

Lunds Universitet
Socialhögskolan
SOL 065 Socialt arbete med drogmissbrukare
VT 2004

ÅTERFALLSBEGREPPET

En diskursanalys

Författare:
Lina Bengtsdotter
Sonia Flores Aguilera

Handledare:
Pernilla Liedgren Dobronravoff

Abstract

The purpose of this study was to illustrate the problems with relapse as a concept from the point of view and experiences of staff in addiction treatment programmes and social welfare secretaries.

To attain this purpose we focused on the following questions:

- In what way is relapse defined in the different discourses?
- How does the different discourses view the individual responsibility in a relapse situation?
- In what ways does the discourses like and differ in their view on relapse?
- What consequence does the discourses view on relapse bring in the life of the individual?

We made interviews with social welfare secretaries and staff in two different addiction treatment programmes. We used the interviews to make a discourse analysis. A discourse can be explained as a statement that produces an interpretation of the world. The discourse analytic task is to find patterns in the text and to discuss what social consequences different discourses lead to.

We found areas of consensus and conflict between the three discourses. The areas of consensus deal with concrete situations in work with addiction treatment. The areas of conflict deal with the way relapse is defined and the basic view on addiction.

Innehållsförteckning sid

Förord	4
1. Inledning	5
1.1. Problemformulering	5
1.2. Centrala begrepp	6
1.2.1. Missbruk	6
1.2.2. Beroende	6
1.2.3. Diskurs	7
1.3. Syfte och frågeställningar	7
2. Metod	8
2.1. Val av undersökningsmetod	8
2.1.1. Diskursanalys	8
2.1.2. Fokusintervju	9
2.2. Urval	9
2.3. Tillvägagångssätt	10
2.4. Genomförandet av intervjuerna	12
2.5. Transkribering av intervjuerna	14
2.6. Validitet – reliabilitet	14
2.7. Analysmetod	15
2.7.1. Diskursanalytisk metod	16
2.7.2. Centrala begrepp i diskursanalytisk metod	16
2.7.3. Bearbetning av vårt material	17
2.7.4. Kritik av diskursanalysen	18
2.8. Fortsatt framställning	19
3. Presentation av fokusgruppernas teoretiska bakgrund	20
3.1. Miljöterapi	20
3.2. Minnesotamodellen	21
3.3. Socialtjänsten	22
4. Tidigare forskning kring återfallsbegreppet	22
5. Teori	31
5.1. Teoretisk bakgrund till diskursanalysen	31
5.2. Diskursteori	32
5.3. Kritisk diskursanalys	33
6. Analys av intervjumaterialet	34
6.1. Definition av återfall	35
6.2. Individens eget ansvar – att ta eller få ett återfall	36
6.3. Fokusgruppernas tankar om klienternas syn på återfall	38
6.4. Återfall som läroprocess	38
6.5. Hur beskrivs återfall?	40
6.6. Konsekvenser av återfall	41
6.7. Om återfallssignaler	43
6.8. Om att dricka med måtta	44
6.9. Om begreppet kemiskt beroende	46

6.10. Om sjukdomsbegreppet	47
6.11. Resultatsammanfattning	48
7. Slutdiskussion	51
8. Källförteckning	55
Bilaga	
Intervjumanual	

Förord

Vi vill först och främst tacka vår handledare Pernilla Liedgren Dobronravoff för stöd, hjälp och ”is i magen”.

Vi tackar även samtliga intervjupersoner för deras tid och berättelser.

Lina Bengtsdotter

Sonia Flores Aguilera

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Återfall är ett begrepp som är nära förknippat med missbruk. I litteraturen beskrivs återfall som en naturlig del av vägen ut ur ett missbruk.

”Eftersom vi vet att återfall snarare är regel än undantag påvägen ut ur missbruk...”
(Melin, Näslund 1998, s 239)

Det finns forskning som visar att omkring 90 % av behandlade alkoholister beräknas ha återfallit minst en gång under de första fyra åren efter den första behandlingen. Trots detta finns det inte så mycket litteratur kring ämnet och begreppet som sådant är sällan definierat och problematiserat (Laanemets, 2000).

Under hösten 2003 var vi båda socionomkandidater på en socialförvaltning i Malmö. Vi upplevde där att klienter fick återfall i sitt missbruk. När detta diskuterades med den övriga personalen blev vi genast rättade, återfall är inte någonting man *får*, man *tar* ett återfall. Den som får ett återfall är passiv, återfallet inträffar till följd av händelser som individen inte rår över. Att ta ett återfall gör däremot individen till en aktivt handlande aktör (Westlund, Lilja och Magnusson, 1992). Genom vårt dagliga språkbruk visar vi på två skilda synsätt på återfall.

När vi under våren 2004 läst kursen ”Socialt arbete med drogmissbrukare” på Socialhögskolan har en rad frågor väckts till liv hos oss. Vi hade tidigare inte reflekterat kring de begrepp som finns på missbruksfältet, men under kursens gång började vi att fundera. Hur bestäms egentligen betydelsen av ett begrepp? Vad finns det för problem med ett begrepp vars betydelse vi i dagligt tal tar för självklart? På vilka sätt påverkar en förändring i språkbruket attityderna kring och arbetet med återfall och vad kan denna förändring av språket tänkas bero på?

1.2 Centrala begrepp

Centrala begrepp i denna uppsats är *missbruk*, *beroende* samt *diskurs*.

1.2.1. Missbruk

Missbruk är ett väldigt vanligt förekommande begrepp inom behandlingslitteraturen. En av de mest använda definitionerna av missbruk är hämtad från det psykiatriska klassifikationssystemet DSM-IV. Definitionen tar upp de fysiska, psykiska och yrkesmässiga konsekvenserna av ett missbruk och enligt diagnoskriterierna krävs att vissa av symptomen har förelegat under minst en månad.

Emellertid finns det en kulturrelativistisk definition skriven av Berit Andersson som skiljer mellan drogbruk och missbruk och som gäller för både legitima och illegitima drogbruk (Svensson, 1998). Andersson definierar *drogbruk* som ett handlingsmönster som föreskrivs i ett kollektivt sammanhang, där man initieras och tillägnar sig bruket. *Missbruk* däremot är en slags individuell tillämpning, en varaktig praxis som överskrider föreskrifter och förebilder i bruket (ibid. 1998). Vår definition för missbruk i denna uppsats blir således: *missbruk är ett slags individuell tillämpning, en varaktig praxis som överskrider föreskrifter och förebilder i bruket*.

1.2.2. Beroende

Beroende är ett problematiskt begrepp som definieras och används på skilda sätt inom missbrukarvården och i litteraturen. Definitionerna och användningen av begreppet varierar även i intervjuerna som vi har genomfört inför vår uppsats. Med tanke på det har vi här valt att ge en kort översikt över de vanligast förekommande definitionerna för beroende.

Beroende av alkohol är klassificerat som ett diagnostiserbart tillstånd, *beroendesyndromet*, enligt diagnossystemet ICD-10. Med alkoholberoende menas, enligt ICD-10, en grupp av fysiologiska, beteendemässiga och kognitiva fenomen där alkoholen får en mycket högre prioritet för individen än andra beteenden som tidigare hade större betydelse. För att ställa diagnosen krävs det att tre av sex kriterier skall vara uppfyllda, under en tidsram av ett år.

Bland kriterierna återfinns *ett starkt behov av drogen (sug), kontrollförlust, abstinenssymtom och toleransökning* (Berglund & Rydberg, 1995). Det är den här definitionen som främst används av forskare med en medicinskt eller sjukdomsteoretiskt modell.

Begreppet *kemiskt beroende* som har fått stor genomslagskraft i USA och idag används även i Sverige, förekommer också bland sjukdomsteoretiker. Man menar att beroende uppstår med hjälp av beroendeframkallande kemiska substanser. Forskare som betonar drogmissbrukets sociala karaktär föredrar beteckningen "*addiction*", *missbruk* (Svensson, 1998). Till skillnad från sjukdomsteoretikerna ser t.ex. Peele, som är en av de största kritikerna av sjukdomsmodellen, på beroende som något som inträder gradvis och som kan se olika ut i olika perioder (ibid. 1998). Sunesson ser bakom beroendet en brist, en saknad av något, ett tomrum av något som individen har från början och som sedan kommer att fyllas av något som man blir beroende av (ibid. 1998).

Johansson och Wirbing (1999) skiljer mellan fysiskt och psykiskt beroende. När man diskuterar fysiskt beroendeutveckling fokuserar man på begreppen tolerans och abstinens. Med psykisk beroendeutveckling fokuseras först och främst på en förändring i beteendet som blir alltmer inriktat på droganvändning så att andra viktiga aktiviteter kommer i skymundan.

1.2.3. Diskurs

Definitionen av begreppet *diskurs* har vi hämtat från Fahlgren (1999). En *diskurs* kan beskrivas som en uppsättning påståenden, utsagor, bilder, texter m.m. som tillsammans producerar en speciell version och tolkning av världen. En utförligare beskrivning av diskursbegreppet och begrepp relevanta för diskursanalysen presenterar vi i kapitel 2.7. Den diskursanalytiska teorin presenteras i kapitel 5.

1.3. Syfte och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att belysa det problematiska med begreppet återfall utifrån uppfattningar och erfarenheter hos behandlingspersonal och socialsekreterare.

Frågorna vi ställer är:

- Hur definieras återfall utifrån de olika diskurserna?
- Hur ser de olika diskurserna på individens eget ansvar vid ett återfall?
- Vilka är likheterna respektive skillnaderna mellan de olika diskurserna i synen på återfall?
- Vilka konsekvenser medför de olika diskursernas syn på återfall för individen?

2. Metod

2.1. Val av undersökningsmetod

2.1.1. Diskursanalys

Vi har i vår studie valt att göra en diskursanalytisk studie angående begreppet återfall baserad på intervjuer med behandlingspersonal och socialsekreterare.

Diskursanalysens utgångspunkt är att man aldrig kan nå en verklighet utanför diskursen. I en diskursanalytisk undersökning handlar det alltså inte om att sortera materialet efter vad som är rätt och vad som är fel, då det inte finns någon ”sanning” (Winther Jörgensen & Phillips, 1999). Syftet med vår analys är att undersöka mönster i texten samt att försöka föra en diskussion kring vilka sociala konsekvenser dessa utsagor av verkligheten får.

Vår undersökning består av primärdata i form av intervjuer med behandlingspersonal och socialsekreterare samt sekundärdata i form av tidigare undersökningar, artiklar och övrig litteratur som har varit relevant för att ge oss en bakgrund till ämnet. Vi har samlat in vårt material genom att göra sökningar på bibliotek, i databaser samt genom att titta i litteraturlistorna i den litteratur vi har hittat.

För att samla in primärdata har vi valt att genomföra intervjuer. Tanken bakom att välja en kvalitativ metod är den ger oss en helhetsbild och möjliggör en ökad förståelse för sociala processer och sammanhang. Vi anser också att närkontakten med undersökningsenheterna ger

oss även en bättre uppfattning och ökad förståelse för det vi undersöker (Holme & Solvang, 1997).

2.1.2. Fokusintervju

Den typ av intervju som vi har valt att genomföra kallas för fokusintervju eller fokusgruppintervju. Detta är en form av gruppintervju där deltagarna sinsemellan diskuterar ett givet ämne. (Billinger, 2000) Vi valde denna typ av intervju framför andra intervjuformer därför att vi tror att den i högre grad ger oss inblick i den sociala dimensionen och den kollektiva kunskapen på arbetsplatsen. Personalens kunskap och åsikter kring ett ämne växer fram genom en dialog i det dagliga arbetet och tillsammans skapar man förklaringar och ger innebörd till händelser och begrepp. Vår tanke var att deltagarna i interaktionen med varandra skulle kunna förmedla sin kollektiva bild av verkligheten (Billinger, 2000). Vi tror också att det är i denna diskussion som vi som forskare bäst ges möjlighet att få ta del av det sociala samspelet och hur gruppens gemensamma åsikter och uppfattningar skapas och upprätthålls genom grupstryck och påverkan (Holme & Solvang, 1997). Genom att dra nytta av grupprocesserna och gruppdeltagarnas inbördes kontroll kan man även försäkra sig om mer realistisk information än vad man kanske skulle fått i en enskild intervju (Repstad, 1993).

2.2. Urval

Vår tanke under planeringsstadiet av denna uppsats var att intervjua behandlingspersonal och klienter som representerade olika terapeutiska inriktningar. Detta valde vi därför att vi ville undersöka om synen på och arbetet med återfall skilde sig åt mellan olika behandlingsideologier. Genom att titta i telefonkatalogen samt att söka på Internet bildade vi oss en uppfattning över vilka terapeutiska inriktningar som finns representerade i Malmöregionen. Utifrån detta bestämde vi att vi ville genomföra våra intervjuer på ett behandlingshem som använde sig av Minnesotamodellen samt på ett som arbetade miljöterapeutiskt. Vi valde dessa inriktningar, inte enbart på grund av deras geografiska läge, utan även därför att vi anser att de representerar det utbud som finns. I vår förförståelse hade vi även en tanke om att sättet man arbetade med och synen på återfall skulle skilja sig åt mellan dessa olika behandlingsinriktningar. Vi valde att besöka behandlingshem framför

öppenvård då vi antog att behandlingshem arbetar mer aktivt med alla aspekter av klienternas liv eftersom klienterna vistas på behandlingshemmen dygnet runt under en längre period.

I vår undersökning ville vi även se hur synen på återfall var inom socialtjänsten. Då vi båda under hösten 2003 varit socionomkandidater på en socialförvaltning i Malmö föll det sig naturligt för oss att ta kontakt med denna. Vi gjorde det eftersom vi tidigare fått erbjudande om hjälp med vår uppsats om vi behövde det och därför att vägen dit kändes kortare. Vi hade redan en etablerad kontakt och tänkte att de kanske skulle vara mer välvilligt inställda till att göra rum i sina fullspäckade scheman än en socialförvaltning där vi inte kände någon.

Vid val av intervjupersonerna har vi inte gjort något medvetet urval med tanke på yrkeskategori, antal år i yrket och på arbetsplatsen osv. Detta har vi fått välja bort främst på grund av tidsbristen. De olika behandlingshem vi har varit i kontakt med har alla uttryckt svårigheten i att hitta utrymme för personalen att samlas till en intervju och vi har därför tacksamt intervjuat de som har haft intresse av att delta. Vi tror inte att det faktum att vi själva inte kunde styra valet av intervjupersoner har haft någon inverkan på syftet med denna uppsats. Det vi har varit ute efter har varit att fånga personalens kollektiva resonemang och röster om begreppet återfall och vi anser att alla intervjupersonerna i egenskap av utbildning och yrkeserfarenhet kan antas ha rikligt med kunskap om frågan.

2.3. Tillvägagångssätt

Vårt syfte med denna uppsats, som det löd i uppsatsplanen, var att belysa det problematiska med begreppet återfall utifrån uppfattningar och erfarenheter hos klienter, behandlingspersonal och socialsekreterare. Efter att vi haft seminarium på vår uppsatsplanering och fått synpunkter på den av vår handledare tog vi kontakt med den socialförvaltning där vi båda under hösten 2003 varit socionomkandidater. Vår tanke med detta var att de med sin erfarenhet, kontakter och kunskap om fältet skulle kunna hjälpa oss med namn och kontakter till lämpliga behandlingshem. Vi önskade även presentera dem för vår uppsatsplan och fråga om de var intresserade av att delta i vår undersökning. Det var de och vi bestämde datum för intervju. Detta besök på socialförvaltningen resulterade även i namn på personer inom behandlingsvärlden där det skulle kunna vara lämpligt för oss att genomföra intervjuer.

Det första behandlingshem vi kontaktade representerade Minnesotamodellen. Vi ringde upp, presenterade oss och berättade vilken utbildning vi går på. Vi berättade därefter att vi skrev en C-uppsats samt om uppsatsens syfte. Vi frågade därefter om det fanns behandlingspersonal och klienter som skulle kunna vara intresserade av att bli intervjuade av oss. På detta behandlingshem fick vi blankt nej med hänvisning till personalens tidsbrist.

Det andra behandlingshem vi kontaktade, även det en representant för Minnesotamodellen, var däremot mer intresserat och vi bokade in en tid med verksamhetschefen för att närmare presentera oss och vår undersökning. Vi hade en trevlig och givande diskussion och blev här lovade att chefen skulle prata med sin personalgrupp samt med patienter som gick i efterbehandling. Vi skulle sedan, med tanke på sekretessen, bli kontaktade av de personer som var intresserade av att delta.

Vi väntade, det blev påsk och det var ingen som kontaktade oss. Under denna tid hade vi vårt andra handledningstillfälle då vi, tillsammans med vår handledare, beslutade att förändra metoden något. Denna ändring ledde till att vi nu gick bort från vår ursprungliga idé om att även intervju klienter om deras syn på återfall. Vi valde att genomföra denna förändring med tanke på tidsbristen och att vi vid detta tillfälle ännu inte fått svar från något behandlingshem. Ytterligare ett skäl till förändringen i vårt upplägg var att våra diskussioner runt uppsatsen började röra sig runt teman som handlade om behandlingsideologi. Dessa ansåg vi bäst besvarades genom att intervju en personalgrupp i form av fokusintervju. Vi bestämde att vi istället för att genomföra tolv respondentintervjuer med behandlingspersonal, klienter och socialsekreterare istället skulle genomföra fokusintervjuer med socialsekreterare samt behandlingspersonal på de olika behandlingshemmen

Vi tog återigen kontakt med behandlingshemmet för att höra om det fanns möjlighet att genomföra intervjuerna i form av fokusintervjuer istället. Det visade sig då att chefen ännu inte hade talat med vare sig personal eller klienter. Han menade att det inte heller fanns utrymme för personalen att samlas för att kunna genomföra en intervju i grupp beroende på deras tidsbrist samt att de inte hade lokaler tillgängliga då de höll på att flytta. Vi hade under denna tid även tagit kontakt med ett behandlingshem som representerar en miljöterapeutisk inriktning. Även de tackade först ja till att låta sig bli intervjuade men då vi senare ringde upp för att få det verifierat drog de sig ur.

Vi värderade vid denna tidpunkt att helt enkelt lägga ner planerna på att göra en intervjuundersökning och istället göra en litteraturstudie eftersom tiden började bli knapp. Vi prövade dock att ta kontakt med ytterligare ett behandlingshem som representerade Minnesotamodellen. De var intresserade och vi fick avtalat en tid bara några dagar senare. Vi provade nu även att ta kontakt med ett annat behandlingshem med miljöterapeutisk inriktning. Vi pratade med föreståndaren som påtalade för oss att vi var sent ute och att det var svårt att samla flera ur personalen samtidigt. Men hon tyckte att det lät intressant och lovade att ta upp vår förfrågan i sin personalgrupp. Efter ett par dagar fick vi besked om att det fanns tre behandlingspersonal som var intresserade av att bli intervjuade av oss.

Vi har haft en del tankar kring de svårigheter vi har mött när vi kontaktat de olika behandlingshemmen. Naturligtvis är vi medvetna om att personalen på ett behandlingshem kanske inte har så mycket "fri" tid över då stora delar av deras dag är schemalagd till olika arbetsuppgifter. Men vi tycker att det är tänkvärt att notera att det enda behandlingshem som direkt ställt sig positivt och som inte har sett några svårigheter med att delta i vår undersökning är relativt nyöppnat och dessutom inte har några platser uppköpta av Malmö stad. Det är inte helt otroligt att de upplevde detta tillfälle som ett sätt att marknadsföra sig inför kommande uppdragsgivare. Samtidigt kan det också vara så att de hade tid.

2.4. Genomförandet av intervjuerna

Inför intervjutillfället fick varje intervjuperson själv bestämma tid och plats för intervjun. Av naturliga skäl har intervjuerna genomförts i socialtjänstens respektive behandlingshemmens egna lokaler. Detta tycker vi är bra då det har varit en miljö i vilken intervjupersonerna har känt sig trygga och där vi har kunnat vara säkra på att få vara ostörda (Repstad, 1993).

Före intervjuens början presenterade vi oss, berättade på nytt vilken utbildning vi gick på, att intervjun skulle genomföras som en del av vår C-uppsats samt om syftet med intervjun. Vi informerade även om att intervjun spelades in på band och att vi i uppsatsen kom att använda oss av citat från intervjun. Vi berättade även att vi inte skulle använda oss av deras namn i uppsatsen men att de i texten kom att användas som företrädare för "sin" behandlingsideologi.

Till hjälp i intervjusituationen har vi använt oss av en intervjumanual (bilaga 1). Tanken bakom intervjumanualen har inte varit att styra intervjugruppen, tvärtom, frågorna har mer

haft karaktären av teman eller diskussionsområden. Intervjumanualen har istället använts som ett stöd åt oss för att vi skulle känna oss tryggare i intervjusituationen samt för att garantera att intervjun täckte in de områden som vi ville undersöka (Holme & Solvang, 1997).

I intervjusituationerna har det naturligtvis även dykt upp andra idéer och frågor från såväl oss som intervjugruppen. Då vårt syfte har varit att fånga tankar och åsikter har vi följt upp dessa sidospår. Vi tror att detta har lett till att intervjupersonerna känt sig friare och att de har haft lättare för att prata. Detta förhållningssätt har även gjort att vi har fått ta del av mycket intressant ”sidokunskap”.

Intervjuerna har spelats in på bandspelare. Att använda bandspelare kan ibland upplevas som störande för intervjupersonen och kan leda till att intervjun blir konstlad och hämmad. Detta är dock inte någonting som vi tycker oss ha upplevt i dessa intervjusituationer. Istället har bandspelaren varit bra ur många aspekter. Dels har den hjälpt oss att slappna av och behålla fokus under intervjuerna då vi inte har behövt tänka på att anteckna. Vi har under intervjuns gång istället haft möjlighet att koncentrera oss på intervjupersonerna, det som sagts och hur det har sagts (Repstad, 1993). Bandspelaren har även gett oss möjligheten att kritiskt granska oss själva under arbetets gång. Vi har transkriberat varje intervju innan vi genomfört nästa och har då upptäckt de fel vi har gjort. Dessa har vi tagit lärdom av inför nästa intervju (Repstad, 1993).

Vid samtliga intervjuer var båda uppsatsförfattare närvarande. Vi arbetade så att en ställde frågor och en fungerade som observatör. Då observatören undrade över något hoppade hon in i samtalet. Vi växlade mellan att vara frågeställare och observatör.

Att genomföra dessa intervjuer har varit både stimulerande och lärorikt. I intervjusituationen möter man en människa och den information man har med sig när man går därifrån är så mycket större än bara det som har spelats in på band. Vi har fått ta del av historier som inte kommer att återges i denna uppsats men som vi alltid kommer att bära med oss.

2.5. Transkribering av intervjuerna

Alla intervjuerna har transkriberats i sin helhet. Detta har varit ett tidskrävande arbete. Varje intervju varade i ungefär 1-1½ timme och har resulterat i ungefär femton sidor text. Vi har valt att skriva ut intervjuerna ordagrant. Detta kan tyckas orättvist mot intervjupersonerna eftersom talspråket skiljer sig väsentligt från skriftspråket. Det talade ordet och samtalet är fullt av upprepningar och oavslutade meningar (Kvale, 1997). För att talspråket ska kunna ges begriplighet i utskrift krävs det ofta att man översätter det till skriftspråk. Vi har dock valt att inte gå tillväga på detta sätt. Genom att vi båda två varit närvarande under intervjuerna, transkriberat dem tillsammans och därmed lyssnat på dem ett flertal gånger har det blivit lättare för oss att ”höra” samtalen vid läsning av utskriften (Billinger, 2000). Vi har haft möjligheten att kunna diskutera med varandra och har genom det haft lättare att dra oss till minnes det subtila språk människor emellan som inte låter sig fångas på band.

2.6. Validitet - reliabilitet

Den första intervju vi gjorde genomfördes på den socialförvaltning där vi båda under hösten 2003 varit socionomkandidater. Vi gjorde detta val helt enkelt för att underlätta för oss själva. Vi var ivriga att komma igång med vårt arbete och tänkte att vi på denna socialförvaltning skulle ha en större chans att snabbt få ett datum för att göra en intervju. En annan orsak var att vi kände oss osäkra i vår roll som intervjuare och tänkte att det skulle vara en bra idé för oss att genomföra vår första intervju i en miljö och tillsammans med människor som var bekanta för oss. Sådär i efterhand kan vi se en rad problem med vårt tillvägagångssätt. I metodlitteratur diskuteras det kring det problematiska i att genomföra intervjuer inom ett fält där man känner aktörerna. När man gör intervjuer med människor man är bekant med sedan tidigare finns det risk för att man ”goes native”, dvs. förlorar den akademiska distansen och slutar förhålla sig kritisk till intervjuobjektet (Repstad, 1993). Detta problem har vi fått vara extra uppmärksamma på i analysen av vårt material.

Det största problemet som vi upplevde i vår intervju på socialförvaltningen var dock i vår forskarroll. När vi jämför denna första intervju med de övriga vi har gjort kan vi se skillnader både i sättet vi har uppträtt och i sättet vi blev bemötta. På socialförvaltningen hade vi redan en roll, vi hade varit socionomkandidater där, varit där för att lära oss. När vi nu återvände

som forskare blev det motsättningar mellan de olika rollerna. Vi kände att vi hade svårigheter att komma in i vår nya roll och vi tror även att de socialsekreterare som vi intervjuade hade svårt att se oss i den. Kanske hade även vi svårigheter och förutfattade meningar på socialsekreterarna i deras roll som intervjupersoner? Troligtvis. Om vi jämför med de andra intervjuer vi gjort kan vi tycka att vi i dem hade lättare för att uppträda sakligt och professionellt. Vi känner även att vi i de övriga intervjusituationerna blivit bemötta med större eftertänksamhet och allvar. Det har varit en växelverkan mellan vårt sätt att uppträda och det mottagande vi fått. Om vi hade haft möjlighet att göra om denna undersökning så hade vi nästa gång valt att enbart använda oss av våra kontakter som ”gatekeepers” och istället valt att genomföra intervjun på en annan socialförvaltning.

Att genomföra fokusintervjuer har varit spännande då ingen av oss tidigare har genomfört denna typ av intervju. Att intervju flera människor samtidigt har varit lärorikt och vi hoppas att vi på detta sätt har kunnat få en inblick i det sociala samspelet på arbetsplatsen. Vid intervjuerna deltog dock bara två personer. Vi hade i förhand blivit lovade att tre ur personalgruppen skulle ha möjlighet att delta, men en person uteblev på samtliga arbetsplatser. Vi tror dock inte att detta faktum har påverkat uppsatsens syfte negativt då våra intervjuer, trots att endast två personer deltog, blev väldigt innehållsrika och intressanta.

Vi har diskuterat kring intervjuernas frivillighet, speciellt i det fall då vår kontakt gick genom behandlingshemmets föreståndare som rekommenderade sin personalgrupp att delta. Vi anser dock att alla intervjuer genomförts på frivillig basis, vilket visas av det faktum att personal har uteblivit vid alla intervjuer.

2.7. Analysmetod

Till analysen våra intervjuer har vi valt att göra en diskursanalys. Diskursanalysen strävar efter att göra människor medvetna om sambandet mellan diskursiv praktik och maktstrukturer. I diskursanalysen är teori och metod sammanlänkade. Då den diskursanalytiska metoden är ganska omfattande och främmande för de flesta presenterar vi under detta avsnitt en genomgång av den.

2.7.1. Diskursanalytisk metod

Det är inte meningen att diskursanalytikern ska försöka utröna vad människor *egentligen* menar när de talar, inte heller ska de beskriva en sann verklighet bakom diskursen.

Utgångspunkten är att man inte kan komma åt en verklighet utanför diskursen och därför är analysen riktad mot att betrakta diskursen i sig. Man ska undersöka det som framkommit, sagts eller skrivits, för att betrakta mönstren i empirin samt för att komma fram till vilka sociala konsekvenser olika diskursiva framställningar får. Man undersöker varför vissa sätt att uttrycka sig på blir sedda som sanningsenliga men andra inte.

I boken "Diskursanalys som teori och metod" förordar Winther Jörgensen och Phillips (1999) att de olika diskursanalytiska angreppssätten med fördel kan kombineras i samma undersökning. Vi kommer i vår analys att använda oss av begrepp hämtade från den kritiska diskursanalysen och diskursteorin. Vi kommer här att närmare förklara de centrala begrepp som vi kommer att använda oss av i vår studie samt att knyta dem till vårt material.

Definitionerna är hämtade ur Winther Jörgensen och Phillips (1999).

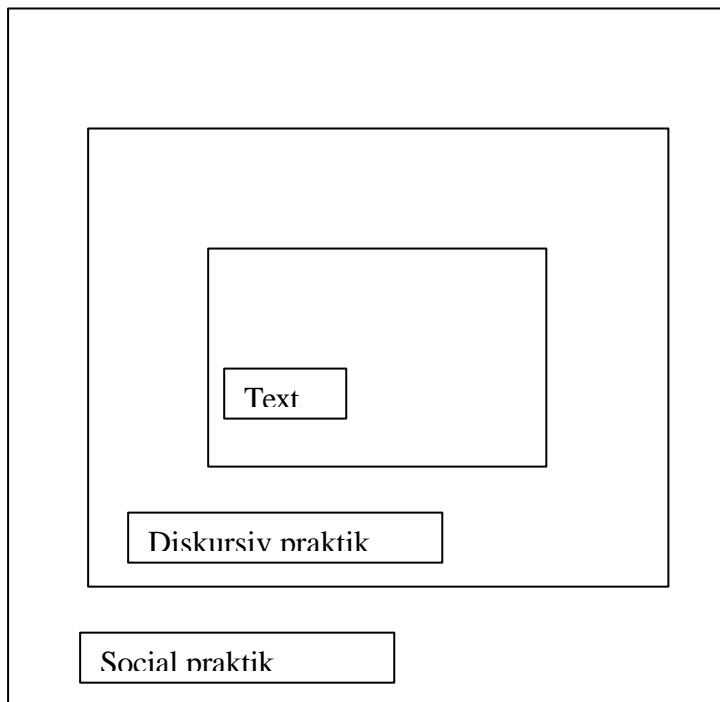
2.7.2. Centrala begrepp i diskursanalytisk metod

Flytande signifikant: Diskursteorin använder sig av benämningen flytande signifikant för att beteckna de begrepp som de olika diskurserna kämpar om att få definiera. I vår studie utgör återfallsbegreppet och arbetet med återfall flytande signifikanter som de olika behandlingsdiskurserna kämpar för att vinna definitionsrätt över.

Kommunikativ händelse: En kommunikativ händelse är ett fall av språkbruk, till exempel en artikel, ett tal, en film. I vår studie kommer intervjuerna med behandlingspersonal och socialsekreterare att utgöra kommunikativa händelser. Den kommunikativa händelsen är det sätt som diskursen "uttrycker" sig på och har tre dimensioner (se figur 1). Den kommunikativa händelsen består av text, (tal, skrift och bild), en *diskursiv praktik* som innebär produktion och konsumtion av texter samt av *social praktik*, handlande.

Diskursordning: Diskursordningen består av de olika diskurser som används inom en social domän. I vår studie består diskursordningen av de olika teorier och behandlingsmodeller som anser sig ha rätten att definiera begreppet återfall. Diskursordningen står i ett dialektiskt

förhållande till den kommunikativa händelsen. Den kommunikativa händelsen kan vidmakthålla ordningen i diskursordningen men även förändra den genom kreativt språkbruk.



Figur 1: Faircloughs tredimensionella modell för diskursanalys. (Fairclough, 1992, s 10)

Interterdiskursivitet: Detta begrepp avser den begreppsblandning och ”mix” av olika diskurser som äger rum inom en diskursordning och mellan diskursordningar. En hög grad av interdiskursivitet är tecken på förändring i diskurserna och därmed också sociokulturell förändring. Som exempel kan nämnas att diskurser hämtade från marknadens diskursordning idag tränger in med sina begrepp i tex. sjukvårdens diskursordning.

2.7.3. Bearbetning av vårt material

I Fahlgren (1999) sägs det att då man använder sig av diskursanalytisk metod behandlar man texten som en social text som är handlingsorienterad. Forskaren ser texten som en förstahandskälla och inte som en sekundär källa till någonting bakom texten. Man ställer inga frågor angående vad talaren hade för avsikt med sin text. Det som står i fokus är istället frågor

som: hur konstrueras diskurserna? Vad uppnås via denna konstruktion samt hur samverkar diskurser och sociala praktiker? (Fahlgren, 1999).

I vår studie har vi analyserat en kommunikativ händelse, dvs. intervjuer med socialsekreterare och behandlingspersonal. Efter utskrift har vi läst igenom våra intervjutexter för att skaffa oss en allmän uppfattning om hur texten är uppbyggd samt vad som är centralt i varje text. Vi har sedan ägnat oss åt ”närläsning” för att finna teman som är relevanta för vår analys. Detta arbetssätt har fortsatt genom hela analysprocessen, vi har hela tiden växlat mellan helheten och delarna. Vi har koncentrerat vårt läsande kring frågor som: vilka är de diskurser som talar i texten? Vi har sedan i texten försökt att lokalisera konfliktytor i sättet att tala, men även samstämmighet, interdiskursivitet där sätten att tala överlappar varandra. Innan vårt arbete med analysen började skaffade vi oss en översikt av olika sätt att resonera kring återfall och missbruk. När vi började vårt arbete med analysen hade vi således en uppfattning om vilka konfliktytor vi skulle finna. Efterhand som vi har läst och ställt frågor till texten har ytterligare konfliktytor framträtt.

Fahlgren (1999) skriver att sökandet efter variationer och skillnader gör att man kan ställa frågor som: Varför konstrueras texten just så här- och inte så där? Varför används dessa ord- och inte andra? Vilka effekter skapar det? Genom att hela tiden ställa sig dessa frågor undviker man att diskursens formulering framstår som något självklart och oproblematiskt.

Nästa fråga som Fahlgren (1999) ställer är hur diskurserna görs eller konstrueras i texten. På vilket sätt talar diskursen för att framhålla det sanna, det förnuftiga och normala? Viktigt är även att man ställer sig frågan hur diskursen har möjliggjorts. Vilka är förutsättningarna för de uttalanden som görs?

2.7.4. Kritik av diskursanalysen

Diskursanalysen har utsatts för kritik från flera olika håll. Vi ska i detta avsnitt redogöra för en del av den kritik och de problem som vi har funderat kring under arbetet med denna studie.

Diskursanalysens utgångspunkt är att man aldrig kan nå en verklighet utanför diskursen. I en diskursanalytisk undersökning handlar det alltså inte om att sortera materialet efter vad som är

rätt och vad som är fel, då det inte finns någon ”sanning”. Man strävar istället efter att undersöka mönster i texten, och vilka sociala konsekvenser dessa utsagor av verkligheten får (Winther Jörgensen & Phillips, 1999). I detta finns det en rad problem.

En aspekt på detta som vi har funderat på är hur man ska ställa sig som forskare. Som forskare är man hela tiden själv en del av diskursen, speciellt tydligt blir detta dilemma då man undersöker diskurser som man själv är nära och tycker sig ha kunskap om. I detta läge blir det svårt att se diskurserna som diskurser, alltså som socialt konstruerade system som skulle kunna vara annorlunda. Vi läser båda två på Socialhögskolan i Lund och är snart klara med vår socionomutbildning. Vi anser oss ha en del kunskaper om socialt arbete. Detta har gjort det svårt för oss att ställa oss främmande till materialet och de utsagor vi har fått ta del av. Om all kunskap är historiskt och socialt skapad och om sanning är en produkt av att en diskurs har större genomslagskraft än andra, hur ska vi då hantera vår egen kunskap?

Ytterligare kritik mot diskursanalysen är att den är oanvändbar både vetenskapligt och politiskt. Vetenskapligt eftersom den aldrig avgör vad som är riktigt, varje resultat är bara en reflektion av verkligheten bland många möjliga. Politiskt oanvändbar anses diskursanalysen vara eftersom den inte avgör vad som är bra eller dåligt. Om man med en diskursanalys pekar på samhällsförhållanden som borde förändras så är ju resultatet bara en formulering för forskarens egen mening (Winther Jörgensen & Phillips, 1999).

Vår tanke med denna studie har inte varit att hitta någon sanning eller att bestämma vilket handlande som är rätt eller fel. Vår tanke har istället varit att problematisera ett begrepp och att ifrågasätta självklarheten av det. Vi tänker att de största problemen och farorna ligger i den kunskap som anses som självklar. Vi är medvetna om att vår tolkning av texterna skulle kunna se annorlunda ut. Vi har därför valt att presentera en mängd intervjuer i vår analys. Läsaren får genom det möjlighet att göra sina egna bedömningar av materialet, sin egen diskursanalys av diskursanalysen (Fahlgren, 1999).

2.8. Fortsatt framställning

I nästföljande kapitel kommer vi att presentera våra *fokusgruppers teoretiska bakgrund*. Därefter följer en genomgång av *tidigare forskning* kring begreppet och fenomenet återfall. Vår tanke är här att försöka belysa återfall utifrån olika infallsvinklar och att detta kapitel ska

ge läsaren en uppfattning av det problematiska med begreppet. I kapitlet *teori* kommer vi att presentera två diskursanalytiska inriktningar. I kapitlet *analys av intervjuaterialet* kommer vi att göra en tematiserad genomgång av intervjuerna för att belysa olika tankar och åsikter kring återfall. Detta kapitel avslutas med en resultatsammanfattning där vi förtydligar de ytor av samstämmighet och konflikt som vi har funnit. I *slutdiskussionen* kommer vi att föra en friare diskussion baserad på de tankar och funderingar som vi har fått under arbetet med denna studie.

3. Presentation av fokusgruppernas teoretiska bakgrund

3.1. Miljöterapi

Som begrepp har miljöterapi kommit att omfatta en rad olika behandlingsformer som alla vilar på samma principer och där man ämnar använda ”människors fysiska och sociala miljö för att åstadkomma förändringar i deras liv” (Hagkvist & Widinghof, 2000). Miljöterapiens åtta grundläggande principer återfinns i stort sett hos alla behandlingshem som anammar ideologin:

- Öppen kommunikation – i alla riktningar, information om vad som sker och planeras och vad man tycker och tänker ska ges av alla.
- Demokrati
- Nya roller
- Symptomtolerans – i stället för symptomkontroll; man accepterar en viss handling och frågar sig istället varför personen handlar just på det sättet.
- Ständig granskning – verklighetskonfrontation – alla vardagssituationer används för att bearbeta problem.
- Frivillighet i vården – patienten skall vara inskriven av egen vilja
- Gemensamt mål – för både personal och patienter
- Kontakt utåt – institutionen ska ha en kontakt utåt i samhället, verksamheten får inte drivas isolerad från övriga samhället (Jenner, 2000).

Miljöterapi kan alltså delas upp i dels en teoretisk och ideologiskt referensram som har lånat teorier och begrepp från ett antal beteendevetenskaper samt från psykiatri och medicin, dels i

en samling behandlingstekniker som innehåller metoder hämtade från olika former av grupppsykoterapi och familjeterapi (Ahlin, 1986). Personalen har ofta en psykodynamisk grundsyn.

Inom miljöterapeutisk behandling ser man på den enskilda människan som ”en tänkande, kännande och upplevande varelse med ansvar för sitt eget liv och sina egna handlingar” (ibid. 1986, sid 9). Behandlingen på en miljöterapeutisk institution beskrivs som psykosocialt behandlingsarbete bestående av en kombination av pedagogik och psykisk bearbetning (Hilte & Laanemets, 2000). Hela miljön är verksam i behandlingsarbetet och personalen försöker skapa en trygghet som ska möjliggöra för klienten att våga se på sig själv och sitt sammanhang och kunna släppa fram de tankar och känslor som missbruket är ett symptom på (ibid. 2000, sid 17).

3.2. Minnesotamodellen

Minnesotamodellen är Anonyma Alkoholisters (AA) behandlingsprogram. AA är en förening för missbrukare som inte bedriver någon behandling. Det är Minnesotamodellen som är den professionella grenen av Anonyma Alkoholister (Bergström, 1996). Behandlingen är baserad på fyra centrala uppfattningar:

- Alkoholberoende är ett behandlingsbart tillstånd
- Alkoholberoende är ett sjukdomstillstånd
- Framgångsrik behandling kräver nykterhet och bättre livsstil
- Behandlingsprinciperna baseras på AA: s 12-stepsprogram (Berglund & Rydberg, 1995, sid 98).

Fridell (1996) beskriver Minnesotamodellen som ett exempel på integrerad professionell behandling med inslag av terapeutiskt samhälle i kombination med självhjälsgrupper av typen AA. Minnesotabehandlingen förutsätts bli början till ett helnyktert leverne med AA-grupper som viktig komplement (ibid. 1996). Förutom ovannämnda principer betonas i Minnesotamodellen den starka kopplingen mellan behandling och efterbehandling i självhjälsgrupper för att uppnå en stabil nykterhet.

Grunden för Minnesotabehandlingen utgörs av en primärbehandling som varar i 29 dagar. Klienterna genomgår då en intensiv påverkan med gruppterapi, attitydpåverkan, avslappningsövningar, självstudier, undervisning och familjebehandling. Även återfallsbehandling ingår i modellen, likaså halvvägshus, som är en blandning av behandling, efterbehandling och skyddat boende (Hilte & Laanemets, 2000).

3.3. Socialtjänsten

Socialtjänstens arbete med missbrukare finns reglerat i Socialtjänstlagen. I SoL 9 § slås fast att socialnämnden har en skyldighet att motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Det betonas att vården skall planeras i samförstånd med missbrukaren och att nämnden noga skall följa den planerade vården (Nya sociallagarna, 2003).

Socialsekreterarna ansvarar för utredningar, biståndsbedömningar, yttranden och beslut enligt Socialtjänstlagen, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Förutom ekonomiskt bistånd kan även bistånd i annan form beviljas. Detta bistånd kan exempelvis vara stödjande och motiverande samtal, familjerådslag, nätverksmöten, kontaktpersoner och kontaktfamiljer (<http://www.malmo.se>, 2004-05-21).

Handläggarna inom socialtjänsten utför ett arbete som består av att utreda behovet av vård och behandling för sina klienter. Det sociala arbetet inom socialtjänsten styrs av juridik och formalitet och har således inte samma förutsättningar att bedriva socialt arbete som en behandlingsinstitution (Levin, Sunesson & Svärd, 1998).

4. Tidigare forskning kring återfallsbegreppet

Under denna rubrik kommer vi att redogöra för relevant litteratur som berör ämnet återfall. Syftet är att problematisera och ge läsaren en inblick i hur man kan diskutera kring begreppet återfall och vilka motsättningar som finns i dess betydelse. Litteraturen är utvald för att illustrera de olika behandlingsinriktningarnas synsätt rörande beroende och återfall.

”Återfallet- en fallstudie” (Westlund, Lilja & Magnusson, 1992) är en erfarenhetsinventering som har genomförts på ett behandlingshem för kvinnliga missbrukare. I denna skrift problematiseras användningen av begreppet återfall utifrån diskussioner och erfarenheter i en personalgrupp.

Författarna menar att alla, mer eller mindre intuitivt vet vad som menas med begreppet återfall. Återfall betyder att börja igen efter att man slutat. Denna definition är dock problematisk av flera skäl.

Det första problemet som författarna tar upp sammanhänger med drogen. En typ av återfall kännetecknas av att samma drog används före och efter behandling. Detta återfall anses som minst problematiskt. En annan och mer problematisk form av återfall är när en drog byts ut mot en annan, mot ett blandmissbruk eller används utan berusningssyfte. Är det att anse som återfall när en före detta narkoman börjar bruka alkohol?

Westlund et al. (1992) ser även skillnader i hur återfallet definieras. De menar att det kan definieras både som en händelse och en process. Om återfall definieras som en *händelse* innebär det att återfallet inträffar då missbrukaren ”lyfter” drogen, dvs. återupptar droganvändandet. Ett enstaka tillfälle av drogbruk definieras då som återfall. Det finns två möjligheter enligt denna definition. Antingen så är man botad och då har behandlingen lyckats. Eller så har behandlingen misslyckats och sjukdomssymtomen visar sig på nytt. Denna definition hör alltså hemma i en sjukdomsmodell och det deterministiska inslaget är starkt och individen betraktas som ett passivt objekt utsatt för sjukdom.

Om man definierar återfallet som en *process* lägger man vikt vid hur drogen ska användas för att man ska kunna tala om ett återfall. Här definieras återfallet utifrån faktorer som tid och mängd. Vissa menar att det krävs samma intensitet i missbruket som innan för att man ska kunna tala om ett återfall. Andra menar att användandet av drogen måste ske dagligen och under en bestämd tid. Återigen andra definierar missbruket med hänsyn till dess konsekvenser.

I processdefinitionen av återfall ser man även återfallet som förbundet med ett beslut om att ändra sin användning av droger. Återfallet inträffar då detta beslut förändras. Återfallet blir ett misslyckande i en persons försök att förändra ett målinriktat handlande. I detta återfall finns

en önskan om förändring. Detta återfall kan även betraktas som ett fall framåt. Genom återfallet kan man lära någonting om sig själv och om sitt missbruk.

Vidare diskuterar författarna om föreställningarna knutna till uttrycken att *ta* respektive *få* ett återfall. När man talar om att ta ett återfall tänker man sig återfallet som en aktiv handling som rymmer en föresats. Man *tar* ett återfall för att åstadkomma något. Man talar här om innan- situationer och efter- situationer. Ett återfall innan syftar till att klara av eller att slippa från en situation. I efter- återfallen syftar man till att döva sin smärta efter ett nederlag eller fira sin framgång.

För att ytterligare utveckla beskrivningen av vad det kan innebära att utföra en handling använder sig Westlund et al. (1992) av Jürgen Habermas handlingstypologi. Att ta ett återfall kan ses som en *strategisk handling*. Missbrukaren fattar ett beslut om att följa en handlingsplan och använder drogen som medel för att nå sitt mål. När man tar ett återfall kan man, som personalen i studien säger, bena upp det och se vad det är. För att undvika återfall måste missbrukaren lära sig att hitta alternativa lösningar på situationer och problem så att drogen utesluts som problemlösningsmetod.

När man talar om att en person har *fått* ett återfall ser man återfallet som en aktivitet utan orsakssamband. Dessa återfall inträffar till följd av händelser som individen inte råår över. De återfall man får inträffar i miljöer och situationer som förknippas med sprit och droger t ex. vid högtider och fester eller när man vistas i miljöer där man tidigare drogat och det förväntas att man ska bete sig på detta sätt. I dessa sammanhang krävs det ett aktivt ställningstagande för att inte dricka eller ta droger. Återfallet följer av ett passivt handlande, på grund av att man följer ett invariant levnadsmönster. Enligt Habermas handlingstypologi bekräftar missbrukaren genom återfallet sin tillhörighet till gruppen, missbrukarna. Att inte ta ett återfall blir ett normbrott vilket konsekvenser blir utanförskap och avvikelser.

Enligt Habermas handlingstypologi kan man även tolka återfall som ett sätt för individen att presentera sig själv och sin självbild eller som ett sätt att berätta om sin situation i världen.

Att tala om att en missbrukare har tagit ett återfall och att en annan har fått är alltså förbundet med två skilda synsätt. Den som tar ett återfall är en aktör av vilken man kan kräva ansvar. En aktör kan lära sig av sina misstag och hantera svåra situationer på ett annat sätt än att återfalla.

Den som däremot får ett återfall måste skyddas mot en ond värld och mot sig själv. Man måste befrias från den miljö och det levnadsmönster som är förbundet med att få ett återfall.

I ”Att falla åter – om återfall” (2000) tar **Leili Laanemets** upp återfall ur en rad perspektiv och hänvisar till forskning och övrig litteratur i ämnet. Laanemets är doktor i socialt arbete och verksam som forskare vid Malmö högskola.

I engelskspråkig litteratur gör man en åtskillnad mellan begreppen *lapse* och *relapse*. Båda dessa begrepp kan översättas med svenskans återfalla, dock finns det en gradskillnad mellan dessa ord. Lapse innebär ett litet misstag, det kan till exempel vara användandet av droger vid ett enda tillfälle och behöver inte med automatik innebära återgång till ett tungt missbruk. Relapse däremot är att anse som allvarligare. Det definieras på skilda sätt beroende på vilken förklaringsmodell för missbruk man använder sig av. Relapse beskrivs som ett tillbakasteg i försöket att ändra sitt beteende eller som ett ökat drogintag i kombination med skadliga följder. Laanemets skriver vidare att en användning av begreppet relapse förutsätter förbättring och ett beslut om att ändra intaget av droger. En person som slutar med droger enbart för att dessa inte är tillgängliga och börjar igen när de åter är tillgängliga kan inte anses ha återfallit.

Laanemets refererar vidare till undersökningen ”Berättelser om missbruk och vård” gjord av Laanemets och Hilde år 2000. Denna studie är gjord på behandlingspersonal och klienter vid fyra vård- och behandlingsprogram. Från denna undersökning ges exempel på hur några kvinnor som har varit i behandling talar om återfall.

- En kvinna har efter behandling bytt drog och börjat med en drog som hon aldrig har provat tidigare. Har hon återfallit och i så fall i vad?

- En kvinna har, efter genomförd Minnesotabehandling, vid enstaka tillfällen druckit ett glas likör. Behandlingen har gett henne en insikt om att hennes egentliga beroende- problematik handlar om mat och inte om alkohol. Kan man säga att hon har återfallit?

- En kvinna har mer eller mindre druckit under hela sin institutionsbehandling. Hon har numera utvecklat ett system där hon inte dricker minst tolv timmar innan hon ska träffa någon. Detta system har lett till att hon inte längre dricker sig medvetslös och hon har även

återgått till sitt arbete. Hon kan nu reglera sin alkoholkonsumtion och lever ett bättre liv än tidigare. Har hon återfallit trots detta?

Hos klienterna som deltagit i undersökningen finns en stor rädsla för återfall. Tanken finns, att om man börjar dricka eller droga igen så är allt förlorat, då kan man inte sluta. De befinner sig i en olöslig konflikt, å ena sidan kan de ”hålla ut nej” och inte använda droger till priset av att ha risken och rädslan för återfall ständigt lurande i bakgrunden. Å andra sidan om klienten drog sig eller återfaller riskerar de snabbt att förpassas till livet som missbrukare eftersom föreställningen är att om de börjar kan de inte sluta.

De begrepp som idag används inom missbruksvården, exempelvis beroende, missbruk och återfall producerar enkla förklaringsmodeller av mänskligt beteende som uniformt och fritt från variationer. Laanemets diskuterar kring risken att dessa begrepp tvingar fram fastställda tolkningsmönster som individen måste underordna sig och förhålla sig till. Som exempel ger Laanemets en kvinna som önskar lära sig att dricka alkohol. Hennes önskan riskerar att tolkas som en planering av ett återfall och inte som en del av en utvecklingsprocess. Individens läroprocess riskerar att dränkas av begreppen som kan ha en tvingande inverkan på individens sätt att tolka och förstå sin egen livssituation.

Vidare diskuterar Laanemets återfall i relation till behandlingspraktiken. Hon menar att strävan efter professionalitet hos behandlingspersonal och socialarbetare har lett till specialisering och utvecklande av detaljerade beskrivningar på målgrupper, metoder och diagnoser. Dessa specialiserade behandlingsformer kräver en viss typ av klienter och därför utestängs de människor som man inte tror passar i behandlingsprogrammet. I denna grupp torde de människor med ständiga återfall ingå, då en slutsats som behandlarna drar är att de individer som återfaller är omotiverade och varken vill eller kan sluta. Laanemets refererar här till Järvinen (1998) som menar att dessa definitioner och gränsdragningar är präglade av socialt och kulturellt bestämda uppfattningar och att de i mindre grad speglar den enskilde missbrukarens egenskaper än vad samhället är berett att göra när det gäller vård, behandling och stöd. Ofta blir tunga missbrukare med ständiga återfall förpassade till så kallade lågtröskelalternativ. Den grupp av människor med de största återfallsproblemen står utanför behandlingssystemet, för dessa finns ingen behandling. Därför är det av största vikt hur behandlingshemmen arbetar med klienternas återfall eftersom varje återfall riskerar att bli början på klientens väg ut ur behandlingssystemet.

Återfall som en lång process behandlas i **Joachim Volckerts** bok ”**Drogberoende – psykologi och terapi**” från 1998. Joackim Volckerts är psykolog, psykoterapeut och handledare med lång erfarenhet av kriminalvård och narkomanvård. Volckerts försöker förklara de psykologiska uppkomstmekanismerna av tvångsmässigt drogberoende. Utifrån ett psykodynamiskt perspektiv tar boken ingående upp vilka psykologiska förhållanden som kan ge upphov och vidmakthålla ett drogberoende av tvångsmässig karaktär. Återfall behandlas i ett eget kapitel och ses här som slutpunkten i en lång process som kallas för återfallskedjan. Volckerts gör en framställning av återfallets myter, olika vanföreställningar om hur man bör se på återfallsrisker samt en beskrivning om den s.k. återfallskedjan. Denna är baserad på A. Washtons sammanställning av de samlade erfarenheterna av förebyggande och uppföljande arbete kring återfall, från boken *Cocaine Addiction. Treatment, Recovery and Relapse Prevention* från 1989. Punkten där återfallsprocessen har sin början är inte lätt att fastställa, skriver Volckerts, men oftast sammanfaller den med en för missbrukaren avgörande händelse. Det kan röra sig om antingen framgång eller misslyckande och det resulterar i en aktivering av kraftigt negativa eller positiva känslor som har sitt ursprung i missbrukarens underliggande psykologiska problematik. Volckerts belyser även de riskfaktorer och varningssignaler som föregår ett återfall samt ett antal attityder hos den drogfria missbrukaren, som alla kan innebära risker för återfall i missbruk.

Kjell-Åke Lindström: Återfallsprevention för missbrukare i *Effektforskning, behandling och utvärdering av missbruksproblem* (1992). Lindström presenterar i den här rapporten från Socialhögskolan i Stockholm en ansats till kurser i återfallsprevention som utgår från Marlatt och Gordons teoretiska modell utgiven 1985. Termen återfallsprevention i Lindströms text refererar till en rad olika behandlingsmetoder som syftar till att förhindra återfall i missbruk. Bland dessa nämns både kognitiva och behaviorala tekniker för behandling av spelmissbrukare, hetsätare såväl som alkoholism och narkomani. Målsättningen för Lindströms modell handlar om att hjälpa missbrukaren att få insikt i hur hon ska identifiera, hantera och antecipera högrisksituationer, utrusta individen med kognitiva strategier för att undvika återfall samt nå en övergripande livsstilsförändring.

Återfallsförloppet beskrivs i Lindströms text utifrån Marlatt och Gordons modell för återfall. Där utgår författarna från premissen att det i individens livsstil förekommer någon form av obalans mellan aktiviteter associerade med externt tryck (*måsten*) och behagliga aktiviteter

som individen gör för sig själv (*önsknningar*). Denna obalans resulterar i stress och oro och individen kan då använda sig av detta för att rättfärdiga missbruket. Svårigheterna att komma med lösningar gör att många missbrukare söker omedelbart tillfredsställelse (*problem of immediate gratification*). Konsekvensen av detta blir att individen får en plötslig impuls att engagera sig i en handling och uppleva dess effekter, en så kallad *längtan* eller *sug*. Marlatt och Gordon använder sig av de psykodynamiska termerna *rationalisering* och *förnekande* för att beskriva de försvarsmekanismer som nu träder i kraft. Rationalisering innebär att individen söker efter en legitim ursäkt att missbruka och förnekande används då individen inte accepterar de faktiska skäl för sitt agerande och vägrar att känna igen återkommande situationer. I modellen sägs det att missbrukaren ofta upplever sig som ett offer för omständigheterna samt att individen planerar vägen till återfallet genom en serie irrelevanta beslut (*seemingly irrelevant decisions*) som leder till en högrisksituation.

Lindström föreslår i rapporten olika sätt för praktiskt tillämpning av återfallspreventionsprogrammet både på institution för missbrukarvård och inom öppenvårdsbehandling.

Behandlingsplanering vid missbruk av **A.G. Melin** och **C. Näsholm** är en bok avsedd för utbildningar vid socialhögskolor, vårdhögskolor och psykoterapiutbildning. Författarna har gedigen erfarenhet av specialiserad missbrukarvård och är läkare respektive psykolog. Boken presenterar en modell som har skapats med tanke på att underlätta kartläggningen av klientens behov och resurser.

Behandlingsplanering vid missbruk, anser författarna, skall ta hänsyn till biologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer och man lägger tonvikt på att behandlarens hållning och attityd spelar en viktig roll i arbetet med att välja anpassad behandling. Olika förhållningssätt och behandlingsmetoder som utgår från skilda förklaringsmodeller till missbruk behöver inte ställas mot varandra.

Återfall, konstaterar Melin och Näsholm, betraktas olika beroende på vilken förklaringsmodell till missbruk och beroende som används. I sjukdomsmodellen representerar återfall en reaktivering av den progressiva sjukdomen, medan i psykodynamiskt tänkande anses det att omedvetna känslor, behov och konflikter utageras som återfall vid försämrad impuls kontroll. Inom kognitiv en känsla av ”sug” orsakad av automatiska tankemönster (se Marlatt & Gordons modell forskning fokuseras på att återfall är resultatet av en kedja av ”minibeslut”

som har aktiverats av för återfallsförloppet, ovan). Ur ett inlärningsteoretiskt perspektiv poängteras att risken för återfall byggs upp utifrån känslor, händelser eller situationer som missbrukaren har svårt att hantera på annat sätt än genom droganvändning. För att undvika en tillbakagång till drogmissbruk måste individen lära sig att agera annorlunda och bemästra den farliga situationen. Författarnas uppfattning är att återfall inte är resultatet av en enstaka händelse utan av en rad kognitiva, beteendemässiga, affektiva och biologiska processer som klienten kan få hjälp att upptäcka, förstå och hantera.

Melin och Näsholm skriver vidare att toleransen inför ett återfall måste vara stor då vägen ur ett missbruk alltid kantas av återfall. Behandlaren skall i större utsträckning förbereda klienten och bygga upp strategier för att hantera återfall och arbetet med att förebygga återfall borde således integreras i behandlingsarbetet.

Orsakerna till återfall är många, skrivs det i boken. Det kan handla om oförmåga att handskas med frustrationer, svårigheter att hantera starka känslor som t.ex. glädje, vrede, sorg. Att försöka dricka kontrollerat kan orsaka återfall, likaså en känsla av otillfredsställelse med det nyktra livet. För behandlaren är det viktigt att gå igenom varje enskilt återfall och använda sig av återfallet som lärosituation.

Personer med alkohol- eller drogerberoende upplever att droganvändningen omedelbart leder till kontrollförlust, men författarna bedömer att så behöver det inte alltid vara. Att ta ett glas vin behöver inte betyda automatisk kontrollförlust. Allt eller inget synen som sjukdomsmodellen gör gällande kan utgöra en självuppfyllande profetia och leda till att klienten passiviseras, skriver Melin och Näsholm.

Riskbruk och missbruk av **K. Johansson** och **P. Wirbing** (1999) riktar sig i första hand till studenter inom sjukvårdsutbildningar och till personer verksamma inom den sociala sektorn. Boken försöker ge grundläggande kunskaper om droger samt praktiskt handledning för motivationshöjande samtal.

Återfall, skriver författarna, kan sättas i ett sammanhang, förstås och användas som en lärosituation för både patient och behandlare. Vidare beskrivs ett särskilt problem som följer på återfallet, det som kallas för abstinence violation effect (AVE), eller avhållsamhetsbrottseffekten. Denna innebär att personen tolkar återfallet som att han/hon är

en oförbätterlig och karaktärssvag person och den skuld och skam som då infinner sig leder till ett fortsatt drickande. När man tillskriver återfallet inre orsaker som bristande motivation eller oemotståndlig sug har man stark AVE och reaktionen på återfallet blir då mycket skuld och självanklagelse. Det finns en stor risk för kontrollförlust och fortsatt drickande, skrivs det i boken. Personer med svag AVE förklarar ofta återfallen med yttre omständigheter som konflikter med andra. De upplever att de har kontroll trots återfallet och det finns risk för att återfallsepisoderna upprepas.

Vid sunda vätskor. Handbok i återfallsprevention vid kemiskt beroende av **T. T. Gorski** och **M. Miller** är en bok som används inom tolvstegsbehandling. Missbruk av droger betraktas som en beroendesjukdom, ett tillstånd då en person har utvecklat ett bio-psyko-socialt beroende till ett sinnesförändrande substans. I bokens svenska förord kan man läsa att boken introducerar en ny företeelse på det svenska behandlingsområdet: strukturerad återfallsprevention vid kemiskt beroende. Återfallet som en process kantad av varningssignaler är bokens utgångspunkt och man beskriver ingående hur man framgångsrikt förebygger eller avbryter återfallsprocessen. Han beskriver återfallsprocessen som ett syndrom bestående av elva olika stadier och varningssignaler.

Att släppa taget. En handbok för alkoholbehandlare av **J. Kinney** och **G. Leaton** (1997) belyser behandling av alkoholproblem men sägs vara av intresse även för de som arbetar med drogberoende personer. Författarna försöker beskriva det gemensamma i professionell behandling och har som utgångspunkt tron att olika behandlingsmodeller kan ha nytta av att luckra upp gränserna och lära sig av varandra. Boken utgår dock från ett synsätt på alkoholism som en sjukdom och tar upp alkoholberoende och diagnostisering, medicinska komplikationer samt olika behandlingstekniker och metoder.

Alla som har en kronisk sjukdom löper risken att återfalla, skriver författarna, likaså den som lider av alkoholberoende. Skälen till återfall kan vara många. För de som har en kort nykterhet bakom sig handlar risken för återfall om en underskattning av allvaret i sjukdomen samt om bristande insikt i svårigheten att hantera den på egen hand. När det gäller tillfrisknande individer med en stabilare nykterhet bakom sig tar författarna upp tre orsaker till återfall. Återgång till droganvändning kan utlösas av att man kört fast i tillfrisknandet. Det kan också bero på att stabiliteten spricker och man återgår till ett undflyende beteende. Återfallet kan även vara en följd av att alkoholisten förleds att tro att alkoholberoendet är en avslutad period

då allting gått så bra. För att påminna om dessa risker använder man inom AA uttrycket ”tillfrisknande alkoholist” i stället för ”tillfrisknad”, menar författarna. Till stöd för detta påstående tas här upp det faktum att det finns klara belägg för att biologiska förändringar inträffar under tungt långvarigt drickande och det finns ingen återvändo till det ”normala” eller prealkoholiska tillståndet. Med andra ord kan man aldrig tillfriskna från sjukdomen alkoholism.

5. Teori

5.1. Teoretisk bakgrund till diskursanalysen

Det diskursanalytiska angreppssättet är inte bara en metod för analys utan en teoretisk och metodisk helhet. Således kan man se diskursanalysen som ett sätt att förstå och tolka världen. Teori och metod är sammanlänkade och man måste acceptera de grundläggande teoretiska och filosofiska ansatserna för att kunna använda sig av diskursanalys i en undersökning (Winther Jörgensen & Phillips, 2000).

De olika diskursanalytiska perspektiv som vi har valt att använda oss av har alla sin utgångspunkt i socialkonstruktivismen. Socialkonstruktivismen innehåller en rad teoretiska inriktningar vilka alla har en kritisk inställning till vetenskap och kunskap som objektiva sanningar. Enligt Burr (Winther Jörgensen & Phillips, 2000) finns det dock fyra grundantaganden som binder ihop fältet. Man har en *kritisk inställning till kunskapens objektivitet*. Vår kunskap om världen kan inte omedelbart betraktas som en objektiv sanning, den är endast en produkt av våra sätt att kategorisera världen. Man anser vidare att vår *kunskap präglas av vårt kulturella och historiska sammanhang*. Dagens västerländska kunskap är inte mer sann än den kunskap som producerades i andra tider eller i andra delar av världen (Thomé, 2001). Man betonar även *sambandet mellan kunskap, sociala processer och handlingar*. I interaktionen mellan människor skapas gemensamma sanningar och bestäms vad som är sant och falskt. Denna kunskap styr sedan individers handlande genom att sätta ramarna för vad som är acceptabelt.

Fahlgren (1999) skriver att diskursen organiserar världen åt oss så att vi lär oss att förstå den med diskursens ögon eller ur diskursens bestämda perspektiv. Detta perspektiv kommer sedan att framstå för oss som verkligheten. Diskursen återger eller representerar alltså inte någon

sann eller neutral verklighet för oss. Däremot kommer den värld som diskursivt produceras för oss att *framstå* som naturlig och neutral.

En diskurs kan beskrivas som en uppsättning påståenden, utsagor, bilder, texter m.m. som tillsammans producerar en speciell version och tolkning av världen.

5.2. Diskursteori

Diskursteori är den diskursanalytiska inriktning som bygger på en förståelse av det sociala som en diskursiv konstruktion. Här ses alla praktiker som diskursiva och man menar att sociala fenomenens betydelse aldrig definitivt kan fastställas, utan det pågår hela tiden en strid om deras definition, en strid som får stora sociala konsekvenser. Vidare menar Winther Jörgensen och Phillips att diskursteorin utgår ifrån idén om att ingen diskurs kan etableras helt och hållet som en "sanning". En diskurs befinner sig alltid i konflikt med andra diskurser som definierar verkligheten på andra sätt. Därför är begreppet *diskursiv kamp* ett nyckelord inom inriktningen. Diskursteorin syftar till att avslöja motsägelser och outvecklade antaganden i olika teorier, genom att dekonstruera dem. Att dekonstruera teorier och därigenom exponera motsägelser i deras innehåll ger verktyg för att tänka vidare.

Inom diskursteorin uppfattas *diskurs* som "en fixering av betydelse inom en bestämd domän" (Winther Jörgensen & Phillips, 2000). Man menar då att en diskurs etablerar sig genom att utesluta alla andra möjliga betydelser av ett tecken och är därmed ett försök att skapa entydighet kring ett begrepp (ibid.). *Det diskursiva fältet* blir då allt det som diskursen utesluter när den etableras, allt det som inte får plats i den enskilda diskursen. Författarna vill här även föra in begreppet *diskursordning*, som föreställer ett socialt rum där olika diskurser går in i varandra då de partiellt täcker samma område som de konkurrerar om att ge innehåll var och en på sitt eget sätt. *Diskursordning* symboliserar således ett område för konflikt mellan diskurserna. I diskursteori står begreppet *antagonism* för öppen konflikt mellan diskurser i en bestämd diskursordning samtidigt som begreppet *hegemoni* betecknar upplösningen av konflikter. Man kan säga att antagonism mellan två diskurser försvinner genom *hegemoniska interventioner*, då en enda diskurs dominerar fältet där det tidigare rådde öppet konflikt mellan diskurserna.

Diskursteori reser frågorna som vi i uppsatsen kommer att undersöka genom att använda oss av vissa av diskursteorins redskap: Vilka betydelser kämpar man om att definiera inom en bestämd domän? Vilka betydelser är relativt fixerade och får stå oemotsagda? Diskursteorin använder sig av begreppet *flytande signifikanter* för att benämna de begrepp som olika diskurser kämpar om att ge innehåll och definiera för att göra sin egen bild av samhället gällande. Genom att titta på de olika former av innehåll som ges åt *flytande signifikanter* i en text kan man börja utreda vad det är för sorts kamp som förs om betydelsebildning (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Man kan säga att diskursteorin strävar efter att avslöja vilka myter om samhället som en viss diskurs åstadkommer (Thomé, 2001).

5.3. Kritisk diskursanalys

Den kritiska diskursanalysen består av olika teorier och metoder för att undersöka sambandet mellan diskursiv praktik och social utveckling. Den mest kände företrädaren för det kritiskt diskursanalytiska angreppssättet är Norman Fairclough. Då det är Fairclough som har den mest utvecklade teorin och metoden är det honom vi kommer att använda oss av i beskrivningen av den kritiska diskursanalysen (Winther Jørgensen & Phillips, 2000).

I sin bok "Critical language awareness" beskriver Fairclough (1992) de teoretiska utgångspunkterna för sin kritiska diskursanalys:

- *Språkbruket (diskursen) skapar och omskapas av samhället.*
- *Diskurs konstituerar och förändrar kunskapen, sociala relationer och social identitet.*
- *Diskursen skapas i maktrelationer och fungerar ideologiskt.*
- *Skapandet av diskurs är av intresse för makten.*
- *Kritisk diskursanalys strävar efter att visa hur samhället och diskurserna skapar varandra.*

Vårt språkbruk, diskursen (talspråk, skriftspråk och bilder) har effekter på och konstituerar samhället och sociala strukturer samtidigt som det låter sig påverkas av dem. I den kritiska diskursanalysen är språket både en form av handling genom vilken människor kan påverka världen och en form av handling som bygger på och är påverkad av andra aspekter av det sociala (Fairclough, 1992). Diskursen står alltså i ett dialektiskt förhållande till andra sociala

dimensioner och samtidigt som den formar och omformar sociala processer och strukturer så formas diskursen av dessa.

En diskurs verkar aldrig neutralt i förhållande till makt och ideologier. Diskurser bidrar till att skapa och reproducera ojämlika maktförhållanden mellan grupper i samhället. Den kritiska diskursanalysen är kritisk i bemärkelsen att den ser det som sin uppgift att synliggöra den diskursiva praktikens roll i upprätthållandet av ojämlika maktförhållanden (Thomé, 2001). Den kritiska diskursanalysen ställer sig därigenom tydligt på de undertryckta samhällsgruppernas sida.

Fairclough menar att en kritisk språkmedvetenhet ska ge människor insikt, dels i den diskursiva praktik som de deltar i när de använder språket och konsumerar texter, och dels i de sociala strukturer och maktrelationer som diskursiv praktik formas av och bidrar till att forma och förändra. Målet är att människor ska bli mer medvetna om de ramar som begränsar deras språkbruk och om de möjligheter som finns för att göra motstånd (Winther Jørgensen & Phillips, 2000).

6. Analys av intervjumaterialet

I genomförandet av en diskursanalys är det viktigt att avgränsa olika diskurser. Att avgränsa en diskurs från andra kan vara problematiskt då de ofta går in i varandra. Vi har i vår studie valt att tolka våra intervjutexter som enskilda diskurser.

Vi har tematiserat analysen utifrån våra frågeställningar. För att underlätta läsandet har vi valt att ge olika namn åt våra intervjupersoner. De intervjupersoner som företräder socialtjänsten har således namn som börjar på bokstaven S, **Sanna** och **Stina**. Företrädarna för den miljöterapeutiska behandlingen kallas för **Maria** och **Malin** och intervjupersonerna från tolvstegsbehandling (Minnesotabehandling) kallas för **Tova** och **Terese**.

6.1. Definition av återfall

Tova: ” Alltså..En öl eller en holk, det är samma grej. Det är ett återfall vilket som”.

Tova: ”För mig är det återfall som återfall. Då då.. Alltsådet är ingen skillnad för mig. Om du dricker en 75: a eller om du dricker ett glas vin. Det är återfall vilket som”.

Maria: ”Alltsåhär påbehandlingshemmet räknas ju allt intagande av alkohol och droger som återfall”.

Malin: ”Oberoende av tid och mängd”.

Kommentar: Vi kan se en likhet i hur man definierar återfall mellan de två behandlingshemmen. Behandlingshemmen har en syn på återfall som oberoende av tid och mängd. Allt intagande av droger är att anse som ett återfall.

Terese: ”För mig såär ju återfallet, det börjar långt tidigare. Kanske ett helt år innan. Kanske till och med flera år innan. I alla fall lång tid innan man lyfter glaset eller tar knarket. Det är min uppfattning. Det är en process som händer inne i känslolivet”.

Tova: ”Såett glas vin kan ju trigga igång även en heroinist. Det kan det. Förr eller senare säsitter de där”.

Kommentar: Terese som arbetar med Minnesotabehandling tar dock definitionen av återfall ett steg längre. Hon ser återfall som en process som börjar i känslolivet. Man kan således ha ett återfall utan att använda sig av droger. I ”Vid sunda vätskor” av Gorski (1986) används återfallsbegreppet på samma sätt. Man talar här om ”torrfylla” eller ”de vita knogarnas nykterhet”. Tova talar om att man återfaller även om man använder sig av en annan drog än sin huvuddrog.

Stina: ” Ja, för mig betyder det att någon har återfallit i missbruk, alltsåatt det inte är en engångsföreteelse utan att man har återfallit påriktigt. Det kan vara efter en vecka det kan vara efter ett år, att man är inne pånågot sätt inne i ett aktivt missbruk”.

Sanna: ”Sedan är det ocksåsåatt man, att det vid ett återfall har bestämt sig för att man vill bryta det eller sluta”.

Sanna: ”Men jag menar en del är ju periodare och såkommer de hit kanske en gång i veckan och säger att nu har jag tagit återfall igen. Det räknar inte jag som ett återfall...”

Kommentar: Socialtjänsten däremot definierar återfall som beroende av faktorer som brukets intensitet, samt ett beslut hos individen om att ändra sin användning av droger. Genom detta synsätt faller individer som har ett periodmissbruk bort. Dessa individer kan inte återfalla.

I ”Återfallet - en fallstudie” (Westerlund, Lilja & Magnusson, 1992) problematiseras definitionen av återfall. Man kan se återfall ur ett *händelse* eller ett *process* perspektiv. På behandlingshemmen definieras återfall som en händelse då allt bruk av droger ses som återfall. Socialtjänsten däremot definierar återfallet ur ett processperspektiv och tar ställning till hur drogen ska användas innan de talar om ett återfall. Det råder ett visst inslag av interdiskursivitet mellan behandlingshemmens återfalls definitioner. Behandlingsdiskurserna befinner sig dock i konflikt med socialtjänstens diskurs.

6.2. Individens eget ansvar - att ta eller få ett återfall

Sanna: ”... Förr sa man ju alltid att man fick ett återfall och nu säger alla tar, tog ett återfall. Det blev någon ändring där, det här med eget ansvar. Det är någon annan syn på det lite grand som har kommit in, att man inte är ett offer bara för det liksom”.

Tova: ”Det är personens eget ansvar. Det mesta i en tolvstegsbehandling är patientens eget ansvar. Så även när patienten tar ett återfall”.

Malin: ”Alltså om du är ute lite grand efter grundsynen så nämner vi det väl inte med att man får ett återfall utan man tar ett återfall. Det är någonting som man gör och man har ett val att handla annorlunda och använda sig av detta stället”.

Kommentar: Alla fokusgrupperna använder sig av uttrycket ”ta ett återfall” när de talar om återfall hos sina klienter. De använder dock uttrycket med lite olika betydelse.

Minnesotamodellen talar om återfallet som ett beslut som *alltid* är klientens eget ansvar:

Terese: ”Får man ett så är man ju ett offer. Det är alltid klientens eller patientens ansvar”.

Kommentar: Det miljöterapeutiska behandlingshemmet talar också om individens eget ansvar. Man har ett ansvar när man är i behandling att använda sig av behandlingshemmet för att undvika återfall. Men man talar också om att återfallens individuella skillnader och att det kan finnas olika orsaker till ett återfall:

Malin: "Det är ett personligt ansvar att använda, för man är här i behandling, det är en chans man får och här kan man ta hjälp. Och det har man ett ansvar att göra".

Maria: "Alltså jag tänker att det ser ju olika ut, det gäller ju för var och en att bli uppmärksam på vad var det som hände egentligen? Kunde jag ha, hur gjorde jag och hur kunde jag ha gjort?".

Kommentar: Socialtjänsten talar om återfall i kombination med det omedvetna. Återfallet planeras omedvetet och sedan ser individen till att hamna i en situation som "legitimerar" återfallet. Med detta synsätt kan man hävda att individen inte alltid har ett eget ansvar vid ett återfall.

Stina: "...det är ju ofta att man planerar det helt omedvetet det här återfallet, tror jag, i de flesta fallen. Att den processen börjar ju ganska tidigt och sedan ser man till att man hamnar i det på något sätt".

Stina: "Som jag har en man som bodde på ett sådant drogfritt ställe. /.../ Och då bodde han på ett härbärke innan. Och då gav han sig iväg dit för att det var någon som var skyldig honom pengar. Och då kan jag säga att han redan när han cyklade dit tog en stor risk. Och så hade den här personen som var skyldig honom pengar, han hade inga pengar, utan han hade då droger istället. Så då tog han det istället. Och då var det, alltså på något sätt hade han säkert räknat med den risken, för det var ju uppenbart att när han tog sin cykel och cyklade ifrån det där drogfria stället till härbärgets där räknade han säkert med att kunna hitta någonting".

De olika diskurserna använder sig av samma uttryck, ta ett återfall. Dock råder det konflikt mellan diskurserna i innebörden av detta ord. I "Återfallet - en fallstudie" (Westerlund, Lilja & Magnusson, 1992) så diskuteras det kring de olika uttryckssätten att ta respektive få ett återfall. Man *tar* ett återfall för att åstadkomma något men *får* ett återfall utan orsakssamband. I Minnesotabehandlingen ses patienten/klienten som aktivt handlande. Det betonas att man har ett eget ansvar som är oberoende av omständigheterna runt återfallet. §

På det miljöterapeutiska behandlingshemmet tänker man att det ser olika ut beroende på situationen. Man betonar individens ansvar men säger även att alla är individer och att det kan finnas många tolkningar av en situation. Man kan säga att det miljöterapeutiska behandlingshemmet befinner sig på en flytande skala enligt definitionerna i Westerlund et. al (1992). På detta behandlingshem kan man både ta och få återfall.

Hos socialtjänsten säger man att återfallen oftast planeras i det omedvetna. I Lindström (1992) beskrivs en process liknande den Stina berättar om. Individens söker omedelbar behovstillfredsställelse och får en plötslig omedveten impuls att utföra en handling (missbruka). Individens börjar söka efter en legitim ursäkt att utföra denna handling (rationalisering).

6.3. Fokusgruppernas tankar om klienternas syn på återfall

Stina: *"Men de flesta brukar väl ändå ta det på sitt eget ansvar. Det har jag en upplevelse av i alla fall."*

Sanna: *"Ja, det tycker faktiskt jag också. De ser det, även de här inbitna kroniska alkoholisterna. De ser hur de själva började förhandla med sig själva och om jag skulle äta något gott ikväll och om jag skulle ta några starköl och sedan är de där."*

Sanna: *"Men det är många missbrukare själva, de kan komma och säga; jag har tagit ett återfall fast man kanske bara har tagit en enda sil i samband med en behandling... eller druckit en enda folköl sådär. Så de kan ju själva beteckna det som ett återfall, även om inte vi känner det."*

Kommentar: Socialsekreterarna beskriver att klienterna oftast ser återfallen som beroende av sina egna val. De beskriver även att klienterna kan beteckna situationer som återfall som inte socialsekreterarna ser på samma sätt. På behandlingshemmen däremot uppfattar man inte klienterna som medvetna och med förmågan att se hur deras handlingar leder till återfall. Det råder konflikt mellan behandlingshemmens diskurser och socialsekreterarnas rörande synen på klienterna som medvetna.

Malin: *"När man är ny här då är det väl mer att det bara hände och ju längre man har varit i behandlingen så börjar man själv känna efter att vad var det egentligen som hände innan jag tog. Hände det någonting då? De själva också tittar tillbaka. Men i början är det kanske mer att de ser det såsom jag sa innan. Att det bara hände."*

Terese: *"Det var det jag sa, vi har sådana arbetsuppgifter så att... Ibland så säger de att ett, två, tre så hade jag bara glaset i handen. Och då finns det arbetsuppgifter där man kan gå in och börja guida (ohörbart) från någon händelse någonstans, kanske någon timma innan, gå igenom riktigt. Så kan man komma fram till de här tankarna: Åh, jag klarar det nog, precis innan de dricker, det finns de tankarna i knarket, åh, det klarar jag nog, ska bara ta en, det är ingen som ser mig här..."*

6.4. Återfall som läroprocess

Stina: "För man kan ocksålära sig saker ur ett återfall, som kan vara sådär, ett uppvaknande pånågot sätt. Jag har haft en kvinna förra sommaren som inte hade tagit någonting påjättelänge. Och sedan flyttade hon till ett boende och såhittar hon lite amfetamin i sitt bohag och dåsmäll hon i sig det. Åh, hon mådde såddigt av det och det var risk för konsekvenser också Sen dess har hon inte tagit för hon mådde jätteddigt./.../ Ibland kan det vara bra ocksådärför att dåser de att de får inte ut det som de har trott att de skulle fåut."

Kommentar: Återfallet beskrivs som en läroprocess i socialsekreterarens berättelse. Hon ser återfallet som en test som klienten utsätter sig för med syfte att prova om drogerna fortfarande har positiva effekter.

Malin: "När man är ny här dåär det väl mer att det bara hände och ju längre man har varit i behandlingen såbörjar man själv känna efter att vad var det egentligen som hände innan jag tog. Händet det någonting då? De själva ocksåtittar tillbaka. Men i början är det kanske mer att de ser det såsom jag sa innan. Att det bara hände".

Terese: " Det var det jag sa, vi har sådana arbetsuppgifter såatt ...Ibland såsäger de att ett, två tre såhade jag bara glaset i handen. Och dåfinns det arbetsuppgifter där man kan gåin och börja guida (ohörbart) från någon händelse någonstans, kanske någon timma innan, gåigenom riktigt. Såkan man komma fram till de här tankarna: Åh, jag klarar det nog, precis innan de dricker, det finns de tankarna i knarket, åh, det klarar jag nog, ska bara ta en, det är ingen som ser mig här..."

Terese: "De här tankarna som kommer precis, för det går att minnas det, precis vad man tänker och dåi detalj gåin påtankarna innan du lyfter glaset eller tog den där sprutan eller vad man nu gör. Sådet finns ju möjlighet men det är alltid patientens ansvar".

Malin: Vi jobbar ju litegrand med väckarklockan kring missbruket som är... /.../återfallsprevention. Och där är ju bland annat den typen av frågor, vad man tänker om totalt nykterhet men att man i tanken kanske inte är där när man kommer hit. /.../Ja, jag vet inte, men det är sådet är pånågot sätt och att man jobbar med det, hur tänker du om det, vad skulle hända om du drack och det här vilket sällskap man hamnar i, att man pratar om det.

Kommentar: Återfallet används inom behandlingen för att belysa klientens tankar innan återfallet. För att undvika återfall måste missbrukaren *lära sig* att hitta alternativa lösningar på situationer och problem så att drogen utesluts som problemlösningsmetod. Detta är inte någonting som man lär sig automatiskt av återfallet utan är någonting man arbetar fram i behandlingen. Man har således inte fri tillgång till sin egen vilja utan behandlingen syftar till

att den egna viljan ska bli starkare och handlandet mer medvetet. Återfallspreventions programmen som båda behandlingsinriktningarna hänvisar till uppvisar likheter med modellen som Lindström (1992) presenterar. Lindströms modell för återfallsprevention är i sin tur baserad på Marlatt och Gordons program för återfall. Det handlar om att använda sig av kognitiva och beteende terapeutiska metoder för att få insikt, identifiera risksituationer och lära sig alternativa strategier för att undvika återfall. Det råder samstämmighet mellan de olika diskursernas språkbruk och sätt att tala om återfall som en läroprocess.

Malin: ”Och där har tjejerna olika förmåga till att ta hjälp ju, och med vissa tjejer kanske man pratar mer om det, men du har ju varit här länge, du har gjort det förr. Hur gjorde du förra gången du stannade fastän du var drogsugen? Hur gjorde du då? Vad hade kunnat funka denna gången? Vad var det som gjorde att du handlade pådet, alltså att man pratar om det. Och någon kanske inte riktigt är så långt kommen i de tankegångarna själv om hur de kan jobba med sitt drogsug och återfallsrisken och allt det där. Och då kanske man jobbar lite på ett annat sätt när de kommer tillbaka i gruppen. Och även att grupperna är viktiga för de andra kvinnorna för de blir väldigt påverkade av att någon annan går härifrån. Det gör jättemycket med dem själva och med deras drogsug och att det ska finnas ett forum för dem också att ta det; du när du gick så blev det så här för mig, jag tyckte liksom att jag frågade dig hur du målde men du sa att det var hur bra som helst och sen bara du gick. Att de får möjlighet också att spegla hur det blir för dem när någon annan går”.

Kommentar: Inom den miljöterapeutiska behandlingen arbetar man med alla situationer som uppkommer under behandlingen. På detta sätt talar man om återfall som en läroprocess inte bara för den som har återfallit utan även för övriga klienter i behandlingskollektivet.

6.5. Hur beskrivs återfall?

Terese: ”För människan i fråga så är det ju en katastrof i vilket fall som helst. De flesta som är här är ju helt utslagna människor, så gott som alla är ju fullständigt i botten i sitt missbruk. Det är ju en katastrof att lyfta, om det nu är en öl eller en folköl till och med. Det där är ju bara början på en ny... så är det på gång igen”.

Stina: ”...men jag menar ser klienten det så får man ju klart hålla med ju att det är ett återfall. Om det är klientens uppfattning att det är ett återfall säger man och så säga; ”ja, men det var ju ingen fara!”, så säger man ju inte utan då bekräftar man ju det, men nu är det gjort liksom och du måste gå vidare. Det är ju det det handlar om, att inte fastna i det här, att inte skuldsätta sig själv så till den milda grad att man av bara farten fortsätter. Att inte överdramatisera det liksom till att bli någonting jättestort så att man misslyckas fullständigt i sina ansatser. Man kanske har gjort ett jättebra jobb innan och varit drogfri och allt det här en lång tid och då blir det... Det blir så laddat på något sätt när det blir ett återfall för då är det risken att man ska ramla ner i ett svart hå direkt.”

Sanna: *"De kanske har ett tillfälle och så blir det aldrig mer. Det är rätt såvanligt".*

Kommentar: Terese som arbetar efter Minnesotamodellen beskriver återfallet som en katastrof för klienten. Att dricka en öl eller en folköl till och med leder oundvikligen till att klienten återfaller i missbruk. Att "lyfta" drogen innebär att man återgår till sjukdom. Socialsekreterarna ser "enstaka återfall" som vanliga och anser inte att de per automatik behöver innebära någon fortsättning. Minnesotamodellens diskurs befinner sig här i konflikt med socialsekreterarnas. I "Att falla åter – om återfall" (Laanemets, 2000) beskrivs den rädsla som många klienter har då de återfaller. De har tankegången att om man börjar dricka eller droga igen så är allt förlorat, då klarar man inte av att sluta. Socialsekreterarna ser det som viktigt att betona för klienten att ett återfall inte behöver leda till fortsatt drickande.

6.6. Konsekvenser av återfall

Maria: *Nu är det ju så att det får ju konsekvenser här, att man inte kan vara här just då när man har tagit.*

Terese: *Jo, jag säger så här, det kan vara förödande att skriva ut. Det kan det vara. Alltså vi har inte varit helt odrabbade heller och man får inte glömma det att tar någon en drog, framförallt droger, så kommer vi ju... Vi skyddar ju gruppen, det står som nummer ett. Så den som har använt droger, finns bedömningen där att det är en fara för gruppen så är det utskrivning, utan tvekan. För det värsta man kan få i ett behandlingshem så är det droger.*

Terese: *Om man inte är tydlig med det, vart gränserna går. Så det är alltid en avvägning. Så det ligger alltid gruppens säkerhet i första hand. Så även vi här har fått skriva ut. Det hemska är ju att får man inte stoppa på det här med detsamma så blir det ofta att det kommer en ny till och till slut så kan ju hela huset bli sjukt. Då får vi alltså skriva ut. Alltså vara vaken där...*

Kommentar: Båda behandlingshemmen har som regel att klienterna/patienterna får lämna stället vid återfall i missbruk under behandlingstiden. Det råder samstämmighet mellan behandlingshemmens diskurser i fråga om utskrivningsreglerna. På Minnesotamodellens behandlingshem talar man om en "smittorisk" i samband med återfall. Om en klient återfaller så riskerar andra att dras med.

Terese: *Vi gör inte så (ohörbart) om du använder någonting så ut... Det gör vi inte, nej. Det finns väldigt många faktorer som kan spela in.*

Tova: *När de börjar känna så tar de till drogen. Och det kan ju hända även här, det är det enda sättet de känner till att slippa känna. Så vi är väl rätt toleranta när det gäller... ah, toleranta, men just har det här individuella perspektivet.*

Kommentar: Minnesotamodellens representanter hänvisar till ”förmildrande omständigheter” eller behovet av att ha individuella lösningar vid återfall.

Malin: Vi jobbar ju med symptomtolerans och det gäller ju inte bara vid återfall utan överhuvudtaget och det går ju ut på att man inte ska kunna straffa ut sig. /.../ Och det är ju en del i det att vi inte skriver ut utan man får göra ett jobb och ta sig tillbaka.

Kommentar: Miljöterapi behandlarna hänvisar här till ”symptomtolerans” som betyder att man inom miljöterapi betraktar olika typer av destruktivt beteende som ett symptom på hur man mår psykiskt (Granath, Stenfelt Hauguth, 1999). Jenner(2000) förklarar att man inom miljöterapi har man symptomtolerans i stället för symptomkontroll: man accepterar en viss handling och undersöker varför personen handlar just på det sättet.

Malin: Vi skriver inte ut för återfall, men man får lämna stället och så får man jobba sig tillbaka in.

Kommentar: Representanterna för miljöterapi behandling ”skriver inte ut” sina patienter men de får i praktiken åka ut och bevisa att de vill tillbaka till behandlingen. Socialtjänsten har en dubbel inställning till behandlingshemmens utskrivningspolicy vid återfall. De anser att regeln behövs för att möjliggöra en sund behandlingsmiljö

Sanna: ”Ja, man åker ut, ja, men man har en chans att komma tillbaka. Det är ju lite en annan sak. Det tycker jag i och för sig är rätt. Man visar att man är motiverad själv för att komma tillbaka”.

Stina: ”Alltså det är ju svårt att göra så individuella lösningar för var och en på något sätt. Och det är väl ganska bra att man har den regeln liksom, men att man har möjlighet att komma tillbaka ganska fort när man är ren igen, för annars blir det ju svårt”.

Kommentar: Emellertid tycker socialtjänsten att behandlingshemmens utskrivningspolicy vid återfall ibland kan gå för långt. De menar att det finns situationer som behandlingshemmen hade kunnat hantera annorlunda, utan att skriva ut klienten.

Stina: ”Ja, men det är väl bra med den regeln, tycker jag, men sedan tycker jag inte heller att... Alltså jag kan... En lättöl, ibland kan det föranleda att man blir utskriven och det kan jag i för sig tycka är lite löjligt. Om man har druckit en lättöl till maten...”

Stina: ”Ja, men generellt kan jag väl tycka att det är bra att man har den här regeln men sedan kan jag tycka att om man dricker en lättöl... Jag vet att det var någon på

Provita som gjorde det som var väldigt utsatt. Alltså en person som efter många om och men gick in och så blev han utskriven pga. en lättöl. Då kan jag tycka att det är lite väl överdrivet. Då borde man kunna hantera det på ett annat sätt. Men jag menar tar man in droger och man är påänd av illegala droger då tycker jag det är en självklarhet och en rättighet som behandlingshemmen har...

Sanna: "Och en skyldighet".

Kommentar: Ett återfall kan även innebära konsekvenser av andra slag:

Stina: "Om någon till exempel tar ett återfall inför en behandling då kanske inte behandlingen blir av. Men om man har varit inne i behandling och skött sig bra och man är på någon fest och tar sig någon öl eller någonting, alltså... Det får ju olika konsekvenser för olika personer beroende på vilket sammanhang det är, det här om man tar det här återfallet".

Sanna: "Många är rädda, som de som har lägenheter, kommer liksom och är rädda för att mista sitt boende till exempel, när de tar ett återfall. Det är ofta kopplat till det, rädslan för konsekvenserna".

6.7. Om återfallssignaler

Terese: "Man kan se det innan också. Som jag sa innan har man varit i behandling ett tag så är ju en sån här process att vara ärlig och sånt igång, och när de då kommer i en sån här tillbakagående process så kommer de med vissa beteenden och börjar isolera sig och börjar bli tysta i grupp när vi sitter i gruppsamtal och vill inte gärna prata om sig själva utan det blir mer om andra. Och det är rätt tydliga signaler."

Terese: "Så händer plötsligt någonting så börjar de mer fokusera på andra och den här offerrollen tar plats och så mycket annat. Isolerar sig, påddigt humör och mycket sånt här. Så det går att läsa innan det smäller också. Planeringarna slår fel, om man har ledighetsplaneringar eller andra planeringar så slår det fel och de skyller på andra att det var den, det var den och så där och för att flytta fokus från sig själv och så är det kaos härinne".

Kommentar: Terese från tolvstegsprogrammet nämner tydliga varningssignaler för återfall. I enlighet med Gorski (1986) kan hon se som återfallssignaler att patienten börjar isolera sig och att han/hon lägger hellre tonvikten på att diskutera andras tillfrisknande än sitt eget. Även planeringar som slår fel är en varningssignal som Gorski beskriver.

Malin: "... att man lär ju känna kvinnan, drogfri och nykter och möta henne i det att man kan se förändringar i hur hon betar sig. Hon kanske har varit jättesocial och gått omkring härinne och sen rätt som det är så drar hon sig undan och är mycket för sig själv. Så beteendet kan man se det. Och även rent fysiskt. Blir jättesjuk av någon anledning, sånt som tyder på abstinens kan det vara, ögon. Alltså man kan se det men det kan lika gärna vara så att man inte ser det".

Sanna: "Man försöker uppmärksamma när man märker signaler pådet. Det kan vara att de är inne påbehandling och dåbörja reta sig pådet än det ena än det andra."

Stina: "... och än sålänge såklarar han det. Såatt han har ju... Men risken finns ju klart övervägande om man inte passar påde här signalerna. Det räcker kanske med att flickvännen gör slut och såsnurrar det liksom till."

Malin: Jo, man kan ha en känsla ocksåju och dåkommer jag tillbaka till det här med öppen kommunikation att här pratar man om det då "Nu känner jag att det är någonting här, vad händer med dig, du har dragit dig undan väldigt mycket, hur är det med drogsug och har du tagit någonting?"

Kommentar: I miljöbehandlingarnas utsaga handlar det om "en känsla man kan få", men Malin pratar även om rent konkreta förändringar i klienternas beteenden, som att bli mindre social plötsligt. Alla fokusgrupper tycker sig känna igen varningssignaler för återfall i klienternas/patienternas beteende. Diskurserna visar på samstämmighet vad gäller t ex starka känslor som utösa av återfall eller varningssignaler som social isolering, dålig humör. Det är dock tolvstegsbehandlingarna som har den tydligaste och mest konkreta bilden av hur återfallssignalerna kan yttra sig.

6.8. Om att dricka med måtta

Stina: "Den möjligheten finns men den är ganska liten för den tunga gruppen som vi träffar. Jag tror det är en väldigt svår grupp men däremot ute i det allmänna tror jag det kan vara vanligare att man kanske har druckit eller tagit hasch i längre perioder men sedan att man trappar ned successivt och man bestämmer själv hur mycket man ska dricka eller vad det nu är man ska göra. Men vi har ju en annan grupp som vi har kontakt med där missbruket ofta är mycket tyngre, och dåtror jag det är svårt".

Terese: "Alltså jag vet att det finns folk som har gått in i en tolvstegsbehandling och nyktrat upp och sen dricker... (ohörbart). Och jag vet, en del misslyckas och sen går de påknarket och en del super ner sig. Men det finns en och annan dåsom kan dricka socialt om man kallar det så Men sen vet jag inte om det är med bra livskvalitet, det vet jag inte. Själv är jag narkoman och alkoholist och jag rör ingenting. Såatt... Ska man vara med i AA eller NA som medlem eller i den gemenskapen såär det programmet väldigt tydlig. Man använder inga droger. Man är drogfri, punkt slut. Och ska man då göra någon egen variant så.. Det finns de som gör det, men ... fåframgångsrika i det, tror jag. Man kommer sällan till AA eller NA för att det gått lite snett, utan de allra flesta som är i behandling är ju körda, riktigt".

Maria: "Att utsätta sig för de riskerna är dumt. Har man ett långt beroende bakom sig ska man vara rädd om sig själv".

Kommentar: Samtliga fokusgrupper betraktar målgruppen de jobbar med som väldigt tungt belastad av missbruket. Det är fokuseringen på tunga missbrukare som ligger till grund för uppfattningen att kontrollerat drickande av alkohol inte är möjlig. Socialtjänsten har en något vidare syn på att dricka med måtta då de gör en åtskillnad mellan ”det allmänna”, dvs. de som kan kontrollera sitt drogintag och deras målgrupp, som inte kan det. Tolvstegsbehandlarna anger AA:s principer som argument för att stödja sin diskurs: kontrollerat drickande är inte möjligt för en nykter alkoholist eller narkoman enligt AA och sjukdomsmodellen. Det får även tyngd i sina åsikter av att den som uttalar sig är nykter alkoholist. Även fast det finns exempel på nyktra alkoholister som börjar dricka på en normalkonsumentens nivå och klarar av det så argumenterar Terese emot. Den ”normala” nykterheten är den som AA:s principer förespråkar, säger Terese, nämligen total drogfrihet. Livskvaliteten försämras av alkoholdrickande, det finns inga tänkbara alternativa sätt att hantera ett nyktert liv förutom det som AA förordar. Det är ett ”allt eller inget” synsätt som kommer fram i tolvstegsbehandlarnas diskurs.

***Malin:** ”Nej, jag tror inte det. Jag tror precis som Maria säger att visst finns det de som klarar det men det finns ju forskning som visar det att det finns de som klarar det. Men det är ganska få och att det ena leder till det andra att man inte kan hålla sig vid det. Det är likadant med narkotikan att man tar mindre mängd och kan hålla kontroll på det under ett tag men sen såbrister liksom det och sen är de i det igen”.*

***Maria:** ”Alltså jag, personligen tror jag också att det är svårt, alltså att man gör det svårt för sig. Det blir lättare att ha väldigt tydliga gränser. Ingen narkotika, ingen alkohol.*

***Sanna:** ”Det är nog rätt såvanligt att många tror att först blir de nyktra, och sedan skaffar lägenhet och sysselsättning och pengar, nu lever jag så normalt och nu mår jag så bra så nu kan jag börja dricka lite. Men oftast går det ju inte, och då faller de dit. En bitter erfarenhet.”*

Kommentar: Vi urskiljer att diskurserna har liknande syn på före detta missbrukares önskan om ett normalt drickande. De miljöterapeutiska behandlarna säger att trots att forskning finns om möjlig kontrollerat drickande så visar deras praktiska erfarenhet att det är väldigt få som lyckas med det. Socialsekreterarna resonerar på samma sätt.

***Stina:** För det är en önskan (att dricka med måtta, vår anmärkning) som många har och det är därför svårt att ta till sig det här”.*

***Terese:** ”Men alkoholen är ju ett problem. För att de flesta narkomaner vill ju frigöra det där om att ja, ja, men alla andra dricker ju. Då vill de ju vara där och tassa och försöka. Men det är ju många narkomaner som dör också De dricker och sen i fyllan*

tar de heroin, och sen blir det någonting annat och sen är det ju kört igen. Såde är ju inte sålär jättesmarta när de dricker och blir fulla, tar många dåiga beslut.

Maria: *"Alltsådet är ju såatt alkoholen ofta är en inkörsport till, att det blir någonting mer av det, att det leder till att man tar ett åerfall av narkotika. Att det går inte att sätta gränsen där...det problematiserar vi ju här då".*

Malin: *"Och att sen när kvinnan kommer hit såär ju inte alla där ju, alltsåen total nykterhet va och att det...såkan det vara. Att när man kommer hit, man är inte där än".*

Malin: *"... alltsåom vi pratar om det här med totalt nykterhet sådiskuterar vi... Alltså vi problematiserar kring det, vi har ingen lösning som vi lägger fram utan vi problematiserar och pratar om det.*

Kommentar: Samtliga fokusgrupper uttrycker att klienterna har en önskan om att kunna dricka socialt, dricka som alla andra. Laanemets (2000) refererar till Järvinen då hon skriver att behandlingens målsättning om en total nykterhet inte överrensstämmer med vad de flesta missbrukare vill. Hon skriver vidare att de flesta missbrukare strävar efter ett avslappnat förhållande till alkohol och inte total avhållsamhet. På det miljöterapeutiska behandlingshemmet har de inte total nykterhet som ett behandlingsmål, utan man problematiserar kring det. I principen blir det dock inte på det viset eftersom behandlarnas uppfattning är att det är väldigt svårt för en tidigare missbrukare att kunna dricka kontrollerat.

6.9. Om begreppet kemiskt beroende

Terese: *"Alkoholism och narkomani är en sjukdom och...såatt... Kroppen är kemiskt beroende, kroppen vill ha i sig kemikalier. När den får i sig kemikalier såkommer en allergi, som vi säger... och allt det här med utslagning och allt vad det nu blir, och man ljuger och sthäl och allt det här. Såsamtidigt som kroppen vill ha det såoch tycker sig behöva det såkommer den här allergin plus att man hamnar i i den här kampen, så att...*

Stina: *"Men sedan finns det vissa som bara super bort allt, allt, allt, trots alla goda föresatser, trots alla goda förutsättningar, trots att de förefaller ha allt.*

Sanna: *Det är svårare att förstå Och ser de ju konsekvenserna, de ser det, men de gör det ändå Det är sådestruktivt. Och dåtänker man sig att det är ett väldigt kraftigt kemiskt beroende. Det har tagit över kroppen".*

Sanna: *"Men just det att det skulle vara något kemiskt, något sjukt i kroppen, det tror jag inte riktigt på".*

Kommentar: I Minnesotabehandlingen använder man sig av begreppet kemiskt beroende. Kemiskt beroende är ett begrepp som förknippas med sjukdomsmodellen och AA-rörelsen och det används som synonym för alkoholism, beroende och beroendesjukdom (Gorski, 1999). Att vara beroende innebär att individen har utvecklat ett bio-psyko-socialt beroende till en sinnesförändrande substans. Beroendet återföljts av besatthet, tvångsmässigt beteende och kontrollförlust (ibid. 1999). Vi kan här se hur ett begrepp kopplat till Minnesota- och sjukdomsmodellens diskurs har börjat användas av socialtjänsten. Användandet av detta begrepp sker dock på ett tvetydigt sätt. Samtidigt som man använder sig av begreppet tar man avstånd från det.

6.10. Om sjukdomsbegreppet

Terese: "Att det är en sjukdom är det. För det är fastslaget av WHO och Försäkringskassan här i Sverige godkände det 1967 och så blir man sjukskriven. /.../ Ja, och den är progressiv. Men den är behandlingsbar, men alltså det går ju aldrig att bota sig ifrån det. Den går att stoppa, och stoppa gör man genom att använda sig av verktyg som vi bland annat lär ut här. Och efter oss gåpåsjälvhjälpsgrupperna, prata om vad som händer i sitt inre".

Kommentar: Behandlarna i tolvstegsmodellen använder sig här av den medicinska diskursens argument för att rättfärdiga sitt sätt att tänka kring alkoholism och narkomani som sjukdom. Man ser dock även till andra faktorer som inte är biologiska:

Intervjuare: "Så det här sjukdomsbegreppet ligger ingen offerroll?"
Terese: Nej, nej! Man är ju inte född till alkoholism. Det kan man kanske tro men det krävs ju några år och det krävs ett antal liter sprit och antal gram knark för att gå in i ett kemiskt beroende".

Kommentar: På socialtjänsten är man kritisk mot sjukdomsbegreppet men använder sig av det ändå. Sannas uttalande visar att beroende och måttligt drickande är oklara och svåravgränsade begrepp när man talar om alkoholism och narkomani:

Sanna: "- Jag tror inte på det här sjukdomsbegreppet, att man har en sjukdom, att så fort man luktar på lite vin så är man fast igen. Det tror jag inte på. Men det ligger nog mycket i det.

Stina: - Ja, för de som inte fixar det.

Intervjuare: - Hur dåmenar du, att sjukdomsbegreppet...

Stina: - Ja, men alla blir ju inte sjuka. Det är ju så det är. Normalkonsumenterna, som kan hantera det, de är ju inte sjuka trots att de dricker alkohol".

Kommentar: På det miljöterapeutiska behandlingshemmet vill man inte använda sig av begrepp och termer som kan kopplas till sjukdomsmodellens teorier:

Malin: Vi jobbar ju inte utifrån sjukdomsmodellen och de begreppen som de har där, men det var väl du också inne på just att det ena leder till det andra (Malin syftar på problemet med att kunna dricka med måta – en drink leder till flera –vår anmärkning).

Kommentar: Vid en närmare förklaring av begreppen kan man ändå skönja att det finns oklarheter kring vilken slags beroende man pratar om. Vissa begrepp som ”total nykterhet” som ju tillskrivs AA:s tänkande gör sig gällande även i den miljöterapeutiska diskursen.

Malin: Ja, det är ju så att det är de begreppen man använder inom tolvsteg som blir liksom en annan begreppsform på något sätt. Vi pratar ju inte här utifrån kemiskt beroende på det sättet, vi pratar ju om, alltså om vi pratar om det här med totalt nykterhet så diskuterar vi... Alltså vi problematiserar kring det, vi har ingen lösning som vi lägger fram utan vi problematiserar och pratar om det.

Malin: Vi har ju alltså det här också att de flesta kvinnorna har gjort flera behandlingar om de då är här och har varit på Minnesota innan eller någon annan behandlingsmodell eller tvärtom. Och om de då kommer hit här och har varit i en sådan behandling innan så har de ju jättemycket med sig därifrån som de kommer att ha nytta av då de gör jobbet här. Där är inga motsättningar.

6.11. Resultatsammanfattning

Minnesotamodellen

Minnesotamodellen ser allt bruk av droger och alkohol som återfall. Man hävdar vidare att återfallet börjar i patientens tanke. Man behöver således inte använda droger för att återfalla, återfallet sker primärt i individens tankegång. Minnesotamodellen betonar individens eget ansvar vid ett återfall och man ser klienten som aktivt handlande. Återfallssituationen kan användas som en läroprocess som genom Minnesotas behandling ska göra klienten medveten om de varningssignaler och risksituationer som föranleder återfall. Återfallspreventionsprogrammet inom Minnesota behandlingen innehåller inslag av kognitiv beteendeterapi.

Minnesotamodellen tillämpar en sjukdomsteoretisk grundsyn på missbruk och konsekvenserna av ett återfall beskrivs som katastrofala för individen. Allt intag av alkohol och droger är oförenligt med Minnesota programmet. Enligt detta synsätt är måttligt drickande en omöjlighet.

På Minnesota behandlingshemmet har man som regel att klienten får lämna behandlingen vid återfall men man hänvisar även till behovet av individuella lösningar i samband med återfall.

Miljöterapi

På det miljöterapeutiska behandlingshemmet ser man allt bruk av droger och alkohol som återfall. Man menar att individen tar ett återfall och att denne har ett eget ansvar vid återfall. Man betonar dock att det kan finnas många tolkningar av en situation. Således kan klienten både ta och få återfall. Man arbetar med symtomtolerans, vilket innebär att man ser vissa handlingar som symptom på individens problem. I behandlingen arbetar man med återfall som en lärosituation både för individen och för gruppen.

På det miljöterapeutiska behandlingshemmet har man inte total nykterhet som en målsättning för behandlingen, utan man problematiserar kring det. I praktiken blir det dock inte på det viset eftersom behandlarnas uppfattning är att det är väldigt svårt att dricka kontrollerat för en tidigare missbrukare.

Även vid det miljöterapeutiska behandlingshemmet får klienten lämna hemmet vid ett återfall, fast utskrivning sker inte med automatik. Klienten får jobba sig tillbaka till behandlingen genom att avgiftas och visa sin motivation.

Man använder sig inte av sjukdomsbegreppet men vid beskrivningen av beroende och total nykterhet visar det sig att det miljöterapeutiska behandlingshemmets synsätt ligger nära sjukdomsmodellens.

Socialtjänsten

Socialsekreterarna definierar återfall som beroende av faktorer som brukets intensitet samt individens beslut att avbryta missbruket. Återfall ses ur ett processperspektiv och man tar ställning till hur drogen ska användas för att man ska kunna tala om ett återfall. Individer som har ett periodmissbruk kan enligt socialsekreterarnas synsätt inte återfalla. Inom socialtjänsten talar man om att individen tar ett återfall. Man säger dock att återfallet oftast planeras i det omedvetna. Med detta synsätt kan man hävda att individen inte alltid har ett eget ansvar vid ett återfall.

Socialsekreterarna ser att återfallet ibland kan fungera som en läroprocess för klienterna. De menar att återfallet ibland används som ett test som klienten utsätter sig för med syfte att prova om drogerna ännu har positiva effekter. Socialsekreterarna anser att det är viktigt att inte överdramatisera återfallet, då deras erfarenhet är att återfall inte alltid behöver leda till fortsatt drickande.

Socialtjänsten har en dubbel inställning till behandlingshemmens utskrivningspolicy vid återfall. Samtidigt som regeln behövs för att bevara en sund behandlingsmiljö så kan den leda till att vissa klienter drabbas för hårt. Socialtjänsten ser en koppling mellan klienternas rädsla för återfall och konsekvenser som att förlora sin bostad eller inte få behandling.

Socialsekreterarna ser det som svårt att den grupp de jobbar med ska kunna bli normalkonsumenter av alkohol trots att klienterna själva önskar detta.

Sjukdomsmodellens termer och begrepp förekommer i socialsekreterarnas språk men på ett tvetydigt sätt utan att de verkar förstå deras innebörd.

Diskursanalys

Det råder samstämmighet mellan de olika diskurserna på en rad områden. Dessa områden handlar till största delen om konkreta behandlingssituationer som till exempel användandet av återfall som läroprocess i behandlingen och behandlingshemmens utskrivningsregler.

De konfliktytor vi har observerat rör grundsynen på missbruk och återfall. Definitionen av återfall skiljer sig åt mellan behandlingsdiskurserna och socialtjänsten. Synen på individens eget ansvar, ta eller få ett återfall, ser olika ut hos alla de tre diskurserna. Även fast man använder sig av samma uttryck lägger man olika innebörd i detta och strider om definitionsrätten. Det råder interdiskursivitet mellan behandlingshemmens definition av återfall. Man ser all drogkonsumtion som återfall. Socialtjänsten ser på återfall som beroende av hur drogen används.

Minnesotamodellen skiljer sig från de övriga diskurserna genom sin tydliga begreppsapparat och deterministiska syn på missbruket. Vi ser dock att Minnesotamodellens begrepp även har

trängt in i och börjat användas av övriga diskurser. Detta kan vi urskilja från sättet att resonera kring total nykterhet samt användandet av begreppet kemiskt beroende.

7. Slutdiskussion

Återfallsbegreppet är en konstruktion som ser olika ut beroende på vilket perspektiv som anläggs. Genom de tre diskurserna har vi visat olika bilder av återfall, vilken betydelse som läggs i begreppet och vilket beteende som anses som tillrådligt i samband med återfall och missbruk. Det material vi har arbetat med kan inte sägas beskriva hela omfattningen av behandlingsmetoden utan fungerar som exempel på hur begrepp definieras och för vad som anses som ”normalt” i de olika diskurserna.

Vår ambition med denna studie har varit att undersöka mönster i de olika diskursernas konstruktion av återfallsbegreppet samt att försöka föra en diskussion kring vilka sociala konsekvenser dessa utsagor av verkligheten får. Vår diskussion syftar inte till att ge några svar utan snarare ställa nya frågor samt att redogöra för de tankar vi har fått genom arbetet med denna uppsats.

I vårt material tycker vi oss kunna se att vad man definierar som återfall påverkar den konkreta behandlingssituationen och synsättet på missbrukaren. I vår analys har det framkommit att det finns skilda sätt att definiera återfall. I behandlingsdiskurserna definieras allt intag av alkohol och narkotika som återfall. Vid återfall får klienten lämna behandlingshemmet och visa sin motivation, ett i vårt tycke mycket subjektivt begrepp, för att kunna ta sig tillbaka till behandling. Vi förstår att behandlingshemmen har en skyldighet att bevara det drogfria samhället men tycker ändå att det är konstigt att klienten då hon visar symtom på det hon söker hjälp för blir avvisad.

Synen på återfall kan även leda till situationer som den som socialsekreterarna talade om, en klient som hade blivit utskriven från behandling då han hade druckit en lättöl. Alla dagar som han hållit sig nykter vägde lätt i jämförelse med den enda lättölen. Vår uppfattning är att det idag är svårt för missbrukare att få behandling och att det är mycket som ska bevisas för socialsekreteraren innan man blir beviljad bistånd. Vi frågar oss vad som hände med mannen som blev utskriven? När blev han beviljad behandling igen? Eller sågs hans öl som ett bevis på bristande motivation?

På de flesta behandlingshem är målet för behandlingen att klienterna ska leva ett drogfritt liv efter avslutad behandling. Laanemets (2000) refererar till Järvinen då hon skriver att de flesta missbrukare eftersträvar ett avslappnat förhållande till alkohol och inte total nykterhet. Genom behandlingsdiskursernas och då främst Minnesotamodellens syn på att ”dricka med måtta” som katastrofalt och omöjligt tänker vi oss att det hos missbrukaren måste byggas upp en stor rädsla. En drink leder förr eller senare till en återgång till missbruk. Dessa rigida begreppsdefinitioner skapar en enkel bild av verkligheten och lämnar ingen plats åt mänskliga variationer. Vi frågar oss vad som händer med dessa klienter vars behandlingsmål är att lära sig dricka ”normalt”? Ur behandlingens perspektiv kommer dessa individer att drabbas av ständiga återfall. Risken finns att de, precis som i exemplet ovan, kan betraktas som omotiverade och att de då faller ut ur systemet. Vi kan se att dessa snäva begreppsdefinitioner skapar många problem och leder till att individens egna tankar om vad behandlingen ska leda till går om intet. För att kunna följa en behandling krävs det att man accepterar modellens syn på missbruk och delar dess behandlingsmål. Det finns inget utrymme för de som inte passar in i de fastställda tolkningsmönsterna.

Lars Oscarsson (2003) skriver att det finns en parallellitet mellan samhällsutvecklingen och synen på missbruket och missbrukaren. Idag har vi en utveckling i riktning mot ett vardagsliv som alltmer bygger på individens förmåga att agera i eget intresse och göra de rätta valen. Detta gäller allt från val av elleverantör till val av skola för våra barn. Oscarsson ser att vi har gått från ett samhälle byggt på tanken om allas betydelse och lika värde till ett samhälle som betonar individens eget ansvar att skaffa sig grundläggande resurser. Ett sådant samhälle blir individualiserat och segregerat och kraven på individens förmåga att skaffa sig rätt social och yrkesmässig kompetens ökar. Denna utveckling speglas även i missbrukarvården. Då vardagslivet alltmer bygger på individens förmåga att göra rätt val ligger det nära till hands att orsakerna till att vissa individer ”misslyckas” läggs just hos individen. Om vi andra klarar oss bra i samhället måste det ju vara något fel på dem som inte gör det? Orsakerna till människors problem och lösningarna på dessa blir en privat och individuell angelägenhet.

I en artikel i Sydsvenskan (Rydén, 2004) läste vi om Barbara Berger, författare till boken ”Vägen till kraft”. Berger hävdar att individen endast är offer för sitt eget tänkande. Genom vårt sätt att tänka skapar vi våra erfarenheter av verkligheten. Om vi önskar förändra vårt liv måste vi också förändra vårt sätt att tänka.

”Glöm alltså kämpandet. Glöm mödorna. Glöm fattigdomen, sjukdomen och sorgen. Utför det inre arbetet och börja ögonblickligen njuta av livet”.

”Du kommer att inse att vi inte är offer för någonting. Det finns inga tillfälligheter och inga offer i livet”.

Bergers bok har sålt i hundratusen exemplar i Sverige och femtiotusen i Danmark och vi tycker att den utgör ett exempel på ett rådande samhällsklimat och hur ansvaret för problem görs till individuella angelägenheter.

I detta samhälle har sjukdomsmodellens begrepp fått en stor spridning. Missbruket kläs i medicinska termer, kallas för sjukdom och beskrivs som ett beroende. Då, skriver Oscarsson (2003), kan samhället se på missbruk som en individuell avvikelse och missbrukarna blir ”fall” för de professionella grupperna. Ett sådant synsätt gör att det idag inom missbrukarvården läggs betoning på de individuella faktorerna t.ex. genetisk disposition eller drogen i sig, drogens beroendeskapande egenskaper i stället för att även se till samhällliga faktorer som sociala orättvisor och ekonomiska brister i samhället. Vi har en tanke om att det förändrade samhällsklimatet har påverkat förändringen i språkbruket kring återfall. I ett samhälle som betonar individens valmöjligheter och ansvar får man inte återfall, man tar.

I Socialtjänstlagen görs inte några försök att definiera missbruksbegreppet (Svensson, 1999). Socialarbetares definition av missbruk är kopplad till de synliga sociala konsekvenserna. Deras synsätt på missbruk präglas av både lagen men också av chefer, kolleger, politiker och av samarbetet med polis och sjukvård. Dessutom styrs deras arbete med missbrukare av missbruksdiskursen i samhället och av hur mycket resurser som samhället är beredd att avsätta för missbrukarvården (ibid. 1999). Detta har, i och med minskade resurser till kommunerna och nedrustningen av den offentliga sektorn under 90-talet, lett till en styrning mot marknadstänkande även inom missbrukarvården. En konsekvens av detta kan vara att socialsekreterarna som arbetar med missbrukare idag tänker alltmer i termer som kostnadseffektivitet och att missbrukaren många gånger måste bevisa sin motivation genom att t.ex. avgifta sig själv. Missbrukaren måste motivera socialsekreteraren istället för omvänt. Behandlingar som är kostnadseffektiva och erbjuder korta behandlingstider blir populära. Detta kan vara anledningen till Minnesotamodellens ökande popularitet och intresset för

behandling med Subutex. Minnesotamodellen har, sedan den introducerades i Sverige i mitten på 1980-talet ökat sina andelar av institutionsvården med cirka 25 procent och inom öppenvården 29 procent (Hilte & Laanemets, 2000).

I alla yrken där man arbetar nära människor befinner man sig i en maktposition. I socionomyrket blir detta extra tydligt då det i yrkesrollen ofta ingår myndighetsutövande. Dessutom blir socionomer genom utbildningen ägare till en diskurs som utgörs av termer, begrepp och diagnoser som många gånger sätter klienten i underläge. Språket som maktutövaren använder sig av, innebörden han lägger i begreppen är det språk som används i officiella sammanhang (Skau, 2001). Det är maktutövarnas tolkningar av verkligheten som antecknas i journalerna. Styrkan i de professionellas språk och diskurs väger tyngre än klienternas. Detta speglas t.ex. i den medvetenhet med vilken missbrukarna själva numera säger ta istället för få ett återfall. Behandlingsmodellerna skolar in klienterna i användandet av begrepp och terminologier specifika för behandlingen och därmed påverkas också klienternas syn på sig själva och sina problem.

I socionomyrket äger man således orden, begreppen och diagnoserna, rätten att kategorisera människor. Därför anser vi att det är av största vikt att tänka över sin yrkesroll och försöka granska den ur ett etiskt och moraliskt perspektiv.

8. Källförteckning

Ahlin, Göran (1986): *Erfarenheter i miljöterapi*. Arlöv: Natur och Kultur.

Berglund, Mats (1995): Diagnostik och förlopp i Berglund, Mats, Ulf Rydberg (red): *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur.

Bergström, Hans (1996): *Missbruk, människor och relationer – behandling genom professionella och privata nätverk*. Lund: Studentlitteratur.

Billinger, Kajsa (2000): *Fådem att vilja – motivationsarbete inom tvångsvården av vuxna missbrukare*. Stockholms Universitet: Institutionen för socialt arbete.

Fairclough, Norman (1992): *Critical language awareness*. London: Longman.

Fahlgren, Siv (1999): *Det sociala livets drama och dess manus – Diskursanalys, kön och sociala avvikelser*. Umeå universitet: Institutionen för socialt arbete.

Fridell, Mats (1996): *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och Kultur

Granath, Magdalena och Ingamaj Stenfelt Haughuth (1999): *Återfall inom missbruksbehandling*. Lund: Socialhögskolan.

Gorski, T. Terence och Merlene Miller (1999): *Vid sunda vätskor – handbok i återfallsprevention vid kemiskt beroende*. Täby: Larsons Förlag.

Hagqvist, Anders och Björn Widinghof (2000) (red): *Miljöterapi, igår, idag och i morgon*. Lund: Studentlitteratur.

Hilte, Mats och Leili Laanemtes (2000) : *Berättelser om missbruk och vård – om missbrukande kvinnor i fyra olika behandlingsprogram*. Lund: Socialhögskolans meddelandeserie 2000:1

Holme, Idar Magne och Bernt Krohn Solvang (1997): *Forskningsmetodik – Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Jenner, Håkan (2000): Miljöterapi – en rörelse med många ansikten i Hagqvist, Anders, Björn Widinghoff (red): *Miljöterapi – igår, idag och i morgon*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Katarina och Peter Wirbing (1999): *Riskbruk och missbruk. Alkohol – Läkemedel – Narkotika. Uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Kinney, Jean och Gwen Leaton (1997): *Att släppa taget. En handbok för alkoholbehandlare*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Laanemets, Leili (2000): Att falla åter i Johnsson, Eva, Leili Laanemets och Kerstin Svensson (red): *Narkotikamissbruk. Debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Levin, Claes, Sune Sunesson och Hans Svärd (1998): Behandling i Denvall, Verner och Tord Jacobson (red): *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Lindström, Kjell-Åke (1992): Återfallsprevention för missbrukare i Rönnberg, Sten (red): *Effektforskning, behandling och utvärdering av missbruksproblem*. Stockholm: Socialhögskolan rapport nr. 56

Melin, Ann-Gerd och Christina Näsholm (1998): *Behandlingsplanering vid missbruk* (andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Norström, Carl och Anders Thunved (2003): *Nya socialtjänstlagarna*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Oscarsson, Lars (2003): Förord : forskare i Göran Johansson : *Kultur, forskning, missbruk, vård. Motsägelser*. Forskningsrapport nr 3. Statens institutionsstyrelse SiS.

Repstad, Pål (1993): *Närhet och distans – Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Rydén, Daniel (2004): Vi är offer enbart för vårt eget tänkande. *Sydsvenska Dagbladet*, 2004-04-30, sid 8-9.

Skau, Greta Marie (2001): *Mellan makt och hjälp – Förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Stockholm: Liber.

Svensson, Bengt (1998): Missbrukare i Denvall, Verner och Tord Jacobson (red): *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Thomé (2001): *Familjebegreppet – en diskursanalys*. Lund: Socialhögskolan.

Volckerts, Joackim (1998): *Drogberoende, psykologi och terapi*. Stockholm: Carlssons bokförlag.

Westlund, Peter, Thomas Lilja och Eva Magnusson (1992): *Återfallet – en fallstudie*. Rapport 1992:1: Blekinge FoU enhet för socialtjänst och primärvård.

Winther Jørgensen, Marianne och Louise Phillips (2000): *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Övriga källor:

Malmö stads hemsida <http://www.malmo.se>

Intervju med socialsekreterare 2004-04-19

Intervju med behandlingspersonal från Minnesotabehandlingshem 2004-04-26

Intervju med behandlingspersonal från miljöterapeutiskt behandlingshem 2004-05-06

Bilaga

Intervjumanual

- Vad innebär återfall?
- Vad räknar du som ett återfall?
- Hur ser du på personens eget ansvar vid ett återfall?
- Hur upplever du att klienterna ser på sitt eget ansvar vid ett återfall?
- Hur arbetar ni för att förebygga återfall?
- Vad gör ni om en klient har tagit ett återfall?
- Hur använder ni er av klientens återfall i behandlingen?