

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

Socialt arbete med missbrukare

SOL 065

Vårterminen 2005

Det finns hopp och möjligheter

Levnadsvillkor och reflektioner från kvinnor som behandlades för dubbeldiagnos för tio år sedan

Författare: Eva Cronholm

Handledare: Eva-Malin Antoniusson

Abstract

The purpose of this essay was a follow-up of four female drug abusers with several mental problems ten years after my initial meeting with them at Korsaröds Behandlingshem. Using a qualitative method and interviews with the women, knowledge was obtained regarding their current vital conditions and their subjective experiences of the treatment at Korsaröd. Their perspective on the ethical as well as their desired relationship with staff within social services was also accounted for. When contacted the women lived a content and drug free life in their own flats. The women stayed at Korsaröd approximately five years, and they said that without the treatment they would not be alive today. They still needed and received support from several different authorities. The women were all of the opinion that the social worker should help those who needed help, should be honest with them, and not make decisions for the clients. It was important to respect and listen to what the person who was seeking help had to say. According to the women, social workers should not judge those who have a double diagnosis. There are always hope and possibilities even for them.

Innehållsförteckning

ABSTRACT	2
FÖRORD	2
INTRODUKTION	3
Bakgrund till mitt val av forskningsprojekt.....	3
Syfte.....	3
Avgränsningar.....	4
Kort presentation.....	4
METOD OCH MATERIAL	4
Metod.....	4
Urval.....	5
Material.....	6
Reliabiliteten.....	7
Validiteten.....	7
Etiska överväganden.....	8
Källkritik.....	8
Disposition.....	10
MISSBRUK OCH DUBBELDIAGNOS	11
Antaganden om missbruk.....	11
Antaganden om dubbeldiagnos.....	11
Perspektiv på mänsklig förändring.....	12
OLIKA TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	12
Samspel och kommunikation.....	12
Maktförhållande mellan klient och socialarbetare.....	12
Genusperspektivet på behandlingen.....	13
PERSPEKTIV PÅ BEHANDLINGEN OCH TERAPIERNA	14
Behandlingen på Korsaröd.....	14
KVINNORNAS UPPELVELSER AV BEHANDLINGEN	19
BEHANDLINGENS LÄNGD	20
Tidigare forskning.....	22
KVINNORNAS NUVARANDE LIVSSITUATION	22
Carina.....	22
Ann.....	24
Åsa.....	25
Pernilla.....	26
KVINNORNAS STÖD OCH KONTAKTER	27
Carinas stöd och kontakter.....	28
Anns stöd och kontakter.....	28
Åsas stöd och kontakter.....	28
Pernillas stöd och kontakter.....	29
BETYDELSEN AV STÖD OCH KONTAKTER	29
ETISKT OCH ÖNSKAT FÖRHÅLLNINGSSÄTT	30
Råd till blivande socialarbetare från kvinnorna.....	30
Möte mellan klient och socialarbetare.....	30
Informella maktmedel.....	31
Etiska aspekter i arbetet med drogmissbrukare.....	33
ANALYS	33
Maktförhållande mellan klient och socialarbetare.....	33
Genusperspektivet.....	34
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	34
REFERENSER	35
BILAGA	37

Förord

Genom att skriva själv medvetandegör man sina ”blinda fläckar” både för sig själv och andra. Denna uppsats skrevs under våren 2005 under en period då både teknik och praktiska saker ställde till krångel och försenade min stund vid datorn. Frustrationen har varit svår och det har varit svårt att hitta material om egna erfarenheter av dubbeldiagnos. Det som varit positivt är att få kontakt med och höra kvinnornas berättelser. Därför har detta varit extra givande och intressant att få detta unika tillfälle att undersöka kvinnornas eget perspektiv. Att kunna förmedla detta har varit min drivkraft. Mina respondenter har varit fantastiska som har delgett mig sina erfarenheter och reflektioner. De har lärt mig mycket och jag har fått insikt i en värld som ofta är dold eller i tystnad. Min förhoppning är att ni också kan se kvinnorna som de personer de är. De kämpar och håller ut trots alla de svårigheter som de har haft med sig i levnadsloppet och som trots detta och tack vare en lång behandling på Korsaröd räddades till livet.

Tack till

- ∞ Framför allt ni fyra kvinnor som jag kallade Carina, Ann, Åsa och Pernilla för er tid och engagemang i min uppsats. Ni är unika och underbara, glöm aldrig det.
- ∞ Min handledare Eva- Malin Antoniusson för all hjälp och support.
- ∞ Arne Kristiansen, vars inställning är ett föredöme för oss alla och hans kunskaper i boken som var till stor hjälp
- ∞ Karin Trulsson för en mycket givande föreläsning och hennes bok som hjälpte mig
- ♥ Verksamhetschefen för Korsaröd, Claes Milstam för praktisk hjälp och stöd.
- ♥ Agneta Henriksson på NBV för att hon fick fram mina 10 år gamla närvarolistor.
- ♥ Ingvar Nordh, Torkel Cronholm, Bo Isendahl för supporten och hjälpen.
- ♥ Min älskade familj; Veronica och hennes kille Philip, Niclas och Lucas för all praktisk hjälp och stöd som ni har gett. Mina föräldrar för all hjälp och support och praktisk avlastning

... Utan er hjälp och stöd hade jag inte kunnat genomföra detta projekt.

Introduktion

Bakgrund till mitt val av forskningsprojekt.

För tio år sedan arbetade jag på ett studieförbund som tillhandahåller kurser på olika vårdhem och behandlingshem. Jag hade då en kurs i svenska för kvinnor som bodde på Korsaröds Behandlingshem som ligger i en by utanför Höör. Detta behandlingshem är specialiserat på missbrukare med psykiatriska problem och de har även en speciell kvinnobehandling, men de har blandade grupper också. De här kvinnorna som gick min kurs förändrade min syn på missbrukare - genom sitt sätt att vara och deras ödmjuka attityd. Jag lärde mig mycket och fick en förståelse för deras situation genom den inblick jag fick i deras liv och livshistoria. Kvinnorna var Carina, Ann, Åsa, Pernilla, Lisa och Karin som började min kurs 1995. Alla var de kvinnor mellan 20-30 års ålder utom Karin som var lite äldre än de andra. De bodde i det som allmänt kallades "Villan" som låg på området. Detta var Korsaröds speciella kvinnobehandling. Pernilla flyttade ut efter en månad, men var tillbaka året efter i en större grupp som jag hade då.

Under åren som gått har jag ibland undrat hur det gick för dem. En av skrivövningarna jag gjorde med Pernilla och andra i den större gruppen på behandlingshemmet var "Mitt liv om tio år". Nu vill jag veta hur deras liv är idag tio år efter att jag träffade dem och få veta deras reflektioner över behandlingen och terapierna som de genomgick på Korsaröd. Längden på deras behandling skiljer sig markant från dagens korta behandlingar. Jag vill också veta varifrån de får stöd och vilka kontakter de har. Något jag tycker är intressant är också att få deras egna reflektioner över hur en socialarbetare skall vara. Vilket förhållningssätt och vilken attityd som de önskar från en socialarbetare kan också vara tänkvärt för oss blivande socionomer.

Att få deras reflektioner och perspektiv är viktigt då det inte sker så mycket forskning på missbrukare efter en avslutad behandling. Sker det en uppföljning är det oftast inom ett halvår efter avslutningen. Därför kan det vara intressant även för andra att få denna unika inblick i deras liv och få deras egna reflektioner om behandlingen.

Syfte

Syftet är att följa upp kvinnor som för tio år sen var i behandling för att skapa en uppfattning av vilket stöd de har idag, hur de idag ser på behandlingen och hur de utifrån sina erfarenheter ser på socialarbetares insatser.

Uppsatsen är tematiserad med empirin och tidigare forskning och litteratur i dessa frågeställningar:

- Perspektiv på behandlingen av missbruk och terapierna på Korsaröd.

- Behandlingens längd och tidsperspektiv.
- Kvinnornas nuvarande livssituation
- Stöd och kontakter.
- Etiskt och önskat förhållningssätt.

Avgränsningar

Uppgifterna i empirin kommer från kvinnorna själva. Jag har använt dem som enda kunskapskälla om deras situation och upplevelser. Jag har inte följt upp deras upplevelse genom att fråga någon ur personalen eller någon annan myndighet. Det är deras upplevelse och villkor som varit viktigt att undersöka. När det gäller behandlingsmetoderna har jag använt Korsaröds egen beskrivning av terapierna och använt litteratur eller annan källa om jag kunnat.

Kort presentation

Det är fyra kvinnor av sex ursprungliga, som utgör denna uppsats underlag till empiri. Det som är gemensamt för alla kvinnorna är att de befann sig på Korsaröd under åren 1995-1996 och började samma svenskkurs. De har missbrukat antingen läkemedel eller narkotika. De har vistats på Korsaröd i behandling under 5 år. De fyra som jag intervjuade var **Carina** som har diagnosen schizofreni och bor i mellanskåne med sina katter. Hon har trots sin sjukdom klarat att ta studenten och datakörkort med bra betyg. **Ann** är den enda av kvinnorna som har kontakt med alla de övriga. Hon säger att man måste kämpa på och att livet går vidare. **Åsa** arbetar på ett bemanningsföretag och hennes stora intresse är att träna. **Pernilla** har flyttat tillbaka till sin hemort och det allra viktigaste och det mest betydelsefulla i hennes liv är hennes treåriga son.

Det var två som inte svarade på mitt brev. Därför är de inte med mer än att de nämns ibland. Den person som man vet minst om är **Karin** eftersom hon skar av alla band med Korsaröd och kamraterna där. **Lisa** har nyligen flyttat och hade enligt några av de andra kvinnorna för ett par år sedan fortfarande problem med alkohol.

Metod och material

Metod

Uppsatsen utgår ifrån ett individperspektiv och det är kvinnornas egen berättelse som är i fokus. Jag vill veta deras levnadsvillkor och erfarenheter från behandlingen och det är därför som jag har använt en kvalitativ metod. När forskaren intresserar sig för betydelser och på vilket sätt som människor förstår sin omvärld används en kvalitativ metod. Kvalitativ forskning är mer

beskrivande och djupgående och betoningen ligger på upptäckt. Det är ett sätt att kunna betrakta och fokusera på sammanhang och i deras kontext och på vilket sätt som man får en helhetsyn (Denscombe, 2000).

Genom att intervjua kvinnorna kunde jag få en sammanhängande bild av deras nuvarande livsvillkor och deras subjektiva upplevelser av behandlingen på Korsaröd. Deras perspektiv på önskat förhållningssätt från personal inom socialvården kommer också fram. Jag har kopplat tidigare forskning och teori till empirin och för att få en struktur på uppsatsdelarna har jag tematiserat teorin och empirin i fem olika frågeställningar. Den första temat är perspektiv på behandlingen av missbruk och terapierna på Korsaröd. Behandlingens längd och tidsperspektiv är det andra temat. Kvinnornas nuvarande livssituation är en större del av det tredje temat. En redogörelse för kvinnornas stöd och kontakter sker i det fjärde temat. Och det femte och sista temat handlar om etiskt och önskat förhållningssätt. Orsaken till min tematisering är att förenkla och kunna se olika delar av en helhet. Genom att sätta fokus på olika delar kan man bättre förstå och fördjupa dessa. Det finns fler avsnitt ur deras livshistoria men jag koncentrerar mig bara på dessa fem fragment.. Det är bara brottstycken av deras liv och bara en del av deras reflektioner som ligger till grund för denna empiri. För kvinnorna är detta bara en del av deras livshistoria och deras liv innehåller mer än dessa fem teman som lyfts fram. Genom dessa teman analyseras empirin. Den kopplar samman teoretiska resonemang med empirin. Analysen fokuseras på makt- och genusperspektivet och genom att dra paralleller till kvinnornas upplevelser klarläggs likheter med resultat från tidigare forskning.

Jag har haft ett induktivt förhållningssätt vilket innebär att jag inte har haft några stora kunskaper om deras verklighet utan har gjort undersökningen för att jag var intresserad och ville beskriva deras verklighet utan några klara hypoteser. Induktivt förhållningssätt används när man närmar sig en problemställning tämligen förutsättningslöst, syftet är inte att pröva hållbarheten i vissa teser genom hypotesprövning. Utvecklingen av begrepp inom ett fenomen och att skaffa sig en helhetsförståelse så långt det är möjligt är induktivt (Halvorsen, 1992).

Urval

Mitt urval är ett subjektivt urval (Denscombe, 2000). Det är just dessa kvinnor jag ville intervjua, eftersom jag träffade dem för tio år sedan då de befann sig på ett specifikt behandlingshem, Korsaröd, som är inriktat på dubbeldiagnoser. Jag har skickat var sitt brev till kvinnorna som behandlingshemmet vidarebefordrat, med ett gammalt fotografi på dem och mig. I detta brev presenterade jag mig och förklarade syftet med att jag vill träffa dem igen och där jag har bitt dessa

kvinnor att kontakta mig. Eftersom jag inte fått tillgång till deras personnummer, så kan jag inte följa upp dem som inte vill vara med eller som inte hörde av sig. Jag är medveten om att undersökningen inte är generaliserbar på grund av ett litet antal tillfrågade och från ett specifikt behandlingshem. Dessa kvinnor representerar bara sig själva och inga andra. Intervjuerna är ett tidsdokument och är från april 2005. Det är deras perspektiv och de har svarat utifrån sin egen unika utgångspunkt just vid detta tillfälle. Andra kvinnor med samma diagnos hade kanske svarat på ett annat sätt eller resonerat annorlunda. Kvinnorna själva kan resonera på ett annat sätt eller lever på ett annat vis om några månader eller år. De har bara svarat för deras erfarenheter och liv just nu.

Jag vet att behandlingshemmet har kontakt med fem kvinnor av dessa sex. Ett av breven kom tillbaka. Det var skickat till fel person med samma namn som Karins. Ingen vet något om Karins vidare öden eftersom hon skar av alla band till behandlingshemmet och kamraterna där. Lisa hörde inte heller av sig till mig och har tydligen nyligen flyttat och hon hade enligt de andra kvinnorna för ett par år sedan fortfarande problem med alkohol.

Genom en snöbollseffekt fick jag även kontakt med Pernilla. Ann förmedlade kontakten till Pernilla. Då för tio år sedan gick Pernilla tillsammans med dessa kvinnor bara i en månad för att ett år senare komma tillbaka till den större gruppen. Jag vet vem hon är på grund av detta och var då intresserad av att höra hur hennes liv har blivit nu när jag fick chansen. Snöbollseffekten innebär att urvalet bestäms av att en person hänvisar till en annan. Urvalet växer då som en snöboll (Denscombe, 2000). Men i mitt fall stoppade jag där. Att Pernilla kom med innebar att jag kunde få större urval- och intervjumöjligheter. Nu blev de ju fyra istället för tre.

Material

Uppsatsen bygger på individuella intervjuer med fyra kvinnor som alla vistades på Korsaröds Behandlingshem för tio år sedan. Metoden är kvalitativ och intervjun bygger på en semistrukturerad intervjuguide. Detta innebär att man har en färdig lista med de ämnen som man är intresserad av. Vilket har inneburit för mig att man är flexibel när det gäller ordningsföljd och kan låta den som blir intervjuad utveckla sina idéer och tala mer utförligt om ämnet. Tonvikten ligger på att den som blir intervjuad kan utveckla sina synpunkter på ett mer öppet sätt (Denscombe, 2000). Styrkan är att respondenterna (människor som ger information) inte har tvingats in på ett bestämt sätt utan har kunnat uttrycka sig och fördjupa sig på ett friare sätt (Halvorsen, 1992).

Intervjuerna är inspelade på band och transskriberade. Intervjuerna har i tre fall gått via telefon då vi inte bor i samma landsända och i ett fall vid ett hembesök. Gester och kroppsspråk försvinner när det sker över telefon, det är jag medveten om. Ljudupptagning innebär en permanent och fullständig återgivning av det sagda ordet. Det ickeverbala uttryckssättet eller annan kontext fångas inte av en

bandspelare (Denscombe, 2000). Intervjuerna har ändå kommit in på djupet trots avståndet. Intervjuerna har varat mellan 45 minuter till en timme. Jag har bokat tid till intervjutillfällena och upplever att de verkligen har tagit tid till intervjusamtalen. Eftersom de har fått ringa upp mig har de redan i det första samtalet presenterat en del av sin nuvarande livssituation. Då har jag inte spelat in men har fört anteckningar och kunnat fråga och fördjupa vid intervjutillfället.

Reliabiliteten

Tillförlitligheten eller reliabiliteten är baserad på hur intervjun genomförs om någon annan kan få veta samma sak genom att ställa samma frågor. I en kvalitativ metod är det svårt att säga om hur mycket min egen betydelse som intervjuare har. Intervjueffekten innebär att man svarar olika beroende hur respondenten uppfattar intervjuarens personliga identitet. Alla har sina olika uppfattningar och förutfattade meningar och detta kan i viss grad inverka särskilt om det är känsliga och personliga ämnen som intervjun handlar om (Denscombe, 2000).

Effekten av min identitet har påverkat intervjun är på ett positivt sätt eftersom jag en gång i tiden har träffat dem och blev insatt av dem i deras livshistoria. Jag var då inte insatt i behandlingsmetoderna. Nu har jag en annan förståelse och insikt i den problematiken. Då var jag, som kom utifrån inte insatt i hela deras system- och begreppsvärld och de berättade utifrån det. Kvinnorna var under intervjuerna väldigt öppenhjärtiga och berättade både om deras positiva utveckling men även om djupt tragiska saker. Jag tror att eftersom de träffade mig en gång i veckan under ett år kom jag dem nära. Då för tio år sedan hade vi en bra relation och de kände nog att jag verkligen brydde mig om dem då. Det kan ha gjort att de har nog berättat om händelser och skeenden som de inte pratar annars med någon vid första kontakten. Men det är deras historia och andra får nog veta precis samma saker som jag har fått veta om man skapar en tillitsfull och meningsfull relation. Detta kan emellertid ta tid. Min förståelse och att jag var känd av dem gjorde att jag kunde komma djupare in deras emotionella och kognitiva värld och få kunskaper snabbare.

Validiteten

Trovärdigheten eller validiteten innebär att data och metoder ska reflektera riktigheten och verkligheten och täcka de frågeställningar som finns (Denscombe, 2000). Validiteten är viktig i valet av metoden, hur jag kan på ett tillförlitligt sätt redovisa min empiri på ett trovärdigt sätt. Jag har inte kontrollerat mina respondenter mot några andra uppgifter än det de själva har lämnat. Det är deras sanning om sitt liv och levnadsvillkor och deras självförståelse och uppfattningar som beskrivs i min text. Jag har sedan läst upp det jag skrivit för dem så att de har kunnat ändra om det inte hade stämt. Jag har skrivit om deras liv och perspektiv på ett för dem trovärdigt sätt.

Genom att använda en semistrukturerad intervjuguide och med avsikten att kunna tematisera uppsatsen så har kvinnorna lämnat likartade svar. De bekräftade varandras historiska återblickar, speciellt om behandlingen på Korsaröd. Att valet blev att redovisa det som skilde eller som fördjupade bilden betyder inte att de upplevt eller bekräftade varandras berättelser. Fyra kvinnors berättelser är alldeles för lite för att kunna dra några generella slutsatser. Deras berättelser kan användas för att jämföras med andra studier. Intervjuerna kan nyansera eller fördjupa bilden av levnadsvillkoren hos kvinnor med dubbeldiagnos vilka har avslutat sin behandling för flera år sedan. Jag har kunnat fråga om riktigheten och relevansen under intervjuerna vilket kan ge validitet till empirin.

Etiska överväganden

Det är kvinnorna som fått ringa upp och jag har bokat tid till intervjun. De har informerats om att jag då har spelat in intervjun. Jag har sedan sammanställt relevanta delar av intervjuerna och givetvis har jag aidentifierat personliga uppgifter och garanterat intervjupersonerna anonymitet. Jag har redan vid transkriberingen hittat på nya namn på kvinnorna och deras nära och kära. De påhittade namnen valde jag då de är tidstypiska för 30-40 års åldern som kvinnorna för närvarande är i. Jag har ändrat på detaljer som inte är relevant för uppsatsen. Deras riktiga namn förekommer inte någon annanstans än på en handskrivna lapp med deras telefonnummer som förvaras på ett säkert ställe och inte kan kopplas ihop med dem. Mitt ansvar som intervjuare var att vara lyhörd och varsam. Det är jobbigt för dem att berätta vissa saker och som väcker minnen eller längtan. Samtidigt har jag en ansvar över att denna uppsats ska bli så bra som möjligt och delge en fördjupad kunskap om levnadsvillkoren för en dubbeldiagnosticerad kvinna. Men som Arne Kristiansen skriver på sidan 81 i sin bok *Fri från narkotika* ”Det är skillnad mellan att vara intresserad av en person eller att invadera henne” (Kristiansen, 2000). Därför finns det skillnader i deras reflektioner. Någon ville inte prata om ett ämne som någon annan gärna pratade om. Jag har fått vara lyhörd och släppa frågor och prata mer om något annat ibland. Jag är väl medveten om att det är utelämnande att beskriva sina känslor och tankar inför något som ligger flera år tillbaka. Kvinnorna har fått en chans att ändra på uppgifter när jag ringt upp och återgett min tolkning av deras ord. Jag har refererat allting korrekt utom en detalj som är ändrad.

Källkritik

I min empiri var jag hänvisad till kvinnornas berättelse och vill inte ifrågasätta eller kan inte vidimera deras upplevelser. Deras berättelser var ju utgångspunkten i min uppsats och de berättade likartat om terapierna och Korsaröd. Jag har inte använt andra källor än deras egen levnadshistoria om deras liv. Korsaröd lämnar inte ut uppgifter om dem p.g.a. av sekretesskyddet. Det är ju

kvinnornas upplevelser som är det primära i min uppsats. De har svarat på mina frågor på ett ärligt och öppet sätt. De uppgifter som missbrukaren själv berättar anses ha en stor tillförlitlighet, enligt Fridell (Trulsson, 2003).

Enligt mig är källkritik viktigt. Kunskap kan bli inaktuell eller så är det inte byggt på en vetenskaplig grund. Alla källor som produceras sker med ett syfte och de skall granskas. Syftet kan vara att sprida publicitet om en visst ämne och ibland är det inte helt vetenskapligt. Här är inte en redogörelse eller en lista över alla källor som använts. Genom att visa fram hur jag ändå reflekterat över de viktigaste källorna finns här ett urval av min källkritik:

Trulsson har skrivit en doktorsavhandling, *Konturer av ett kvinnligt fält*, som bygger på intervjuer med två olika grupper av missbrukande kvinnor, dels tolv missbrukande mammor som levde skilda från sina barn, dels tjugosex missbrukande kvinnor i behandling. Hon redovisar flera omfattande teoridelar som berikar och ger bakgrund till det som sker i de praktiska fälten.

Kristiansen bygger sin empiri i boken *Fri från narkotika*, på sju kvinnor och sju män som har varit missbrukare i flera år. De har varit drogfria i minst två år och de lever i socialt integrerade och meningsfulla liv. Kristiansen förmedlar en optimistisk syn: det går att komma ur ett missbruk och få ett bra liv. Schablonbilden är ju annars oftast negativ och pessimistisk.

Korsaröds hemsida har använts för att få veta mer om deras behandlingsarbete. Denna hemsida syftar säkert till att sälja in behandlingen till dem som läser den. Jag är medveten om detta problem. Speciellt de ickeverbala terapierna gjorde att jag var hänvisad till internetsidorna eftersom det inte stod om dem i böckerna. Även Korsaröds egen broschyr har använts, där stod deras historik som var intressant. Jag har inte ifrågasatt eller dubbelkontrollerat deras uppgifter, eftersom det inte är en utvärdering av deras behandlingshem. Men deras synsätt och behandlingsformer blir intressant i förhållande till kvinnornas berättelse eftersom de alla har vistats på detta hem.

I boken *Behandling av alkoholproblem* (Berglund, Andréasson, Bergmark, Blomqvist, Lindström, Oscarsson, Ågren, Öjehagen, 2000) som är en kunskapsöversikt, där de sammanställt fakta från litteratur och forskning inom detta område. Boken är utgiven av Centrum för Utvärdering av Socialt arbete (CUS) och Liber AB. CUS huvuduppgift är att sammanställa kunskaper och erfarenheter inom socialt arbete på ett sakligt sätt. Koncentrationen skall vara på sociala metoder, arbetssätt och arbetsformer och belysa detta ur olika synvinklar. Så långt det är möjligt ska det vara baserat på vetenskaplig grund.

I Melin & Näsholms (1998) bok *Behandlingsplanering vid missbruk* som har kommit till i samarbete med Institutet för Kunskapsutveckling inom Missbrukarvården som ska verka för att behandlingspersonal fortbildas. Boken klarlägger fakta och väcker och ställer många frågor. Den lär ut behandlingsmetoder och tekniker och ställer frågor för att behandlaren ska reflektera över sin egen roll i detta.

Disposition

Efter denna disposition kommer ett stycke om olika definitioner och antagande som förklarar missbruk och dubbeldiagnos. Olika teoretiska utgångspunkter kommer därefter där jag koncentrerar mig på makt- och genusperspektivet. Avhandlingen är nästa stora del. Det är här som fakta och empiri kommer. Avhandlingen är tematiserad för att det skall bli lättare att läsa och kunna se de olika delarna av kvinnornas verklighet.

Avhandlingsdelen börjar med en beskrivning av **Korsaröd och deras behandlingsformer och terapier**. I anslutning till det berättar kvinnorna om sin upplevelse av Korsaröd. Detta är det första temat. Nästa del i avhandlingen handlar om det andra temat som är **behandlingens längd**. Kvinnorna vistades i genomsnitt på Korsaröd i fem år. Idag är ett år länge för en behandling. I denna del kommer en del tidigare forskning fram. I empirin är det mest Carina som talar om oron som andra kunde uppleva mot slutet av hennes tid där. Carina var den av de fyra kvinnorna som var sist kvar. Därefter kommer kvinnornas berättelse om sin **nuvarande livssituation** som är det tredje temat. Mitt fjärde tema heter **stöd och kontakter**, där redogör jag för varifrån kvinnorna får sitt stöd och vilka kontakter de har. Sista och femte temat i min empiri handlar om **etiskt och önskat förhållningssätt**. Kvinnorna får beskriva hur de vill att blivande socionomer och socialarbetare skall förhålla sig för att kunna hjälpa. Här kommer också en del om yrkesetik, speciellt om olika dolda och informella maktmedel. I **Analysen** kopplas teoretiska resonemang ihop med empirin. Speciellt fokuseras på makt- och genusperspektivet och genom att dra paralleller till kvinnornas upplevelser klarläggs likheter med resultat från tidigare forskning. Efter analysen kommer delen **Diskussion och sammanfattning**. Det är mina ord om hur man kan sammanfatta empirin och teoridelarna. Efter **referenslistan** på källor som används i denna uppsats kommer en **bilaga**. Det är Carinas egna ord om hur det är att vara drabbad av psykisk sjukdom. Carina skriver på ett väldigt bra och lättläst sätt. Hennes välformulerade ord gör det lätt att förstå och få en unik chans att få en insyn i en värld som brukar vara dold eller svår att få en inblick i. Eftersom det är Carinas egna ord producerade i ett annat sammanhang placeras den i bilagan.

Missbruk och dubbeldiagnos

Antaganden om missbruk

För att betraktas som missbruk enligt DSM-IV ska ett eller flera kriterier vara uppfyllda och upprepat eller varaktigt under samma 12-månaders period; det kan vara upprepat droganvändning trots skyldigheter och trots risk för skada eller problem, upprepade kontakter med myndigheter. Man kan vara beroende utan att vara missbrukare och missbrukare utan att vara beroende. Fysiskt beroende kännetecknas mest av abstinenssymtomen och psykiskt beroende är när det finns ett behov att återupprepa intaget av substansen. Man kan vara beroende av ett medel redan vid ett medelmåttigt doserande och utan att öka dosen medan missbruk förutsätter höjning av mängden av dosen, tolerans och bruk av höga doser (Johansson & Wirbing, 1999) I inledning till boken *Narkotikamissbruk* skriver Eva Johansson, Leili Laanemets och Kerstin Svensson (2000) att missbruk är ett icke anpassat konsumtionsmönster. Även om missbrukaren känner av bestående eller återkommande sociala, yrkesmässiga, fysiska eller psykiska efterverkningar på sitt missbruk kan han inte sluta. Missbruk är att använda droger fast att drogandet innebär att någon kommer till skada. Missbrukaren utsätts också för ett moraliskt fördömande från omgivning och samhälle (Johansson & Laanemets & Svensson, 2000). Missbruk är ett sammansatt tillstånd som kräver breda lösningar. Missbrukarna har en del gemensamma delar men det finns ändå individuella skillnader som gör varje missbrukare unik (Melin & Näsholm, 1998).

Antaganden om dubbeldiagnos

Med dubbeldiagnosbegreppet avses de patienter som samtidigt har en psykiatrisk diagnos och ett missbruk- eller beroendediagnos enligt Johansson & Wirbing (1999). Psykiska problem är vanligare hos personer som har drogproblem än hos andra. Antingen är det en faktor som inverkar på orsaken till drogandet men kan också vara utlöst av det. Dolt missbruksbeteende kan leda till ångest, panikångest, sömnsvårigheter och att sociala fobier förvärras. Ibland missar läkare att patienten är beroende när den sjuke söker hjälp på en psykiatrisk klinik. Patienter med dubbeldiagnos kan ha kognitiva försämringar vad gäller minne, överblick och koncentrationsvårigheter. De psykiska problemen kan göra att en klient trots intellektuell kapacitet och hög motivation kan agera utan reflektion och eftertanke. Förmågan att förstå och konstruktivt använda råd kan vara försämrade. Detta sammantaget kan göra att det är svårt att bryta ett missbruk eller ett beroende. Men är helt nödvändigt för klienten ska kunna tillgodogöra sig psykoterapi (Johansson & Wirbing, 1999).

Perspektiv på mänsklig förändring

Vägarna in i, under och ut ur ett missbruk påverkas av biologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer som samverkar på ett svåröverskådligt sätt. Dessa faktorer påverkar hela den processen som missbrukskarriären är, men gör ändå att de individuella skillnaderna kan bli unika. Individens förutsättningar, mål och behandlingsalternativ skiljer sig beroende på i vilket skede individen befinner sig. Det finns ändå alltid en möjlighet att bryta det destruktiva och påbörja vägen ut ur missbruket (Melin & Näsholm, 1998).

Olika teoretiska utgångspunkter

Samspel och kommunikation

Socialpsykologi handlar om resultatet av samspelet inom och mellan olika grupper när det gäller att skapa och vidmakthålla social identitet enligt Payne (2002). Det ligger till grund för studier av de psykiska och sociala betingelser som finns vid social interaktion och vid sociala fenomen på individnivå. Det innefattar idéer om hur människor beter sig i förhållande till varandra och den påverkan som detta får. Socialpsykologin inriktas på kommunikation och den effekt som språk och tal har för samspelet mellan två eller fler inblandade. Maktrelationer har sin grund i hur språket konstruerar den värld man vill förmedla. Genom språket konstruerar man sin bild av verkligheten i en process där man påverkar och tar ett maktövertagande (Payne, 2002). George Herbert Mead (1863-1931) betonade språket och symbolernas roll i människornas värld och detta perspektiv kallas symbolisk interaktionism. Mead som var filosof och undervisade på universitetet i Chicago fokuserade på medvetenheten om vår egen individualitet. Genom att använda och förmedla symboler som står för något annat kan vi samspela och kommunicera (Giddens, 1998).

Maktförhållande mellan klient och socialarbetare

Omedvetenhet om maktförhållandet mellan socialarbetare och klient ger makten mer styrka i påverkan och betydelse. Makt sker i utövandet och i skeendet mellan två eller flera individer som är involverade i en process. Makten är enligt Foucault ett komplicerat och ett taktiskt förhållande i ett fastställd relation och är alltid närvarande vid socialt arbete. Makt finns oavsett kön, klass, eller positioner i samhället. Michel Foucault (1926-1984) var inriktad på hur makten påverkar den underordnade och förståelsen för vad makt, disciplinering och normalitetssträvanden gör med människan. Makt är ett relationsbegrepp. Inom varje relation finns ett maktförhållande. Foucault räknas som en modern tänkare och han sa att vi är påverkade av makten, samtidigt som vi finns i makten. Samhällsnivån påverkar alla och individnivån påverkar samhällsnivån. Vi är inte något

som samhället skapat, det är vi som skapat samhället. Människan finns i samhället och samhället i människan, därför ska man inte lösa problem ur ett nivå tänkande (Kristiansen, 1994).

Genusperspektivet på behandlingen

Kvinnornas behov

Enligt Sofia Behandlingshem som behandlar enbart kvinnor anser de att det finns fyra viktiga hörnstenar i behandlingen. Den första är symtomtoleransen, d.v.s. tryggheten i att inte bli övergiven vid återfall. Den andra hörnstenen utgörs av de individuella samtalen där kvinnorna kan tala om sina problem och få tillit till sina behandlare. Den tredje hörnstenen består av gemenskapen med de andra kvinnorna i kollektivet. Där kan kvinnorna reparera en del av de bristerna i socialisation man bär med sig från trasiga hemförhållanden och utsatta liv. Den fjärde handlar om eftervården och långsiktigheten i behandlingen (Sofia behandlingshem, 2005).

Det kvinnor i Trulssons (2003) studie anser vara betydelsefullt i behandlingen och deras behov är en kombination av individuella samtal, gruppsamtal och aktiviteter i miljöterapi. Kvinnorna tillmätte störst betydelse till relationerna, tryggheten och långsiktigheten i behandlingen. De behövde en nära relation till annan kvinna och kunna prata om traumatiska upplevelser. Detta fick de tillgodosett i de enskilda samtalen. Genusperspektivet på missbruk visar att det finns könsskillnader i stigmatiseringen. Kvinnor döms hårdare och det ställs högre krav på nykterhet och kontroll på dem enligt Trulsson (2003). De känner skam och skuldbelägger sig själva. Att inte leva upp till idealet skapar hos kvinnan en sämre självkänsla. Samhället mer uttalade fördömande av missbrukande kvinnor leder till stigmatisering och ett mindre socialt stöd erbjuds kvinnor än män (Trulsson, 2003). I enlighet med Ronnby (1983) fungerar stigmatisering på ett subtilt och normativt sätt. Det reglerar och kontrollerar individen som funktion och som upprätthåller en känsla av personligt misslyckande (Ronnby 1983). Enligt Melin och Näsholm (1998) bygger kvinnor mycket av sin självkänsla på omgivningens reaktioner och bekräftelser på henne. Män grundar sin på sin egen kapacitet och vill gärna ha autonomi. Mäns identitetsupplevelse betonar avskildhet medan kvinnorna bygger sin identitet på relationer. Kvinnors problem kan också bero på sexualiserat våld eller att det varit droger inblandade vid sexuella känslor. Man måste ta hänsyn till dessa skillnader vid behandlingen av kvinnor. Så att behandlingen och gruppverksamheten inte enbart sker på männens villkor (Melin & Näsholm, 1998)

Barndomen

Enligt Trulsson (2003) blir spåren av upplevelser från barndomen in i vuxen ålder tydliga. Obearbetade trauman och frysta krisreaktioner utgör en grogrund för missbruket. Många av kvinnorna i Trulssons (2003) studie hade varit utsatta för integritetskränkningar eller extrema

maktutövningar av det andra könet genom övergrepp och misshandel. När det gäller kvinnliga missbrukare har de i högre utsträckning än män problem i deras uppväxtfamilj och varit utsatta för sexuella övergrepp. Det är fler missbrukande kvinnor än män som är drabbade av låg självkänsla, depression, känsla av värdelöshet och de gör fler suicidförsök. (Trulsson, 2003).

Socialisationen

Trulsson (2003) skriver att socialisation är den process då vi lär oss vår kultur. Genom kontakter med andra lär vi gradvis oss färdigheter och kunskaper som passar in i en viss kultur. Socialisationen inleds under de tidiga barnåren och fortsätter hela livet. Uppkomsten av en anknytning till speciella individer markerar ett viktigt steg i socialisationen. Det är i denna fas som många missbrukare har fått uppleva separationer, fysiskt och psykiskt utnyttjande samt socialt utsatta omständigheter. Nästa viktiga socialisationsfas inträffar i tonåren. Det är då som kamraterna blir viktiga för att få en egen identitet. Missbruk i denna fas stör den vanliga tonårsutvecklingen. Pojkar tar droger för att våga närma sig flickor på ett känslomässigt sätt och flickor för att klara av en vuxen sexualitet som de inte är mogna för. Kvinnor reparerar brister i sin socialisation genom behandlingen, för många handlar det om att ta igen en på grund av missbruket förlorad tonårstid. Kvinnornas betoning på terapisaftalen och gemenskapen med andra kvinnorna i kollektivet bekräftas av forskningen som visar att kvinnor utvecklar ett relationsjag i ett nära samspel med sin moder och sina väninnor (Trulsson 2003).

Perspektiv på behandlingen och terapierna

Behandlingen på Korsaröd

Kvinnorna vistades på Korsaröd under 1990-talet. Först kommer en tillbakablick på behandlingshemmet, sedan följer en beskrivning av deras olika terapier. Sist i denna del kommer nya behandlingsmetoder som kvinnorna inte har genomgått.

Historik

Korsaröd har gjort en broschyr *En period av utveckling - En period av glädje till livet (2005)*. Här kan man läsa att Korsaröd Behandlingshem startade 1976. De var det första behandlingshemmet i Sverige att erbjuda ett alternativ till vården av missbrukare med psykiska problem. Under de första åren samarbetade de med Institutionen för Livsterapi i Malmö. De införde ett trestegsprogram med olika faser i behandlingen och arbetade med transaktionsanalys. Under 1980-talet växte verksamheten och ett omfattande metod- och kompetensutveckling tog fart. En process att presentera verksamheten och behandlingsmetoderna genomfördes genom att de deltog i

internationella och europeiska konferenser. Under 1990-talet började personalutbildningarna och handledningen resultera i psykoterapeutisk examen. Den integrerande behandlingen fick fokus på transaktionsanalys, kropps- och bildterapi. Genom att samarbeta med framstående auktoriteter i Europa inom kroppsterapi och bildterapi vidgades och utvecklades dessa. Uppföljnings- och eftervårdsprogrammet inleddes. Kvaliteten på behandlingen utvärderades bl.a. av psykologiska Institutionen på Umeå Universitet. Institutionen för Livsterapi i Malmö fick ett långtgående kontrakt att utvärdera klienternas upplevelse av behandlingen, detta projekt blev till en del av en doktorsavhandling. (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

2001 firade Korsaröd Behandlingshem 25 års jubileum. De har varit tvungna att anpassa behandlingsprogrammet efter omvärldens förändrade krav. De erbjuder idag en mer individuell och flexibel behandlingsplan med bedömning, korttidsbehandling och intensivbehandling. De arbetar utifrån en helhetssyn som bygger på en klart uttalad ansvarsmodell vars utgångspunkt är att varje individ har resurser och förmåga att ta ansvar för sitt eget liv. Atmosfären präglas av utveckling och personalen får kontinuerlig handledning och fortbildning. Klienterna ska bli kunnigt och seriöst bemötta på alla plan. Ambitionen är att respektera klientens förmåga till förändring och få känna glädjen i att utvecklas som individer. Korsaröds behandlingshem anser att det är viktigt och nödvändigt att ha ett positivt samarbete med socialtjänsten och psykiatrin (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

Psykoterapi

Psykoterapin utgår då som nu ifrån ett transaktionsanalytiskt grundperspektiv med inriktningen på probleminventering och beteendeförändring i den inledande processen. Man tittar på abstinensbeteendet och drogfrihet och social kontroll. Temat är att hjälpa klienten att hantera sin drogproblematik och psykiska ohälsa. Jagstödande samtal är viktigt i inledning för att senare fördjupas i en bearbetning av sin psykologiska sårbarhet med hjälp av regressiva terapier (Korsaröds Behandlingshem, 2005). Synsättet på missbruket är att det orsakas av en följd av störningar i klientens jagfunktioner och är ett uttryck för jagsvaghet. Missbruket kan vara ett sätt att hantera depressiva känslor eller som en yttring av bristande impuls kontroll. Missbrukaren kan ha svårt med att handla långsiktigt och ha behov av en omedelbar behovstillfredsställelse. Det kan vara en form av självmedicinering. Genom terapin försöker man ge insikter och försöker rekonstruera personligheten. Terapeuten tittar bl.a. på störningar i den tidiga föräldra-barn-relationen som kan ge bristande självkänsla. Terapeuten uppmärksammar brister av varseblivningen av olika känslor och i relation med andra. Man uppmärksammar vilka behov och funktioner som drogen har för klienten. Tillsammans försöker man klarlägga brister i klientens självbevarande funktioner. Detta för att hjälpa klienten att förutse egna svagheter som kan leda till att utsättas för negativa eller farliga situationer. Klienten utvecklar en realistisk uppfattning av styrkan och svagheten i den egna

personligheten. Terapin leder till att självaktningen och självkänslan växer bl.a. genom att klienten kan lära sig att särskilja och kontrollera sina inre spänningar och förutse konsekvenserna av sina handlingar (Bergmark & Oscarsson, 2000).

Transaktionsanalys

Utvecklingsarbete med hjälp av TA utgår från ett ömsesidigt avtal eller kontrakt mellan transaktionsanalytiker och klient. Kontraktet skall ha tydligt formulerade mål, ramar och metoder och bygger på klientens önsknings och vad och på vilket sätt terapeuten skall medverka. Kontraktet som är väl genomarbetat är det som vägleder samarbetet mot de definierade målen, när det gäller de psykologiska förändringarna hos klienten. En grundläggande syn inom transaktionsanalys är att alla har tre olika jagtillstånd. Föräldrajaget står för det kritiska,, omvårdande, värderande och auktoritära. Barnjaget rymmer det spontana, nyfikna, rädda, glada, arga och självcentrerade medan vuxenjaget står för det objektiva, realistiska, logiska, rationella och demokratiska. Synsättet är att man ska bli medveten om hur de olika tillstånden påverkar relationerna till andra och därmed påverkar det egna livet (SiS 2005).

Miljöterapi

Det miljöterapeutiska arbetet syftar då som nu till att klienten skall uppnå en god social förmåga och kompetens. Behandlingsmotivet är att upprätthålla en social kontroll i vardagen. Genom att tillhandahålla en positiv, omvårdande miljö för klienten och genom att ge struktur och stöd stimulerar man ett eget ansvarstagande. Klienten erhåller därigenom en möjlighet till ett personligt växande. Det läggs stor vikt vid att klienterna ska kunna fungera fullt ut i vardagliga sammanhang utifrån sina personliga förutsättningar (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

Medicinsk behandling

Med fokus på den medicinska behandlingen har man på Korsaröd ett samarbete med leg. sjuksköterska och psykiatriker i regelbundna behandlingskonferenser med klientens eget behandlingsteam som deltagare. Mediciner används även till att behandla psykiatriska problem hos missbrukaren (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

Bildterapi

Nu som då används bildterapi som en ickeverbal uttrycksform som kan användas i den terapeutiska processen. Genom att arbeta med inre bilder och fantasier leder detta till insikter och förståelse för inre upplevelser och gör att det blir kommunicerbart i den terapeutiska processen (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

Kroppsterapi

Terapin syftar till att ge klienten en god kroppskänedom och kroppsuppfattning. Klienten får lära sig olika metoder att hantera ångest och stress. Avsikten är att längre fram förstå och bejaka sina känslor som en förberedelse till bearbetning av deras problematik på en fördjupad nivå (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

Kvinnobehandling

Korsaröd har en speciell kvinnobehandling med ett separat boende med 5 platser. Där erbjuds de en vardagsstruktur i en fungerande hemmiljö. De ingår i behandlingsprogrammet som en speciell kvinnogrupp. För de kvinnor som har barn erbjuder man att tillsammans med andra kvinnor i samma situation bygga upp sitt självförtroende och bearbeta känslorna av skuld och skam i relation till barnen (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

Familje- och anhörigprogram

Familje- och anhörigprogram innebär att familjemedlemmen ges möjlighet att bearbeta sina känslor av skuld och skam som det kan innebära att ha en anhörig med missbruk och psykiska problem. Detta sker parallellt med klientens behandlingsprocess. Träffen inleds med information om verksamheten där man träffar andra anhöriga och får prata om sin situation och bekantar sig med miljön och behandlingen och träffar klientens terapeut. Därefter erbjuds ett fyra dagar långt internat där de anhöriga får en mer ingående presentation av behandlingen. Syftet är att skapa förståelse för vad klienten går igenom under behandlingen. Man ger även möjligheten att se lösningar av de problem som de anhöriga upplever i samband med klientens behandling. Det ger också möjligheter att skapa en god och tydlig kommunikation mellan klienten och dess anhöriga (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

Uppföljningsprogram

Genom ett uppföljningsprogram kan behandlingshemmet fungera som ett stöd för klienten även efter ett avslutad behandling. Stödet kan även innebära kontakter med Försäkringskassan, psykiatri och socialtjänsten. Genom uppföljningsprogrammet finns tillfälle att återkomma till Korsaröd för besök en till två gånger per år. Möjligheten är då att bearbeta personliga problem med samtal och psykoterapi. Uppföljningsprogrammet är kostnadsfritt på detta behandlingshem (Korsaröds Behandlingshem, 2005). Genom detta uppföljningsprogram har man kontakt med fem av de sex kvinnorna. Undantaget är Karin som inte ville ha fortsatt kontakt efter att hon avslutat sin behandling.

Nya och aktuella terapier

Numera använder man även nya behandlingsmetoder som kvinnorna inte har erfarenhet av. Genom att anpassa sig till förändrade behov och resursbrist hos uppdragsgivare har man nya former på behandlingen. Genom att ändå berätta om de här metoderna kan man få en bild av aktuella terapier på Korsaröd och deras anpassning till nuvarande kunskap och behov.

- **Introduktion och bedömningsfas**

1999 utvecklade Korsaröd tillsammans med psykolog och psykiatriker en inledande bedömningsfas. Före beslut om placering sker en introduktion med ett studiebesök och en bedömningsintervju. Bedömningsfasen varar i ca två månader och syftet är att erhålla information och bedöma klientens

psykiska och fysiska status. Vilken missbruksproblematik det rör sig om och deras sociala färdigheter klarläggs också. Denna fas resulterar i en behandlingsplan som sammanställs i samråd med klienten och den aktuella uppdragsgivaren. Bedömningen kan även genomföras separat (Korsaröds behandlingshem, 2005).

- **Öronakupunktur vid drogmissbruk**

Behandlingen tar ca 45 minuter och öronakupunkturen skapar en lindring av symtomen som abstinens och drogsug ger. Även vid ångest, oro och andra spänningstillstånd kan akupunktur ge lindring. Öronakupunktur har blivit en vanlig del av behandlingen vid alkohol-, narkotika- och läkemedelsberoende i ett trettiotal länder. Genom öronakupunktur får de en snabb känsla av lättnad genom att oron och drogsuget minskar. Behandlingen används inte bara som avgiftningsmetod utan även senare i drogrehabiliteringen. Den kan också användas som återfallsprevention. Öronakupunkturen som avgiftningsmetod presenterades första gången i vårt land år 1989 (NADA, 2005). Fördelarna är bl. a. att den är icke verbal. Den ger tröst, acceptans, lugn och trygghet och fungerar lika bra vare sig patienten ljugar, talar sanning, är blyg eller inte tror på verbala terapier. Framgången beror inte på något missbrukaren sväljer eller tillför kroppen på annat sätt och inte på någon annans ord. Akupunkturen, som här är sjuksköterskan, utökar känslan av att man kan förändra något själv. Att klienterna mår bättre efter en behandling måste bero på en kraft som finns inne i missbrukaren själv. Processen sätts igång av nålarna men kraften finns redan inne i missbrukaren (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

- **Medicinsk behandling**

Numera kan man genom medicinsk behandling även ge mediciner vid avgiftning och vid delirium tremens, och aversionsbehandling med Antabus och Dipsan. Man försöker även påverka själva alkoholberoendet nuförtiden med mediciner som minskar suget efter alkohol. Med Akamprosat och genom preparatet Naltrexon kan man blockera alkoholens belöningseffekter (Bergmark, Oscarsson, 2000). Preparatet Akamprosat varumärkesnamn är Campral© och läkemedlet Revia© är Naltrexon varumärkesnamn (Svenska rådet för alkohol och beroendefrågor, 2005).

- **Intensivbehandling**

Nu kan man även få intensivbehandling på Korsaröd. Behandlingen förutsätter att klienten har en fungerande tillvaro och/eller att hemkommunen vill ta ansvar och fungera som stöd i den sociala rehabiliteringen. Klienten kommer en dag i veckan eller en vecka i månaden för att stämma av och bearbeta den problematik som finns (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

- **Avslutningen på behandlingen**

Samarbetet med uppdragsgivaren är en förutsättning för en bra behandling och ett bra avslut. Under behandlingen planeras det för en tillvaro efter Korsaröd. Man genomför en planering tillsammans med klienten och uppdragsgivaren för vilket stöd och nätverksmöten som behövs. Finns behovet av

intensivbehandlingen under en tid så planeras detta. Man anger huvuddragen i hur eftervården bör se ut (Korsaröds Behandlingshem, 2005).

Kvinnornas upplevelser av behandlingen

När **Carina** skall berätta om Korsaröd säger hon att utan dem hade hon inte levt idag. Hon berättar att vid gruppterapin var de ungefär fyra eller fem i gruppen och i relationen blev de som syskon. På Korsaröd på den tiden delade de in behandlingen i tre olika nivåer och på steg två hade det bara varit tjejer och det gjorde att Carina vågade vara med i kroppsterapin. Kroppsterapin varade i ett par timmar minns Carina. Där kunde hon släppa ut all sorg och besvikelse. Övningarna gjorde att hon ibland ”stortjöt” och blev liggande på en madrass ”som en stor skakande fläck”. Då fick hon ligga där och gråta och skrika ibland tills hon blev alldeles slut. Det rådde total tystnadsplikt inom gruppen. Detta var viktigt för att de skulle våga släppa fram alla sina känslor och gamla spänningar. De hade ibland heldagsterapier. Då inledde de med kroppsterapi och sedan var det bildterapi, där skulle de måla eller rita vad de kände. Till sist samtalsterapi, där de kunde berätta vad de upplevde och kände. Ibland hade de vissa teman. Terapierna var väldigt skönt, tyckte Carina. Men man blev väldigt trött efter heldagsterapin och man somnade efter middagen och sov hela natten för att känna sig som pånyttfödd efteråt.

Ann berättar att kroppsterapin varade ett par timmar och hon tyckte den var jobbig men ändå rolig. Man skulle andas med magen och lära sig avslappning. Det som hon lärde sig mest var sammanhållningen. De kom varandra väldigt nära och de blev som syskon säger Ann som också är den som fortfarande håller mest kontakt med flera av de andra. Jag frågade Ann om gruppterapin, hur många var ni och hur satt ni?

Ann svarade: Fem stycken var vi. Ja man satt så i ring, vi blev som syskon, vi kom nära varandra. Väldigt närgångna blev vi. Jag såg terapeuterna som min mamma och pappa. De gav mig mycket och betyder mycket för mig. De hjälpte mig mycket Korsaröd har hjälpt mig oerhört mycket..

Om tiden på Korsaröd sa Ann att hon kom ihåg Gunilla som är kvar ur personalen på Korsaröd och att hon gav en blomma till dem när hon flyttade med orden ”Tack så mycket för att jag fick vara här och för att ni trodde på mig”. Korsaröds terapeuter gav henne otroligt mycket och betyder fortfarande mycket för henne. Hon är väldigt tacksam för all hjälp hon fick från Korsaröd.

Åsa berättar att de inte fick ha några relationer på Korsaröd, men att hon hade det i alla fall. Hon menar att det var ofrånkomligt när man var där så länge och att de kom varandra väldigt nära i de olika terapierna. Åsa var på Korsaröd i fem år. Hon tyckte inte om att bo i kollektiv där de var

många, utan trivdes bäst när de bodde fem stycken i ett radhus med egna rum. Åsa gillade kroppsterapin och beskriver att de fick göra olika gymnastiska övningar bl.a. gå ner i spagat. Bildterapi gick ut på att rita, kanske bara ett ord som de sa eller sitt känslotillstånd. Gruppterapin var samtal när de satt i en ring. Terapeuterna lyssnade när de talade. Åsa säger att det gjorde nytta för hon hade stora problem med sina mediciner som gjorde henne trött och seg. Hon upplevde att de var de enda som lyssnade på henne. Läkaren på Korsaröd tog bort hennes medicin och hon upplevde det som en befrielse. Åsa säger:

Terapeuterna lyssnade på vad man hade att säga. Det gjorde nytta för jag hade rätt så stora problem med min medicin. När de plockade bort min medicin så blev jag så glad och jag kände mig så frisk efter det. Jag har aldrig varit så glad och lycklig i hela livet som jag blev av detta. När de plockade bort den, så kände jag hur mycket piggare jag blev och min kropp blev piggare. Jag hade ju värk i ryggen och nacken. Blodtrycket var konstigt jag hade yrsel och sånt där. Det var som man gick med i en avtändning i kroppen, så gick man. Det var ju i alla fall så med abstinens i kroppen. Det är inte klokt.

Pernilla säger att hon hävdade sig och var rebellisk på Korsaröd. Hon har befunnit sig på Korsaröd vid fyra tillfällen under åren 1992 till 1997. Hon säger att hon var besvärlig och ifrågasättande hela tiden. Men som hon säger ”*det har ju varit jag och det har ändå kommit något bra av det*”. De satte ett nytt epitet på henne som ”obstinat”. Pernilla svarade så här när terapeuterna sa att hon skulle tänka positivt ”*det är ju lätt för er att säga, ni är här från åtta till fyra, sedan går ni hem till ert familjeliv och då skiter ni väl i att vi sitter här dygnet runt och är kvar i de, sedan kommer ni på morgonen och tror att allt är bra*”. Hon påpekade ofta till dem att ”*hur ska jag kunna tro på er, ni får ju betalt för att sitta och säga det här*”. Att hon var så motvalls ångrar Pernilla idag. Hon var inte aktiv under terapierna, men nu har hon kunnat ta till sig det som hon ändå lyssnade till. Hon är numera tacksam för det som hon fick under behandlingen på Korsaröd. Pernilla vill att Korsaröd ska veta att det har gått bra för henne. Hon har sagt det till dem, men är medveten om att hon tidigare ljugit och manipulerat sig själv och dem, så hon vet inte om de har tagit det på allvar. De kan ju inte veta om de kan lita på vad hon säger. Utan Korsaröd hade hon inte levt idag säger hon.

Behandlingens längd

De fyra kvinnorna var på Korsaröd ungefär i fem år under åren 1991-1998. Pernilla gick in och ur behandlingen under de fem åren hon vistades på Korsaröd. Det var den behandlingens längd som fanns då med olika steg och utslussningsfas och efterbehandling. Carina berättade att hon fick ett beslut på att hon fick vara där hela behandlingstiden. Hon berättade om att andra inte fick veta för mer än ett halvt år i taget och att det var nervöst för dem. Det blev värre mot slutet av Carinas tid där

Carina var på Korsaröd under åren 1993-1998. Socialens bedömningar blev hårdare och hårdare och det var de som fick åka hem fast de inte var färdiga i behandlingen. Att Carina upplevde detta och berättar kan bero på att hon var den som var kvar där längst av kvinnorna och fick känna kamraternas oro över behandlingstidens eventuella abrupta slut.

Carina berättar: Ja de beslutade att jag skulle få hela behandlingen... så jag kunde känna mig lugn...men däremot de andra tyckte... de från Stockholm och så vidare tyckte ju att det var hotat varje halvår. Så det var hotat att de skulle komma därifrån och det blev ju värre mot slutet... för det blev ju hårdare och hårdare ju. Det var ju de som fick åka hem fast de inte var färdiga..

Numera är det vanligaste behandlingstiden sex månader till ett år. Det finns ingen uppdragsgivare som betalar för längre behandlingstid än ett år enligt telefonsamtal med Korsaröds verksamhetschef (Korsaröds Behandlingshem, 2005). Under 1970-1980 talet satsades mycket på vård och specialiserade enheter som tog hand om avgiftning, öppenvård, frivillig behandling och tvångsvård. De byggdes upp en vårdkedja. Många kommuner startade vårdbaser som aktivt sökte upp och försökte motivera och slussa missbrukaren till rätt insats. Numera är de till stor del upplösta och vårdkedjan har drastiskt inskränkts (Goldberg, 2000) Under 1990-talet har man skurit ner på frivilligvården och tvångsvården av missbrukare. Narkotikapolitiken i Sverige vilar på tre ben; kontroll, prevention och vård. Genom att skära ner på vården blir det obalans. Genom att staten ålägger kommunerna ansvaret för vården och att de inte öronmärker pengar från staten till det, ger man kommunerna ett handlingsutrymme, där kommunerna inte prioriterar narkomanvård i samma utsträckning som man borde. Vården har blivit en ekonomisk prioriteringsfråga för kommunerna (Svensson, 2000).

Frivillig vård och tvångsvård av missbrukare som sker på socialens bekostnad har minskat betydligt under 1990-talet Både antal personer i behandling och vårdtiden har minskat i omfång. (Elmér & Blomberg & Harrysson & Petersson, 2000). Lagstiftningen gör att det ska vara svårt att få tag på och använda narkotika, men samtidigt ser samhället inte till att det ska vara lätt att få hjälp till att sluta knarka (Svensson, 2000).

SBU är en statlig myndighet med uppgift att kritiskt granska hälso- och sjukvårdens metoder och utvärdera metodernas nytta, risker och kostnader. SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering har utvärderat behandlingsarbetet med missbrukare 2001 och funnit att de faktorer som påverkar en bra behandling är:

- Att behandlingen är fokuserad på själva missbruksbeteendet och modifiera detta.
- Att det finns en hög struktur och tydlighet.

- Att det pågår under tillräcklig lång tid för att ändra individens vanor och beteende (Fridell, 2002).

Tidigare forskning

Björn Sallmén som skrivit en rapport 2004 om Institutionsbaserad LVM-forskning för SIS. Den bygger på medverkan av 350 klienter under tiden 1990-2000. Björn Sallmén anser att tiden på behandlingshem utgör en unik möjlighet för diagnostik, utprovande av olika former av medicinering och en chans att påbörja läkande eftervårdsinsatser, exempelvis samtalskontakter. Han konstaterar också att sedan 1989 har antalet platser på behandlingshemmet minskat med ungefär hälften, samtidigt som platsantalet totalt inom LVM-vården dragits ner med 75 procent (Sallmén, 2004).

I en långtidsuppföljning av förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem, har Socialstyrelsen gjort ett underlag från experterna med anledning av psykiatrireformen. I denna studie som heter *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykiskt störning och missbruksproblem* ville man titta på överlevnad efter fem år och behovet av stöd och behandlingsinsatser. De viktigaste resultaten var att dödligheten över dessa fem år var mer än åtta gånger högre än normalpopulationen. Drygt hälften av de 221 intervjuade hade inga missbruksproblem efter fem år. Men att de hade fortsatt behov av stöd och behandling inom flera problemområden, framförallt med psykiska problem, alkoholproblem, sysselsättning och fysisk hälsa. Man framhåller att behandlingen av dubbeldiagnosticerade bör ske med ett långt tidsperspektiv (Socialstyrelsen, 2004).

Kvinnornas nuvarande livssituation

Här kommer en sammanfattning av det som kom fram i intervjuerna om deras levnadsvillkor och bitar ur deras levnadshistoria. Vilken sysselsättning de har på dagarna och deras boendesituation framgår också. I denna del finns definitioner på begrepp som kvinnorna använder i fotnoter längst ner på sidan. Anledningen till detta är att ha definitionerna där de förekommer. Fotnoter används för att fördjupa eller förklara något (Halvorsen, 1992) Denna redogörelse är bara fragment av deras verklighet. Kvinnorna är sammansatta i en helhet och i ett sammanhang. Deras berättelser rymmer långt mer än vad som kommer fram i denna uppsats.

Carina

Samtalet med Carina ägde rum den 10 april 2005. Carina var på Korsaröd i fem år och flyttade därifrån för sju år sedan. Carina bor i en trivsamt lägenhet i Skåne med sina två katter. Det är hemtrevligt i hennes lägenhet och hon bjuder på kaffe. Det märks att hon trivs i sin lägenhet.

Carina säger så här om sin lägenhet ” *Det är en lägenhet, en tvåa där jag stortrivs, har en underbar granne som bor under mig och jag har två små katter. Jag har en mysig balkong och där jag tycker om att gå och pyssla. Jag älskar mitt hem. Efter alla år på institution så är det så skönt att få klara sig själv.* ”

Carina har inga barn, men hon har ett fadderbarn som hon visar foto på. Till honom skickar hon presenter och pengar och vill i framtiden åka och hälsa på honom. Just detta fadderbarn är relativt nytt, men Carina hade fadderbarn redan under tiden på Korsaröd. Då avstod hon från inköp av bingolotten som var det stora helgnöjet då och istället skickade hon pengarna till sitt fadderbarn.

Carina skall börja arbetsträna snart, men hon fyller sina dagar med att besöka en dagverksamhet för psykiskt sjuka som ligger i närheten. Hon svarar så här på min fråga om hon är på dagverksamheten hela dagarna:

” Nej, jag är hemma också tränar jag och så är jag sekreterare i hyresgästföreningen. Jag sjunger, jag ska sjunga.. Ska vi se.. på torsdag ska jag sjunga på Solhaga och jag ska spela piano. Åh, det är mycket. Så jag har att göra. Jag tränar tre gånger i veckan med yoga och aerobics. Jag hämtar min medicin två gånger i veckan. Så sitter jag på Internet och kollar mina mail. Dagarna går.”

Carina som var läkemedelsmissbrukare har fått en diagnosen schizofreni¹ efter behandlingen. Carina skriver själv om sina upplevelser av sjukdomen i en artikel som hon använde när hon gick på en folkhögskola hösten 2002. Carina skriver på ett väldigt välformulerat sätt och ni kan själva läsa den i bilagan.

När hon berättar om sin schizofreni, kan hon skriva ner sina upplevelser när det är som mörkast och även när hon har distans till den. Carina berättar att hon är extremt känslig för förändringar och mår bäst av fasta rutiner. Om hon inte får sin medicin kan hon uppleva röster som ger henne en förvrängd bild av verkligheten. Hon kan bli självdestruktiv eller upplever att allt är ett hot mot hennes existens. Hon möter många fördomar och blir lätt dömd som opålitlig och okontrollerad. Något som kränker henne är när de inom vården betraktar henne som mindre vetande. Hon har lyckats, trots sin sjukdom ta studenten och datakörkort med bra betyg.

¹ Schizofreni är enligt en kunskapsöversikt som Socialstyrelsen gjorde 2003 ett långvarigt tillstånd som kännetecknas av psykotiska symtom med en störd verklighetsuppfattning och en social eller yrkesmässig funktionsförsämring. Sjukdomstecknen måste ha pågått under minst 1-6 månader innan diagnosen kan sättas som grundas i symtom, funktion och förlopp. Man kan inte förutsäga prognos, behandlingsbehov eller funktionsnedsättning eftersom varje sjukdomshistoria är unik. Schizofrenin orsakar ett stort lidande och är en av våra svåraste folksjukdomar. Idag finns det 30 000 - 40 000 drabbade som behöver samhälleliga insatser (Socialstyrelsen, 2003).

När det är som mörkast beskriver hon schizofrenin som ett fängelse och att rösterna straffar henne. Känslan de ger är att hon sugts ner i ett svart hål och att hon är på väg till den ”*goda Carinas*” avrättning och att ”*den Elaka Carina*” är allt som finns kvar. Nu har hon en annan medicin som verkligen hjälper henne och det har medfört ett helt nytt liv. Hon ser på sin sjukdom på två sätt, det ena att det är ett straff och det andra att det är en gåva, som har gett henne erfarenhet och empati.

Nu sköter Carina sitt hem själv och uppskattar att hon har en egen lägenhet där hon kan laga och äta den mat hon vill, när hon vill. Att hon kan gå och komma när helst hon vill och inte behöva uppge vart och hur länge är en sådan sak som hon också sätter värde på efter många år på institution.

Ann

Samtalet med Ann ägde rum den 22 april 2005. Ann ringde samma dag som hon fick brevet, och lämnade sitt telefonnummer. Sedan ringde hon tre gånger till samma dag för att försäkra sig att det var rätt nummer. Möjligheten att intervjua henne då var begränsad, eftersom det tekniska med inspelningsapparaturen inte var ordnad. En tid bokades med henne och den dagen mådde hon inte bra så intervjun blev dagen efter. Tyvärr fungerade inte inspelningen helt korrekt så hennes svar blev inte inspelade. Under intervjun skrevs hennes svar ner både under intervjun och efteråt, och så här blev det:

Hon berättade att hon bor i en tvårumslägenhet högst upp på andra våningen. Det är grönt och fint kring huset som ligger utanför Stockholm. Hon har två undulater och de är hennes allra bästa vänner. Hon mår sådär och berättar att det har tagit slut med hennes kille, samma dag som hon fick brevet. Honom har hon varit tillsammans med i 17 år. Hon säger ”*att det har varit ett mörker och att han inte varit snäll, men nu är det slut*”. Det är jobbigt, också på grund av att han är far till hennes son. Hon säger ”*att jag måste ta hand om mig själv och så får han ta hand om sig själv*”.

Hennes enda barn, en son som är 16 år och han är konfirmerad berättar hon. När jag frågar om de har kontakt säger hon att hon skall ringa honom på torsdagen. För tio år sedan sa hon vid en diskussion med de andra på Korsröd, att när hon kom ut skulle hon inte ta hem sin son, för han ska få växa upp på ett och samma ställe. Hon själv hade fått vara på en massa olika familjehem och det hade inte varit bra för henne. Ann säger flera gånger att hon kämpar på att man måste det, att man inte får ge upp, men det är kämpigt. Hon slutade med sitt missbruk 1993. Ann flyttade från Korsröd december 1997, då hennes kille kom ner och hämtade henne. Hon har tagit en del återfall med amfetamin och hasch.

Om tiden på Korsaröd sa Ann att hon kom ihåg Gunilla som är kvar ur personalen på Korsaröd och att hon gav en blomma till dem när hon flyttade med orden *”Tack så mycket för att jag fick vara här och för att ni trodde på mig”*. Under intervjun framkommer det att det är Ann som håller kontakten med både Carina och Pernilla. Hon träffade på Åsa som också bor i Stockholm och de hade pratat om mitt brev och Ann hade uppmanat Åsa att ringa mig.

Ann berättar att hon var 16 år när hon började med hasch, Det var en äldre kille som introducerade henne. Han frågade henne och tre gånger svarade hon nej, att hon inte ville ha och sen sa hon ja. Efter ett par veckor fick hon en haschpsykos² och blev inlagd. Det var mycket jobbigt för henne. Hon var på Korsaröd en omgång på tidigt 1980-tal men det gick inte så bra då, eftersom avgiftningen var jobbig. Hon var 24 år när hon började med amfetamin. Anledningen till detta var hennes kille som sa *”du blir sjuk av hasch, du får inte använda det”*.

Ann tänker mycket på sin farmor som hon hade tät kontakt med tills farmodern dog för tre år sedan. Hon går och lägger sig vid åtta-nio på kvällen, för det gjorde hennes farmor. Hon säger flera gånger att hon kämpar på och att livet går vidare. Efter intervjun skulle hon storstäda genom att skura bakom spisen och soffan och liknande.

Åsa

Samtalet med Åsa ägde rum 22 april 2005. Åsa berättar att hon jobbar på ett bemanningsföretag och arbetar från 12 till 21 så hon har inte kunnat ringa tidigare. Men Ann hade hört av sig och sagt att det gick bra att ringa även om det var helg. Åsa berättade om sin uppväxt att hon hade börjat med alkohol, sedan var det hasch och att hon fick en haschpsykos när hon gick på en folkhögskola. Genom detta fick Åsa psykiska problem och fick medicin som gjorde hon att mestadels sov.

1987 var Åsa på en arbetsrehabilitering och fick färga tyger. 1989 började Åsa jobba på Samhall³, Åsa tyckte att det kändes som ett nederlag. Hon var halvt sjukskriven. Åsa kom till Korsaröd december 1991 och vägde då 95 kg. Hon hade väldig stark medicinering när hon kom, bland annat av en medicin som hette Roxinan. Man var tvungen att ta blodprover på grund av den. Den försvann

² Haschpsykos eller cannabispsykos är ett tillstånd som är präglad av förvirring, förföljelsetmani, hallucinationer och ofta en våldsam oro. Tillståndet måste behandlas, för annars kan det utgöra en stor risk för både den drabbade och omgivningen. 10% av de som söker hjälp för avgiftning på en psykiatrisk klinik är drabbade av detta (Johansson & Wirbing, 1999).

³ Samhall är ett aktiebolag ägt av staten. Samhall har ett uppdrag att skapa meningsfulla, varierande och utvecklande arbeten för personer med funktionshandikapp. I uppdraget sägs också att arbetarna skall få uppleva att de får en starkare ställning på arbetsmarknaden och bygga upp en tro på sig själva och få en meningsfull vardag (Samhalls hemsida, 20050510).

efter att någon i Kanada dog av den säger Åsa. Av Trilofon⁴ blev Åsa som hon sade ”dum i huvet”. Åsa gick på Haldol⁵ i 5-6 år och den medicinen tålde hon inte⁶.

Neuroleptikan gjorde mig som en galning jag var så trött. Kunde inte komma igång. De var de enda som lyssnade på mig. Det var inte bara missbruk utan det jag var där mest för mina psykiska problem. Det var mina problem med medicin och jag ville ha annan hjälp och ville ha... sen ha hjälp med att trappa ner den. Men jag fick komma till Korsaröd och de plockade bort den medicin som jag hade som var farlig och med fruktansvärda biverkningar. Man kunde inte leva normalt med sådan medicin, man gick upp i vikt och man blev helt passiverad.

Åsa var på Korsaröd. i fem år och åkte hem igen i april 1997. Då fortsatte Åsa arbeta på Samhall. Nu arbetar hon på ett bemanningsföretag och är placerad i ett kök. Hennes fritidsintressen är att på vinterhalvåret träna på ett gym och på sommarhalvåret jogga och cykla. Det är viktigt för Åsa att träna, då hon mår bra av det. Åsa har inga barn. Hon har kontakt med en bror och lite kontakt med en halvsystem. Modern bor 800 meter från hennes bostad så henne har hon tät kontakt med. Fadern bor ca 40 mil från henne och Åsa hälsar på när det är semester eller längre ledigheter.

Pernilla

Samtalet med Pernilla ägde rum den 23 april 2005. Pernilla tillhör inte urvalsgruppen i uppsatsen från början men hon var delaktig i skolgruppen till en början. Hon var med i cirkeln ungefär en månad. Eftersom kännedom om henne fanns sedan tidigare och eftersom hon kom tillbaka till en annan cirkelgrupp senare så blev det ett intresse att få veta av hur det har gått för henne. Ann har ringt henne och frågat om hon ville vara med. När hon gick på kursen i svenska, hade hon gjort övningen med att beskriva sitt liv i framtiden om tio år. När hon skrev uppsatsen tyckte hon att det var lite löjligt för ingen kommer ju att följa upp det. För en del år sedan hade hon läst uppsatsen igen men visste idag efter några flyttar inte var den hade tagit vägen. Hennes nuvarande liv överträffar hennes tidigare fantasier. Nu kan hon inte tänka sig en större känsla än det här.

Ja , helt underbart är det jag kan inte tänka mig en större känsla än det här. Det har överträffat alla mina förväntningar. Jag börjar tro på ett bättre liv än vad som fanns i mina fantasier. Det här är väldigt högt över dem. Jag hade trott att det skulle vara så mycket mer än vad det är. Jag har haft en känsla av att det aldrig blir som jag vill.

4 Trilafon är ett läkemedel som blockerar vissa signalsubstanser i centrala nervsystemet och verkar genom att dämpa psykosor. Den dämpar även psykomotoriska rörelser. Den kan försämra reaktionsförmågan. Biverkningarna är sömnhet, trötthet och stelhet, diarrningar viktökning och yrsel bland annat. (FASS hemsida 20050509)

5 Haldol är ett läkemedel som ges vid psykostillstånd. Man kan få depression och det är vanligt med trötthet. Rörelserubbningar och en oförmåga att sitta still eller en muskelstelhet är också vanligt. Mindre vanliga biverkningar är bland annat viktökning, hjärtklappning, ökad svettning och förvirring (FASS hemsida 20050509)

6 En ökad känslighet för biverkningar vid medicinering av neuroleptika för drogrelaterade psykostillstånd är vanligt (Melin, Näsholm, 1998).

En känsla av att jag aldrig får det jag vill ha. Jag kan aldrig göra det jag vill. Jag håller på att stabiliseras i att detta är livet, säger Pernilla.

Pernilla bor ensam med sin son i ett radhus med gräsmatta både på framsidan och på baksidan. Hon har alltid velat bo där och haft en föreställning att om man bor där blir man vuxen. Men nu inser Pernilla att mer vuxen blir hon inte bara fattigare för hyran är hög. Hon vill att sonen ska ha ett eget rum och att han ska ha det bra, så hon flyttar inte förrän det är dags för honom att börja skolan.

Pernilla har varit gift med Niklas i fyra år och men är nu skild sedan ett år. Niklas lärde hon känna på Korsaröd då de var där samtidigt men eftersom det inte var tillåtet med relationer så höll de inte ihop när de flyttade därifrån. Efteråt tog de kontakt med varandra och blev tillsammans. Nu har de en son tillsammans och han är snart tre år. Pernilla går på sjukbidrag för tillfället men kan börja på sin fasta anställning, på Samhall, efter att sjukbidraget upphör.

Enligt Pernilla fick hon en diagnos på Korsaröd som inte stämmer. De sa att hon hade borderline⁷, men nuvarande terapeuter har sagt att det inte stämmer. De menar att hennes störda beteende härrör från hennes eländiga uppväxt. Hon går på kurs tre dagar i veckan och får samtalsterapi en gång i veckan och hypnoserapi varannan vecka. Hon har inget stöd av någon annan, inget bollplank när det gäller sonen. Hon får hjälp av läkarcentralen när det gäller fysiska skador eller oro. Hon är mycket orolig för att det ska hända sonen något eftersom han är det käraste Pernilla har. Hennes erfarenhet är att det som är bra i hennes liv alltid rycks ifrån henne.

På Korsaröd har Pernilla varit i fyra perioder mellan 1991-1997. Det löste olika problemområden, fast hon tog det i etapper. Hon har varit drogfri sedan 1999. På Korsaröd var Pernilla jäklig, rebellisk och ifrågasättande med hårda ord mot terapeuterna. Pernilla får numera ofta insikter i vad som de sa då, men som hon inte kunde ta till sig då. Nu förstår hon det. Pernilla har Skåne i sitt hjärta och planerar för att kunna flytta tillbaka hit. Men Pernilla har skulder på grund av sitt missbruk och har därför ansökt om skuldsanering för att hon vill vara skuldfri och kunna flytta lagom till sonens skolstart.

Kvinnornas stöd och kontakter

Stöd och hjälp till dessa kvinnor ser olika ut, beroende på varifrån insatsen kommer. Den kan komma från olika organisationer eller personer, beroende på vilken insats som de är i behov av.

⁷ En borderline personlighetsstörning enligt DSM IV karakteriseras av ett genomgående mönster av instabilitet i relationer med andra människor, i självbild och affekter, samt markerad impulsivitet med början i tidig vuxen ålder. Detta visar sig på olika sätt, som t.ex.: Uppvisar ett mönster av instabila och intensiva relationer med andra människor som kännetecknas av extrem idealisering omväxlande med extrem nedvärdering. Uppvisar identitetsstörning: påtaglig och varaktig instabilitet i självbild och identitetskänsla. Visar impulsivitet som kan leda till allvarliga konsekvenser för personen själv t ex drogmissbruk (Martin Winkler, 2005 web4health/info/se

Carinas stöd och kontakter

Carina besöker en dagverksamhet för psykiskt funktionshindrade och får ett stöd därifrån. Carina hämtar sin medicin på vårdcentralen och möter där sjukvårdspersonal två gånger i veckan som kan hjälpa henne med de medicinska frågorna. Hon har stöd av sin gode man och av Arbetsprojektet som ska slussa ut henne i arbetslivet.

Carina har en grannfru som ställer upp för henne och stöttar henne och hjälper henne som medmänniska och väninna. Grannfrun ska följa med Carina till hennes hemort som också är en stor turistort i sommar. Där bor Carinas mamma och hennes styvfar som de ska hälsa på. Från tiden på Korsaröd har Carina kontakt med Ann och ibland av Pernilla. De av personalen på Korsaröd som hon har kontakt med är Gunilla som är en av de få som är kvar där sedan deras tid. Carina säger att det är många som är nya och inte känner henne från tiden på Korsaröd. Carina ringer ibland till en av personalen som visserligen har slutat och börjat en ny karriär inom något helt annat. Carina har även stött på Lisa någon enstaka gång. Då har Carina sett att Lisa varit påverkad av alkohol men detta var för några år sedan. Carina har en gudstro som också hjälper henne. Sången och musiken är också något som Carina mår bra av.

Anns stöd och kontakter

Ann är den som håller mest kontakt med flest av dessa kvinnor. Hon ringer regelbundet till Carina och Pernilla. Ann träffar ibland Åsa och de fikar då tillsammans. Hon saknar tiden på Korsaröd och blev lite ledsen, efter att vi talats vid, när hon tänkte på detta. Hon nämner också Gunilla, en av personalen på Korsaröd, som finns kvar sedan deras tid där.

Ann befinner sig i en ny situation eftersom det har tagit slut på hennes sjutton år långa relation till sitt barns far. Ann får stöd av två boendestödare och en kontaktperson och hon träffar en diakonissa en gång i månaden. Denna diakonissa betyder mycket för Ann. Hon får inte stöd av sina föräldrar för de har varit missnöjda med hennes kille. Hennes pappa mår inte så bra. Till sin son som är 16 år ringer Ann ibland.

Åsas stöd och kontakter

Åsa arbetar på eftermiddagarna och kvällarna, så just nu blir det inte att hon träffar så många. Hennes liv är att jobba, sova, äta frukost och göra sig i ordning för att ta sig till jobbet. Hon har kontakt med Ann emellanåt och de skulle träffas veckan efter intervjun. Hon har inga barn och bor 800 meter från sin mor som är gammal och handikappad, så henne träffar hon ofta. Åsa har kontakt

med en bror och lite kontakt med sin halvsysster. Någon sommar har hon och hennes bror varit i Finland och även lånat sin mosters sommarstuga i skärgården och tillbringat tid där tillsammans. Hon besöker sin far som bor ca 40 mil ifrån henne när hon har semester. Åsa är aktiv och tränar regelbundet och har en del kompisar, det är mest killkompisar. På fredagskvällen hade hon varit på den lokala puben med sina kompisar och det hade varit trevligt, men det hade blivit sent.

Pernillas stöd och kontakter

Pernilla är ensamstående med ett barn och är inte bara ensam hon känner sig väldigt ensam också. Hon har inget bollplank någonstans som hon kan fråga om sonen. Hon går på samtalsterapi en gång i veckan och får hypnoserapi varannan vecka. Samtalsterapeuten har varit barnterapeut också så om det inte är akut kan hon fråga henne till råds, när det gäller sonen. Sonen är det viktigaste och käraste hon har. Han är på dagis på dagarna och har lekkamrater där.

Det finns ingen som ställer upp för henne med ekonomiskt hjälp om något större skulle gå sönder hemma. Det känns inte bra att inte ha någon extra buffert för oförutsedda utgifter. Deras fysiska krämpor kan de få hjälp med hos vårdcentralen och de ställer upp för henne. När Pernilla fick ett migränanfall så kunde hon vila där i ett mörkt rum tills medicinen hjälpte och samtidigt tog personalen på vårdcentralen hand om sonen. När Pernilla flyttade tillbaka till sin hemort fick hon bo hos sin styvfar fram tills hon fick en lägenhet. Den lägenheten hjälpte Verdandi (som är en nykterhetsorganisation) henne att skaffa. Hon har fått mycket hjälp av dem och har gått på regelbundna kontakträffor hos dem. Vid intervjutillfället så är Niklas hos henne för att träffa sonen.

Betydelsen av stöd och kontakter

Ulla-Carin Hedin (2002) skriver i antologin *Könsperspektiv på missbruk* om stödrelationers betydelse. Hon beskriver att de sju kvinnor som hennes undersökning bygger på, har ett omfattande utbyte av socialt, emotionellt och praktisk stöd från vissa stödpersoner, främst föräldrar och syskon. När kvinnorna upphör med att missbruka blir stödet bredare, troligtvis beror detta på den positiva utvecklingen. Under uppbrottet kommer stödet från professionella stödpersoner från olika sociala instanser. Stödet kvinnorna har fått har inneburit en möjlighet till att förändra det yttre sociala förhållandet, bearbeta psykologiska problem samt att stärka självkänslan och stimulera sin förmåga och kapacitet under förändringen. Utmärkande för stödrelationerna är att stödpersonen är ärlig, engagerar sig i kvinnans liv och att det råder en tillitsfull relation mellan dem (Hedin, 2002).

Etiskt och önskat förhållningssätt

Råd till blivande socialarbetare från kvinnorna

Kvinnorna fick frågan om vad man som blivande socialarbetare och yrkesutövare behöver veta för att kunna hjälpa och de gav olika förslag, Här nedan kommer Carinas svar på vad det är som är viktigt för blivande socialarbetare att känna till.

Ja det är ju det att man inte ska ta för givet att är man psykotisk man kan ju vara med ändå .. och bara för att man har schizofreni så är man inte utdömd...

Min fråga: Hur kan socialarbetare stötta?

Carina: Ja, man kan ju lyssna.. och ta en på allvar och inte misstro allt vad man säger för det kan ju vara misstolkning. Det ingår i sjukdomen med mycket misstolkningar, men det märks rätt så tidigt vad som är vad.

Min fråga: Man ska lyssna, ta på allvar och tro på det som sägs?

Carina: Ja, det är det viktigaste och inte föra en människa bakom ljuset, bara för att man är psykiskt sjuk utan låt den få vara med och liksom inte bestämma över huvudet. Det har jag varit med om så pass mycket.. och liksom låt den få vara med.

Min fråga: Är de som är det viktigaste?

Carina: Ja det är det att man blir respekterad. Det har jag varit med om så pass mycket. Det har varit de som har tagit beslut och så har man inte haft en aning om det.

Att respektera och lyssna på den hjälpsökande är viktigt enligt kvinnorna. Pernilla menar att man kan se i ögonen vem som verkligen behöver hjälp och vem som söker socialen bara, som Pernilla uttryckte det ”för att kunna segla på en räkmacka”. De senare är duktiga på att manipulera, men det syns i ögonen om och när de ljuger, säger Pernilla. Man skall hjälpa den som behöver stöd och inte döma ut de som har en dubbeldiagnos. Det finns hopp och möjligheter även för dem.

Möte mellan klient och socialarbetare

Erfarenhet av att bli dåligt bemötta har även andra kvinnor berättat om. De flesta kvinnor i Ulla-Carin Hedins (2002) studie kunde beskriva incidenter med dåligt eller kränkande bemötande när de var i uppbrott från sitt missbruk och sökte hjälp av professionella. Tjänstemännen hade inte lyssnat, inte satt sig in i ärendet. De hade kommit med moraliska fördömande eller inte alls förmedlat hjälp. Kvinnornas erfarenheter visar att det finns en förhöjd risk att råka ut för dåligt, kränkande eller ytterligt byråkratiskt bemötande när kvinnorna befinner sig i en extremt utsatt position (Hedin, 2002). Det som händer i mötet mellan klient och socialarbetare ur klientperspektivet skriver Jette

Flindt Pedersen i sin bok *Yrkesetik hur klienten uppfattar socialtjänsten*. I detta möte händer det alltid något och det finns alltid strukturellt maktförhållande mellan klient och socialarbetare. Klienten kan mötas med tillit eller misstro. Ett möte med tillit skapar glädje och vitalitet och självtilliten ökar för klienten. Ett möte med misstro utlöser missmod och kraftlöshet. I varje möte och samspel utövar människor makt över varandra. Den kan vara osynlig men den finns där (Flindt Pedersen, 1994).

Informella maktmedel

Det är informella maktmedel som gör att kvinnorna känner att de inte får någon respekt, hjälp eller känner stöd. Det finns informella maktmedel som är strukturella. Detta innebär att disciplineringen av klienten sker genom att placera henne i en struktur som bestämmer förhållande mellan socialarbetare och klient. Den kan inte förnimmas utan blir först tydlig när det blir en kontrast som maktskillnaden mellan klient och socialarbetare. Denna dolda disciplinering kan ske på flera olika sätt som kan samverka eller verka för sig själv. Den är inte organiserad eller väcker uppseende. Det har en egen dynamik och när det blivit en sedvana kan det vara svårt att avskaffa den. Det finns ju ingen som kan ifrågasätta eller slå larm (Flindt Pedersen, 1994)

Den dolda disciplineringen kan delas in i fem former enligt Jette Flindt Pedersen (1994, sidorna 54-61):

- **Absorbering av hållning och handlingar.**

Detta innebär att klienten upplever att socialarbetaren är intresserad och lyssnar på ett välvilligt sätt. När önskemålet från klienten är orealistiskt säger inte socialarbetaren ifrån utan fattar ett beslut över huvudet på klienten. Beslutet har inte något med klientens utgångspunkt eller sammanhang att göra. Klienten känner sig bemött vänligt och med förståelse och är inte delaktig eller kan göra invändningar i beslutsgången. Hon förstår inte vad som händer.

- **Systemplaceringar**

Det innebär att klientens idéer och önskemål avvisas med hänvisning till lagstiftning eller de begränsade resurser man förfogar över. Man måste verkligen skilja på när det är faktiska reglerna eller om det är rutiner eller sedvänjor som gör att ett bestämt förslag inte kan genomföras. Även detta kan vara svårt för klienten att genomskåda. Det kan även innebära att klienter som är kritiska till systemet och kommer med gränsöverskridande förslag får det svårt, då de kan disciplineras genom att beslut fördröjs eller förhalas så att klienten tappar sugen. Socialarbetaren kan ta luften ur klienterna genom att tilldela dem en marginell plats i systemet och inte ta deras förslag eller kritik på allvar.

- **Professionalisering**

På varje arbetsplats finns det ett arbetsklimat som den nye anställde socialiseras in i. Personalen bygger upp vissa normer om förhållningssättet till klienten. Detta präglar förståelseramen och det system av begrepp som klientens situation och problem ska passas in i. Socialarbetaren kan bygga upp en föreställning om vad som är klientens verkliga behov. Genom att personalen är övertygad om att klientens förslag är orealistiska så kan normen användas för att avvisa klientens önskemål eller förslag. Det sker ett förfrämmande till den verkliga människan bakom yrkesrollen eller missbruket. Klienten kan inte se faktorerna bakom förloppet, utan är bara medveten om slutresultatet.

- **Legitimering**

Genom en professionell förståelseram får socialarbetaren rätten att besluta om vad som är rätt eller fel för klienten. Klienten upplever då att hennes liv och verklighet inte spelar någon roll. Det kan vara livsuppfattningar eller förhållningssätt eller ”personkemi” som kolliderar. Socialarbetaren formar om det till tekniska eller yrkesmässiga problem. Klienten får inget medansvar eller inflytande och upplever att personalen inte vill att hon ska vara aktiv. Antingen blir klienten handlingsförlamad och passiv eller reagerar med vrede och aggressivitet.

- **Maskering**

Genom att döpa om eller ge en annan beteckning kan man dölja en förändring. Man maskerar t.ex. ett serviceutbud som kan lanseras som nytt och bättre genom att sätta ett nytt namn på en befintlig verksamhet. När detta sker upplevs det som en försämring av klienterna. Detta kan användas av den enskilde anställde men är vanligare bland politiker som vill dölja en besparingsåtgärd.

Den dolda disciplineringen kan vara ett uttryck för vanmakt. Det främjas och bevaras till följd av de rutiner och sedvänjor som finns i arbetsklimatet. De allra flesta är ju överens om att det är önskvärt och nödvändigt att lyfta fram klientens egna resurser och möjligheter. Klienten bör involveras i lösningen av sina problem och få ett inflytande över sin situation. Den dolda disciplineringen är ett maktmedel som gör att klienten kan reagera med självzensur, passivitet och uppgivenhet. Klienten kan inte genomskåda eller se faktorerna bakom förloppet, utan är bara medveten om slutresultatet. Klienten reagerar som hon tror att systemet vill att hon ska göra, eftersom hon är beroende av systemet och dess förhållningssätt (Flindt Pedersen, 1994).

Etiska aspekter i arbetet med drogmissbrukare

Enligt Melin och Näsholm (1998) har missbrukare sin egen utvecklingshistoria och lever under sina unika betingelser och de utgör ingen enhetlig grupp. I allt arbete med människor bygger det på respekten för människor, att människor är lika i värde och att människan har möjlighet till förändring och utveckling. Alla människor har förmåga till ansvar och konstruktiva val. Detta gäller även vid behandlingsarbete med missbrukare. Man bör matcha behandlingen med lämpliga insatser, förhållningssätt och krav med de olika faktorerna hos individen och hennes unika missbruksprofil. Man bör se till missbrukarens behov, förutsättningar och behandlingsmål (Melin & Näsholm, 1998). Detta är viktigt för att kvinnorna ska känna sig sedda och bekräftade. Om vad som är betydelsefullt vid en förändringsprocess skriver Ulla-Carin Hedin (2002). Betydande för att mobilisera kvinnans grundresurs är tjänstemäns stödjande relation och deras förmåga att förmedla och ge stöd på aktivt sätt. Både emotionellt, kognitivt och instrumentellt stöd behövs för dessa kvinnor (Hedin, 2002).

Analys

Maktförhållande mellan klient och socialarbetare

Omedvetenhet om maktförhållandet mellan socialarbetare och klient ger makten mer kraft i betydelse och påverkan. Man bör reflektera, problematisera och förhålla sig kritisk till olika behandlingsformer och teorier vid bemötande av klienter. Om socialarbetaren låter en teori eller ett förhållningssätt bilda en mall i hur verkligheten skall tolkas, utan att vara medveten om maktens diskurs kan detta göra att klienten känner sig bli godtycklig bedömd utan hänsyn till klientens förändringspotential eller helhetsbild. Genom att låta klienten få vara delaktig i lösningen på sitt problem och ha makt och insyn i sin situation kan man på ett medvetet sätt öka klientens kapacitet och förmåga till förändring.

Maktrelationer har sin grund i hur man använder språket för att kunna konstruera sin bild av verkligheten och därigenom påverka andra. Socialarbetaren använder språket för att påverka klienten och detta ger ett övertag. Många av de psykisk sjuka kan ha svårt med sin kommunikation, då de uppfattar information förvrängt eller väljer ut vissa ovidkommande bitar som betydelsefulla. Orsaken kan vara att de har svårt att bedöma informationen. Återkopplingen till varandra kan vara störd och då blir skevheten i kommunikationen ännu större. Detta säger kvinnorna också i sina råd till blivande socionomer att de inte ska misstro allt som sägs, för det kan vara den psykiska sjukdomen som gör att det blir misstolkningar eller missförstånd. Olika hinder för informationsbearbetning skapar problem i kommunikationen mellan dessa två aktörer. Genom att vara medveten om detta kan man identifiera försöken till kontroll, förtryck och diskriminering.

Genusperspektivet

Genom ett genusperspektiv blir man medveten om stigmatiseringen, hur kvinnors missbrukande döms moraliskt hårdare än manligt missbruk. Det är fler missbrukande kvinnor än män som är drabbade av låg självkänsla, depression, känsla av värdelöshet och kvinnor gör fler suicidförsök. Kvinnors behov i behandlingen skiljer sig från männens. Det är viktigt att inte överge kvinnorna vid återfall. Tillit, trygghet och gemenskap är något som kvinnorna har stort behov av. I relationerna och gemenskapen med de andra kvinnorna kan de reparera en del av de brister i socialisation som de bär med sig från trasiga hemförhållanden och utsatta liv. Trulsson (2003) beskrev att kvinnor utvecklar ett relationsjag i ett nära samspel med sin moder och sina väninnor. Bland annat säger Ann att terapeuterna blev som hennes mamma och pappa och det är också hon som håller kontakten med de andra tre. En långsiktighet i behandlingen är också viktigt för kvinnorna. Det säger de i min undersökning också att utan behandlingen på Korsaröd hade kvinnorna inte levt idag.

Diskussion och Slutsatser

Jag har pratat med fyra av sex ursprungliga elever. En av kvinnorna vet jag och kvinnorna inget om eftersom hon skar av alla band till behandlingshemmet och kamraterna där. En av de som inte hörde av sig har eventuellt nyligen flyttat och hon hade enligt de andra tjejerna för ett par år sedan fortfarande problem med alkohol. Genom att följa upp mina gamla cirkeldeltagare som befann sig på ett behandlingshem för dubbeldiagnoser har jag konstaterat att alla levde i ursprungsgruppen och att de fyra kvinnorna lever ett för dem tillfredsställande liv. De bor i sina lägenheter, två av dem har husdjur och två av dem har barn. Tre av dem har fortfarande behov av stöd från olika instanser. Man kan inte dra några generaliserbara slutsatser, det som de här kvinnorna berättat om gäller inte för alla kvinnor i samma situation.

Det jag har kunnat höra att flera av dem säger att de inte levt idag om de inte hade fått den hjälpen som de fick på Korsaröd. De har varit på behandling i Korsaröd under i genomsnitt 5 år. Nuvarande behandlingstid är maximalt ett år eftersom det inte finns någon uppdragsgivare som betalar för längre tid. I all forskning betonar man vikten att det behövs ett långvarigt stöd och behandlingsinsatser för den som har dubbeldiagnos.

Jag har valt att titta på ett specifikt behandlingshem olika behandlingsterapier. Det var intressant att se hur de även använde ett par olika ickeverbala terapiformer. De som har svårt att sätta ord på sina känslor kan genom dessa terapier ändå komma till uttryck. Även den som ljuger, talar sanning, är blyg eller inte tror på verbala terapier kan bli hjälpta. Öronakupunktur är en sen företeelse men jag

har hört talas om den på ett studiebesök i Kristianstad, där de var entusiastiska över den metoden. Genom att även vända sig till anhöriga har man ett helhetstänkande och genom att göra dem delaktiga i missbrukarens behandling kan man avlasta dem från mycket känslor av skuld och skam. Något som var intresseväckande är Korsaröds uppföljningsprogram. Det känns ju rätt eftersom det kan ta väldigt lång tid att komma tillrätta med ett långvarigt missbrukande och en dubbeldiagnos. När problem tillstöter efter att de är färdigbehandlade är det bra att de kan vända sig till dem som kan just deras individuella förutsättningar och historik. Det är personalen som har gett trygghet som kan ge stöd. De kan ju även hjälpa till med kontakten med andra myndigheter.

Att många kvinnor i utsatta situationer kan bli dåligt bemötta från socialtjänstens personal är något som är anmärkningsvärt. Det finns en informell makt och dold disciplinering som används mot utsatta grupper som de inte kan genomskåda eller som de kan göra några invändningar mot. Reaktionen blir att agera med självzensur, passivitet och uppgivenhet eller så reagerar klienten med vrede och aggressivitet. Det som var viktigt för kvinnorna vid bemötande, var att inte bli förda bakom ljuset och att det inte bestämdes över huvudet på dem. Att respektera och lyssna på den hjälpsökande är viktigt. Man skall hjälpa den som behöver stöd och inte döma ut den som har en dubbeldiagnos. Det finns hopp och möjligheter även för dem.

Referenser

- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars, 2000, Några behandlingsperspektiv och metoder inom alkoholvården i Berglund, Mats & Andréasson, Sven & Bergmark, Anders & Blomqvist, Jan & Lindström, Lars & Oscarsson, Lars et al, *Behandling av alkoholproblem*, Stockholm, CUS och Liber AB
- Denscombe Martyn. 2000, *Forskningshandboken*, Lund, Studentlitteratur
- Elmér Åke & Blomberg Staffan & Harrysson Lars & Petersson Jan, 2000, *Svensk socialpolitik*, 20:e uppl. Stockholm, Liber förlag.
- FASS, <http://www.fass.se/LIF/home/index.jsp>, 20050509
- Flindt Pedersen, Jette, 1994, *Yrkesetik Hur klienten upplever socialtjänsten*, Stockholm, CE Fritzes AB
- Fridell, Mats, 2002, Kvinnor med narkotikaberoende i Leissner Tom & Hedin Ulla-Carin (red). *Könsperspektiv på missbruk*, Stockholm. Bjurner och Bruno.
- Giddens Anthony, 1998, *Sociologi*, Lund, Studentlitteratur
- Goldberg Ted, 2000, Narkotika i Goldberg Ted, *Samhällsproblem*, femte upplagan, Lund, Studentlitteratur.
- Halvorsen Knut, 1992, *Samhällsvetenskaplig metod*, Lund, Studentlitteratur

- Hedin, Ulla-Carin, 2002 Uppbrott från missbruk i Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red). *Könsperspektiv på missbruk*, Stockholm. Bjurner och Bruno.
- Johansson Katarina & Wirbing Peter, 2001, *Riskbruk & Missbruk*, Stockholm, Natur och Kultur
- Johnsson Eva & Laanemets Leili & Svensson Kerstin, (2000) *Narkotikamissbruk, debatt, behandling och begrepp*, Lund, Studentlitteratur
- Kristiansen Arne, 1994, Makt och relationer i socialt arbete i Dahlgren Lars & Kristiansen Arne, *Moderna klassiker och socialt arbete*, Umeå, Rapport nr 38, Institutionen för socialt arbete Umeå universitet.
- Kristiansen Arne, 2000, *Fri från narkotika*, Stockholm, Bjurner och Bruno.
- Korsaröds Behandlingshem, 2005, Broschyr *En period av utveckling - En period av glädje till livet*. Tjörnarps, Korsaröds Behandlingshem
- Korsaröds Behandlingshem, <http://www.korsarod.se/>, 20050309
- Melin, Ann-Gerd & Näsholm, Christina, 1998, *Behandlingsplanering vid missbruk*, Lund, Studentlitteratur
- NADA *National Acupuncture Detoxification Association*, <http://www.nada-sverige.se/>, 20050309
- Payne Malcolm, 2002, *Modern teoribildning i socialt arbete*, Stockholm, Natur och Kultur
- Ronnby, Alf, 1983, *Socialarbetets förklaringsmodeller*, Malmö, Liberförlag.
- Sallmén, Björn, 2004, *Från utslagna alkoholister till unga narkotikamissbrukare*, SiS Statens Institutions Styrelse <http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=5841>, 20050510
- Samhall, *Om uppdraget*, http://www2.samhall.se/templates/page___8.aspx , 20050510
- Socialstyrelsen, 2003, *Vård och stöd till patienter med schizofreni- en kunskapsöversikt*, artikelnr 2003-11-12, http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1691/2003-110-12_sammanfattning.htm, 20050510
- Socialstyrelsen, 2004, *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem*, Artikelnummer 2004-123-11. <http://www.socialstyrelsen.se/>, 20050510
- Sofia behandlingshem för kvinnor, <http://www.sposit.se/hvb/sofia.html>, 20050509
- Svenska rådet för alkohol och beroendefrågor hemsida, <http://www.scaa.se> , 20050311
- Svensson, Bengt, 2000, Den paradoxala narkotikafrågan i Johnsson Eva & Laanemets Leili & Svensson Kerstin, red, *Narkotikamissbruk, debatt, behandling och begrepp*, Lund, Studentlitteratur
- Trulsson, Karin, 2003, *Konturer av ett kvinnligt fält*, Lund, Socialhögskolan. Lunds Universitet
- Winkler Martin, läkare med sju års erfarenhet i psykiatri och psykoterapi svarar på frågan om borderline. Första versionen: 20040316 Senast ändrad: 20050405 <http://web4health.info/sv/answers/border-diagn-dsm.htm>, 050517

Bilaga

Att leva med ett psykiskt handikapp – Carinas egna ord

Carina skriver själv om att vara drabbad av sjukdomen schizofreni. Hon gör det på ett väldigt insiktsfullt och välformulerat sätt. Just sjukdomen schizofreni gör att det kan vara svårt att kunna uttrycka sig eller kunna formulera sig. Carina visar här att hon inte är drabbad av den ”tanketrängsel” som är vanlig vid schizofreni. I uppsatsen beskriver hon sina känslor med sin sjukdom och Carina skrev den när hon gick på en folkhögskola hösten 2002. Hon fortsätter därefter med att beskriva sitt liv under hösten 2004. Sist i bilagan kommer det mail som jag fick från Carina efter mitt besök hos henne. Det är en bra beskrivning av känslorna att ha ett eget hem när man har bott på institution i många år. Carina reflekterar och sätter värde på det vi ofta tar för självklart.

Carinas egna ord om hur det är ...

Att leva med ett psykiskt handikapp

Jag har en sjukdom som heter schizofreni. Det är en sjukdom som är förknippat med mycket rädsla och fördomar. Det är ofta en livslång sjukdom. Ett psykiskt handikapp.

Nu vill jag beskriva hur jag upplever mitt handikapp. Det finns andra med samma sjukdom som upplever den annorlunda.

Jag är extremt känslig för förändringar. Sover jag dåligt en natt måste jag nästa kväll, innan jag går och lägger mig, ladda upp med två sorters extramedicin förutom den medicin jag tar varje kväll. Jag mår bäst av ett ”inrutat” liv. Rutiner och fasta tider för det mesta, annars blir tankarna helt fixerade vid det som förändras och sedan kommer jag liksom inte ur dessa tankebanor.

Mitt handikapp innebär också att jag kan bli sjuk om jag inte får hjälp med mina jobbiga tankar i tid. Då hör jag röster i huvudet som inte existerar i verkligheten. De kan bli så starka att de kan styra min kropp att göra destruktiva saker som jag aldrig skulle drömma om att göra när jag inte är sjuk. De är så skrämmande att jag får en förvrängd bild av verkligheten och betraktar allt som sker som ett hot mot min existens. Jag blir helt övertygad om att jag genast kommer att dö om jag t ex skulle råka somna. Samtidigt är det den enda vägen som jag ser att komma ur det helvete jag hamnat i.

Ibland kan jag även se saker som gör mig helt skräckslagen. Men det oftast något som jag ser, men misstolkar till något jag är livrädd för.

Det är många faktorer som gör att jag inte blir sjuk. T ex ett regelbundet liv, skolan, kompisar, sången, pianolektionerna och framför allt min tro på att det finns en Gud som lindrar min smärta i svåra stunder.

Jag har varit sjuk sedan jag var 16 år och är idag 34...Jag har nästan inga minnen av mig själv som frisk. Detta är bara borta. Utsuddat. Kanske för att det är för smärtsamt att minnas. Det blev förmodligen min räddning att bli ”galen”.

Fördomar jag möter är att jag inte är att lita på och att jag när som helst kan förlora kontrollen. Men det är helt fel. Med tiden har jag lärt mig att leva med mitt handikapp. Jag tänker kanske inte som en ”frisk” person och jag betar mig måhända inte riktigt normalt, men för det är jag inte dum i huvudet. Alla är väl egentligen speciella, var och en på sitt sätt, men jag är kanske mer annorlunda än någon som betraktas som frisk. Jag har träffat många personer inom psykiatrin, såväl läkare som andra, med negativa fördomar mot sina patienter. De ser sina patienter som mindre vetande och ”idioter”. Man blir väldigt kränkt av sådan behandling och de som inte kan säga ifrån fastnar lätt inom vården. Jag har själv lätt att säga ifrån om att jag inte vill bli behandlad på detta

sätt. På så sätt har jag blivit accepterad av de flesta, även om det fortfarande finns undantag.

Jag ser min sjukdom på två sätt. Det ena är att den är ett straff för något hemskt som jag gjort. Så tänker jag när jag mår dåligt, men för det mesta ser jag den som en gåva, för den har gett mig en dyrbar skatt. Den kallas erfarenhet. En erfarenhet som det är få förunnat att få. Ingen läkare eller den klokaste professor kan läsa sig till den. Jag har mycket värme att ge, och det tackar jag min sjukdom för.

När jag var som värst sjuk, var jag helt övertygad om att min hjärna styrdes av onda andar, som styrde mina tankar och till viss del också mina handlingar. Många läkare förklarade för mig att det inte fanns några onda andar som styrde min värld, men jag var fast förvissad om att de hade fel och det tog många år innan jag insåg att det var min sjukdom som var mina "onda andar".

De flesta i släkten ser mig som en sjuk stackare som inte klarar mig speciellt bra. Vi har aldrig haft någon psykisk sjukdom i släkten, så jag blir ju på det viset lite speciell. Jag har ännu inte lyckats övertyga dem om att jag klarar mig bra. Men "bra" i deras ögon är väl om jag skaffar familj och präktig karriär, liksom många andra i min ålder, men jag är så nöjd bara över mitt självständiga liv, som jag fick möjlighet till för bara några år sedan. Innan dess hade jag bott på olika institutioner, t ex sjukhus, internat på skolor, familjehem, rehabiliteringsenhet, t. o m. bland senila gamlingar på ett sjukhem och på behandlingshem.

Idag lever jag ett, i mitt tycke, mycket värdigt liv och är lycklig i nuet. Jag tar tillvara på varje dag jag har förmånen att må bra och komma hem efter en trevlig skoldag till mina älskade katter.

Idag har jag för första gången i mitt liv riktigt harmonisk och har accepterat mitt handikapp och har inrättat mig efter detta. Det känns väldigt tryggt att leva så.

Idag har jag framtidsdrömmar om att börja jobba och hittar ständigt nya sidor hos mig själv. Jag inser att jag t o m är intelligent och klarar att plugga och det med goda resultat. Jag går i skolan, arbetar ideellt och tar mina piano- och sånglektioner. Hade någon, för bara några år sedan, sagt till mig att livet kunde bli så här bra, hade den personen nog fått sig en rejäl lusing, för det hade för mig låtit som en kränkning och ett hån. Då hade jag bara självmordsplaner och tankar så mörka att jag inte kan föreställa mig hur jag kunde vara så negativ till allt som hände och allt vad folk sa till mig.

Det finns ett liv även efter en schizofrenidiagnos. Idag älskar jag livet mer än något annat och tackar Gud för varje morgon jag får vakna utan röster och för varje hel dag jag har fått uppleva.

Följande har jag skrivit när jag varit sjuk och haft svårt att tala om hur jag mådde:

Dag 1

Jag känner mig som i ett fängelse som är min sjukdom. Jag har fått ett grymt straff för något som jag har gjort. Jag blir utskälld och hotad av mitt inre. Jag kanske inte alltid hör vad folk säger till mig. Det är för fullt i huvudet. Jag har även i kväll haft svårt att få fram det jag vill ha sagt. Därför skriver jag nu detta brev, som en förklaring till hur jag har det. Jag måste ha gjort något för att få ett så här strängt straff och dessutom har jag fått det på livstid. Det känns som en dödsdom. Att ta livet av mig hade varit enkelt. Men jag är starkare än så. Jag vill ju leva, men jag kan bara inte fatta hur det ska gå till.

När allt är som mörkast och otäckast, kommer de som ett ännu mörkare och ännu mer otäckt töcken som fjättrar mig vid min sjukdom. Den kommer jag kanske aldrig undan. Schizofreni heter mitt fängelse. Precis när jag börjat slappna av och trott att: "Nu kommer jag kanske aldrig mer att höra de där hemska rösterna" så kommer de forsande och suger ur mig minsta lilla kraft jag har kvar. Jag sitter fast som i ett skruvstäd och kommer varken hit eller dit.

Vad ska jag göra för att bli fri från detta helvete. Jag önskar bara att jag visste.

Jag sitter fast och kommer varken framåt eller bakåt och min högsta önskan är att få slippa detta även om det innebär min död. HJÄLP!!!

Dag 2

Detta är inte att leva. Inte heller att dö. Vad finns däremellan? Bara ett stort, djupt och mörkt avgrundshål. Hjälp mig! Jag trillar ner i hålet och vet att jag kommer att sjunka och aldrig mer komma upp. Rösterna hotar mig med att jag ska ta livet av mig. Egentligen hade det varit det enklaste sättet att slippa denna plåga, men jag är inte intresserad av det som är lätt. Hjälp!!!

Jag vet att mina röster vill straffa mig. Jag är på väg till den "goda Carinas" avrättning och sen finns bara "den Elaka" kvar Hur kommer detta att gå???

Om jag (den snälla Carina) fick något att säga till om hade det varit "den elaka" som skulle avrättas, men då försvinner ju halva jag, så det är bäst att rida ut den här stormen också, som så många gånger innan. Jag står snart inte ut längre med "den elakas" påhitt. Det känns helt hopplöst och outhärdligt. Kommer detta att sluta med döden eller kommer jag att överleva?

Med detta brev vill jag beskriva hur det känns att ha schizofreni och vill gärna föra ut detta budskap.

Nu har det gått ett par år – Carinas egna ord

Hösten 2004 fortsätter Carina skriva om sina erfarenheter med sin psykiska sjukdom:

Nu har det hunnit förflyta några år sedan jag skrev min artikel om att leva med psykiskt handikapp och det har hunnit hända mycket under tiden, både på medicinfronten och inom mig. Jag tog studenten nu i våras och det med bra betyg och ett datakörkort. Jag har nu börjat ta en ny medicin sedan snart ett år. För snart ett halvår sedan slutade jag med min gamla helt och hållet. Den var min fiende medan jag ser min nya medicin som min vän. Jag har fått ett helt nytt liv! Det är t o m så att jag är så ovan vid att må så här bra att jag precis har haft ett bakslag, just bara för att jag förväntade mig att få ett. Jag måste helt enkelt lära mig att hantera allt positivt som just nu händer i mitt liv. Jag ska börja praktisera nu i höst och har eventuellt en praktikplats på gång på ett hund- och katthotell där de även har hästar.

Jag har skrivit ett brev till professorn som tagit fram min nya medicin och berättat hur mycket hans forskning betytt för mitt liv. Jag skickade det till produktionschefen för Sverige på detta läkemedelsbolag och för några veckor sedan fick jag svar och han undrade om jag ville följa med ut och göra reklam för min medicin på kongresser och symposium o s v. OM jag ville!! Detta har jag ju längtat efter i hela mitt liv!!

Ja visst ja—jag har börjat träna och jag har fått så mycket energi över att jag t o m orkar städa själv. Jag har alltså inte kvar mitt boendestöd!!! Det har jag av sagt mig för några månader sedan och det har blivit en sann fröjd att ta hand om mitt eget hem på egen hand!!!

Mail till Eva; "Mitt hem är min borg" - Carinas egna ord

Jag fick det här mailet den 21 april efter att jag varit och intervjuat Carina, så här skriver hon om sitt hem:

Hej Eva

Tack för i söndags! Jag tycker så mycket om att få besök! Jag känner mig så stolt över att kunna visa upp mitt eget hem, där ingen bestämmer över mig. Jag kan ibland njuta av att klara mig på egen hand och att jag gör det bra. Efter alla år på institution är det så underbart att bara känna att man t ex kan sätta på kaffe när man blir sugen på det, kan bestämma helt själv vad man ska ha för mat eller att helt enkelt gå hemifrån utan att någon behöver ta reda på vart man ska, när man kommer tillbaka eller vilket telefonnummer det är dit man ska. Ibland lever jag i ett lyckorus över att ha fått

*verkygen för att klara ett självständigt liv! Det är jag som bestämmer! Mitt hem är min borg och jag bestämmer själv vem som ska komma och hälsa på!
Ha det gott och lycka till med uppsatsen! Kram Carina och katterna.*