

En introduktion till de teoretiska utgångspunkter, erfarenheter och metoder som styr behandlingen mot drogberoende för klienter som rehabiliteras vid Mälardalens Behandlingscentrum (MBC).

MBC uppstod 1991 från ett tidigare landstingsdrivet behandlingshem, vilket startade 1983. Syftet med behandlingshemmet har formulerats enligt följande:

”MBC ska, med ett professionellt förhållningssätt grundat på etiska regler och respekt för den enskilda individens integritet, verka för att klienter samt övriga kunder tillsammans med oss uppnår ett gemensamt framförhandlat mål. MBC ska erbjuda klienter en drogfri och trygg miljö, där välutbildad och kompetent personal arbetar för att klienter ska leva ett liv utan missbruk av droger”.

För att lättare kunna få en inblick i vilka lärdomar vi tagit till oss under alla intensiva år som behandlare, är denna introduktion varvad med historiska återblickar.

Flera av oss som nu arbetar på MBC har varit aktiva behandlare sedan första hälften av 80-talet. På den tiden rädde förändringens vindar då det gällde metoder om hur man bäst ska kunna hjälpa missbrukare till ett värdigt liv. Det gamla sjukdomsperspektivet ifrågasattes och Tomas Olsson och Roland Johansson, psykologer i Malmö, introducerade den s k ansvarsmodellen.

Mycket kortfattat går denna ut på att klienten tar aktiv del i sin rehabilitering utifrån idén att människor är kapabla och kan ta ansvar om de bara får chansen. Detta anammade personalgruppen och började skaffa sig utbildning och handledning i transaktionsanalys (TA). TA är en amerikansk vidareutveckling av den psykodynamiska psykoterapiskolan men som har inslag av konkret pedagogik, tydliga beteendekontrakt och kognitiva tekniker. Behandlingsarbetet hade stark betoning på det egna ansvaret och personalen arbetade endast dagtid. Resten av tiden förväntades klienterna sköta hemmet. Detta fungerade i det stora hela bra, tills de politiska vindarna återigen vände och man beslutade att dra in på de ekonomiska resurserna för institutionsplaceringar. Följden blev att de klienter som, trots allt, fick vård på behandlingshem var i ett betydligt sämre psykiskt och somatiskt skick än tidigare. Då personalgruppen noterade detta kom man fram till att de klienter man nu uppdrogs att behandla ännu inte hade de strukturella förutsättningarna att de kunde lämnas utan direktstöd från behandlare dygnet runt.

I samband med att det landstingsdrivna behandlingshemmet skulle läggas ned, och hälften av personalgruppen beslutade sig för att försöka driva verksamheten vidare på egen hand, anställdes erfarna och högutbildade behandlare att arbeta under dygnets alla timmar. Vi tog, under flera år handledning av Sverker Belin, psykolog och författare, som fördjupade vår kunskap om de starka processer som sker i och runt människor med svåra livsproblem.

Vi har hela tiden varit ett dynamiskt behandlingsteam som ständigt ifrågasatt det verksamma i det vi håller på med. Behandlingsinnehållet har därmed pendlat, från att göra det mesta terapi- och behandlingsarbetet kollektivt och i grupp till att arbeta nästan helt individuellt. Den grundläggande humanistiska människosynen har dock alltid varit det kitt som förenat oss. I takt med att vi blev allt mer kunniga började vi specialisera oss inom olika terapiskolor, vilka gick att integrera under ett och samma tak. Behandlingsteamets kompetensområden innefattar numer fleråriga utbildningar inom: psykodynamisk-, gestalt-, lösningsfokuserad-, systemteoretisk-, bild-, integrativ-, EMDR (traumabearbetning), KBT (kognitiv beteendeterapi), MBT (mentaliseringbaserad terapi), MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), NADA (stresshantering med hjälp av akupunktur) och kroppspsykoterapi (Downing), samt nätverksarbete.

De olika metoderna har olika grad av evidensbaserad effekt och det är teamets erfarenhet att en teknik, som kanske har en stark evidens enligt naturvetenskapens sätt att mäta kanske inte fungerar överhuvudtaget för vissa individer medan en annan teknik med låg forskningsevidens kan vara det som får livet att börja fungera för andra. Det finns validerad forskning som fastställer att behandlarens skicklighet är mer avgörande för utfallet än den teknik han/hon använder.

Vår fantastiska hjärna

Det mesta vi nu vet om hjärnan har vi lärt oss de senaste 20 åren och forskningen går framåt i en rasande fart. Man kan, förenklat, beskriva utvecklandet av en vana med att varje kedja av tankar, känslor och handlingar gör att synapserna bildar ett unikt mönster av kommunikation. För varje gång vi upprepar dessa tankar, känslor och handlingar fördjupas det här mönstret.

Det är ungefär som när vi sneddar över en gräsmatta: första gången plattas gräset till lite och för varje gång vi går just där blir det en liten fördjupning i marken, som med tiden blir till en tydlig stig där det inte växer något. När vi sneddat över gräsmattan tillräckligt många gånger är det som att vi gör det per automatik, d v s utan att ens tänka på att vi gör det.

Hjärnan tycks vara i behov av att skapa sådana "stigar", då det ger kraft över till annat vi behöver ta ställning till. De upptrampade stigarna tycks ha svårt att "växa igen", vilket medför

att vi, kanske för resten av livet, lätt halkar in i ett invariant mönster om vi inte ser upp. Om vi t ex lyckas sluta använda narkotika men börjar dricka alkohol i stället tycks den nya alkoholvanan lätt "hoppa in" på den, av narkotikan redan upptrampade "stigen". Har vi med andra ord varit tvångsmässigt beroende av något tenderar vi att lätt bli beroende av något annat även framledes. Det tar mellan 1,5 - 5 år för att en livsstilsförändring ska bli helt naturlig.

Missbruk och utvecklandet av missbruksidentiteten

Vår definition av missbruk, som till stora delar sammanfaller med Craig Nakkens teorier, innebär att en person utför en handling trots vetskapen om att detta ger negativa psykiska, relationsmässiga, sociala, fysiska eller ekonomiska konsekvenser.

Tillståndet är av tvångsmässig karaktär.

Åren har lärt oss att missbruk är ett så komplext och mångfacetterat fenomen att det är mycket svårt att angripa det med enbart en enda metod. Vi tror att man behöver bearbeta flera nivåer samtidigt, eftersom missbruket ger skador såväl biologiskt, kemiskt, intrapsykiskt, interaktionellt, socialt, fysiskt och samhällsekonomiskt.

Som en konsekvens av slutsatsen att allt hänger ihop tror vi alltså att missbruket som sådant är ett desperat lösningsförsök att få ihop en outhärdlig smärta med en svärbegriplig omvärld. Ingen missbrukare vi träffat flyr verkligheten för att "djävljas", trots att moraluppfattningen bryts ned av droglivet.

Alla människor har en självuppfattning om sin position i livet och gentemot omgivningen. Denna självbild, som vi kallar identitet, måste bekräftas så att vi inte förlorar oss själva.

Ett afrikanskt ordstäv lyder: **"Ett lejon måste ryta ibland för att komma ihåg att det fortfarande är ett lejon"**.

Alla behöver vi en identitet och drogen är en mycket stark identitetsbekräftare.

Vi förstår det som att de klienter som numer remitteras till MBC, historiskt sett, ofta har upplevt att de syns men inte blivit sedda. Många har växt upp under förhållanden som inneburit att de tvingats förhålla sig till sin omvärld i stället för att relatera till den.

Att hjälpa ett barn att göra skeenden begripliga, hanterbara och meningsfulla är en av de främsta uppgifter föräldrar och samhälle har. Ibland är omständigheterna sådana att detta inte är möjligt och detta bidrar till att forma barnets självbild. Vi kan inte skylla våra tillkortakommanden på våra föräldrar hur länge som helst, för vi har fullt ansvar för de val vi gör i livet. Många anhöriga är oroliga för att allt kommer att skyllas på dem, men vår utgångspunkt är att alla föräldrar vill det bästa för sitt barn, men att livet utsätter en för omständigheter som gör att man inte räcker till allt man önskar. Erfarenheten säger oss

snarare att det är föräldrarna som skuldbelägger sig själva - barnen är mer förlåtande.

För att återgå till forandet av missbruksidentiteten och dess syften: de flesta av våra klienter har tappat tilliten till att det finns något gott att hämta i en nära relation till en annan person. Många har en gång bestämt sig för att de aldrig mer ska bli beroende av någon annan människa, för det gör för ont när den sviker.

Då de, av nyfikenhet, började prova droger, upplevde de en känsla av styrka, potens och harmoni. Detta, som man kan uppnå i en förtroendefull relation med en annan människa kunde alltså upplevas på kemisk väg och denna upptäckt blev något som närmast är att jämföra med en himlastormande förälskelse. Många upplevde detta som att det går att må så här gott utan att riskera att bli sviken. Flaskan, eller sprutan, ligger där tills missbrukaren tar den och den ställer heller inga motkrav till skillnad från människor. De kunde alltså fortsätta att *förhålla sig till* i stället för att *relatera*. Liksom i alla förälskelser, identifierar man sig med sin älskade.

För missbrukaren sätter en identifieringsprocess igång som innebär *förtingligande* av den egna personen, eftersom drogen, eller aktiviteten (det kan vara kriminalitet, mat, sex, spelande etc) inte är levande. Det som står missbrukaren allra närmast hjärtat är alltså ett ting eller en företeelse som denne identifierar sig med. Då utvecklandet av missbrukaridentiteten nått tillräckligt långt slutar den drogberoende, på en nivå, se sig själv som mänsklig.

Ofta hörs uttryck som att "slå i sig en smet", "häva i sig", "må bra på..." etc, vilket indikerar en självuppfattning som närmast är att likna med en maskin eller en tingest.

Andra människor börjar också ses som brickor man kan spela med för att uppnå sina mål. Man vill inte veta av att andra berörs då man missbrukar, utan man vill leva i uppfattningen att det "bara är mej själv jag skadar". Då missbrukaren uppnått detta stadium i identifieringsprocessen som innebär *förtingligande* kan han eller hon helt enkelt inte relatera till andra (på samma sätt som det inte går att ha en relation med ett dött ting – man kan bara förhålla sig till eller manipulera det).

I detta läge gör sig de sociala skadorna påmind. De människor som stått en nära klarar inte längre av att ständigt se någon de tycker om, missbruka sitt liv och sina relationer. Samhällets toleranströskel överskrids. Missbrukaren sköter kanske inte sina uppgifter på arbetsplatsen, sina ekonomiska åtaganden etc men vid bakfyllan eller avtändningen kommer skammen och ångesten i allt mer tilltagande styrka, vilken så klart, jagas på flykten av mer droger. Då drogen till slut börjar mista sina goda effekter och förintelseångesten tränger igenom det mest kraftfulla ruset, börjar tankarna på att man inte klarar att bryta detta förhållande på

egen hand.

Bruket har blivit till missbruk, vilket innebär att det inte längre handlar om ett fritt val utan man är fast i ett tvångsmässigt beteende och handlingssätt.

Då man provat öppenvård, men inte klarat av detta, på grund av att de invanda mönster och relationer man har inte ger möjlighet till reflektion kanske man kan få komma till ett behandlingshem, typ MBC.

Då missbrukaren är avgiftad och inte längre tar sin drog väcks en hunger. Det som stått en närmast finns inte längre där och man är livrädd för att andra människor ska komma en nära. Eftersom homo sapiens historiskt sett är en flockvarelse, väcks denna drift i missbrukaren. Längtan efter att tillhöra ett sammanhang skapar konflikter eftersom rädslan och oförmågan att relatera är stor. Vanligtvis försöker missbrukaren undvika problemen i stället för att lösa dem. Den mänskliga värme som finns på behandlingshemmet tinar upp det som man en gång försökt frysa ned med sina droger och känslolivet börjar sakta, men säkert, göra sig påmint.

Behandlingsrelationen kommer under nästan hela behandlingstiden att präglas av ambivalens. Att vilja ha en nära relation som är att lita på men att samtidigt, av rädsla, göra det mesta för att förstöra den enligt principen "det är bättre att avvisa än att bli avvisad". Efter en tids nykterhet och samtal där man blir tagen på allvar börjar självbilden ruckas. Detta innebär en stressor för alla människor vilket i sin tur medför en djup existentiell ångest. Ångesthantering är något som klienten med åren förknippat med tillförsel av kemiska substanser (eller upprepade och tvångsmässiga handlingar).

Eftersom alla levande organismer strävar efter balans söker sig missbrukaren nu tillbaka till längtan efter det drogliv, som i takt med stigande självförtroende och sviktande minne, kan uppfattas som kontrollerbart. Ett återfall är i detta läge nära förestående och detta är en följd av att självbilden blivit ruckad. Alltså: återigen ett lösningsförsök i syfte att reducera ångest och återerövra sin identitet.

Att, i detta läge "skriva ut" klienten, visar MBC:s mångåriga erfarenhet, befäster ofta upplevelsen av att vara misslyckad och att ingen finns där då det verkligen gäller. Ett återfall i den gamla identiteten eller tvångshandlingen kan vid en första betraktelse ses som brist på motivation, men de slutsatser vi på MBC dragit är att det nästan alltid finns en motivation att sluta missbruka sitt liv hos klienten - däremot kan motivationen försvinna hos omgivningen och de som är satta att hjälpa honom eller henne.

Några vanliga försvarsmekanismer i missbruket

De första åren hade vi som regel att automatiskt skriva ut klienter som uppvisade symtom

och såg detta som ett tecken på att behandlingen var felaktig eller att klienten var omotiverad. Vad vi inte förstod var de *negativa terapeutiska reaktioner* som uppstår då personer får hela sin identitet hotad. Personen söker sig då tillbaka till ett välkänt tanke- och handlingsmönster för att försöka reducera ångesten enligt devisen "hellre ett välkänt helvete än ett okänt himmelrike".

Även försvaret *identifikation med aggressorn* är en ständigt närvarande motkraft att räkna med i missbruksbehandling. Kortfattat innebär detta att personen attackerar sig själv på samma sätt som man tidigare upplevt sig ha blivit behandlad av andra. Detta kan till exempel visa sig genom att personen försöker radera det den byggt upp och förstöra den fina planering den gjort tillsammans med behandlare och placerande myndighet.

Dualism - en förutsättning för missbruk

Det *dualistiska tänkandet* genomsyrar flera tidiga störningar och även missbrukstänkandet. Detta innebär att man delar upp personer och företeelser i olika motsatsförhållanden, såsom full - nykter, snäll - dum, svart - vit etc. Nyanserna däremellan finns inte och personen kan inte (annat än rent intellektuellt) se att någon eller något kan vara både och samtidigt.

Ett av de mest framträdande coping-mekanismer hos en missbrukare, vilket destruktivt beroende det mände vara är *vertikal-split* som, helt kort, innebär att människan spjälkar av, eller förnekar delar i den egna personligheten som inte "får finnas". Det kan vara allt från skam, skuld och aggressivitet till att få njuta och ha roligt. Eftersom ingen kan vara snäll och "god" hur länge som helst används drogen som en bro över till de andra, bortträngda delarna i personligheten. Då personen är drogfri förnekas de personlighetsdragen som fått utrymme under ruset eller tillnyktringen. Fenomenet är det samma som då en man misshandlar sin hustru men som dess emellan är den snällaste och mest omtänksamma personen på jorden för henne. Han förnekar å ena sidan sina aggressioner då han har dåligt samvete och förnekar på samma sätt sina kärleksfulla sidor då han misshandlar.

För att hjälpa missbrukaren ur denna kamp mellan det onda och det goda är den enda långsiktiga lösningen, som vi ser det, att försonas med och acceptera alla sina mänskliga sidor - inte genom att "sköta sig" utan genom att stå för sina upplevelser och handlingar.

Detta är vad en stor del av behandlingsarbetet syftar till på MBC.

En konsekvens av detta tänkande är att allting räknas, alltså att det inte går att skylla sitt handlande på att man varit drogad eller "sjuk".

Regler

Tidigare hade vi 10 -15 regler som skulle följas för att klienten skulle få fortsatt behandling, vilket gjorde det enkelt att bli utskriven - och därmed slippa konfronteras med de verkliga

problem som föreligger lösningsförsöket. Vi blev ofta förblindade av regelbrott och utageranden, vilket vi inte såg som ett sätt att kommunicera utan som en indikation på att klienten var "omotiverad", vilket vi tyckte skulle korrigeras med utskrivning från behandlingen. Senare insåg vi att det var vi själva som var omotiverade till följd av bristande förståelse för människans omedvetna försvarsmekanismer.

Nu har vi bara fyra regler, vilka vi tagit fram tillsammans med våra klienter:

- 1) Närvaro vid gemensamma möten**
- 2) Total drogfrihet på MBC**
- 3) Ingångna överenskommelser gäller**
- 4) Att alla ska "dra sitt strå till stacken" för att verksamheten ska fungera**

Återfall – konsekvenser och åtgärder

Då en klient tar ett återfall (notera att vi inte använder den mer passiva termen "får") och detta upptäcks kan behandlingsteamet agera på en rad olika sätt. Vilken handlingsplan som används beror på en rad olika faktorer som vägs samman:

- 1) Personlighetsstrukturen hos den som tagit återfallet**
- 2) Vilken fas i behandlingsprocessen den befinner sig i**
- 3) Klientgruppens sammansättning och gruppprocess, under vilka omständigheter återfallet togs**
- 4) Personalens motivation att finna vägar att fortsätta arbeta efter det kontrakterade mål man framförhandlat**

Om personen skulle uppträda påverkad på behandlingshemmet blir denne uppmanad att lämna MBC. Då vår övertygelse är att ett återfall alltid är mer eller mindre planerat, förutsätts klienten också ha planerat för var han/hon ska ta vägen, eftersom denne valt bort möjligheten att få vara på MBC.

Noterbart är att **ingen får vistas på MBC med droger i kroppen, vilket dock inte automatiskt innebär att personen är utskriven ur behandlingen.**

I valet av namn (Behandlingscentrum) är den bakomliggande tanken att man, som hjälpsökande, inte måste vara boende på institutionen för att genomföra sin rehabilitering. Vad som är helt överskuggande är att klienten, MBC och placerande myndighet ska verka för att uppnå de mål som satts upp och vägarna dit är nästan lika många som de individer som söker hjälp.

Grundläggande teori om kontraktsförfarande säger att ett kontrakt endast kan upprättas gällande kontrollerbara åtaganden. Alltså gäller kravet på drogfrihet boendet och varandet på MBC och det är därför personen måste lämna behandlingshemmet i samband med berusning.

Som vi ser det innebär detta omsättande av ansvarsteorierna i praktiken. En drogad person som inte planerat för sitt boende före återfallet kan, beroende på tillstånd, placeringsparagraf och mån av tid eller plats bli skjutsad till avgiftningsklinik, härbärke, häkte, tågstation eller helt enkelt bli avsläppt i ett närliggande samhälle.

Placerande myndighet informeras så snart kontakt kan upprättas och klienten får instruktion att hålla telefonkontakt med sin terapeut på MBC då klienten är nykter.

Efter att ha bekräftat sin nykterhet med ett negativt urinprov och den upprördhet som uppkommit i kollektivet bearbetats initialt, kan personen i de flesta fall åter besöka MBC för ett samtal med terapeuten, behandlingsteamet och, ibland även klientgruppen, för att reda ut vad som hänt och vilka faktorer som talar för att behandlingsmålet ändå ska kunna uppnås.

Om terapeuten därefter fortfarande känner sig motiverad att satsa vidare i behandlingsrelationen, trots den föregående attacken mot densamma kan behandlingen gå vidare för MBC:s vidkommande. Om de övriga i behandlingsteamet också känner sig motiverade kan klienten dessutom få bo kvar på behandlingshemmet. Ofta skapas nya kriterier som ska uppfyllas för att fortsatt boende ska vara möjligt.

Då utgången av behandlingen är helt beroende av i vilken mån MBC, klient och placerande myndighet kan finna vägar till förståelse, ömsesidig respekt och samarbete behöver även den placerande myndigheten ta aktiv del i den uppkomna situationen.

Termen "placerande myndighet" används här då det de facto finns två uppdragsgivare och minst två uppdragstagare i denna samarbetstriad.

Många av de klienter som remitteras till MBC har en s.k. dubbeldiagnos, d.v.s. en axel II-störning enl. **DSM IV**. Problematiken visar sig bl. a. genom att impulsivitet, *split* och *projektiv identifikation* förekommer i kommunikationen. Därför är det av avgörande betydelse att placerande myndighet är bekant med dessa fenomen så att fokus läggs där det hör hemma - att verka för att klienten värnar om mänskliga relationer i stället för självförsörjande ersättningar. Risken är annars att klientens agerande och framkallande av ångest, förvirring och frustration bland omgivningen gör att man börjar misstänkliggöra och anklaga varandra. Detta innebär att den, tidigare nämnda, destruktiva dualismen reaktiveras och klienten kommer allt längre från sitt behandlingsmål.

Om de tidigare nämnda stegen har kunnat genomföras, påbörjar terapeut och klient det mödosamma arbetet att återupprätta det skadade ömsesidiga förtroende, vilket alltid är en konsekvens av missbruk.

Det är av stor vikt att klienten ges möjlighet att, tillsammans med någon annan, reflektera över vad som föranledde återfallet, vilka tankar och affekter som förelåg, samt hur han/hon kan förstå och lära sig något nytt om sig själv och sitt sätt att reagera.

Vi har under åren tillskansat oss en mängd tekniker för detta och som ett exempel kan nämnas ett återfallsprogram i form av en manual, utarbetad av **Hans Bergström** vid **Institutet för Terapi och Utveckling**, och som syftar till att medvetandegöra de ovan nämnda faktorerna.

Valet att arbeta på detta sätt är en följd av en övergripande målsättning vi har med förändringsarbete.

Att verka för det dualistiska tänkandets uppluckring och, i detta fall "bjuda in den drogade personligheten i den odrogade personlighetens verklighet" för att klienten ska se att båda strukturerna är samma person och att accepterandet av hela sig (inte bara den "skötsamma" delen) är en förutsättning för harmoni utan missbruk eller psykiska lidanden.

Även det faktum att den hjälpsökande inte kan förutse konsekvenserna av brottet mot drogfrihetsregeln (annat än att personen avvisas från MBC under ruset) är, som vi ser det, en del i den konsekvens- och relationspedagogik som genomsyrar behandlingsarbetet.

Allt vi gör får konsekvenser. Men då det gäller mänskliga relationer, är de inte alltid förutbestämda. Som missbrukare (eller överbelastad vårdgivare) är det bekvämare att ha färdigupprättade konsekvensplaner, vilket betyder att man "får ta sitt straff om man har gjort fel". Vad man har svårare att hantera är att ens handlingar får konsekvenser i relationen till andra människor, även om detta inte leder till några kortsiktigt mätbara skillnader i vardagen.

För att ta ett exempel: en man genomför ett inbrott. Han häktas och tilldöms ett förutsägbart straff. Efter några månader har han avtjänat straffet och har därmed i juridisk mening sonat brottet - och är således skuldfri. Vad han däremot inte har gjort är att ta ansvar för de konsekvenser han utsatt brottsoffret för. Han vill inte tänka att han orsakar någon annan svårt lidande och frustration då detta, för de flesta, skulle göra det hart när omöjligt att fortsätta göra inbrott.

Vid behandlingsarbetet på MBC efter ett återfall är det just dessa konsekvenser som betonas. Teknikerna varierar från fall till fall, men har alla detta syfte.

Därför vill vi ogärna avbryta behandlingen med någon utan att personen (och vi själva) har lärt något nytt. Detta är anledningen till att vi avskaffat den automatiska utskrivningen.

Eftersom vi även ser drogmisbruk som en form av tvångshandling, inbegriper detta att den

drogberoende, under en lång tid efter avgiftning, har kvar gamla försvarssystem som bl a handlar om att manipulera sin omgivning.

Därför behövs även olika former av kontroll som hjälp att minska lusten att ge vika för impulsen att återfalla.

Ett sätt att hjälpa klienten med detta är att oregelbundet och oannonserat låta klienten lämna urinprover för droganalys. Frekvensen på detta är 5-12 ggr/mån.

Då behandling förutsätter förtroende kan behandlaren inte ha rollen som kontrollant i allt för stor grad (kontroll är ofta motsatsen till kontakt).

För att minska problemen med dessa två olika roller anlitar MBC en utomstående sjuksköterska som provtagare och som i övrigt inte har någon behandlingsrelation med våra klienter. Proverna analyseras vid Karolinska Sjukhuset, som har ett mycket avancerat laboratorium för detta ändamål.

Vi använder oss, i första hand av sk teststickor för att få ett omedelbart testresultat.

Sammanfattning

Som sammanfattning kan sägas att MBC söker se människan bakom missbruket.

Missbruket ses som en integrerad del i en komplex helhet och som alltså fyller en funktion för att personen ska klara leva sitt liv, så som den själv uppfattar det.

Vi tror att vi människor väljer det bästa av de alternativ som vi ser eller tror oss ha.

Tror vi oss inte ha några andra alternativ kan vi således heller inte välja dem.

Genom en förtroendefull relation med en annan människa kan vi se nya valmöjligheter och genom detta får vi en större faktisk valfrihet.

MBC har ett väl fungerande och dynamiskt behandlingsteam där vi alla gör så gott vi kan och är vana vid att ompröva sanningar och dogmer.

Till följd av detta ska denna lilla sammanfattning ses som färskvara.

Vi hoppas att Du har fått en inblick i de tankar och erfarenheter som har format Mälardalens Behandlingscentrum till vad det är i dag. Förhoppningsvis har det gett Dig inspiration till att tänka i nya banor, och i så fall tycker vi det är bra!

Det finns inga sanningar - det finns bara uppfattningar (tror vi)!