

VIBEKE STEFFEN

HINSIDES FORESTILLINGEN OM DET FORUDSIGELIGE

Om at være drikkende ikke-alkoholiker
blandt ikke-drikkende alkoholikere

I løbet af foråret og sommeren 1991 deltog jeg i behandlingen for alkoholmisbrug på to danske behandlingscentre, som arbejdede efter den såkaldte Minnesota-model. Det skete som deltagerobservatør i forbindelse med forskningsprojektet „Behandling af alkoholmisbrugere efter Minnesota-modellen i Danmark – en antropologisk undersøgelse“ iværksat af det daværende Rusmiddelforskningsinitiativ (RFI).¹ Projektet havde til formål at kortlægge Minnesota-modellens udbredelse i Danmark, at evaluere behandlingens resultater på to udvalgte centre og at beskrive behandlingens indhold samt modellens placering i en dansk sammenhæng.

Projektet var et „bestilt“ arbejde, en evalueringsopgave med helt konkrete og veldefinerede formål, og i den forstand et typisk eksempel på såkaldt anvendt antropologi. Selve målrettetheden i projektet lagde op til en forestilling om forskningsprocessen som et veldefineret og forudsigeligt lineært forløb: fra problemformulering over dataindsamling og analyse til præsentation af resultater. Alligevel blev det konkrete feltarbejde præget af en langt højere grad af uforudsigelighed, end denne forestilling lader ane.

Denne artikel handler derfor om feltarbejdet som strategi snarere end om feltarbejdet som metode. Artiklen er bygget op omkring forskellige begivenheder, som hver især blev afgørende for forskningsprocessen og de resultater, der kom ud af den. Små anekdoter hinsides vore forestillinger om det forudsigelige.

Baggrund

Minnesota-modellen er betegnelsen for et behandlingsprogram for alkoholisme og andre afhængighedssygdomme, som er udviklet i USA i 1950'erne.² Minnesota-modellen baserer sig på fællesskabet Anonyme Alkoholikers 12-trins-program, og er kendetegnet ved at arbejde ud fra en sygdomsopfattelse, hvor alkoholisme betragtes som en primær lidelse af kronisk karakter. Behandlingen sigter mod at bibringe patienten en fuld erkendelse af sin lidelse og de negative konsekvenser, den har forårsaget. Målet for behandlingen er varig afholdenhed og en fortsat personlig udvikling mod ædruelighed, vedligeholdt ved regelmæssige møder i Anonyme Alkoholikere (AA). Behandlingen varetages som regel af alkoholterapeuter, der selv er rehabiliterede alkoholikere.

Baggrunden for RFI's iværksættelse af projektet var den, at Minnesota-modellen siden 1985 havde været en del af det private behandlingsmarked for alkoholmisbrug i Danmark. Minnesota-modellens fortalere hævdede, at modellen var langt mere effektiv end de offentlige behandlingstilbud, mens modstanderne mente, at der var tale om hjernevask, nyreligiøsitet og en utidssvarende opfattelse af alkoholisme. Behovet for en offentlig stillingtagen til modellens status voksede i takt med forskellige brugergruppers pres. Mange mennesker var parate til at stå frem og erklære, at Minnesota-modellen *virkede*, men spørgsmålet var for hvem, hvordan og hvorfor? I løbet af sommeren 1990 udfærdigede jeg således i samarbejde med RFI en projektbeskrivelse, og undersøgelsen blev igangsat i oktober.

Arbejdet startede med et pilotprojekt, som havde til formål at kortlægge Minnesota-modellens udbredelse i Danmark, og resulterede i en lille rapport med beskrivelse af de eksisterende behandlingshjem og deres behandlingstilbud (Steffen 1991). Oplysningerne var baserede på en besøgssrunde, hvor jeg interviewede ledende behandlere og indsamlede skriftligt informationsmateriale. Besøgssunden var først og fremmest tænkt som et forsøg på at skabe overblik over området, men også som en tilforladelig måde at skaffe sig personlige kontakter i miljøet på. Projektet forudsatte jo, at der overhovedet var nogle mennesker, der ville tale med mig.

Under planlægningen af projektet forberedte mange mig på, at det kunne blive vanskeligt at komme i dialog med folk fra behandlingsmiljøet omkring Minnesota-modellen. Forholdet mellem private behandlingshjem og patientsammenslutninger på den ene side og de offentlige social- og sundhedsmyndigheder på den anden side var temmelig anspændt. Behandlingshjemmet Egeborg på Lolland lå i direkte konflikt med Københavns Kommune i forbindelse med en aftale om behandling af 40 narkomaner, og de gensidige beskyldninger i sagen blev dagligt refereret i pressen.³ Mange Minnesota-centre følte sig slået i hartkorn med Egeborg og udsat for urimelig mistænkeliggørelse. Dertil kom, at alkoholisme generelt blev anset for at være et vanskeligt forskningsfelt, fordi problemet var tabuiseret og forbundet med stigmatisering og benægtelse. Det kunne blive vanskeligt at finde samarbejdsvillige informanter inden for et privat behandlingstilbud som Minnesota-modellen, der specifikt henvendte sig til mennesker, som i særlig grad ønskede at værne om deres anonymitet.

En inddragelse af AA i projektet var naturligvis relevant, men den mulighed havde jeg afskrevet på forhånd, dels fordi betegnelsen *Anonyme Alkoholikere* syntes at tale for sig selv, og dels fordi man i pjecer om AA kunne læse, at „AA under ingen omstændigheder vil deltage i eller støtte forskning”.

Selvbestaltede informanter

Kort tid efter at min projektbeskrivelse formelt var blevet godkendt og bevillingen givet, blev jeg imidlertid ringet op af en mand, der præsenterede sig som repræsentant for AA's servicekontor i Danmark. Han havde hørt om mit projekt og foreslog et møde, hvor han kunne informere mig lidt om AA-programmet, der – som han gjorde opmærksom på – jo lå til grund for Minnesota-modellen.

Få timer senere bankede en stor midaldrende mand i følgeskab med en spinkel yngre kvinde på døren til mit kontor. Han præsenterede sig med stor selvsikkerhed som alkoholo-

liker, mens hans ledsagerske mere spagfærdigt og tydeligt påvirket af abstinenssymptomer præsenterede sig som pillemisbruger. Først og fremmest udtrykte han sin store tilfredshed med initiativet til mit projekt, og dernæst understregede han vigtigheden af, at jeg blev ordentligt informeret om forholdene på området. Han ville derfor gerne benytte dette møde til at fortælle mig AA's historie i korte træk og opridse de vigtigste principper i fællesskabet; at alkoholikere hjælper hinanden ved at dele „*erfaring, styrke og håb*” i en atmosfære af „*ansvar, villighed og ærlighed*”. Jeg fik også en stak pjecer og foldere med mødelister til AA.

Efter denne korte formelle præsentation af AA gik han over til at fortælle sin egen personlige livshistorie: om opvæksten i en respektabel akademikerfamilie, de første oplevelser med alkohol ved studentergilderne og hans særlige evne til at drikke alle under bordet. Om årene efter studentereksamen på landbrugsskole i Sydafrika, hvor drikkeriet tog til, og om den senere karriere i forsikringsbranchen. Om tre forliste ægteskaber og talløse afrusninger i det offentlige behandlingssystem, psykiatrisk behandling og fire års psykoanalyse. Om tredive år, hvor alle behandlere fastholdt over for ham, at han *ikke* var alkoholiker, men at hans drikkeri skyldtes henholdsvis forhold i hans opvækst, opdragelsen, forholdet til forældrene, til ægtefællen, til arbejdet, midlertidigt stress og så videre. Undervejs stødte han på AA, men kunne ikke identificere sig med disse alkoholikere, „som så så glade og selvtilfredse ud”. Han brød sig heller ikke om, at de talte om Gud. Først efter alvorlige problemer med leveren, en depression og et selvmordsforsøg ringede han alligevel til AA for at bede om hjælp. Her blev han mødt af mennesker, som var parate til at delagtiggøre ham i deres egne erfaringer, men som fastholdt, at hjælpen bestod i at lære at hjælpe sig selv, og at ansvaret var hans alene. Det blev starten på hans liv som ædru alkoholiker.

Beretningen kom noget bag på mig. Jeg havde ikke ventet sådan ganske uopfordret at blive præsenteret for en så personlig historie. Endnu mere uventet var det, at historien afsluttedes med en invitation til at deltage i et åbent AA-møde. Jeg tog automatisk imod invitationen, skønt jeg egentlig havde besluttet ikke at inddrage AA i mit forskningsprojekt. Jeg følte mig i den grad delagtiggjort i et andet menneskes liv, at det simpelthen ville være uhøfligt at afslå. Og så var jeg blevet nysgerrig. Den følgende torsdag aften sad jeg i kredsen af anonyme alkoholikere til mit første AA-møde.

„Du vil egne dig godt til programmet“

På tilsvarende måde gik det, da jeg første gang henvendte mig til et behandlingshjem, endnu inden jeg havde indledt min besøgsrunde, blot for at rekvirere noget informationsmateriale. Samtalen tog hurtigt en personlig drejning, og inden jeg fik lagt røret, havde jeg taget imod en invitation til at besøge behandlingshjemmet sidst på måneden. Dagen efter modtog jeg en pakke på et par kilo med bøger og pjecer, heriblandt en selvbiografi, og et par uger senere drog jeg til Jylland for at interviewe lederen af behandlingshjemmet. Jeg ankom om formiddagen med notesblok og båndoptager i tasken og havde planlagt omkring en times formel samtale ud fra velforberejede spørgsmål. Efter en hjertelig velkomst og et par indledende bemærkninger om behandlingsprogrammet fandt jeg dog atter mig selv lyttende til endnu en personlig beretning om alkohol og afhængighed. Historien handlede naturligvis om et andet menneske denne gang, men visse temaer gik

igen: en upåfaldende opvækst, et abnormt forhold til alkohol, brudte sociale relationer, talløse mislykkede forsøg på behandling, vendepunktet med erkendelsen af sit eget ansvar og støtten i at kunne dele erfaringer med andre lidelsesfæller. Igen følte jeg mig nærmest ufrivilligt delagtiggjort i nogle private og intime erfaringer, som i en meget generel forstand også forpligtede mig personligt.

Efter beretningen blev jeg budt på middag, og resten af dagen blev jeg bogstavelig talt kørt rundt i området til visitter på behandlingshjem, afrusningsklinikker og efterbehandlingshjem. Ingen af stederne lignede de institutioner, jeg havde forventet at finde, og jeg havde i det hele taget svært ved at finde ud af, hvem der var behandlere, og hvem der var patienter. Mine forberedte spørgsmål var helt utilstrækkelige og temmelig uinteressante i forhold til den virkelighed, jeg blev præsenteret for. Der blev snakket og fortalt historier, drikket kaffe og røget smøger, og først da mørket var faldet på, kunne jeg køre derfra fuldstændig udmattet. Jeg husker ikke meget fra de sidste timer af dette „interview“, men den allersidste sætning kan jeg stadig genkalde for mit indre øre. Den lød: „Jamen så på gensyn i foråret, Vibeke – jeg tror, du vil egne dig godt til programmet!“

Feltarbejdets præmisser

Besøgene på de enkelte behandlingshjem formede sig meget forskelligt. Nogle gange var der tale om ganske formelle rundvisninger og interview, andre gange udviklede besøgene sig til samtaler af mange timers varighed og involverede flere mennesker og undertiden også forskellige lokaliteter. Men trods disse forskellige forløb, var der to temaer, som gentog sig: Den personlige beretning indgik altid som en (forpligtende) del af samtalen, og idéen om, at jeg selv burde gennemgå en „rigtig“ behandling, for at få den „rigtige“ indsigt i modellen, blev altid fremført.

De første par gange, jeg blev konfronteret med denne idé, opfattede jeg det nærmest som en vittighed, og i hvert fald som et helt hypotetisk forslag. Ordet deltagerobservation optrådte godt nok flere gange i min projektbeskrivelse, men jeg havde bestemt ikke ment, at der dermed skulle bedrives terapi på mig – endsige „hjernevask og nyreligiøs mission“. Samtidig forpligtede den åbenhjertighed og delagtiggørelse i personlige forhold, jeg hele tiden mødte, til en vis åbenhed og villighed også fra min side.

I forhold til et af behandlingshjemmene tog en lang og sej forhandlingsproces sin begyndelse. Jeg fremførte det absurde i at deltage i behandling for alkoholisme, når jeg ikke havde noget alkoholproblem. De hævdede, at der var tale om et personligt udviklingsprogram, som alle mennesker kunne have glæde af, og tilføjede sarkastisk: „Vi finder nok også noget hos dig!“ Jeg undskyldte mig med, at jeg ikke kunne være væk fra mit hjem og mine små børn i en hel måned, og de svarede, at sådan var både behandlingens og feltarbejdets vilkår. Jeg udtrykte min fulde tilfredshed med at kunne deltage og observere på tættest mulige afstand, men de svarede, at man kun kunne forstå behandlingen, hvis man selv var en aktiv deltager i processen.

Forhandlingen begyndte at ligne en intervention i mit personlige liv. Opfordringen til at deltage i behandlingen udviklede sig snart til, på den ene side, en betingelse for at få adgang til at overvære behandlingen – og dermed direkte adgang til at tale med pa-

tienter i behandling – og, på den anden side, en personlig og faglig udfordring, som satte idéen om deltagerobservation som metode på spidsen. Jeg følte mig fanget i et besynderligt sammenfald mellem faglige idealer og informanter, der stillede krav til min forskning.

„Jeg er ikke alkoholiker“

Udfaldet af disse forhandlinger var næsten givet på forhånd: Efter aftale troppede jeg op på behandlingshjemmet en mandag morgen, og gennemgik som alle andre en indlæggelsessamtale, udfyldte en række papirer, herunder en kontrakt mellem patient og behandler om de gensidige betingelser for opholdet, fik min bagage kontrolleret for piller og sprut og min båndoptager deponeret ind til udskrivelsen. Derefter fik jeg anvist mit værelse, blev præsenteret for patientgruppen og straks henvist til deltagelse i min terapigruppe.

I gruppeterapien var deltagerne placeret på stole i en cirkel, og hver samling begyndte med en præsentationsrunde, hvor de enkelte deltagere (inklusive terapeuten) gav sig til kende ved fornavn og tilføjelsen „jeg er alkoholiker“. Da turen kom til mig, proklamerede jeg resolut „Jeg hedder Vibeke, jeg er *ikke* alkoholiker“. Det var ikke noget, jeg på forhånd havde besluttet mig for at gøre, ordene faldt bare sådan. Denne præsentation fastholdt jeg de første par dage, hver gang min terapigruppe samledes, selvom det forekom tåbeligt: Ikke fordi det var usandt, men fordi alle i forvejen udmærket godt vidste, hvem jeg var, og hvorfor jeg var der, og fordi formålet med min tilstedeværelse jo blandt andet var at blive en del af gruppen og netop ikke at sætte mig udenfor ved konstant at insistere på min anderledeshed. Sjovt nok var der andre i gruppen, der tilsyneladende havde det ligesom mig. De var også havnet i behandlingen på andres foranledning⁴ og benyttede enten forskellige formildende omskrivninger eller forholdt sig helt afvisende til problemet.

Efter et par dage var jeg til en individuel samtale med „min“ terapeut. Han fortalte mig om sine erfaringer som ulandsfrivillig med behandling af spedalske i Afrika. I korte træk handlede historien om, hvordan mange udsendte på trods af deres medicinske viden om smitteveje, sociologiske indsigt i stigmatisering og de bedste menneskelige intentioner, oplevede, at de i deres handlinger alligevel helst undgik direkte kontakt med spedalske. Fordommene sad i kroppen. Først var jeg meget mystificeret over fortællingen og tænkte, at han måske fortalte mig om udviklingsarbejde i Afrika, fordi han mente, det ville interessere mig som antropolog. Men historien fortsatte sit mere subtile arbejde et sted i min bevidsthed, og i løbet af ganske få dage hørte ikke blot de andres men også mine forsøg på at skille sig ud fra gruppen op, og jeg droppede simpelthen den unødige tilføjelse i min præsentation.

At finde sin plads

Min første behandlingsuge var præget af nogle meget dramatiske familierapeutiske samlinger, hvor alkoholikere og deres pårørende blev konfronteret med hinandens oplevelser af misbruget. Deltagerne var placeret i en kreds omkring to stole, hvor henholdsvis

alkoholikeren og forskellige pårørende på skift indtog deres pladser med front mod hinanden (se Kristensen 1993). Som tilskuer i kredsen blev man tvunget til at bevidne pinefulde familieopgør, som gjorde alle delagtige i processen og ofte udløste en stærk identifikation med de forskellige parter i dramaet. De fleste alkoholikere var mænd, og de fleste pårørende kvinder. Jeg husker især en søster til en alkoholiker, som fremførte sin beretning i form af et meget bevægende brev til broderen. Da hun til slut rakte ham brevet, smed han det rasende tilbage i hovedet på hende og forlod samlingen i vrede. Selvom hans reaktion for så vidt var ligeså forståelig som hendes, og skønt jeg i kraft af min deltagelse i behandlingen kendte ham bedre end hende, var der ingen tvivl om, at min umiddelbare medfølelse rettede sig mod søsteren. Måske fordi hun var kvinde, storesøster og på nogenlunde samme alder som jeg selv, måske af mere subtile årsager. Jeg reagerede i hvert fald nærmest, som om det var mig, der havde fået det brev i hovedet; følte mig vred, såret, ydmyget og meget ked af det.

Kort efter blev jeg underkastet en test for medafhængighed,⁵ som afslørede nogle familiemæssige konflikter, der kom til at danne udgangspunkt for min indledningsvise placering i gruppeterapien. Det var åbenbart mere nærliggende for mig at træde ind i rollen som „medafhængig“ end i rollen som „afhængig“. På den måde tog min deltagelse i behandlingen form trin for trin parallelt med de fleste andre. For mange handlede gruppeterapien om at bryde benægtelsen af deres alkoholisme ned, for mig handlede det snarere om at bryde benægtelsen af mine fordomme over for alkoholikere ned. Alligevel tør jeg godt hævde, at vi følte os som deltagere i den samme terapeutiske proces.

To uger senere var der igen familieuge. I den mellemliggende periode havde jeg fulgt behandlingen i gruppen af alkoholikere, hvor jeg dag ud og dag ind havde lyttet til historier om alkohol og afhængighed, og efter bedste evne selv havde bidraget med erfaringer fra mit eget liv, som på den ene eller anden måde forekom sammenlignelige. Terapeuterne havde samlet en stor del af vores fælles erfaringer under betegnelsen „tvangspræget adfærd“, og jeg var gradvist kommet til at indskrive visse handlingsmønstre i mit eget liv i denne fortolkningsramme. På trods af alle forskelligheder var der opstået en stærk følelse af gensidig forståelse og fælles identitet i gruppen; vi var blevet lidelsesfæller i en meget almenmenneskelig forstand. Da vi atter sad som vidner i kredsen til familiekonfrontationerne, opdagede jeg, at det ikke længere var de pårørendes beretninger, der primært fandt genklang i mit følelsesregister, men alkoholikernes. Der var sket et skred i min forestillingsevne.

Hinsides forestillingen

„Hvad vi, som etnografer, kan fatte, afhænger af det rum, de andre er parate til at dele med os“, skriver Kirsten Hastrup i sin bog om det antropologiske projekt (Hastrup 1992:78). Omvendt gælder det naturligvis også, at vores adgang til viden er bestemt af vores villighed til at indtage det rum, vi bliver tilbudt af de andre. For mit vedkommende indebar det en betydelig udfordring af personlige grænser at finde min plads som deltager i feltarbejdet. Den beslutsomhed, hvormed jeg indledningsvis forsøgte at deltage på afstand, var på sin vis imod mine egne faglige intentioner, men samtidig en reaktion, som jeg ikke selv beherskede til fulde. Men det var der andre, der tog hånd om.

Min plads i feltarbejdet var underkastet en løbende dialog og forhandling mellem de andre som informanter og mig som forsker, og det var helt klart, at der var tale om et gensidigt forpligtende forhold. Spillet havde sine regler, og hvis jeg ville spille med, måtte jeg følge disse regler. Til gengæld fik jeg ikke blot adgang til data om de andre, men blev i meget bogstavelig forstand delagtiggjort i en proces af fælles oplevelser og erfaringer.

Deltagerobservation er ligesom gruppeterapi en måde at udnytte den menneskelige forestillingsevne på. Man deler øjeblikkets oplevelser og delagtiggør hinanden i sine erfaringer for at kunne tænke og i en vis udstrækning også føle sig i hinandens sted. Det betyder ikke, at man dermed bliver lig hinanden (jeg blev hverken alkoholiker eller afholdende af at deltage i behandlingen for alkoholisme), ej heller at man nogensinde til fulde kan vide, hvordan andre oplever verden. Men det betyder, at man stiller sig til rådighed for hinanden, at man udfordrer hinandens grænser, og at man er parat til både at tage del i andres liv og at delagtiggøre dem i sit eget.

Uanset hvilke rum, vore informanter er parat til at dele med os som forskere, vil der dog stadig være oplevelser, som ligger hinsides vores forestillingsevne, ligesom der vil være roller, som vi af forskellige årsager simpelthen ikke er parat til at påtage os. Forhold som køn, alder, social kompetence og personlig rummelighed sætter sine grænser for, hvor vi kan falde ind, og hvor vores tilstedeværelse bliver for påfaldende. Måske er det i forsøget på at overskride disse grænser, at feltarbejdet – og især deltagerobservation – undertiden kan forekomme at være et umuligt forehavende. Det kan ligefrem synes skizofrent, at man som forsker stræber mod at spalte sig selv i rollen som både deltager og observatør, og skizofrenimetaforen er da også ofte blevet brugt i beskrivelser af feltarbejdet (se f.eks. Hastrup 1990). Nogle har endog hævdet, at selve betegnelsen deltagerobservation er en modsigelse i sig selv – et såkaldt *oxymeron* (Favret-Saada 1990:190). Begge disse udlægninger indebærer dog, så vidt jeg kan se, en forestilling om selvet som et velafgrænset og udeleligt hele. Spørgsmålet er, om denne forestilling faktisk er et særlig dækkende udtryk for menneskelig erfaring. Dette problem behandles blandt andet i en artikel af Katherine Ewing (1990), hvor hun argumenterer for, at mennesker uanset kulturel baggrund i både handling og ord generelt giver udtryk for en langt mere sammensat og inkonsistent selvopfattelse.

Oplevelsen af et sammensat og inkonsistent selv manifesterer sig netop i det antropologiske feltarbejde, hvor forskeren bliver nødt til at optræde i nye og uvante sammenhænge. Alligevel er det dog de færreste, der fuldstændig fortaber sig i oplevelsen og dermed mister bevidstheden om deres faglige selv (det, som i fagjargon omtales „going native“), og heldigvis er det også de færreste, der ender som psykotiske patienter. Det tyder i sig selv på, at mennesker faktisk godt kan rumme flere forskellige og måske endda modsætningsfyldte selvopfattelser på samme tid, og at det at påtage sig én identitet ikke nødvendigvis udelukker en anden. At bruge sig selv i et forsøg på at erkende andre indebærer ikke en automatisk selvfortabelse. Oplevelse og refleksion lader sig nok adskille analytisk, men det betyder ikke, at disse processer er adskilte i livet, som det leves. Det, som analytisk må forholde sig til hinanden som et enten-eller, optræder i erfaringen som et både-og. Oplevelse og refleksion er forbundne størrelser, og ligesom refleksionen over både selv og andre i høj grad udgør selve oplevelsen i den terapeutiske situation, så er iagttagelsen af de andre også en integreret del af deltagelsen i feltarbejdet. Selvom bevidstheden om at være til stede som forsker ikke hele tiden er lige præsent, så er den

heller aldrig helt fraværende hverken hos forskeren selv eller hos de andre. Det er snarere sådan, at begge parter tillader sig en vis rummelighed i opfattelsen af hinanden, og at selvet må ansues som en relationel størrelse under stadig omformning i samspil med omgivelserne (jf. Bateson 1973:290).

Feltarbejdsrutiner

De begivenheder fra mit feltarbejde, jeg her har valgt at gengive, repræsenterer naturligvis kun en lille, men til gengæld meget betydningsfuld del af dataindsamlingen. Langt den mest tidskrævende del af arbejdet havde en mere dokumenterende, systematisk og rutinepræget karakter.

Kortlægningen af de danske Minnesota-centre krævede systematisk indsamling og gennemlæsning af skriftligt materiale fra de enkelte behandlingscentre samt optælling og bearbejdning af de tilgængelige oplysninger om patientoptag, behandlingsskapacitet, antal sengepladser, ansatte, uddannelse osv. Mange samtaler med ledende behandlere på de enkelte centre forløb ganske formelt, blev optaget på bånd og siden omhyggeligt nedfældet på papir.

I forlængelse af de fire ugers internatbehandling deltog jeg i en efterbehandlingsgruppe, som mødtes en gang om ugen i det følgende år, samt i en række åbne AA-møder. Under internatbehandlingen tog jeg noter til de forskellige foredrag, indsamlede undervisningsmateriale og førte dagbog hver aften. Efterbehandlingen foregik i en gruppe på 8-10 mennesker, som mødtes for at vedligeholde terapeutiske principper og støtte hinanden. Efter hvert møde skrev jeg et referat, hvor jeg opsummerede de væsentligste diskussioner og problemstillinger og gjorde en slags status over gruppen.

Data-indsamling
Deltagerobservationen i de terapeutiske forløb blev suppleret med en løbende privat kontakt over en periode på 12 til 18 måneder med en gruppe på 15 patienter og syv familier i form af interview og mere uformelle samtaler, korrespondance, telefonsamtaler m.m. Desuden havde jeg løbende kontakt til de to behandlingscentre under hele projektet og interviewede ialt 20 behandlere og en række andre nøglepersoner inden for Minnesota-modellen og AA i Danmark. Jeg besøgte folk i deres hjem, mødte dem på caféer i byen, på mit kontor, på deres arbejdsplads eller inviterede dem hjem til mig privat. Nogle møder formede sig som formelle strukturerede interview med brug af båndoptager, nogle som aftalte livshistorie-samtaler, der ligeledes blev båndet, andre som mere uformelle samtaler, hvor jeg tog noter under samtalen, og atter andre som helt uformelle sammenkomster. De bandede interview blev skrevet ud, noterne blev til detaljerede referater. Men der er også mange uformelle frokostmøder, telefonsamtaler, tilfældig udveksling af sladder på gaden, hyggelige private og festlige sammenkomster, som aldrig er blevet nedfældet på papir, men som alligevel spiller en væsentlig rolle i min dataindsamling, fordi de simpelthen udgør væsentlige dele af min erfaring.

Endelig var der spørgeskemaundersøgelsen, som udgjorde et helt kapitel for sig. Her fik jeg hjælp til såvel formulering og udformning af spørgsmål som den senere bearbejdning fra forskere i RFI og ansatte ved socialforskningsinstituttet, mens langt størstedelen af det meget tidskrævende praktiske arbejde med skemaerne blev udført af

Søren Tange Kristensen, der var ansat som studentermedhjælp under det meste af projektet.

Hinsides det forudsigelige

Hele dette „håndværksmæssige“ arbejde danner naturligvis et helt nødvendigt grundlag for dataindsamlingen i feltarbejdet, og kan for så vidt godt standardiseres og beskrives til brug for andre. Man kan diskutere, hvordan et interview bedst tilrettelægges, så man faktisk får de ønskede oplysninger, og hvorledes et spørgeskema bedst formuleres. Det udgør et nødvendigt orienterings- eller vidensgrundlag, og det har en væsentlig dokumentationsværdi i formidlingen af feltarbejdets resultater. Det giver svar på spørgsmål af typen hvem, hvad, hvor og hvornår snarere end spørgsmål af typen hvordan og hvorfor (Vendler 1984:203). Svarene begrænser sig dog til de spørgsmål, vi som forskere stiller, og de er tillige ofte givet i en sammenhæng, vi selv har iscenesat: fremvisning af behandlingsfaciliteter, formelle interview over en båndoptager, spørgeskemaer, (velforberedte) spørgsmål og (forudsigelige) svar. Men ofte ligger de mest interessante og helt afgørende svar i de spørgsmål, vi netop ikke på forhånd kan stille (Hastrup 1992:31). De fleste antropologer, som har arbejdet med bandede interview, har også oplevet, hvordan de virkelig interessante oplysninger først blev givet, når båndoptageren blev slukket, eller når forskeren var på vej ud ad døren. Først da har informanten kunnet komme til orde med det, som virkelig trængte sig på.

Der er skrevet mange bøger om antropologers oplevelser i felten og om deres refleksioner over oplevelser i felten (eksempelvis Barley 1983; Dumont 1978; Hastrup & Ramløv 1988; Rabinow 1977), men ikke særlig mange bøger med anvisninger på konkrete dataindsamlingsteknikker (eksempelvis Spradley 1979, 1980; Ellen 1984). Det er der måske gode grunde til. I en lille artikel om deltagelse hævder den franske antropolog Jeanne Favret-Saada (1990:195), at de væsentligste informationer i et etnografisk feltarbejde opstår som resultat af ufrivillige situationer og ikke-planlagt kommunikation. Når etnografer tænker over det mest givende ved deres ophold i felten, er det ofte de situationer, hvor de var ude af stand til at kontrollere kommunikationen og for den sags skyld situationen, der træder frem af erindringen. Det er også disse informationer, der i væsentlig grad kommer til at styre deres analyse af feltarbejdet, skønt de ofte optræder uden specifikke referencer i den antropologiske tekst. Derfor handler antropologisk metode i høj grad om forskerens erfaring i felten; en personlig erfaring, som næppe lader sig standardisere i metodiske læresætninger, der systematisk kan videregives til kommende antropologer. Det betyder imidlertid ikke, at denne viden ikke kan formidles til andre. Men fordi antropologiske metoder ikke er fritsvævende redskaber, men integrerede dele af den samlede forskningsproces, bliver denne formidling nødvendigvis enten anekdotisk eller teoretisk.

Sagen er nemlig den, at antropologens konkrete anvendelse af sine metoder i høj grad bestemmes af det genstandsfelt, forskningen er rettet mod. Derfor giver det ingen mening at forsøge at beskrive metoder adskilt fra denne proces, og derfor lader feltarbejdet sig bedre beskrive som en videnskabelig forskningsstrategi end en dataindsamlingsteknik (jf. Hansen 1995:2). I mit tilfælde betød feltarbejdet, at jeg måtte indlade mig på terapeutisk bearbejdning. Informanterne brugte så at sige de samme strategier over for mig, som

de brugte over for hinanden, i deres terapeutiske arbejde og i rekrutteringen af patienter. De delagtiggjorde mig i et forpligtende samarbejde ved at videregive deres personlige erfaringer, og de udnyttede deres terapeutiske færdigheder i bestræbelserne på at tildele mig en plads i det rum, de var parat til at dele med mig. At indlade sig på denne delagtiggørelse var min eneste adgang til indsigt og forståelse, den mest hensigtsmæssige strategi. Præmisserne for mit feltarbejde blev således en væsentlig – måske den væsentligste – del af selve forskningsprocessen; en proces, hvor både faglig og personlig identitet, almene sociale færdigheder og menneskelig „rummelighed“ var mere afgørende end de lærebøger, man kan læse om metode.

Noter

1. Undersøgelsen blev finansieret af Rusmiddelforskningsinitiativet, Sygekassernes Helsefond og Socialstyrelsens Udviklingsmidler. Undersøgelsens resultater er offentliggjort i Steffen 1992; 1993.
2. Modellen er beskrevet af den amerikanske psykolog, Daniel Anderson, som selv var med til at udvikle behandlingen på Hazelden Foundation i Minnesota, i bogen *Perspectives on Treatment* (1981). Der findes desuden en række nyere beskrivelser af modellen både på dansk, svensk og engelsk (se f.eks. Holm 1992; Stenius 1991; Berglund & Rydberg 1993; Cook 1988 og Laundergan 1982).
3. Egeborg opnåede som det første Minnesotabehandlingscenter i Danmark en midlertidig offentlig overenskomst i form af en aftale med Københavns Kommune omkring behandlingen af 40 stofmisbrugere i perioden 1. oktober til 31. december 1990. I den forbindelse blev der nedsat en arbejdsgruppe, som skulle følge behandlingsresultaterne og rapportere tilbage til kommunen. Arbejdsgruppens meget kritiske rapport blev offentliggjort den 10. december, og dannede grundlag for kommunens opsigelse af samarbejdet med Egeborg.
4. Mange af de patienter, der indskrives på et Minnesota-behandlingshjem, kommer som følge af en intervention iværksat enten af deres familie eller af deres arbejdsplads. Interventionen kan være arrangeret af en professionel interventionist, som mod betaling rådgiver og henviser til behandling, eller der kan være tale om medlemmer af AA, som mere uformelt formidler en kontakt til et behandlingssted. Disse patienter har altså ikke selv taget initiativ til at skulle behandles og er ofte meget lidt motiverede. Brugen af intervention er udførligt beskrevet i bl.a. Nissen (1991).
5. I Minnesota-modellen betegnes familien og andre nærtstående personer som alkoholikerens medafhængige. Den medafhængige karakteriseres ved ofte at have påtaget sig ansvaret eller endog skylden for alkoholikerens adfærd. I princippet følger den medafhængige et sygdomsforløb parallelt med alkoholikerens, og familiebehandlingen er derfor bygget op efter samme principper som behandlingen for alkoholisme. Problemet betragtes som et afhængighedsfænomen – ikke af et kemisk stof – men af bestemte følelsesmæssige relationsmønstre til andre mennesker.

Litteratur

- Anderson, Daniel
1981 Perspectives on Treatment. Minnesota: Hazelden.
- Barley, Nigel
1983 The Innocent Anthropologist. Notes from a Mud Hut. London: Penguin.
- Bateson, Gregory
1973 The Cybernetics of „Self“: A Theory of Alcoholism. I: Steps to an Ecology of Mind. Suffolk: Paladin.
- Berglund, Mats & Ulf Rydberg
1993 Minnesota-modellen för behandling av alkoholmissbruk. I: R. Vejlsgaard (red.): Medicinsk Årbog. København: Munksgaard.
- Cook, Christopher
1988 The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? *British Journal of Addiction* 83: 625-34.
- Dumont, Jean-Paul
1978 The Headman and I. Ambiguity and Ambivalence in the Fieldworking Experience. Austin: University of Texas Press.
- Ellen, Roy
1984 Ethnographic Research. London: Academic Press.
- Ewing, Katherine
1990 The Illusion of Wholeness: Culture, Self, and the Experience of Inconsistency. *Ethos* 18(3):251-78.
- Favret-Saada, Jeanne
1990 About Participation. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 14(2):189-99.
- Hansen, Helle Ploug
1995 Feltarbejde som forskningsstrategi. I: I. M. Lunde & P. Ramhøj (red.): *Humanistisk Sundhedsforskning*. København: Akademisk Forlag (fortkommende).
- Hastrup, Kirsten
1990 Videnskabens verden. Stofskifte nr. 20.
1992 Det antropologiske projekt – om forbløffelse. København: Gyldendal.
- Hastrup, Kirsten & Kirsten Ramløv (red.)
1988 Feltarbejde. Oplevelse og metode i etnografien. København: Akademisk Forlag.
- Holm, Bjarne
1992 Minnesota-modellen. I: Jens Rikardt Andersen et al. (red.): *Alkoholsyndromet*. København. Særtryk fra *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*.
- Kristensen, Søren Tange
1993 Minnesota-modellens familiebehandling forstået som rituel terapi. I: B. Haugland & P. Rosenqvist (red.): *Familiebehandling innen rusomsorgen i Norden*. Helsingfors: NAD-publikation 25.
- Laundergan, Clark
1982 Easy Does It. Alcoholism treatment outcomes, Hazelden and the Minnesota Model. Minnesota: Hazelden.
- Nissen, Jørgen
1991 Mod til kærlighed. København: Fremad.
- Rabinow, Paul
1977 Reflections on Fieldwork in Morocco. Berkeley: University of California Press.

- Spradley, James
1979 The Ethnographic Interview. New York: Holt, Rhinehart and Winston.
1980 Participant Observation. New York: Holt, Rhinehart and Winston.
- Steffen, Vibeke
1991 Pilotrapport vedrørende Behandling af alkoholmisbrugere efter Minnesota-modellen i Danmark – en antropologisk undersøgelse. Københavns Universitet: Institut for Antropologi.
1992 Spiritus og Ånd. Minnesota-modellen som overgangsrite til Anonyme Alkoholikere. Tidsskriftet Antropologi 25.
1993 Minnesota-modellen i Danmark – mellem tradition og fornyelse. Holte: SocPol.
- Stenius, Kerstin
1991 „The most successful treatment in the world“. Contemporary Drug Problems: 151-79.
- Vendler, Zeno
1984 Understanding People. I: R. Shweder & R. LeVine (eds.): Culture Theory. Cambridge: Cambridge University Press.