



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Salutogenes Africa

- En kvalitativ studie om det salutogena perspektivets inflytande på behandlingsarbete i Sydafrika

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: David Efraimsson

Handledare: Hanna Wikström

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Syfte	6
1.2 Frågeställning	6
2. Bakgrund.....	7
2.1 Bernard Wessels Treatment Centre och tolvstegsmetoden	8
2.2 Tidigare Forskning	8
3. Teori.....	10
3.1 Kritik mot KASAM.....	12
4. Metod.....	13
4.1 Observationer	13
4.2 Öppna intervjuer.....	13
4.3 Analysmetod.....	14
4.4 Informanterna	16
4.5 Validitet.....	16
4.6 Reliabilitet	16
4.6.1 Källkritik.	17
4.7 Avgränsningar.....	18
5. Resultat.....	19
5.1 En splittrad regnbågsnation med stora klyftor	19
5.2 Positiv stämning och vacker miljö	19

5.2 Resultat och analys.....	20
5.2.1 Begriplighet.....	20
5.2.2 Hanterbarhet.....	22
5.2.3 Meningsfullhet.....	25
5.3 Avslutning.....	28
6. Slutdiskussion.....	29
7. Källförteckning.....	31
7.1 Litteratur.....	31
7.2 Artiklar.....	32
7.3 Internet.....	32
7.4 Observationer och intervjuer.....	33
7.5 Föreläsningar.....	33
8. Bilaga 1.....	34
9. Bilaga 2.....	34

Salutogenes Africa - En kvalitativ studie om det salutogena perspektivets inflytande på behandlingsarbete i Sydafrika

David Efraimsson

Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet

Abstract

Denna uppsats har haft som syfte att undersöka olika uttryck för ett salutogent perspektiv vid behandlingen av missbrukare på behandlingshem i Sydafrika. Frågeställningarna var:

- *Vad är personalens uppfattning om huruvida man arbetar utifrån ett salutogent perspektiv?*
- *Vilka möjligheter ser personalen att arbeta ur ett salutogent perspektiv?*
- *Vilka resurser ser personalen hos patienterna och i deras omgivning?*

Det empiriska materialet för att uppfylla syftet och svara på frågeställningarna säkerställdes genom fem kvalitativa intervjuer och observationer vid ett behandlingshem utanför Kapstaden i Sydafrika.

Den teoretiska utgångspunkten för uppsatsen kommer från Aaron Antonovsky och hans salutogena KASAM-teori. Den bygger på tanken att man ska fokusera på det "friska" i individen, på personens resurser. I sin bok *Hälsans mysterium* pekar Antonovsky på att människor med en hög känsla av sammanhang troligare arbetar sig genom påfrestande händelser eller skeenden i livet på ett konstruktivt sätt. Han nämner tre begrepp som centrala i sin teori nämligen *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* och lyckas man ha höga mått av dessa tre variabler är möjligheterna för ett gott hanterande av jobbiga upplevelser goda. Har man dock ett lågt KASAM finns risk att man exempelvis vänder sig till droger eller alkohol som coping-strategier.

Mitt resultat visar att trots att man inte är medveten om det så används det salutogena perspektivet flitigt vid behandlingshemmet där jag genomförde min studie. Man arbetar exempelvis mycket med den kristna tron vilket kan leda till en större känsla av meningsfullhet för patienterna dessutom utbildar man sina patienter i tolvstegsmetoden och ger dem därmed resurser för att klara av ett liv utanför behandlingshemmets väggar.

Nyckelord: KASAM, Sydafrika, missbruk, behandling

1. Inledning

Då jag under sommaren 2007 inledde mitt arbete som behandlingsassistent på Östra sjukhusets avdelning 369 i Göteborg trodde jag att arbete med missbruk inte skulle vara någonting som passar mig. Jag trodde att arbetet skulle vara alltför påfrestande och tungt, att jag skulle ha svårt att släppa jobbet på kvällarna. Jag hade fel. Arbetet med patienternas opiatmissbruk, deras rörande och intressanta historier och öden samt de snälla och proffsiga kollegorna gjorde att det varje dag den sommaren kändes stimulerande att gå till jobbet.

I slutet av sommaren var det dock dags för mig att avsluta mitt arbete där för den gången. Jag skulle åka till Sydafrika och genomföra min praktiktermin där inom ramen för socionomprogrammet.

Direkt när jag ankom Afrika så uppfylldes jag av en väldig fascination och kärlek för landet och kontinenten. Jag hade förvisso en hel del förförståelse kring landets situation och historia med mig redan innan jag åkte ner, och blev därför överraskad över med vilken värme och nyfikenhet jag blev bemött. Innan jag åkte dit ner var min förväntning att den delen av befolkningen som inte var vit skulle vara avståndstagande emot mig, kanske t.o.m. fientligt inställda till en blond, blåögd svensk som skulle försöka praktisera socialt arbete. Den svarta och färgade delen av den sydafrikanska befolkningen har trots allt blivit utsatt för en lång tid av förtryck och orättvisor från den vita diton och jag kände därför att jag inte skulle bli förvånad om en del av deras frustration och missnöje skulle gå ut över mig som ny i landet, ung och dessutom europé. Som sagt blev så icke fallet.

Efter att ha kommit ner och introducerats på universitetet i Stellenbosch fick jag så småningom min praktikplacering på ett härbärke för hemlösa pojkar, det kallades för Youth Outreach (YO). Väl där blev jag tilldelad en klient, en pojke på 16 år jag kallar honom Joe¹, som jag skulle försöka motivera till att avsluta sitt pågående missbruk av ”tik”. ”Tik” är ett slags metamfetamin eller ”crystal meth” som på grund av sin kraftiga beroendeframkallan och sitt låga pris sprids lavinartat i Sydafrika, främst i kåkstäderna, men även de mer välbärgade delarna av storstädernas förorter har blivit drabbade av det som skulle kunna kallas för en epidemi (<http://www.scienceinafrica.co.za/2005/june/tik.htm>, 2008-10-09).

Efter några veckors träget samtalande efter alla konstens regler, bl.a. tafatta försök i MI-metoden (Bart & Näsholm, 2006) fick jag kontakt med Joe. En eftermiddag då jag kom till YO, låg han på soffan i vardagsrummet med smärtor i magen, feber och ett kraftigt illamående. Jag blev orolig för honom och frågade därför min handledare, en erfaren socialarbetare, vad jag skulle göra. Hon berättade då för mig att anledningen till att han mådde som han gjorde berodde på att han var abstinent från drogen. Det var i detta stadium som han för första gången uttryckte en önskan till mig om att bli drogfri.

Då han så tydligt visade tecken på att vilja avsluta sitt missbruk tog jag och min handledare kontakt med ett behandlingshem, Bernard Wessels treatment centre² (BWTC), för att försöka hjälpa honom bli avgiftad och rehabiliterad där. Det handlade alltså inte om en

¹ Fingerat namn

² Jag har av etiska skäl valt att fingera namnet på behandlingshemmet

tvångsinläggning utan om en frivillig. Min klient blir några veckor efter våra första kontakter med BWTC inlagd/antagen till behandlingsprogrammet på hemmet. På detta sätt kom jag för första gången i kontakt med det behandlingshem som jag ämnar använda som basen i min forskningsrapport.

Då man ska välja forskningsområde är det viktigt att välja något som engagerar en och som man brinner för menar Lilja i Larsson, Lilja och Mannheimer (2005). Med detta som ett malande mantra i bakhuvudet blev mitt val av forskningsområde enkelt. Jag åker till Afrika.

Genom att studera hur det salutogena perspektivet genom KASAM används i ett postkolonialt perspektiv kan nya infallsvinklar att använda teorierna på i den svenska verksamheten upptäckas.

Framförallt hoppas jag min studie ska kunna komma till användning inom missbruksbehandlingen här i Sverige, men jag kan även se en nytta hos den här studien i andra delar av fältet socialt arbete, exempelvis i vården av psykiskt sjuka eller i arbetet med människor med ADHD etc.

1.1 Syfte

Då KASAM och andra salutogena teorier har fått stort genomslag här i Sverige finner jag det intressant att studera om och hur de används i en annan del av världen. Syftet med uppsatsen är att undersöka olika uttryck för ett salutogent perspektiv vid behandlingen av missbrukare vid behandlingshem i Sydafrika.

1.2 Frågeställning

- *Vad är personalens uppfattning om huruvida man arbetar utifrån ett salutogent perspektiv?*
- *Vilka möjligheter ser personalen att arbeta ur ett salutogent perspektiv?*
- *Vilka resurser ser personalen hos patienterna och i deras omgivning?*

2. Bakgrund

Från 1948 fram till 1994 rådde apartheid i Sydafrika. Förutom att det var ett system som gick ut på att rent fysiskt åtskilja de olika "raserna" från varandra så var det ett system med en begränsad välfärdsstat. De styrande i Sydafrika hade vid den här tiden en konservativ syn på hur det sociala arbetet i landet borde bedrivas vilket fick till följd att den statliga inblandningen i välfärden blev minimal. Istället tänkte man sig att välfärden var något som skulle skötas inom familjen eller genom andra privata, frivilliga, alternativ. Först när ingen annanstans fanns att få hjälp kunde staten bistå en. Hjälpen, välfärden, såg naturligtvis annorlunda ut beroende på vilken hudfärg man hade, vita hade självklart mer rättigheter än de som var svarta (Green, 2008).

Då ANC kom till makten efter Sydafrikas första demokratiska val 1994 så hade man som ambition en väl utbyggd välfärdsstat med lika rättigheter för alla medborgare. Dock hade man inte resurserna att föra en särskilt generös välfärdspolitik. Istället valde man en annan lösning. Genom att länka samman den ekonomiska politiken med socialpolitiken så tänkte man att man skulle kunna nå goda socialpolitiska resultat trots en ansträngd ekonomisk budget. Green (2008) beskriver tanken bakom detta på följande sätt: *In this sense it was regarded as a desirable alternative to address poverty, as it was based on the assumption that individuals would be enabled to function independently when both their inherent potential and their social environment developed together* (s 4).

Resultatet av detta tänkande blev *The Reconstruction and Development Programme* (RDP). RDP syftade till att stimulera den sydafrikanska ekonomin för att minska arbetslösheten och på så sätt kunna få in större skatteintäkter att bedriva välfärdsarbete för (<http://www.anc.org.za/ancdocs/policy/short.htm>, 2009-02-14). Intressant är att man i RDP inte nämner missbruk som en av de sociala problem man behöver ta itu med, främst nämns istället fattigdom och HIV/AIDS som de mest akuta problemen att hantera.

I Sydafrika hade man 2007 enligt somliga en arbetslöshet på 23% (<http://www.southafrica.info/business/economy/development/lfs-280308.htm>, 2009-02-14) (<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2898.htm>, 2009-02-14), enligt andra låg dock arbetslösheten på närmare 40% år 2001 (Föreläsning, Sulina Green, 2007) (<http://www.capecgateway.gov.za/eng/directories/glossary/U#Unemploymentrate>, 2009-02-14). Oavsett vad man väljer att tro på behöver man komma ihåg att det i landet bor mängder av människor som man inte känner till identiteten på, exempelvis flyktingar från det oroliga Zimbabwe. Den verkliga siffran torde därför vara högre än den "rekordlåga" som redovisades 2008. Skattebasen för att få in pengar att bedriva välfärdspolitik är därmed fortsatt låg. Detta bidrar då till att det sociala arbetet i Sydafrika till stora delar bedrivs på frivillig basis av NGOs eller på privata initiativ. Enligt Green (föreläsning, 2007) går mellan 80-90 % av den sociala budgeten till bidrag som t.ex. pensioner medan endast 10 % går till sociala projekt och till socialt arbete.

2.1 Bernard Wessels Treatment Centre och tolvstegsmetoden

BWTC bedriver sitt arbete som behandlingshem med inriktning på manliga missbrukare. Eftersom staten inte bistår behandlingshemmet med särskilt mycket pengar, endast en mindre symbolisk summa varje år, så är det dyrt att få sin behandling genomförd på BWTC. 16 500 R eller omkring 14 500 SEK kostar det för ett 12 veckor långt behandlingsprogram.

Bernard Wessels treatment centre bedriver sin verksamhet som en del av Frälsningsarméns sydafrikanska gren och man arbetar efter tolvstegsmetoden.

Tolvstegsmetoden utarbetades inom ramen för Anonyma Alkoholisters verksamhet och innebär att man behöver gå igenom en lång process, i tolv steg, för att bli fri sitt beroende. De tolv stegen innebär i sammanfattning (<http://www.na.org/ips/sw/SW1200.pdf> (2008-10-09)):

*Att erkänna att det finns ett problem.
Att be om hjälp.
Att göra en noggrann granskning av sig själv.
Konfidentiell självutlämning.
Gottgörelse för orsakad skada.
Att hjälpa andra beroende som vill tillfriskna*

AA och NA är religiöst obundna men har ändå en andlig prägel på sina verksamheter. Man anser att det bästa sättet att ta itu med sitt drogproblem är att inse att man inte har kontroll över sitt liv och att problemen ligger utanför en själv, varför ett "andligt uppvaknande" med Gud så som man själv uppfattar honom, uppmuntras (www.nasverige.org). På detta sätt kan ett patogent drag ses i AA:s och NA:s stadgar. Man menar alltså att man själv inte har kontroll över sitt liv, över sina resurser och att problemen ligger utanför sig själv. Antonovsky menar å andra sidan i sin salutogena KASAM-teori att resurserna och problemen ligger inom oss och att vi med hjälp av våra egna resurser kan bli kvitt våra problem. Han fokuserar alltså våra styrkor, inte våra svagheter, medans tolvstegsprogrammet gör tvärtom. På så vis kan en distinktion skönjas mellan Antonovsky och AA/NA, en distinktion som jag tycker är intressant och som jag ämnar studera närmare i den här uppsatsen.

2.2 Tidigare forskning

Som jag beskrev i föregående avsnitt är Sydafrika ett land som gått igenom väldigt stora förändringar de senaste femton åren. Detta får som konsekvens för mig, då jag skriver detta arbete, att information därifrån åldras snabbt. Jag därför valt att använda mig av så nya rön som möjligt då jag redovisar tidigare forskning i det här avsnittet av arbetet.

Då jag suttit och letat igenom tidigare forskning kring mitt ämnesområde har framförallt valt att leta efter artiklar som berör hur missbruksbehandling bedrivs i Sydafrika. Efter det har jag sökt globalt för att se huruvida Antonovsky och KASAM nämns i samband med missbruksbehandling i resten av världen.

Varken KASAM, Sydafrika eller missbruk är på något sätt utforskade områden. Vad man dock finner när man kombinerar dessa tre begrepp är att just denna kombination verkar vara ett ganska utforskat område. Vad man däremot ganska enkelt kan finna är artiklar skrivna

kring kopplingen mellan droger, sex och HIV (Needle, Kroeger , Belani , Achrekar , Parry, Dewing , 2008)

Då jag i samsök (<http://samsok.libris.kb.se.ezproxy.ub.gu.se>, 2009-02-12) söker på kombinationen missbruksbehandling och Sydafrika kommer så ett antal artiklar fram som är av värde för mig. Endast en av dessa (Laudet, 2008) behandlar dock tolvstegsprogrammen och hur de arbetar. I artikeln studeras hur olika professionellt styrda tolvstegsprogram skiljer sig åt i sin syn på behandlingsarbete från självhjälpsgrupperna AA och NA som också använder sig av tolvstegmetoden.

Vidare har Pasche, Myers och Louw (2008) skrivit en artikel som behandlar hur CBOs (community based organizations) bemöter människor med alkohol- eller drogmissbruk. Studien genomfördes i Kapstaden och är därför inte helt olik den jag genomfört, dock har min ett fokus på KASAM-teorin vilket deras studie saknar. Studien kommer bl.a. fram till att behandlande personal tenderar att vara mer positivt inställda till personer med alkoholproblem än vad de är till personer med annan missbruksproblematik. Dessvärre publicerades denna artikel först i december 2008, alltså efter att mina intervjuer genomförts och jag lämnat Sydafrika, och därför fick jag inte möjlighet att ta upp frågor kring detta i mina intervjuer med behandlingspersonal. Denna artikel hittade jag då jag sökte i databasen Illumina eller Social services abstracts som den också kallas (http://csaweb116v.csa.com.ezproxy.ub.gu.se/ids70/quick_search.php?SID=pbq9vit1ccg8imc42t27jth2s1, 2008-01-10).

Av de forskare som valt att studera KASAM i relation till missbruk har jag särskilt funnit Berg och Andersens (2001) artikel intressant. De mätte KASAM-nivån på patienter med missbruksproblematik vid sex olika behandlingsinstitutioner. Deras resultat visar att kvinnor med ett ”normalt” KASAM och ett stabilt socialt nätverk har störst chans att ta sig ur sitt missbruk med livet i behåll.

3. Teori

En sökning på Antonovsky, författaren till Hälsans mysterium och grundaren av KASAM teorin, i samsök ger 163965 träffar. Således är mitt val av teori förhållandevis väl nyttjat (<http://samsok.libris.kb.se.ezproxy.ub.gu.se/>, 2008-10-17). Så vad går den då ut på, denna så frekvent använda och refererade teori? Vad var det som Antonovsky (2005) kom fram till då han reflekterade över varför somliga överlevde eländet i nazisternas koncentrationsläger och inte andra?

KASAM (känsla av sammanhang) har som grundidé att man bör ta tillvara de resurser hos människor som får oss att må bra, våra tillgångar. Man fokuserar de faktorer som gör att man rör sig mot ett friskt tillstånd. Detta kallas för ett salutogent synsätt. Detta står i bjärt kontrast till det s.k. patogena synsättet. Inom den skolbildningen fokuserar man på att eliminera faktorer som får oss att må dåligt, exempelvis baciller som gör oss sjuka. Man fokuserar således på det sjuka. Istället för att söka stärka människors immunförsvar, som kan ses som vår fysiska resurs, inriktar man sig på att göra sig av med de skadliga bacillerna. Man fokuserar på sådant som får oss att må dåligt istället för att försöka hitta det som får oss att må bra.

Patogena synsätt har genom historien varit de vanligaste och mest använda. Särskilt läkarvetenskapen använder sig ofta av en patogen utgångspunkt då man ställer sina diagnoser. Antonovsky (2005), som var professor i medicinsk sociologi, liknar detta vid att man inom den västerländska medicinen drar upp de som drunknar istället för att fråga sig vad det var som fick dem att falla i vattnet från första början. Detta tycker jag man ofta stöter på i debatten mellan psykologi och psykiatri, mellan psykofarmaka och terapi. Är inte psykofarmaka egentligen bara att hjälpa de som trillat i vattnet?

I sin teori om KASAM använder sig Antonovsky (2005) av ett antal centrala begrepp. Dessa är *begriplighet*, *hanterbarhet*, *meningsfullhet* och god insikt i dessa kan enligt Antonovsky ge en känsla av sammanhang (KASAM). En lite närmare presentation av de olika begreppen kan vara på sin plats här. De personer som Antonovsky använde till sin intervjustudie hade alla genomgått svåra trauman som t.ex. fångenskap i koncentrationsläger, förlust av närstående eller allvarliga handikapp. Han kom under den här studien fram till att de med ett högt KASAM klarade av att hantera sina trauman och klarade av att lägga dem bakom sig eller ta lärdom av dem på ett konstruktivt sätt.

Begriplighet innebär enligt Antonovsky (2005) huruvida man kan förstå och ta till sig både yttre och inre stimuli. Om dessa är strukturerade, ordnade och sammanhängande eller om de för individen ter sig kaotiska och svåra att förstå. Han menar att de som har en hög känsla av begriplighet förväntar sig att de intryck som de kommer få i framtiden är förutsägbara. Om de dock skulle komma som överraskningar så är det i alla fall möjliga att förklara. Dessa stimuli, eller intryck, behöver dock inte bara var positiva. Även död, sjukdom eller andra misslyckanden förekommer, men en person med hög känsla av begriplighet förmår göra även dessa hanterbara. I sin intervjustudie där han försöker göra KASAM mätbart finner Antonovsky (2005) att det är uteslutande de med ett lågt KASAM som upplever sig som

särskilt otursförföljda, en del av dessa hade även paranoida tendenser i sina beskrivningar av sina liv. De med lågt KASAM upplevde krissituationer i livet som outhärdliga och då man stött på något olyckligt och oväntat så förväntade man sig att det skulle fortsätta så livet igenom. De med ett högt KASAM upplevde i värsta fall en hemsk situation som uthärdlig.

Det andra viktiga begreppet i Antonovskys teori är *hanterbarhet*. Hanterbarhet definierar Anyonovsky (2005) på följande sätt: *den grad till vilken man upplever att det står resurser till ens förfogande, med hjälp av vilka man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man bombarderas av* (s 45). Med resurser menar han både det man har i sitt eget psyke och det som andra, t.ex. vänner, familj eller andra man litar på kan bidra med i form av stöd och annat. Antonovsky ser att en person med en hög känsla av hanterbarhet klarar av och reder ut jobbiga situationer i livet utan att för den sakens skull behöva sörja för alltid. Man klarar sig alltså utan att gå in i en offerroll och utan att se sig själv som orättvist behandlad i livets lotteri.

Det tredje, och sista, begreppet jag kommer lyfta i det här avsnittet är *meningsfullhet*. Antonovsky (2005) ser meningsfullhet som KASAM-begreppets ”motivationskomponent” (s 45). I sin intervjustudie fann han nämligen att de med ett starkt KASAM pratade mycket om, och fokuserade på, vad som engagerade dem och vad de fann vara viktigt på ett känslomässigt plan inte bara på ett kognitivt. Skillnaden mellan vad som är viktigt känslomässigt och kognitivt tänker jag kan se ut som följer: En persons pianospelande kan vara något väldigt viktigt för den personen rent känslomässigt, rent kognitivt å andra sidan vet den personen att det ”bara” är ett tidsfördriv, d.v.s. ingenting som ger någon inkomst, sätter mat på bordet åt familjen o.s.v. Samma persons känsla för vad som är viktigt på ett kognitivt plan kan då exempelvis vara den personens arbete, det som gör att man får en inkomst och därmed kan överleva rent fysiskt. De med lågt KASAM fann han saknade samma känslomässiga engagemang i sitt liv som de med ett högt KASAM. Om de hade något som engagerade dem så upplevde de ofta som något betungande och icke önskvärt. Sammanfattat kan man säga att meningsfullhet i det här avseendet innebär huruvida man känner att livet har en känslomässig aspekt och att det är värt att arbeta sig igenom de problem och vedermödor man kan ställas inför för att kunna komma ut på andra sidan som en lyckligare eller starkare människa.

KASAM hjälper alltså individen att upprätthålla det som är friskt samtidigt som man ständigt rör sig mot ett allt friskare tillstånd. Dock finns faktorer som påverkar denna rörelse och som riskerar att hindra den. Dessa kallar Antonovsky (2005) för stressorer. Hans definition av en stressor är *något som för in entropi i systemet – dvs en livserfarenhet kännetecknad av bristande entydighet, under- eller överbelastning och utan möjlighet till medbestämmande* (s 57-58) För att klara av att hantera stressorerna man utsätts för, för att kunna använda rätt och adekvata strategier menar han att det krävs att individen har en stark KASAM.

Enligt Antonovsky (1991) utgår de människor med ett svagt KASAM från en grundinställning att kaos är oundvikligt och går därför in i problemlösningen med ”fel” inställning vilket gör att man inte löser de problem man ställs inför på ett hälsosamt sätt. De kan även ta till ett ur *hälsosynpunkt icke-adaptiv beteende* (s 188) i form av exempelvis droger för problemlösning då de inte ser eller bryr sig om konsekvenserna av vad det leder till i andra sammanhang än

mer än för stunden. Det är detta som inom diskursen brukar kallas för en copingstrategi (Antonovsky, 2005)

Antonovsky ser alltså KASAM som en teori med sociologiska perspektiv. Han är av uppfattningen att den sociala gruppering man tillhör och allt vad den innebär för ens livsvillkor m.m. har avgörande inflytande på de livserfarenheter som bidrar till hur svag eller stark KASAM man har. På så vis, noterar jag, så närmar han sig Pierre Bourdieus tankar om socialt och kulturellt kapital och hur människor med ett högt sådant tenderar att klara sig bättre i samhället (Giddens, 1998).

3.1 Kritik mot KASAM

KASAM är en teori med positiva perspektiv och en tro på människans inneboende styrka. Det gör den lätt att ta till sig och det kan säkerligen vara en av anledningarna till att den blivit så populär här i Sverige. Att kritisera teorin kan vara svårt, Aaron Antonovsky har i de allra flesta delar av sin teori lyckats behålla styrkan i sina argument och resultat. Ingen teori bör dock stå ogranskad och okritiserad och så inte heller KASAM.

Jag är medveten om att mina avgränsningar bidragit till att jag inte haft möjlighet att utforska den forskning som Antonovsky hänvisar så mycket som jag skulle önskat. Hade den möjligheten uppenbarat sig hade jag möjligtvis kunnat få en bredare syn på KASAM-teorin. Jag anser dock att de avgränsningar jag gjort, nämligen att fokusera på det Antonovsky har skrivit och inte det som andra har skrivit om honom och hans idéer, och som bidragit till detta varit nödvändiga och inte påverkar resultaten eller kvalitén på studien eftersom mina intentioner inte varit av strikt teoretisk karaktär utan där den valda teorin endast skall spegla mina resultat och min analys.

Det jag kan hitta som kritiserbart i Antonovskys (2005) teori är hans syn på sociala livsvillkor som bidragande till stark eller svag KASAM. Teorin blir med ens väldigt deterministisk, efter att ha framstått som full av möjligheter till utveckling. Jag känner inte riktigt att jag kan gå med på att förutbestämma hela sociala kategorier av människor till en viss grad av KASAM just p.g.a. deras sociala bakgrund. Det finns mycket som talar emot detta exempelvis förekomsten av s.k. maskrosbarn.

En annan brist, som jag ser det, med Antonovsky och hans teori kring KASAM, som den är beskriven i *Hälsans mysterium*, är att den i allt för stor utsträckning är just bara en teori. Det är en bok om ca 250 sidor text som till stor del handlar om tidigare forskning och hans egna idéer, några praktiska perspektiv på hur man som behandlare kan stärka sina klienters känsla av sammanhang saknas. Teorin blir i det avseendet en papperstiger. Idéerna har fortfarande sina poänger, men då praktiska infallsvinklar saknas så tappar Antonovsky en del av trovärdigheten med teorin. Då det praktiska anslaget saknas i teorin har jag blivit utlämnad till att göra mina egna tolkningar av hur man skulle kunna arbeta för att stärka en klients begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. I min analys har jag därför letat efter metoder eller perspektiv av sitt arbete som informanterna tar upp och som jag tänker skulle kunna bidra till detta.

4. Metod

4.1 Observationerna

Det skrivs ofta om den deltagande observation som en användbar metod i forskningsprocessen (Henriksson & Månsson, 1996). Jag har dock valt att använda mig av observationer av mer allmän karaktär inom ramen för den här uppsatsen. För att kunna svara på mina frågeställningar och uppfylla mitt syfte såg jag att en intervjubaserad studie med inslag av observationer skulle vara att föredra. Jag valde alltså bort den deltagande observationen, där man som forskare blir aktivare i observationen, som metod som en del i avgränsningen av detta arbete. Jag ville dock behålla inslag av observationerna för att kunna beskriva hur det kan upplevas som svensk att hamna i en miljö, inom fältet för socialt arbete, som är vitt skild från den man är van vid.

Observationerna genomfördes dels omedelbart efter landning i Kapstaden. Bilresan från flygplatsen till Stellenbosch blev en kontrastrik resa som jag beskriver längre fram i uppsatsen. Anteckningar från denna 45-60 minuter långa bilfärd tog jag så fort jag kommit in på mitt rum i Stellenbosch och packat upp block och penna. Anledningen till att jag valde att ta anteckningarna med så kort varsel var att jag inte ville riskera något informationsbortfall, jag ville även försöka förmedla en så personlig bild som möjligt av mina upplevelser och jag kände att det bäst gjordes om man ”smed medan järnet var varmt”. Analysen av observationerna resulterade i en beskrivning av kontextuella förhållande som kan vara betydelsefulla i förståelsen av behandlingspersonalens förhållningssätt i mötet med personer med missbruksproblematik.

Referaten av observationerna jag gjort präglas av ett personligt, detaljerat språk. Jag valde att använda mig av ett sådant språk för att det ska bli lättare för läsaren att se det jag sett ur mitt perspektiv, observationerna är trots allt min upplevelse av hur det ser ut i Sydafrika och ett allt för stelt språk skulle riskera att göra det svårt för läsaren att få min bild av det jag observerat. *Kvalitativ forskning erkänner i princip inte den traditionella positivistiska forskningens strikta uppdelning i ”subjektivt” och ”objektivt”. Istället betonas värdet av att i forskningen ”nä tillträde till vardagslivets subjektiva verklighet”, eller verkligheten så som den upplevs av dem som lever i den.* (Henriksson och Månsson, 1996, s 36)

4.2 Öppna intervjuer

If you want to know how people understand their world and their life, why not talk to them? Så inleder Steinar Kvale (1996, s 1) sin bok *Interviews – An introduction to qualitative research interviewing*. Och det är precis detta jag gjorde för att besvara min frågeställning och uppfylla mitt syfte. Intervjuerna genomförde jag på plats i Sydafrika och i respektive informants arbetsrum på BWTC. På så sätt skapades en, för informanterna, avslappnad atmosfär eftersom de befann sig i en miljö som de känner sig vana vid och bekväma med.

Då jag i min studie utgick med en teoretisk förförståelse i KASAM när jag försökte se på hur de används i praktiken på BWTC så var min studie till stora delar deduktiv. Dock är det viktigt att under djupintervjuer jag vara öppen och ta in även andra intryck än de man ursprungligen trott sig få för att på så sätt kunna finna nya infallsvinklar som kan vara av nytta

för undersökningen (Kvale, 1996). Genom att vara öppen på det sättet fick studien även induktiva inslag (Thomassen, 2007).

Som metod valde jag att använda mig av kvalitativa intervjuer med terapeuter på BWTC. Som stöd vid genomförandet av dessa använde jag mig av de tekniker som Kvale (1996) nämner. Jag valde att använda mig av den informella intervjutypen då jag ville hålla intervjun ganska öppen så att deltagarna skulle känna sig bekväma i situationen och därmed kunna prata mer fritt. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon för att på så sätt minimera risken för informationsbortfall. Jag är medveten om risken med att "banda" samtalen med personalen, att det kan få dem obekväma och kanske inte fullt så uppriktiga som de skulle varit utan bandspelaren. Men då intervjuerna hölls på engelska, mitt andraspråk, var det bäst att på det här sättet föreviga informationen så ingen information gick förlorad. Av etiska skäl blev alla intervjupersonerna innan intervjun tillfrågade om det kändes bekvämt för dem att bli inspelade och det var ingen av dem som såg något hinder mer det. Larsson (i Lilja, Larsson och Mannheimer, 2005) tar även upp att om man har ett inspelat material att utgå från så möjliggör det att använda utförligare citat. Detta är viktigt då det kan vara användbart i resultatpresentationen.

Jag har i den här studien använt mig av en s.k. metodtriangulering. Med metodtriangulering menas att man använder två eller flera olika datainsamlingstekniker samtidigt, för att kunna dra så trovärdiga slutsatser som möjligt av materialet (Henriksson och Månsson, 1996).

Då jag presenterar resultatet kommer jag att på ett så personligt sätt som möjligt beskriva mina intervjuer och observationer. Ett sätt att göra detta på så att det blir så greppbart som möjligt för läsaren är att ha med fylliga och utförliga citat. På så vis blir inte läsaren enbart hänvisad till mina tolkningar av vad mina intervjupersoner sagt utan de får faktiskt möjlighet att utan omskrivningar bilda sig en egen uppfattning av åtminstone en liten del av mitt intervjumaterial, på så sätt kommer mina läsare så nära förstahandskällan som det går att komma utan att själv ha varit med på intervjun (Kvale, 1997). Då jag redovisar citat i texten så kommer jag göra det på engelska, det som kommer vara språket vilket intervjuerna kommer genomföras på, för att komma ytterligare närmare förstahandskällan.

4.3 Analysmetod

För att analysera det råmaterial jag fick in genom intervjuerna använde jag mig av en s.k. innehållsanalys. Innehållsanalys kan vara kvantitativa och då fokusera på att analysera mängd av något, exempelvis spaltcentimeter i en tidning som socialdemokraterna får utrymme i förhållande till moderaterna. Jag har dock genomfört en kvalitativ innehållsanalys vilket innebär att jag har tolkat innehållet i de intervjuer jag genomfört (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008). Inom innehållsanalysen finns en rad nyckelbegrepp som jag använt mig av i min studie.

Det första begreppet är *analysenhet*. Med detta menar man helt enkelt det man avser att analysera. Viktigt att tänka på vid val av analysenhet är att man varken väljer en för stor eller en för liten enhet. Blir enheten för stor riskerar man att inte kunna analysera den, den blir helt

enkelt för omfattande, men den får inte heller bli så liten att värdet av att analysera den uteblir (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008).

Nästa centrala begrepp inom den kvalitativa innehållsanalysen är *domän*. Med domän menar man de områden i en text som är lätta att tematisera utan en alltför omfattande grad av tolkning. Lundman och Hällgren-Granheim (2008) beskriver det på följande sätt: *Domäner kan till exempel vara de delar i en intervjuetext som sammanfaller med frågeområden i en intervjuguide* (s 162).

Meningsenhet är något som innebär en meningsbärande del i texten. Exempelvis vissa ord kan vara meningsenheter som binder ihop texten genom sitt innehåll och hur man väljer att tolka dem (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008). Då jag redovisar mina resultat kommer de att vara uppdelade efter Antonovskys huvudbegrepp *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* för att på så sätt koppla resultatet och analysen tydligare till mitt teorival. Sättet jag genomfört detta på är t.ex. att jag använde ordet "hopp" som en meningsenhet i min text. Jag tolkade det ordet som en slags meningsfullhet, vilket är ett av huvudbegreppen inom den teori jag valde som bas i min studie.

När analysprocessen väl inleds så kortas de ursprungliga transkriberingarna från intervjuerna ned för att materialet lättare ska kunna hanteras. Denna process kallas för *kondensering*. Efter kondenseringen så *abstraherar* man materialet och lyfter det till en högre nivå, man börjar alltså nå sina slutsatser (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008).

Det är alltså utifrån denna modell jag arbetat då jag genomfört analysen av det material jag insamlat genom intervjuerna med terapeuterna på BWTC.

4.4 Informanterna

De fem informanterna bestod av tre kvinnor och två män. Samtliga befann sig i medelåldern, min bedömning är att de var mellan 40-60 år gamla. Två, en kvinna och en man, av informanterna var färgade och de övriga var vita. Samtliga hade afrikaans som modersmål, men klarade ändå att uttrycka sig på engelska utan några större problem. En av informanterna var lite sämre på engelska, men hade trots det förmågan att efter några försök få fram sina tankar och åsikter på ett bra sätt.

De tre kvinnorna var alla utbildade socionomer. Männerna, som båda var nyktra alkoholister och medlemmar i AA, var ursprungligen präst respektive lärare men hade genom diverse psykologiutbildningar utbildat sig till terapeuter. Männerna hade studerat psykologi så att de skulle kunna hjälpa andra människor i samma situation som de själva varit i. Kvinnorna verkar ha haft en lite rakare karriärsbana där de alla tre varit socialarbetare under större delen av sina vuxna liv.

Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5
Kvinna, färgad	Kvinna, vit	Man, vit, medlem i AA	Kvinna, vit	Man, färgad, medlem i AA
Socionom	Socionom	Präst/psykolog	Socionom	Lärare/psykolog
Arbetar med vuxna	Arbetar med vuxna	Arbetar med vuxna	Arbetar med ungdomar	Arbetar med ungdomar

4.5 Validitet

Nyckeln till en studie med hög validitet, d.v.s. huruvida man har studerat det man utgett sig för att studera är en lyckad operationalisering. Med det menas, har rätt komponenter valts att studeras för att kunna svara på frågeställningen? Jag anser att mina operationaliseringar, alltså att intervjua terapeuterna på BWTC, är relevanta för frågeställningen jag valt och validiteten på uppsatsen bör därför vara hög.

4.6 Reliabilitet

Enligt Andersen (1994) är reliabilitet huruvida de resultat man nått är trovärdiga och om de visar verkligheten som den ser ut. Ett problem jag fått brottas med under arbetets gång är att jag har använt mig av intervjuer och observationer som grund för mina resultat. Detta är ett problem eftersom det är svårare att förhålla sig neutral och objektiv till uppgifter man får genom en intervju eller en observation, av det slaget jag har gjort, än fakta man får genom hårddata som enkätundersökningar. Jag anser dock att de empiriska uppgifter jag fått har hög reliabilitet, eftersom jag hela tiden har tänkt och arbetat källkritiskt.

Så gott som alla jag pratat med innan mina resor har en uppfattning om Sydafrika, det kan gälla hög kriminalitet, våld, HIV eller en vacker natur med vilda exotiska djur. Det är detta

som inom hermeneutiken kallas förförståelse. Det är omöjligt att gå in i ett forskningsprojekt helt fri från sina tidigare erfarenheter och sin förvärvade förförståelse (Svenning 2003). Det jag kallar förförståelse benämnde Thomas Kuhn (Thurén 1993) för en "tyst" kunskap och den för med sig svårigheter att vara så objektiv och värderingsfri som jag önskar att jag kunde vara. Det har därför varit viktigt för mig att vara medveten om detta faktum då jag gjort min undersökning för att på så sätt undvika att enbart se på informationen jag fått utifrån mina egna uppfattningar.

En stor risk med en kvalitativ metod och den typen av intervjuer som jag valt att använda är att karaktären i intervjun blir samtalsbetonat. Därmed kan det bli lätt att omedvetet ställa ledande frågor. Jag har därför valt att ha så öppna och cirkulära frågor som möjligt för att mina egna åsikter och värderingar inte ska speglas alltför mycket i dem. Denna grundinställning kan dock vara svår att behålla då intervjun kommer in i vidare diskussioner, följdfrågor o.s.v. men min ansats har dock hela tiden varit att försöka bibehålla en så opartisk och värderingsfri hållning som möjligt.

4.6.1 Källkritik

För att få till stånd en trovärdig rapport så är en källkritisk hållning av största vikt. För att mina resultat ska kunna tillföra något så måste reliabiliteten i arbetet vara hög. Detta uppnås genom att jag förhåller mig kritisk till det material jag inhämtat och baserat min kunskap på. Nedan för jag en kort källkritisk diskussion för att tydliggöra hur jag förhållit mig kritisk till mina källor.

Genom hela arbetet har jag haft Torsten Thuréns källkritiska principer i åtanke då jag sökt information. De fyra principerna är:

- *Äkthet* – källan ska vara det den utger sig för att vara
- *Tidssamband* – ju längre tid som har gått mellan en händelse och källans berättelse om denna händelse desto större skäl finns det att tvivla på källan.
- *Oberoende* – källan ska stå för sig själv och inte vara exempelvis en avskrift eller ett referat av en annan källa
- *Tendensfrihet* – man ska inte ha anledning att misstänka att källan ger en falsk bild av verkligheten p.g.a. någons personliga, ekonomiska, politiska eller andra intressen att förvränga verklighetsbilden (Thurén 1997, s 11)

Trots att jag valt att genomföra en studie med informationsinsamlade främst genom observationer och intervjuer så inser jag riskerna med att inte lyckas hålla tendensfriheten. Jag anser dock att de primärdata jag får genom att intervjua berörda aktörer samt observera omgivningen inom vilken de verkar är av större värde än om jag hade nöjt mig med att endast använda mig av andrahandskällor. Då jag varit medveten om riskerna och bristerna med intervjuer och observationer som datainsamlingsmetoder tror jag också att jag lyckats minimera dem.

4.7 Avgränsningar

Jag har valt begränsa även detta avsnitt för att istället under arbetets gång motivera de val och avgränsningar jag gjort. Detta har jag gjort för att ge läsandet mer ”flyt”. Jag är även av uppfattningen att om jag här presenterar alla avgränsningar som jag genomfört i arbetet finns en risk att motiveringarna har fallit i glömska då läsaren kommer till det aktuella avsnittet.

5. Resultat

I följande avsnitt kommer jag att redovisa mina resultat av intervjuerna och de observationer jag genomfört på plats i Sydafrika. Dessa resultat i kombination med min teoretiska förståelse i KASAM kommer även leda mig in i analyserande stycken.

5.1 En splittrad regnbågsnation med stora klyftor

Det första som slår mig då jag kliver ut från flygplatsen, sätter mig i bilen och rullar iväg mot Stellenbosch är hur annorlunda samhället ser ut i Sydafrika jämfört med i Sverige. Kåkstaderna är byggda ända in på flygplatsen och det går inte att ankomma Kapstaden utan att se dessa fattiga områden. Kontrasten mot de stora, gröna skogarna som kantar vägen till Landvetter från Göteborg är således total. Längs motorvägen, mot Stellenbosch, går människor med sina barn i händerna, i de andra bilarna ser jag fler vita än färgade människor.

En annan sak som slår mig när jag sätter på teven för att titta på en lokal fotbollsmatch samma kväll som jag kommit fram är hur mångkulturellt Sydafrika är. Kommentatorerna växlar mellan olika språk som t.ex. Sotho, Xhosa, Zulu och engelska, något som även den sydafrikanske nobelprisvinnaren J.M Coetzee (1999) noterar i sin roman *Disgrace*. Intressant är dock att Afrikaans aldrig pratas i samband med fotboll vilket det dock gör så fort det handlar om rugby. Sydafrika brukar också kallas för "regnbågsnationen" för sättet som alla olika sorters människor kan finna en hemvist här. Dock är det en splittrad regnbågsnation med stora klyftor (Observation i bilen från Kapstaden samt från tevesoffan i Stellenbosch 2008-10-31).

5.1.2 En positiv stämning och vacker miljö

Det första som slår mig då jag medelst bil tar mig till BWTC för andra gången i livet, första gången under vistelsen för den här uppsatsen, är den vackra omgivning som det befinner sig i. Tjugo minuters bilfärd från såväl den livliga studentstaden Stellenbosch som det vibrerande storstadslivet i Kapstaden ligger behandlingshemmet. Mitt i vindistriktet, med vingårdar som grannar, höga berg i kulissen ja, t.o.m. en giraffarm på andra sidan gatan så ger BWTC en dramatiskt om än rofylld intryck. Då man kör in genom grindarna till det förhållandevis stora behandlingshemmet möts man av en prunkande trädgård som rymmer såväl palmer som citronträd och även en "prayer garden" där de som så önskar kan be.

Då jag kliver in genom dörren till receptionen på utsatt tid möts jag direkt av kramar och välkomsthälsningar av den receptionist som de senaste veckorna tagit emot alla mina telefonsamtal och som har sett till att jag fått prata med rätt människor. Jag känner mig självklart glad och smickrad över detta bemötande, samtidigt kan jag inte undgå att tänka hur mycket av detta som gör att jag får den positiva känslan för miljön på behandlingshemmet. Överallt möts jag av handskakningar och nyfikna frågor från personalen, medan klienterna håller sig lite mer i bakgrunden. Mitt första besök där varade bara under 30 minuter, så frågan är ju om detta är det "normala" tillståndet på BWTC. Kanske kommer fler av klienterna våga

sig fram under framtida besök och om de inte gör det, vad beror då det på? Ointresse, språkproblem (inte alla kan engelska) eller kanske att de har en lägre självkänsla och ett lägre självförtroende än personalen. Detta blir en fråga för mig att undersöka i min intervjustudie; vad gör man för att stärka klienternas självkänsla? Eller kan klienternas avvaktande beteende bero på personalen? Uppfattas personalen som dominant av klienterna och upplever de därför det som svårt att närma sig mig?

Mitt första intryck är dock att BWTC befinner sig i en positiv omgivning, både vad beträffar den vackra omgivningen, men även vad beträffar personalens och behandlarnas öppna bemötande. Man ska dock komma ihåg att jag under det här första mötet inte hade möjlighet att studera personalens bemötande av klienterna.

En halvtimmas besök räckte dock för att ha fått fem erbjudanden om potentiella intervjuer. De fem som erbjöd sig är terapeuter på BWTC och efter att ha utarbetat intervjuformulären kommer jag vara redo att lyssna på deras berättelser om behandlingsarbete i Sydafrika idag. Då Starrin och Renck (1996) menar att resultatet av en intervju till stor del beror på hur god interaktionen mellan intervjuaren och den intervjuade är så känner jag mig nöjd när jag åker därifrån (2008-11-04).

5.2 Resultat och analys

Så då har jag kommit till avsnittet i arbetet som skall mynna ut i ett svar på min frågeställning samt ett uppfyllande av mitt syfte. Det är alltså i följande avsnitt som jag ämnar lyfta fram de uttryck för salutogena arbetssätt som man i praktiken använder vid BWTC. Jag har valt att dela upp denna del av arbetet efter Antonovkys nyckelbegrepp *Begriplighet*, *Hanterbarhet* och *Meningsfullhet*.

5.2.1 Begriplighet

Då jag använder mig av begreppet begriplighet i det här avsnittet så har jag valt att tolka det på samma sätt som Antonovsky gör och som jag redogör för i teoridelen av arbetet. Jag har också valt att utgå från informanternas ord om hur de arbetar med att öka patienternas begriplighet för att sedan koppla det till Antonovsky och KASAM.

Informant 1 (2008-11-13) ser sig själv i mångt och mycket som en lärare för sina patienter. Hon utbildar dem i tolvstegsprogrammet och i den terminologi som används däri. Hon preciserar detta genom att beskriva att hon utbildar patienterna i det, enligt AA och NA, faktum att patienterna bär på en beroendesjukdom och vad den innebär.

Ett problem informant 1 ser med sin patientgrupp är att de sällan är öppna för att dela med sig av sina erfarenheter och berättelser i början. När patienterna inser att de har betett sig som de gjort på grund av sin sjukdom så brukar de dock börja dela med sig allt mer.: *"So I spend some time clarifying issues around the drugs and the effects on their bodies and so on terminology we use because they have to learn a whole new language. In terms of that I spend some time. But it's not really structured, it's more in the flow of conversation. I find that approach more useful. I've done a little bit of narrative therapy training so I believe that everybody has a story and that they make their own meaning and I just come alongside as a*

facilitator therapist, or what ever you want to call me, to assist them and let the patient decide what is important to them.” (informant 1, 2008-11-13)

Då jag frågar informant 2 (2008-11-13) hur en genomsnittlig terapitimme kan se ut så svarar hon att någon sådan kan vara svår att beskriva eftersom de alla ser så olika ut. Vad hon däremot alltid brukar göra i början av varje samtal är att ta reda på hur patienten mår vid just det tillfället, finns det något särskilt som patienten vill prata om, mår han bra/dåligt, har något hänt i hans liv som är viktigt att bearbeta etc. För att få patienterna att öppna sig för henne menar hon att hon bara försöker vara så avslappnad och naturlig som möjligt samt att visa för patienten att hon har en förmåga att förstå det som de kan uppfatta som svårbegripligt.

En vanlig, genomsnittlig, terapitimme säger informant 3 (2008-11-17) är svår att beskriva. Hur en terapitimme ser ut menar han beror på var i den terapeutiska processen patienten befinner sig. Han säger dock att normalt sett när han får en ny patient så brukar han ta upp till två veckor i för att skapa en behandlingsallians mellan sig själv och patienten. Allians, förtydligar han, innebär att man skapar utrymme för patienten att känna sig så trygg att han kan öppna sig och dela sina erfarenheter och berättelser med terapeuten. När alliansen väl är skapad så börjar han arbeta med de tolv stegen, han säger sig följa dessa ganska strikt i sin behandling av patienterna. Han ger t.ex. patienterna läxor inför varje nytt steg, vid steg 1 talar man mycket om hur man förlorar kontrollen till missbruket och han får då patienten att göra en lista med alla saker de förlorat till följd av sitt missbruk.

På ungdomsavdelningen har man mycket gruppaktiviteter, man talar om de olika stegen, om missbruk, kriminalitet, HIV/AIDS etc. i grupp för att få igång gruppprocesser som kan göra att patienterna hjälper och stöttar varandra i missbruksbehandlingen. Informant 5 (2008-11-18) säger att då han har samtal med en patient så brukar de ofta prata om frågor som kan ha kommit upp under de gruppövningarna, men som patienten inte vill prata om inför alla de andra patienterna. Han tar upp som exempel en patient som då de talade om steg 9, vilket handlar om att gottgöra de människor som man skadat genom sitt missbruk, i grupp började gråta. Efter lektionen sökte han upp patienten och pratade med honom. Han sa då att hans reaktion blivit så stark för att han hade mördat tre människor och han undrade hur han någonsin skulle kunna gottgöra dem?

Han säger sig försöka skapa ett klimat med patienten där de känner att de kan vara avslappnade och öppna. Han tar ofta upp sig själv som ett lyckat exempel på att det går att ta sig ur ett beroende, han tar även upp historien om sin 18-åriga son som dog till följd av sitt marijuanamissbruk genom en bilolycka. Han pekar på att många av patienterna har blivit utnyttjade av vuxna på olika sätt t.ex. sexuellt och att han försöker skapa en fristad under terapitimmarna där de kan bearbeta sådana upplevelser. Dessutom gör hans egen historia att han lättare kan komma patienterna in på livet menar han (Informant 5, 2008-11-18).

Samtliga informanter tyckte att det kändes svårt att redogöra för en genomsnittlig terapitimme vilket var vad jag bad dem att göra. De tyckte inte det fanns några sådana. Istället valde de att inom ramen för den frågan tala om vad de fokuserar på i terapin. De kom gärna in på att de arbetar systematiskt med de tolv stegen, vilket skulle kunna ses som att fokusera mycket på sjukdomen och att de därmed verkar med en patogen utgångspunkt i behandlingen. Däremot

uppfattar jag att de alla låter sina patienter tala öppet i terapin, att de tidigt i behandlingsrelationen skapar en allians av ömsesidigt förtroende så att patienterna ska kunna känna sig trygga nog att tala om även de saker som kan vara känslomässigt arbetsamma att ta itu med, jag tänker bl.a. på exemplet som den sista informanten tog upp om patienten han haft som mördat tre personer, men även informant 3 som talar om hur han söker skapa en allians med sina patienter i ett tidigt skede av behandlingen. Alla informanterna nämner att de på ett eller annat sätt försöker att få patienterna att öppna sig genom att låta terapirummet vara en plats där man kan tala om saker man annars inte skulle kunna tala om, de försöker alla få sina patienters förtroende. Informant 1 (2008-11-13) beskriver t.ex. att hon i inledningsskedet av behandlingen gärna talar med patienterna om annat än droger och alkohol för att på så sätt få dem att komma ihåg att de är en människa och en individ även utan drogerna. Det anser jag vara ett salutogent sätt att arbeta med patienterna.

Jag kan se att terapeuterna som varit mina informanter för den här undersökningen även har en utbildande uppgift. De ser sig som patienternas lärare i strävandet efter drogfrihet. De två informanterna som själva är medlemmar i AA tar gärna upp sig själva som praktiska exempel i terapin medan de övriga tre mer teoretiskt arbetar med att undervisa patienterna i AA: s och NA: s syn på beroende som en sjukdom och hur den kan hanteras. På så sätt arbetar man, måhända omedvetet men likväl, med ett av KASAM-teorins huvudbegrepp begriplighet och stärker den hos patienterna.

5.2.2 Hanterbarhet

Antonovskys tolkning av ordet *hanterbarhet* är, som jag nämnt tidigare, att det är något som avgör huruvida man upplever man har resurser, både inom sig själv och utom sig själv som t.ex. vänner och familj, som står till ens förfogande om man skulle råka ut för en situation som kräver det.

Då den första informanten får en ny klient, eller patient som hon kallar det eftersom hon anser sig behandla en sjukdom, så brukar hon ta en del tid till att lära känna patienten på andra plan mer än bara genom sitt missbruk. På detta sätt menar hon att hon bygger en behandlingsallians med patienten och samtidigt påminns patienten om sin bakgrund och att det finns fler aspekter av honom än missbruket. Hon brukar använda sig av en s.k. livslinje för att få patienterna att se sitt eget liv utifrån. Hon menar att personer som levt ett långt liv av missbruk kan ha svårt att hålla isär dagarna och därmed viktiga händelser i deras liv. Livslinjen blir på så sätt en metod att konkretisera patientens liv, dessutom blir det lättare och mer pedagogiskt, menar hon, att tydligt se när patienten tappade kontrollen i sitt liv och vad som föranledde detta (informant 1, 2008-11-13).

Informant 1 (2008-11-13) återkommer i samtalet till det faktum att hon ofta använder sig av ett blädderblock på vilket hon kan visualisera för patienterna vad de pratar om. Hon säger att många av patienterna, p.g.a. sitt långa missbruk, har problem med sin kognitiva förmåga och att blädderblocket då kan vara ett bra hjälpmedel för att förtydliga vad hon vill få fram. Särskilt då man arbetar med steg 4 menar hon att blädderblocket kan vara effektivt. Det är vid arbetet med steg 4 som man gör en inventering av sina känslor som t.ex. skam, sorg och ilska.

Hon menar att om man skriver ner dessa känslor, och när de uppstår, på papper så avdramatiserar man känslan och det blir lättare att samtala om dem.

Angående patienternas familjer som en resurs säger informant 1: *“Other resources, we also see that family that support the person while he’s in treatment, who are willing to understand that they are also sick because this person is sick, that will attend the family program and how they as a family make a connection with their resources.”* (Informant 1, 2008-11-13)

Då jag frågar om patienternas resurser så börjar informant 2 (2008-11-13) tala om patienternas brist på just sådana. Många av patienterna har kognitiva problem till följd av att deras mammor drack stora mängder alkohol under sina graviditeter, detta har, enligt henne, lett till att patienterna har ett omoget beteende och att de uppför sig som ”mommies boys”. Deras känslomässiga mognad är helt enkelt otillräcklig och det anser hon vara det stora problemet då hon arbetar terapeutiskt med dem. Hon menar att patienterna helt enkelt saknar resurser i stor utsträckning. Hon säger att de under en lång tid levt som missbrukare, utnyttjat sin omgivning genom att t.ex. stjäla från dem för att försörja sitt missbruk och att många av patienterna därför har blivit utstötta från sitt tidigare sociala nätverk. Efter att patienterna varit på behandlingshemmet ett tag så brukar de dock försöka återuppta kontakten med sina vänner och familjer igen. Detta säger informanten brukar vara ett tecken på att behandlingen hjälper eftersom patienten då visar att de insett vikten av en god relation till sina nära.

Informant 3 menar att beroendesjukdomen alkoholism inte kan botas. Den kan bara hållas i schack med hjälp av de tolv stegen enligt honom. Han säger att missbruk alltid är en s.k. primär sjukdom, till skillnad från en sekundär som kan uppstå som en reaktion på att man t.ex. går igenom ett psykiskt påfrestande trauma. Då informanten följer mig till min bil, efter att inspelningen avslutats, så återupptas diskussion kring Antonovsky som vi startat under intervjun och informanten närmar sig honom i sitt sätt att resonera. Informanten menar nämligen på att det finns tre olika sätt som människor dricker på:

- *Social drinkers* – till denna kategori räknas de personer som dricker måttligt i sociala sammanhang och som har förmågan att hålla sitt drickande på en lagom nivå.
- *Coping drinkers* – hit räknas de personer som dricker för att fly från något under en period i sitt liv och som försöker döva sina känslor med alkohol.
- *Alcoholics* – till denna grupp räknar man de människor som lider av sjukdomen alkoholism. En obotlig sjukdom som man måste lära sig att leva med.

(Informant 3, 2008-11-17)

Då jag frågar honom om patienternas resurser, vad de har för tillgångar då de kommer till BWTC, så ställer han sig frågande till begreppet ”resurs”. Han säger att det inte är ett begrepp som han är van att använda. Då jag beskriver det lite närmare för honom, utifrån hur Antonovsky skriver om det, så säger han att patienterna inte har några resurser alls. Då jag frågar om deras familjer och vänner så svarar han så här: *“The relationships within the family have become very, very sick while they were using. You know addiction come over many, many years so there’s a long time of breaking down the family relationships. ... Facing God,*

you know, only God can help us because he's helped other people to recover, that also gives them hope, that they can make it.” (Informant 3, 2008-11-17)

Dock säger han att de har sina berättelser, sina livsöden och att de ännu inte givit upp hoppet om att bli drogfria. Han säger också att så fort de kommer till BWTC så hamnar de i en miljö som gynnar dem. De får mat, de får omge sig med människor med liknande upplevelser och de får vara i en drogfri omgivning, detta bygger upp deras motivation att hålla sig drogfria menar informanten. Dessutom så besöks BWTC regelbundet av medlemmar ur AA och NA som varit drogfria i 10-20 år. Dessa personer kommer dit för att dela med sig av sina erfarenheter och berättelser och informanten menar att detta ofta är mycket viktigt för patienterna eftersom det verkar som en motiverande faktor för dem att se andra människor med samma problematik som de själva har, men som faktiskt klarat av att reda upp sitt liv.

Då vi talar om patienternas resurser med informant 4 (2008-11-18) så framhåller hon att en frustration för henne är att de flesta ungdomarna har svårt att öppna upp sig på ett djupare plan. Hon säger att hon är rädd att de inte blir riktigt hjälpta eftersom hon inte riktigt kommer dem inpå livet. Hon säger att hon tror det beror på att de kommer från en bakgrund där högsta prioritet har varit att bara överleva och att de helt enkelt inte är vana att sitta ner och kontempera över sitt liv. Självklart, säger hon, beror det också på deras ringa ålder. Vad hon också nämner när vi talar om patienternas resurser är att hon ser dem som överlevare. Trots sin låga ålder så har de lyckats överleva i en värld fylld av våld, droger och kriminalitet. Deras inre överlevnadsinstinkt ser hon därför som deras största tillgång.

Antonovsky och KASAM-teorin är ingenting som informant 4 (2008-11-18) känner sig bekant med. Efter att jag kort beskrivit denna för henne så säger hon att deras tyngdpunkt på den kristna tron kan verka som en resursskapare för patienterna, hon menar att det kan bli lättare för patienterna att se meningsfullhet i tillvaron om man har en tro på Gud. Dessutom menar hon att behandlingsassistenterna som arbetar med att ge patienterna ”life skills” gör ett viktigt arbete i att bygga upp patienternas resurser. Behandlingsassistenterna sätter sig ner och gör en individuell plan för varje patient, vad han behöver för kunskaper för att kunna hålla sig drogfri, och följer sedan denna i behandlingen av patienten. Hon pekar också på att det överlevnadsläger, som de skulle åka på direkt efter intervjun, kan verka väldigt bra som resursskapare. Under de tre dagarna de är ute i vildmarken så menar hon att patienterna lär sig vilka styrkor de har och att de klarar mer än vad de tror.

Då vi börjar tala om patienternas resurser säger informant 5: ” *It's hard to talk about resources you know. We can only supply them with the tools here. In the program we try to teach them to take responsibility for their lives, go to NA meetings or go to the AA meetings and things like that, because it is a lifelong process and it is a lifelong program. You know when you're there you're going to meet people and that's why we recommend them to go to the AA and the NA. But most of the time however they don't, they don't because I firmly believe that the desire is not there, the desire for sobriety is not there. Then it doesn't matter if we give them the tools or not, if the desire for sobriety isn't there I say: “sorry my friend I just don't think it's going to happen.”*” (2008-11-18) Jag frågar vad de har innan de kommer till BWTC och han svarar att det inte är någonting. Han menar att deras föräldrar förhindrar dem

att helt förlora allt och nå nedersta botten. Han anser att detta verkar kontraproduktivt för deras söners chanser till drogfrihet. Han är av uppfattningen att för att kunna ta sig ur ett missbruk så måste man nå den absoluta botten, han tror alltså inte att det är bra att patienternas föräldrar gång efter annan hjälper sina söner genom att t.ex. lösa ut dem ur häkten o.s.v. (2008-11-18).

Då jag i intervjuerna frågar informanterna vilka styrkor eller resurser patienterna besitter så svarar alla spontan att de helt saknar sådana. Detta kan ju ses som tecken på den grundsyn man har inom AA och NA där man menar att drogen blir allt för missbrukaren och att man därmed inte har några fungerande komponenter i livet i övrigt. Dock börjar informanterna ganska snart resonera med sig själva och de uttrycker att hoppet om drogfrihet kan vara en resurs, de tar även upp tro som något som kan vara en styrka. Med KASAM-teorin i ryggen tycker jag att hopp kan ses som tecken på hanterbarhet enligt teorin samt att en stark gudstro kan leda till att man känner en meningsfullhet i tillvaron. Informant 1 och 3 talar om att patienterna inte har något annat kvar än sina ord, sina berättelser. Även de övriga informanterna talar om vikten att få patienterna att prata om sina liv och sina erfarenheter. På så sätt tolkar jag informanterna som att de anser att patienternas berättelser och historier också kan vara en resurs för dem om någon tar sig tid att lyssna. Genom terapi, som man ju erbjuder på HKTC, ger man därmed patienterna möjlighet att dela med sig av sina berättelser vilket då kan hjälpa till att stärka patienterna. Det är dock intressant hur informanterna verkar vara ambivalenta till huruvida de känner sig hoppfulla eller inte inför sina patienter och deras återhämtning. Informant 4 visar detta på ett tydligt sätt då hon först talar om hur hopplöst det känns då patienterna inte öppnar sig och låter henne hjälpa dem för att i nästa stund beskriva dem som överlevare som har klarat sig så länge i livet med så dåliga förutsättningar. Även informant 3 visar på en liknande ambivalens då han dels säger att patienterna inga resurser har följt av att de ju trots allt har sina berättelser, livsöden, men framförallt hoppet intakt.

Då det kommer till huruvida patienternas anhöriga bör ses som resurser eller ej verkar informanterna något oense. Den första tar upp familjen som en resurs, om än med reservationen att även familjen är skadad av patientens beroendesjukdom och att de alla behöver behandling. De övriga talar om familjesystemet som någonting som är sjukt och de verkar inte heller se positiva sidor med en alltför frekvent kontakt mellan familj och patient.

5.2.3 Meningsfullhet

Jag ska i det här avsnittet studera vad i informanternas ord som kan vara tecken på att de arbetar för att stärka klienternas förmåga att känna en större meningsfullhet i tillvaron.

Jag samtalar med informant 1 om det faktum att BWTC är ett kristet behandlingshem och hon menar att man på så sätt kan lyckas fylla det tomrum i patienterna, som de hittills fyllt med droger och alkohol, med en känsla av att komma närmre Gud. Hon beskriver det som en dramatisk förändring i patienterna från den stund då de accepterat tanken på att det finns en Gud, hon ser därför den kristna tron som en resurs de försöker ge sina patienter (Informant 1, 2008-11-13).

Informant 2 känner att arbetet de gör är meningsfullt och hoppfullt. Hon säger att då patienterna kommer in för avgiftning så är de ofta magra, deprimerade och med låg självkänsla. Genom att följa tolvstegsprogrammet anser hon dock att de lyckas bygga hopp hos dessa nedstämda män, dessutom menar hon att det faktum att de anser missbruk vara en beroendesjukdom så stärker man patienternas självkänsla. Hon uttrycker även att det inte bara är själva tolvstegsprogrammet som hjälper patienterna: ” ... *sometimes I feel that the only thing that they really need is, more than all the other, is love.*” (Informant 2, 2008-11-13)

Då hon inte känner till Aaron Antonovsky och hans KASAM-begrepp så förklarar jag det för henne och hon håller med om att personer med ett lågt KASAM troligtvis har mindre resurser, både psykiskt, men även i form av ett socialt nätverk o.s.v. och att de därför kan ha lättare att falla i missbruk av olika slag. Hon tar upp ett exempel på hur de söker arbeta med att stärka patienternas resurser. Exemplet gäller en man som lider av schizofreni. Den f.d. patienten ville helst bara få en avgiftning och sedan bli sjukskriven så att han skulle kunna bli förtidspensionerad. Men genom terapi återuppväcktes hans tidigare intresse för frukt och grönsaker till liv och hans dröm om att öppna eget och så småningom lyckades de få honom att öppna sitt egna fruktstånd i den lilla stad han bodde. Hon menar att genom att de visade för patienten vilka möjligheter han hade och vilka resurser han besatt så lyckades han uppnå sin dröm (Informant 2, 2008-11-13). På så vis har man i terapin verkligen lyckats med att skapa meningsfullhet för patienten utifrån KASAM: s tolkning av ordet. Man lyckades hitta vad som engagerade patienten på ett känslomässigt plan, inte bara på ett kognitivt.

Informant 3 säger följande: ” *That’s how this disease work. The benefits of the disease is that we never know who’s going to make it so we work with them as if 100% is going to recover. Everybody has got a 100% chance and you can never predict the outcomes. Even sometimes patients that hasn’t completed the program and looks like a disaster waiting to happen goes out and stays clean and sober. We can’t understand it. Then we have people that complete the program, who are high functioning and understand the process intellectually and there’s all kinds of signs, we talk about prognosis – if there’s a good prognosis, they relapse within the first couple of weeks. Again; I can’t understand it. It’s like cancer, like a brain cancer. Sometimes it’s going to recess and it stays quiet, sometimes it flares up quickly again. The only way you can understand it, this problem, is if you see it as a disease not as a thing of human willpower. It’s a brain disease, it’s the thinking that’s not correct, a chemical imbalance. So success is a very difficult term. As we say: “God only chooses who’s going to be...”*” (2008-11-17) Genom detta kommer han sedan in på sin egen och BWTC: s syn på Gud och på vad en gudstro kan göra för patienterna. Han menar att om man lägger sitt öde i händerna på Gud, vilket steg 3 förespråkar, så kan man se på världen och sitt liv med andra, ljusare och mer optimistiska, ögon. Man kan skapa meningsfullhet för sig själv.

Som följd av att BWTC inte har tillräckligt med resurser för eftervård ger informant 4 (2008-11-18) deras verksamhet ett lågt betyg vad gäller hur hoppfull hon känner sig inför sina patienters framtida drogfrihet. Dock, säger hon, får de en hel del feedback från föräldrar, lärare och andra som har daglig kontakt med ungdomarna som säger att när patienten kommit ut från BWTC så är det något som har förändrats hos dem. Oavsett om de får återfall så har

något hänt hos patienten som informanten tror att de kan ta med sig vidare i livet och bygga vidare på om de ska försöka bli drogfria i framtiden.

Då jag frågar hur hoppfull Informant 5 (2008-11-18) känner sig inför sina patienter, om han skulle kunna sätta ett värde på det mellan 1-10, så ursäktar han sig och säger att det tyvärr bara kan bli en fyra. Anledningen till det låga värdet säger han dels är att patienterna inte är villiga att ta Gud till sig, de tycker inte om religion och andlighet, dels så tar de inte till sig de råd de får av personalen på BWTC om att t.ex. gå på NA-möten, dessutom får de inte chansen att testa det de lär sig i praktiken eftersom de är fast på en institution. Istället, när de lämnar HKTC, så går de tillbaka till sina gamla liv, sina missbrukande kompisar och kretsar med mycket droger i.

Då jag beskriver KASAM-teorin för honom och ber om hans åsikter kring den så säger han följande: ” *What is challenging you know is that they all got potential. And spiritually we try to build them up again because spiritually they’re completely bankrupt. That is one of our biggest challenges, building them up spiritually, because they have such a low self esteem you know. They feel they have nothing and that’s what we try to change in our life skills sessions. We try to show them that they’ve got potential, but that it’s only the addiction keeping them down. Get them to feel that they are somebody not nobody.* ” (Informant 5, 2008-11-18)

Jag ställde en fråga till informanterna som gick ut på att på en skala mellan 1-10, mellan hopp och hopplöshet, placera in BWTC: s arbetet med missbrukande klienter. Formuleringen av den här frågan blev lite olycklig eftersom alla informanterna fann det så gott som omöjligt att sätta ett värde på hopp. Dessutom blev frågan dubbelbottnad då den kunde tolkas som att jag ville få reda på BWTC: s arbete, som organisation, såväl som att jag ville få reda på hur informanterna upplevde sitt eget terapeutiska arbete. Alla uttalade dock att de kände en stor meningsfullhet med arbetet de genomför. De tre informanter som arbetar med den vuxna delen av patientskaran på BWTC uttryckte alla att de kände en stor meningsfullhet med sitt arbete, att de gör nytta. De två som arbetar med ungdomarna uttryckte å sin sida känslor av hopplöshet för mig. Informant 4 som arbetar med ungdomar menar att p.g.a. att man inte har resurser nog för att erbjuda patienterna andra eftervårdsprogram än självhjälpsgrupperna AA och NA så är det väldigt ofta som de återfaller. Informant 5 känner att arbetet är hopplöst då patienterna inte lyssnar och inte tar till sig råden att gå med i AA och NA efter de blivit utskrivna från BWTC och därför snabbt hamnar i sina gamla livsmönster och sociala sammanhang präglad av droger. Den femte, och sista, informanten nämner även att han känner en oro för att hans, unga, patienter redan har blivit institutionaliserade och att de även därför har svårt att klara ett drogfritt liv utanför behandlingshemmets väggar. Jag tolkar det som att dessa komponenter gör att arbetet och situationen känns meningsfullt, men ändå med hopplöshetskänslor för de informanter som arbetar med ungdomarna. Exakt hur den här hopplösheten uttrycker sig i terapisaamtalen med patienterna kan jag inte uttala mig om då jag inte observerade några av deras terapisaamtal. Dock anser jag det vara problematiskt att terapeuter med en känsla av hopplöshet behandlar patienter i en extremt utsatt och sårbar position. Risken, som jag ser det, är att informanterna tar med sig sin hopplöshetskänsla in i terapirummet och överför den, omedvetet, på sina patienter. En intressant iakttagelse är dock att de vuxna patienterna verkar vara mer motiverade och de verkar ta sin framtida drogfrihet

på ett större allvar än de unga patienterna. Detta skulle kunna ses som ett tecken på att de starkare KASAM i behandlingssituationen, att de helt enkelt känner en större meningsfullhet med att vara i behandling. De yngre patienterna har kanske inte förmågan att se sammanhanget, att om man sköter sin behandling och lägger ner hårt arbete på den så kommer man i framtiden ha större möjligheter att leva ett rikt liv. Det kan också ses som ett tecken på att vården som BWTC erbjuder sina patienter lämpar sig bättre för vuxna människor som kommit längre i sin missbrukskarriär och att man skulle behöva anpassa vården för att passa ungdomarna på ett bättre sätt.

Då min fråga blev lite olyckligt formulerad fick jag alltså inte riktigt de svar jag hade önskat mig, jag fick alltså inte riktigt reda på här hur informanterna arbetar med sina patienter för att stärka deras meningsfullhet i tillvaron. Istället fick jag reda på en hel del hur de själva känner inför sitt arbete på BWTC.

Som jag nämnt tidigare i uppsatsen har jag upplevt att KASAM och det salutogena tankesättet varit någonting som är mycket populärt i Sverige och att det är någonting som många behandlare använder sig av. I Sydafrika, eller i alla fall på BWTC, så är det dock ingenting som varken socionomer eller psykologer får med sig i sin grundutbildning visar min undersökning. Ingen av informanterna känner till Antonovsky eller hans undersökningar och idéer. Då jag förklarar teorin för dem så tycker vissa av dem att det verkar intressant och de verkar öppna för den. De två sista informanterna talar t.ex. om det faktum att BWTC är ett kristet behandlingshem och att tron kan komma att bli en resurs för deras patienter. De tre första informanterna ställer sig mer tveksamma till KASAM. De menar, i enlighet med AA:s skrifter, att missbruk aldrig är ett sekundärt problem exempelvis en reaktion på ett trauma. Istället menar de att missbruk är något biologiskt nedärvt att det är en sjukdom som cancer eller vad som helst. Således anser dem att Antonovsky's tankar om missbruk som en slags coping-strategi inte stämmer.

5.2.3. Avslutning

Efter att jag i detta avsnitt fått fram resultat genom att analysera empirin genom att knyta ihop den med teorin om KASAM och jämföra dem med BWTC:s arbete baserat på vad intervjupersonerna tycker ska jag i det följande och sista avsnittet föra en slutdiskussion kring mina egna tankar om BWTC och deras arbete samt om min studie.

6. Slutdiskussion

Vad jag funnit utmanande, intressant och givande under mina intervjuer och sammanställandet av det material jag insamlat i Sydafrika är att ingen av mina informanter kände till Aaron Antonovsky eller hans KASAM-teori. Detta gjorde att de ställde sig lite tveksamma till hans idéer, men samtidigt gav det undersökningen en reliabilitet som kanske gått förlorad om de varit väl införstådda med hans tankar.

På BWTC följs tolvstagesprogrammet till punkt och pricka. Ett problem med detta program som jag ser det är att det till viss del är motsägelsefullt. Dels talar man om missbruk som en obotlig sjukdom, ett biologiskt nedärvt handikapp som gör vissa personer mer mottagliga för t.ex. alkoholism än andra, samtidigt söker man bota sjukdomen och säger till missbrukare att ”om ni bara följer våra riktlinjer så kommer ni kunna leva ett rikt och lyckligt liv utan missbruk.” Detta gör att programmet skulle kunna te sig som förvirrande för patienten.

Det fanns delar av min metod som kan ifrågasättas. Ett exempel på detta har jag redan nämnt; mina tvetydiga intervjufrågor. En fråga jag hade var formulerad på följande sätt: *Placera in ert arbete på en skala mellan 1-10 där tio är en känsla av hoppfullhet och ett en känsla hopplöshet.* Denna formulering lämnade uppenbarligen utrymme för missförstånd för informanterna då de lämnade svar som gick ut på att de beskrev sina egna känslor av sitt arbete. Min avsikt med frågan hade dock varit att söka få reda på hur man försöker ingjuta en känsla av hopp i patienterna. Med facit i hand fick jag alltså inte svar på det jag först avsett med frågan, å andra sidan fick jag intressanta berättelser av informanterna kring hur de upplever att arbeta i en organisation av BWTC: s slag i ett land med en mycket marginell välfärdspolitik.

Jag ville göra en intervjustudie som analyserar och visar på sättet hur man arbetar salutogent inom socialt arbete i Sydafrika. Därför valde jag att använda mig av observationer och öppna intervjuer. Visst kan denna metod kritiseras, man kan hävda att resultaten blir svåra att mäta och att det begränsade antalet intervjuer gör att studiens resultat blir omöjliga att på ett reliabelt sätt använda till att generalisera det rådande tillståndet i Sydafrika. Mitt syfte med studien var ju dock inte att generalisera den rådande behandlingssituationen i Sydafrika som helhet utan blott på BWTC som specifikt behandlingshem. Min avsikt med studien var ju hela tiden att få en djupare förståelse för hur man arbetar på BWTC, vilket är mitt fall, och det fick jag genom att använda mig av denna metodtriangulering (Henriksson och Månsson, 1996). Därmed ser jag inget problem med det förhållandevis låga antalet intervjuer.

I bakgrundsavsnittet skriver jag en del om den socialpolitiska plattform, RDP, som ANC införde då de kom till makten i Sydafrika. Vad som slog mig som märkligt då jag läste igenom denna var att RDP nämner inte missbruk. Detta måste anses som mycket konstigt då missbruk ofta kan leda till en ökad spridning av exempelvis HIV som nämns som ett av Sydafrikas stora sociala problem. Kan man få bukt med missbruk finns också en större chans att minska HIV-epidemin och att bromsa upp fattigdomen, som också nämns som ett stort socialt problem, en del. I detta avseende tycker jag att ANC för en motsägelsefull socialpolitik.

I inledningen av arbetet nämner jag tesen att det finns spår av bejakande synsätt i alla miljöer, att det alltid kommer att finnas salutogena inslag i all behandling. Denna tes fick jag genom min studie verifierad. Intressant skulle därför kunna vara att vidareutveckla den idén, göra en större studie, för att se om det statistiskt kan säkerställas. I min studie gav de två informanterna som arbetade med ungdomarna på BWTC större uttryck för hopplöshetskänslor inför sina arbetsuppgifter. Med detta som bakgrund skulle jag finna det vara intressant att läsa en studie som behandlar mer generellt om detta är något som är vanligt bland missbruksbehandlare av unga vuxna. Vidare hade min studie fått ett annat ljus om andra teorier valts som grund för analysen, jag hade exempelvis tyckt det varit intressant att läsa min studie fast utifrån ett systemteoretiskt perspektiv, istället för KASAM, och se vad man skulle kunna få fram för information då.

Avslutningsvis vill jag påpeka den stora tacksamhet jag känner då jag fått möjligheten att under två höstar spendera några månader i det land som jag i perioder känt mig lika hemma i som i Sverige. Jag är glad att jag fått chansen att lära känna, och bli vän, människor från en annan världsdel och från en annan kultur. Det har berikat mig.

7. Källförteckning

7.1 Litteratur

Andersen, H. red. (1994). *Vetenskapsteori och metodlära*, (C.G Ljungman övers.) Lund: Studentlitteratur

Anonyma Narkomaner (2000). *Vita häftet*. Narcotics Anonymous World Services, Inc

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Finland: Natur och kultur

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Finland: Natur och kultur

Bart, T. & Näsholm, C. (2006): *Motiverande samtal – MI – Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor* Lund: Studentlitteratur

Coetzee, J.M. (1999) *Disgrace*. London: Secker & Warburg

Green, S. (2008): *Towards a developmental approach to social welfare: Social welfare policy in post-apartheid South Africa*. Stellenbosch University

Giddens, A. (1998): *Sociologi*. (B Nilsson övers) Lund: Studentlitteratur

Henriksson, B. & Månsson, S-A. (1996). *Deltagande observation*. I P-G. Svensson & B. Starrin (red.) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

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

Kvale, S. (1996). *Interviews – An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications

Lilja, J. (2005): *Problemformulering*. I S. Larsson, J. Lilja, K. Mannheimer (red.) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Lundman, B. & Hällgren Granheim, U. (2008): *Kvalitativ innehållsanalys*. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning i hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Starrin, B. & Renck, B. (1996): *Den kvalitativa intervjun*. I P-G. Svensson & B. Starrin (red.) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Svenning, C. (2003) *Metodboken*. Eslöv: Lorentz förlag

Thomassen, M (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion i vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerup Utbildning

Thurén, T (1997). *Källkritik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Thurén, T (1993). *Vetenskapsteori för nybörjare*, Stockholm: Runa förlag

7.2 Artiklar

Andersen, S., Berg, J., (2001) The Use of a Sense of Coherence Test to Predict Drop-Out and Mortality after Residential *Treatment of Substance Abuse*. I “*Addiction Research & Theory*” *vol.: 9 nr.: 3*, s 239-251

Laudet, A-B. (2008). The Impact of Alcoholics Anonymous on Other Substance Abuse-Related Twelve-Step Programs. I “*Recent developments in alcoholism*” *vol.: 18*. s 1-19, New York: Springer

Needle, R., & Kroeger, K., & Belani, H., & Achrekar, A., & Parry, C-D., & Dewing, S.(2008) Sex, drugs, and HIV: Rapid assessment of HIV risk behaviors among street-based drug using sex workers in Durban, South Africa. I “*Social science and medicine*” *vol.: 67, nr.: 9*, s 1447-1455

Pasche, S., & Myers, B., & Louw, J., (2008) Staff Attitudes and Services Provided by Community-Based Organizations for Alcohol and Other Drug Users in Cape Town, South Africa: Implications for Training and Education. I “*Drugs: education, prevention policy*” *vol.: 15, nr.: 6*, s 532-544

7.3 Internet

Anonyma Alkoholister [www-dokument]

<http://www.aa.se/pages/Fakta+om+AA?kort=AAS&page=Fakta+om+AA&id=40965&start=12> (2006-12-06)

Anonyma Narkomaner [www-dokument]

<http://www.na.org/ips/sw/SW1200.pdf> (2008-10-09)

Anonyma Narkomaner [www-dokument]

http://www.nasverige.org/information_om_NA.html (2006-12-06)

African National Congress (ANC) [www-dokument]

<http://www.anc.org.za/ancdocs/policy/short.htm> (2009-02-14)

Cape Gateway [www-dokument]

<http://www.capecapegateway.gov.za/eng/directories/glossary/U#Unemploymentrate> (2009-02-14)

Illumina/Social services abstracts [www-dokument]

http://csaweb116v.csa.com.ezproxy.ub.gu.se/ids70/quick_search.php?SID=pbq9vit1ccg8imc42t27jth2s1 (2009-01-10)

Samsök [www-dokument]

http://samsok.libris.kb.se.ezproxy.ub.gu.se/V/56JL1LEB372CHV4CCI9GYAANDH9HT8RH8GMPG3JSPEY7R58EQ4-05224?FUNC=QUICK-1&pds_handle=GUEST (2008-10-17)

Samsök [www-dokument]

http://samsok.libris.kb.se.ezproxy.ub.gu.se/V/B6DN93NBK4DQRPCS18U424HV24YYJAFMNNYBJQXA6AT6QY8U3B-29030?func=build-cluster&cluster_code=1&number_node=000000042&id_node=c1_3.2 (2009-02-17)

Science Africa [www-dokument]

<http://www.scienceinafrica.co.za/2005/june/tik.htm> (2008-10-09)

South Africa.info – Gateway to the nation [www-dokument]

<http://www.southafrica.info/business/economy/development/lfs-280308.htm> (2009-02-14)

US Department of State [www-dokument]

<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2898.htm> (2009-02-14)

7.4 Observationer och intervjuer

Observation i bilen från Kapstaden samt från tevesoffan i Stellenbosch 2008-10-31

Observation vid det första besöket på HKTC 2008-11-04

Intervju 1 med terapeut på HKTC 2008-11-13

Intervju 2 med terapeut på HKTC 2008-11-13

Intervju 3 med terapeut på HKTC 2008-11-17

Intervju 4 med terapeut på HKTC 2008-11-18

Intervju 5 med terapeut på HKTC 2008-11-18

7.5 Föreläsningar

Föreläsning med Professor Sulina Green vid Stellenbosch University i Sydafrika, 2007-10-05

Bilaga 1

Intervjufrågorna:

Beskriv en vanlig terapitimme här. Gärna någon som varit här ett tag och som ni hunnit bygga upp en relation till.

På en skala mellan hopp och hopplöshet, 1-10, vart skulle du placera in er verksamhet och arbetet med missbrukande klienter?

Vad är klienternas resurser?

Känner ni till begreppet KASAM och Aaron Antonovsky?

Bilaga 2

NA:s tolv steg:

- 1. Vi erkände att vi var maktlösa inför vårt beroende, att våra liv hade blivit ohanterliga.*
- 2. Vi kom till tro på att en kraft starkare än vi själva kunde ge oss vårt förstånd tillbaka.*
- 3. Vi tog ett beslut att lägga vår vilja och våra liv i händerna på Gud, som vi uppfattade honom.*
- 4. Vi gjorde en grundlig och orädd moralisk inventering av oss själva.*
- 5. Vi erkände för Gud, oss själva och en medmänniska den exakta innebörden av våra fel.*
- 6. Vi var helt och hållet beredda att låta Gud avlägsna alla dessa karaktärsdefekter.*
- 7. Vi bad honom ödmjukt att avlägsna våra brister.*
- 8. Vi gjorde en förteckning över alla personer vi hade skadat och blev villiga att gottgöra dem alla.*

9. *Vi gottgjorde dessa människor direkt, varhelst möjligt, utom när detta skulle skada dem eller andra.*

10. *Vi fortsatte vår personliga inventering och erkände genast när vi hade fel.*

11. *Vi sökte genom bön och meditation att förbättra vår medvetna kontakt med Gud, som vi uppfattade honom, varvid vi endast bad om insikt om hans vilja med oss och styrkan att utföra den.*

12. *När vi som ett resultat av dessa steg hade haft ett andligt uppvaknande, försökte vi att föra detta budskap vidare till andra beroende och tillämpa dessa principer i alla våra angelägenheter.*