

Unga missbrukare

från drogmissbruk till ett vanligt liv

Lunds Universitetet
Socionomprogrammet
Student: Emma Lennerås
2008.04.16

Förord

Jag vill säga ett stort tack till det behandlingshemmet som jag fick tillbringa min fältvecka på. Jag var väldigt nervös när jag var på väg till er den första dagen. Men det såg jag snart att jag inte hade behövt vara. Tack till personalen för att ni ville ta emot mig och för att ni gjorde det på ett väldigt bra sätt. Ni var väldigt hjälpsamma och jag behövde aldrig känna att jag var i vägen på något sätt. Jag vill också säga tack för att ni svarade på alla mina frågor, både gällande era egna erfarenheter och om hur er behandling fungerar. Sedan vill jag säga tack till klienterna. Tack för att jag fick vara i huset och ställa alla frågor. Jag kan förstå att mina frågor ibland varit jobbiga att svara på, men ni gjorde det ändå. Tack för att ni delade med er av era erfarenheter. Utan er alla hade jag aldrig kunnat få den kunskap jag har idag eller skriva min uppsats. Jag hade gärna stannat en vecka till. Lycka till i framtiden, jag är väldigt imponerad över allt ni klarat av och gått igenom.

Innehållsförteckning

Förord.....	2
Inledning.....	4
Syfte	4
Frågeställningar	4
Metod	4
Tillförlitlighet	5
Etiska överväganden	5
Begrepp	5
Teorier	5
Differential Association.....	5
Voluntarism och Determinism	5
Empowerment.....	6
Stigmatiseringsteori	6
Analys av empiri	7
Bakgrund.....	7
Behandlingens utformning	9
Framtidsdrömmar	10
Slutsats.....	11
Referenslista	12

Inledning

Min fältvecka spenderade jag på ett behandlingshem för narkomaner och alkoholister. Behandlingen sker i tre steg och de klienter jag mötte var drogfria och arbetade med att komma tillbaka till ett normalt liv. Klienterna var mellan 20-30 år gamla. Hade jag mött dem på gatan hade jag aldrig kunnat se att de varit aktiva missbrukare. Under min tid på behandlingshemmet suddades min föreställning av den stereotypa missbrukaren ut, en äldre man med sliten kropp och utmärglad ansikte. Jag insåg att det lika gärna kunde ha varit jag eller någon av mina vänner. Jag började fundera på klienternas bakgrund, hur det kom sig att de hamnat i ett drogmissbruk och varför de kom till behandlingshemmet. Jag funderade också på hur de upplevde behandlingen och vad de hade för framtidsdrömmar. Det var detta som ledde fram till uppsatsens syfte och mina frågeställningar. De fyra teorier jag kommer att använda mig av i min uppsats är differential association, voluntarism och determinism, empowerment samt en teori om stigmatisering. Det temat jag har valt är kategorisering och normalitet.

Syfte

Syftet med min uppsats är att beskriva klienternas livscykel samt att redogöra för hur den behandlingen som de genomgår är utformad.

Frågeställningar

- Hur såg klientens liv ut innan fram till det att hon gick in i behandlingen?
- Hur ser behandlingen ut samt klienternas åsikter om behandlingen?
- Vad har klienterna för framtidsdrömmar?

Metod

Utgångspunkten för min studie är induktiv metod (May, 2001). Enligt May innebär induktiv metod att empirin kommer före teorin. Jag har valt att samla in min empiri genom kvalitativa metoder. Jag har använt intervjuer, observationer och dokument. När det gäller observationer har jag främst använt mig av deltagande observation. Enligt May innebär deltagande observation att den som studerar är bland dem som studeras. Detta skedde då jag deltog i de aktiviteter som skedde på behandlingshemmet. Enligt May innebär också deltagande observation att man är öppen med sin avsikt. Jag var noga med att tala om för klienterna vad mitt syfte med veckan var. När det gäller intervjuer använde jag mig främst av semi-strukturerade intervjuer. Enligt May används semistrukturerade intervjuer för att den som blir intervjuad skall få svara utifrån sig själv, jag hade endast teman som jag ville gå in på. Jag har även tagit del av dokument på behandlingshemmet, samtliga är sekundära källor. Exempelvis journalerna, intervjuformulär samt statistik.

Tillförlitlighet

När det gäller reliabilitet anser jag att jag varit där för kort tid för att säga att jag har en hög reliabilitet. Det fanns ingen möjlighet att ställa samma frågor till personerna flera gånger under veckan (May, 2001). Vad gäller validitet anser jag att den är relativt hög. Jag tror på klienternas berättelser samt de dokument jag tagit del av. På så vis anser jag att jag har fått svar på det jag avsett att undersöka. Efter att endast ha intervjuat och observerat tio personer i fem dagar anser jag inte att jag har hög generaliserbarhet.

Etiska överväganden

Enligt May (2001) bör forskaren göra allt för att personerna i undersökningen inte skall kunna spåras. Jag har därför valt att inte nämna namnet på det behandlingshem jag varit på eller vilken stad det ligger i. Jag kommer att använda mig av figurerade namn men ha kvar personernas sanna kön och ålder för att läsare ska få en bild av personerna. Den delen av analysen jag kallar *Behandlingens utformning* utgår från dokument jag tagit del av på behandlingshemmet samt samtal med personalen. Jag kommer inte att referera till dessa på grund av att jag inte vill att hemmet skall kunna spåras. Jag har även skrivit under ett dokument om tystnadsplikt.

Begrepp

Jag har valt att använda mig av ordet klient istället för brukare, då det var det ord de själva använde sig av på behandlingshemmet. Jag har även valt att använda ordet hon i fall där det kan vara både hon eller han, detta för att det skall bli lättare att läsa. Begreppet livscykel beskrivs i Svensson (2007) och innefattar fyra moment. Tiden innan personen börjar med sitt missbruk, det som leder till att personen börjar sitt missbruk, själva missbruket i sig samt vägen ut ur missbruket.

Teorier

Differential Association

Teorin är utvecklad av Sutherland som menar på att avvikande beteende är inlärt genom samspel med andra människor (Giddens 2003). Sutherland menar på att ett samhälle innehåller flera olika subkulturer och att vissa av dessa subkulturer uppmanar människor till ett avvikande beteende. Människor lär sig till exempel droganvändningen eller kriminalitet genom att umgås med kriminella eller drogmissbrukare. På samma sätt lär sig andra människor laglydighet. Detta kommer jag att använda när jag redogör för klienternas bakgrund.

Voluntarism och Determinism

Dessa två begrepp handlar enligt Meeuwisse och Swärd (2004) om hur vida människan kan påverka sin vardag eller om hon är ett offer för tvingande strukturer. Voluntarism handlar om att människan

har total handlingsfrihet, människan har alltså själv möjlighet att styra sitt liv i den riktning hon vill. Determinism handlar istället om att människans handlingar är förutbestämda. Människan kan inte själv välja sina handlingar utan är ett offer för rådande strukturer. Strukturer kan vara både yttre och inre faktorer. Meeuwisse och Swärd menar att strukturer begränsar människors valmöjligheter vilket gör att man inte kan kalla dem för fria. Även denna teori kommer jag använda när jag redogör för klienternas bakgrund.

Empowerment

Enligt Swärd och Starrin (2007) innebär ordet empowerment hjälp till självhjälp. Det är klienten som är central och hjälparen arbetar för att stärka klientens självförtroende (Johansson, 2007). Klienten får själv vara med och utforma behandlingsplanen. Empowerment syftar till att ge människor *makt, kontroll, självtillit och stolthet* (Swärd & Starrin, 2007). Tanken är att detta sker genom att klienternas egna resurser frigörs, personen når självkontroll och kan så småningom styra sina egna liv. Klienten skall känna sig värdefull och att hon har förmåga att utföra och fullfölja handlingar. Hennes självtillit stärks så att hon tror på sig själva och sina möjligheter. Hjälparen skall även hjälpa klienten att undanröja hinder. Det är viktigt att hjälparen låter klienterna ha inflytande och att respekterar klienternas självbestämmanderätt. Denna teori kommer jag använda när jag beskriver behandlingshemmets uppbyggnad.

Stigmatiseringsteori

Braithweites stigmatiseringsteori handlar om att människor skambeläggs av samhället på grund av sina handlingar (Engdahl & Larsson, 2006). Istället för att samhället signalerar att *det personen gjort är fel* signalerar samhället att *det är fel på personen*. Genom detta förhållningssätt tar samhället avstånd från personen som helhet och hon får till exempel inte få ett jobb eller hyra en bostad. Stigmatiseringen leder till att de band personen har till samhället bryts vilket försvårar en framtida återintegrering. Viljan och hoppet som från början fanns om att återintegreras till samhället försvinner. Personen känner istället skam och tar på nytt avstånd från samhället. Enligt Braithweite bör samhället istället ta avstånd från det brott som personen har begått och ge henne en möjlighet att ångra sig och då bli förlåten. De sociala band som personen har bör stärkas och personen skall få hjälp att återanpassas till samhällets normer. Denna teori kommer jag att använda mig av när jag diskuterar klienternas framtidsdrömmar.

Analys av empiri

Denna del har jag delat in i tre delar. Den första är *Bakgrund* och där kommer jag att ge en kort berättelse av klienternas bakgrund. Under *Behandlingens utformning* kommer jag att beskriva hur behandlingen är utformad. Slutligen kommer jag under *Framtid* redogöra för klienternas framtidsdrömmar.

Bakgrund

Markus är en kille på drygt 20 år som kommer från en akademikerfamilj. Han säger att han egentligen har haft alla förutsättningar att klara sig i livet. Han började röka hasch innan han drack alkohol. Att röka hasch är vanligt i hans hemstad, det gör alla berättar han. När han var 14 år var han fast i missbruket och för att finansiera sitt eget missbruk började han långa droger. Efter ett tag började han även med tabletter. Han berättar att han var trött, all energi gick åt till att sälja eller skaffa egna droger. Han har även injicerat heroin och amfetamin. I tonåren blev Markus deprimerad han sökte lyckan någon annan stans än hos sig själv. Han pratar mycket om vad lycka och självförtroende är. Han berättar att hans pappa alltid har varit på honom när det gäller droger och sagt att han inte tyckte att det var okej. Men eftersom att även hans bror håller på med hasch så har hans pappa helt enkelt fått vänja sig. Hans mamma är mer liberal. Markus kunde röka hasch framför henne. Han berättar att hon är alkoholist idag. Kompisarnas föräldrar reagerade inte heller, de kunde säga "Är du stenad nu igen din rackare.". Sen var det inget mer med det. När hans föräldrar såg hans kontoutdrag förstod de hur illa det var och att de var tvungna att göra något. Markus gjorde av med enorma summor pengar. Markus gjorde självmant ett försök med avgiftning men det lyckades inte. Till slut tipsade socialtjänsten honom om det behandlingshemmet han är på nu. Han hade mycket problem i sin hemstad på grund av drogerna, så han såg det som en chans att komma iväg. Han tänkte att han nog ändå kunde röka lite hasch där.

Oskar har haft en jobbig uppväxt. Han var 12 år första gången han testade droger. Då var det heroin. Sedan blev det hasch. När han var 14 år flyttade han in hos sin syster, han kunde inte bo hemma längre och socialtjänsten blev Oskars myndighetsutövare. Han klarade inte högstadiet utan började på ett individuellt skolprogram. Där höll alla på med droger säger han. Vid 16 års ålder hade han testat det mesta. När han var 18 år gjorde han allt för att hålla sig borta från socialtjänsten, även om det innebar att försörja sig kriminellt. Till exempel langade han droger. När han var 20 började han med amfetamin, det gjorde honom lugn. Vid den tidpunkten hade han sagt upp kontakten med sina bra vänner. Han ville inte vara ett problem för dem, säger han. En sommar insåg han själv att hans liv inte var hållbart, han ville sluta med droger. På internet hittade han behandlingshemmet han är på nu och socialtjänsten hjälpte honom dit.

Nästa person är Sofie. Hon är närmare 30 år och säger att hon kommer från en bra familj och har två syskon med akademiska utbildningar. Hon är inne på behandling för alkoholproblem. Sofie har även tagit amfetamin och kokain, men att det inte var något hon fastnade för. Redan när hon var 15 år ringde människor i Sofies närhet hem till hennes föräldrar och berättade att hon hade alkoholproblem. Hon klarade inte högstadiet. Det var inte förrän hon var 20 år som hon själv förstod att hon hade problem. Hon berättar att när det var som värst satt hon på sin stammiskrog och att kompisarna avlöste varandra för att hon inte skulle sitta själv.

Kristoffer är även han närmare 30 år. Han är uppvuxen med sin mormor och morfar. Han säger att han hade en bra uppväxt, men att han kände att det fanns ett hål efter föräldrarna. Även han började med hasch innan han började dricka alkohol. När han var 16 år började han med amfetamin i pulverform. Vid den åldern hade han även provat LSD, extacy och tabletter. Det var vid 21 års ålder som han började injicera amfetamin. Han berättar att han många gånger kände att det var något som inte stämde i hans liv, men förstod aldrig att det var drogerna. Trots att socialtjänsten sa att drogerna skulle bli hans död kunde han inte ta det till sig, berättar han. Han har även ett kriminellt förflutet och i rätten blev han åtalad på 22 punkter, bland annat för stöld och narkotikabrott. När Kristoffer fick erbjudande om att åka på behandling bodde han i ett tält i en storstad. Det var inget svårt val säger han. Han tänkte precis som Markus att han ändå skulle kunna röka lite hasch.

Slutligen är det Anna, hon är drygt 30 år. Hon höll på lite med droger som tonåring men det var inte förrän hon vid 17 års ålder träffade en man som missbruket började på riktigt. Han var 16 år äldre och narkotikamissbrukare. Mannen misshandlade henne, ibland så svår att hon fick åka till sjukhuset. Hon minns fortfarande första slaget. Hon säger att drogerna blev en bedövning. Hon har varit på flera behandlingar tidigare men hon gick alltid tillbaka till mannen och missbruket. En dag ringde hennes kompis och sa att hon skulle packa sin väska och komma hem till henne, nu fick det vara nog. Anna gjorde så. Hon minns att hon såg mannen komma hem när hon sprang ut genom baddörren. Hon ringde själv socialtjänsten och sa att hon ville åka på behandling men de sa nej. Hon hade redan fått så många chanser. Tillsammans med hjälp från vänner och familj fick hon åka.

Jag anser att både determinism (Meeuwisse & Swärd, 2004) och differential association (Giddens, 2003) är bra förklaringsmodeller till att personerna hamnat i ett drogmissbruk. Jag anser att man kan säga att dessa personer fallit offer för rådande strukturer exempelvis en svår uppväxt med dåliga förutsättningar. Jag anser även att det kan bero på den sociala acceptans, som finns i samhället, gentemot alkohol eller genom att droger är socialt accepterat i de kretsar där personen rörde sig som ung. När de sedan fått en möjlighet av vänner, eller socialtjänst, så har möjligheterna förändrats och de har fått en möjlighet att ta sig ur sitt missbruk (Meeuwisse & Swärd, 2004).

På Markus anser jag att teorin om differential association passar in (Giddens, 2003). I hans

kompiskretsar var det socialt accepterat med droger, han lärde sig att missbruka för att han umgicks med människor som missbrukade. Oskar kommer från svåra familjeförhållanden och han har inte haft den trygga uppväxt som många andra människor har haft och därmed inte heller samma valmöjligheter. Här anser jag att determinism passar in, han är ett offer för de strukturer som fanns runt omkring honom (Meeuwisse & Swärd, 2004). Han kom in på ett individuellt skolprogram där alla höll på med droger och där lärde han sig mer om missbruk. Alltså passar även differential association in på honom (Giddens, 2003). Sofie som kommer från en bra familj och som haft bra förutsättningar anser jag istället har fallit offer för de strukturer i samhället som gör att alkohol är socialt accepterat (Meeuwisse & Swärd, 2004).

Behandlingens utformning

Behandlingen sker i olika steg och pågår i ungefär ett år. Det börjar med en förberedande fas där man utvärderar individens behov, ger information och har stödsamtal. I fas ett åker personen iväg från Sverige för avgiftning och avvänjning av droger i cirka 6 månader. Här arbetar man för att individen skall återhämta sig fysiskt och psykiskt samt att hon skall komma in i vardagsrutiner. I fas ett medverkar läkare och andra professionella. När individen tagit sig igenom fas ett påbörjas fas två. Här arbetar individen med förändringsarbete och man utgår här från individens resurser. Här fokuserar man bland annat på sysselsättning, beteende, goda matvanor och hygien.

Tillbaka i Sverige inleds fas tre där man fokuserar på att möta sin gamla miljö och på social återanpassning. Jag anser att det är främst denna del i behandlingen där man kan tala om empowerment. Här handlar det om att ge individen makt, kontroll, självförtroende och stolthet (Swärd & Starrin, 2007). Det görs upp en personlig behandlingsplan för hur återanpassningen skall gå till. Individen arbetar med relationer till familj och vänner, att ta tag i juridiska och ekonomiska problem, ordna sysselsättning eller utbildning, boende samt fysisk och psykisk hälsa. Tanken är att personalen skall finnas till som stöd men att klienterna skall klara av det själva. Detta tankesätt är grundtanken med empowerment. Klienten står i centrum och hjälparen finns vid sidan av som en konsult (Johansson, 2007). Personalen hjälper även klienten att undanröja de hinder som finns för att hon skall återintegreras i samhället, helt i linje med empowerment tänkandet (Swärd & Starrin, 2007). I fas tre är individerna själva med och utformar sin vardag. De ordnar själva fritidsaktiviteter och gör kulturella utflykter, de städar själva sina rum, handlar och lagar sin mat. De lär sig att de klarar av att utföra och fullfölja handlingar vilket gör att de känner både kontroll och stolthet. Varje vecka har de två möten med en KBT terapeut, kognitiv beteendeterapi (Levin & Lindén, 2006). Det första mötet handlar om återfallsprevention. Klienterna själva bestämmer vad de vill diskutera på det andra mötet. Det andra mötet kan innehålla teman som livsmål, boende, utanförskap eller relationer. Dessa möten är till för att stärka klientens självförtroende, precis som Johansson (2007)

menar att målet med empowerment är.

Klienten Patrik säger att det bästa med det här behandlingshemmet är. *”Att det är en frivillig organisation där personalen är före detta narkomaner och som är till för narkomaner.”* De professionella förstår inte, han fortsätter med att säga *”De är såhär maktgalna.”* Oskar säger att det är bra att man får åka iväg. Dagbehandlingar fungerar inte när man är tillbaka i sin vanliga miljö på kvällen är det svårt att inte ta droger.

Framtidsdrömmar

När vi pratar om framtiden har de drömmar. De vill ha lägenheter, studera på universitetet och arbeta. Jag märker att de har bestämt sig. Hur lätt det kommer att bli för dem beror på om samhället kommer att stigmatisera dem eller hjälpa dem till en återintegrering (Engdahl & Larsson, 2006).

Markus dröm är att börja på universitetet och bli historielärare. Han vet att han aldrig mer kommer att kunna röka hasch, då är allt förstört säger han. Även hans förnuft säger att det är fel med droger. Markus har en ny syn på världen nu och på ett sätt oroar det honom. Han är orolig för att inte ha något gemensamt med sina vänner när han kommer hem. Andreas har en dotter och det är därför han är på behandling, han längtar efter henne. I framtiden vill han arbeta. Tidigare arbetade han inom restaurangbranschen men dit vill han inte tillbaka. Där är för mycket alkohol och droger.

Oskar vill bo kvar i sin hemstad och säger att det inte går att undvika ställen man tagit droger på. Det är bara att bestämma sig för att platser och människor inte skall vara ett problem. Man märker att Oskar har bestämt sig, han tänker inte låta de gamla vännerna eller platserna vara ett problem för honom. Han har fått en egen lägenhet och skall slussas ut från behandlingen. Det här har han längtat efter men han är nervös. Han vill köpa en hund. Oskar berättar att han tror att han har ADHD, men vill inte testa sig. Har man ADHD får man amfetamin för att blir lugn, det går inte för det är det han har missbrukat. Idag har Oskar tagit upp kontakten med sina gamla vänner som han hade innan han började missbruka, de är positiva berättar han. Han har börjat studera och läser in gymnasiekompetensen. I framtiden vill han arbeta med musik. Även Johan läser också in sin gymnasiekompetens. I framtiden vill han in på konstakademin och vara med sin dotter.

Sofie kan inte dricka alkohol alls idag, kroppen är förstörd. Detta gör att hon väljer att inte följa med sin pojkvän ut på krogen, det är inte kul och sitta där helt nykter när alla andra är fulla säger hon. Alla frågar varför hon inte dricker. Det är socialt accepterat att dricka. I framtiden vill Sofie arbeta med utsatta ungdomar, gärna tjejer. Idag bor och arbetar Kristoffer på behandlingshemmet. Han har skulder så det är svårt att få en lägenhet. Han trivs med sitt jobb. Han vill arbeta nära missbrukare. När han ser dem, ser han sig själv. Det blir som en påminnelse, säger han. En påminnelse om att tiden med missbruk är ett avslutat kapitel. Han är nöjd för idag kan han göra det han tycker om. Även Anna arbetar på behandlingshemmet. Hon vill läsa till socionom och skriver

högskoleprovet för att kunna komma in. Hon har sagt upp kontakten med killen.

Braitweiths stigmatiseringsteori handlar som sagt om hur vida personen stigmatiseras på grund av sina handlingar eller om hon får hjälp att återintegreras (Engdahl & Larsson 2006). När det gäller studier har personen, så länge hon får hjälp med att läsa in sin gymnasiekompetens, lika stora möjligheter som alla andra att komma in på universitetet. När det däremot kommer till arbete och boende blir det svårare. Till exempel är det svårt när man söker arbete att på intervjun förklara vad man gjort de åren man varit i missbruk eller på behandling. Många arbetsgivare vill också ha ett utdrag ur belastningsregistret. Om personen får det arbete hon sökt är mycket beroende på hur förstående arbetsgivaren är. Om arbetsgivaren förlåter eller tar avstånd. När det gäller boende är det nästan omöjligt att få ett förstahandskontrakt om man har skulder eller betalningsanmärkningar. Där får man hoppas att fastighetsägaren är tolerant och förstående och inte direkt tar avstånd från personen på grund av dennes bakgrund.

Slutsats

Vad är det som avgör om man hamnar i ett drogmissbruk eller inte? När jag gick ut på min fältvecka hade jag en föreställning om att de flesta som hamnade i ett drogmissbruk kom från svåra familjeförhållanden. Jag insåg snart att jag delvis hade fel. Flera av dem jag mötte kom från bra familjer och hade egentligen alla förutsättningar att lyckas i livet. Av dem som kom från bra familjer var det umgänget avgörande, vilket jag visat med Sutherlands teori, differential association. Sedan fanns det dem som kom från svåra familjeförhållanden. Många av dem hade inte bra förutsättningar att klara sig. Detta har jag stärkt med teorin om determinism.

När det gäller behandlingshemmet tycker jag att de har en väldigt bra verksamhet. De tar klienterna ur sin hemmiljö och ger dem en möjlighet att förändras. Att de sedan arbetar utifrån empowerment anser jag är bra. Klienterna får själva laga maten, städa, ta tag i juridiska och ekonomiska problem, arbeta på relationen till familj och vänner samt med sin psykiska och fysiska hälsa. De klienterna jag mötte såg ut att må bra fysisk. Som jag nämnde i min inledning hade jag aldrig kunnat se att de varit aktiva missbrukare om jag mött dem på gatan.

Slutligen tycker jag att det är viktigt att samhället finns där för dem som valt att ta sig ur sitt missbruk. De har gjort en tuff resa under sin behandling. Att vägra dem arbete eller bostad på grund av deras tidigare missbruk ser jag som ett misslyckande från samhällets sida. De har gjort ett val, ett val som innebär att de vill leva ett vanligt liv. Vi måste enligt Braitweiths hjälpa dem att återintegreras i samhället. De måste få en möjlighet till en bostad trots betalningsanmärkningar eller skulder från sitt tidigare liv. De måste även få en möjlighet till ett arbete även om de inte arbetat särskilt mycket de senaste åren på grund av att de befunnit sig i ett missbruk eller i en behandling. Samhället måste ge dem en ny chans.

Referenslista

Engdahl, O. & Larsson, A. (2006) *Sociologiska perspektiv, Grundläggande begrepp och teorier*. Lund: Studentlitteratur

Giddens, A. (2003) *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur

Johansson, T. "Mötets många ansikten – när professionella möter klienter". Meeuwisse, A. Sunesson, S. Swärd, H. (2007) *Socialt arbete, en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur

Levin, C. & Lindén, G. "Psykologi och socialt arbete". Meeuwisse, A. Sunesson, S. Swärd, H. (2007) *Socialt arbete, en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur

Meeuwisse, A. & Sunesson, S. "Perspektiv på sociala problem – några positioner". Meeuwisse, A. & Swärd, H. (2002) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur

May, T. (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Svensson, B. (2007) *Pundare, jonkare och andra. Med narkotika som följeslagare*. Stockholm: Carlsson

Swärd, H. & Starrin, B. "Makt och socialt arbete". Meeuwisse, A. Sunesson, S. Swärd, H. (2007) *Socialt arbete, en grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur