde. Vi fant ut at vi hadde disse følelsene fordi vi led av alkoholisme”. Budskapet formidles fra noen som vet hva de snakker om fordi de har vært der selv og de er mange. Dette er et erfaringsnært språk; Kristensen og Vederhus (2005) er også opptatt av identifikasjon når de fremhever det at man får nye venner og man lærer nye mestringsstrategier som noe av det positive ved å delta på møter i Anonyme Alkoholikere.

### 5.3.5 Erfaringer og opplevelser av å skille mellom begivenheter

Anonyme Alkoholikere lærer medlemmene sunne strategier for å kunne takle vanskelige livshendelser gjennom blant annet å skille mellom kontrollerbare og ukontrollerbare begivenheter. Ett eksempel her er hvordan organisasjonen bruker Sinnsrobønnen (se vedlegg 1) for å skille mellom kontrollerbare og ukontrollerbare begivenheter. Bønnen er et eksempel på hvordan medlemmene blir oppmuntret til å bruke kognitive mestringsstrategier, blant annet ved å understreke at det du ikke kan gjøre noe med er det ikke noe poeng med å bruke tid og krefter på.

Dette punktet kan også ses oppimot Lazarus modell for stress (1984, 2006). Det å kunne skille mellom kontrollerbare og ikke kontrollerbare begivenheter kan gjøre en potensielt stressende situasjon om til en irrelevant eller positiv hendelse. Hvis det blir understreket av andre at det er en situasjon du ikke kan gjøre noe med, og at den ikke er så skadelig, vil det antagelig minske stresset for individet. Ett eksempel kan være å miste jobben, det at noen forklarer at du vil greie deg økonomisk, og har et yrke hvor du lett vil få en ny jobb vil antagelig kunne bidra til en ikke unnvikende adferd hvor det å søke ny jobb blir sentralt.

Et poeng til ved å se punktet i lys av Lazarus og Folkman (1984, 2006) stressteori er at et felleskap kan gi nye både problemfokuserte og emosjonelt fokuserte mestringsstrategier. Det kan blant annet bidra til hva vi ser på som en stressende hendelse gjennom å tolke flere situasjoner til å være en irrelevant eller en positiv hendelse. Det er lett å se hvordan det og for

eksempel krangle med et nært familiemedlem kan ses på både som en stressende situasjon og en positiv nødvendig situasjon som bidrar til en bedring av situasjonen mellom familiemedlemmene. Fellesskapet kan her ses på som en ressurs til å få nye emosjonelt fokuserte løsningsstrategier. Det kan bidra til at enkeltmedlemmet får nye strategier for å takle krangling mellom familiemedlemmer.

Medlemmene av AA bruker da også flere kognitive terapeutiske og adaptive prosesser som det å ta tak i det man kan gjøre noe med, og de tilstreber mindre unnvikelsesadferd sammenlignet med sitt tidligere liv eller med andre rusmisbrukere. Unnvikelse inkluderer blant annet det og ruse seg når situasjonen blir for vanskelig, slik at målet for AA medlemmene blir i stedet å ta tak i problemene når de oppstår, før de vokser seg for store (Galanter & Kleber, 2004).

Det å takle problemer på en ny måte kan ofte være resultatet av en kognitiv endringsprosess, først endrer en hvordan en tenker om en sak for så å handle annerledes, det vil for eksempel si å ha mindre unnvikelsesadferd og heller ta opp problemene kontinuerlig.

### 5.3.6 Nytt nettverk

I følge en artikkel av Kaskutas et al. (2002) har medlemmer av Anonyme Alkoholikere i større grad et nettverk som støtter opp under rusfrihet sammenlignet med andre grupper av rusmisbrukere. Videre viser artikkelen til at Anonyme Alkoholikere fungerer spesielt godt for de som har hatt et nettverk som bruker mye alkohol. For dem kan møtet med AA gi et nytt og alkoholfritt miljø. Det vil gi tilgang på *hjelpende relasjoner* som gjør det lettere å finne *alternativer til problemadferd* (Prochaska et al, 1994). I AA kan det skje ved å ha sponsor som hjelper til med å ha en livsstil uten alkohol, og det å lære teknikker for avspenning som meditasjon og Sinnsrobønnen (DiClemente, 1993). Det kan føre til at personen utvikler flere handlingsalternativer til det å drikke. Ett nytt nettverk vil også inneholde rollemodeller som kan bidra til å øke *mestringsforventningen* til det å kunne leve et liv uten bruk av alkohol; det finnes i gruppene personer som greier å leve uten. Det er her viktig å påpeke at nettverket aldri er bedre enn sine medlemmer, og at det er en forutsetning at individet føler seg velkommen for at et nytt nettverk skal hjelpe alkoholikeren til å være rusfri. Får medlemmet følelsen av ikke å være akseptert, kan resultatet det bli negativt i forhold til det å holde seg rusfri.

## 6. Metode

### 6.1 Begrunnelse for metodevalget

Denne oppgaven har en kvalitativ metodisk tilnærming til sin problemstilling og baserer seg på dybdeintervjuer eller forskningsintervjuer med individer som er brukere av AA.

Den kvalitative metode er valgt for denne oppgaven fordi jeg vil forsøke å beskrive respondentenes erfaringer med å delta i AA. Den kvalitative metode er best egnet når vi ønsker å få vite mer om menneskers erfaringer, tanker, opplevelser, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2003). Videre kan kvalitative metoder gi informasjon som er vanskelig å tallfeste, det vil si at hovedfokuset er innsikt i og forståelse av menneskers liv (Dalland, 2000; Thagaard, 2003). Det er sentrale sider ved min oppgave. Den kvalitative metoden kan gi en dybdekunnskap om en problemstilling. En viktig ulempe med å bruke denne metoden sett i forhold til kvantitativ metode er naturligvis at det gir en mindre mulighet til å generalisere de slutninger man har kommet frem til (Thagaard 2003).

Jeg vil i min intervjuundersøkelse bruke en fenomenologisk tilnærming, som gjør individets opplevelser og forståelsen av disse til et utgangspunkt for forskningen. Det å presentere og tolke individets erfaringer i kategorier er noe av det mest sentrale i en fenomenologisk analyse. Egne erfaringer og refleksjoner kan være et utgangspunkt for denne type av forskning (Thagaard, 2003). Dette vil være utgangspunktet for min forskning; jeg har ti års erfaring i arbeid med rusmisbrukere og har brukt egne refleksjoner som utgangspunkt for min intervjuundersøkelse. Det blir derfor viktig for meg å være minst mulig forutinntatt i tolkningen av materialet for å finne frem til respondentens opplevelser/erfaringer med AA. Dette ut fra at jeg jobber så nær forskningsfeltet, og har som et utgangspunkt for forskningen en tro på at AA kan hjelpe folk med å bli rusfrie (Thagaard, 2003). Det kan her tillegges at jeg jobber på en klinikk som bruker tolvtrinnsmodellen som et utgangspunkt for behandling av rusmisbruk.

Jeg vil i oppgaven bruke et kvalitativt forskningsintervju for å få frem folks opplevelser i og erfaringer med AA-gruppene. Jeg bruker intervju fordi denne metoden etter mitt skjønn er den best egnede for å kunne si noe om enkeltindividets opplevelser i en gruppe. Et intervju kan være det best egnede for ” å få informasjon om hvordan respondenten opplever og forstår seg

selv og sine omgivelser.” (Thagaard, 2003, s. 83). Sentrale karakteristika med et kvalitativt forskningsintervju er en delvis strukturert tilnærming, hvor temaene forskeren skal spørre om hovedsaklig er fastlagt på forhånd, mens rekkefølgen bestemmes av intervjuets gang. Det er også en åpning for at respondenten kan bringe inn nye temaer som opptar han/henne. Dette for å bedre kunne få frem respondentens erfaringer. Videre er det viktig at ” forskeren lykkes i å skape en atmosfære som innbyr til fortrolighet” (Thagaard, 2003, s. 84). Dette er viktig for at respondenten skal kunne etablere tillit til forskeren, noe som er nødvendig for å kunne gjennomføre et vellykket intervju.

Noe av hensikten med oppgaven er å forsøke å utdype enkelte aspekter ved Vederhus et al. (2008) forskningsoppsummering om effekten av å bruke AA, og forsøke å si noe om hvordan og hvorfor denne effekten inntreffer. Dermed er det delvis strukturerte intervjuet best egnet fordi jeg i denne oppgaven vet eller antar med bakgrunn i teori noe om hva jeg leter etter (Thagaard, 2003).

## **6.2 Egen forforståelse og dens påvirkning på forskerrollen**

Dahlberg, Drew og Nystrøm (2001) fremhever at et av problemene ved intervju som metode er at resultatet ikke er upåvirket av forskeren som stiller spørsmålene, det kan sies å være en samproduksjon mellom forskeren og respondenten. Min forforståelse er basert på 10 års erfaring fra arbeid med rusmisbrukere. I dette tidsrommet har jeg utviklet en del oppfatninger om hvordan endring av misbrugeradferd kan skje. For meg er det sentralt å komme ut av den *offerrollen* hvor en skylder på alle andre for de skadevirkninger misbruket har hatt. Det å innrømme at en har en rusadferd som skaper problemer blir da en forutsetning for å komme ut av misbruket. Ved å erkjenne rusproblemet kan man igjen ta ansvaret for egen situasjon. Dette kan etter min erfaring blant annet skje gjennom å bruke selvhjelpsgruppen AA eller andre lignende grupper som for eksempel Lenkene. Det kan også skje ved individuell oppfølging fra det offentlige etter et institusjonsopphold. Det er her viktig å presisere at jeg også har sett enkelte tilfeller av at folk som har vært innlagt på avrusning og institusjon selv har greid å slutte med alkohol uten hjelp av selvhjelpsgrupper eller annen oppfølging etterpå, men det er min erfaring at disse hører til blant unntakene. For meg ser det ut som at kreftene i en avhengighet er så sterke at det blir vanskelig å komme ut av den alene. Referansegrunnlaget mitt er i stor grad folk med alvorlige mangeårige misbruk bak seg som har medført omfattende konsekvenser. En kollega (personlig kommunikasjon, april, 2009) som utførte en

uoffisiell spørreundersøkelse fant ut at pasienter i gjennomsnitt hadde hatt et rusproblem i tolv år før de ble innlagt på en avrusningsstasjon for første gang. Dette indikerer kanskje at det er mennesker med de mest alvorlige problemene som kommer til avrusning og behandling.

Pasientgrunnlaget preger kanskje mitt syn på at det er nødvendig med omfattende livsstilsendringer for å få kontroll over et alkoholmisbruk som er så alvorlig at du blir innlagt på en institusjon for behandling. I følge Skjærskift (2003) er det 10 % av befolkningen som til enhver tid er storforbrukere av alkohol, mens det i følge Fekjær (2004) er en betydelig mindre andel som er innlagt på institusjon for behandling av alkoholproblemer. Det er grunn til å anta at det er en stor andel av storforbrukere som greier seg uten institusjonsbehandling i løpet sine liv, tallene sier kanskje noe om alvorlighetsgraden av misbruket hos dem jeg møter i min jobb på en institusjon. Mitt arbeid vil prege synet på hvilke tiltak som er nødvendige for å endre en livsstil preget av misbruk. I følge en kollega som selv er AA medlem (personlig kommunikasjon, september, 2009) er det ca 2000 regelmessige brukere av AA i Norge. Tallet står ubekreftet fordi det ikke finnes medlemslister for AA men kan gi en slags pekepinn. 2000 utgjør ca 0,05 % av befolkningen. Det er en liten andel i forhold til de 10 % befolkningen som har alkoholproblemer. I følge mine kollegaer er AA en organisasjon hvor alle kjenner alle, noe som sikkert kan skyldes at de på nasjonalt plan er en liten gruppe. Jeg kjenner ikke til hvor mange av AAs brukere som har vært til behandling. Av mine respondenter er det en som ikke hadde vært til behandling for alkoholmisbruk. Mitt inntrykk fra kolleger som bruker AA er at de fleste som deltar der har vært til behandling for sitt rusmisbruk.

Mitt teoretiske ståsted når det gjelder endring av avhengighetsadferd er preget av respekt for erfaringsbasert kunnskap. Dette står for meg ikke i en motsetning til teoretisk kunnskap, men utgjør både et nyttig supplement og en viktig forutsetning. Madsen (1995) hevder at erfaringspråk er konkret og personlig sett i motsetning til fagfolks språk som er abstrakt, generelt og objektivt. Dette kan bidra til forståelsen av hvorfor en selvhjelpsgruppe kan hjelpe. Gruppene har et språk som er lett forståelig. Dette gjør at folk kan se egne erfaringer i et nytt lys i kommunikasjon med andre. Gruppemedlemmene kan så få anerkjennelse og god tilbakemelding på disse erfaringene fra andre. Andre teorier som jeg har lest og hatt nytte av er Antonovskys teori om salutogenese og endringsfokuset rådgivning. Jeg tror at folk selv må velge å endre seg og at de må se en mening i å gjøre det. AA kan tilføre slik mening ved å fokusere på en høyere makt i stedet for å stole på egne krefter, og dette kan virke frigjørende for folk som har mange mislykkede endringsforsøk bak seg. Denne troen på erfaringsbasert læring, Antonovsky og endringsfokuset rådgivning vil antageligvis prege oppgaven. Mine

erfaringer og det at mitt nåværende arbeidssted bruker AA-gruppene som en del av behandlingen gjør at jeg har en positiv grunninnstilling til AA-gruppene. Det innebærer en forståelse og gjenkjennelse av deres beskrivelser av hva rusmisbruk kan føre til. Det kan ifølge Thagaard (2003) gjøre at jeg overser nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer. I følge Malterud (2003) vil forskerens ståsted, motiver, faglige og personlige interesser ha påvirkning på hele arbeidsprosessen, fra valg av tema til hvilke konklusjoner en får og hvordan de blir fremlagt. Det blir derfor viktig å kunne gjøre rede for egen forforståelse for forskningen. På en annen side vil jeg også ha en innlevelse i, og forståelse for temaet som gjør at det kan bli mulig å få frem aspekter ved det som ellers ikke hadde kommet frem.

Det at det hjelper noen personer i en gruppe er ikke det samme som å si at de hjelper mange alkoholikere der ute. Jeg ser flere metodiske problemer ved å forske på AA. Du får blant annet ikke kontakt med de som slutte ulike årsaker fordi det ikke finnes et medlemsarkiv. Av den grunn får man heller ikke oversikt over hvor stor tilbakefallsprosent AA har, behandlingsformen kan dermed vanskelig bli kvantitativt sammenlignet med andre behandlingsformer, eller med dem som ikke har benyttet gruppene. Jeg vil likevel fremheve at kvalitativ innsikt i opplevelsene til dem som har klart seg bra, og har opplevd AA overveiende positivt, er verdifullt fordi det kan si noe om hva som er kvalitativ god behandling av alkoholmisbrukere.

### 6.3 Utvalgsprosedyre

AA er en organisasjon uten medlemsregister og med anonymitet som et bærende prinsipp. Jeg jobber selv på en arbeidsplass hvor jeg har kolleger som aktivt bruker AA nettverket. Jeg er ikke selv bruker av organisasjonen. Jeg ba derfor mine kolleger på arbeidsplassen om å nevne intervjuundersøkelsen i sitt nettverk av AA brukere, og spørre om noen av dem kunne være interessert i å være respondenter. Betegnelsen *snøballmetoden* brukes om det å kontakte noen personer som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som man ønsker skal være med i utvalget, for så å be dem om å kontakte andre som har de samme egenskapene med spørsmål om de vil være med i intervjuundersøkelsen (Thagaard, 2003). Analogien til en snøball er at utvalget i begynnelsen er lite, men gradvis blir større akkurat som en snøball som vokser når den ruller fremover. Et problem med denne metoden er at utvalget kan bestå av personer i det samme nettverket. I min intervjuundersøkelse har jeg forsøkt å unngå det ved å be flere av

mine av mine kollegaer som bruker AA om hjelp til å finne respondenter. I hvilken grad mine respondenter tilhører samme nettverket er usikkert, men at flere kjenner til hverandre må en kunne anta da AA i Oslo og omegn har et begrenset antall brukere, og flere av mine respondenter deltar på møter ulike steder i dette området. En viktig tilleggsopplysning er at mine kolleger ikke var respondenter i denne intervjuundersøkelsen, de bare hjalp meg til å finne frem til dem. Jeg har brukt respondenter som er i vedlikeholdsfasen av en endringsprosess, den er av Prescott og Børtveit (2004) definert til å starte seks måneder etter at adferdsendringen fant sted.

Det er her viktig å understreke at jeg jobber sammen med de ”vellykkede” brukerne av AA som antagelig kjenner de andre ”vellykkede” brukerne av AA. Siden jeg har tilgang på et bestemt sjikt av respondenter blir det i følge Thagaard (2003) viktig å huske på at utvalgets sammensetning må ses i sammenheng med de konklusjonene jeg kommer frem til. Det å stille spørsmål de antatt ”vellykkede” vil kanskje gi svar som representerer dette sjiktet av AA medlemmene.

Mitt utvalg bestod av to menn og fire kvinner, det var disse respondentene mine kollegaer fant frem til. Hvorvidt det er en kjønnsforskjell i svarene er ikke et tema i denne oppgaven. Et flertall av kvinnelige respondenter, samtidig som respondenter har fortalt at et flertall av brukerne av AA er menn, kan utgjøre et problem i forhold til aspekter som vektlegges i min intervjuundersøkelse. To mannlige respondenter vil allikevel sikre at noen av menns erfaringer i AA kommer frem i oppgaven.

Et kriterium i utvelgelsen av respondenter var at de skulle ha oppnådd et stabilt edruskap. Jeg har med bakgrunn i erfaring kommet frem til at det å intervju folk som nylig har avsluttet et rusmisbruk innebærer en fare for å komme inn på erfaringer som respondenten ikke har hatt tid til å bearbeide. Dette vil i verste fall kunne føre til et tilbakefall. Jeg ville derfor unngå å intervju respondenter som var i en særlig sårbar fase av endringsprosessen. Alle respondentene jeg fikk tilgang til hadde flere års stabilt edruskap. Om dette var bevisst eller ikke fra mine kollegaer vites ikke, men det er jo også mulig å tenke seg at de som er interesserte i å delta i en slik intervjuundersøkelse er folk som har vært edru en stund. Det å bruke respondenter med flere års edruskap sikrer at respondentene har reflektert over egen endring.

Jeg tok i utvalgsprosedyren ikke hensyn til om respondenter har komorbide lidelser eller ikke. Med komorbide lidelser menes samsykelighet, det vil si at personen har en sykdom i tillegg til

rusmisbruket, det kan for eksempel være det å ha en samtidig psykisk lidelse. Jeg kjenner ikke til om noen av mine respondenter hadde det.

## **6.4 Intervjuundersøkelsens omfang**

Et tilstrekkelig utvalg er et utvalg som gir den nødvendige forståelsen av fenomenene som blir studert (Thagaard, 2003). I min intervjuundersøkelse vil utvalgets omfang være AAs brukere og begrensingen vil være hvor mange som er tilgjengelig for meg. Et utvalg på seks vil etter min mening kunne gi en tilfredsstillende forståelse av noen av de opplevelser og erfaringer folk gjør i AA. Jeg har brukt de ”vellykkede” brukerne av AA som respondenter, og det vil være en sjanse for at de har gjort en del felles erfaringer. Det at jeg får de ”vellykkede” brukerne som respondenter kan sies å være både en styrke og en svakhet ved intervjuundersøkelsen. På den ene siden vil jeg kunne få frem opplevelser som fremmer det å leve edru, på den annen side vil jeg antagelig i liten grad vil få frem negative opplevelser som medlemmene har hatt i gruppen fordi respondentene er de som har lyktes i AA. I kvalitative intervjuundersøkelser vil det alltid være mulighet for å gå glipp av folks erfaringer. Men det at AA er en organisasjon med en tydelig profil og har medlemmer med et felles ønske om å slutte og ruse seg, kan bidra til at medlemmene gjør en del felles erfaringer i gruppene.

## **6.5 Intervjuguiden**

Intervjuguiden (vedlegg x) ble utformet med bakgrunn i teori og empiriske studier som belyser hvilke erfaringer folk har fra deltagelse i AA-gruppene. Jeg fant frem til flere tema som ble brukt til å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. Intervjuguiden starter med spørsmål om helse og sosial situasjon da respondentene første gang kom i kontakt med AA. Deretter følger et spørsmål om inntrykket de fikk første gangen de gikk på et AA møte. Formålet er å få respondentene til å reflektere sitt møte med AA. Videre spørsmål er utformet for å få utdypende svar på hva som er respondentene erfaringer med å delta i AA. De er i tillegg til en viss grad ledende for å få frem om erfaringen med deltagelse i AA kunne stemme overens med sentrale prinsipper for endring av avhengighetsadferd. Ett eksempel er spørsmålet om når du begynte å se på deg selv som alkoholiker.



Når man erkjenner at man er alkoholiker innebærer det at man er i overveielles- eller handlingsfasen (Prochaska et al., 1994). En sentral forsvarsmekanisme hos alkoholikeren i føroverveiellesfasen er benektelsen. Når den ikke lenger er der vil det kunne gjøre det mulig å se nye handlingsalternativer og personen vil da være i overveiellesfasen (Barth et al., 2001). Intervjuguiden har ingen lukkede spørsmål, de er formet slik at de best mulig skal få frem respondentenes erfaringer. Til slutt er det et forskningsspørsmål om å sammenligne den hjelpen respondentene hadde fått i AA med den hjelpen de hadde fått av det offentlige helsevesenet. Dette spørsmålet blir med hensikt stilt til slutt fordi respondentene da allerede har reflektert mye i samtalen over erfaringene med AA, og kan dermed bedre sammenligne dem med erfaringer de har med hjelp fra det offentlige helsevesen.

## **6.6 Gjennomføring av intervjuene**

Hver av samtalene varte ca en time hvor respondentene fikk snakke mest mulig fritt. Jeg intervjuet fire av respondentene i eget hjem, og to intervjuer fant sted hjemme hos meg. Jeg opplevde respondentene som trygge i intervjusituasjonen, og som glade og stolte over å få fortelle egen historie. Jeg opplevde også alle respondentene som meddelssomme, dette kan skyldes at de er vant til og snakke om seg selv i grupper og har et reflektert forhold til egen livshistorie. Det kan også være at utadvendte individer med større sannsynlighet vil melde seg som respondenter. Det faktum at mange av respondentene ser det som en plikt å fortelle om egne erfaringer for å hjelpe andre alkoholikere kan også sies å spille inn. Flere sa at "hvis dette kan hjelpe andre alkoholikere er jeg med". Dette er også i samsvar med AAs tolvte trinn, som handler om å bringe budskapet om AA og de tolv trinn videre til andre alkoholikere. Mitt inntrykk var at mange mente de gjorde det med å stille opp i min intervjuundersøkelse. Etter intervjuene takket alle for samtalen og sa at de hadde opplevde den som givende. Ingen av respondentene har i ettertid trukket tilbake samtykkeerklæringen, noe som kan tolkes i den retningen at de var fornøyde med intervjusituasjonen.

## **6.7. Refleksjon om transkribering**

Intervjuene ble transkribert fortløpende. De ble nedtegnet mest mulig ordrett etter lydbåndet. Det ble ikke markert for latter, pauser og ord som ”oh”, ”uhh” og lignende. Det ble i størst mulig grad forsøkt å bevare respondentenes egne ord og uttrykk, dette for at deres erfaringer og opplevelser skulle tre tydeligere frem. Den kontinuerlige transkriberingen påvirket nok den videre intervjuingen i den forstand at det i de senere intervjuene ble lettere å se hvilke erfaringer respondentene hadde felles. Jeg valgte derfor å gå dypere inn i disse erfaringene i de senere intervjuene for bedre å kunne få frem ulike aspekter ved dem. Dette gjaldt for eksempel erfaringen av at det er en ”ånd i rommet” under AA møtene og hvordan AA-gruppen hjalp respondentene ”med å innse eget kontrolltap” i forhold til alkohol. Intervjuene varte som nevnt ca en time og transkripsjonene var på omlag 50 sider. Malterud (1996) fremhever at det ordrett å gjengi hva som ble sagt kan føre til at det som høres sammenhengende ut i muntlig form ikke gjør det i skriftlig. Jeg har derfor under transkriberingen redigert teksten noe, dog slik at meningsinnholdet i det som ble sagt skal tre tydelig frem.

## **6.8. Intervjuundersøkelsens troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet**

Det at funnene viser et så sant bilde av virkeligheten som mulig er en rettesnor innen all forskning. Og med virkelighet og sannhet som et utgangspunkt følger noen viktige spørsmål: Hva er riktig metode å bruke for denne intervjuundersøkelsen? Er metoden brukt riktig i dette prosjektet? I hvilken grad er forskeren subjektiv eller objektiv i sin tolkning av resultatene? Og hvor sannferdig er forskeren i sitt arbeid? Thagaard (2003) bruker begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet som kriterier for å avgjøre i hvilken grad kvalitativ forskning kan sies å være sannferdig og resultatene av den i størst mulig grad til å stole på.

### **6.8.1 Troverdighet:**

I følge Thagaard (2003) er troverdighet knyttet til spørsmålet om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte, nærmere spesifisert til hvilke fremgangsmåter som er brukt for utvikling av egne data. Disse fremgangsmåtene har for kvalitative data flere kriterier for troverdighet. Siden et kvalitativt intervju blir til i et samspill mellom intervjuer og respondent kan ikke

troverdighetskriteriet om at en forsker er uavhengig av respondenten bli benyttet. I stedet må kriteriet om troverdighet knyttes til hvordan dataene har utviklet seg i løpet av prosjektet, er det gode data forskeren har fått frem. Måter å få til dette på som nevnes av kan være å skille mellom respondentens opplysninger og forskerens tolkning av dem. Videre kan det å være flere om et prosjekt også bidra til å øke troverdigheten i prosjektet. Det kan skje enten ved at flere arbeider sammen eller at en forsker trekkes inn og kritisk evaluerer det som er blitt gjort i prosjektet. Det å reflektere over hvilke forutsetninger innsamling av data har skjedd under, og forholdet til respondentene vil også bidra til å øke troverdigheten. Hvorvidt jeg har brukt åpne eller lukkede og spørsmål og om jeg har ledet samtalen kan begge virke inn på troverdigheten av mine funn (Thagaard, 2003).

I min oppgave har jeg forsøkt å skille mellom respondentens opplysninger og min tolkning av dem. Dette har vært en krevende oppgave fordi jeg på forhånd var positivt innstilt til AA. Jeg har forsøkt etter beste evne i størst mulig grad å stille åpne spørsmål og la respondentene snakke fritt uten avbrytelser eller forsøk på å styre samtalen i noen retning. Videre har jeg fått kolleger som jobber i fagfeltet til å gjennomgå manuskriptet og komme med kommentarer med det formål å styrke intervjuundersøkelsens troverdighet.

### 6.8.2 Bekreftbarhet

Begrepet bekræftbarhet er knyttet til tolkningen av resultatene (Thagaard, 2003). Det at forskeren forholder seg kritisk til egne tolkninger, og at prosjektets resultater kan bekreftes av annen forskning er to av kriteriene som bidrar til å øke bekræftbarheten av funn. For å gi et mest mulig sannferdig bilde av respondentenes erfaringer har jeg brukt annen forskning på AA som et utgangspunkt for min intervjuundersøkelse (Brown, 1993; DiClemente, 1993; Galanter & Kleber, 2004; Kaskutas et al., 2002; Kurtz, 1979; Kristensen & Vederhus, 2005). Dette er stort sett kvantitative undersøkelser fra USA som omhandler nytten av å bruke AA. Forholdene der er ikke alltid direkte overførbare til norske forhold. Blant annet fordi kostnaden ved rusbehandling i USA betales av individet (Bergmark, 1995), og ikke av staten som i Norge. I USA blir derfor AA brukt som en gratis behandling, mens den i Norge ofte fungerer som et supplement til annen behandling betalt av staten. Jeg har derfor i tillegg brukt allment kjente teorier om endring av problemadferd for å styrke bekræftbarheten av mine funn (Prochaska et al., 1994; Beck et al., 1993). I hvilken grad jeg kan sies å ha forholdt meg

kritisk til egne funn er vanskelig å avgjøre, jeg har hatt en bevissthet knyttet til dette, men mine funn stemte godt overens med det jeg hadde ventet å finne.

### 6.8.3 Overførbarhet

Er et spørsmål om resultatene fra intervjuundersøkelsen har gyldighet eller relevans for andre enn de som deltar i intervjuundersøkelsen (Thagaard, 2003). Er resultatene fra intervjuundersøkelsen overførbare i en større sammenheng slik at intervjuundersøkelsen kan føre til en mer generell forståelse? I min intervjuundersøkelse er respondentene AA deltagere med minst to års edruskap bak seg og lang fartstid i fellesskapet. Det er i følge mine muntlige kilder ca 2000 brukere av AA nettverket i Norge. Mine respondenter kan sies å være ressurssterke personer og det kan vel være grunn til å anta at de kjenner andre ressurssterke brukere av AA. Dermed kan mine funn antagelig overføres/generaliseres til å gjelde andre som også har opplevd AA som hjelp over en lang periode. Det er vanskelig å fastslå om det at utvalget består av to menn og fire kvinner har noen betydning for overførbarheten. Min opplevelse var at kvinner og menn i stor grad svarte likt på de ulike spørsmålene, det var vanskelig å finne noen kjønnsforskjell i svarene.

Thagaard (2003) stiller spørsmålet om den tolkningen som utvikles innenfor rammen av et prosjekt kan benyttes i andre prosjekter eller i en ny kontekst, noe som ville øke overførbarheten. Mitt prosjekt handler om endring av avhengighetsadferd gjennom å bruke AA, det kan bli spennende å se om noen av mine funn kan bli brukt i andre prosjekter hvor man har fokus på selvhjelpsgrupper i forbindelse med avhengighetsadferd.

## 6.9. Analyse av data

Et spørsmål man stiller seg etter å ha samlet inn materiale er hva dataene kan fortelle oss og hvilken betydning de har?

For Dalland (2000) er analyse det å sortere eller dele opp innsamlet data for å ordne dem slik at de har en struktur som gir mening. Tolkning blir da å forklare innholdet eller betydningen av det en har kommet frem til i analysen. I følge Malterud (1996, 2003) er analyse av kvalitative data det å stille spørsmål til materialet. Min problemstilling er *Hvilke erfaringer har rusmiddelavhengige med deltagelse i selvhjelpsgruppen anonyme alkoholikere, nærmere*

spesifisert i de to forskningsspørsmålene *hva opplever de i gruppene som er en hjelp til å holde seg rusfrie og hvordan er erfaringene i gruppene sammenlignet med erfaringene gjort i det offentlige hjelpeapparatet*. Man skal man lese materialet i lys av disse spørsmålene og organisere svarene på en systematisk og relevant måte. Det viktigste med en kvalitativ analyse er at det for leseren skal være mulig å følge veien til det ferdige resultatet. Ett sentralt poeng er jo mer intuitivt analysen er foretatt, jo vanskeligere er det å redegjøre for hvordan man kom frem til det ferdige resultatet (Malterud, 1996, 2003).

Jeg vil i det følgende forsøke å redegjøre for hvilke metoder jeg har brukt i analysen og tolkningen av data, inkludert kategorier basert på teori og ikke på intuisjon. Denne intervjuundersøkelsen anlegger et fenomenologisk perspektiv, hvor folks livsverden eller erfaringer og betydningen av dem er noe av det mest sentrale. Det perspektivet har jeg forsøkt å ha i mitt arbeid med intervjuene. Allikevel vil min forforståelse og arbeidet med teoridelen gjøre at oppgaven har med noen elementer fra hermeneutikken. Hermeneutikk er en fortolkningsvitenskap som skal gjøre ting mer tilgjengelig for oss gjennom tolkning og forståelse. Den vektlegger at det ikke finnes noen egentlig sannhet men at fenomener kan tolkes på flere måter (Thagaard, 2003). Hermeneutikken kan sies å være fortolkende der fenomenologien er deskriptiv. I min oppgave vil det være elementer av begge deler. Jeg har lagt vekt på å forsøke å forstå respondentenes egne erfaringer med AA-gruppene, altså en fenomenologisk tilnæringsmåte, men supplert dette med ulike fortolkninger.

Jeg velger her å bruke Kvaales (1997) skisseringer av ulike tilnæringsmåter til intervjuanalysen som utgangspunkt for min problemstilling. Kvale (1997) skisserer fem metoder for analyse av data:

1. Meningsfortetning er å forkorte respondentens uttalelser slik at det samme meningsinnholdet blir uttrykt med færre og mer konsise ord.
2. Meningskategorisering er å dele opp intervjuet i kategorier slik at det viser hvorvidt et fenomen forekommer i teksten eller ikke. Kategoriene kan tas fra teorier eller fagspråk eller respondentens eget språk og kan være utviklet på forhånd eller oppstå under analysen.
3. Narrativ strukturering er å fortolke hvordan respondenten forstår sammenhenger mellom hendelser hun eller han har opplevd i respondentens eget språk. Denne analyseformen kan både redusere og utvide teksten.

4. Meningsstolkning er å gi en dypere og mer spekulativ tolkning av teksten for eksempel innen teksten sett som en helhet, den gir derfor større rom for tolkninger enn en meningskategorisering.
5. Meningsgenerering gjennom ad hoc metoder er å benytte en mengde ulike metoder for å hente frem meningen i analysematerialet, dette kan være alt fra metoder basert på sunn fornuft til avanserte kvantitative metoder for å få frem meningen i teksten.

Jeg benytter meg av meningskategorisering, meningsfortetning, narrativ strukturering og meningstolkning i min analyse av funn. Jeg har brukt meningsfortetning som et virkemiddel for å redusere mengden av transkribert materiale. Jeg har også delt opp transkriberingene i meningskategoriseringer foretatt med bakgrunn i forskningsmaterialet i teoridelen, og egen kjennskap til AA bevegelsen. Jeg har foretatt narrative struktureringer, og sitatene i oppgaven er derfor også preget av et AA "språk". Dette "språket" har medlemmene lært gjennom møter og studier av AA litteratur. Noe som slo meg under intervjuene var hvor språklig og uttrykksmessig like de ulike respondentenes historier var. Kategorien *Ånden i rommet* i funndelen er et eksempel på narrativ strukturering hvor jeg forsøker å bruke respondentens språk til å fortolke hvordan han/hun ser sammenhenger i det de har opplevd. Jeg bruker også meningstolkninger i funndelen som at *gruppen hjelper til med å innse eget kontrolltap og det å utveksle erfaringer i gruppen fører til økt mestringsforventning*. Disse er kategorier basert på meningstolkninger, det er ikke kategorier nevnt eksplisitt av respondentene men tolkninger av materialet som jeg har gjort.

I kapittel fem har jeg vist til aktuell forskning om Anonyme Alkoholikere som viser noen mekanismer for hvordan AA kan hjelpe folk til å holde seg edrue. Noen av disse resultatene og tolkninger av dem kan knyttes til teorier vist i kapittel tre og fire. Teoriene og forskningen er brukt som utgangspunkt for spørsmålene i intervjuguiden til min intervjuundersøkelse. Eksempler på dette hentet fra intervjuguiden er: Hvordan troen på å mestre et liv uten alkohol blir styrket, hvordan AA kan gi et nytt nettverk, og hvordan det å møte folk i samme situasjon kan gi økt selvtillit og tro på egen mestring.

I denne oppgaven har ikke tolknings og analysearbeidet skjedd som en avgrenset del av forskningsprosessen, men har vært en integrert del av arbeidet med oppgaven som en helhet. Men det har gått fra å være en kreativ og uoversiktlig prosess hvor jeg har brukt teoridelen til å finne analysekategorier, til å bli en mer strukturert fremstilling hvor nå tolkningen av det analyserte materialet står sentralt.

## 7. Analyse og tolkninger av funn

### 7.0.1 Utvalgets sammensetning

Det ble utformet et informasjonsskriv (vedlegg) med opplysninger om intervjuundersøkelsen. Dette inneholdt blant annet bakgrunnen for og formålet med prosjektet. I tillegg fremkom opplysninger om min taushetsplikt, opplysninger om det at respondenten hele tiden kunne trekke seg fra prosjektet, og en samtykkeerklæring om å delta i prosjektet. Det var mine kolleger som bruker AA som spredte disse informasjonsskrivene blant sine kjente i AA-gruppene. Jeg visste ikke hvem disse personene var før jeg fikk tilsendt erklæringen med deres samtykke til å delta i posten. Jeg kontaktet dem så for et intervju. Jeg fikk respons fra seks medlemmer, og valgte da å bruke disse som mine respondenter. Det var fire kvinner og to menn. Her følger en kort beskrivelse av hver enkelt. Jeg nevner her antall år edru og ikke antall år i AA, dette fordi flere brukte AA i noen år før de ble edru:

1. Mann ca 60 år, edru i 5,5 år.
2. Kvinne ca 50 år, edru i 7,5 år.
3. Kvinne ca 45 år, edru i 3, 5 år.
4. Kvinne ca 40 år, edru i 4 år.
5. Kvinne ca 55 år, edru i 19 år.
6. Mann ca 45 år, edru i 5 år

Alderen varierte fra rundt førti til rundt seksti år. De hadde fra tre til nitten års edruskap bak seg. Det var fire yrkesaktive blant mine respondenter, to hadde ulike trygdeytelser.

Så vidt jeg vet kan ikke mine respondenter sies å ha psykiske lidelser i dag. Flere har vært innlagt for psykiatrisk behandling, men de relaterer selv alle i disse innleggelsene til bruk av rusmidler og ikke annen varig psykisk lidelse.

## 7.1 Forsknings spørsmål en: Hvilke opplevelser i gruppene er en hjelp til å holde seg rusfrie?

### 7.1.1 Å innse at en har vært langt nok nede

Flere respondenter fortalte at det tar flere år fra de begynte å se på seg selv som alkoholiker til de sluttet å drikke.

*Alle de syv årene mellom jeg innså at jeg var en alkoholiker og ble edru hadde jeg et ønske om å slutte å drikke, men ikke i hjertet, og jeg hadde antagelig ikke hatt det vondt nok.*

Flere respondenter rapporterer om dødsdommer fra helsepersonell. En respondent fortalte at det gikk femten år fra første gang hun sa til seg selv at hun var alkoholiker og til hun kom til AA. AA bruker Jelineks teori om at en alkoholiker først må nå sin personlige bunn før han/hun stopper å drikke som en årsaksforklaring for at det går så lang tid mellom når en alkoholiker utvikler en rusavhengighet og til han/hun slutter å drikke. Med personlig bunn mente Jelinek (sitert i Bergmark 1995, s. 49) det punktet hvor alkoholikerens fysiske, psykiske og sosiale forfall var så stort at han/hun er nødt til å stoppe misbruket for å unngå en snarlig død. Teorien er ikke mye brukt i behandling av alkoholavhengighet i dag (Bergmark 1995). Jeg opplevde under intervjuene at alle mine respondenter brukte denne teorien for å forklare hvorfor de stoppet å drikke, de hadde nådd sin personlige bunn. For å erkjenne at en har et alkoholproblem må en person gjennom overveielsesfasen i endringsprosessen. Denne fasen er preget ambivalens, det å både ville og ikke ville endre adferd til samme tid (Prochaska et al., 1994). Man kan med undring konstatere hvor lang tid respondentene kan sies å ha vært i denne fasen. Det kan være flere innvirkende årsaker til dette. En mulighet er at en alkoholiker i følge AA må nå sin personlige bunn før han/hun stopper å drikke. Her tenker man seg at det ikke er nok å ville, du må ha så store skader at du ikke har noe alternativ til det å stoppe å ruse deg.

Det lange tidsintervallet mellom da de ser problemene og gjør noe med dem kan også sies å understreke hvor sterk både den psykiske avhengigheten av stoffet kan være, troen på at rusmiddelet kan løse alle problem og den manglende troen på det å kunne greie seg uten (Shagani, 2007).



Andre innvirkende årsaker til at det tar så lang tid å bli rusfri kan ses i Miller og Rollnick (2004) utdyping av begrepet motivasjon. De mener at *villighet, evne og parathet* er viktige delkomponenter i begrepet motivasjon. Det å være i føroverveielses- og deretter overveielsesfasen i en lang periode tyder på ambivalens i forhold til hvor sterkt en ønsker endringen, villigheten til å foreta endringen akkurat nå er da liten. Det kan også tyde på at evnen og troen på det å kunne gjøre endringen er lav. Paratheten, det vil beredskapen til å kunne gjøre endringen nå, kan også være liten.

Banduras (1994) begrep *self-efficacy* kan også bidra til å forklare den lange tiden før respondentene slutter å drikke; hvis en har få tidligere erfaringer med å lykkes, er i et miljø hvor det konsumeres mye alkohol og møter lite påvirkning til å slutte er det sannsynlig at mestringstilliten i forhold til det å kunne slutte å drikke er lav.

### 7.1.2 Gruppen hjelper til med å innse Kontrolltap

I underkapittel 2.3 og 5.3.1 presenteres mulige årsaksforklaringer og mekanismer bak kontrolltap (Brown, 1993).

Flere respondenter gir uttrykk for at det er andre AA medlemmer som har hjulpet dem til å innse det at de ikke har kontroll over egen drikking.

*I dag har jeg bare en sorg over ikke å kunne være som andre, å ta en martini. For når jeg tar en drink setter den i gang ett eller annet hos meg som gjør at hundre ikke er nok. Andre alkoholikere i gruppen har hjulpet meg til å se det*

AA har for denne respondenten bidratt til at han ser på seg selv som en person som ikke kan drikke som alle andre. Alle mine respondenter forteller at det er AA gruppa som har hjulpet dem til å komme frem til denne erkjennelsen. De fleste hadde erkjent at de har et problem før de kom til AA, men det er AA som har hjulpet dem med å komme frem til at de aldri kan drikke mer. AA bidrar til ”å minne dem på det de er” som en respondent uttrykker det.

*Men greia er at alle disse mekanismene som fikk meg til å drikke ligger under huden på meg, sånn at når jeg blir revet med av livet for øvrig, så starter det med en slags misnøye og jeg får lyst til å drikke og ikke gå på møte. Det er da viktig å gå på et møte for å huske hvem jeg er.*

Det kan synes paradoksalt å tenke seg at det å innse eget kontrolltap fører til mer kontroll. Vil ikke erkjennelsen av kontrolltap føre til at individet gir opp og drikker mer? Det å gi opp kontrollen virker umiddelbart som en plausibel årsaksforklaring på at man drikker mer.

Begrepet *mestringsforventning* (Bandura, 1994) kan bli brukt til å kaste et lys over hvordan det å innrømme kontrolltap kan føre til mer kontroll. På den ene siden vil egne tidligere erfaringer med ikke å mestre det å være rusfri føre til at man har en forventning om heller ikke å mestre det nå. Tidligere kontrolltap vil altså føre til en forventning om et nytt kontrolltap. På den andre siden finnes det i AA modeller for egen læring; folk som har vært i den samme håpløse situasjonen og greid å komme ut av den og fått til et rusfritt liv. Disse rollemodellene kan også hjelpe til med å få den riktige fysiologiske aktivering, de kan berolige når nervøsiteten overtar og de kan hjelpe til med å få opp aktiveringen når det trengs. Funn hos mine respondenter peker i retning av at sponsor kan ha mange av disse funksjonene. Sponsor og andre i gruppen kan utføre en påvirkning på individet som etter hvert løser paradokset om kontrolltap med at svaret ligger i å velge totalavhold.

Antonovsky (1991) og hans understrekning av at det er nødvendig å forstå problemet for å kunne gjøre noe med det kan også bidra til å kaste lys over vårt tilsynelatende paradoks. Med utgangspunkt i *salutogenese* kan en si at forståelsen av at det er alkohol som har forårsaket problemene kom med AA medlemskapet. Før de begynte i AA oppgir mine respondenter at de trodde det var andre årsaker til livsproblemene de strevde med, fordi de hadde aktivert en rekke forsvarsmekanismer som muliggjorde fortsatt bruk av alkohol (Barth et al., 2001).

Videre understreker alle mine respondenter at det er viktig å gå på AA møter også når det går bra. Flere understreker at det er når det går bra det er en fare for et tilbakefall fordi de da føler seg selvsikre. Selvsikkerhet eller *det å være blank i pelsen* er noe flere av respondentene oppgir har ført til tilbakefall eller økt bruk av rusmidler.

*Den største sprekkfaren for meg nå er ros, det er den farligste situasjonen jeg er i.*

### 7.1.3 Gruppen gjør at en går fra skam til stolthet

Flere av respondentene fremhever at det å kunne være ærlig om egen situasjon og hva de føler der og da er det beste med å bli edru. Det gjør dem stolte av seg selv. Et første gangs møte med AA blir skildret slik av en respondent:

*Jeg sa jeg heter X og er alkoholiker..., og så klappet de, de syntes det var sterkt at jeg sa det første gang jeg var der, og da ble jeg jo veldig stolt i stedet for å føle skam, og det er det som er greia også, du kommer inn i et lokale og blir ikke dømt for noen ting, jo verre historiene er jo bedre et det fordi da hjelper jeg jo de andre, det viste ikke jeg da men jeg hjelper jo de andre*

Skammen oppstår i avstanden mellom den man vil være og den man føler at man er. Jo mer perfektjonistisk man er og jo høyere idealer man har knyttet til seg selv, jo større avstand er det ofte mellom den man vil være for andre og den man i egne øyne er (Skårderud, 2001). En mulig forklaring på denne respondentens sterke opplevelse kan være at det å møte likesinnede med samme problem bidrar til at alkoholikeren får et mer realistisk bilde av seg selv og egne muligheter. Det at likesinnede ser deg som det du er, et menneske med rusproblemer som innrømmer det og tar konsekvensene av det, kan føre til at skamfølelsen går over i stolthet (Nilsen & Talseth, 1995). Dette kan sies særlig å gjelde de som har brukt mye energi på å skjule at de har et rusproblem, noe alle mine respondenter forteller at de har gjort. Denne energien kan nå i stedet bli brukt til å forsøke å gjøre noe med problemet. Møte med likesinnede kan også bidra til at idealene for egen adferd blir mer realistiske.

*I dag sier jeg at hvis jeg gjør så godt jeg kan og klarer å gi slipp og så blir det et resultat og hvis jeg kan godta det resultatet og være fornøyd med det så er det som er nesten hele programmet for meg, for det har noe å gjøre med hvordan jeg kan forholde meg til ting sånn som de er.*

### 7.1.4 Ærligheten i gruppen

*Ærligheten i gruppene er det essensielle, og det er det fantastiske med å bli edru, du slipper å lyve, noe jeg gjorde før, også når jeg ikke trengte å gjøre det.*

Alle respondentene understreker betydningen av at de har et forum hvor de endelig kan være ærlige om egen situasjon og hvordan de har det akkurat her og nå. Alle mine respondenter

forteller at det å kunne være ærlig er en av gevinstene ved å delta i AA. Den terapeutiske verdien ved å kunne være ærlig om hvordan du har det og få aksept og støtte for dette utgjør noe av det sentrale ved å delta i selvhjelpsgrupper (Hjerndal et al., 1996). Dette medfører for mange en større grad av selvaksept. Flere respondenter er inne på dette når de beskriver AA-programmet som en mulighet til å bli kjent med ulike sider av seg selv og akseptere disse.

#### 7.1.5 Individet har ansvaret for eget edruskap

Et viktig terapeutisk prinsipp i AA er at du slutter å drikke for din egen skyld. Det skal ikke finnes noen form for offer innen AA, du tar tolvtrinnsprogrammet for ditt eget edruskaps skyld, ikke fordi noen andre vil du skal ta det. Det er individets ansvar å slutte å drikke, men AA er alltid åpen for den som ønsker å slutte (Bergmark, 1995). Flere av respondentene fremhever dette som den viktigste forskjellen mellom AA og det offentlige hjelpeapparatet. Der det offentlige tar ansvaret for det å bli edru fra den det gjelder, sier AA at det er individets ansvar. En respondent sier det slik:

*Men det er klart at det er programmet i AA som har gjort noe med meg, fordi jeg måtte gjøre noe selv, så uansett hvor mye folk stilte opp for meg, så var ikke kraften der i det offentlige helsevesen.*

#### 7.1.6 AA- gruppen bruker erfaringsspråk

Flere av respondentene bruker ordet allergi og at de er allergiske mot alkohol når de skal beskrive egen sykdom. En brukte også ordet sukkersyke om alkoholisme, og at AA møtene var som insulin, for å beskrive sitt syn på egen sykdom. Ingen av respondentene anvendte kompliserte medisinske faguttrykk, alle brukte et lett forståelig språk. Bergmark (1995) fremhever at Storboka (AAL, 2005) gir en sykdomsbasert forklaring på alkoholisme hvor blant annet det blir hevdet at noen er *allergiske* for alkohol, og at dette skyldes gener. Dette kan sies å gi en lettfattelig forklaring på alkoholisme og dermed gjøre den forståelig for de fleste. *Storbokas* (AAL, 2005) bruk av et enkelt muntlig språk bidrar også til at alle forstår innholdet. Det at mine respondenter bruker et forståelig folkelig språk når de skal beskrive alkoholisme og hvordan de ser på den, kan ha sin årsak i at studier av *Storbokas* (AAL, 2005) med sitt muntlige språk har gitt en felles språklig referanseramme.

Det at folk må forstå situasjonen for å kunne gjøre noe med den er en sentral del av Antonovskys (1991) teori om *salutogenese*. Det at AA bruker ett enkelt språk med en lett forståelig forklaringsmodell for alkoholisme, har for alle mine respondenter bidratt til at de har forstått omfanget og skadene av alkoholmisbruket.

#### 7.1.7 Det å utveksle erfaringer i gruppen

I Underkapittel 5.3.2 angis noen forklaringer på hvordan det å utveksle erfaringer kan styrke det enkelte medlemmet til å leve et edru liv (Vederhus et al., 2008; Bandura, 1994; DiClemente, 1993). Det å høre andres historier, kjenne seg igjen i dem og samtidig dele egne erfaringer ser for samtlige av respondentene ut til å være sentralt for det de betegner som *tilfriskning* fra alkoholisme (Nakken, 2007).

*For læringsprosessen for meg starter når en annen alkoholiker forteller hva som har skjedd dem og hvordan de løste det, noen ganger passer det inn, andre ganger ikke, men da har jeg valget, jeg kan høre på dem eller ikke.*

Respondenten understreker at andre medlemmer gir ”intuitive praktiske råd” for hvordan de har løst ulike problemer. Dette kan tenkes å gi økt *mestringsforventning* ved at andre medlemmer blir *rollemodeller* for egen adferd. De andre gruppemedlemmene kan *verbalt påvirke* til mestring ved å fortelle hvordan de gjorde det. Dette kan igjen bidra til det *rette aktiveringsnivået* for enkeltindividet slik at det mestrer en oppgave, for eksempel å holde seg edru den neste helgen (Bandura, 1994).

#### 7.1.8 Stressmestring

I underkapittel 3.4 redegjøres det for hvordan Lazarus og Folkman (1984, 2006) teori om stress og mestring kan knyttes til sentrale aspekter ved et alkoholmisbruk. Alle mine respondenter refererte til Sinnsrobønnen (vedlegg 1) når de skulle forklare hvordan de hadde lært å skille mellom det de kan gjøre noe med og det de er maktesløse ovenfor i dagliglivet. Hovedinnholdet i denne bønner er at man ber om evnen til å se forskjell og akseptere det man kan gjøre noe med og det man ikke kan gjøre noe med, slik at man kan handle ut fra dette. Bønnen blir fremsagt ved slutten av hvert møte (Bergmark 1995). Det å si denne bønner var for alle mine respondenter en måte å dempe stress på. Den kunne for dem sies å være en

emosjonelt fokusert løsningsstrategi som gjorde at de i økende grad greide å skille ut det de ikke kunne gjøre noe med og godta det, og dermed ikke betrakte det som så stressende lenger (Lazarus & Folkman, 1984, 2006). Sinnsrobønnen hjalp mine respondenter med å endre følelser knyttet til hendelser de ikke kunne gjøre noe med. En respondent gav et konkret eksempel på dette.

*AA har lært meg å se meg selv ovenfra. Hvis jeg blir forbannet i trafikken så ser jeg meg selv ovenfra og ser hvor tåpelig dette hyggelige mennesket er nå. Da sier jeg Sinnsrobønnen.*

Andre teknikker for å mestre stress som mine respondenter har fortalt at de har lært i AA kan også ses i lys av Lazarus og Folkmans (2006) teori om stress og mestring. Mine respondenter beskriver bruk av teknikker som både er både emosjonelt og praktisk fokuserte løsningsstrategier. En praktisk fokuserte løsningsstrategi som ble brukt var å gjøre noe annet enn å drikke når en har russug, for eksempel å gå en tur.

Den mest brukte emosjonelt og praktisk baserte teknikken i AA som mine respondenter brukte var å innse at du er en person som ikke tåler alkohol og at det er mulig å ha et bra liv uten alkohol. I denne prosessen fikk de støtte av de andre medlemmene i AA-gruppen. Flere av respondentene påpeker at det er de andre medlemmene av AA som har fått dem til å innse at de er alkoholikere som ikke kan drikke alkohol, *og at de kan få et bedre liv uten alkohol*. En respondent uttrykker det slik:

*Hovedforskjellen er at når jeg kom til AA så ble jeg så paff over at de fortalte meg at jeg aldri mer kunne drikke. De sa til meg at det var en sykdom, en evigvarende sykdom. Og så satt de der og sa de hadde et godt liv, da skjønnte jeg det var mulig å leve uten alkohol.*

#### 7.1.9 Empowerment

Den største enkeltfaktoren som virker positivt inn på rusmisbrukeres helse er det å slutte med å bruke rusmidler. Alle mine respondenter understreket i intervjuet hvordan AA har bidratt til at de har sluttet med å bruke rusmidler. En empowermentprosess er det å ta kontroll over faktorer som påvirker helsen (Finsbråten & Pettersen, 2009). I underkapittel 4.3 vises det hvordan empowermentbegrepet kan bli brukt til å beskrive sentrale terapeutiske prosesser

som skjer i AA-gruppene. Denne argumentasjonen kan knyttes til mine respondenters erfaringer med gruppene.

For mine respondenter innebærer AA aktiv deltagelse fra medlemmene hvor de forteller sine livshistorier til de andre medlemmene av gruppen. De andre medlemmene har ifølge de muntlige tradisjonene ikke anledning til å kommentere eller evaluere andre medlemmers innlegg (Bergmark, 1995). Det er anledning til å være stille under møtene. Men man skal også være trygg på at egen historie ikke blir kommentert eller kritisert, men akseptert som en historie som er verdifull både for individet og for de andre medlemmene av gruppen. En respondent beskriver dette slik:

*Vi kommer opp med en sekk dritt på ryggen og så heller vi den utover bordet og så er det ingen som sier fy eller gud, det er ingen som sier noen ting, de kan mene veldig mye men ingen har lov til å uttrykke noe, ingen dømmer deg.*

Her ligger altså hovedfokuset på identifisering og det å kjenne seg igjen i andres historie, ikke på det å vurdere og sammenligne. Hvilken terapeutisk verdi det har at andre aksepterer din historie uten å komme med innvendinger eller kommentarer er vanskelig å si, men det er overveiende sannsynlig at det blant annet reduserer skammen som er forbundet med å ha et tabubelagt problem (Nilsen & Talseth, 1995; Hjerndal et al., 1996; Starrin, 2007). Noen respondenter oppgir at det noen ganger er vanskelig ikke å kommentere hva andre sier, men som en hovedtendens hadde alle mine respondenter en stor forståelse for at det måtte være slik. Dette fordi noe av det sentrale ved å gå på AA møter var å kjenne seg igjen i andres historie, og ikke vurdere eller kommentere hvor god eller dårlig den er.

#### 7.1.10 Trinnarbeid i gruppen

*Og at jeg overlater styringa, at jeg er nødt til å overlate styringa til andre, det er veldig mye av personligheten min som har blitt endra.*

Alle mine respondenter driver med trinnarbeid, det vil si at de studerer de tolv trinnene og hvordan de kan brukes i dagliglivet. Flere forklarte hvordan de hadde gått gjennom de ulike trinnene flere ganger. En respondent fortalte at han hadde skrevet ned en liste over alle han hadde gjort vondt og så bedt dem om unnskyldning for egen oppførsel, dette var for ham en sentral del av arbeidet med det åttende trinnet. En annen respondent forklarte at når hun

gjorde en feil i dag måtte hun raskest mulig be om unnskyldning for den, hun praktiserte det åttende trinn på en daglig basis, som hun selv sa det. Fire av mine respondenter fortalte at de på daglig basis søkte veiledning gjennom bønn og meditasjon (trinn 11) på hva de skulle gjøre i ulike valgsituasjoner, det være seg alt fra hvordan de skulle takle konflikter med andre til hvor de skulle dra på ferie. Alle mine respondenter hadde en tro på en kraft sterkere enn dem selv som var tilgjengelig for dem gjennom arbeidet med trinnene.

Bergsmark (1995) understreker at tolvtrinnsprogrammet er et program for *tilfriskning* (Nakken, 2007), her definert som det og aldri mer drikke alkohol, som bare kan skje med hjelp fra programmet og andre alkoholikere. Alle mine respondenter rapporterer at det at de nå våger å *gi slipp*, det vil si ikke å prøve å styre begivenhetene i en bestemt retning, er noe av det sentrale de har lært i arbeidet med trinnene. Arbeidet med trinnene innebærer å gå fra å innse at du er maktesløs overfor alkohol i trinn en, til å søke hjelp utenfor deg selv til å bli edru i trinn to og tre (Bergsmark, 1995). Videre skal alkoholikeren i trinn fire se på de rasjonaliseringer han/hun har brukt for å kunne fortsette å drikke og se på dem som det der er; tanker som bidrar til et fortsatt misbruk. Steg fem til ni gir misbrukeren anledning til å lette sin samvittighet ved å skrive ned hva hun/han har gjort for så fortelle dem til en annen og til slutt be dem man har såret om forlatelse. Det tiende trinnet innebærer å fortsette å gjøre dette på en daglig basis. Ellevte trinn handler om å fortsette den åndelige utviklingen, og tolvte trinn innebærer å bringe trinnene videre til andre alkoholikere og fortsette egen utvikling (Bergsmark, 1995). Flere av mine respondenter understreker at AA er et *egoreduserende program*, som legger vekt på at ting ordner seg til det beste hvis man bare gir slipp.

*Før styra jeg masse for å få et bestemt resultat og brukte mye krefter på det, og det var viktig å få et spesielt resultat, hvis ikke ble det krise. I dag sier jeg at hvis jeg gjør så godt jeg kan, og jeg klarer å gi slipp, så blir det et resultat*

Det at programmet oppfordrer til å akseptere og verdsette de begrensede krefter/muligheter en selv har og til å fortsette den åndelige utviklingen har for mine respondenter vært sentrale elementer i det å avslutte rusmisbruket. Trinnarbeidet har resultert i økt opplevd kontroll, og kan derfor sees på som empowerment i praksis; mine respondenter har tatt kontroll over de krefter som virker inn på egen helse (Finsbråten & Pettersen, 2009). Samtidig ser alle mine respondenter en *mening* med kontinuerlig å jobbe med det (Antonovsky, 1991). De understreker alle hvilket godt og meningsfylt liv de har i dag. Dette relaterer samtlige til det kontinuerlige arbeidet med trinnprogrammet.



### 7.1.11 Det å ikke være pasient men hjelper

Alle mine respondenter er sponsorer eller kontaktpersoner for andre medlemmer i AA. Dette arbeidet er noe av det de fremhever som mest meningsfullt med å delta i AA.

*Jeg sier alltid til dem jeg er sponsor for at de må utfordre seg selv til å mestre noe, men ordentlig, ikke som en alkoholiker.*

Jeg har i underkapittel 5.3.3 beskrevet hvordan annen forskning (Riessman, 1976; Vederhus et al, 2008) har vist hvorfor det er en mulig sammenheng mellom det å hjelpe andre og det å hjelpe seg selv. Mine respondenter kan sies å støtte Riessman (1976) som understreker at du ved å hjelpe andre kan se din egen historie i et nytt lys. En respondent forklarte at det å guide en person gjennom trinnene gjorde at hun så sin egen historie i et nytt lys. Det virket for alle mine respondenter som at det å hjelpe andre gav en større *mening* til egen endringsprosess (Antonovsky, 1991). Det gav en mening til det å endre seg fordi gjennom å endre seg selv kan hjelpe til med å endre andre ved for eksempel å være sponsor i AA. Flere fortalte at det å gå gjennom trinnene på nytt sammen med en annen gjorde at de så nye aspekter ved trinnene de før ikke hadde vært klar over. Flere understreket at de lærte vel så mye som de medlemmene de var sponsor for. Hvordan det å være rollemodell påvirker egen *mestringsforventning* fordi du nå også føler at du må leve opp til andres forventninger om at du mestrer er vanskelig å si, men sannsynligvis vil den virke positivt inn fordi du nå også føler ansvar for et annet individ. Det kan føre til at du bruker andre edru deltakere i AA som rolle-modeller for egen adferd. Det kan også hende at du må anstrenge deg ekstra for å finne frem til situasjoner som man har mestret uten alkohol fordi du har bruk for dem som eksempler for andre man er sponsor for.

### 7.1.12 Åndelig kraft i gruppen

*Og det er en åndelig kraft som ligger i disse rommene, sånn at vi alene kan være ganske sånn tusseladd mens vi sammen er en positiv kraft som er motsetningen til den negative kraften som alkoholen var*

*Vi skrur opp en Farris og så bobler løgnene opp, og da renses du jo hodet ditt for frustrasjon, du vasker sjela di ren, hvis du vil og tør kan du bli helt ren hver gang du er på et møte.*

Den åndelige kraften der og at møtene bidrar til å *rense folk* er uttrykk som samtlige av mine respondenter bruker for å beskrive AA møtene. Dette kan være vanskelig å forstå og beskrive, men mine respondenter bruker ord og uttrykk som *intenst, rommet dirrer, sterkt og energisk* når de skal beskrive stemningen under AA møtene. En fortalte at gruppen nektet å flytte til et nyere og finere lokale fordi hele gruppen var enige om at det var en sterk intimitet i det nåværende lokalet. Alle mine respondenter forteller at de får energi av den spesielle *åndelige kraften* som er i rommet under AA møtene. De terapeutiske prosessene som skjer i AA grupper kan belyse dette, og kan i brukernes eget språk beskrives som åndelig kraft. Dette er en kategori som er vanskelig å beskrive i vitenskaplige termer. Men kategorien kan sees som et forsøk på å beskrive den troen på at endring er mulig som av DiClemente (1993, tabell 3.1) beskrives som *selvreevaluering* og *frigjøring av selvet*. Du får hjelp til å se deg selv og omgivelsene i et nytt lys, og disse terapeutiske prosessene frigjør energi; kanskje det er denne energien som best kan beskrives som *Åndelig kraft*. Det at mine respondenter bruker tid på meditasjon og det å be om veiledning fra en høyere makt tyder på at den åndelige kraften er en reell dimensjon i deres hverdag. DiClemente (1993) understreker den terapeutiske verdien i av å ha hjelpende relasjoner, kanskje er det også verdien av dette som beskrives i kategorien *åndelig kraft*; i den forstand at et hjelpende felleskap gjør en sterkere (Hjerndal et al., 1996; Prochaska et al., 1994; Abrahamsen, 1995).

#### 7.1.13 Lærer å sette grenser

Alle mine respondenter rapporterer at de har lært å sette grenser i AA. En respondent beskriver situasjonen før AA slik:

*Og alkoholikeren opp i en sånn situasjon (eget misbruk), han greier ikke å sette grenser, de blir ja mennesker som sier ja selv om de ikke ville, burde, trodde det var lurt å gjøre det, fordi vi har så liten selvtillit, og så stor skam sier vi ja, skammen er enorm, fordi vi føler oss rett og slett mislykkede når vi har kommet så langt.*

#### 7.1.14 Salutogenese i gruppen.

En alkoholiker mottar en mengde stimuli og reaksjoner fra omverden som ikke blir forstått; mine respondenter forteller alle at de var i en forsvarsposisjon i forhold til omgivelsene hvor de mente at omgivelsene ofte var ansvarlige for rusrelaterte problemer de hadde, det være seg trøbbel på jobben eller i samlivet, og så videre. Det kan også sies at de ikke hadde ressurser eller at de ikke greide å bruke dem til å stoppe misbruket. Punkt nummer en i Antonovskys (1991) begrep *følelse av sammenheng* er at indre og ytre stimuli er forutsigbare og mulig å forstå. For mine respondenter er det naturlig å vurdere det til at situasjonen ikke var slik da de drakk. Mange hadde et ønske om å slutte, men de så ikke meningen i det eller muligheten til å gjøre det. Det må her tilføyes at alle mine respondenter i perioder hadde prøvd å slutte før de kom til AA, men de hadde av ulike årsaker startet opp igjen. Det å gå i AA kan være en *salutogenetisk* prosess. Gruppen kan bidra til å gjøre stimuli fra omverden forståelig ved å legge ansvaret for den nåværende situasjonen over på alkoholen, det er den som forårsaker misforståelsen og reaksjonene fra omverden. Det å forstå skadevirkningene og at en må slutte er altså noe gruppen hjelper til med. Alle mine respondenter bruker begrepet *Den Avhengige Personen* (Nakken, 2007), forkortet til DAP, om den delen av personligheten som elsker rus og er innstilt på og umiddelbart tilfresstille rustrangen uten tanke på de konsekvensene det har. Alkoholen er årsaken til at verden er uforståelig og den må elimineres for at det som skjer rundt en igjen skal bli forståelig. Det andre punktet i begrepet *følelse av sammenheng* er om individet har de nødvendige ressurser for å mestre stimuli, om de er håndterbare. Her kan AA-gruppen hjelpe til ved at andre medlemmer forteller hvordan de selv har greid å slutte med å bruke rusmidler. Det at de tilbyr nykommere å være sponsor eller kontaktperson for dem i denne prosessen som de selv har gått gjennom, bidrar til å mobilisere ressurser og øker *mestringsforventningen* hos individet. Det ser ut til at jo mer håndterbare stimuliene er for individet, jo mer øker *mestringsforventningen*. Når det gjelder det siste punktet hos Antonovsky (1991), at det er sentralt å oppleve en *mening* med det å forsøke, er det noe alle mine respondenter sier seg enige i. De føler at de har et godt alkoholfritt liv i dag, ikke i betydningen fritt for sykdom og andre problemer, men et liv de føler at de mestrer. De tilskriver i stor grad det at de har et godt liv til AA- gruppene og tolvtrinnsprogrammet. De mener programmet har gitt dem det rette fokus for å kunne ha et godt liv. De fleste av mine respondenter legger vekt på åndeligheten i programmet, det å være et godt menneske og at programmet hjelper dem med dette. Som en respondent sa: ”tolvtrinnsprogrammet er livet det”. Dette livet ses i kontrast til den opplevelsen av meningsløshet de hadde da de misbrakte

rusmidler. Flere av respondentene har innleggelse på psykiatrisk sykehus og selvmordsforsøk bak seg.

*Jeg har fått livet i gave, og jeg tror at det er en eller annen mening der oppe eller der nede i fra at jeg skulle bli skremt, men jeg skulle ikke dø, jeg skulle bli skremt*

*Livet mitt er meningsfylt i dag, det var det ikke før. Jeg har mer funnet roen nå.*

#### 7.1.15 Det å oppleve fellesskap

Mine funn stemmer i stor grad overens med funn fra annen forskning beskrevet i underkapittel 5.3.4. Der beskrives hvilke mekanismer som kan ligge bak det at fellesskapet virker helende for enkeltindividet.

Alle seks respondentene understreker at de ble godt tatt i mot i AA-gruppene. Det beskrives som at de ble møtt med høflighet og vennlig interesse, noe de fleste ikke hadde forventet. Flere understreket at de ble sett på en måte de ikke hadde opplevd på flere år. De fikk tillit til de andre gruppemedlemmene.

*Jeg følte meg sett og forstått der, eller jeg følte meg hjemme, jeg hadde kommet hjem.*

Alle mine respondenter understreker at erfaring av fellesskap, det å være samlet i en gruppe hvor folk forstår deg er viktig. En respondent beskriver det slik:

*Det er tryggheten som jeg søker, tryggheten i fellesskapet, den holder meg edru.*

*Det er det som er så fint, her sitter vi og deler våre innerste tanker og så trur vi at vi er så sjuke og så sitter en annen og tenker akkurat likedant, og så er det ikke så sjukt allikevel.*

Det kan virke som mine respondenter opplever fellesskapet som noe av det mest sentrale i AA-gruppene, det å møte folk som har gått gjennom noen av de samme tingene som de selv har ser ut til å ha hatt en terapeutisk effekt for mine respondenter. Dette kan ha sitt grunnlag i at de får tillit til de andre medlemmene i gruppen, at de kjenner tilhørighet til gruppen som gir en *mestringsforventning* om å kunne leve rusfritt.

### 7.1.16 Nytt nettverk i gruppen

*Jeg har et vanvittig sosialt liv med en del fra gruppa, jeg har mest venner i AA miljøet.*

Av respondentene har to par samboere som de har møtt i AA-gruppene, ei har vært gift med en hun møtte i en AA gruppe. Det er her viktig å understreke at respondentene i varierende grad mener de har fått et nytt nettverk gjennom AA. To forteller at de har liten kontakt med gruppemedlemmene utenom møtene og de som de er sponsor for, mens fire forteller at de har hyppig kontakt med andre utenom møtene, og at AA har gjort at de har fått et nytt nettverk. Kaskutas et al. (2002) fremheving av at en av fordelene med å delta i AA er at man får et nytt alkoholfritt nettverk ser ut til i en viss grad å gjelde for mine respondenter. Det interessante er at de av mine respondenter som sier de har fått et nytt nettverk, tenker at det er medlemmene av nettverket som gjensidig bidrar til å holde hverandre edru. Det er altså ikke snakk om en ensidig innvirkning fra noen på det å holde seg edru, men en gjensidig påvirkning av hverandre, medlemmene er edru rollemodeller for hverandre. Alle mine respondenter legger vekt på at det er AA-nettverket som har bidratt til at de i dag er edru, og til at de har en *mestringsforventning* knyttet til fortsatt å kunne leve et rusfritt liv.

*Fellesskapet holder meg edru. Det redder meg.*

### 7.1.17 Kognitiv adferdsterapi

Beck et al. (1993) fremhever at målet med kognitiv terapi er todelt: det å endre pasientens positive antagelser om rusmiddelet og det å styrke pasientens tro på at han/hun kan greie seg uten rusmiddelet. Møtet med AA har for flere av mine respondenter representert dette, de har innsett at det er alkoholen som er årsaken til deres problemer. Ei sier det slik:

*Da jeg kom til AA ble jeg så paff over at de sa til meg at jeg aldri mer kan drikke*

Hun opplevde at det offentlige apparatet ikke fortalte henne at det var misbruket som var problemet, men at de der hele tiden la vekt på hva hun kunne mestre. Flere respondenter rapporterer om at det var i AA de ble klar over at det var alkoholen som var årsaken til problemene deres. Flere sier de innerst inne var klar over dette før de kom til AA, men at de samtidig hadde en sterk tro på at det var andre og ytre årsaker til problemene, det være seg trøbbel på jobben, i familien og så videre. De forteller at de var fanget i sin egen ambivalens, og samtlige rapporterer at de fikk nytte av AA først når de hadde nådd det de selv beskriver

som sin *personlige bunn*. Det var da de ikke så noen annen utvei enn å motta den hjelpen AA representerte for dem. Fra da av fikk de støtte i gruppen til å mestre livet uten rusmidler. For en av mine respondenter kommer det tydelig frem at AA bidro til både å endre antagelser om rusmiddelet og om personens evne til å mestre livet uten alkohol. Det er flere av mine respondenter som i intervjuene fortalte at de hadde lignende opplevelser.

*AA forklarte meg hvem jeg er og hvorfor jeg ikke kan drikke*

#### 7.1.18 Negative erfaringer i gruppene

Tre respondenter nevner negative erfaringer de har hatt i gruppene, de resterende sier de ikke har hatt noen slike. To av de tre som nevner negative erfaringer sier at det handler om tilfeller av personer som åpenbart var for syke til å være der og som kunne virke truende. Dette kan virke skremmende på de andre gruppemedlemmene.

Det at folk har lange monologer som tar tid på møtene blir av de to også nevnt som en negativ erfaring fra AA-gruppene. Disse kan oppta store deler av møtetiden slik at de andre gruppemedlemmene ikke får sagt noe. Siden AA er basert på delinger av erfaringer blir utbyttet av møtet redusert.

En mente det var negativt at det på et møte ble diskutert om en blandingsmisbruker hadde adgang til AA eller om de kun skal bruke NA-gruppene. For ham var en *rusmisbruker en rusmisbruker*, uavhengig av rusmiddelet.

En respondent hadde en negativ erfaring med at andre medlemmer har kommentert det hun har delt i gruppen, noe som er et brudd på Aas uskrevne regler (Bergmark, 1995).

De tre andre respondentene så ikke noe negativt med AA-gruppene, men betraktet alt som eventuelt virket negativt der som en trening i det å beholde sinnsroen. Det kan for meg synes som om viktigheten av den hjelpen de fikk av gruppa i stor grad overskygget for eventuelle negative erfaringer de hadde der. Flere av mine respondenter understreket også at det var deres eget ansvar hvis de hadde negative erfaringer i gruppene.

Mitt inntrykk var at de fleste tolket dette spørsmålet i retning av om de hadde noen negative erfaringer med bruk av programmet, noe alle mine respondenter understreket at de ikke hadde, programmet hadde tvert imot gitt dem et nytt liv. Jeg prøvde da å si noe om at det også

handlet om negative erfaringer med gruppene og ikke nødvendigvis programmet, da kom tre av mine respondenter fram til de negative punktene som er nevnt her.

## **7.2 Forskningsspørsmål to: Hvordan er erfaringene i gruppene sammenlignet med erfaringene gjort i det offentlige hjelpeapparatet?**

Fem av seks respondenter har vært i kontakt med det offentlige helsevesenet, fortrinnsvis sykehusinnleggelse med alkoholrelaterte skader og avrusningsinstitusjoner. De uttrykker alle takknemlighet for å ha fått hjelp til avrusning, og for å ha mottatt behandling for de helsemessige skadene alkoholen har påført dem. Samtidig understreket alle respondentene at det ikke er det offentlige som har gjort dem edru, det er AA- gruppene som har ført til at de har greid å avslutte misbruket. Flere respondenter er takknemlig for den hjelpen de har fått av enkeltpersoner i det offentlige. Men tre av respondentene mener også at det offentlige ikke skjønner hva et misbruk er og at misbrukeren derfor ender opp med å manipulere hjelpeapparatet. Mine respondenter beskriver at det for dem virket som det offentlige ikke fullt ut skjønner hvor dypt en avhengighet sitter og hvor sterkt *den avhengige personen* er angrepet sin sykdom. Men en respondent understreker at det er umulig for det offentlige å skjønne dette, da den avhengige ikke skjønner det selv engang. Den avhengige vil alltid ha troen på at han/hun greier å slutte, denne feilaktige troen på egen evne til å stoppe er for flere av mine respondenter et sentralt trekk ved selve avhengigheten. De ender dermed opp med å manipulere de offentlige behandlerne.

*Og det å gå i terapi var vanskelig. Jeg var veldig verbal, så det ble mye manipulering, og hvis en alkoholiker eller narkoman ikke vil innrømme det, er det ingen som får henne til å gjøre det*

Denne respondenten mener at det offentlige her støttet opp under manipuleringen med hele tiden å fokusere på hva som kunne mestres og ikke på det at hun hadde en langtkommen rusavhengighet.

En mener at hun ble sykere i det offentlige hjelpeapparatet

*Jeg synes det offentlige har putta meg full av piller, det er det syke med det offentlige, jeg har opplevd at jeg var mye sykere da jeg kom ut enn da jeg kom inn.*

Flere opplevde etter egen mening å få feil diagnose av det offentlige, de mener selv de var rusavhengige, mens det offentlige diagnostiserte andre psykiske lidelser og behandlet disse, ikke rusavhengigheten.

Som en motsats til disse erfaringene fra behandlingsapparatet fremheves AA av alle mine respondenter som det stedet hvor de fikk den endelige hjelpen til å forstå at de selv har ansvaret for å bli edru, og at det offentlige ikke kan gjøre det for dem.

*For det er ingen psykiater som har fått meg dit jeg er i dag med et annet redskap. Dem har prøvd med mye rart, dem har prøvd med mye kjemi.*

De av respondentene som har erfaring med det offentlige hjelpeapparatet sier alle at dette ikke er en kritikk av det offentlige, bare en konstatering av hva det offentlige kan bidra med og hva den rusavhengige selv må gjøre.

*Jeg måtte gjøre noe med meg selv, det er min oppgave å gjøre noe med meg selv, jeg kan ikke forvente at noen andre skal gjøre meg frisk hvis jeg ikke er i stand til å gjøre noe sjøl, og det skjønnte ikke jeg men forstod det etter hvert.*

En respondent uttrykker også sin misnøye med mangel på sammenheng i det offentlige hjelpetilbudet, det vil si mangel på en tiltakskjede i behandlingen av alkoholikere. Med tiltakskjeder mener han at alkoholikere må få øyeblikkelig hjelp til avrusning når de er som mest nedkjørte, og bli direkte overført fra avrusning til behandling når de har motivasjon for det. Det er i følge min respondent ikke situasjonen i dag.



## 8. Diskusjon av metode og funn

### 8.1 Metodediskusjon

Først utdypes noen spørsmål knyttet til min metodebruk. Gir min bruk av metode svar som kan overføres til andre alkoholavhengige, er svarene troverdige, og blir funnene bekreftet av annen forskning?

#### 8.1.2 Troverdighet

Troverdighet er for kvalitative data blant annet knyttet til det å kunne redegjøre for forskningsprosessen (Thagaard, 2003). Noe som i min intervjuundersøkelse kan påvirke troverdigheten er i hvilken grad intervjuer og respondent sammen kan finne frem til svar fordi de snakker samme "språk". Jeg kjenner i likhet med respondentene til "Aas språk", et språk hvor bruk av bilder og metaforer står sentralt. Jeg lot respondentene snakke og stilte åpne spørsmål. Ved enkelte anledninger ble intervjuene mer til en samtale mellom to som snakket samme "språk". Samtidig var det i kategoriseringsprosessen lettere for meg å dele inn i rett kategori fordi jeg kjente til språket som ble brukt. Det er uvisst om dette bidrar til å gjøre resultatene mer troverdige, men en gjensidig forståelse i intervjusituasjonen kan tenkes å heve kvaliteten på de innsamlede data.

Jeg har ikke trukket inn andre forskere med kjennskap til fagområdet i mitt prosjekt og jeg har arbeidet alene med min avhandling. Dette kan bidra til å svekke troverdigheten til min intervjuundersøkelse.

For å motvirke noe av dette har jeg fått kolleger og tidligere kollegaer som kjenner fagfeltet til å lese gjennom deler av manus og gi tilbakemeldinger. Et relevant spørsmål er selvfølgelig om dette er personer som har samme oppfatning som meg om hva som er sentralt i endringsarbeid, og om de har den samme kjennskapen til AA og troen på at deltakelse hjelper. Det kan noen si at de har, og det kan svekke troverdigheten til mine funn. Likevel er flere av dem utdannet helsepersonell og innehar evne til refleksjon omkring den aktuelle forskningen. I tillegg har jeg mottatt faglig veiledning underveis i arbeidet med denne avhandlingen.

### 8.1.3 Bekreftbarhet

Min intervjuundersøkelse blir i en viss grad bekreftet av annen forskning. Jeg kjenner ikke til lignende kvalitative intervjuundersøkelser av AA- medlemmers tanker om hvilke erfaringer/opplevelser i AA det er som har hjulpet dem til å holde seg alkoholfrie. Det er gjort en kvantitativ undersøkelse i Norge av hvordan AA kan hjelpe alkoholmisbrukere ut av misbruket (Kristensen & Vederhus, 2005). Resultatene av denne undersøkelsen har jeg brukt i arbeidet med å utforme spørsmålene i intervjuguiden, og i denne forstand er disse spørsmålene basert på annen forskning.

Det har vært en viktig utfordring å forholde seg kritisk til eget materiale, det skyldes blant annet at jeg jobber nært opp til fagområdet og har en klinisk erfaring med at AA nytter. Jeg har derfor i denne oppgaven forsøkt å knytte noen av de prosessene som skjer i AA opp til generelle teorier om endring av helse- og avhengighetsadferd. Dette mener jeg kan bidra til å bekrefte og belyse erfaringene til respondentene.

Jeg har i arbeidet med intervjuundersøkelsen hele tiden stilt spørsmålet om funnene i oppgaven kunne vært kategorisert på annet vis, og om jeg i for stor grad trekker slutninger basert på erfaringer gjort i egen jobb. Dette har jeg forsøkt å motvirke ved å finne andre årsaksforklaringer knyttet til mine funn. På en annen side kan fortrolighet med arbeidsfeltet også betraktes som en styrke, da en er godt kjent med både problemer forbundet med rusavhengighet og hva som kan være til en hjelp i en endringsprosess.

Ett eksempel er kategorien *Åndelig kraft* som kunne vært delt mellom kategoriene *Det å utveksle erfaringer* og *Empowerment* fordi det som beskrives der kan falle inn under de to andre kategoriene. Jeg har allikevel brukt denne kategorien, *Åndelig kraft*, for å beskrive erfaringene fordi det for meg er en beskrivelse jeg oppfattet gikk igjen hos samtlige av mine respondenter. I tillegg er jeg gjennom mitt arbeid gjort oppmerksom på vektleggingen av åndelighet i AA.

Som en konklusjon kan det sies at mine funn kan til en viss grad blir bekreftet av annen forskning. I hvilken grad jeg har greid å være kritisk til egne funn er vanskelig å avgjøre.

#### 8.1.4 Overførbarhet

Det hevdes i metodekapittelet at mitt utvalg består av ressurssterke personer. Det er i denne sammenhengen viktig å presisere hva som menes med ressurssterke. Av mine respondenter er fire i jobb og to er mottakere av ulike ytelser. Alle seks er i arbeidsfør alder. Minst to av seks har ulike grader av helseplager. De jeg var hjemme hos hadde boliger med en nøktern standard sett med norske øyne. De fleste hadde det de selv beskriver som et godt sosialt nettverk. Mine respondenter kan ikke automatisk plasseres inn i kategorien ressurssterke. Men de hadde alle et trekk som sa noe om ressurser for å mestre livet. De var alle innstilt på å ta ansvar for egne reaksjoner på ulike livshendelser. Dette kan skyldes at AA plasserer ansvaret for å slutte å drikke på den enkelte alkoholiker. Det å ta ansvar for hendelser tyder på høy grad av mestring ved at individet har et realistisk syn på egne muligheter, de ser hva de kan greie å gjøre noe med. Det er naturlig å vurdere det slik at mine respondenter hadde relativt sterk mestringsforventning knyttet til det å takle de utfordringer som livet byr på (Bandura, 1994). En forskningsoppsummering indikerer at AA medlemmer har større *mestringsforventning* knyttet til de utfordringer livet innebærer sammenlignet med andre tidligere alkoholmisbrukere (Galanter & Kleber, 2004). Mine respondenter hadde også stor motivasjon for å holde seg edru, med høy villighet, evne og parathet til å fortsette et liv uten bruk av alkohol (Miller & Rollnick, 1991, 2006). Dette motvirker den ambivalens som er et sentralt trekk ved avhengighetsadferd (Barth et al., 2001). En mulig forklaring her kan være at mine respondenter er i vedlikeholdsfasen av en endringsprosess. Det er mer enn to år siden de endret livsstil. Her er det selvfølgelig også en diskusjon om folk kan betraktes som avhengige etter å ha vært avholdende i over to år, eller om avhengigheten da er borte. Aas syn (AAL, 2005) er at avhengighet er en livsvarig kronisk sykdom hvor det å drikke vil føre til at sykdommen blusser opp igjen. ICD-10 (WHO, 2000) kriterier for avhengighet fastslår at den avhengige skal ha brukt rusmidler de siste seks måneder for å kunne betraktes som avhengig. Ingen av mine respondenter har etter min kjennskap gjort det.

Nye medlemmer oppfordres til å gå på *nitti møter på nitti dager* (Bergmark, 1995).

Organisasjonen oppfordrer de nye medlemmer til å skaffe seg en sponsor som skal hjelpe dem og guide dem gjennom trinnene. Alle mine respondenter rapporterer at de fremdeles går på minst et møte i uka og bruker tid på å studere annen AA litteratur ved siden av. De bruker mye tid på AA relaterte gjøremål.

Trinnarbeidet står sentralt i AA. Alle mine respondenter hadde ved hjelp av sponsor eller trinngrupper jobbet seg gjennom trinnene (Bergmark, 1995). Flere gikk gjennom trinnene kontinuerlig, enten ved selvstudier eller i trinngrupper og så på dette som en del av *tilfriskningsprosessen* fra alkoholisme.

Mine respondenter fortalte at de har fått nye sosiale forbindelser med å delta i AA-gruppene. Dette funnet bekreftes av annen forskning som indikerer at AA medlemmer har flere rusfrie sosiale forbindelser sammenlignet med andre tidligere alkoholikere (Kaskutas et al., 2002; Galanter & Kleber, 2004).

En del av mine funn er vanskelig å overføre til andre alkoholavhengige personer med mer enn to års avhold som er den gruppen det er naturlig å sammenlikne funnene med. Mine respondenter bruker mye tid og krefter på det å delta i AA-fellesskapet og trinnarbeidet. Det kan som nevnt sies at de har høy *mestringsforventning* knyttet til det å mestre livets problemer, og de har høy motivasjon for å holde seg edru. Dette er med på å bidra til at mine funn er vanskelig å overføre til andre sammenlignbare grupper av tidligere alkoholikere. Imidlertid kan mine funn belyse noen av de gode erfaringene med å gå i selvhjelpsgrupper. Det kunne være en interessant problemstilling for videre intervjuundersøkelser å sammenligne med opplevelser andre tidligere rusavhengige som har brukt selvhjelpsgrupper har hatt. Har de en like positiv opplevelse av det å gå i grupper? Er andre tidligere misbrukere med gruppeerfaring ressurssterke på samme måte som mine respondenter? Det synes som om mine respondenter tar ansvar for hendelser i eget liv utover det som er normalen, og det kan tenkes å gjøre erfaringene deres mindre representative for populasjonen av tidligere rusmisbrukere.

Noe annet som kan bidra til økt overførbarhet er at det i intervjuundersøkelsen er forsøkt å knytte noen av de erfaringene mine respondenter har til generelle prinsipper for endring som kan foregå i selvhjelpsgrupper, og sett på hvordan disse endringene kan skje i AA (Prochaska et al, 1994; DiClemente, 1993, Hjerndal et al., 1996). Det ser ut til at det er her overførbarheten ligger. AA-gruppene bruker mange kjente prinsipper for endring av (avhengighets-) adferd.

## 8.2 Diskusjon av funn

I denne delen drøftes noen av funnene i intervjuundersøkelsen. Det forsøkes også belyst hvordan funnene eventuelt kan si noe om hva som er sentrale trekk i endring av avhengighetsadferd, og hvordan vi kan legge til rette for at denne kunnskapen kan overføres til det offentlige hjelpeapparatet. Kort sagt: Hva kan det offentlige behandlingsapparatet lære av AA?

### 8.2.1 Det å ha vært langt nok nede

Alle mine respondenter hadde da de sluttet å drikke opplevd alvorlige konsekvenser av eget rusmisbruk. Alle understreker også betydningen av det å ha nådd sin *personlige bunn*, og mente det nødvendig for å kunne slutte å ruse seg. Det kan ut i fra mine respondenter synes som om det å ha store konsekvenser av eget rusmisbruk gjør det lettere å slutte. Det er her viktig å understreke at mine respondenter alle var sterkt avhengige av alkohol. Funnet er i overensstemmelse med min kliniske erfaring fra arbeid i russektoren, der det ofte er redsel for konsekvensene ved å fortsette å drikke som får folk til å slutte. Det kan derfor synes som om tidspunktet for når folk kommer til AA er avgjørende for utfallet. Dette fenomenet peker i den retning at for og lykkes må klientene være i handlingsfasen når de kommer til AA (Prochaska et al., 1994), selv om annen forskning (DiClemente, 1993) fremhever at AA også kan hjelpe til i andre stadier i endringsprosessen. Ut i fra dette kan det synes som om hjelpeapparatet bør legge til rette for forskjellige typer rådgivning alt etter hvilket stadium i endringsprosessen individet befinner seg i. Barth et al. (2001) viser hvordan dette kan gjøres gjennom å belyse forskjellige rådgivningsformer tilpasset de ulike stadiene endringsprosessen. Kliniske implikasjoner for det offentlige hjelpeapparatet kan være å lære å vente tålmodig (og frustrert?) på at personen er rede til å endre seg. Etter min erfaring iverksettes mange tiltak før pasienten er rede til å nyttiggjøre seg dem.

### 8.2.2 Det tar tid

Flere av mine respondenter var flere år i AA før de greide å etablere en varig rusfrihet. Respondentene synes å bekrefte forskning som sier at tilbakefall er normalt i en endringsprosess (Prochaska et al., 1994; Barth et al., 2001). Dette understreker at rusbehandling kan være en lang prosess og at det tar tid å endre avhengighetsadferd. Hvis vi skal legge til rette for denne prosessen, må det offentlige hjelpeapparatet ta konsekvensen av at endring av avhengighetsadferd tar tid, og at pasienten må få flere sjanser til å gå gjennom de ulike stadiene av endringsprosessen. Jeg kjenner ikke til forskning på dette området, men det er min erfaring at alkoholikere ofte får flere sjanser til behandling av det offentlige i dag.

### 8.2.3 Terapeutiske faktorer som virker i grupper

På spørsmål om hva som gjør at AA hjelper, er det empatien, varmen og omsorgen i gruppene i gruppene som mine respondenter rapporterer om (Prochaska et al., 1994; Miller & Rollnick, 1991, 2004; Barth et al., 2001). Med bruk av terapeutiske prosesser muliggjort i et slikt klima (DiClemente, 1993, tabell 3.1), som *selvreevaluering* og *frigjøring av selvet* kan AA-gruppene gi medlemmet mot til å se seg selv og sitt eget problem i et nytt lys, hvor det å slutte å drikke alkohol blir sentralt for å få til et godt liv. Gruppene understreker at alkoholen er problemet, og mine funn peker i retning av at det er allment anerkjente gruppeprosesser som speiling, få empati med andre og likeverdig deltagelse som skjer i AA-gruppene (Hjerndal et al., 1996; Abrahamsen, 1995; DiClemente, 1993). Det å sette i gang flere selvhjelpsgrupper i offentlig regi kan være en naturlig konklusjon her.

### 8.2.4 Et bedre liv

Kategorier som *Ærlighet og fra skam til stolthet* viser til at alle mine respondenter mener de har et godt liv i dag. De mener alle at AA-gruppene i stor grad har bidratt til å gi dem et godt liv, selv om det var de selv som måtte gjøre jobben med slutte å drikke. Respondentene legger vekt på den trygghet som AA programmet gir dem, en trygghet som gjør at de takler det meste av livets hendelser. Dette kan ses i lys av Antonovskys (1991) begrep *følelse av sammenheng*. Mine respondenter forstår situasjonen på en ny måte etter møtet med AA, de

har bygd opp sine ressurser for å *mestre* den og de finner alle *mening* i det å forsøke å mestre livet. Det synes som om mine respondenter er mer enn vanlig motivert for å mestre livet.

### 8.2.5 Viktigheten av sosial støtte

Funnene i denne intervjuundersøkelsen er med på å bekrefte hvor viktig det er med sosial støtte når individet forsøker å endre sin avhengighetsadferd. Prochaska et al. (1994) understreker hvor viktig sosial støtte og det å få omsorg er i en endringsprosess. Andre undersøkelser viser til hvordan AA gir et alkoholfritt sosialt nettverk som medlemmet kan støtte seg til i den lange prosessen det er å bli rusfri (Kaskutas et al., 2002; Kristensen & Vederhus, 2005). Dette er kanskje det viktigste funnet i min intervjuundersøkelse. Implikasjoner for behandling av avhengighetsadferd er at man kunne opprette flere selvhjelpsgrupper, kanskje også i regi av det offentlige. Selvhjelpsgrupper er arenaer hvor rusavhengige og tidligere rusavhengige møtes for å utveksle erfaringer og tips om det å leve et mer edru liv. Aker sykehus har startet i 2009 et kurs, *Driker du for mye?* Som er interessant å nevne i denne sammenheng. Dette er et opplegg hvor deltagerne gjennom et fire ukers intensivkurs får undervisning om temaer knyttet til alkoholmisbruk. De får også utveksle egne erfaringer, og det tilbys oppfølging med månedlige samlinger i ett år etterpå. Kanskje er dette et eksempel på hvordan et offentlig hjelpetilbud kan integrere aspekter ved selvhjelp inn i den tradisjonelle behandlingen

### 8.2.6 Det å mestre

Bandura (1994) legger vekt på hvor viktig både tidligere erfaringer og sosial støtte er i det å øke en persons *mestringsforventning*. Flere av mine respondenter beskriver at de er opptatt av å mestre nye utfordringer eller situasjoner i livet. Etersom de har erfaring med å mestre et alkoholproblem, har de utviklet troen på å kunne mestre også andre problemer de måtte møte. Flere sier også at det er viktig å utfordre seg selv og å få nye erfaringer. Det å mestre nye utfordringer og få nye opplevelser har etter min kliniske erfaring lenge stått sentralt i rusbehandling, men det bør kanskje vektlegges i enda større grad. Imidlertid bør man ut i fra intervjuundersøkelsens funn være oppmerksom på at mestringsfokuset også må tilpasses det stadiet personen befinner seg i behandlingsmessig, slik at man unngår å støtte opp under den avhengiges selvbedrag. Man kan kanskje si at det er viktig ikke å undervurdere utfordringen

personen står ovenfor i et forsøk på å styrke mestringsfølelsen, men tvert om mobilisere og støtte de ressurser personen har slik at reell mestring blir mulig.

#### 8.2.7 Det er en fordel at folk ser på endringen som meningsfull

Alle mine respondenter er opptatt av hva AA har gitt dem av åndelige opplevelser. Kategorien *Åndelig kraft* viser hvordan det kunne skje for mine respondenter. De opplever nå en mening og helhet i tilværelsen som står i sterk kontrast til den følelsen av meningsløshet de hadde da de brukte rusmidler. Påfallende mange av mine respondenter er opptatt av meditasjon, og det og på daglig basis kjenne etter hvordan de har det. Alle mine respondenter understreker at de nå har et meningsfullt liv. Implikasjoner for rusbehandling kan her være å gi større rom for pasienters eksistensielle behov. Et rusmisbruk kan også være en eksistensiell krise med mangel på mening, som en av mine respondenter så treffende uttrykte det.

#### 8.2.8 Ved å innse sitt kontrolltap har de tatt kontroll.

Dette paradokset er et sentralt funn i min intervjuundersøkelse. Flere av mine respondenter sier at å gi opp troen på at de har kontroll var det som satt dem i en posisjon til å gjøre noe med problemet. Vederhus et al. (2008) støtter denne argumentasjonen ved å fremheve at det å innse kontrolltap kan gi en ny synsvinkel for å løse problemet. Det kan her være relevant å se hvilken grad av avhengighet de som kommer til AA har. En forskningsoppsummering (NOU 2003: 4, 2003) peker i retning av at AA har best effekt sammenlignet med andre terapeutiske metoder for de som har en sterk avhengighet og et nettverk som er dominert av storforbrukere av rusmidler. Hvis det er slik at de som kommer til AA er tilhører den ene prosenten av befolkningen som har en fullt utviklet rusavhengighet, så utgjør de en gruppe av befolkningen hvor det er nødvendig å stoppe bruken av rusmidler, fordi tapet av kontroll er så stort. For denne gruppen kan det å innse kontrolltapet være en hjelp til eller til og med en forutsetning for å gjøre noe med problemet.

Dette kan også forklares i et empowermentperspektiv. Mine respondenter opplever nå at de har kontroll over flere faktorer som påvirker egen helse (Finsbråten & Pettersen, 2009). Denne kontrollen ble mulig fordi de sluttet å prøve å begrense alkoholbruken sin, og i stedet tok konsekvensen av kontrolltapet ved å slutte helt å bruke alkohol. Implikasjonen for



rusbehandling er at man kanskje i mange tilfeller bør gå lenger i å anbefale totalavhold for pasientene, og jobbe med dette som siktemål. Det er nok ulik praksis på i hvilken grad dette gjøres i dag, men en anbefaling ut fra denne intervjuundersøkelsen kan være at man høyner bevissthetsnivået omkring dette spørsmålet.

#### 8.2.9 Individet har selv ansvaret

Alle mine respondenter legger vekt på at AA har hjulpet dem til å innse at de selv har ansvaret for eget liv. Dette står i kontrast til det livet de levde som alkoholikere hvor de blant annet hadde aktivert en rekke forsvarsmekanismer slik at de unngikk å ta ansvaret for eget alkoholforbruk. Mine respondenter understreker at de som rusavhengige ikke tok ansvar for eget liv, de la skylda på andre når noe gikk galt. Implikasjoner for behandling av avhengighet er at ansvarliggjøring bør stå sentralt. Det å slutte med rusmidler må bli den rusavhengiges eget prosjekt, skal det lykkes.

### 8.3 Videre forskning

Denne avhandlingens implikasjoner for videre forskning kan gå i flere retninger. Det hadde vært interessant å foreta en kvalitativ intervjuundersøkelse av et utvalg med respondenter som hadde mislyktes i å bruke AA gruppene til å holde seg edru, for så å sammenligne med mine "vellykkede" respondenter. En slik sammenligning kunne innbefatte ytre observerbare forhold og rammer i livet hos dem det gjelder, så vel som personlighetstester; på denne måten kunne man skille dem som har lyktes med å holde seg edrue med hjelp fra AA fra de som har mislyktes i dette. Er det noen tydelig forskjell? Dette er nok en studie det hadde vært vanskelig å finne respondenter til fordi AA ikke har et medlemsarkiv. Det ville også være knyttet et etisk dilemma til det å intervju folk om hvorfor de har mislyktes i AA, da disse erfaringene antagelig er skambelagte. Det ville kreve en særskilt varsomhet fra forskerens side i det å intervju respondentene, spesielt hvis de fortsatt misbruker alkohol; de er da ekstra sårbare.

Videre kunne det vært interessant å foreta kvalitative dybdeintervjuer som går enda nærmere inn på hvilke endringsprosesser det er som skjer i selvhjelpsgrupper som AA, og se på hvordan og hvorfor de skjer akkurat der. Eksempelvis kunne man analysert nærmere hvordan

empowermentprosesser kan skje i selvhjelpsgrupper gjennom blant annet reduksjon av skam. En kvalitativ intervjuundersøkelse med dette som tema vil gi økt kunnskap om både hvordan og hvorfor reduksjon av skam kan skje i selvhjelpsgrupper.

Denne type forskning vil videre danne et grunnlag for en dybdeintervjuundersøkelse om dette. Den vil kunne bli brukt til å sammenligne empowermentprosessen med den tilhørende skamreduksjon med andre behandlingstiltak for rusmisbrukere. Man kunne da øke forståelsen av hva som er selvhjelpsgruppers sterke og svake sider sammenlignet med ulike former for behandling av alkoholavhengighet. Skjer det for eksempel empowerment gjennom skamreduksjon også ved endringsfokusert rådgivning? Skjer det på en annen måte der? Forekommer dette i større eller mindre grad når man bruker denne behandlingsmodellen sammenlignet med AA gruppene?

Man kan tenke seg at mer dybdekunnskap om hva som er gruppens sterke sider kan initiere forsøk på å finne ut hvem i pasientpopulasjonen som har størst utbytte av å gå i selvhjelpsgruppen AA, sammenlignet med å motta annen behandling. Det hevdes (Kaskutas et al., 2002) at de som har et nettverk med høyt alkoholkonsum har godt utbytte av AA, fordi de får tilgang på et nytt nettverk som ikke drikker. Et interessant spørsmål kunne her være om AA også er bra for de som sliter med mye skam knyttet til eget misbruk, fordi gruppen bekrefter på en annen måte enn ved individuell rådgivning at man er et godt eller verdifullt menneske.

Gjennom kvalitative dybdeintervjuer å fokusere på hva som er selvhjelpsgruppens sterke sider vil man kunne muliggjøre utarbeidelse av manualer for hva som er god selvhjelp ved oppstart av nye grupper, hvilke prosesser som skal vektlegges den første tiden. Slike manualer kunne for eksempel inneholde informasjon om hva som gjør medlemmene trygge i gruppen og anbefalinger om hvor ofte man bør møtes for at medlemmene skal ha utbytte av å gå der. Dette kan sikre at nye grupper som starter opp, enten det er AA eller andre selvhjelpsgrupper, vet mer om hva som skal vektlegges for å skape et utbytterikt felleskap til hjelp i en endringsprosess.

## Litteraturliste

AAL. Anonyme Alkoholikeres Litteraturkomite. (2005). *Storboka* (4. utg.). Oslo: Anonyme Alkoholikere i Norge.

Abrahamsen, K. S. (1995). *Felles skjebne-Felles løft*. Oslo: Universitetsforlaget.

Anonyme Alkoholikere. (2009). *Anonyme Alkoholikeres Websider*. Lest 26.02.2009.

<http://www.anonymealkoholikere.no>

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur ock kultur.

Askheim, O. P. (2007). Empowerment - ulike tilnærminger. I: O.P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis* (s. 21-34). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bachs, Liliana. (2007). *Avhengighet I et neurobiologisk perspektiv*. Oslo: Forbundet mot rusgift. Lest 20. februar 2009,

<http://www.fmr.no/avhengighet-i-etneurobiologisk-perspektiv.A25509-77010html>.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. I: Ramachaudran, V.S. (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol 4, s. 71-81). New York: Academic Press.

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001): *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Baum, A., Gatchel, R. J. & Krantz, D. S. (1997). *An introduction to health psychology* (3. utg.). Boston, Massachusetts: McGraw Hill.

Beck, A.T., Wright, F. D., Newman, C. F & Liese, B. S . (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.

Bergmark, K.H. (1995). *Anonyma Alkoholister i Sverige*. Edsbruk: Akademitruck, AB.

- Brown, S.D. (1993). Therapeutic Processes in Alcoholics Anonymous. I: Mcrady & Miller (Ed.), *Research on Alcoholics Anonymous* (s. 137-154). New Jersey, New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Brumoen, H. (2000). *Bygging av mestringsstillit*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brumoen, H. (2007). *Vanen, Viljen og Valget*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dahlberg, K., Drew, N. & Nystrøm, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Daley, D. C. & Marlatt, A. G. (2007). *Overvinn ditt alkohol- eller rusproblem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O.(2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- DiClemente, C, C. (1993). Alcoholics anonymous and the structure of change. I: Mcrady & Miller (Ed.), *Research on Alcoholics Anonymous* (s. 79-99). New Jersey, New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Espenes, G. A. & Smedslund, G. (2001). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fatland, E. (2009, 18. september). Vektløftet. *Aftenposten: A magasinet*, s. 48-54.
- Fekjær, H. O. (2004). *Rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finsbråten, H. S. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 97(5), 60-63.
- Galanter, M. & Kleber, Herbert. D. (2004). *Textbook of Substance Abuse Treatment* (3. utg.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Hjerndal, O.K., Riiser, B., Nilsen, S. & Seim, S. (1996). *Kunsten å løfte seg etter håret! - om selvhjelp i Norge*. Oslo: Høgskolen i Oslo. HIO-Rapport nr. 3, 1996.

Kaskutas, L. A., Bond, J. & Humphreys, K. (2002). Social networks as mediators of the effect Alcoholics Anonymous. *Addiction*, 97, 891-900.

Kristensen, Ø. & Vederhus, J-K. (2005). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125(20), 2798-2801.

Kurtz, E. (1979). *Not-God. A history of Alcoholics Anonymous*. Minnesota. Center City: Hazelden.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam. Gyldendal Forlag.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publication Company.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (2006). *Stress og følelser-en ny syntese*. København: Akademisk forlag.

Lillemyr, O. E. (2007). *Motivasjon og selvforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Madsen, L. (1995) Kommunikationens grenser under sosiale maktforhold i sundhedsvesenet. I: Petersen, K. A. (Red.), *Praktikteori i sundhedsvidenskab* (s. 173-188). København: Akademisk forlag.

Mais, A. H., Olsen, T. & Martinsen, E. W. (2008). Rusmiddelavhengighet. I: T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok I kognitiv terapi* (s. 486-512). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning En innføring*. Oslo: Tano Aschehoug

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). *Motivationsamtalen*. København: Hans Reizels Forlag.
- Mæland, J. G. (1999). *Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis* (2. utgave.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mørland, J. (2008, desember). *Avhengighet i et neurobiologisk perspektiv*. Powepointpresentasjon på ruskurs for leger. Stjørdal i Norge. Lest 20. april 2009.  
<http://www.mnk-rus/files/documents/avhengighet>
- Nakken, C. *Avhengighet*. (2007). Oslo: Noras ark
- Nieuwenhuijsen, E. R., Zemper, E., Miner, K.R. & Epstein, M. (2006). Health behavior change models and theories: contributions to rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 28(5), 245-256.
- Nilsen, S. & Talseth, S. (Red.). (1995). *Selvhjelp på norsk*. Oslo: Høgskolen i Oslo. Ø.K.S-rapport nr 95:6. Notabene.
- NOU 2003. 4. (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og adferdsendring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Procheska, J.O., Norcross, J.C & DiClemente, C.C. (1992). *In search of how people change. Applications to Addictive behaviors*. *American psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon Books, Inc.
- Retterstøl, N. & Iler, S. O. (2008). *Mestring av livsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Riessman, F. (1976). How does self-help work? *Social policy*, (7), 41-45.
- Shagani, S. (2007). *Avhengighet i et psykologisk perspektiv*. Powerpontpresentasjon på Lar Øst konferanse. Oslo, Norge. Lest 14. mai 2009.  
[http://www.akersykehus.no/modules/module\\_123/proxy.asp](http://www.akersykehus.no/modules/module_123/proxy.asp)
- Skjørsfelt, S.(2003). *Alkohol som medvirkende faktor i noen kliniske situasjoner*. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 123(2), 185-187.
- Skårderud, Finn. (2001). Tapte ansikter. Introduksjon til en skampsykologi I. Beskrivelser. I: Wyller (Red.), *Skam* (s. 37-53). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sommershild, Hilde. (1998). Mestring som styrende begrep. I: Gjørum, B., Grøholt, B., Sommerschild, H (Red.), *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (s. 21-64). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial- og Helsedirektoratet.(2004). *Nasjonal plan for selvhjelp*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.
- Starrin, B. (2007). Empowerment som livsinnstilling. I: Askheim, O. P., Starrin, Bengt. (Red.), *Empowerment. I teori og praksis* (s. 59-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stuen, J., Ulberg, L., Audestad, R. (2004). *Vi er ikke dumme. Det er ikke derfor vi ruser oss*. Oslo: Rusmiddelstaten, Kompetansesenteret.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). (2002). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Søvik, M. L. & Larsen, T. (2008). Kronisk syke har nytte av selvhjelpskurs. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 128(19), 2085-2086.
- Sørensen, M. & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende adferd. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121(6), 720-724.

Thagaard, T.( 2003). *Systematikk og innlevelse*.(2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Vederhus, J-K., Kristensen, Ø., Tveit, H. & Clausen, T. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(10), 1268-1275.

WHO. World Health Organization. (2000). *ICD -10. Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



## Vedlegg 1

### *Sinnsrobønn*

Gud gi meg Sinnsro  
til å godta de ting  
jeg ikke kan forandre.

Mot til å forandre  
de ting jeg kan  
og forstand til å se forskjellen.

Leve en dag av gangen;  
Nyte et øyeblikk av gangen  
Godta motgang som veien til fred.

Ta slik Han gjorde,  
Denne verden slik den er,  
Ikke slik jeg vil ha den.

Ha tillit til at Han vil gjøre  
Alle ting riktig hvis jeg  
overgir meg til Hans vilje.

At jeg vil bli tilstrekkelig lykkelig  
i dette livet, og i høyeste grad  
fornøyd med Han for all fremtid

## Vedlegg 2

Følg brev til respondenter i undersøkelse om erfaringer med å delta i AA.

Brev til AA medlemmer som muntlig har meldt sin interesse for å delta i undersøkelsen.

*Til deg som vurderer å si ja til å delta i en kvalitativ undersøkelse om hvilke erfaringer du har med å delta i selvhjelpsgruppen Anonyme Alkoholikere.*

Det er en kollega som er medlem av AA som har kontaktet deg og jeg vil ikke kjenne til din identitet før du eventuelt samtykker til deltakelse i prosjektet. Dette er viktig å presisere fordi du da kan være sikret at din anonymitet er ivaretatt. Målet for studien er å finne ut mer av hvilke erfaringer folk har med å delta i selvhjelpsgruppen Anonyme Alkoholikere. Ingen sitter med mer kunnskap om hvordan det er å delta AA gruppene enn deltagerne.

Du er blitt forespurt om å delta i undersøkelsen av to grunner: du bruker AA gruppene aktivt, og du har lykket med å slutte å bruke rusmidler. Dette er en stor endring i livsførsel som det er vanskelig å opprettholde, du er derfor valgt ut til å delta fordi du har greid denne endringen over tid. Dere som har sluttet å bruke rusmidler er rollemodeller for andre som forsøker å slutte, og er av den grunn betydningsfull for forskning på dette området. Fokus for undersøkelsen vil være hva det er medlemmene opplever i gruppene som bidrar til at de holder seg edru.

Undersøkelsen vil foregå som en samtale med meg hvor du vil få anledning til å fortelle hvilke erfaringer du har ved å delta i AA gruppene. Temaet i samtalen vil være hvordan du hadde det når du kom i kontakt med AA, hvordan du ble tatt i mot der, hvilke erfaringer du har gjort deg i AA gruppene, og dine erfaringer med deltakelse i AA gruppene sammenlignet med dine erfaringer med å få hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet for alkoholikere.

Min bakgrunn for å foreta denne undersøkelsen er at jeg er sykepleier med ti års erfaring fra arbeid i rusfeltet. Jeg har i denne perioden observert at bruk av selvhjelpsgrupper, og da spesielt AA, har hjulpet mange til å mestre et liv uten bruk av rusmidler. Jeg har derfor lurt på hva det er som skjer i disse gruppene som gjør at mange av medlemmene mestrer et liv uten bruk av alkohol. Undersøkelsen er en del av en masteroppgave ved Høyskolen i Akershus, oppgavens tittel er foreløpig ”selvhjelpsgrupper”.

Konfidensialitet, frivillighet og anonymitet.

Det å delta i undersøkelsen er frivillig. Samtalen vil vare ca en time og du kan når som helst i samtalen trekke deg uten å begrunne nærmere hvorfor. Du kan også etter intervjuet, eller i mitt arbeid med det, trekke deg fra undersøkelsen. Materialet vil da ikke bli publisert. Dersom du velger å trekke deg fra eller ikke delta i prosjektet vil dette ikke få noen konsekvenser for videre tilbud i AA eller annen oppfølging.

Det vil bli brukt lydopptaker i samtalen slik at viktige opplysninger ikke skal gå tapt. Jeg vil etter intervjuet skrive det ned etter lydopptaket, lydopptaket vil deretter bli slettet, det nedskrevne intervjuet vil bli lagret av meg frem til oppgaven er ferdig sommeren 2010. Ingen andre vil i denne perioden ha tilgang til det nedskrevne intervjuet. Notatene fra intervjuene vil bli slettet når oppgaven er ferdig sommeren 2010.

Jeg vil anonymisere opplysningene slik at det bare er kjønn og alder som kommer frem i oppgaven, slik er du sikret at din anonymitet er beholdt. Jeg kan derfor forsikre om at i den ferdige masteroppgaven vil ingen data eller informasjon ha forbindelse til deg som enkeltperson. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Jeg håper dette skrivet var klargjørende for undersøkelsen du vurderer delta i, ved eventuelle spørsmål kan jeg nås på telefon 95 943719 eller [frode.jacobsen@stud.hiak.no](mailto:frode.jacobsen@stud.hiak.no)

-Samarbeidspartnere. Min veileder for Masteroppgaven er Adam Vogt, Førstelektor ved Høyskolen i Akershus. Tlf: 64 849130 eller [Adam.Vogt@hiak.no](mailto:Adam.Vogt@hiak.no)

## **Samtykkeerklæring:**

**Jeg har lest og forstår informasjonen over og samtykker i å delta i undersøkelsen som vil foregå som en samtale med mastergradsstudent Frode Jacobsen.**

**Jeg samtykker at det blir brukt lydopptaker under samtalen.**

**Jeg er blitt gjort kjent med at samtalene vil bli anonymisert i den ferdige oppgaven, og at opptakene vil bli slettet. Alle sensitive data vil bli oppbevart etter datatilsynets forskrifter.**

**Jeg har blitt gjort kjent med at deltagelse i undersøkelsen er frivillig og at jeg kan trekke meg fra undersøkelsen også etter at den er gang og be om å få allerede innsamlede opplysninger slettet.**

**Sted:**

**Dato:**

**Navn:**

**Tlf:**

**Underskrift:**

**Denne svarslippen sendes til Frode Jacobsen ved å bruke vedlagte konvolutt:**

## Vedlegg 3

### Intervjuguide til masteroppgave.

#### Selvhjelpsgrupper.

**Hvilke erfaringer har rusmiddelavhengige med deltagelse i selvhjelpsgruppen Anonyme alkoholikere.**

1. Bakgrunnsopplysninger. Kjønn, alder, antall år i AA

2. Situasjon ved første gangs kontakt med AA

Hovedspørsmål: Hvordan hadde du det før første gangs kontakt med AA?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvilke konsekvenser hadde da alkoholen for helsen din?

Hvilke konsekvenser hadde alkoholen for økonomien din?

Hvilke konsekvenser hadde alkoholen for det sosiale livet ditt?

Hvilke konsekvenser hadde alkoholen for din psykiske tilstand?

Hvordan kom du i kontakt med anonyme alkoholikere?

Var det noen som hjalp deg til å innse at du hadde mistet kontrollen over alkoholbruken?

Når begynte du å se på deg selv som en alkoholiker?

### 3. Møte med AA

Hovedspørsmål: Hva var førsteinntrykket fra ditt møte med Anonyme Alkoholikere?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan var gruppen du kom til?

Ble du tatt godt imot?

Samholdet i gruppen, hvordan var det?

Følte du deg sett og forstått i gruppen?

### 4. Erfaringer med videre deltagelse i AA

Hovedspørsmål: Hvilke erfaringer har du hatt med videre deltagelse i AA?

Oppfølgingsspørsmål:

Hva er du fornøyd med av de erfaringer du har gjort i AA gruppene?

Hva er du misfornøyd med av de erfaringer du har gjort i AA gruppene?

Hva har AA lært deg om ditt eget forhold til rusmidler?

Har du møtt mange som har like eller lignende erfaringer som deg i AA?

Hvordan har det å delta i AA påvirket livet ditt?

Hva har AA lært deg som du har nytte av i dagliglivet, har du for eksempel brukt Sinnsrobønnen til å skille mellom det du kan gjøre noe med og det du ikke kan gjøre noe med?

Har du fått nye bekjente ved å gå i AA?

## 5. Fellesskapet i gruppene

Hovedspørsmål: Hvordan har det å oppleve fellesskap i gruppene vært?

Oppfølgingsspørsmål:

Hva har det betydd for deg å utveksle erfaringer i AA gruppene?

Hva har det betydd for deg å kunne være til hjelp for andre i AA gruppene?

Har fellesskapet i AA gitt deg hjelp og støtte til å gi uttrykk for egne behov?

## 6. Hjelpen fra AA vs. hjelpen fra det offentlige hjelpeapparatet

Hovedspørsmål: Hvilken hjelp har du fått av det offentlige hjelpeapparatet for alkoholikere sammenlignet med hjelpen du har fått i AA gruppene?

Oppfølgingsspørsmål:

Hva er du fornøyd med av den hjelpen du har fått fra det offentlige hjelpeapparatet?

Hva er du misfornøyd med av den hjelpen du har fått fra det offentlige hjelpeapparatet?

Hvordan er den hjelpen du har fått i det offentlige hjelpeapparatet forskjellig fra den du har fått i AA gruppene. Har hjelpen fra det offentlige for eksempel vært mer rettet mot bistand i praktiske spørsmål som jobb, bolig og lignende?

# Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfogres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47 55 58 21 17  
Fax: +47 55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org nr: 965 321 884

Adam Vogt  
Høgskolen i Akershus  
Postboks 423  
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 08.09.2009

Vår ref: 22476 / 2 / AH

Deres dato:

Deres ref:

## TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.08.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22476	<i>Selvbhjelpsgrupper</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Akershus, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Adam Vogt</i>
<i>Student</i>	<i>Frode Jacobsen</i>


Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Bjørn Henrichsen

  
Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Frode Jacobsen, Bjørn Stallares vei 33, 0574 OSLO





Prosjektets formål er å undersøke hvilke erfaringer medlemmer av selvhjelpsgruppen Anonyme alkoholikere (AA) har gjort seg i gruppene som har hjulpet dem å holde seg rusfrie. Det vil gjennomføres personlig intervju med seks personer som er medlem av AA.

Førstegangskontakt opprettes gjennom kollegaer som er medlemmer av AA og som muntlig spør bekjente i AA om de er interesserte i å delta i undersøkelsen. Masterstudent opplyser at AA ikke har noen medlemsregistre, så organisasjonen kan ikke formidle førstegangskontakten. Personvernombudet legger masterstudents vurdering til grunn og forutsetter at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen av informanter til prosjektet. Dette innebærer at forsker ikke får kjennskap til aktuelle informanternes identiteter før de eventuelt har samtykket til det.

Det vil samles inn opplysninger om kjønn, alder og antall år i AA, i tillegg til informantens erfaringer knyttet til deltakelse i AA, og møte med det offentlige hjelpeapparatet. Det vil bli registrert sensitive personopplysninger om helse, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8, c). Datamaterialet vil ikke inneholde direkte personidentifiserende opplysninger da samtykkeerklæringene blir slettet etter hvert som intervjuene er gjennomført.

Personvernombudet har mottatt informasjonsskriv og finner det tilfredstillende forutsatt at følgende endres/tilføyes:

- Det må forklares hvordan førstegangskontakten opprettes: At det er en kollega som er medlem av AA som oppretter kontakt på vegne av masterstudent, og at masterstudent ikke kjenner identiteten til de som forespørres før de eventuelt samtykker til deltakelse.
- Det må tilføyes at dersom man velger å trekke seg eller ikke delta, vil det ikke få noen konsekvenser for videre tilbud i AA eller annen oppfølging.
- Setningen om at prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste må presiseres til "Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS".
- Kontaktopplysninger til veileder må tilføyes.

Personvernombudet ber om at revidert informasjonsskriv ettersendes før utvalget kontaktes.

Gitt at det ovennevnte presiseres finner personvernombudet at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første alternativ og 9 a) (samtykke).

Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat PC er i tråd med Høgskolen i Akershus sine rutiner for datasikkerhet.

Prosjektslutt er angitt til 30.06.2010. Senest ved prosjektslutt må selve datamaterialet slettes som opplyst i informasjonsskriv (lydopptak og transkripsjoner).