

Behandlernes oplevelse af behandlingen af alkoholmisbrugere

En kvalitativ analyse

Introduktion

Inden for behandlingsforskningen har man gennem flere år været opmærksom på, at der ikke blot kan være varierende effekt af forskellige behandlingsformer, men også – og måske især – at der er forskel i patient-compliance og effekten af behandling, alt efter hvilken behandler patienten er i kontakt med (fx. Leake & King 1977; Valle 1981; Luborsky et al. 1997; Nielsen et al. 2000). Man kan forestille sig, at denne forskel i behandler effektiviteten knytter sig til forskellige former for behandlerkarakteristika.

Behandlerkarakteristika kan formentlig deles i to grupper: attribut-egenskaber, dvs. aspekter af, hvad behandleren *har*, f.eks. uddannelse, personlighed etc., – og proces-egenskaber, dvs. aspekter af, *hvordan* behandleren udfører behandlingen (Najawits & Weiss 1994).

I Project MATCH undersøgte man effekten af behandling i forhold til forskellige behandlerattributter (behandlerens alder, længden af behandlererfaring, køn, uddannelsesniveau,

hvorvidt behandleren selv var tidligere misbruger, hvorvidt behandlerens familie var misbrugere, behandlerens religion og behandlerens syn på misbrug (sygdoms-, symptom eller livsstilsperspektiv)). På trods af stor forskel i effekten af den behandling, de enkelte behandlere gav, kunne man imidlertid ikke identificere behandlerattributter, der kunne redegøre for disse forskelle. Project MATCH Research Group konkluderede, at behandlerattributter formentlig ikke var ansvarlige for de store variationer i den effekt, de forskellige behandlere kunne fremvise af deres behandlingsforløb. Formentlig var variansen i effekten i højere grad knyttet til behandlerens adfærd i løbet af behandlingsprocessen (Project MATCH Research Group 1998) og måske var variansen knyttet til områder, der ikke lader sig kontrollere af udviklingen af behandlingsmanualer, som behandleren skal følge.

Behandlerne selv er således en faktor, der har betydning for behandlingens effekt. Men hvordan skaber behandlerne sig overhovedet et billede af, hvad det er, de skal behandle? Hvilken rolle oplever behandlerne, at de har i

behandlingen? Hvilke kerneproblemstillinger oplever behandlerne, der er i behandlingen af alkoholmisbrugere? Selve behandlernes egenoplevelse af alkoholmisbrugsbehandling har kun i meget ringe grad været undersøgt.

Problemformulering

I nærværende studie vil det blive undersøgt, hvorledes behandlerne skaber sig et billede af patienten og præsenterer dette retorisk, samt undersøgt, hvilken mening, behandlerne tillægger behandling. I den forbindelse undersøges behandlernes selvforståelse, dvs. det undersøges, hvilken betydning behandlerne tillægger sig selv i behandlingsforløbet. Sluttelig vil der søges tegnet et billede af det, man kan kalde behandlernes vej-kort over behandlingen, dvs. et billede af, hvordan behandlerne forestiller sig, at behandlingen skal forløbe og hvilke faldgruber, der måtte være undervejs.

Materiale

Studiet er en kvalitativ undersøgelse af behandlerfortællinger. Materialet består af båndoptagede interviews med behandlere. Der er tale om i alt 12 behandlere, der behandlede i alt 27 patienter. Udvælgelsen af behandlere og patienter til interview med henblik på nærværende studie skete ved, at en gruppe patienter blev udvalgt tilfældigt på baggrund af anonymiserede respondentnumre blandt de patienter, der deltog i de to undersøgelser "Matchningsprojektet" og anden fase af "Alkoholprojektet". De to studier undersøgte matchningshypotesen i henholdsvis et traditionelt, randomiseret follow-up-design og et quasiekperimentelt follow-up-design. I de to undersøgelser indgik spørgeskemabaserede interviews med de deltagende patienter. I alt deltog 150 konsekutive patienter i den første undersøgelse og 175 konsekutive patienter

i den anden (Nielsen et al. 1998; Nielsen et al. 2000).

En gruppe patienter blev tilfældigt udtrukket fra de to kohorter af en neutral, udenforstående person. Disse patienter blev bedt om et interview, hvor emnet var behandlingen: Hvad der skete i den, hvordan de oplevede den, hvilke konflikter og uoverensstemmelser patienten mente, der havde været undervejs, usikkerheder i behandlingen eller andre ting, der spillede ind på patientens overvejelser om at afbryde eller fortsætte behandlingen. En analyse af disse interviews er publiceret andetsteds (Nielsen 2003).

Når en patient var blevet interviewet om sin behandling, blev patientens behandler interviewet umiddelbart efter. Interviewet var kun delvist struktureret, baseret på en spørgeguide og optaget på audiobånd. Temaerne i interviewet var parallelle til dem, som var temaerne for interviewene med patienten: Behandlerne blev bedt om at beskrive behandlingen, hvordan de oplevede den, om der havde været konflikter eller uoverensstemmelser undervejs, usikkerheder i behandlingen eller andre ting, der spillede ind på behandlerens overvejelser i relation til behandlingen, eller som behandleren kunne forestille sig spillede ind på patientens overvejelser om at afbryde eller fortsætte behandlingen. Spørgeguiden blev overvejende brugt som tjekliste i slutningen af interviewet.

Alle interviewene blev gennemført af forfatteren. De blev gennemført 2–4 måneder efter behandlingsstart. På det tidspunkt var den overvejende del af behandlingsforløbene stadig igangværende, men nogle af patienterne havde allerede afbrudt behandlingen. Hvert interview varede 45–90 minutter. Efter transkribering er visse data ændret for at beskytte deltagernes anonymitet. Dette påvirker ikke analyserne på nogen måde.

Behandlerne omfattede en gruppe bestående af fem socialrådgivere, fem sygeplejersker og to psykiatere. Alle bortset fra to havde gen-

nemført eller var ved at gennemføre en efteruddannelse som kognitive behandlere samt oplæring i Motivational Interviewing. Nogle af behandlerne havde en terapeutisk baggrund i psykodynamisk behandling og andre i systemisk familierapi. Alle behandlere udførte eller havde udført individuel behandling af den patient, interviewet omhandlede. Behandlingsmetoden var enten kognitiv adfærdsterapi, kontraktbehandling (højt struktureret behandling, baseret på en skriftlig aftale mellem behandler og patient) eller støttende samtaler (løst struktureret behandling, der tager udgangspunkt i patientens umiddelbare behov). Behandlingsstilbuddene baserede sig på nedskrevne kliniske retningslinjer. Behandlerne modtog efteruddannelse i de behandlingsformer, de havde valgt, samt ekstern supervision af erfarne klinikere.

Behandlernes fortællinger omhandlede behandlingsforløbene for 19 mænd og 8 kvinder. Gennemsnitsalderen for mændene var 43,8 år og for kvinderne 44,5 år. Den yngste var en mand på 28 år, den ældste en kvinde på 60 år. Patienterne havde haft et overforbrug af alkohol i fra 1 år til 22 år. Med hensyn til fordeling på køn, alder, beskæftigelse, civilstand og drikkemønster afveg de udtrukne patienter ikke fra de øvrige patienter, der havde søgt behandling på ambulatorierne.

Metode

Det overordnede emne for interviewene var den gennemførte behandling af én af de ovennævnte patienter, og hvorledes behandleren oplevede dette. Når man beder et andet menneske fortælle om personlige oplevelser, giver personen som oftest en fortælling som svar. Spørger man således en behandler om, hvad der sker i behandlingen af en given patient, vil behandleren ofte fortælle en fortælling, der har til formål at forsøge at skabe et illustrativt og forståeligt billede af, hvad der sker i be-

handling – i behandlerens fortolkning.

Jerome Bruner mener ligefrem, at mennesket tænker på to fundamentalt forskellige måder. Han kalder den ene narrativ tænkning, dvs. tænkning gennem fortællinger, og den anden paradigmatiske tænkning, dvs. tænkning baseret på logiske argumenter (Bruner 1986). Når vi tænker paradigmatiske, dvs. gennem logiske argumenter, prøver vi at betragte det specifikke tilfælde i generelle vendinger, f.eks. som udtryk for en general kategori (Mattingly 1991). Når vi forsøger at forstå den specifikke hændelse, tænker vi narrativt. Narrativ tænkning kan betragtes som den primære måde til at skabe sammenhæng i oplevelserne (Mattingly 1991).

Fortællingerne bruges til instruktive sammenligninger eller illustrativ kontrast (Sacks 1993) eller – hvis der er tale om anekdoter – endog til afslapning og morskab (Hunter 1986). Fortællinger fortælles ofte for at illustrere, skabe en platform, eller når noget af en eller anden grund ikke passer ind i lærebøgerne beskrivelser, og behandlerne selv må regne ud, hvad der er på spil, og måske endog i manglen på et svar skal beslutte, hvordan der skal handles i situationen.

Fortællinger om behandling kan således illustrere, hvorledes behandlerne tænker om behandling. Hvad det er, de fokuserer på, når teori om behandling og alkoholmisbrug skal omsættes i behandlingsforløb med en konkret patient.

Som led i fortællingerne benytter behandlerne mere eller mindre faste billeder eller 'story-lines', dvs. henvisninger til centrale fortællinger, som er en del af vores allesammens kulturelle bagage. Story-lines er defineret som "whatever it is that can be used to establish a set of guidelines and constraints for telling a story that conveys what convention would certify as having a certain general kind of content" (Schafer 1992). Grundlæggende kan disse 'story-lines' betragtes som centrale fortællinger, der gennem reduktion skaber vitale

gentagelser i andre fortællinger. En fortæller kan bevidst eller ubevidst benytte en mængde 'story-lines' i en personlig fortælling; 'story-lines', der stammer fra f.eks. litteraturen, dramatikken, folkløren, religionerne, mytologierne og massemedierne (Hydén 1995; Steffen 1997).

I det følgende vil interviewene blive analyseret trinvis. Allererst vil jeg se på, hvordan behandlerne konstruerede et billede af den patient, de behandlede eller havde behandlet. Jeg vil dernæst undersøge de meningsdimensioner i behandlingen, som behandlerne fokuserer på, eller det man kan kalde behandlerens kollektive mening med behandlingen. Til sidst vil jeg undersøge behandlerens egen selvforståelse og den betydning, de tillagde sig selv og deres egen rolle i behandlingen. Jeg vil til sidst samle det hele i en model over behandlerens 'vej-kort' i behandlingen.

Analyse

Som eksempel på, hvorledes behandlerne rent retorisk skaber et billede af den patient, de skal behandle, vil vi undersøge det billede, som behandleren Sonja skabte af patienten Conny.

I interviewet fortæller behandleren Sonja om behandlingsforløbet med Conny, som er en ung kvinde med et mindre barn. Conny bor sammen med en mand, der også i perioder drikker for meget. Det er Connys første behandlingsforløb. Sonja føler sig usikker på, hvordan behandlingsforløbet kommer til at spænde an, for hun oplever Conny som meget lukket. Sonjas bud på en løsning er etablering af et personligt bånd mellem sig selv og patienten Conny:

Sonja: Jeg har valgt at (...) have en temmelig støttende holdning til hende, og har ligesom været indstillet på, at hun skal have tid til at få tillid. (...) Faktisk er det første gang hun er i et samtaleforløb

med de problemer der. Så jeg har tænkt – og det har jeg også snakket med hende om – at, at hun har svært ved ligesom at tro på, at der er nogen, der kan hjælpe hende, fordi hun er en person, der er vant til at klare sig selv og har været det altid. Så jeg har valgt at det skal være støttende og æh prøve om hun kan få, altså om jeg kan få en god kontakt med hende og hun måske kan få tillid til at vise lidt mere af, hvem hun er, ikke også.

Nøgleordet i fortællingen bliver *tillid*. I behandlerens fortælling er patientens tillid en fundamental forudsætning for, at behandleren kan få indsigt i udgangspunktet for behandling og dermed for, at behandleren aktivt kan skabe et fælles projekt sammen med patienten.

Prioriteringen af etableringen af et personligt bånd begrundes yderligere, da Sonja refererer til udvalgte dele af Connys barndom og livshistorie. Disse dele inddrages som en *forklaring* på, hvorfor Conny har svært ved at vise umiddelbar tillid til behandleren. Connys adfærd bliver således på én gang gjort begribelig, så den ikke fremstår som moralsk forkastelig. Behandleren søger således at vise, at Connys måde at reagere på er *meningsfuld*. Behandleren konstruerer her – på linje med alle de andre behandlere i undersøgelsen – hvad vi kan kalde *kernefortællinger* om den enkelte patient.

Kernefortællingerne er opbygget af en mængde små fortællinger om patienten og kommer til at fungere som baggrund for, at behandleren kan rubricere patienten. I udviklingen af kernefortællingerne trækker behandlerne på deres repertoire af viden, af eksempler, billeder, forståelser og handlinger. Sonja nævner således senere i interviewet:

Sonja: Og nu skal det så siges, hun har jo været æh syg helt fra spæd, og har jo det første år af sit liv været meget indlagt, ikke også, og har været syg, altså sådan helt, altså blevet kontrolleret for tuberkulose helt op til femtenårsalderen. Så jeg, altså

med den viden jeg har, om små børn, og om hvordan de trækker sig ind i sig selv for at overleve, hvis de ikke får kontakt, at der tænker jeg at hun er sådan en, der kan have nogle gevaldige kontaktvanskeligheder.

Behandleren inddrager således genkendelige mønstre, der allerede eksisterer i hendes repertoire, i forsøget på at omforme situationen fra et uforklarligt virvar til en orden, som hun kan gennemskue. Behandleren skaber sig med andre ord et sammenhængende billede af patienten, der giver mening for hende, og som hun oplever, hun kan handle på baggrund af. Billedet skabes ved at udvælge elementer fra dét, patienten fortæller, og sætte det sammen med den øvrige viden, behandleren har.

Om normalitet

Behandlerinterviewene var således karakteriseret ved en retorisk præsentation af små fortællinger, der tilsammen skabte en individuel kernefortælling om den enkelte patient. Opbygningen af kernefortællinger og præsentationen af behandlingen demonstrerede samtidig, hvordan begreber som normalitet og afvigelse er genstand for forhandling. Se f.eks. følgende to citater fra henholdsvis et interview med behandleren Lone og med behandleren Sonja. Først Lone:

Interviewer: Er han i det hele taget god til at sætte ord på?

Lone:ikke på følelser.

Interviewer: nej. Hvad gør han så?

Lone: Så, så æh hjælper jeg ham så lidt på vej. Giver ham nogle eksempler. Er du gal? Er du irriteret? Det er sådan lidt mindre pædagogisk (ler) og så kommer så, kan du blive ked af det? Altså lige i den situation. Så kan han godt sige, at han kan blive ked af det. Men han kan ikke selv sige det. Han kan godt sige, hvad han tænker, han kan godt sige hvordan han handler, men han har meget

svært ved at sige, sætte ord på hvad han føler. (...) Men han er ikke en knudemand på den måde, for han er faktisk meget sådan, sådan meget følsom, egentlig. Sådan inderst inde. (...)

I eksemplet her fremstilles patienten som en 'rigtig mand' ved hjælp af en story-line, som vi genkender som 'rigtige mænd taler ikke om følelser (selvom de inderst inde er meget følsomme)'. At patienten ikke selv kan formulere, hvad han føler, fremhæves af behandleren som udtryk for normalitet og som udtryk for almindelig adfærd i det miljø, patienten befinder sig.

I interviewet med behandleren Sonja om patienten Conny er konklusionen modsat:

Interviewer: Er hun, er hun en...en specielt svær patient i nogen sammenhænge? Er hun sådan en, der trigger noget i en eller som man synes er svær at tackle?

Sonja: nej..... altså, jeg går det nok sådan, når jeg sidder sammen med hende, at jeg synes, hun er en pige, der har det svært. Og det som jeg oplever at hun nok gerne æh eller at hun ikke har så meget følelsesmæssig kontakt med sig selv (...) og også når vi sådan snakker om noget, det er ikke naturligt for hende at tænke i sammenhænge i hendes eget liv eller at tingene kan have en årsag eller sådan på den måde reflektere over sig selv. Det lyder det ikke som om, hun er så vant til. Og nu skal det så siges, hun har jo været æh syg helt fra spæd, og har jo det første år af sit liv været meget indlagt, ikke også, og har været syg, altså sådan helt, altså blevet kontrolleret for tuberkulose helt op til femtenårsalderen. Så jeg, altså med den viden jeg har, om små børn, og om hvordan de trækker sig ind i sig selv for at overleve, hvis de ikke får kontakt, at der tænker jeg at hun er sådan en. Der kan have nogle gevaldige kontaktvanskeligheder.

Også Sonja fokuserer på det, patienten *ikke* siger og *ikke* gør. Men hvor den forrige behandler kategoriserede patientens adfærd som normal, bliver patienten her i det andet ek-

sempel kategoriseret som afvigende. Denne patient beskrives med reference til story-linen 'traumatiske oplevelser i barndommen skaber problemer i voksenlivet'. Hermed gøres patientens reaktioner *begribelige*, og story-linen er således med til at genskabe et normalitetsbegreb. Behandleren trækker på fælles kulturelle normer, der angiver, at bestemte barnsoplevelser udløser traumer, eller antager, at bestemte former for adfærd er afvigende på en måde, som ikke kan bebrejdes patienten selv, men snarere klassificeres som lidelse. På den måde ikke blot diskuteres og forhandles afvigelse og normalitet, men afvigelserne gøres meningsfulde og 'normaliseres' igen i den forstand, at de fremstilles for intervieweren som 'forståelige'.

Balancegangen mellem afhængighed og uafhængighed

Csordas' og Tambiahs analyser af healing i forskellige kulturer antyder, at man kan identificere fire forskellige opgaver i fremstillingen af en behandling (Csordas 1983; Tambiah 1977). For det første må fortælleren fremhæve en *prædisponering* for en behandling, ved at sygdomssymptomerne tolkes på en sådan måde, at det ønskelige i at blive plejet eller behandlet træder frem. For det andet må fortælleren vise, at behandlingen faktisk var virksom (*empowerment*). For det tredje må fortælleren fremstille *transformationen*, dvs. behandlings- eller forandringsprocessen som sådan. Og endelig må der være en *rekonstruktion*, dvs. en efterfølgende raskhed, restituering eller gennemgæede forandring fra syg til rask (Hydén 1997).

Når behandlerne beskrev patienten og behandlingen, gjorde de brug af helbredelsesfortællingen som retorisk form, altså beskrev patientens prædisposition, empowerment, transformationen og rekonstruktionen. I disse fortællinger var det centrale fokus for behandlerne således dels 1) udgangspunktet for be-

handlingen og 2) et slutpunkt for behandling, der udgjordes af patientens (gen-)vundne selvstændighed og herredømme over eget liv.

Processen fra 1) til 2) udgjordes i fortællingerne på den ene side af behandlingen og på den anden side af patientens udvikling. Disse to aspekter lod sig ikke adskille i fortællingerne, men var snævert sammenknyttede. Behandlerne koncentrerede sig i deres fremstilling ofte om at beskrive patientens udvikling og i mindre grad om deres egen adfærd som behandler. Når en behandler beskrev sin egen adfærd, var det ofte i en dialektisk fremstilling mellem de to aspekter.

Selvom behandlerne ofte kun indirekte beskrev selve behandlingen, koncentrerede deres fortællinger sig imidlertid om gentagne faser i processen. Vladimir Propp har vist, at typer af fortællinger kan klassificeres på baggrund af det overordnede mønster eller 'morfologisk form' i fortællingen, dvs. ved at studere plottet i fortællinger på et niveau, der ligger 'over' det specifikke indhold (Propp 1968). De enkelte dele i en fortælling defineres her ud fra, hvor vigtige de er i selve handlingen. En af de meningsdimensioner, der kan lægges ned over selve plottet i behandlerfortællingerne, er balancegangen mellem 'afhængighed-uafhængighed'.

En plot-struktur skal ikke forveksles med en beskrivelse af de typiske fortællinger eller gennemsnitsfortællingerne. Den gennemgående plot-struktur tager i stedet alle elementer i alle fortællingerne i betragtning. I de 27 interviews beskrev alle behandlerne således ikke samtlige elementer eller faser, som er vist nedenfor. Rent metodisk er tanken bag opstillingen af en plot-struktur derimod, at listen af elementer har alle de væsentlige hændelser med, der optræder i samtlige fortællinger. Den enkelte fortælling indeholder således ikke nødvendigvis alle elementer. Fortællingens elementer er defineret på baggrund af deres vigtighed i det konkrete handlingsforløb, dvs. når der sker et skift i handlingen eller en

forskydning i meningsdimensionen.

Gentagne systematiske gennemlæsninger af behandlerfortællingerne med henblik på at identificere faser og skift mellem disse viste, at behandlerfortællingerne havde følgende gennemgående plot-struktur:

- a) patienten drikker
- b) behandleren skaber kontakt til patienten, og mål med behandlingen formuleres
- c) behandlingen
- d) en krise indtræffer
- e) behandling ændres eller udvides
- f) behandlingens afslutning

Forløbet a-f er med andre ord den kortest mulige version af behandlernes fortællinger under ét: En version, der stadig indeholder alt det, der, som Vladimir Propp udtrykker det, har betydning for handlingen (Propp 1968). I beskrivelsen af behandlingsforløbene valgte behandlerne hændelser og elementer, som de koncentrerede sig om i deres fortælling. Behandlerfortællingerne kan set fra den vinkel afspejle behandlernes måde at tænke på, deres verdenssyn og forståelse af sig selv som behandlere. Inden for dette plot kan der så være variationer af hvilke elementer, der inddrages i vejen fra a-f i den enkelte fortælling.

Meningsdimensionen, der kan lægges ned over plot-strukturen, blev ovenfor kaldt afhængighed-uafhængighed. Fra denne vinkel kan hele plot-strukturen i behandlerfortællingerne betragtes som en balancering mellem disse to yderpunkter. I faserne a), c) og e) fremstilles patienten som afhængig. I disse faser i behandlernes fortællinger er det ikke patienten, der ubetinget selv styrer sig eget liv, og han kan derfor ikke entydigt opfattes som selvstændig. I begyndelsen er det alkohol, der er styrende, men i de faser, der omfatter selve behandlingen, er det behandleren, der i en vis udstrækning fremstilles som den, der guider, styrer og strukturerer, som f.eks. når behandleren Maj-Britt fortæller om behandlingen af sin patient Bettina, at hun ”godt [kan] spørge hende om en ting og så kan hun sidde og tæn-

ke et stykke tid inden hun svarer. Så jeg tror, at den måde, jeg spørger hende på, det får sat nogle ting igang, som hun så arbejder videre med, reflekterer videre over”.

Modsat er fase b) ”behandleren skaber kontakt til patienten, og mål med behandlingen formuleres” en fase, hvor behandleren beskriver sig selv som den, der indretter sig efter patienten. Det samme sker i fase d) ”en krise indtræffer” og f) ”behandlingens afslutning”. Her fremstilles patienten i behandlernes fortælling som den autonome, som den selvstændige og den, der afgør, på hvilken platform, kontakten skal etableres og mod hvilket mål, der skal stræbes. Behandlerne fremstiller samtidig sig selv som dem, der indretter sig efter patienten, som vi f.eks. ser her i en fortælling om, hvordan behandleren forsøger at skabe kontakt til patienten Karin:

Maj-Britt: hun var lidt af en prøvelse i starten.(...),.....hun har været gift øh og haft en vis status, sådan økonomisk og æh bliver så alene, men æh hun er jo altid vældig pænt klædt og går meget op i de der ting. Det er lige som om hun har haft et tab, da hendes mand dør. Hun har haft et socialt tab. (...) Men det kunne jeg ikke snakke med hende om i starten. Da måtte jeg bare lægge øre til det.

Men ud over at konstituere faserne i plot-strukturen er meningsdimensionen ’afhængighed-uafhængighed’ også indbygget i selve beskrivelserne af plottets konsekutive faser, når f.eks. en behandler beskriver en krise i behandlingen som:

Sonja: Da fik jeg det sådan, at jeg blev irriteret. Eller jeg fik det sådan (...) hvor jeg måtte lige sige til mig selv, nu, ikke løfte pegefingern, det hjælper ikke. Men der fik jeg det sådan, ikke også, at jeg havde lyst til at løfte pegefingern overfor hende.

Her antydes, at i behandlerens fremstilling af behandling markeres overgangen til en kri-

se ved, at behandleren oplever, at patienten handler på en måde, der ikke er i overensstemmelse med behandlerens forestilling om, hvordan patienten burde reagere. Med andre ord markeres krisen i behandlerens fortælling ved, at patienten unddrager sig behandlerens styring. Overgangen til en krise i behandlingsfortællingerne kan imidlertid også markeres ved det modsatte, nemlig at behandleren skønner, at patienten ukritisk gør, hvad behandleren ønsker:

Henriette: han er en, en person som har.. stor brug.. det er mit... stor brug for.. at føle anerkendelse og der kan jeg indimellem måske nok få en fornemmelse af, om... for hvis skyld det er.

Overgangen til en krise kan altså rent retorisk fremstilles som udløst af behandlerens fornemmelse af, at patienten handler for behandlerens skyld snarere end for sin egen. Her handler det således ikke om, at patienten er for selvstændig, men om det modsatte: At behandleren fornemmer, at der reelt ikke sker en bevægelse frem mod en selvstændiggørelse af patienten, og at patienten i stedet for at arbejde frem mod målet arbejder for behandlerens skyld. Behandleren diskuterer således, hvorvidt en patients ændring af adfærd er acceptabel, hvis den ikke er udløst af patientens bevidste og målrettede arbejde, men snarere tolkes som udtryk for patientens accept af andres ønske om denne forandring.

Samme spænding kommer til udtryk, når det gælder patientens mål, f.eks. hvis behandleren mener, at målene er vanskelige at nå på den måde, patienten ønsker det:

Karen: jeg lægger selvfølgelig i min behandling vægt på, at han, han prøver at finde noget i sig selv, også, uanset om han er enig eller uenig med mig, men æh finde en eller anden energi, som han kan bygge videre på..... hans løsning lige her på det sidste eller har en overgang været, at han skal bare væk fra det hele. Han søgte også job i Norge, har

ikke fået noget endnu, i hvert fald, men det kan godt være hans løsning på tingene og det er jo nok desværre ikke nogen særlig holdbar løsning (...) altså, jeg tror, det skal gøres på en anden måde.

Dynamikken i fortællingerne giver imidlertid kun mening, hvis også en anden meningsdimension tages i betragtning: de personlige bånd. Det personlige bånd mellem behandleren og patienten fremstilles i behandlerfortællingerne som forudsætningen for den behandling, der skal understøtte patientens uafhængighed af alkohol. I behandlerfortællingerne hænger de to dimensioner sammen på den måde, at på den ene side fremhæves det personlige bånd mellem patienten og behandleren som forudsætningen for, at behandlingen kan bidrage til, at patienten bliver uafhængig og selvstændig *uden* alkohol. På den anden side medfører dette i behandlernes fortællinger, at patienten knyttes til behandleren og dermed i en eller anden udstrækning accepterer eller underlægges en grad af behandlerstyring undervejs i behandlingen. Med andre ord kan dimensionen af personlige bånd komme i kontrast til uafhængighedsdimensionen i fortællingerne.

Behandlerfortællingerne udtrykker forskellige modeller for balancering mellem disse to aspekter. Ved at gå i behandling skabes et personligt bånd, men patienten mister samtidig noget af sin uafhængighed. Omvendt tilstræber behandleren, at uafhængighed og selvstændigheden genopbygges, men uden at alkohol er involveret.

I behandlernes overordnede fortællinger om behandling og det, man kan kalde behandlernes kollektive opfattelse, handler behandling således ikke blot om at styre eller guide en patient fra en position, hvor vedkommende oplever at være afhængig og styret af sit alkoholforbrug, til en position, hvor patienten har herredømme over sit eget liv. Modsatningen mellem, at behandlerne har en idealforestilling om, at det er patienten

selv, der bør formulere behandlingsmålet, samtidig med at behandlerne vurderer kvaliteten af de opstillede mål, afspejler spændingen mellem på den ene side at understøtte patientens uafhængighed og på den anden side samtidig være behandler, dvs. den, der 'gør' noget ved en lidelse.

Behandlernes selvforståelse og oplevelse af egne strategier

Behandlernes retoriske fremstilling af behandlingsforløbene kan således beskrives som et plot, der grundlæggende er en balancering mellem to centrale opgaver: at medvirke til konstruktionen af patientens ny, uafhængige selv og samtidig få denne selv-konstruktion til at fremstå som patientens værk. Henholdsvis for lidt og for megen behandlerstyring blev fremstillet som potentielle trusler mod henholdsvis den ene og den anden centrale opgave. Patientens unddragelse af behandlerstyring blev fremstillet som en krise, fordi det betød, at behandleren ikke mere kunne have en rolle i konstruktionen af det nye selv. For høj grad af behandlerstyring medførte på den anden side en risiko for, at selv-konstruktionen netop ikke kom til at fremstå som patientens eget værk.

Men selvom den indre logik i en sådan måde at opfatte alkoholmisbrugsbehandling på kan være både logisk og forståelig, forklarer den ikke den *betydning* af behandling, der udtrykkes med den. Eller rettere sagt: *Inden for* behandlernes kollektive opfattelse af behandling kan behandlingsforløbene beskrives på utallige måder.

På indholdssiden afviger de enkelte behandlerfortællinger fra hinanden. Hvor én behandler beskriver, at hun sætter grænser for en patient med henblik på at hjælpe patienten til at skabe overblik og dermed herredømme over sit liv, så beskriver en anden behandler, at hun støtter og lytter til sin patients talestrøm, omend formålet med de to interventioner sy-

nes at være det samme. Forskellene i indholdet i behandlerfortællingerne giver således et hint om behandlernes forståelse af de strategier, de mener at have til rådighed..

En systematisk gennemlæsning af interviewene blotlagde 4 forskellige mønstre i måden, behandlerne beskrev deres kommunikation med patienterne på, nemlig at *behandleren strukturerer, behandleren kontrollerer, behandleren støtter, eller behandleren fornemmer*. Disse måder at beskrive kommunikationen på kan betragtes som fingerpeg i retning af at rekonstruere de forskellige former for behandlernes selvforståelse, eftersom de organiserende principper, som udtrykker selvforståelsen, reflekteres i vore handlinger og især i omtalen af dem (jfr. Alasuutari 1990).

At behandlerne strukturerer og konkretiserer udtrykker en central ideologi for mange behandlere, nemlig væsentligheden af, at patienten ikke fortælles om løsninger eller forklaringsrammer, men selv når frem til dem. I behandlerfortællingerne illustrerer behandlerne dette ved at fremhæve, hvordan de stiller spørgsmål, analyserer konkrete hændelser og fastholder bestemte emner, indtil behandlerne har oplevelsen af, at patienten selv kan konkludere på dem. Ved samtidig rent retorisk at fremstille sig selv som den, der besidder rollen som den spørgende, strukturerende og konkretiserende, fremstiller behandleren også sig selv som den, der styrer samtalen frem mod konstruktionen af patientens nye selv, jfr. behandleren Maj-Britt ovenfor: "Altså jeg er jo ikke særlig aktiv på den måde, men at de få spørgsmål, jeg stiller, de kan sætte nogle ting i gang, refleksioner og hvor hun sidder og kigger ind i sig selv."

Behandleren fremstiller således sig selv som aktør og medskribent i en ny fremtidig livshistorie for patienten, selvom behandleren i behandlerfortællingen ved første øjekast synes primært at fokusere på patientens egen udvikling.

At kontrollere patienten udtrykker et helt

andet aspekt af behandlernes selvforståelse. Kontrollementet strider imod behandlernes overordnede forestilling om, at konstruktion af patientens nye, autonome selv grundlæggende bør udspringe af en proces, som grunder i patientens egen erkendelse og egne valg. Behandlerne kan imidlertid føle sig tvunget til at indtage en kontrollerende rolle. Her indrages et nyt aspekt i behandlingsfortællingerne, nemlig et moralsk aspekt:

Sonja: men bliver der for meget slinger i valsen, så vil jeg nok også være en, som hvor jeg vil tage en snak med hende om og sige, at æh nu må jeg se mig nødsaget til at underrette børn- og ungeforvaltningen igen. Sådan at hun æh så bliver det jo pegefingeren, ikke også.(...) For det er altid et dilemma, når der kommer den anden kontrol ind. Altså, for så vil hun da først fortie, hvordan det i virkeligheden foregår.

I behandlerfortællingerne kan en vifte af hensyn, f.eks. hensynet til børn eller hensynet til andre myndigheder, mediere behandlerens oplevelse af egen rolle og påvirke behandlerens oplevelse af, hvad der optimalt set ville være en hensigtsmæssig behandlerattitude. I behandlernes selvforståelse sker dette imidlertid samtidig med en forventning om, at kontrol kan påvirke såvel behandlingen som kontakten mellem patient og behandler negativt: *altså så vil hun da først fortie, hvordan det i virkeligheden foregår.*

Behandleren som støtte til patienten funderes på et andet rationale. Hvor behandleren med udtrykkene spørgen/strukturering forsøgte at udtrykke en forståelse af sig selv som behandler, der guidede patienten frem mod dannelsen af et nyt selvstændigt og autonomt selv, og hvor kontrol omfattede et moralsk/dømmende element på bekostning af hensyn til den autonome patient, så kan rationale bag støtte til patienterne tolkes som en oplevelse af patienten som svag eller svækket. I behandlerfortællingerne antydes således patien-

tens afhængighed af behandleren. Når behandleren ser sig selv som støttende i forhold til en patient, definerer behandleren samtidig patienten gennem noget, som ikke er eller ikke har, d.v.s. gennem en mangel.

Interviewer: Hvad er din rolle i behandlingen?

Lone: Det er at være meget støttende. Selvom hun kan give udtryk for sine egne behov og er god, egentlig, til at fortælle hvad der er galt og hvad hun kan magte, så mangler hun alligevel i at fastholde nogle ting.

Behandleren her tillægger sin rolle en anden betydning, end vi så behandlerne gøre ovenfor.

Når behandlerne giver udtryk for, at de fornemmer patienterne, signalerer de i modsætning til spørgen/strukturering, kontrol og støtte indirekte kontrol eller observation af patienten. Ved at benytte udtrykket *fornemme*, fremstiller behandleren sig på den ene side med afstand til autoritetsrollen (hun har ikke direkte udspurgt, forhørt eller overskredet patientens grænser), på den anden side fremstiller hun sig selv som værende i nær kontakt med patienten (hun har observeret og tolket patientens adfærd, udsagn eller attitude):

Interviewer: Og det går sådan stille og roligt, og du oplever, at der er et fremskridt ?

Karen: Ja jeg har fornemmelsen af det, men jeg synes ikke, at jeg har nogen klare ydre beviser på det endnu godt nok.....Altså bortset fra at han er kommet i arbejde, men samtidig så er hans ambivalens i forhold til det arbejde så stor, altså den ambivalens, han udtrykker hele tiden, øh....

Og det har han gjort helt fra starten, hvor han begyndte at snakke om det arbejde, om han overhovedet skulle taget det eller ej osv osv.. Altså det hænger han meget i, men har så heller ikke kunnet vælge noget andet.

Den fornemmende behandler observerer og

tolker således i stor udstrækning udvalgte patient-reaktioner og udsagn. Behandleren fortsætter:

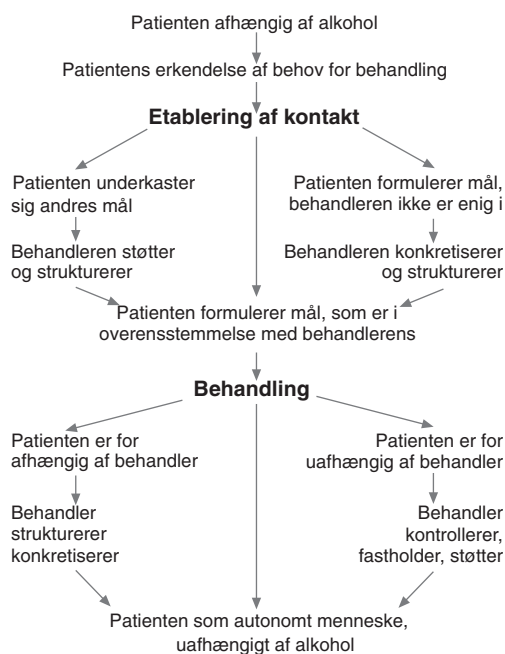
Karen: så han er meget en, der bliver stående i en eller anden ambivalent tilstand, og der skal jeg sådan på en eller anden måde kunne klare at være vidne til det, eller være der sammen med ham, tror jeg, et stykke tid, før han så kan tage et skridt videre.....

Den fornemmende behandler fremstiller sig selv som meget lidt dirigerende, og hun placerer sig i stedet som afventende og ser det som sin rolle at være en slags 'bisidder' til patientens egen proces.

Kun i få behandlerfortællinger begrænsede behandlernes strategier og selvforståelse sig til ét af de nævnte mønstre. I de fleste behandlerfortællinger beskrev behandlerne overvejende kommunikationen med patienten som *det snakkede vi så om* eller *det talte vi om*, suppleret med anvendelse af et eller flere af de ovenstående mønstre i varierende grad. Hvis man sammenligner de fortællinger, som samme behandler fortalte om vedkommendes forskellige patienter, kan man se en tendens til præferencer for måden at beskrive kommunikationen på. Men man kan også se, at behandleren skabte et billede af sin egen funktion i et samspil med den kernefortælling, hun samtidig skabte om patienten. Med forbehold for det lille materiale kan dette tolkes i retning af, at behandlerne instinktivt eller bevidst justerer deres forståelse af deres rolle som behandler i forhold til den aktuelle patient.

Behandlernes 'vej-kort' over behandlingen

På baggrund af beskrivelsen af behandlernes kollektive forståelse af, hvad der er behandlingens centrale problemstillinger og analysen af, hvilken betydning, behandlerne (rent retorisk) tillægger deres egen rolle og de strategier, de inden for denne selvforståelse benytter, teg-



Figur. 1 Behandlernes forståelse af behandling

ner der sig en model over behandlernes syn på misbrugsbehandling, se figur 1.

I behandlerfortællingerne var oprettelsen af et personligt bånd mellem behandler og patient forudsætningen for en konstruktiv behandlingskontakt. I den initiale fase af behandlingen fremstiller behandlerne derfor nødvendigheden af, at de selv optræder lyttende.

Et centralt mål for behandlerne er, at det er patienten, der formulerer målet med behandlingen. I fortællingerne balancerer behandleren mellem på den ene side at sikre, at målet er hensigtsmæssigt inden for behandlerens egen selvforståelse, og på den anden side, at patienten oplever, at det er ham eller hende selv, der formulerer det. I modellen er dette fremhævet ved markeringen af henholdsvis støttende og konkretiserende strategier, alt efter om behandleren tolker, at patientens mål er hensigtsmæssigt, uhensigtsmæssigt eller formuleret af en anden end patienten selv.

Behandlingsfortællingerne illustrerede end-

videre, at behandlerne i løbet af selve behandlingen fremhævede forskellige behandlingsstrategier, der lå inden for forskellige mulige selvforståelser, men som alle havde den underliggende mening, at behandleren på den ene side ledte patienten frem mod en større forståelse af egne handlinger og mønstre i relation til alkohol, og på den anden side, at patienten selv skulle overtage ansvaret for denne proces. I behandlerfortællingerne blev dette muliggjort ved at fremstille behandleren som styrende og en smule foran patienten, dvs. med en hypotese om, hvor og hvordan der bedst kunne arbejdes frem mod målet. I denne proces dukkede der i fortællingerne to risikomomenter op: 1) at behandleren undervejs i processen blev for styrende, og 2) at behandleren kom for langt foran patienten, dvs. mistede styringen.

Når behandlerne navigerede sig frem mod målet for behandlingen, tog de udgangspunkt i den kerne-fortælling, de havde skabt af patienten. Behandlernes beskrivelser af valg af strategier var snævert vævet sammen med deres beskrivelser af patienten. Billedet af patienten var samtidig konstant genstand for forhandling og stod i behandlerfortællingerne i et dialektisk forhold til udviklingen i behandlingsforløbet.

Diskussion

Der var ikke tale om, at behandlerne alt efter faggrupper eller valg af behandlingsmetode opbyggede deres fortælling på en særlig måde. Behandlingsmetoden kunne kun genkendes, når behandleren refererede til de strategier, som hun anvendte i behandlingen, eller når hun begrundede, hvorfor hun netop fraveg et behandlingsprincip, der hørte den behandlingsmodalitet til, som hun i øvrigt behandlede indenfor.

Behandlerfortællingerne viste, at den retoriske fremstilling af succesfuld behandling er

resultatet af en kompleks proces. Vi kunne samtidig se, at det i fortællingerne var muligt at identificere en eller flere story-lines, der refererer til den dagligdags og professionelle kulturelle arv. Ikke mindst er den psykologiske litteratur en væsentlig kilde til billeder, begreber og fragmenter, der kan bruges i konstruktionen af fortællinger om behovet for behandling, om selve behandlingen og om resultatet af den. Det er en påmindelse om, at psykologiske teorier ikke blot handler om mennesker, de bruges også til at fremstille mennesker (Hydén 1997, s.130; Alasuutari 1990).

Der er også en moralsk side i fortællingerne, der handler om personlig udvikling og forandring. Ikke forandring og udvikling i al almindelighed, men udvikling fra en mindre ønskværdig tilstand til en anden tilstand, der er at foretrække ud fra en moralsk synsvinkel. Gennem en psykologisk krise og en indre søgen sættes patienten i behandlerens fortællinger i stand til at blive forfatter til sit eget liv. Der bliver tale om forandringshistorier, der blandt andet handler om moralsk udvikling - en moralsk udvikling, der er præget af behandlerens ønske om at øge patientens indflydelse på sit eget liv for at kunne leve livet 'bedre' og mere 'sandt' (jfr. Hydén 1997).

I behandlerens fortællinger fungerede kontekstualiseringen af patienten, dvs. de løbende beskrivelser af patientens personlighed, hverdagsliv og livshistorie, både som platform for projektet og mulige trusler mod det. Men i behandlerens fortælling stammede truslen mod projektet ikke primært fra kræfter *uden for* patienten. Patienten selv fremstilles tværtimod som den alvorligste trussel mod det 'moralisk gode liv', frem for alt gennem fornægtelsen af alt, der er ubehageligt og angstfyldt, som når Sonja beskriver sig selv som afventende og støttende, fordi hun tolker, at der er svære ting i patientens opvækst, som skaber en angst og mistro, der skal overvindes.

I behandlerens kollektive forståelse af be-

handlingen bliver det dog gennem den anstrengelse, som behandlingen indebærer, muligt for patienten at få øje på de steder, hvor han eller hun selv kommer til kort. At komme til at se dette fremstilles som patientens første skridt til at kunne sætte sig ud over dem. Det bliver i behandlernes fortællinger målet, at patientens egen moral kommer til at styre, så patienten atter bliver forfatter til sit eget liv. Behandlerens rolle i fortællingerne er at hjælpe patienterne til at få øje på disse steder.

At vi var i stand til at sætte lighedstegn mellem én behandlerfortælling og en anden, skyldes, at fortællingerne er opbygget af de samme meningsdimensioner. Disse dimensioner relaterer sig til hinanden, og den struktur, der væver dem sammen, udgør den linse, behandlerne opfattede og fortolkede igennem (jfr. Alasuutari 1990). I behandlerfortællingerne balancerede behandlerne mellem meningsdimensionerne afhængighed og uafhængighed på to planer. Det overordnede behandlingsmål i behandlernes fortællinger var ikke blot, at patienten blev i stand til at leve et liv uden at være afhængig af alkohol, men også at patienten kunne skabe sig et liv som selvstændigt autonomt menneske *uden* for behandlingssystemet. I behandlingen var behandlerne i et eller andet omfang styrende i forhold til patienten frem mod dette mål, samtidig med at hele projektet med at konstruere det nye selv fremstod som patientens eget værk. Behandlingsforløbet blev således beskrevet som en balancegang mellem heteronomi og autonomi, og linen, som behandleren balancerede på, var den sociale relation mellem behandler og patient: Den sociale relation blev beskrevet som en forudsætning for, at behandlingen i det hele taget kunne komme i stand. Meningsdimensionerne i behandlerfortællingerne handler således om, hvordan behandlerne retorisk formidler den vanskelige opgave at være med til at konstruere et nyt, uafhængigt selv hos patienten og samtidig få denne selv-konstruktion til at fremstå som

patientens eget værk. Og netop denne spænding er central.

Behandlerne fremhævede især to faldgruber, der begge kan forstås netop inden for balancegangen mellem afhængighed og uafhængighed. Den ene var risikoen for, at patienten for tidligt gjorde sig fri af behandleren, den anden at patienten tværtimod blev for afhængig af behandleren. Behandlerne præsenterede en vifte af strategier til at imødegå begge faldgruber, og alt efter behandlernes faglige og teoretiske udgangspunkt havde behandlerne hver især præferencer for nogle bestemte strategier, hvoraf strukturering, støtte, fornemmelse og kontrol var centrale.

I de konkrete fortællinger om behandling skabte den enkelte behandler en individuel og unik kernefortælling om den pågældende patient. Kernefortællingen var baseret på behandlerens fortolkninger af patientens personlighed, reaktioner i behandlingen, samt manglende reaktioner og i øvrigt, hvad patienten fortalte og ikke fortalte behandleren. Fra denne mængde viden trak behandleren visse elementer frem og satte dem sammen igen til et sammenhængende og logisk billede af patienten og behandlingsforløbet. I denne proces kategoriserede behandleren i et eller andet omfang patienten.

Kategorisering bruges for det første til at indkredse visse typer begivenheder, f.eks. når et menneske bryder med visse konventioner, eller når et liv ødelægges eller forhindres af diverse tildragelser (Hydén 1997). For det andet bruges kategorisering til at tolke visse former for adfærd som sygdom, lidelse eller belastning. Det giver dem et socialt og kulturelt indhold. Det så vi f.eks. ovenfor, når behandlerne definerede henholdsvis en knudemand og én, der fraspaltede sit følelsesliv. For det tredje viser behandlerfortællingerne, hvordan en sådan kategorisering altid sker i form af en social proces, i nogle tilfælde privat, i andre tilfælde – som her – institutionel. Andre eksempler på kategorisering af alkoholmisbru-

gere i institutionelt regi nævnes f.eks. af Arminen og Perälä (Arminen & Perälä 2001).

Lidelses- og belastningsbegreber anvendes for at konstruere en social virkelighed. De bruges til at genoprette og fastholde en social orden, hvor menneskers handlinger er begribelige, eller de bruges til at fremstille os selv som rationelle væsener og derigennem forsvare vores plads i den moralske orden (Hydén 1997). Ved at kategorisere en adfærd som sygdom eller som opstået på grund af en belastning, befrires personerne for ansvaret for deres egne handlinger, men det virker samtidig stigmatiserende.

Behandlerne søgte efter genkendelige mønstre og elementer i deres faglige og kulturelle repertoire for at kunne forstå og skabe sammenhæng i de oplevelser, de havde haft med patienterne. For at kunne skabe et sammenhængende billede og præsentere dette på en logisk forståelig måde, blev det unikke og uforståelige betragtet som på én gang både lig med og forskelligt fra det kendte. Ifølge Donald Schön er det selve evnen til at se-som-om og handle-som-om, som gør det muligt for behandleren at skabe mening i de situationer og oplevelser, der ikke umiddelbart stemmer overens med de eksisterende regler (Schön 2001). Som Charon yderligere fremhæver, så normaliserer behandlerne den fortælling, som på kaotisk vis fortælles af patienten: det besynderlige omformes til elementer, der kan begribes, og som behandlerne kan handle i forhold til (Charon 1993). De siger i virkeligheden "Hvis vi antager at X..." og former så gennem deres fortællinger situationen, så X bliver sand, ved at søge, udvælge og præsentere de elementer i behandlingsforløbet, der kan pege i den retning. Behandlerens relation til behandlingssituationen er med andre ord transaktionel (Schön 2001). I behandlerfortællingerne former behandlerne situationerne, men i en slags samtale med dem, således at deres egne modeller og præferencer også formes af situationen.

At de enkelte patientkarakteristika fortolkes og bliver genstand for en forhandling, kan betragtes som indledningen til den proces, som Donald Schön beskriver som behandlerens kritiske hæven sig over sit førstehåndsindtryk af et fænomen, der fremstår som unikt og ustabil (Schön 2001). Behandleren konstruerer bud på, hvor patienten kan forstås, og underkaster sit bud en lang række evalueringer, som hun foretager på baggrund af hele sit spektrum af viden. I en situation af usikkerhed forsøger hun at indføre en eller anden form for orden.

Behandlerne tænkte pragmatisk, når de forsøgte at kategorisere patienten, men samtidig narrativt, når de forsøgte at forstå og illustrere, hvorfor patienten handlede, som han eller hun gjorde. Når fortællingen *som form* i så udpræget grad blev benyttet til at formidle, hvordan behandleren betragtede patienten og patientforløbet, hænger det sammen med, at fortællingen er en konstellation af indbyrdes forhold (dele, der hænger sammen), som er indhyldet i tid og rum og konstitueret af en kausal sammenhæng (jfr. Somers 1994).

Evnen til at skabe en sammenhængende fortælling om patienten er i vid udstrækning baseret på vores evne til at lave 'meaningfull connections' (Slavney & McHugh 1984). I sin simpleste form stammer begrebet fra, hvordan vi forstår, hvordan følelser udspringer af hændelser: sorg efter tab, glæde ved opfyldelse, hjemlængsel ved længere tids udrejse etc. Vi *begriber*, hvorfor en persons reaktion er sammenhængende for ham, men "it is not a connection established with large samples of patients and elaborate statistical methods, but, rather one which depends on a sense of 'rightness'" (Slavney & McHugh 1984).

Den konstante skiften mellem paradigmatisk og narrativ tænkning, skiftene mellem at fokusere på det genkendelige og det unikke, skiftene mellem at justere i forhold til patienten og være en smule foran, så vejen kan dirigeres, kan være vigtige og uundgåelige dele af

behandlernes arbejde (Mattingly 1991; Mattingly 1994). Evnen til at kunne håndtere denne skiften på baggrund af en følelse af meningsfuldhed, kan være én af de måske aller-væsentligste behandleregenskaber. Hvis denne skiften ikke er sufficient eller passende, kan alliancen mellem patient og behandler blive invalideret og måske endog lede til patient non-compliance: Hvis patienten føler sig kategoriseret på en måde, han enten ikke kan forstå eller ikke kan acceptere, eller hvis patienten føler, at han ikke kan følge behandlerens perspektiv (eller det modsatte: hvis patienten føler, at han og behandleren sidder fast uden at vide, hvad de skal stille op), kan han vælge at forlade behandlingen.

I nærværende undersøgelse var behandling baseret på nedskrevne behandlingsmanualer, som gav behandleren en fornemmelse af retningen og af hvilke strategier, der burde bruges. Når teori og praktiske vejledninger skal overføres til praksis, til patientens egen verden, bliver det tydeligt, at alkoholmisbrug og behandling ikke er objektive tilstande. Behandlernes fortællinger illustrerer, at generelle behandlingsmål, der udspringer fra generel viden om misbruget og udviklingsmulighederne, ikke er tilstrækkelige til at tilrettelægge praksis. I de konkrete tilfælde arbejder behandlerne med meget mere konkrete billeder, erfaringer og fortællinger, fra hvilke de selektivt vælger, hvad de vurderer som passende i den enkelte situation.

Traditionelt er behandlerens vurdering af en patient blevet opfattet som en transformation af basal information om patienten til en beskrivelse, der baserer sig på såvel sund fornuft som psykiatrisk indsigt. Set fra nærværende studies vinkel er behandlerens vurdering imidlertid snarere en mængde aflæsninger af patienten (Brown et al. 1996). Behandleren bliver så at sige medforfatter til patientens fortællinger, og de 'meaningfull connections', der fremvises i fortællingerne ovenfor – de hændelser, der refereres til – er ikke blot pa-

tientens, men også behandlerens, som har lagt vægt på *nogle* ting og udeladt andre, da hun beskrev patienten og behandlingsforløbet (jfr. Slavney & McHugh 1984).

REFERENCER

- Alasuutari, P. (1990): Desire and Craving. Tampere: Acta Universitatis Tampereensis ser A vol 288
- Arminen, I. & Perälä, R. (2001): Det multi-professionella teamet i Minnesotamodellen och omvandlingen av missbrukare till alkoholister. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 18 (2): 138–152
- Brown, B. & Nolan, P. & Crawford, P. & Lewis, A. (1996): Interaction, Language and the "Narrative Turn" in Psychotherapy and Psychiatry. Social Science and Medicine (43) 11: 1569–1578
- Bruner, J. (1986): Actual Minds, Possible Worlds. Massachusetts: Harvard University Press
- Charon, R. (1993): Medical Interpretation: Implications of Literary Theory of Narrative for Clinical Work. Journal of Narrative and Life History 3 (1):79–97
- Csordas, T. (1983): The Rhetoric of Transformation in Ritual Healing. Culture, Medicine, and Psychiatry 7: 333–375
- Hunter, K. M. (1986): "There was this one guy..." The uses of anecdotes in medicine. Perspectives in Biology and Medicine 29 (4): 619–30
- Hydén, L.-C. (1995): The Rhetoric of Recovery and Change. Culture, Medicine and Psychiatry 19: 73–90
- Hydén, L.-C. (1997): Psykiatri – Samfund – Patient. København: Socialpædagogisk Bibliotek
- Leake, G. J. & King, A. S. (1977): Effect of Counsellor Expectations on Alcoholic Recovery. Alcohol Health and Research World 1 (3): 16–22
- Luborsky, L. & McLellan A. T. & Diguier, L. & Woody, G. & Seligman, D. A. (1997): The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. Clinical Psychology: Science and Practice 4: 53–65
- Mattingly, C. (1991): The Narrative Nature of Clinical Reasoning. The American Journal of Occupational Therapy 45 (11): 998–1005
- Mattingly, C. (1994): The concept of therapeutic 'emplotment'. Social Science and Medicine 38 (6): 811–822
- Najavits, L. & Weiss, R. (1994): The Role of

Psychotherapy in the Treatment of Substance-use Disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 2 (2): 84–96

Nielsen, A. S. (2003): Treatment for Alcohol Problems: The Patients' Perceptions. *European Addiction Research* 9 (1): 29–38

Nielsen, B. & Nielsen, A. S. & Wraae, O. (1998): Patient-Treatment Matching Improves Compliance of Alcoholics in Outpatient Treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186: 752–60

Nielsen, B. & Nielsen, A.S. & Wraae, O. (2000): Factors associated with compliance of alcoholics in outpatient treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188: 101–107

Project MATCH Research Group (1998). Therapist Effects in Three Treatments for Alcohol Problems. *Psychotherapy Research* 8 (4): 455–474

Propp, V. (1968): *Morphology of the Folktale*. Austin: University of Texas Press

Sacks, O. (1993): *Narrative and Medicine*. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 60 (2): 127–131

Schafer, R. (1992): *Retelling A Life*. Narration and dialogue in Psychoanalysis. New York: Basic

Books

Schön, D. A. (2001): *Den reflekterende praktiker*. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder. Århus: Klim

Slavney, P. R. & McHugh P. R. (1984): *Life Stories and Meaningful Connections: Reflections on a Clinical Method in Psychiatry and Medicine*. *Perspectives in Biology and Medicine* 27 (2): 279–288

Somers, M. R. (1994): The narrative constitution of identity: A relational and network approach. *Theory and Society* 23: 605–649

Steffen, V. (1997): Life Stories and shared experience. *Social Science and Medicine*. 45 : 1, 99–111

Tambiah, S. (1977): The Cosmological and Performative Significance of a Thai Cult of Healing through Mediation. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1: 97–132

Valle, S. K. (1981): Interpersonal Functioning of Alcoholism Counsellors and Treatment Outcome. *Journal of Studies on Alcohol* 42 (9): 783–790.

Summary

Anette Sogaard Nielsen: *The therapists' experience of alcohol addiction treatment – a qualitative study*

The present study is a qualitative study, based on audio-taped interviews with 12 therapists, on how therapists view their own role as therapists within the alcohol treatment areas.

The study describes how the therapists create an image of the patients they treat, and the rationale, they build the treatment on. The analysis of the therapists' stories indicated that therapists based their treatment on a platform that was constructed and negotiated by means of various kinds of information and knowledge. From this stock of information the therapists pulled out and interpreted elements that made coherent sense to them and provided indications about where to go next in the course of treatment.

The stories about treatment were told within the frames of a recognisable structure, consisting of the patient's predisposition to treatment, empowerment, transformation and reconstruction. Within this structure, the therapists rhetorically made use of various patterns to describe their communication with the patients. The rhetoric can be regarded as an indication of how the therapists perceive their role as therapist.

As the therapist viewed it, treatment was aimed at helping the patient overcome dependence and at the same time letting the patient be the active decision-maker. The stories about treatment showed how the therapist viewed treatment as an act of balancing between dependence and independence.

Key words: alcoholism, treatment, therapist, image of patient

Yhteenveto

Anette Sogaard Nielsen: *Terapeutin kokemusia alkoholiriippuvuuden hoidosta – kvalitatiivinen tutkimus*

Tämä kvalitatiivinen tutkimus perustui kahdentoista terapeutin äänitettyyn haastatteluun. Tarkoituksena oli selvittää, miten haastatellut näkevät oman terapeuttiroolinsa alkoholistien hoidon eri alueilla.

Tutkimus valottaa sitä, millaisen kuvan terapeutti luo hoitamistaan potilaista ja mille perustalle he rakentavat hoidon. Terapeuttien kertomusten analyysi osoitti, että terapeuttien hoito pohjautui ”tietoalustaan”, joka oli rakennettu ja josta oli neuvoteltu monenlaista informaatiota ja tietoa käyttäen. Tästä tietovarastostaan terapeutti valikoi osasia ja tulkitisi niitä yhteyteen sopivalla ja järkeenkäyvällä tavalla siten, että hän sai viitteitä tarjoamansa hoidon jatkoa varten.

Hoitoa koskevat tarinat kerrottiin tunnistettavassa viitekehyksessä, jonka muodostivat potilaan hoitoasenne, päätösvaltaistaminen, muutos ja rekonstruktio. Tässä viitekehyksessä terapeutti käytti erilaisia retorisia malleja kuvaamaan potilaan kanssa tapahtuvaa kommunikaatiota. Retoriikkaa voidaan pitää viitteenä siitä, millaisena haastateltavat kokivat oman terapeuttiroolinsa.

Terapeuttien näkemyksen mukaan hoidon tavoitteena oli auttaa potilasta voittamaan riippuvuutensa siten, että potilas saa olla samanaikaisesti aktiivinen päätöksentekijä. Hoitoa koskevat kertomukset osoittivat, että terapeutit näkivät hoidon toimintana, jossa tasapainoillaan riippuvuuden ja riippumattomuuden välillä.