

SiS följer upp och utvecklar

5/99

En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning

Ett år efter utskrivning – vad hände sen?

*Håkan Larsson
Märta Ollus*

Statens
institutions
styrelse SiS



Ett år efter utskrivning – vad hände sen?

En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras
situation ett år efter utskrivning

Håkan Larsson

Märta Ollus

Författarpresentation

Håkan Larsson är socionom, fil dr och universitetslektor vid Institutionen för tillämpad psykologi vid Umeå universitet. Sedan 1995 driver han tillsammans med professor Bengt-Åke Armelius ett projekt på uppdrag av Statens institutionsstyrelse. Projektet syftar till att vid två LVM-hem utvärdera psykologiska och psykosociala insatser för klienter med dubbeldiagnos. LVM-hemmen är specialiserade på psykiskt störda missbrukare. I projektet utnyttjas metoder och kunskaper från ett större projekt, det sk Behandlingshemsprojektet, där patienter med liknande störningar utvärderas vid små behandlingshem.

Märta Ollus är leg psykolog och doktorand vid Institutionen för tillämpad psykologi vid Umeå universitet. Hon deltar i det sk Utbrändhetsprojektet, där både LVU- och LVM-enheter ingår. Hennes forskningsinriktning är arbetsmiljö och vårdklimat.

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS

Rapport 5/99

ISSN 1403-1558



AB C O Ekblad & Co, Västervik 1999

Förord

Statens institutionsstyrelse, SiS, svarar för planering, ledning och drift av institutioner för tvångsvård av missbrukare och särskilda ungdomshem. En viktig uppgift är att följa upp och utveckla vården samt att initiera och stödja forskning inom ungdoms- och missbrukarvård. Upp till 30 miljoner kronor avsätts årligen för forskning, utveckling och utbildning av personal. SiS svarar för spridning av resultaten från forsknings- och utvecklingsprojekten genom publicering av kunskapsöversikter och rapporter.

Föreliggande rapport av Håkan Larsson och Märta Ollus, som ingår i serien *SiS följer upp och utvecklar*, är en delrapport från projektet *Missbruk och psykisk störning* under ledning av professor Bengt-Åke Armelius vid Umeå universitet. Projektets huvudsyfte är att kartlägga betydelsen av dubbeldiagnos (missbruk och psykisk störning) vid olika vårdmiljöer, däribland LVM-hemmen Frösö behandlingshem och Hessleby behandlingshem. Inom projektets ram görs en uppföljning av klienterna ett år respektive fem år efter utskrivningen. Denna rapport beskriver klienternas situation vid det första uppföljningstillfället.

De frågor rapporten söker ge svar på är vilken påverkan tidiga relationer har på personligheten samt hur behandlingsinsatserna tillgodogörs av klienterna mot bakgrund av deras personlighet.

Sture Korpi
Generaldirektör

Vera Segraeus
FoU-direktör

Sammanfattning

Syftet med undersökningen var att studera behandlingsframgången hos de utvalda klientgrupperna från Frösö och Hessleby behandlingshem. Ett annat syfte var att undersöka vilken inverkan tidiga relationer har haft på dessa klienter och hur relationerna i sin tur påverkat deras möjligheter att tillgodogöra sig den behandling de har erbjudits. Det empiriska materialet till rapporten härstammar från intervjuer gjorda med 31 klienter med sk dubbel diagnos, d v s de som har både missbruksproblem och psykiska problem. Intervjuerna gjordes ett år efter utskrivningen från tvångsvård enligt LVM. Från Frösö behandlingshem deltog 14 klienter och från Hessleby behandlingshem 17 klienter. Klienterna besvarade två intervjuformulär. De två formulärena var ABI, Analys av behandlingsinsatser och EEQ, ett formulär som undersöker tidiga relationsupplevelser. Vi tar vår utgångspunkt i interpersonell teori och interpersonella begrepp och försöker med hjälp av SASB-modellen att beskriva klienternas självbild och relationer

Klientgrupperna uppgav att de upplevt få problemdagar under året utom när det gäller psykologiska, känslomässiga problem. De hade haft få kontakter med professionella utom när det gäller psykologiska och känslomässiga problem. Intervjuarens bedömningar liknade klienternas upplevelser. Resultatet från EEQ visade att det funnits problem i den tidiga relationen till båda föräldrarna. Resultaten från EEQ skiljer sig något mellan Frösö och Hessleby när det gäller pappabilden. Intervjuerna visade att klienterna ansåg sig ha störst problem med de psykiska och känslomässiga besvären. De ansåg sig också ha störst behov av hjälp för samma problem. Från intervjuerna kan tolkas att dessa klienter hamnar i ett ödsligt ingenmansland där ingen kvalificerad hjälp står att få. Samtidigt verkar det som att socialtjänsten inte anser att de tillhör deras ansvarsområde p g a de psykiska problemen och psykiatrin är ovillig att ta hand om dem för att de har missbruksproblem. Undersökningen visade också att av 28 klienter har 17 fått fortsatt behandling, 4 har slutat med sitt missbruk och 7 har fortsatt missbruket. Av de 28 klienterna har 11 sysselsättning och 13 har egen lägenhet. Det fanns vissa gemensamma drag bland dem som inte omedelbart efter behandlingen hade fallit tillbaka i ett aktivt missbruk. De klienter som får någon form av planerad eftervård, har egen bostad eller har kontakt med en engagerad socialsekreterare har större möjligheter att leva ett "normalt" liv. För dem däremot som inte får eftervård, är ensamma, har dålig kontakt med socialtjänsten och inte har bostad är vägen tillbaka till träsket inte lång.

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	4
1 Inledning	6
1.1 Personlighetens betydelse vid behandling	7
2 Syfte och frågeställningar	10
3 Metod	11
3.1 Medverkande	11
3.2 Genomförande	11
3.3 Instrument	11
4 Resultat	14
4.1 Resultat från ABI	14
Klienternas upplevelser av problem inom de olika områdena under det senaste året	14
4.2 Resultat från klienternas beskrivningar av sina tidiga relationsupplevelser – EEQ (Early Experience Questionnaire)	16
4.3 Resultat från öppna frågan	21
Klienternas situation ett år efter utskrivning från LVM-vård	22
4.4 Teoretisk återkoppling	22
Det handlar om att göra ett val ...	22
Att leva mellan två världar – en marginalkonflikt	23
Klienternas upplevelser av tvångsvården	24
Bristande planering inför utskrivning	25
Vikten av en individualiserad behandling	26
Många klienter använder droger som s k självmedicinering	27
Vården är ej organiserad ...	27
4.5 Sammanfattning av resultaten	29
5 Diskussion	31
Referenser och övrig litteratur	34
Bilaga 1: Formuläret ABI, Analys av behandlingsinsatser	37
Bilaga 2: Formuläret EEQ	44

I Inledning

Utvärdering av de psykologiska och psykosociala insatserna är av största betydelse när det gäller missbrukarvård. Många klienter lider av psykiska problem (Fridell, 1996 sid 340). Vid Institutionen för tillämpad psykologi vid Umeå universitet pågår en långtidsuppföljning av missbrukare med svårare psykisk störning. Forskningsprojektet utförs på uppdrag av Statens institutionsstyrelse, SiS, och pågår i fem år. I projektet utnyttjas metoder och kunskaper från det s k Behandlingshemsprojektet vid Institutionen för tillämpad psykologi. Resultaten i denna rapport är hämtade från den första uppföljningen av klienter med dubbeldiagnos.

Det är inte självklart att gängse psykiatriska behandlingsmodeller är lämpliga vid behandling av missbrukare med psykiska problem. Det behövs kunskap om vad som behöver göras för att hjälpa klienterna att stanna kvar i vård tills behandlingen är slutförd (Fridell, 1996, sid 340). Det kan vara svårt att hitta bra behandlingsalternativ. Kerstin Söderholm Carpelan (1992) menar att "ansvaret för vård och behandling av missbrukare åvilar socialtjänsten och sjukvården. Ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och psykiatrin är dock oklar. Socialtjänsten ansvarar för långsiktig rehabilitering och sjukvården för avgiftning samt för behandling av fysiska och psykiska komplikationer i samband med missbruk" (a.a. sid 24). Med den nya socialtjänstlagen från 1982 försköts ansvaret för missbruksvården i högre grad än tidigare till socialtjänsten (Fridell, 1996, sid 310). Indikationer för ingripande skulle vara behovet av vård när detta inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (SOU 1987: 22). I LVM-lagen framhålls att tvångsvård skall kunna ges i ett tidigt skede där även sociala skadeverkningar tas i beaktande. Syftet är inte enbart att avbryta ett destruktivt mönster utan också att motivera missbrukaren till fortsatt frivillig behandling (Segraeus, 1993, sid 107).

Vikten av vad som händer med klienterna efter utskrivning har alltmer satts i fokus. Det har visat sig att svårigheter i personlig och social anpassning ofta leder till återfall (Segraeus, 1993, sid 167). Behandlingsarbetet förenklas betydligt om klienterna kan motiveras till att medvetet välja om de skall fortsätta eller sluta med sitt missbruk. Begreppet marginalkonflikt tas upp av Jan Ramström (1983), som beskriver den inre konflikt en individ upplever p g a att han lever mellan två grupper, "den egna gruppen (minoritetsgruppen) som han är på väg ifrån och den nya gruppen (majoritetsgruppen) som han vill tillhöra men inte känner sig accepterad i" (a.a. sid 102). Detta bidrar till att identitetsuppfattningen blir förvirrad hos klienten. Ramström (a.a.) skriver om marginalsymtom och menar att "denna marginalitetsproblematik /- - / är sannolikt av mycket stor betydelse som motverkande faktor i försök till rehabilitering eller självhjälp ur missbruk" (a.a. sid 103).

Bengt Börjesons (1977) teoretiska utgångspunkt är att man inte kan behandla

människor. Granskar man närmare vad han menar blir det uppenbart att resonemang inte är orimligt. Enligt Börjeson (a.a.) misslyckas många terapeuter/behandlare och han föreslår en lösning på problemet: *"De förelägger sig en omöjlig uppgift, den att förändra människor. De gånger man lyckas beror det på att det är människan själv som valt ett nytt förhållningssätt i livet, de gånger man misslyckas är skälet att människan valt att leva sitt liv som förut"* (a.a. sid 153–154). Han betonar således det frivilliga valet. Det viktiga är att klienten själv väljer att förändras. Behandling för honom är *"att ge en människa valmöjligheter, reella valmöjligheter, som hon inte tidigare haft"* (a.a. sid 157). Dessa valmöjligheter är inte alltid de lättaste vägarna eftersom de ofta leder till ångest. Människan vill hellre ha lätta val. Börjeson menar att *"De val människan träffar är ofta 'negativa val', val som innebär åtminstone akut befrielse från ångest. Att ge en människa nya valmöjligheter är inte att stänga flyktvägen men att visa på andra vägar. Detta vägval innebär att jag (Börjesson, min anmärkning) introducerar ångest – mer eller mindre intensiv – som en närvarande upplevelse för den människa jag arbetar med"* (a.a. sid 157). De flesta människor vill undgå att känna ångest så långt som möjligt.

1.1 Personlighetens betydelse vid behandling

Det är viktigt att skilja på störd personlighet och psykisk sjukdom när man talar om personlighetens betydelse vid behandling. Det är få missbrukare med dubbeldiagnos som lider av psykiska sjukdomar t ex psykos eller schizofreni men däremot fler missbrukare som lider av personlighetsstörningar som borderline personlighetsstörning, narcissistisk eller antisocial personlighetsstörning. Enligt DSM-III-R finns personlighetsstörningar i axel 2 och psykiska sjukdomar i axel 1.

Beteckningen dubbeldiagnos innebär att klienterna lider av både missbruk och psykiska problem. Det finns undersökningar som tyder på att dessa klienter använder sina droger som medicin. Enligt Ramström (1983) *"förefaller det som om speciellt opiatberoende psykotiska patienter ibland använder preparat främst som en medicinering i bokstavlig bemärkelse"* (a.a. sid 194). Vid avgiftning kan klienternas psykiska symptom förvärras och leda till ökad ångest och ibland till självmordsförsök. Men enligt Ramström (a.a.) är det vanligaste att klienten får återfall. Svårigheterna för klienterna att leva ett liv utan missbruk ökar i och med att de känner ett behov av medicinering med drogen. Även andra forskare har funnit att det finns missbrukare som använder sin drog för att medicinera. Wurmser (1973) säger att ett tvångsmässigt missbruk är ett sätt att självmedicinera. Han menar också att behandlingen av dessa klienter försvåras av att de har ett starkt emotionellt behov av droger.

I en undersökning av Kerstin Söderholm Carpelan (1992) framgår att *"en mycket liten del av ungdomarna, fem procent, hade erhållit psykiatrisk sjukhusvård av annan anledning än missbruk före inskrivningen. Andelen som under behandlingstiden på ungdomsenheten bedömdes som psykiskt sjuk var något högre, totalt nio procent, tolv procent bland pojkarna"* (a.a. sid 59). Därav drar Söderholm Carpelan

(a.a.) slutsatsen att av dessa klienter har inte så stor andel psykiska problem. Dessa siffror behöver dock inte visa den egentliga andelen missbrukare med psykiska problem. Klienterna kan vara feldiagnostiserade eller ha psykiska problem utan att ha varit i kontakt med psykiatri. Missbrukare har en låg tröskel när det gäller osäkerhet och ångest. Enligt Turner och Cooper (1996) är det svårt att få alkoholister att acceptera ångestkänslor. Vid symtom på psykisk sjukdom eller vid alkoholism är det därför viktigt att noggrant undersöka om det handlar om dubbeldiagnos.

Resultaten av missbruksbehandling där psykiskt störda missbrukare jämförts med andra missbrukare visar varierande resultat. Vissa studier (McLellan et al, 1983a, 1983b; Schuckit, 1985; Goethe et al, 1988; Öjehagen et al, 1991) visar sämre resultat för psykiskt störda missbrukare. Andra studier (Nace et al, 1986; O'Sullivan et al, 1988; Finney & Moos, 1992) visar att när förbättring av alkoholproblemet sker, sker en försämring av den psykiska hälsan och vice versa. Några studier (Rounsaville et al, 1987; Poldrugo & Forti, 1988; Winkour et al, 1988) visar att förbättring är relaterad till kön och typ av störning. I dessa studier rör det sig om olika patientgrupper, delvis olika störningar och olika sätt att bedöma dessa (diagnos, globala mått, symtom), varför resultaten ej är helt jämförbara.

SASB – En teoretisk modell för att beskriva självbild och relationer

Medan man i många teorier (tex Kernberg, 1975) beskriver relationer och relationsstörningar i termer av intrapsykiska begrepp utgår den här använda SASB-modellen från interpersonell teori och interpersonella begrepp för att beskriva relationer. SASB-modellen består av tre olika *fokus*: fokus på ageranden, fokus på reaktioner och fokus på självbilden och två grundläggande *dimensioner*: hat – kärlek och sammanblandning – autonomi. Dessa dimensioner bildar axlarna i en diamant. Den fullständiga modellen består av 36 punkter för varje fokus som kombinerar de två grundläggande dimensionerna i olika grad. I klusterversionen av modellen kombineras dessa 36 punkter till 8 olika kluster (se Figur 1, sid 13).

SASB-modellens två dimensioner anknyter till Bowlbys (1977) attachment teori (anknytning), där han beskriver två klasser av aktiviteter: "attachment seeking" och "exploration" eller "autonomous differentiation". I normal utveckling alternerar dessa på ett balanserat sätt. Översatt till SASB-modellen utgör de positiva klustren (2, 3 och 4) "attachment group of clusters" (AG) och de negativa klustren (6, 7 och 8) "disruptive attachment group of clusters" (DAG) och kluster 1 och 5 representerar differentiering/sammanblandning (Benjamin, 1996a). Normal utveckling enligt SASB-modellen utmärks av en "base-line" i de positiva klustren och en balans i differentiering/sammanblandning, medan patologi är avvikelser från detta mönster (Florsheim, Henry & Benjamin, 1996). I termer av SASB-modellen kan utvecklingen av en individs "relaterandemönster" beskrivas som att vi införlivar centrala aspekter av våra tidiga relationer. Dessa s k "copy processes" (Benjamin, 1996) definieras utifrån fokus och är: 1. identifikation = man *agerar* som den andre gjort, tex har vik-

tiga andra styrt och ställt med mig så blir jag en som själv styr och ställer med andra. 2. internalisering = man *reagerar* som om den andre fortfarande var närvarande, t ex har viktiga andra anklagat och nedvärderat mig har jag en förväntan om att bli anklagad av andra och reagerar som om det var så, d v s jag är lättkränkt. 3. introjektion = *självbilden*, man behandlar sig själv som viktiga andra har gjort, t ex jag har blivit nedvärderad av viktiga andra och kommer att nedvärdera mig själv.

Det finns två olika metoder till SASB-modellen: självskattningar och bedömningar. Med självskattningsformulären får man ta ställning till 36 olika påståenden, ett för var och en av de 36 punkterna för varje fokus. Med bedömningsmetoden studeras hur individen relaterar till andra i verkliga interaktioner och individens berättelser om sina relationer. Man kan därför med SASB få tre olika perspektiv på en persons relationer: 1. personens skattningar av sig själv och sina relationer, själv- och objektbilder, 2. hur personen relaterar i en verklig interaktion med en annan, relationsbeteende och 3. personens berättelser om sina relationer, inre relationsscheman. Allt detta kan sägas utgöra delar i en individs relationsmönster som styr och påverkar hur personen relaterar till andra. Dessa perspektiv kan vara mer eller mindre konsistenta. Vi kan illustrera med en patient vars självskattning anger en positiv självbild och positiva mamma- och pappabilder, men där analysen av berättelser om relationen till mamma och pappa i en intervju visar att relationen till föräldrarna domineras av fokus agerar i de negativa klustren och där fokus på patientens reaktioner saknas. Denna inkonsistens i de olika perspektiven kan utgöra förklaringar till relationssvårigheter hos personen.

I en "normal" interpersonell miljö lär sig barnet att relatera till andra på ett sätt som kan beskrivas i termer av relaterandets grammatik eller interpersonella begrepp. Man lär sig att skilja mellan fokus, vilket innebär att kunna identifiera "agerar och reagerar" både hos sig själv och den andre i en relation och man lär sig hur fokus hänger ihop (komplementaritetprincipen). Barnet vet t ex att om jag (barnet) slår lillebror (jag agerar) börjar han skrika (den andre reagerar komplementärt) eller om jag (barnet) är ledsen (jag reagerar) försöker mamma trösta mig (mamma agerar komplementärt) o s v. Man lär sig också att förstå vem som är subjekt och vem som är objekt i en relation, d v s vilka som är inblandade i relationen samt att anpassa sitt relationsmönster till olika objekt. Barnet vet t ex att mamma kan vara arg (mamma reagerar) på någon annan än mig (subjekt-objekt distinktion) eller man reagerar inte likadant i relation till en främmande person som i relation till mamma o s v. Hos störda personligheter finns det önskingar och rädslor som stör försöken att skapa balans av anknytning och oberoende. Sammanfattningsvis kan man säga att en störd personlighet är resultat av att ha försökt anpassa sig till en tidig relation som varit onormal, ohälsosam för personlighetsutvecklingen.

2 Syfte och frågeställningar

Undersökningens övergripande syfte är att undersöka dels behandlingsframgång hos den utvalda gruppen klienter med missbruksproblem från Frösö och Hessleby behandlingshem, dels klienternas subjektiva åsikter om den behandling de erhållit, deras uppfattning om främst LVM-vården. Ytterligare ett syfte är att undersöka vilken inverkan tidiga relationer har på personligheten och därmed på klienternas förmåga att tillgodogöra sig behandlingen.

Med ledning av den information de utvalda klienterna lämnar i samband med Analys av behandlingsinsatser – senaste perioden (ABI, AT McLellan, 1992) när de beskriver sina problem inom sju olika områden, medicinska problem, anställnings- och försörjningsproblem, alkoholproblem, narkotikaproblem, kriminella problem, familje- och relationsproblem samt psykologiska/känslomässiga problem är frågeställningarna följande:

- a) Hur ser behandlingsframgången ut hos dessa klienter?
- b) Vilket behov av behandling anser sig klienterna ha?
- c) Vilken uppfattning har klienterna om den behandling de erhållit?

Utifrån data klienterna lämnar när de beskriver sina tidiga upplevelser av relationen till sina föräldrar – EEQ (Early Experiences Questionnaire, Henry, 1996) ställer vi oss följande frågor:

- d) Vilken påverkan har tidiga relationer på personligheten?
- e) Hur påverkas klienternas möjligheter att tillgodogöra sig behandlingen utifrån deras personlighet?

3 Metod

3.1 Medverkande

Det empiriska materialet till uppsatsen har hämtats från intervjuer gjorda med 31 missbrukare med psykiska problem som har tvångsvårdats på två olika LVM-hem, Frösö behandlingshem (14 klienter) och Hessleby behandlingshem (17 klienter). Dessa klienter ingår i en större studie; *Missbruk och svårare psykiska störningar* vid Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet. Kön fördelningen är skev, 2 kvinnor och 29 män. Klienterna är i åldrarna 22–63. De har olika behandlingsinsatser bakom sig. I klientgruppen finns narkotikamissbruk (9 klienter), alkoholmissbruk (12 klienter) och blandmissbruk (10 klienter) representerat. Klienterna deltar på frivillig basis och kan avbryta sitt deltagande i projektet när de önskar. På EEQ och den öppna frågan finns ett visst bortfall p g a fel på bandinspelningarna. Totalt har 28 klienter besvarat formuläret EEQ, tidiga relationsupplevelser.

3.2 Genomförande

Klienterna fick besvara två olika formulär. De två formulären är Analys av behandlingsinsatser (ABI) som är en enkät som undersöker klienternas problem på olika områden samt Early Experience Questionnaire (EEQ) som undersöker relationen mellan barn och förälder under uppväxten. Båda intervjuerna har genomförts ungefär ett år efter det att klienterna blev utskrivna från LVM-vården. Intervjuerna utfördes där klienterna befann sig för tillfället. Det kunde vara allt från andra behandlingshem, eget boende eller sjukhus.

3.3 Instrument

ABI-intervju

Vid ABI frågar man vilka problem man har haft inom de olika områdena under den senaste perioden (d v s ett år) och under den senaste månaden. De olika områdena är ordnade enligt följande;

- A. Medicinska problem
- B. Anställnings- och försörjningsproblem
- C. Alkoholproblem
- D. Narkotikaproblem
- E. Kriminella problem
- F. Familje- och relationsproblem
- G. Psykologiska/känslomässiga problem.

Varje problemområde är uppdelat i fyra delar. I den första delen får klienten ange hur

många dagar under perioden hon eller han har haft problem. Del två tar upp vilka faktiska behandlingskontakter klienten har haft och vilka personer hon eller han har träffat i anslutning till olika problemområden. Klienten får uppskatta hur många gånger han haft behandlingskontakter. Del tre består av en bedömning där klienten får bedöma sina problem samt vikten av att få hjälp med problemen enligt en skala från 0 till 4 där:

- 0 = Inget problem
- 1 = Litet problem
- 2 = Måttligt problem
- 3 = Påtagligt problem
- 4 = Mycket stort problem.

I den sista delen gör intervjuaren en bedömning av klientens problem men enligt en skala från 0 till 9, där

- 0–1 = Inget problem, behandling krävs inte
- 2–3 = Litet problem, behandling krävs troligen inte
- 4–5 = Måttligt problem, viss behandling krävs
- 6–7 = Avsevärt problem, behandling krävs
- 8–9 = Uttalat problem, behandling krävs absolut.

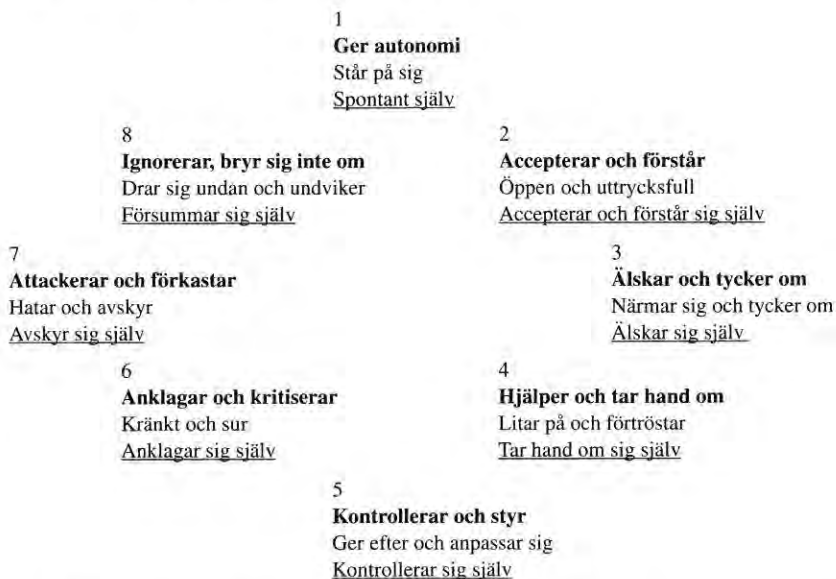
I den här undersökningen är den senaste perioden det senaste året. ABI består av 73 frågor (se formulär i Bilaga 1). ABI-intervjun har spelats in på band och svaren har även noterats i enkäten. ABI är en omarbetning av McLellans "Treatment Service Review" (1992).

EEQ-formuläret

Klienternas beskrivningar av sina tidiga relationsupplevelser – det fullständiga EEQ-formuläret består av 92 frågor. Formuläret som har till uppgift att undersöka hur tidiga relationer till viktiga vårdnadshavare påverkar den vuxnes sjukdom består också av en sammanfattande del. I den här undersökningen används den sammanfattande delen av EEQ, vilken omfattar tre delar. Den första delen av formuläret består av två frågeområden. Det första området tar upp fyra frågor som innebär att klienten får ta ställning till huruvida han/hon var **orolig eller rädd** för föräldrarnas beteende mot honom/henne. Det andra frågeområdet innebär fyra frågor som speglar hur klienten **önskade** att mamma respektive pappa skulle ha betett sig i förhållande till honom/henne. I den första delen får klienten avgöra om påståenden stämmer eller inte stämmer. I den andra delen får klienterna göra en skattning från –5 till +5 där hon/han graderar sin relation till sin mamma och pappa i fyra olika relationssituationer. Den tredje och sista delen utgörs av fyra frågor där klienten kortfattat, med egna ord ska beskriva sin mamma respektive pappa och sin relation till mamman respektive pappan. I de flesta fall har EEQ spelats in på band men inte alltid. I Bilaga 2 finns hela EEQ-formuläret. EEQ är utarbetat av Henry och bygger på Lorna Smith Benjamins SASB-modell (1993a).

SASB-modellen

SASB-modellen består av tre olika fokus: fokus på ageranden, fokus på reaktioner och fokus på självbilden och två grundläggande dimensioner: hat-kärlek och sammanblandning–autonomi. Dessa dimensioner bildar axlarna i en diamant. Den fullständiga modellen består av 36 punkter för varje fokus som kombinerar de två grundläggande dimensionerna i olika grad. I klusterversionen av modellen kombineras dessa 36 punkter till 8 olika kluster (se Figur 1).



Figur 1. Klusterversionen av SASB-modellen. (Fokus agerar fet stil, fokus reagerar med vanlig stil, fokus självbild understruket.)

Undersökningen har gjorts med kvalitativa metoder genom analys av ABI och EEQ. En teoretisk återkoppling har gjorts för att kartlägga klienternas åsikter om sina problem och den behandling de har fått för att därigenom få en bild av deras upplevelser. I den teoretiska återkopplingen har även en öppen fråga använts där klienterna ombeds berätta om sin situation sedan de skrevs ut från LVM-hemmet.

4 Resultat

Alla resultat redovisas genom en jämförelse av de båda LVM-hemmen; Frösö och Hessleby behandlingshem. Resultaten från ABI behandlas först och därefter EEQ. Till sist kommer resultat från den öppna frågan att redovisas.

4.1 Resultat från ABI

Till att börja med ges en sammanfattning av hur många problemdagar klienterna upplevt det senaste året. På motsvarande sätt sammanfattas hur många gånger klienterna haft kontakter med olika professionella under det senaste året. Slutligen kommer intervjuarens skattning av klienternas problem att redovisas. I ABI får klienten uppge sina problem för den senaste perioden, som är cirka ett år tillbaka och sista månaden. Då dessa resultat skiljer sig mycket lite åt kommer endast resultaten från det senaste året att redovisas.

Klienternas upplevelser av problem inom de olika områdena under det senaste året

Klientgruppen har angett få problemdagar under året utom när det gäller psykologiska, känslomässiga problem. Likaså har de angett endast ett fåtal kontakter med professionella utom när det gäller psykologiska och känslomässiga problem. Inte heller de kontakterna anser klienterna ha lett till någon egentlig hjälp.

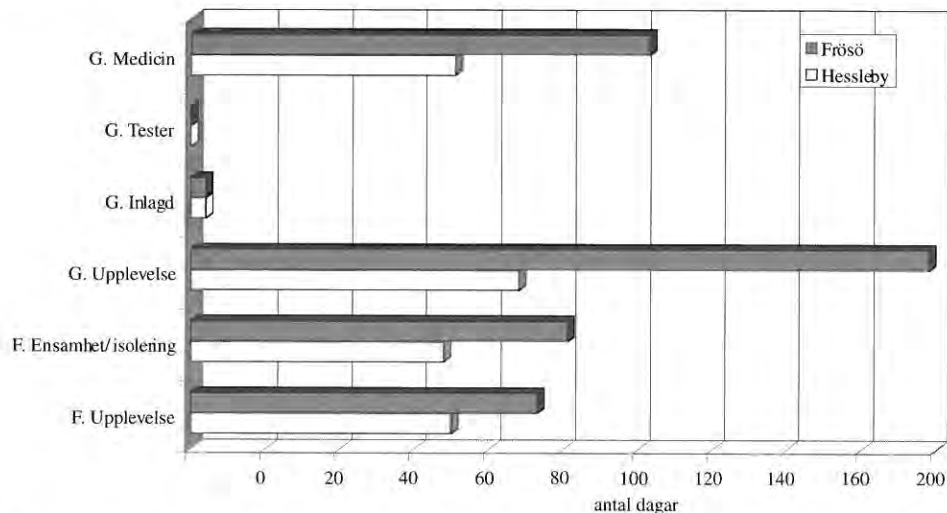
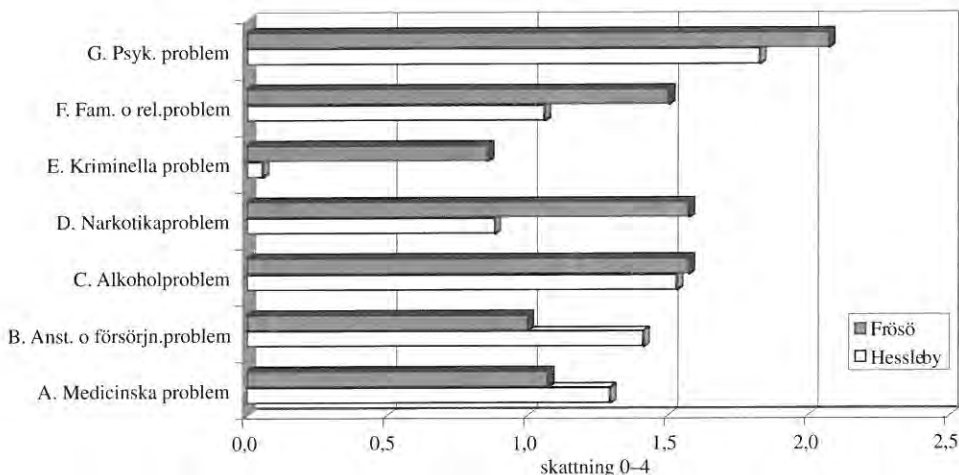


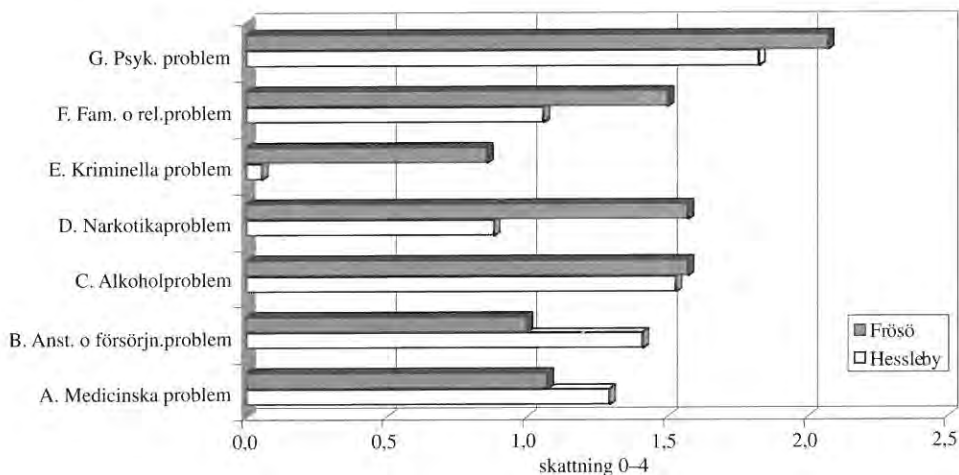
Figure 2. Medelantal dagar som klienterna upplevt familje- och övriga relationsproblem (F. Upplevelse), känt sig ensamma/isolerade samt medelantal dagar som de upplevt psykologiska/känslomässiga problem (G. Upplevelse), varit inlagda, genomgått tester resp. medicinerats för psykologiska/känslomässiga problem. En jämförelse mellan Frösö och Hessleby behandlingshem.

Av figur 2 framgår att klienterna på Frösö behandlingshem angett olika relationsproblem i större utsträckning än klienterna på Hessleby behandlingshem. De har angett i genomsnitt nästan 200 dagar då de upplevt psykologiska, känslomässiga problem, medan klienterna på Hessleby upplevt dessa problem under drygt 80 dagar. Frösöklienterna har tagit mediciner för psykologiska problem i 120 dagar och klienterna på Hessleby i ca 70 dagar.



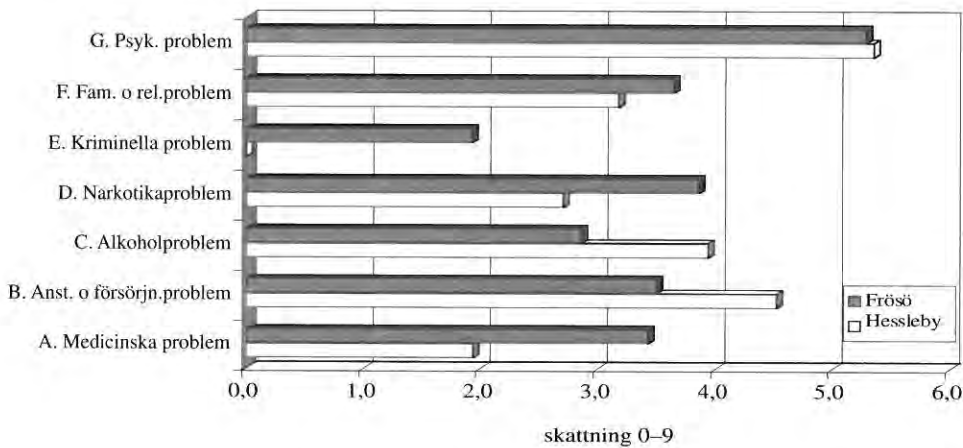
Figur 3. Medelvärden av klienternas bedömning av sina besvär för de olika problemområdena (a-g). Skattningsskala 0-4. En jämförelse mellan Frösö och Hessleby behandlingshem.

Av figur 3 framgår att båda klientgrupperna angett låga besvär (1 = litet problem) på alla problemområden. Klientgrupperna har allvarigare besvär avseende psykologiska, känslomässiga problem.



Figur 4. Medelvärden av klienternas skattningar av sitt hjälpbehov för olika besvär/problem (a-g). Skattningsskala 0-4. En jämförelse mellan Frösö och Hessleby behandlingshem.

I figur 4 ser vi samma tendens som i figur 3. Båda klientgrupperna upplevde få besvär på de olika problemområdena. De bedömer sig ha litet behov av hjälp för sina problem, dock ej när det gäller vikten av att få hjälp med sina psykologiska problem.



Figur 5. Medelvärden av intervjuarens skattning av klienternas problem. Skattningsskala 0–9. En jämförelse mellan Frösö och Hesseby behandlingshem.

Intervjuarens skattningar av de två klientgruppernas problem på de olika områdena ligger något högre än klienternas. Skalsteg 4–5 betyder ”ett måttligt problem, viss behandling krävs”. Intervjuarskattningarna liknar klienternas skattningar. Även intervjuaren har bedömt att klienternas största problem är de psykologiska/känslomässiga.

Klienterna uppger att de har haft relativt få kontakter med professionella under året. De har haft betydligt fler kontakter med professionella för att diskutera sina psykologiska, känslomässiga problem jämfört med övriga problemområden. Båda klientgrupperna har också varit aktuella för olika behandlingsinsatser ca 20 gånger under året.

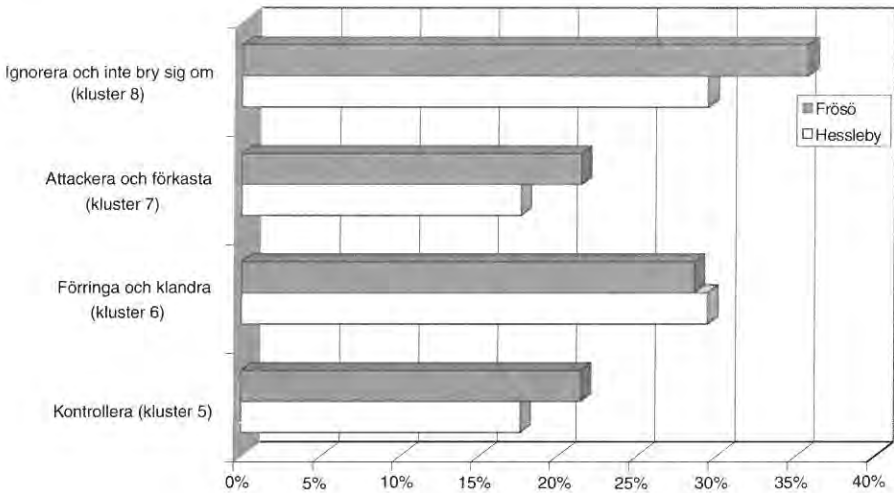
4.2 Resultat från klienternas beskrivningar av sina tidiga relationsupplevelser – EEQ (Early Experience Questionnaire)

Sammanfattande punkter kommer att följa formulärets uppläggning. Först redovisas klienternas skattning av sin oro/rädsla respektive önskan avseende föräldrarnas beteende gentemot dem.

Punkterna behandlas i följande ordning: Negativa anknytningsmönster DAG (mamma), respektive DAG (pappa). Sedan följer positiva anknytningsmönster AG (mamma), AG (pappa). Sist redovisas fokus agerare, det vill säga hur klienterna upplevde att föräldrarna agerade mot dem när de var små. Med AG menas positiv

anknytningsförmåga enligt Benjamins (1974) teorier om hur självbilden formas. Denna grupp utgörs av de positiva klustren två, tre och fyra i SASB. Dessa kluster relaterar till Bowlbys (1977, 1988) teori om anknytning och självständighet. De kluster som tillhör den störda gruppen av anknytningsmönster eller negativa anknytningsmönster (DAG) utgörs av de positiva klustren sex, sju och åtta i SASB (för vidare förklaring av SASB se figur 1, fokus agerar). Sist följer en redovisning av klienternas skattningar av sin relation till mamma respektive pappa. Skalan upptar värden från -5 till +5.

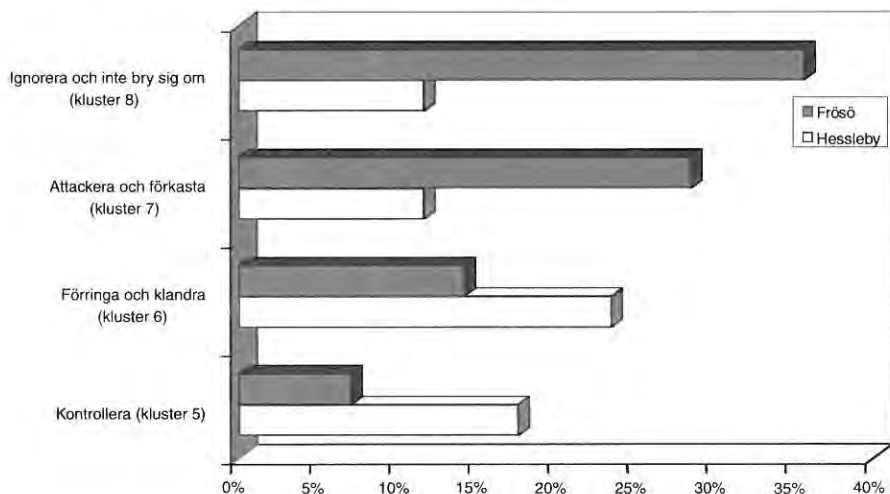
Negativa anknytningsfaktorer: DAG – mamma



Figur 6. Andel klienter (n=13 resp 15) som angett oro/rädsla för att mamma skulle kontrollera, förringa och klandra, attackera och förkasta samt ignorera och inte bry sig om. En jämförelse mellan Frösö och Hesseleby behandlingshem.

Av figur 6 framgår att när det gäller negativa anknytningsmönster i förhållande till mamma är det kluster 8, ignorera och inte bry sig om som dominerar. Därefter är båda klientgrupperna rädda för att mamma ska förringa och klandra. Det finns inga skillnader mellan grupperna.

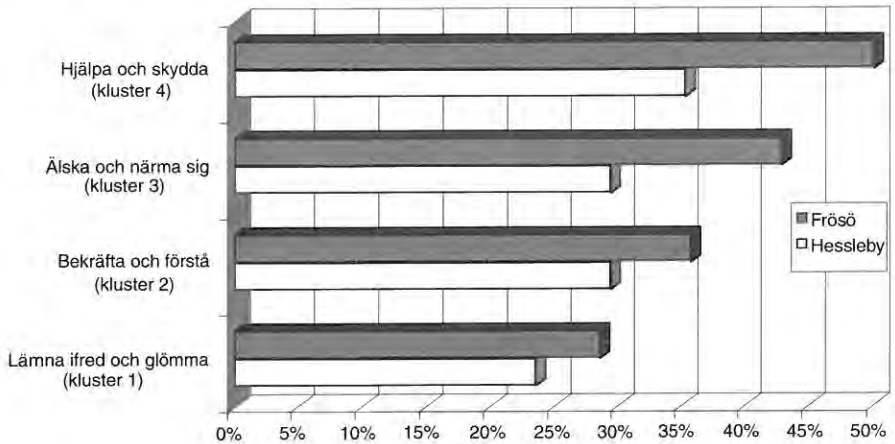
Negativa anknytningsfaktorer: DAG – pappa



Figur 7. Andel klienter (n=13 resp 15) som angett oro/rädsla för att pappa skulle kontrollera, förringa och klandra, attackera och förkasta samt ignorera och inte bry sig om. En jämförelse mellan Frösö och Hessleby behandlingshem.

Av figur 7 framgår att klientgrupperna skiljer sig åt när det gäller negativa anknytningsmönster i förhållande till pappa. Klienterna från Frösö skattar pappa på samma sätt som mamma, d v s de är rädda för att han ska ignorera och inte bry sig om (kluster 8). De har även skattat att man är rädd för att han ska attackera och förkasta. Klienterna på Hessleby däremot är rädda för att pappa ska förringa och klandra.

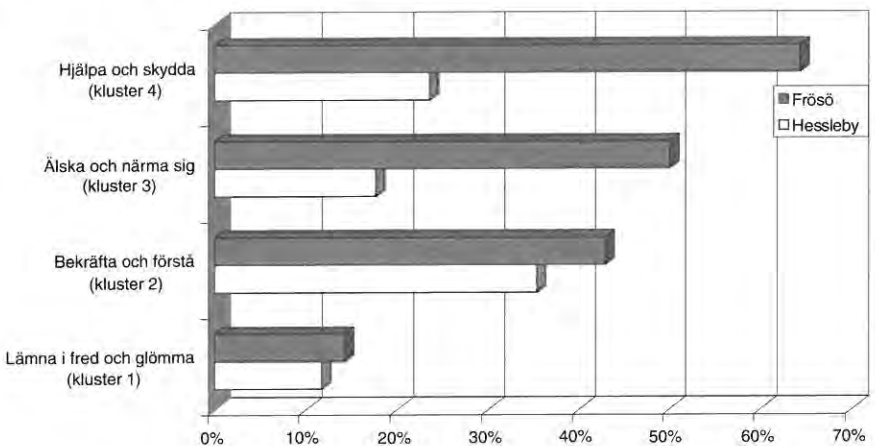
Positiva anknytningsfaktorer: AG – mamma



Figur 8. Andelen klienter (n=13 resp 15) som uttryckt önskan om att mamma skulle lämna ifred och glömma, bekräfta och förstå, älska och närma sig samt hjälpa och skydda. En jämförelse mellan Frösö och Hesseby behandlingshem.

När det gäller positiva anknytningsmönster i förhållande till mamma önskar båda klientgrupperna att mamma ska hjälpa och skydda (kluster 4). Frösöklienterna önskar också att hon ska älska och närma sig.

Positiva anknytningsfaktorer: AG – pappa



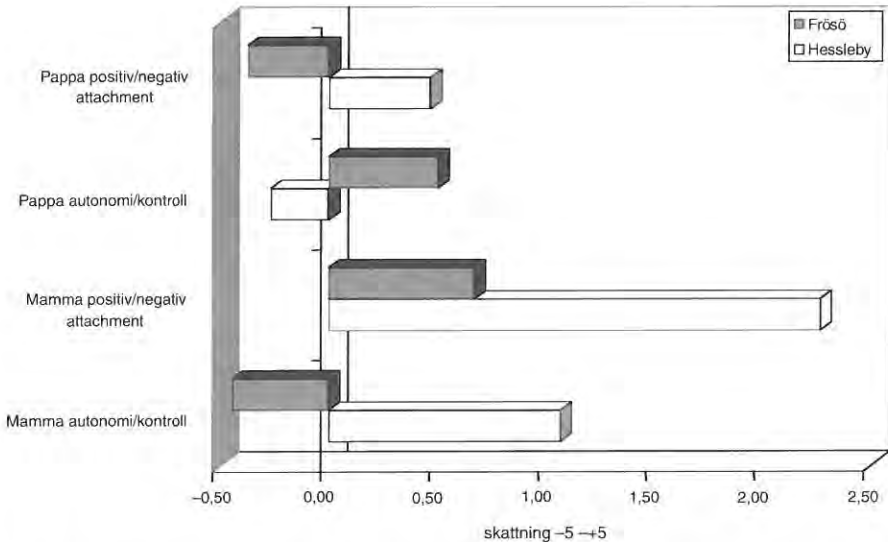
Figur 9. Andel klienter (n=13 resp 15) som uttryckt önskan om att pappa skulle lämna ifred och glömma, bekräfta och förstå, älska och närma sig samt hjälpa och skydda. En jämförelse mellan Frösö och Hesseby behandlingshem.

Av figur 9 framgår att de två klientgrupperna har olika pappabilder. Klienterna på Frösö skattar pappa på samma sätt som mamma, d v s de önskar att han ska hjälpa och skydda. Därefter önskar de att han ska älska och närma sig. Klienterna på Hessleby önskar att pappa ska bekräfta och förstå.

Sammanfattningsvis kan man säga att klienterna på båda behandlingshemmen är rädda för att mamma ska ignorera och inte bry sig om och önskar att hon gjorde motsatsen. Detta är konfliktaxel, 8–4. För Hessleby dominerar även kluster 6 vid negativa anknytningsmönster (DAG). Då blir konfliktaxeln 6–4. Det betyder att man är rädd för att mamma skall förringa och klandra och önskar att hon ska hjälpa och skydda. Resultaten mellan Frösö och Hessleby skiljer sig åt även när det gäller pappabilden. Klienterna från Frösö har samma relation till pappa som till mamma, d v s de är rädda för att han ska ignorera och inte bry sig om (kluster 8) och önskar att han ska hjälpa och skydda (kluster 4), konfliktaxel, 8–4. De är rädda för att pappa ska attackera och förkasta (kluster 7) och önskar att han ska ta hand om och vårda (kluster 3), d v s en annan konfliktaxel, 7–3. Klienterna från Hessleby är rädda för att pappa ska förringa och klandra och önskar att han ska bekräfta och förstå, d v s den konfliktaxel som dominerar är 6–2. Men även kluster 5, kontrollera vid negativa anknytningsmönster, DAG, är högt skattat. Det ger konfliktaxel, 5–2.

Fokus agerar: D vs hur mamma respektive pappa agerat i förhållande till klienterna

I nedanstående figur visas klienternas upplevelser av hur mamma respektive pappa agerade mot dem när de var små. I figuren ingår såväl negativa som positiva anknytningsmönster (attachment).



Figur 10. Klienternas (n=13 resp 15) skattning (-5 →+5) av relationen till mamma respektive pappa. En jämförelse mellan Frösö och Hesselby behandlingshem.

Frösöklienternas upplevelser av sin mammas agerande domineras av kontroll och positiv anknytning (attachment). Paradoxalt nog innebär detta att hon har dominerat och kontrollerat dem samtidigt som hon behandlat dem varmt och kärleksfullt. Pappabilden däremot ger uttryck för autonomi och negativ anknytning (attachment). Klienterna på Hesselby upplever att mamma har agerat med autonomi och positiv anknytning. Mamma tycks ha låtit dem vara fria och oberoende och behandlat dem varmt och kärleksfullt. Pappans agerande domineras däremot av kontroll och positiv anknytning. Hesselbyklienterna har en likadan bild av sin pappa som Frösöklienterna har av sin mamma. Både mammabilden och pappabilden är mer uttalat positiv på Hesselby än på Frösö. Pappabilden verkar dock vara diffus på båda behandlingshemmen.

4.3 Resultat från öppna frågan

I den öppna frågan ber man klienten att beskriva tiden efter utskrivningen från LVM-hemmet. De får använda egna ord för att beskriva vad som hänt under året.

Klienternas situation ett år efter utskrivning från LVM-vård

I tabell 1 nedan innebär fortsatt behandling att klienterna har fått behandling på behandlingshem, på sjukhus, inom psykiatrin eller i familjehem. Missbruk inkluderar både alkohol- och narkotikamissbruk. Under begreppet sysselsättning ingår arbete, studier eller planering av boende, studier och arbete. Tillfälligt återfall avser de klienter som någon gång under året har återfallit men sedan fortsatt att avhålla sig från missbruket. Då alla ej har tagit upp de olika delarna påverkas resultatet av det.

Tabell 1. Anger hur många ur klientgrupperna (n=13 resp 15) som har erhållit fortsatt behandling (ej LVM-vård), missbrukat resp återfallit, haft sysselsättning samt haft lägenhet under det senaste året.

Klientgrupp	Fortsatt behandling	Slutat missbruka	Tillfälligt återfall	Fortsatt missbruka	Sysselsättning	Lägenhet
Frösö (n=13)	7	2	4	4	5	4
Hessleby (n=15)	10	2	4	3	6	9

Undersökningen visar att av 28 klienter har 17 fått fortsatt behandling, 11 har sysselsättning, 4 har slutat med sitt missbruk och 7 har fortsatt missbruket. Av de 28 klienterna har 11 sysselsättning och 13 har egen lägenhet.

4.4 Teoretisk återkoppling

I denna del relateras resultaten till olika teorier som diskuterades i inledningsavsnittet.

Det handlar om att göra ett val – att lägga av eller att fortsätta med sitt missbruk

Börjesson (1977) menar att klienten måste göra ett val för att kunna förändra sin situation. Detta speglar sig i klienternas utsagor. För dem som synes ha gjort ett medvetet val verkar det som om livssituationen sakta börjar förändras. De måste förstå att de har valmöjligheter och att de själva måste välja. Ingen annan kan göra det åt dem. Naturligtvis kan det ta lång tid innan klienten inser valmöjligheten.

Exempel på utsagor:

"antingen tar jag livet av mig nu eller så fortsätter jag och knarkar. Fortsätta knarka orkar jag inte. Lägga av eller fortsätta."

"Om dom vill eller inte vill /.../ Och den första gången jag var på x-hem ... Jag var ju bara där för att vila upp mig lite grann. Inte fan tänkte jag bli nykter. Jag visste inte ens om att jag var alkoholist",

”det är som jag ser det så när man är på tvång så vill man inte ta emot dom möjligheterna som finns många gånger.”

Den första utsagan visar att klienten insåg att han var tvungen att välja. Den andra klienten däremot insåg inte valmöjligheten vid första behandlingstillfället. Hon var inte ens medveten om sitt beroende. Efter att ha insett LVM-vårdens målsättning och gjort sitt val klarade hon av att bryta sitt destruktiva beteende trots att hon kände sug efter alkohol.

Det framkommer tydligt att få klienter, som påbörjat förändringsarbetet men återfallit i sitt missbruk, har gjort ett medvetet val. För klienter som försökt ändra sitt liv p g a att de träffat en tjej etc har det inte heller gått så bra, utan de har fallit tillbaka i missbruk. Trots att klienterna ser valmöjligheterna händer det ofta att de inte väljer på grund av det inre tvånget.

Att leva mellan två världar – en marginalkonflikt

Många av klienterna har i perioder varit drogfria men sedan fått återfall och därmed hamnat i sina gamla vanor. Ramström (1983) förklarar med begreppet marginalkonflikt vad det är som händer hos en missbrukare som försöker ändra sin livsföring.

Exempel på utsagor:

”Efter att jag skrevs ut åkte jag direkt till familjehemmet. De första månaderna på familjehemmet var väldigt positiva. Det var helt nytt och kändes väldigt bra. Sen ... ju längre tiden gick ju ... Jag kände mig ensam liksom och ... dels för att det var ute på landet lite och där inte är så många i min ålder. Man behöver lite mer än bara just de här i familjen ... Jag har väl haft mina små depressioner vissa dagar och grubblat mycket.”

”Dom är bra när man själv lever på ett sånt sätt men dom är ju en fälla när man inte lever så” (en klients uttalande angående speciella hus för människor med problem).

”Nä, förut har dom kunnat göra som folk i övrigt i samhället. Du vet det här syndromet man går förbi a-lagarna och köper sin helgsprit varje helg och känner fan jag är inte lika dålig som dom där jävlarna. Nu liksom, jag engagerar mig i olika grejer och jag är inte. Det fattas inte någonting här inte, va. Och det här. Nu då att konflikter uppstår det är för att dom bemöter mig som skit. Min syrra, dom bemöter mig som på plattan.”

”Många av oss missbrukare vi har inte knarkat färdigt. Vi tycker inte erat svenssonliv är nånting att tugga på.”

”Det handlar inte bara om drogfrihet till varje pris. Avhållsamhet för avhållsamhetens skull utan för mig är det inte det primära, det är inte att vara drogfri utan det är att må bra i min drogfrihet.”

”Får tankar om att är det lika bra att flytta hem igen och börja sälja knark igen. För då hade jag ju så jävla roligt. Då hände det ju nåt varenda dag, hela dygnet runt hände det nåt. Här händer det ingenting.”

Den första utsagan visar att klienten har hamnat i en ovan situation utan sina gamla vänner. Så länge allt kändes nytt gick det ganska bra men så småningom kom oron och ensamheten. Han blev mera sårbar och kände sig deprimerad p g a den nya situationen och miljön. Eftersom de två världarna skiljer sig åt i normer och värderingar blir det en svår situation om man tvingas att stanna kvar i den gamla miljön medan ändringen av livsföringen pågår.

Även om familjehem kan verka skrämmande p g a att man tas bort från sin invanda miljö så är det ett bättre alternativ. Det är nödvändigt med miljöombyte för att komma ifrån sina olycksbröder för att minska risken för återfall. Precis som Ramström (1983) skriver bidrar marginalsymtom till att man drar sig för att starta en förändring. För människor som inte har beredskap mot motgångar och redan befinner sig i en sårbar situation blir marginalsymtom en faktor som försvårar möjligheterna till förändring (jfr Hedin och Månsson, 1998).

Den tredje utsagan illustrerar att trots att klienten har lämnat det gamla livet bakom sig är han fortfarande märkt av det. Följaktligen är det inte bara individen som slåss mot känslor av dubbel identitet utan även samhället utanför. Ambivalens mot det gamla och det nya livet uttrycker en klient bäst genom att säga att är det så här hemskt i det "vanliga" livet fortsätter han hellre med sitt gamla liv.

Den fjärde utsagan visar att nu när klienten ej använder droger känner han sig ensam medan då han använde droger hade han roligt vilket gör att han får tankar om att flytta hem igen och börja sälja knark.

Först och främst vill alla människor må bra. Om förändringen får dem att må dåligt fortsätter de hellre med sin gamla livsstil. Det får inte kosta hur mycket som helst att förändras. Slutsatsen blir att det finns många faktorer som hindrar missbrukaren från att vilja förändra sitt liv. Den största "hindrande faktorn" för en förändring är att krav om förändring alltid aktualiserar en hel del ångest hos klienten.

Klienternas upplevelser av tvångsvården

Det råder delade meningar om nyttan med tvångsvård. Överlag uttrycks missnöje mot tvångsvården även om många anser att den är ett nödvändigt ont. Det man i teorin kallar hospitalisering beskrivs av många klienter både från Frösö och Hesseleby. Båda LVM-hemmen får ta emot stark kritik från sina tidigare klienter:

"Men när det kommer till tvång så ja då är det ju tvång och då vill man ju bara lära ifrån i alla fall även om."

"Ja, här (ett annat behandlingshem, min anmärkning) upplever man ju, det tror jag alla gör, det händer någonting när man kommer med något förslag. Det jobbas i hela tiden. Skillnaden med Hesseleby, den, vi ska undersöka om det går att genomföra och på nästa möte då hade man glömt bort. Nä, det hände aldrig någonting."

"Kvalitén i Frösö tycker jag var, ärligt, jag tycker den var helt värdelös. Man skulle lika gärna ha bränt upp pengarna." Angående självbestämmande menar han att 'dom tar ifrån en det här vuxna bestämmandet som man har som människa p g a att

man är tvångsomhändertagen så att det bara kan gå en väg. Åt helvete alltså negativt för alla människor."

"Ta ifrån en all värdighet och sen låsa in honom då och tjata på missbruk. /.../ Man kan inte låsa in en människa och sen sätta sig och vilja diskutera bra saker. Du har ju liksom nyckeln och det finns ingen chans."

"Det ska alltid finnas en eller flera på ett behandlingshem som själva har varit med om problemen."

"Jag trivdes bra där."

"Det är det vidrigaste jag har varit med om. Fy fan. /.../ Helt och hållet förvaring. /.../ Mat på bordet och sen inlåst. Det var ju det enda som hände."

"Ja, men just själva LVM-hemmet gav ju inte så mycket. Man gick där och gjorde ingenting."

"Jag hade inga planer på det här med familjehem. Första gången jag hörde det så; nej, jag ska inte på nåt familjehem, jag ska ut. Men dom faktiskt övertalade mig att åka och titta på det."

Bevisligen är det svårt att motivera klienter som inte är intagna på frivillig basis eftersom tvånget i sig självt gör att klienterna blir bångstyriga och motsträviga. Men för att man under de förutsättningar som råder ska kunna arbeta med klienterna krävs att man respekterar dem och lyssnar på dem.

Det är inte bara hospitalisering som kan leda till passivitet hos klienterna som Ramström (1983) beskriver. Det faktum att de varken känner sig delaktiga i behandlingen eller respekterade gör att de passiviseras. De har inget självbestämmande utan alla beslut tas över deras huvuden. Naturligtvis är detta en svår balansgång som måste göras, eftersom många av dessa människor uppenbarligen inte kan ta vara på sig själva, i annat fall skulle de inte behöva tvångsvård. Detta bevisar hur viktigt det är med självbestämmande. Tvång utgör inte någon bra grund för lyckad vård. Det finns således många exempel på att tvångsvården inte uppskattas av klienterna. Men alla är inte odelat negativa. En klient menar att vissa avdelningar på Frösö var bra medan andra var dåliga. Han var även nöjd med sin kontaktperson. Trots detta kommer han med kritik och menar att man måste ställa höga krav på personalen. Det ska finnas en eller flera i personalen som själva varit med om problemen.

Klienternas upplevelser av LVM-vården kan bäst illustreras med deras egna ord. Av 31 klienter är det inte många som är positiva till vården. Många berättar om sysslöshet, passivitet och förvaring.

Bristande planering inför utskrivning

Tyvärr verkar det som om många av klienterna inte följs upp alls efter utskrivningen från LVM-hemmen. Många berättelser vittnar om att missbruket börjar om direkt efter utskrivningen. På frågan om vad som hände efter utskrivningen svarar klienterna:

"Direkt ut i träsket kan man säga."

"Ja, alkohol. /.../ Bodde på Ria-härbärge, söp, började med piller igen."

"Äh, jag strävade få hjälp med och få någonstans och bo men jag fick ingenting. Och det var ingen som ville. Ingen som bryr sig."

"Ja och så ringde jag till en i november eller september för hon har av sagt sig mig len här som jag hade. Så det har blivit en annan i stället. Pratade om att jag var ntresserad av en sån här övergångslägenhet. Då skulle hon lägga in om det. Sen har jag inte hört ett ljud."

"Jag har hållit upp ända sen jag kom från Hessleby, det har jag gjort."

Boendet är av avgörande betydelse. När det inte ordnar sig ser klienterna det som en "chans" att fortsätta sitt missbruk. En klient bor hemma hos sin äldre pappa och ängtar efter eget boende. Efter ungefär 4 månader har han fortfarande inte fått besked angående boendet.

Även när klienterna ber om hjälp är det svårt att få den. Naturligtvis beror det delvis på att dessa klienter är tidigare kända hos myndigheterna. De har åkt in och ut på behandlingar utan någon varaktig förändring. Inom denna klientgrupp finns personer som har gått vidare till andra behandlingshem efter LVM-vistelsen och som det verkar gå bättre för. En klient kom till ett kvinnokollektiv och bodde sedan i en övergångslägenhet och klarade sig mer eller mindre på egen hand med AA-möten som stöd. Hon hade även en kontaktperson på socialtjänsten som ställde upp för henne. En sak som verkar vara avgörande för en lyckad behandlingsinsats är att klienten finner förtroende för och får stöd av någon.

Planeringen för en klient tycks ha fungerat. Klienten har fått mycket hjälp av sin syster och hennes man, men anser att socialtjänsten inte har ställt upp på honom. Den när klienten fick betydande hjälp av sin kontaktperson samt en skötare som höll efter honom. Detta gjorde att han kunde ta sig ur sitt destruktiva beteende. Uppföljning och planering av klienternas situation är viktig. Detta ger dem möjlighet att bryta missbruket.

Vikten av en individualiserad behandling

Individualisering betonas både på Frösö och Hessleby. Även i teorin pratas det mycket om individualisering. Men ibland är det långt från teori till praktik även om ambitionen finns. Även klienterna anser att individualisering krävs för att behandlingen ska ge någonting bestående:

"Att riktigt ta reda på, om vi säger statusen på personen och va, i vilken kondition och allting så och så. Och vad han vill eller hon vill, vill göra egentligen. Komma till botten med det. Och sen om det behövs psykologkontakt och allting sånt. Gå in direkt med sånt. Hela skiten. Va aktiv. Få vara aktiv hela jävla tiden. Annars löser det ingenting."

"Jobbar ju liksom mera inifrån, ... utifrån den enskilde individen va. /.../ Ja, utan dom försöker jobba mer så. Lösa grejerna lite mer individuellt då, vad jag har förstått, för varje, för varje människa för sig."

Med andra ord anser klienterna att man måste arbeta utifrån den enskildes behov som utgångspunkt för sitt handlande. Ofta har klienterna erfarenheter från andra behandlingshem. En klient har erfarenhet från någonting kallat "Casework". Han menar att det arbetssättet gör personal och klienter mer jämbördiga, vilket låter rimligt eftersom man ser individen och inte problemet i första hand. Därmed försöker man hjälpa individen på dennes nivå. Trots att man försöker arbeta med individualisering på Hessleby och Frösö verkar man inte nå ända fram till klienten.

Många klienter använder droger som sk självmedicinering

Numera är det uppmärksammat att vissa missbrukare använder droger som självmedicinering. I klientgrupperna finns det exempel på detta. Dessa klienter synes mer svårbehandlade eftersom de anser sig ha ett särskilt behov av drogen. Flera klienter är blandmissbrukare. De har ett tablett-, alkohol- och narkotikamissbruk. De påstår att de behöver psykofarmaka för att klara sig:

"Å, jag är glad i alla fall att jag har dom för utan dom hade jag inte överlevt. För jag vet hur jag mådde innan jag började med benso."

"Mår piss utan droger. Jag mår bra med droger och jag mår skit utan droger."

"Ja, precis jag använder det som medicin."

"Om jag inte hade valt att själv medicinera mig med narkotika sen jag var 11 år så hade jag kanske varit, antingen död eller telefonfall på någon institution någons."

Klienterna ovan är blandmissbrukare. Även om de skulle klara sig utan övriga droger klarar de sig inte utan psykofarmaka vilket gör att det är lättare för dem att få återfall som Ramström (1983) talar om. Detsamma gäller för klienten nedan som rent ut säger:

"Psykiatrin har inte klarat av att diagnosticera mig riktigt från början."

"Att mens jag knarkade då var jag inte så här sjuk. Jag har aldrig varit så här sjuk heller i hela mitt liv."

Drogen håller dem "flytande". Klienten ovan skyller sina problem helt på psykiatrin. När han blev psykotisk och blev medicinerad efter att ha varit missbruksfri under några år återföll han i missbruk. Klienten menar att vården endast har sett hans missbruk och inte velat acceptera hans psykiska problem. Därför fortsatte han att missbruka för att klara av sina psykiska besvär. Det är således inte ovanligt att missbrukare använder drogen som medicin mot en djupare psykologisk, känslomässig problematik.

Vården är ej organiserad så att klienterna får hjälp med sina psykologiska problem

Olika forskare, t ex Fridell (1991), McLellan (1983a) har kommit fram till att det är viktigt att man har behandlingsprogram som inbegriper både klienternas missbruksproblem och psykiska besvär. Tyvärr har det visat sig svårt att få till stånd en sådan

organisering av vården. Därför finns det klienter som fortfarande upplever att deras psykiska/känslomässiga problem nonchaleras. Det är viktigt att detta lyfts fram eftersom de uppenbarligen behöver parallell behandling för båda problemen. I den här studien finns det klienter som säger att de har känslomässiga problem som ångest, vilket nedanstående exempel visar:

"Rabbla upp mina jävla problem och så ska jag väl då."

"Stod och tittade på när farsan gjorde det ... gjorde saken. /.../ Ja, när han våldförde sig på mig, när han ..."

"Väl samtidigt undantränga det väldigt mycket va."

"För människor med min bakgrund med barndomshem, barnhem och annat så, så får dom motsatt effekt. Jag vill inte lyckas. Och även om det är på väg att lyckas så får det inte göra det."

"Blir misshandlad för att hans och morsans ... hade fått en dotter och hon tappat en tallrik i golvet och jag vart misshandlad för det för jag såg inte till att tallriken stod på bordet."

En klient säger att han fått medicin för ångest men säger sedan att han inte träffar curator eller psykolog eller annan professionell för dessa problem. En annan klient blir medicinerad för panikångest men även han anser att det brister i kontakten med psykologen. Efter tre besök hos en psykolog tyckte denne att klienten var frisk. Men nu ska han få träffa en ny psykolog och känner att han får börja om från början.

Sammantaget verkar uppföljningen vara dålig när det gäller att uppmärksamma och åtgärda de psykologiska/känslomässiga problemen.

Den andra utsagan ovan handlar om en klient som prostituerar sig. Man kan säga att hon står och tittar på medan någon utnyttjar henne. Hon återupplever sina erfarenheter från barndomen. Det är ett mycket tragiskt fall när en människa inte kommer ifrån sitt förflutna utan fortfarande låter det styra henne. Klienten tycker att det är för jobbigt att prata om fadern vilket gör att hon inte till fullo kan ta till sig och bearbeta dessa fruktansvärda händelser under barndomen. Det är inte ovanligt att dessa klienter växt upp under mycket dåliga förhållanden. Ett annat exempel på det är den klient som växte upp med en missbrukande mamma. Han beskriver en barnlöm då han fått ta hand om sig själv väldigt mycket och att det inte kändes som en mor och son-relation. Han kan se sambandet mellan obehagliga upplevelser under uppväxten men använder sig av ett destruktivt mönster, undantränger mycket och vill inte lyckas.

Alice Miller (1995) menar att man inte undkommer sin barndom utan förr eller senare måste bearbeta och acceptera den. Annars finns det en stor risk att man fastnar i betenden från den tiden. Enligt Miller kommer man aldrig ifrån sina problem och det är lättare att fly in i ett missbruk för att slippa ångest och oro. Miller (a.a.) och Larsson (1998) menar att människor bär med sig sin historia och tycker att de förtjänar den och lärför återupprepar de den hela tiden. Om de i stället skulle försöka förstå hur historien har format dem skulle de ha bättre förutsättningar att lösa sina problem.

Henry (1994) som skapat formuläret EEQ för att undersöka tidiga relationsupplevelser anser att människor med en onormal personlighet är ett resultat av onormala tidiga relationer. I dagens samhälle anses inte skilsmässor som något onormalt men faktum är att många av klienterna i denna undersökning kommer från spruckna familjer; föräldrarna har separerat tidigt eller är annars frånvarande av en eller annan orsak. En klient har levt med en styvpappa som behandlat honom illa. Han har aldrig upplevt honom som en pappa.

Onormala tidiga relationer gör att man anpassar sig till dem för att överleva. Har man ingenting annat att jämföra med uppfattas dessa relationer som normala. Ovan nämnda klient som blev sexuellt utnyttjad av sin pappa medan mamman stod och såg på har definitivt inte haft en normal uppväxt som kunnat främja en god personlighetsutveckling. Även andra klienter har upplevt våld och missbruk under sin uppväxt. Alla dessa olika uppväxtbetingelser är bidragande orsaker till att dessa klienter inte har utvecklat en normal personlighet.

4.5 Sammanfattning av resultaten

Resultaten från den här undersökningen kan sammanfattas på följande sätt:

Upplevelser av problemdagar under året och kontakter med professionella

- Klienterna har upplevt få problemdagar under året utom när det gäller psykologiska och känslomässiga problem
- Klienterna har haft få kontakter under året med professionella utom när det gäller psykologiska och känslomässiga problem – men de upplever ändå att de inte fått hjälp

Klienternas upplevelser av LVM-vården

- Klienterna upplever att LVM-vården består av passivitet och sysslolöshet
- Klienterna önskar att det funnits aktiviteter och samtalsbehandling under LVM-vistelsen
- Klienterna önskar att LVM-vården skulle vara mer individualiserad efter varje klients behov och förutsättningar
- Många klienter upplever tvånget som en kränkning

Klienternas tidiga relationsupplevelser ger också följande information

- Klienterna är rädda för att mamma ska ignorera och inte bry sig om dem, de önskar att hon ska hjälpa och skydda
- Frösöklienterna skattar sin pappa på samma sätt som sin mamma – men, de är också rädda för att pappa ska attackera och förkasta och önskar att han ska älska och närma sig
- Klienterna på Hessleby är rädda för att pappa skall förringa och klandra och önskar att han ska bekräfta och förstå

- Vid kontinuitetsbrott i behandlingsrelationen finns en risk att klienterna känner sig övergivna

Kritik mot vården, socialtjänsten och psykiatrin

- Klienterna blir inte sedda och erhåller inte vård för sina psykologiska och känslomässiga problem
- De erhåller "bara" missbruksvård eller ingen vård alls
- Psykiatrin erbjuder en kortare tids avgiftning
- Eftervården fungerar inte tillfredsställande, den måste planeras på ett bättre sätt
- Boendet är mycket viktigt för klienternas rehabilitering. Det är ytterst allvarligt att så många som 13 av de 28 klienterna saknar egen bostad
- Efter LVM-vistelsen har få klienter haft kontakt med socialtjänsten eller annan professionell person.

5 Diskussion

Vid bearbetningen av klienternas intervjuutsagor och enkätsvar är det lätt att få en mörk bild av LVM-vården. Dock har hälften av klienterna (17 av 31) ändrat sitt liv efter LVM-vistelsen, de har motiverats till fortsatt behandling för sitt missbruk. Behandlingsframgången ser i många fall rätt bra ut. Klienterna har kunnat motiveras för fortsatt behandling på andra behandlingshem, familjehem och dylikt. LVM-hemmen lyckas dock inte motivera alla till fortsatt behandling. En av orsakerna kan vara att en svårbehandlad klientgrupp inte blir mindre svårbehandlad när de inte själva inser behovet av behandling, vilket är LVM-vårdens centrala uppgift. Behandlare i olika vårdssystem måste vara medvetna om att både de psykiska problemen och missbruket ska behandlas. Det verkar finnas ett stort problem som har att göra med socialtjänstens och psykiatrins sätt att avgränsa sina uppgifter och ansvarsområden. Om socialtjänsten enbart fokuserar på klienternas missbruk och inte tar ansvar för samarbetet kring hur klienternas psykiska problem ska åtgärdas hamnar klienterna i ett ödsligt ingenmansland där ingen kvalificerad hjälp står att få. De erhåller bara missbruksvård eller ingen vård alls, eller först LVM-vård, sedan ingenting och sedan LVM-vård igen, gång på gång i en ständig karusell, därför att missbruket är mer en frukt av den psykiska störningen än tvärtom. En annan faktor som påverkar behandlingsframgången är naturligtvis missbrukets funktion för klienterna. Alkohol/drogen används av många som medicin mot psykologiska och känslomässiga problem. Behovet av alkoholen/drogen är därmed komplicerat. En tredje viktig fråga är hur det långvariga och omfattande missbruket påverkat klienterna när det gäller motivationen till att vilja sluta med sitt missbruk. Allt detta gör klientgruppen minst sagt svårbehandlad.

Trots att behandlingsframgången ser relativt ljus ut speglas en viss hopplöshet och uppgivenhet i klienternas utsagor. När det gäller kontakterna med socialsekreterare talar de om passivitet, brist på respekt och meningslöshet. Stark kritik riktas mot tvångsvård i allmänhet och LVM-hemmen Frösö och Hesselby i synnerhet. En viktig poäng som framkommer är att klienterna upplever att vistelsen består av passivitet och sysslolöshet. Klienterna saknar aktiviteter och samtalsbehandling. De ser LVM-hemmen som förvaringsplatser. Tydligen krävs bättre information från LVM-hemmens sida så att klienterna blir medvetna om syftet med vistelsen på LVM-hem. Det måste framgå klart att meningen är att klienterna ska motiveras till fortsatt vård. Mycket av LVM-vården faller redan innan den har börjat om klienterna inte får motivet till LVM klart för sig. I undersökningen framkommer också att många klienter upplever själva beslutet om tvångsvård som en plågsam kränkning. Detta är värdefull information för personalen att ta i beaktande i vårdarbetet. Det är troligt att det skulle underlätta att motivera klienterna att ta itu med sina problem, och kunna se

LVM-vistelsen som en resurs. I stället för att lägga ut sitt hat, sin ilska och sina besvikelser på LVM-vården skulle tiden kunna användas av klienterna för att planera för fortsatt vård och rehabilitering.

Behandlingshemmen måste vara tydligare när det gäller behandlingsideologi. Både Frösö och Hessleby har bra utformade ideologier men det hjälper inte om den inte når fram till klienterna. Den centrala frågan är ju hur tydligt ideologin omsätts i konkret praktisk handling. Naturligtvis är inte klienterna fria från ansvar, de har ansvar över sina egna liv och viljan att förändra måste finnas hos dem. Hur det än är så har alla människor ett val, tex valet att fortsätta att leva som förut med missbruk eller att välja att lägga av. Alla människor har inte samma valmöjligheter men alla har ett val. De klienter som inser att de faktiskt inte är ett offer för omständigheterna utan har valmöjligheter är de som klarar att ta sig ut ur sitt missbruk. Det kan dock behövas mycket hjälp för att känslomässigt acceptera någonting som man förnufts- nässigt har accepterat. För LVM-vården borde det vara självklart att arbeta med målet att få klienterna att inse detta val.

När de väl har gjort det valet behöver de minst lika mycket behandling och hjälp som inte mer. Det är här, i uppföljningen, de största bristerna verkar finnas. Åtta av de undersökta 28 återfaller efter LVM och 7 fortsätter sitt missbruk. Många klienter får efter avslutad LVM-vård lite eller ingen hjälp alls att integreras i samhället. Det fungerar inte tillfredsställande med speciella bostäder för dessa människor. Ofta leder det bara till fortsatt kontakt med andra missbrukare i samma situation och därmed en skjuts tillbaka in i missbruket. Men om alternativet är att skicka tillbaka klienterna till deras gamla miljöer är speciella bostäder att föredra. "Halvvägshus" och familjehem ger en bra uppföljning av LVM-vården. Det blir ett andningshål för klienterna innan de ska ut i samhället. Det är positivt att upptäcka att över hälften av klienterna faktiskt kommer in på andra behandlingshem, familjehem eller liknande. Eftervården är enormt viktig för behandlingsframgången hos klienterna. Efter vistelsen på LVM-hem är det inte många av klienterna som har kontakt med socialtjänsten eller annan professionell person. Detta ter sig märkligt då de har blivit dömda till vård och det borde finnas ett intresse av att undersöka hur vården har utfallit. Kontinuiteten som är så viktig för dessa klienter bryts om det inte sker någon uppföljning. Det är ytterst allvarligt att så många som 13 av de 28 klienterna saknar egen bostad. Flera av missbrukarna som gått ut från behandlingshemmet med en fast föreställning om att fortsätta den förändringsprocess som inletts under LVM-tiden, beskriver att de i det kritiska läget övergivits av socialtjänsten eftersom "allt går ju så bra nu". Det är samma ögonblick som en missbrukare bestämmer sig för att bryta med sitt gamla liv som huvuddelen av stödresurserna ska sättas in. Det är bortkastade pengar att först tvinga in någon i en förändringsprocess och sedan överge vederbörande när vården börjar ge resultat. Det finns inget mera sårbart än en missbrukare som precis ämnat ett behandlingshem.

Bearbetningen av enkäten om klienternas tidiga relationsupplevelser – EEQ, ger

intressant information. Klienterna har en motsägelsefull bild av sina föräldrar. Detta kan ha sin grund i splittrade familjer. Många av klienterna har en frånvarande fader. Modern har då fått ta allt ansvar för omsorg och fostran vilket innebär att hon ensam fått stå för både kärlek och gränser. Det är lättare att förstå att klienterna har en motsägelsefull bild av sina fäder. Särskilt de som inte har haft en närvarande pappa måste få en skev uppfattning om papparollen. De känner att de blir ignorerade och förkastade eftersom han har lämnat dem men de kan ändå ha fantasier om att pappan, om han skulle finnas till hands, skulle ta hand om dem och skydda dem. Resultaten från EEQ visar att klienterna är rädda för att bli lämnade och övergivna. Bryts kontinuiteten hos behandlarna kan klienterna lätt tolka det som att de blir lämnade och övergivna. Resultaten visar också att de är känsliga för kritik, klander och kränkningar vilket ytterligare försvårar behandlingsrelationen. Behandlarnas synpunkter uppfattas lätt som allvarlig kritik. Det finns därför en risk att klienternas tidiga negativa relationsmönster upprepas i förhållande till olika behandlare.

En viktig del av behandlingsprocessen är att få klienterna att förstå och acceptera sin barndom. De måste få hjälp att inse att även om de inte har haft en tillfredsställande barndom, skulle de kunna leva ett annat liv. Det är bekymmersamt att klienternas underliggande psykiska problem ignoreras, att vi inbillar oss att om de bara får vård för sitt missbruk så löser sig resten av sig självt. Av den här undersökningen framgår att man verkar glömma bort klienternas historia. Deras nuvarande problem hänger ihop med tidigare upplevelser. Så länge klienterna inte själva förstår sin historia och kan acceptera den kommer den att upprepas.

Vår förståelse av hur tidiga relationer påverkar personligheten påverkar behandlingsinsatserna. Klienternas negativa bild av tvångsvården har färgats av deras tidiga relationer. Om de i sin uppväxt saknat gränser blir deras reaktion mot gränssättningen på LVM-hemmen stark. De behöver lära sig att leva efter regler. Klienterna behöver upptäcka att det finns andra slags relationer än de som de växt upp med. De behöver också lära sig att kunna lita på andra människor.

Förändringar är svåra och skapar ofta svår ångest, vilket dessa klienter inte är bra på att bära. De har tagit den lättaste vägen bort från ångesten genom sitt bruk av droger. Att få dem att välja någonting som i slutändan kommer att göra att de kan få ett bättre, ett värdigare liv, samtidigt som vi utsätter dem för ännu mer ångest p g a krav om förändring kommer att innebära smärta. En förändringsprocess är lång, krokig och plågsam. Det kan ta lång tid innan man får skörda frukterna av allt hårt arbete. Men arbetet är möjligt om det finns behandlare och olika frivilligarbetare som har modet, lusten och orken att stå kvar och finnas till hands som ett viktigt stöd under denna långa "resa".

Referenser och övrig litteratur

- Benjamin, L. (1996a). A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: Structural Analysis of Social Behavior (SASB). *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 248–266.
- Benjamin, L. (1996b). Introduction to the special section on Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, Vol. 64. No. 6, 1203–1212.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Börjesson, Bengt (1977). *Behandlingen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Carson, R. C. (1969). *Interaction concepts of personality*. Chicago: Aldine.
- Finney, J. W. & Moos, R. H. (1992). The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. *J Stud Alcohol*, 53: 412–453.
- Florsheim, P., Henry, B. & Benjamin, L. (1996). Integrating individual and interpersonal approaches to diagnosis: The structural analysis of social behavior and attachment theory. In F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 81–101). New York: Wiley.
- Fridell, M. (1991). *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt*. Centralförbundet för narkotikaupplysning. Rapport nr 10.
- Fridell, M. (1996). *Institutionella behandlingsformer vid missbruk*. Centraltryckeriet, Borås.
- Goethe, J. W., Szarek, B.L. & Cook, W. L. (1988): A comparison of adequately vs inadequately treated depressed patients. *J Nerv Ment Disease*, 176: 465–470.
- Hedin, U.-C. & Månsson, S.-A. (1998). *Vägen ut! Om kvinnors uppbrott ur prostitutionen*. Carlssons, Stockholm.
- Henry, W. P. (1994). Differentiating Normal and Abnormal Personality: An Interpersonal Approach Based on the Structural Analysis of Social Behavior. *Differentiating Normal and Abnormal Personality*, 316–340. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Henry, W. P. (1996). Early Experiences Questionnaire. Manuscript. Ej publicerat.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Larsson, H. (1998). Långtidsuppföljning – process och resultat för missbrukare med svårare psykisk störning, kap. 23 i Gerdner, A. & Sundin, Ö. (red), *Dubbel trubbel – Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Behandlingshemmet Runnagården, Örebro.
- McLellan, A. T., Luborsky L., Woody G. E., O'Brien, C. P. & Drueley K. A. (1983a). Predicting Response to alcohol and drug abuse treatments: The role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry*, 40:620–625.
- McLellan, A. T., Woody G. E., Luborsky L., O'Brien, C. P. & Drueley K. A. (1983b). Increasing effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment "matching". *J Nerv Ment Dis*, 171:597–605.
- McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. & O'Brien, C. P. (1992). A new measure of substance abuse treatment: Initial studies of the Treatment Service Review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180:101–110.

- Miller, Alice (1995). *Det självutplånande barnet*. Stockholm: Modintryck.
- Nace, E. P., Saxon, J. J. & Shore, N. (1986). Borderline personality disorder and alcoholism treatment: A one-year follow up study. *J Stud Alcohol*, 47:196–200.
- O'Sullivan, K., Rynne, C., Miller, J., O'Sullivan, S., Fritzpatrick, V., Hux, M., Cooney, J. & Claire, A. (1988). A follow-up study on alcoholics with and without co-existing affective disorder. *Br J Psychiatry*, 152:813–819.
- Poldrugo, F. & Forti, B. (1988). Personality disorders and alcoholism treatment outcome. *Drug alcohol dependence*, 21:171–176.
- Ramström, Jan (1983). *Narkomani Orsaker och Behandling*. Falköping: Tiden/Folksam.
- Rounsaville, B. J., Dolinsky, Z. S., Babor, T. F., & Meyer, R. E. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 44:505–513.
- Schuckit, M. A. (1985). The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 42:1043–1049.
- Segraeus, Vera (1993). *Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån en dialog forskare-praktiker*. Statens institutionsstyrelse, SiS-rapport nr 1 1994.
- SOU 1987:22 Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget. Socialberedningens betänkande.
- Söderholm Carpelan, Kerstin (1992). *Unga narkotikamissbrukare i en vårdkedja – en studie av 208 ungdomar vid Maria Ungdomsenhet i Stockholm*. Edsbruk: Akademitryck AB.
- Turner, Sandra & Cooper, Marlene (1996). The Dual Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder and Alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14(3): 77–88.
- Winkour, G., Black, D. W. & Nasrallah, A. (1988). *Depressions secondary to other psychiatric disorders and medical illnesses*, 145:233–237.
- Wurmser, Leon (1973). Psychoanalytic Considerations of the Aetiology of Compulsive Drug Use. *American Psychoanalytic Association*, 820–843.
- Öjehagen, A., Berglund, M., Appel, C.-P. Nilsson, B. & Skjaeris, A. (1991). Psychiatric symptoms in alcoholics attending outpatient treatment. *Alcoholism: Clin Exp Research* 15(4):640–646.

Övrig litteratur

- Andersen, S., Glasserman, N. & Gold, D. (1998). Mental representations of the self, significant others, and nonsignificant others: Structure and processing of private and public aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 75, No. 4, 845–861.
- Armeliuss, K. et al. (1983). *Structural Analysis of Social Behavior (SASB) – en modell för analys av interaktioner*. Umeå universitet: Institutionen för tillämpad psykologi. Tips.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392–425.
- Benjamin, L. S. (1993a). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford.
- Benjamin, L. S. (1993b). Every psychopathology is a gift of love. *Psychotherapy Research* 1993; 3:1–24.
- Frösö behandlingshem (1995). Diverse informationsmaterial.
- Galanter, Marc et al. (1994). A Treatment system for combined psychiatric and addictive illness. *Addiction*, 89, 1227–1235
- Hessleby behandlingshem (1995). Diverse informationsmaterial.
- Jonasson, Ulf (1995). *Droger som kan skapa beroende*. Stockholm: Utbildningsförlaget Brevskolan.

Miller A. & Norman, S. (1995). Addiction Treatment in Psychiatric Settings. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol.2, No. 2, 57-74.

Pincus, L., Gurtman, M. & Ruiz, M. (1998). Structural analysis of social behavior (SASB): Circumplex analyses and structural relations with the interpersonal circle and the Five-Factor model of personality. *Journal och Personality and Social Psychology*, Vol. 74, No. 6, 1629-1645.

Analys av behandlingsinsatser – senaste perioden och månaden (ABI) 970224

Patientens namn: _____ Kod: _____

Intervjuare: _____ Intervjudatum: _____

A. Medicinska problem

SENASTE PERIODEN SENASTE MÅNADEN

	<i>Hur många dagar under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet dagar</i>	<i>Antalet dagar</i>
1	Upplevt fysiska skador eller sjukdomar?		
2	Varit inlagd på sjukhus för fysiska skador eller sjukdomar?		
3	Fått medicin för fysiska skador eller sjukdomar?		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet gånger:</i>	<i>Antalet gånger</i>
4	Träffat en läkare för att få vård för fysiska skador eller sjukdomar?		
5	Träffat en sjuksköterska eller sjukgymnast för att få vård för fysiska skador eller sjukdomar?		
6	Haft en betydelsefull diskussion om dina fysiska skador eller sjukdomar? Ange med vem!		
7	Klientens bedömning: Hur besvärad har du varit av Dina fysiska problem under de senaste 30 dagarna? (0–4)		
8	Hur viktigt är det för dig att få hjälp med dessa problem? (0–4)		
9	Intervjuarens bedömning: Hur stort uppskattar du att klientens behov av somatisk vård är? (0–9)		

B. Anställnings- och försörjningsproblem

SENASTE PERIODEN SENASTE MÅNADEN

	<i>Hur många dagar under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet dagar</i>	<i>Antalet dagar</i>
10	Fått betalt för utfört arbete?		
11	Deltagit i utbildning eller praktiserat på en arbetsplats?		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har du träffat någon angående möjlighet till anställning, praktik eller utbildning?</i>	<i>Antalet gånger:</i>	<i>Antalet gånger:</i>
12	Arbetsförmedlare, studievägledare eller liknande?		
13	Kurator eller socialarbetare?		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har du träffat någon angående arbetslöshetskassa, socialbidrag, bostadsbidrag eller annan inkomst?</i>		
14	Bidragshandläggare?		
15	Kurator eller socialarbetare?		
16	Haft en betydelsefull diskussion om dina arbets-/ försörjningsproblem? Ange med vem!		
17	Klientens bedömning: Hur besvärad har du varit av dessa problem under de senaste 30 dagarna? (0–4)		
18	Hur viktigt är det för dig att få hjälp med dessa problem? (0–4)		
19	Intervjuarens bedömning: Hur stort skattar du att klientens behov av hjälp för arbetsproblemen är? (0–9)		

C. Alkoholproblem

SENASTE PERIODEN SENASTE MÅNADEN

	<i>Hur många dagar under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet dagar</i>	<i>Antalet dagar</i>
20	Druckit alkohol?		
21	Druckit så mycket alkohol att du riskerat att bli förgiftad?		
22	Varit inlagd för behandling av dina alkoholproblem?		
23	Fått medicin för att alkoholavgiftas?		
24	Fått medicin för att <u>förhindra</u> dig från att dricka?		
25	Gjort ett alkoholtest (exv. utandningstest)?		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet gånger:</i>	<i>Antalet gånger:</i>
26	Deltagit i en återfallsförebyggande träff och/eller besökt Anonyma Alkoholister eller liknande organisation?		
27	Har du träffat en kurator, socialarbetare, för att få hjälp med dina alkoholproblem?		
28	Har du träffat psykolog, sjuksköterska eller läkare för att få hjälp med dina alkoholproblem?		
29	Haft en betydelsefull diskussion om dina alkoholproblem? Ange med vem!		
30	Klientens bedömning: Hur besvärad har du varit av alkoholproblemen under de senaste 30 dagarna? (0–4)		
31	Hur viktigt är det för dig att få hjälp med dessa problem? (0–4)		
32	Intervjuarens bedömning: Hur skattar du klientens behov av hjälp för sitt alkoholmissbruk? (0–9)		

D. Narkotikaproblem

SENASTE PERIODEN SENASTE MÅNADEN

	<i>Hur många dagar under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet dagar:</i>	<i>Antalet dagar:</i>
33	Använt otillåtna droger?		
34	Varit inlagd för behandling av dina narkotikaproblem?		
35	Fått medicin för att få hjälp att avgiftas/bli av med ditt narkotikaberoende?		
35	Fått medicin för att stabilisera ditt narkotikaberoende?		
37	Fått medicin för att blockera effekterna av narkotika?		
38	Gjort en urinanalys eller någon annan form av test för att konstatera narkotikaanvändning?		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet gånger:</i>	<i>Antalet gånger:</i>
39	Deltagit i en återfallsförebyggande träff för narkomaner och/eller besökt Anonyma Narkomaner eller liknande organisation?		
40	Har du träffat en kurator, socialarbetare för att få hjälp med dina narkotikaproblem?		
41	Har du träffat en psykolog, sjuksköterska eller läkare för att få hjälp med dina narkotikaproblem?		
42	Haft en betydelsefull diskussion om dina narkotikaproblem? Ange med vem!		
43	Klientens bedömning: Hur besvärad har du varit av narkotikaproblemen under de senaste 30 dagarna? (0–4)		
44	Hur viktigt är det för dig att få hjälp med dessa problem? (0–4)		
45	Intervjuarens bedömning: Hur skattar du klientens behov av hjälp för sitt narkotikamissbruk? (0–9)		

E. Kriminella problem

SENASTE PERIODEN SENASTE MÅNADEN

	<i>Hur många dagar under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet dagar</i>	<i>Antalet dagar</i>
46	Suttit i fängelse?		
47	Har du gjort dig skyldig till något brott?		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har:</i>	<i>Antalet gånger:</i>	<i>Antalet gånger:</i>
48	Du själv eller någon myndighet kontaktat domstolen, kriminalvården, övervakare, advokat eller dyl blivit kontaktad angående dina kriminella problem?		
49	Du haft en betydelsefull diskussion om dina kriminella problem? Ange med vem!		
50	Klientens bedömning: Hur allvarliga upplever du att Dina nuvarande kriminella problem är? (0–4)		
51	Hur viktigt är det för dig att få hjälp med dessa problem? (0–4)		
52	Intervjuarens bedömning: Hur skattar du klientens behov av hjälp för sin kriminalitet? (0–9)		

F. Familje- och relationsproblem

SENASTE PERIODEN SENASTE MÅNADEN

	<i>Hur många dagar under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet dagar</i>	<i>Antalet dagar</i>
53	Upplevt familje-/sociala problem av betydelse?		
54	Känt dig mycket ensam och isolerad?		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har du träffat någon av nedanstående <u>tillsammans</u> med din familj, för att få hjälp med dina familje- och relationsproblem</i>	<i>Antalet gånger:</i>	<i>Antalet gånger:</i>
55	Familjerådgivare, kurator eller socialarbetare		
56	Annan – med eller utan familjens närvaro		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har du träffat någon av nedanstående <u>utan</u> din familj, för att få hjälp med dina familje- och relationsproblem ...</i>		
57	Familjerådgivare, kurator eller socialarbetare		
58	Haft en betydelsefull diskussion om dina familje- och relationsproblem? Ange med vem!		
59	Klientens bedömning: Hur besvärad har du varit av dessa problem under de senaste 30 dagarna? (0–4)		
60	Hur viktigt är det för dig att få hjälp med dessa problem? (0–4)		
61	Intervjuarens bedömning: Hur skattar du klientens behov av hjälp för sina familje-/relationproblem? (0–9)		

G. Psykologiska/Känslomässiga problem

SENASTE PERIODEN SENASTE MÅNADEN

	<i>Hur många dagar under den senaste tiden har du:</i>	<i>Antalet dagar</i>	<i>Antalet dagar</i>
62	Upplevt känslomässiga problem?		
63	Varit inlagd på ett känslomässigt eller psykologiskt problem?		
64	Genomgått tester för att utreda psykologiska eller känslomässiga problem?		
65	Fått mediciner för dina psykologiska eller känslomässiga problem?		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har du träffat någon av nedanstående för att diskutera dina psykologiska/känslomässiga problem:</i>	<i>Antalet gånger:</i>	<i>Antalet gånger</i>
66	Kurator eller socialarbetare		
67	Psykolog eller psykoterapeut		
68	Läkare eller psykiatriker		
	<i>Hur många gånger under den senaste tiden har du ...</i>		
69	Deltagit i något behandlingsprogram för dina psykologiska/känslomässiga problem?		
70	Haft en betydelsefull diskussion om dina psykologiska eller känslomässiga problem? Ange med vem!		
71	Klientens bedömning: Hur besvärad har du varit av dessa problem under de senaste 30 dagarna? (0–4)		
72	Hur viktigt är det för dig att få hjälp med dessa problem? (0–4)		
73	Intervjuarens bedömning: Hur skattar Du klientens behov av psykiatrisk/psykologisk behandling? (0–9)		

Bilaga 2

961015 EEQ: Sammanfattande punkter.

1. Om du tänker på din relation till din mamma (eller styvmamma/kvinnliga vårdnadshavare eller på den kvinnliga person som var viktigast för dig i din tillvaro), gradera i vilken utsträckning hon:

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

Totalt dominerade eller kontrollerade dig.

Tillät dig fullständig frihet eller oberoende.

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

Behandlade dig på ett aggressivt, avvisande och kränkande sätt.

Behandlade dig på ett varmt, kärleksfullt och tillåtande sätt.

2. Om du tänker på din relation till din pappa (eller styvpappa/manliga vårdnadshavare eller den manliga person som var viktigast för dig i din tillvaro), försök gradera i vilken utsträckning han

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

Totalt dominerade eller kontrollerade dig.

Tillät dig fullständig frihet eller oberoende.

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

Behandlade dig på ett aggressivt avvisande och kränkande sätt.

Behandlade dig på ett varmt, kärleksfullt och tillåtande sätt.

När barn växer upp, kan de ofta ha olika rädslor för vad deras föräldrar kan tänkas göra men också önsknings om vad deras föräldrar skulle göra mer av. Kryssa för alla som stämmer. Lämna tomma luckor för dem som inte stämmer. I slutet finns ett utrymme att kryssa för om du känner att ingen av dessa påstående stämmer för dig.

Jag var orolig eller rädd

för att min pappa/mamma skulle:

Mamma

Pappa

(1) Försöka kontrollera mina handlingar och/eller tankar för mycket.

(2) Kritisera, anklaga mig eller trycka ned mig.

(3) Gå till hårt och aggressivt angrepp och avvisa mig.

(4) Ignorera mig, överge mig eller inte ta hand om saker som jag verkligen behövde.

Min största fruktan eller oro var
(fyll i nummer 1, 2, 3 eller 4)

Kryssa för här om du inte minns att du har varit oroad över någon av dessa saker med din mamma eller pappa.

Jag önskar att min mamma/pappa skulle ha:

Mamma

Pappa

(1) Givit mig mer frihet och självständighet.

(2) På mer varmt och innerligt sätt hade accepterat mig som jag var och det jag trodde på, även då vi hade olika uppfattningar.

(3) Varit mer öppet känslösamma och kärleksfulla.

(4) Tagit bättre hand om mig, lärt mig saker, skyddat och vårdat mig, försökt hjälpa mig att bli så bra som möjligt.

Min största önskan eller längtan var
(fyll i nummer 1, 2, 3, eller 4)

Kryssa för här om du inte minns att du har önskat mer av något av dessa saker från din mamma eller pappa.

Beskriv kortfattat din mamma (eller din styvmamma/den kvinnliga vårdnadshavare som var viktigast för dig under din uppväxt).

Beskriv kortfattat din **relation** med din **mamma** under din uppväxt.

Beskriv kortfattat din **pappa** (eller styvpappa/manliga vårdnadshavare, eller den manliga person som var viktigast för dig under din uppväxt):

Beskriv kortfattat din **relation** till din pappa under din uppväxt.

Tidigare utgivna rapporter i serien ”SiS följer upp och utvecklar”

- 1/98 Rällsögården. 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare. (Möller, Gerdner, Oscarsson)
- 2/98 Bli sedd, välja väg och förändras. Utvärdering av utredningsarbetet vid Villa Ljungbacken – en ungdomsinstitution inom SiS (Sandell, Olsson)
- 3/98 Årsrapport DOK 96. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov
- 1/99 Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov
- 2/99 Med familjen för förändring. Institutionsbaserat familjearbete. (Martha Kesthely)
- 3/99 Klockbacka – en välintegrerad akutinstitution. (Gurli Fyhr)
- 4/99 Behandling av adopterade barn på särskilt ungdomshem. Förslag till en behandlingsmodell. (Jan-Åke Eriksson, Inger Sundqvist)