



[Startsida](#)   [Styrelse](#)   [Lokalförening](#)   [Medlem](#)   [Utbildningar](#)   [Terapeuter](#)   [Handledare](#)   [Litteratur](#)   [Arkiv](#)   [Länkar](#)

## KBT i missbruksbehandling

### Återfallsprevention med kvinnor ur ett genusperspektiv

Christina Scheffel Birath

I Sverige idag finns en allmänt utbredd uppfattning om att svenskar är en av de mest jämställda befolkningarna i världen. Som ett mått på jämställdhet brukar man bland annat räkna andelen kvinnor på arbetsmarknaden. I Sverige arbetar nästan lika många kvinnor som män i åldrarna 16-64 år enligt Statistiska Centralbyrån. Andelen kvinnor som skaffar sig en eftergymnasial överstiger andelen män på flertalet utbildningslinjer. Föräldraförsäkringen med särskilt reserverade pappa-månader är en av de mest generösa i världen. Många svenska kvinnor i Sverige idag uppger att de känner sig jämställda med männen på de flesta områden i såväl hemmet som samhället.

Trots den, jämförelsevis, långt framskridna utvecklingen är den av ganska sent datum. Våra mödrar och mormödrar, beroende på vår ålder, växte upp i ett samhälle där kvinnlig rösträtt var en nymodighet. På 1950-talet förlorade gifta kvinnor möjligheten att ha en egen motbok på Systembolaget. Så sent som på 1970-talet riskerade kvinnor som gifte sig att bli uppsagda från arbetet. Inom vissa delar av samhället lever fortfarande en mängd föreställningar kvar som placerar kvinnan i ett underläge. Till exempel är kvinnors och mäns arbetsinsatser olika avlönade och utpräglade kvinnoarbeten har fortfarande lägre status. Inom juridik och lagstiftning lever också en föråldrad syn på jämställdhet kvar. Många är vi väl som upprörts av domar gällande kvinnor eller unga flickor som utsatts för våldtäkter där rättsväsendet grovt avviker från allmännas inställning till rätt och fel.

Inom forskningen har inte heller särskilt mycket hänt. Fortfarande sker merparten av medicinsk forskning på människor inom gruppen vita män från medelklassen. Anledningarna till detta kan vara att (1) man vill skydda kvinnor från tester som kan skada foster, (2) kvinnors hormoncykler kan påverka utprövningar samt att (3) ekonomiska aspekter spelar in, det är helt enkelt dyrt att inkludera kvinnor i försöken (Hammarström, 2004).

#### Genus

Genusbegreppet introducerades i Sverige på 1980-talet av historikern Yvonne Hirdman (Hirdman, 1988). Det används nu både inom och utanför den vetenskapliga världen. En rad olika skolor med grunden inom feminismen har utvecklat begreppet utifrån olika politiska ståndpunkter.

En enkel definition av begreppet genus är den som Eva Magnusson föreslår i sin bok *Psykologi och kön*. Enligt henne så används begreppet genus som en

*"...sammanfattning av hur en viss kultur ger innebörd åt det faktum att människor förekommer i två biologiska kön, som vanligen uppfattas som radikalt olika varandra."*  
(Magnusson, 2002, s. 24).

Historiskt har såväl män som kvinnor tilldelats en rad egenskaper och roller. De egenskaper och roller

som kvinnan har tilldelats har inneburit positioner där hon inte fått tillgång till medlen för välstånd. De egenskaper som tilldelats mannen har tillåtit honom att dominera, gett honom makt och kontroll över andra, det vill säga kvinnan och barnen (Van Den Bergh, 1991). Begrepp som förknippas med kvinnlighet i vår kultur är svaghet, internalisering av känslor, skyldigheter och skam. Ett genusperspektiv på missbruk kan innebära ett accepterande av relationen mellan en internaliserad känsla av fragilitet och jakten på något som är externt till självet, att bedöva ångest och rädsla med. Inom medicinen måste man ta hänsyn till både det biologiska och sociala könet (Hammarström, 2004).

### **Kvinnors förändrade dryckesvanor**

Det ökande drickandet av alkohol i Sverige uppmärksammas på olika sätt i media och undersökningar. Vår tidigare dryckeskultur med berusningsdrickande till helgerna har utökats med det som vi uppfattar som ett kontinentalt sätt att dricka, det vill säga även på vardagar. Kombinationen kan för många bli förödande.

Kvinnors drickande i ett historiskt perspektiv har varit sparsamt eller obefintligt. I takt med att traditionella ansvarsområden under senare delen av 1900-talet luckrades upp så har även kvinnornas alkoholvanor förändrats. Den tydligaste ökningen av kvinnors drickande har skett sedan slutet av 1970-talet. I ökande utsträckning dricker kvinnor nu oftare och större mängder än tidigare (Helmerson Bergmark, 2002).

Idag nås vi ofta av alarmerande siffror från olika undersökningar. Den stora ökningen av alkoholkonsumtion hittar vi hos två olika grupper av kvinnor. Vanliga alarm rör kvinnor 50+ som framför allt dricker vin där bag-in-box anges som en av de stora farorna. Denna grupp är etablerade på arbetsmarknaden med äldre eller vuxna barn. Den andra gruppen kvinnor är i åldern 16 – 29 år och har ett ökat berusningsdrickande, dessa har som regel inte hunnit skaffa barn ännu.

En viktig grupp kvinnor som ännu inte gör så stort väsen av sig i statistiken är gruppen kvinnor födda på 1960- och 70-talet. De är uppvuxna med liberala alkoholvanor på 1980-talet och har sedan tonåren och under tidig vuxenålder varit högkonsumenter av alkohol. Endast under tiden då de bildat familj med graviditet och amning har de som regel undvikit alkohol. Därefter har drickandet återupptagits gradvis till tidigare omfattning. Samtidigt som denna grupp är föräldrar till minderåriga barn så är de också i karriären med höga, och ofta motstridiga krav på sig själva, både som föräldrar och yrkesverksamma. Dessa olika krav medför tankar av otillräcklighet, de egna behoven tillgodoses inte och därpå följande känslor av mindre värde. Att använda alkohol som ett hjälpmedel för avkoppling eller en egen stund i vardagen har blivit ett sätt att hantera detta. De har idag kommit upp i den ålder när deras drickande börjar ge effekter såsom ökad tolerans och merbegär.

Trots en allmänt tolerant inställning i samhället till alkohol så är drickandet omgärdat med en rad normer och föreställningar. Till exempel så anses det i vår kultur tillåtet för en man, till och med manligt, att vara berusad men inte på samma sätt socialt accepterat för kvinnor att förlora kontrollen. En konsekvens av rådande normer blir att kvinnors drickande omgärdas med skuld och skamkänslor.

### **Kvinnliga dryckesmönster**

Inom missbrukarvården är man observant på de vanligast förekommande dryckesmönstren, det vill säga mäns dryckesmönster. Dessa finns till exempel beskrivna i DSM-IV. Kvinnors dryckesmönster skiljer sig dock från männens på flera punkter.

Det sociala drickande vid festliga tillfällen får tidigare mer negativa konsekvenser för kvinnor än för män. Redan tidigt beskriver kvinnorna negativa konsekvenser av sitt drickande. Exempel på dessa är att man försatt sig i situationer som innebär risk för skada, vaknat i säng med okänd man, blivit rånad eller somnat utomhus eller i en trappuppgång.

De positiva konsekvenserna av drickandet överväger dock länge. Alkoholen används som avkoppling, för att förhöja positiva känslor, dölja osäkerhet och sviktande självkänsla, minska ångest och oro eller för att kunna somna (Scheffel-Birath, mfl., 2005). Många av de positiva konsekvenserna innebär dock att man lämnat det sociala drickandet och övergått till ensamdrickande. Detta leder till svårigheter att upptäcka en missbruks- eller beroendutveckling i tid samt att känslor av att vara annorlunda cementeras.

### **EWA-mottagningen – en historisk tillbakablick**

På 1980-talet uppmärksammades kvinnors ökade drickande och specifika behandlingsbehov av Lena Dahlgren, klinikchef på Magnus Huss vid Karolinska sjukhuset i Stockholm. Hon startade då EWA-mottagningen (Early Treatment for Women with Alcohol Addiction). Avdelningen var den första i sitt slag i världen (Dahlgren, 1984). Det var från början en försöksverksamhet, det s.k. EWA-projektet.

Verksamheten permanentades sedermera och behandling erbjöds inom både öppen- och slutenvård. EWA-mottagningen erbjöd alkoholbehandling till kvinnor i alla åldrar, ett kriterium var att de inte sökt vård för sina alkoholproblem tidigare, därav "Early". Vårdfilosofin enligt publikationer från EWA-mottagningen vilade på biomedicinsk grund med psykiatriska och socialpsykiatriska inslag (Scheffel-Birath mfl, 2005b).

Genom en lång rad artiklar dokumenterades arbetet, både från klinisk och från forskningsteoretisk synvinkel (Dahlgren&Willander, 1989, Dahlgren, 1992). Under senare delen av 1990-talet skedde en rad omorganisationer av beroendevården i Stockholm vilket bland annat fick till följd att mottagningens slutenvård lades ner och mottagningen var under cirka ett år vilande.

### **EWA-mottagningen idag**

I början av 2001 startades EWA-mottagningen igen, nu i Beroendecentrum Stockholms regi. Beroendecentrum Stockholm är idag den huvudsakliga aktören av missbrukarvård inom Stockholms läns landsting. Mottagningen är nu en högspecialiserad öppenvårdsmottagning med inriktning på kvinnor med alkoholmissbruk och som har barn under 18 år. Målet med behandlingen är att hjälpa kvinnorna till en stabil nykterhet. Behandlingens vilar på aktuella teorier om missbruk, kultur, genus och med en familjeterapeutisk tillämpning.

EWA-mottagningen har idag flyttat till nya lokaler vid Rosenlunds sjukhus på Södermalm i Stockholm. På mottagningen arbetar två sjuksköterskor, en läkare, en psykolog, en familjeterapeut samt en läkarsekreterare. Till mottagningen kan man komma via egenanmälan eller remiss. Ungefär 70 % av våra patienter har själva kontaktat mottagningen.

Behandlingsutbudet är brett och individanpassat. Samtliga patienter har en individuell behandlingskontakt med motivationssamtal enligt Motivational Interview, MI (Barth mfl, 2003). Den medicinska behandlingen som erbjuds är sedvanlig alkoholbehandling med Antabus, Campral och Revia samt i förekommande fall poliklinisk avgiftning. En stor del av patienterna får öronakupunktur enligt NADA-modellen (Berman mfl., 2004) i syfte att motverka abstinens och sug. Kvinnorna erbjuds ofta en familje- eller anhörigkontakt framför allt i syfte att arbeta med de effekter och konsekvenser som alkoholen fått i de nära relationerna. Det familjeterapeutiska arbetet sker enligt systemteoretiska modeller. I stort sett alla kvinnor erbjuds dessutom en återfallspreventionskurs i grupp. Sedan 2001 har mottagningen haft 2 – 3 grupper per år med cirka 5 – 10 deltagare i respektive grupp.

Patienterna på EWA-mottagningen har en medelålder på 40 år, de har i snitt 2 barn. Drygt hälften har en eftergymnasial utbildning och nästan alla har en förankring på arbetsmarknaden. Hemlösa eller gravt utslagna kvinnor är ofta förankrade, så gott det går, på en lokal mottagning där samarbetet sker nära socialtjänsten. Behandlingstiden på mottagningen varierar mellan 6 – 18 månader.

### **Behandling ur ett genusperspektiv**

Utifrån teoretiska resonemang och olika forskningsresultat har EWA-mottagningen idag dragit slutsatsen att en behandling av kvinnor i termer av biologiskt kön inte är tillräcklig utan kvinnorna i behandling måste även ses ur ett genusperspektiv. Först då blir kvinnornas erfarenheter och upplevelser betraktade på kvinnornas egna villkor.

Accepterandet av det sociala könet får konsekvenser för synen på behandling. Inom behandlingar med kvinnor som målgrupp har begreppet "empowerment" givits en innebörd. Empowerment i dessa sammanhang kan beskrivas som en möjlighet att omvärdera sitt egenvärde, bland annat för att kunna fatta egna autentiska beslut och därmed ta makten över sitt eget liv. Empowerment innebär en helhetsyn där kvinnan är subjektet (Scheffel-Birath mfl, 2005b). Centralt är också tillgång till makt och inflytande, dels i det egna livet, dels interpersonell och strukturell makt. Empowerment är alltså inte en behandlingsmetod utan ett sätt att skapa förutsättningar för växande och egenmakt (Björling, 2005).

### **Återfallsprevention – en kognitiv metod ur ett genusperspektiv**

Återfallsprevention är en evidensbaserad behandling för personer med alkohol- eller drogproblem. Behandlingen innebär i korthet att personen identifierar risksituationer, konsekvenser i syfte att göra en livsstilsförändring. Metoden som sådan ger möjlighet till empowerment, men den är också beroende av ramar och förutsättningar. Exempel på detta kan vara att skapa grupper för enbart kvinnor och låta personliga erfarenheter ta större plats.

### **Beskrivning av sessionerna med tonvikt på särskilt verksamma inslag för kvinnor**

I det kliniska arbetet med grupper i återfallsprevention vid EWA-mottagningen följer vi i stora drag de i

Saxon & Wirbings bok om återfallsprevention (Saxon&Wirbing, 2004) föreslagna uppläggen av sessionerna. EWA-mottagningen har dock utökat modellen med några sessioner och omfattar totalt 12 sessioner. I dessa ingår även ett förberedande informationsmöte samt en återträff.

### **Patienter**

Vanligtvis kallas 15-20 kvinnor till gruppen varav hälften brukar påbörja och fullfölja kursen. Kvinnornas medelålder är cirka 40 år. Grupperna kan skilja sig åt då inga försök att matcha patienter görs, i vissa grupper finns generellt sett fler med en allvarligare beroendeproblematik eller psykiatrisk problematik än i andra.

### **Kursledare**

Kursledare för återfallspreventionsgrupperna är författaren samt en sjuksköterska/familjebehandlare på mottagningen. Författaren har varit en av två ledare i samtliga grupper som förekommit på mottagningen. Erfarenheterna med att vara två kvinnliga kursledare är enbart positiva. Att vara två kvinnor som leder är en viktig rollmodell för de deltagande kvinnorna. Kontakt och samarbete mellan kursledarna inspirerar deltagarna till egna initiativ.

### **Sessioner**

Kvinnorna kallas först till ett informationsmöte 1-2 veckor före gruppstart. Vi har tillämpat denna modell då många kvinnor tidigare uteblev från kursstart med motiveringen att de kände sig obekväma i en grupsituation. Informationsmötet är till intet förpliktigande och beräknad tidsåtgång är 30 – 45 minuter. Vid informationsmötet presenterar vi kursledare oss, redogör för vad kursen kommer att innehålla, Prochaska modell (Prochaska&DiClemente, 1986) om stadier av beteende i förändring samt regler för deltagande i kursen. Avslutningsvis tar ofta någon av kvinnorna spontant upp förslaget om att "vi kan väl också presentera oss". En viktig del av en begynnande arbetsallians är därmed gjord. En aspekt av genus på detta första informationsmöte anser vi vara möjligheten av att träffa andra kvinnor i liknande situation. På så sätt minskar känslor av utanförskap och påbörjande av en empowerment-process.

Sedan följer övriga sessioner 1 gång/vecka enligt manualen. Sessionerna är ofta livliga med en hel del skratt men även gråt. Gradvis under sessionerna ökar tilltron till de egna tankarna och känslorna. Många privata och ofta hemliga upplevelser och tankar "delas" under sessionerna. Kvinnorollen diskuteras livligt, problem i samband med dubbelarbete och relationer men även existentiella frågor om eget värde och meningen med livet. Det ofta dynamiska klimatet i grupperna kräver att kursledarna är ständigt aktiva för att balansera, de för kursdeltagarna så viktiga och intressanta diskussioner och processer, med temat för dagen och kopplingar till tidigare sessioner.

Efter och utöver manualens åtta sessioner har vi lagt till två extra. Den ena handlar om familjen. Avsikterna med detta är dels att fånga upp EWA-mottagningens mål med familjeperspektiv även i återfallspreventionsgrupperna samt att öka kompetensen som förälder. Då vi ännu inte funnit något användbart material inom KBT för detta sker denna session i diskussionsform. Det skriftliga material vi utgår ifrån kommer från Rädsla barnen (Hägertz, 1992) och det behandlar bland annat de olika roller som barn i missbrukarfamiljer ofta intar, för att skydda familjen eller sig själva i en tillvaro som barn inte borde behöva vara med om. Vid denna session förekommer mycket oroligt skrap med stolarna och så småningom en del bekännelser. Information kommer i dagen som de ofta aldrig berättat för någon, om vad deras barn har varit med om på grund av deras drickande och även om uppväxter där de själva varit utsatta på olika vis på grund av deras föräldrars alkohol- och tablettmissbruk. Anknytningen till KBT sker i diskussioner om hur man kan ordna för barnen i samband med risksituationer, konsekvenser av drickande för familjen samt nödfallsplaner som även inkluderar barnens behov. Genus- och empowermentperspektivet får utrymme i sessionen via belysningen av barnets medborgerliga rättigheter ur ett maktperspektiv.

Den andra sessionen som vi lagt till kallar vi för valfri session. Vi tillfrågar gruppen hur de vill fylla denna session. Ibland önskar de mer kunskap och information om medicinska aspekter på att vara kvinna med missbruksproblem. Enstaka grupper önskar fördjupa det personliga erfarenhetsutbytet. De flesta grupperna önskar förslag från oss som kursledare. En session som vi då ofta tillämpar baserar sig på KBT-material om självhävande beteende. Förvånande nog kan man tycka så lyssnar de yrkesverksamma kvinnorna i gruppen, varav en del arbetar som mellan- eller högre chefer, andäktigt på oss när vi pratar om och introducerar temat genom att berätta om rätten att säga nej, att uttrycka sin åsikt, sina känslor och tankar om saker som berör en. Att bli uppmärksam på vilken svarsstil man själv använder sig av är det första steget till förändring. Då många av kvinnorna på mottagningen använder alkohol för att hantera obehagliga känslor i samband med konflikter i relationer ger denna session ger verktyg till kontroll och ökad makt av sin livssituation.

Återträffen bestämmer vi tillsammans vid sista ordinarie session. Den inträffar cirka 2 månader efter avslutad kurs. Redan innan gruppen avslutas har deltagarna ofta listat sina telefonnummer eller mail-adresser. Syftet med att bibehålla en kontakt visar sig ofta vara att telefonledes stödja varandra i svåra situationer, utöva gemensamma aktiviteter som till exempel att gå på AA-möten. Vissa grupper håller kontakten med varandra under flera år efter avslutad kurs.

Utvärderingar av respektive session och av kursen i sin helhet visar att kvinnorna generellt sett är mycket nöjda med såväl innehåll som diskussioner. De uttrycks ofta i utvärderingarna att de inte skulle ha deltagit i gruppen om även män hade deltagit. De flesta uppger att de förändrat sin målsättning avseende drickande från att ha haft en förhoppning om att kunna dricka "socialt" till tankar om att total nykterhet är värdefullare för dem själva.

## Diskussion

I medicinsk forskning och behandling finns ett behov av genusperspektiv för att utveckla behandlingsmetoder som bättre främjar kvinnors hälsa. De kurser i återfallsprevention som funnits på EWA-mottagningen sedan 2001 visar på vikten av att ha ett genusperspektiv inom såväl KBT som annan behandling. De flesta av de kvinnor som genomgått behandling och återfallspreventionsgrupp på EWA-mottagningen hade troligen inte genomfört en liknande behandling om grupperna övervägande hade bestått av män.

Självhjälpsgrupper är en framgångsrik metod för personer med olika medicinska, psykiska och sociala problem. Då en av poängerna med självhjälpsgrupper är att gruppen är homogen förstärks våra åsikter om att bedriva återfallspreventionsgrupper enbart för kvinnor, där så är möjligt.

Brister i aktuella manualer för återfallsprevention är bland annat att föräldrakompetensen hos missbrukande personer inte behandlas. Även män är ju ofta förälder. Fördelar med metoden är att den kan utvecklas och metoder som är speciellt viktiga för olika patientgrupper kan läggas till som särskilda sessioner.

På EWA-mottagningen är ytterligare behandlingsmetoder under utveckling. Exempel på dessa är anhörigbehandlingar och behandling av tidigare upplevda trauma. Parallellt med detta så utvärderas de olika behandlingsalternativen på mottagningen vidare i olika studier.

## Referenser

Barth, T. Børtveit, T. Prescott, P.(2003) *Förändringsinriktad rådgivning*. Trelleborg: Liber.

Berman, AH. Lundberg, U. Krook, AL. Gyllenhammar, C. (2004) Treating drug using prison inmates with auricular acupuncture: a randomized controlled trial. *J Subst Abuse Treat*. Mar; 26(2):95-102.

Björling, B. (2005). Empowerment – modeord eller framtida möjlighet. Hilde, M. (red.), *Kön, behandling och kunskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlgren L. (1984) Hur gick det för kvinnorna i EWA-projektet? Rapport efter två års verksamhet. *Läkartidningen* (45), 4527-4531.

Dahlgren L. (1992) Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare. *Socialmedicinsk tidskrift* (8), 390-394.

Dahlgren L, Willander A. (1989) Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* (13) pp 499-504.

Hammarström, A. (2005) *Genusperspektiv på medicinen*. Stockholm: Högskoleverket.

Helmerson Bergmark, K. (2002) Kvinnor och Alkohol. Leissner, T. Hedin, U-C (Red.), *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bjurner och Bruno AB.

Hirdman, Y. (1988) Genussystemet – reflexioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 3:1988.

Hägertz, K. (1992) *Barnet i alkoholistfamiljen – en sammanställning av forskning, böcker och artiklar*. Rädda barnens rapportserie. Stockholm: Rädda barnen.

Magnusson, E. (2002) *Psykologi och kön. Från könsskillnader till genusperspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.

Prochaska, J. DiClemente, C. (1986) Toward a comprehensive model of change. I: W. Miller och N. Heather (red.), *Treating addictive behaviours: Processes of change*, New York: Plenum Press.

Rädda barnen

Saxon, L. Wirbing, P. (2004) *Återfallsprevention. Färdighetsträning vid missbruk och beroende av alcohol, narkotika och läkemedel*. Lund: Studentlitteratur.

Scheffel-Birath, C. (2005) *Drinking as a ritual for women with alcohol addiction at EWA unit*. Scientific paper at Psychology of Religion. Uppsala: Uppsala universitet.

Scheffel-Birath, C. DeMarinis, V. Hansagi, H. (2005) Grundläggande vårdfilosofi vid uppbyggnad av behandling för kvinnor med missbruksproblem. Hilde, M. (Red) *Kön, behandling och kunskap*. Lund: Studentlitteratur.

Van Den Bergh N. (1991) *Feminist perspectives on addictions*. New York: Springer Publishing Company.