



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# En fenomenografisk studie av fem kvinnors upplevelser av sin beroendeproblematik

SW2227 Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 30 hp  
Scientific Work in Social Work, 30 higher education credits  
Avancerad nivå  
Datum 2015-06-01  
Författare Diana Carlsson

## *Se mig!*

*Kan ni föreställa er,  
att jag fanns mitt ibland er,  
men ni såg mig aldrig,  
ni såg aldrig mina behov eller  
min längtan efter kärlek  
Allt blev outhärdligt  
vilket gav upphov till känslan av  
otillfredsställelse i min barndom och uppväxt.*

*Denna otillfredsställelse skapade en distans mellan oss,  
vilket medförde att jag försökte hitta  
bekräftelse och tillfredsställelse någon annanstans,  
där det var någon som såg mig.  
Men det blev inte som jag hade väntat mig.*

*Rädslan griper sig fast,  
Jag stelnar av skräck,  
Andningen ökar och tankarna flyr iväg.  
Hjärnan spelar upp filmen om vad som kommer att hända,  
jag har sett filmen så många gånger förut.*

*Jag hör ljuden, de skrämmer mig, jag känner igen dem,  
Jag snabbar mig, pulsen känns som en ekande trumma inombords.  
Jag springer, med andan i halsen vänder jag mig om  
för att aldrig mera vända tillbaka.*

*Hela min kropp och själ skriker efter hjälp  
men är det någon som hör eller ser mig?  
Mitt hjärta bankar, det är nu eller aldrig.*

*jag är rädd, för vad....  
jag står vid ett vägskäl i livet.  
hjärtat rusar som aldrig förr....  
varför.....för att jag har bestämt mig.*

*Denna berättelse handlar om,  
hur mitt liv såg ut i uppväxten,  
den speglar mitt liv som beroende,  
därefter följer förändringen i och med  
12-stegsbehandlingen och till sist  
presenterar jag exitprocessen  
som burit med sig nya möjligheter.*

*Idag är jag en stolt kvinna med två identiteter....  
en som missbrukare och en som före detta missbrukare.*

*Den inledande texten är skriven i jag form men den representerar de kvinnor som har fullföljt sin behandling och kan hantera sin beroendesjukdom idag.*

## ABSTRACT

Titel En fenomenografisk studie av fem kvinnors upplevelser av sin beroende-  
problematik.  
Författare Diana Carlsson  
Nyckelord Kvinnor, behandlingshem, beroende, 12-stegsmodellen

Denna masteruppsats handlar om fem kvinnors upplevelser av sin beroendeproblematik av alkohol, läkemedel och narkotika. Dessa kvinnor har fullföljt en behandling på ett 12-stegsbehandlingshem enbart för kvinnor. Studien innehåller en fenomenografisk forskningsansats och resultatet bygger på kvalitativa intervjuer. Studiens frågeställningar:

1. Vilka uppfattningar har kvinnorna om barndom, uppväxt och beroendeproblematik?
2. Vilka uppfattningar har kvinnorna om könsblandad – jämfört med kvinnobehandling?
3. Vilka uppfattningar har kvinnorna om 12-stegsmetoden och AA/NA möten?

Studiens syfte var att fånga kvinnornas upplevelser av varför de blev beroende och vad som har hjälpt dem att hantera deras beroendesjukdom.

### *Varför blev kvinnorna beroende?*

Resultat visar att kvinnornas upplevelser om orsaken till kvinnornas beroendeproblematik var arv, bristande miljö och uppväxtförhållande, sviktande stöd från föräldrar/vårdnadshavare och fel bekantskapskrets. Allt detta har påverkat kvinnorna negativt, då det har skapat känslor som rädslor, stress och oro.

### *Vad som har hjälpt kvinnorna att hantera sin beroendesjukdom?*

Resultatet visar att kvinnornas upplevelser av kvinnobehandling, 12-stegsmetoden och AA/NA möten var positiva. Detta har hjälpt kvinnorna att hantera deras beroendesjukdom.

Slutsatsen visar att det var kvinnornas egen önskan om en förändring i sitt liv som ledde fram dem till exitprocessen och ett drogfritt liv.

## ABSTRACT

Title: A phenomenographic study of women's experiences of their dependence-problems.  
Author: Diana Carlsson  
Keywords: Women, treatment, addiction, 12-step model

This master thesis is about five women's experiences of her dependency on alcohol, drugs and narcotics. These women have completed treatment in a 12-Step treatment center exclusively for women. The study contains a phenomenographical research approach and the result is based on qualitative interviews. The study's questions:

1. Which perceptions have women of childhood, upbringing and addiction?
2. Which perceptions have women of gender mixed - compared to women's treatment?
3. Which views have women on the 12-step method and AA / NA meetings?

The study's purpose was to capture women's perceptions of why they became addicted, and what helped them to manage their dependence disorder.

### *Why were the women addicted?*

Results show women's perceptions of the cause of women's addiction was inherited, poor environment and upbringing relationship, declining support from parents / guardians and the wrong acquaintance. All this affected women negatively, as it has created feelings as fear, stress and anxiety.

### *What has helped women manage their dependent disease?*

The results show that women's experiences of women's treatment, 12-step method and AA / NA meetings were positive. This helped the women to manage their dependence disorder.

The conclusion shows that it was the women's desire for a change in her life and this led them to the exit process and a drug-free life.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Inledning</b>  | <b>1</b>  |
| Syfte   | 2         |
| Frågeställning  | 2         |
| Avgränsningar   | 2         |
| <b>Bakgrund</b>   | <b>3</b>  |
| Lagstiftning rekommendationer inom missbruks –<br>och beroendevården      | 3         |
| Tvångsvård eller frivilligvård  | 3         |
| Val av behandlingsmetod   | 4         |
| Exempel på olika behandlingsalternativ                                    | 4         |
| Kvinnobehandling med inriktning 12-stegmetoden                            | 4         |
| <b>Tidigare forskning</b>   | <b>7</b>  |
| Kvinnors mångfacetterade problematik - livet innan behandling             | 7         |
| Betydelsen av social interaktion  | 8         |
| Konsekvenserna av kvinnornas problematik                                  | 9         |
| Den första tvivlen  | 10        |
| Sökande efter alternativ  | 10        |
| Vändpunkten för kvinnorna   | 11        |
| Bygga nytt  | 11        |
| Olika synsätt gällande enkönad eller samkönad behandling -<br>för kvinnor | 11        |
| Minnesotabehandling   | 13        |
| 12-stegprogrammet   | 14        |
| Motstånd och svårigheter  | 14        |
| Motstånd och svårigheter inom AA/NA-grupper                               | 14        |
| Kritik av AA  | 15        |
| <i>AA är enbart anpassat till män</i>                                     | 15        |
| <i>Skillnader mellan könen</i>  | 15        |
| <i>Är alkoholism en sjukdom?</i>  | 15        |
| <i>Minnesotamodellens brister</i>   | 16        |
| <b>Metod och genomförande</b>   | <b>16</b> |
| Förförståelse   | 16        |
| Centrala begrepp inom metodansatsen                                       | 16        |
| Vetenskapsteoretiska antaganden inom metodansatsen                        | 18        |
| Pilotstudien och förarbetet   | 18        |
| Kvalitativa intervjuer  | 18        |
| <i>Urval och undersökningsgrupp</i>                                       | 18        |
| <i>Genomförandet</i>  | 19        |
| <i>Forskningsfrågor inom metodansatsen</i>                                | 19        |
| <i>Datainsamling inom metodansatsen</i>                                   | 19        |
| <i>Bearbetning och analys inom metodansatsen</i>                          | 20        |
| <i>Tillvägagångsätt av analys av datamaterialet</i>                       | 20        |
| Kritiska reflektioner   | 21        |
| Litteratursökning   | 21        |

|   |           |
|---|-----------|
| Exemplifiera, validitet, reliabilitet och objektivitet                                | 21        |
| Etiska överväganden   | 23        |
| <b>Teori</b>  | <b>24</b> |
| Anknytningsteori  | 24        |
| Copingstrategi / teori  | 25        |
| <i>Känslö- och problemfokuserad coping</i>  | 26        |
| <i>Konstruktiv och destruktiv coping</i>  | 26        |
| KASAM   | 26        |
| Exit-teorin   | 27        |
| <b>Kvinnornas uppfattningar om barndom, uppväxt och beroendeproblematik</b>           | <b>29</b> |
| <i>Bristande band</i>   | 29        |
| Varför blev kvinnorna beroende?   | 32        |
| <i>Eufori – himlen och helvetet</i>   | 34        |
| <b>Kvinnornas uppfattningar om kvinnobehandling, 12-stegsmetoden, AA/NA möten</b>     | <b>38</b> |
| <i>Genus</i>  | 38        |
| <i>Prata om känslor</i>   | 40        |
| Vad som har hjälpt kvinnorna att hantera sin beroendesjukdom?                         | 43        |
| <b>Analys</b>   | <b>44</b> |
| Första delen  | 44        |
| Variation av kvinnornas upplevelser av barndom, uppväxt och beroendeproblematik       | 44        |
| <i>Bristande band</i>   | 44        |
| <i>Eufori – himlen och helvetet</i>   | 45        |
| Variation av kvinnornas upplevelser av Kvinnobehandling, 12-stegsmetoden, AA/NA möten | 45        |
| <i>Genus</i>  | 45        |
| <i>Prata om känslor</i>   | 46        |
| Uppfattningar av kvinnornas lärande   | 47        |
| Andra delen   | 48        |
| <b>Slutsatser</b>   | <b>57</b> |
| Studiens frågeställningar   | 57        |
| Syfte   | 57        |
| <i>Varför blev kvinnorna beroende?</i>  | 57        |
| <i>Vad som har hjälpt kvinnorna att hantera sin beroendesjukdom?</i>                  | 57        |
| Reflektioner och vidare forskning   | 57        |
| <b>Referenslista</b>  | <b>59</b> |
| <b>Bilaga 1. Informationsbrev och intervjuguide</b>                                   | <b>64</b> |

## Förord

Diana Carlsson student vid institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet har genomfört en studie av ett kvinnobehandling under åren 2012-2015.

## Tack till...

Jag vill rikta ett stort tack till kvinnorna som har hjälpt mig i mitt arbete. Jag är tacksam att ni tog er tiden att svara på enkäten och deltog i intervjuer, där ni delade med er av era tankar, upplevelser och era liv. Jag önskar er all lycka i framtiden. Jag vill också förmedla ett stort tack till Jane Åkerström.

Jag vill passa på att tacka de personer som har hjälpt mig i min egen personliga utveckling till att bli den socionom jag är idag:

- Pappa, Mamma och Morfar, tack för allt ni gör för mig och för Pelle och Lillen.
- Seyed Mehdi Hosseini Peykani, tack för allt som du har lärt mig.
- Paul Thys, handledare på universitetet i Belgien under min fältstudie.
- Richard Boonen, handledare på Röda Korset i Belgien under min fältstudie.
- Petra och Edgar Platen, tack för ert stöd.
- Tidigare arbetsgivare, kollegor och brukare.

Göteborg, juni 2015

*Diana Carlsson*

## Inledning

Jag vill inleda denna uppsats med att rikta tankarna till Åsa. Jag fick möjlighet att ta del av Åsas liv var när jag såg TV-programmet Uppdrag granskning. Under TV-programmet fick man vetskap om att Åsa sökt hjälp vid flera tillfällen men blivit nekad vård. Trots LVM-anmälningar från hennes läkare agerade inte socialtjänsten. Sista gången Åsa sökte hjälp var sju dagar innan hon avled. Nedan kan ni följa hennes berättelse författade av Sveriges television (2015):

För Uppdrag gransknings reporter berättade Åsa i augusti att hon aldrig varit på behandlingshem, men att hon beviljats medicinering med subutex och metadon. Men när Åsa började gå till det så kallade "teamet" på beroendemottagningen i Stockholm för att hämta sitt metadon, så blev det inte som hon tänkt. Där kom hon i kontakt med andra missbrukare bland vilka det köps och säljs olika tabletter. Åsa utvecklade ett tungt missbruk av lugnande tabletter, benzodiazepiner. Subutexen och metadonet gjorde att hon ibland kunde hålla sig ifrån heroin, men hon återföll ofta och enligt journalerna hade Åsa ett långvarigt sidomissbruk av bland annat benzodiazepiner. Amfetamin tog hon när hon kände sig tvingad att stjäla i mataffärer, för att våga, något som hon berättade att hon måste göra då hon förlorat sitt försörjningsstöd. Anledningen till att socialtjänsten slutade bevilja Åsa försörjningsstöd var att hon inte kunnat lämna in kvitton från pantbanken, som socialtjänsten krävde. Under vinterns arbete med reportaget om missbrukares liv i Stockholm, har Uppdrag granskning team sökt efter Åsa. Till sist får vi veta att hon var död. Den 13 november hittades hon avliden i en trappa på Hötorget. Bredvid henne låg en spruta. Månaderna innan Åsa dör görs två LVM-anmälningar, där läkare vill att hon ska få tvångsvård. Hon hade då sökt hjälp flera gånger. Och bara en vecka innan hennes död, så konstaterar läkare återigen att Åsa behöver skrivas in på behandlingshem. Den 170 cm långa kvinnan vägde då 45 kilo och var undernärd. Hon hade vårdats på akuten efter en överdos och var i mycket dåligt skick. Hon hade vittnat om ett sexuellt övergrepp och var traumatiserad av sin pojkvåns död. Men någon vård blev det aldrig. Åsas mamma Gerty berättar om sin sorg. Hon vill göra det för att hon tror att berättelsen kanske, på något vis, kan förhindra att andra dör utan att få vård.

Berättelsen om Åsa var hämtad från ett TV-program. Genom detta TV-program kommer vi närmare den verklighet Åsa levde i och med hjälp av denna information kan man bilda sig en uppfattning av hur utsatta missbrukande kvinnor lever i vårt samhälle. Kvinnorna som lever med ett missbruk eller beroende betalar ett högt pris som i Åsas fall slutade med döden. Varför fick inte Åsa den hjälpen hon hade rätt till? Anledningen till att jag vill inleda med denna text var att jag anser att ingen kvinna i Åsas situation skall lämnas åt sitt öde på detta sätt. Jag vill uppmärksamma att det finns fall som hamnar mellan stolarna och detta var oacceptabelt. I denna masteruppsats, kommer ni få följa kvinnor som har liknande erfarenheter som Åsa, men det finns en stor skillnad mellan dem, en skillnad som handlar om liv och död och som leder oss vidare in på uppsatsens problemformulering:

Enligt missbruksutredningen verkar det inte finns några uppenbara skillnader i tillgång till vård eller resultat av behandling utifrån kön. När det gäller könsdifferentierad behandling finns motstridiga resultat, men det finns vissa grupper för vilka det kan vara viktigt att kunna erbjuda en könsdifferentierad behandling – bland annat personer som utsatts för sexuella övergrepp (Socialstyrelsen, 2014:17).



## Syfte

Studiens syfte var att fånga kvinnornas upplevelser av varför de blev beroende och vad som har hjälpt dem att hantera deras beroendesjukdom.

## Frågeställningar

1. Vilka uppfattningar har kvinnorna om barndom, uppväxt och beroendeproblematik?
2. Vilka uppfattningar har kvinnorna om könsblandad – jämfört med kvinnobehandling?
3. Vilka uppfattningar har kvinnorna om 12-stegsmetoden och AA/NA möten?

## Avgränsningar

Studien var genomförd på en kvinnobehandling med inriktning 12-stegsmetoden. Kravet var att de kvinnor som deltog i studien kan hantera sin beroendesjukdom idag.

## Bakgrund

### Lagstiftning rekommendationer inom missbruks – och beroendevården

Lagstiftningen och rekommendationer inom missbruks – och beroendevården ser ut på följande sätt enligt Socialstyrelsen:

Det är också viktigt att patienter och klienter är delaktiga i valet av behandling, vilket betonas i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), patientsäkerhetslagen (2010:659) och socialtjänstlagen (2001:453). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2 a §) och patientsäkerhetslagen (6 kap. 1 §) ska vården och behandlingen så långt det var möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Socialtjänstlagen anger å sin sida att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 §) och att socialnämndens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 §). Att patienten eller klienten görs delaktig i beslut om behandling kan också bidra till att följsamheten till behandlingen ökar (Socialstyrelsen, 2014:19).

Utöver ovanstående lagstiftning, finns en lag som ansvarar för vård utan samtycke dvs. en tvingande lag. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

### Tvångsvård eller frivilligvård

Laanemets och Kristiansen (2008) skriver om vilken betydelse kön och behandling har inom tvångsvården. De skriver att tvångsvård innebär att personer är i behandling mot sin vilja, vilket skapar en förändrad maktposition att lyda istället för att leda. Tvångsvården är till för att hjälpa personer som är en fara för sitt eget liv. Det innebär att om personerna fortsätter med sitt beroende, så kan det hända att de själva riskerar att avlida eller skadar andra i sin omgivning. Kvinnor som hamnar inom tvångsvård inom SiS institutioner har en omfattande problematik, där exempelvis uppväxtförhållanden spelar en stor roll. Uppväxtförhållandena för kvinnorna såg ut på följande sätt med skilsmässor, separationer, föräldrars psykiska och sociala problem samt missbruk. Utöver detta fanns det omhändertaganden, våld, övergrepp och sexuellt våld. SiS institutionerna har tvångsvård för både ungdomar (LVU) och för vuxna (LVM). När det gäller tvångsvård för vuxna missbrukare varar vården i max 6 månader (ibid).

Laanemets (2002) beskriver att anledningen till att en person vill komma in på behandling är av olika skäl. Antingen kan det vara att personen vill sluta missbruka eller så kan det handla om konsekvenserna av missbruket som gör personen motiverad att sluta. Motivationsfaktorerna kan exempelvis vara hälsoproblem, oro, trötthet, ekonomiska svårigheter, omsorg för barn och psykiska problem. Laanemets tar också upp att det finns olika sätt att komma in i behandling antingen är det frivilligt, hot om LVM eller genom tvångsvård. Det bästa alternativet är givetvis att gå in i behandling frivilligt men ibland behövde socialsekreterarna hota om LVM för att de missbrukande kvinnorna skulle förstå sin egen utsatta situation som kvinnorna oftast var medvetna om men det var först nu som de tog steget in i behandling. När det gäller tvångsvården och ingripandet så kan detta skapa ett trauma i sig, kaoset, förvirringen och tvånget kan skapa och förvärra situationen ytterligare. Det kan upplevas som en kränkning mot de missbrukande kvinnornas egenmakt (ibid).

## Val av behandlingsmetod

Rotgers (2002) anser att de personer som skall hjälpa sina klienter ur sitt missbruk/beroende måste ge dem rätt behandling. Klienter med alkoholproblem har en uppsjö av behandlingar att välja mellan och det är ett svårt val för de ansvariga att välja vilken metod som är bäst lämpad för klienten (ibid). Sterling et al. (2011) menar att personer med alkohol- och drogberoende oftast har andra sjukdomar som inkluderar psykisk ohälsa och medicinska problem. Resultatet visar att dessa personer borde få en vård som tar hänsyn till alla aspekter av problematiken dvs. en integrerad, vård, inte separata behandlingssystem där inte hela människan står i fokus (ibid). Bednar (2003) kommenterar att missbruk och övergrepp mot kvinnor ofta pågår samtidigt. I en eventuell behandling behöver man uppmärksamma både missbruket och övergreppen (ibid).

SOU (2005) skriver att Gerdner menar att flera undersökningar visar att behandlingar som fokuserar på missbruket och de andra problemen integrerat, ger bättre resultat än behandlingar som endast hanterar missbruket och behandlar de andra problemen senare (ibid). Meier et al. (2006) poängterar att det behövs kunniga, professionella och erfarna behandlare inom missbruksbehandlingen, annars riskerar de att deras klienter hoppar av behandlingen. Författarna menar att ungdomars och vuxnas beroendeproblematik är ett folkhälsoproblem i USA. Behandlingsalternativen varierar och även dess effekter. Resultatet visar att personer som är beroende behöver kunnig, kompetent och kvalificerad personal under sin behandling, som möter klienternas behov. Men så var inte alltid fallet. Det har visat sig att personalen som arbetar inom behandlingsområdet har varierande utbildningar, det behövs mer forskning gällande personalens kvalifikationer, utbildning och bakgrund för att säkerställa en effektiv behandling (ibid).

### Exempel på olika behandlingsalternativ

Socialstyrelsen (2014) skriver om olika behandlingsalternativ:

1. Motivationshöjande behandling (Motivational enhancement therapy, MET) bygger på motiverande samtal utifrån en manual för hur terapin ska genomföras).
2. Kognitiv beteendeterapi (KBT) behandling utgår ifrån formulerade mål som brukaren vill uppnå. Därefter arbetar man gemensamt med en fastlagd struktur för att uppnå dessa mål.
3. Community reinforcement approach (CRA) metoden handlar om kombinerade insatser mot missbruk och beroende och ökar personens delaktighet i samhället.
4. 12-stegsbehandlingen använder sig av 12-steg för tillfrisknande. Inom 12-stegsmetoden ses missbruk och beroende som en sjukdom, den går att behandla med hjälp av en beteendeförändring. I behandlingen ingår även samtal i självhjälpsgrupper (12-step facilitation therapy).

### Kvinnobehandling med inriktning 12-stegmetoden

Denna studie fokuserar på en kvinnobehandling med inriktning 12-stegmetoden. Kvinnobehandlingen (2012) grundsyn är att behandlingen var starkt inspirerad av den så kallade Minnesotamodellen som utvecklats från AA, vilken är en rörelse där grundtanken är att en alkoholist hjälper en annan att bli kvitt sitt beroende. AA:s syn på beroendet: att vara beroende av alkohol, innebär för AA att lida av en obotlig sjukdom som dock var hanterbar med hjälp av kunskap om olika verktyg som personerna får i AA möten och genom sin

sponsor. Att gå på mötena och att prata med sin sponsor hjälper personen som har bestämt sig för att sluta dricka alkohol genom att hon nu får vetskapen om att andra har lyckats och med deras hjälp kommer hon också att lyckas. Det gäller först att få insikten om att individen är kraftlös och har förlorat kontrollen över sitt drickande och insikten om att denne inte kan förändra sin situation av egen kraft. Det gäller att acceptera sin sjukdom för att tillfriskna (ibid). I Anonyma Alkoholister (2001) var AA:s grundidéer publicerade i "Den stora boken" som kom ut första gången år 1939 i USA och översattes till svenska först 1974. Den var skriven av och för alkoholister. Boken har hjälpt ett stort antal både kvinnliga och manliga alkoholister att tillfriskna från sitt beroende. Texten i boken ger konkret handledning och visar exakt hur personer som har haft alkoholproblem har tillfrisknat. Det första AA mötet hölls i Akron, Ohio i juni 1935. Här var alla ense om att de har en sjukdom, att alla sitter i samma båt vilket innebär att människor möts i erfarenheten av att ha varit utsatta för samma fara och nu kan hitta en gemensam lösning (ibid).

Enligt Minnesotamodellen (2012) är Minnesotabehandlingen av samma åsikt som AA:s självhjälpsverksamhet; att synen på alkoholism är en sjukdom men de poängterar särskilt att personen själv är ansvarig för sitt tillfrisknande (ibid). Kvinnobehandlingen (2012) policy och etik är att beroendet är ett mycket starkt sjukdomstillstånd som delvis är ärftlig och påverkas också av en tillåtande miljö. Behandlingshemmet anser att det är viktigt att kvinnorna får en medicinfri behandling för att avbryta beroendet och inte skapa andra former av beroende men också för att kvinnorna då får möjligheten att få kontakt med sina känslor. De behöver också lära sig att möta sin;

sorg för att bearbeta förluster..., sin rädsla för att hantera missförhållanden i livet och ...  
sin glädje och LIVSKRAFT för att tillfriskna (ibid).

I behandlingen ser man också på beroendet som ett allvarligt sjukdomstillstånd som är kopplat till både tankar och känslor som bara kan stoppas med hjälp av mental träning och djupgående känslomässiga förändringar.

Känslor var inget att medicinera bort. Behandlingshemmet behandlar till ett tillfrisknande både mentalt, känslomässigt, fysiskt och socialt. Kvinnobehandlingen arbetar utifrån kärlek, respekt och förståelse med hela beroendeproblematiken och den psykiska ohälsan samtidigt (ibid).

Kvinnobehandlingen (2012) officiella mål och syfte är att;

ge kvinnan redskap för att hantera beroendesjukdomen, utveckla en nykter/drogfri livsstil och en god livskvalité (ibid).

Enligt svenska Kvinnobehandlingen officiella hemsida går det att utläsa, Kvinnobehandlingen policy, etik och trygghet är att erbjuda en medicinfri 12-stepsbehandling för kvinnor, där de inte använder sig av sinnesförändrande mediciner, som dövar känslor ex Bensodiazepiner, Concerta, Subutex (ibid).

Kvinnobehandlingen vill att kvinnorna i sin behandling skall klara att fullfölja behandlingen utan sinnesförändrande mediciner och komma nära sina känslor. Kvinnorna skall tillfriskna av egen kraft och lära sig hantera sina känslor. Behandlingshemmet anser att beroende är en sjukdom och det krävs en känslomässig förändring för att sluta missbruka. Därför behöver kvinnorna vara i kontakt med sin sorg, rädsla och bearbeta förluster, hantera missförhållanden och vara i kontakt med sin glädje och livskraft för att tillfriskna. Det innebär att målet är att

arbeta utifrån kvinnornas behov och utsatthet med en helhetsyn som ger balans mellan kropp, själ och psyke. Behandlingshemmet stärker det friska och lär ut att det finns en ny livsstil med medvetna val och det gäller för kvinnorna att skapa sig ett gott liv (ibid). Enligt Anonyma Alkoholister (2012) står det att vem som helst är välkommen på ett möte. Det kostar inget att delta och det finns heller inget register över medlemmar. Det enda kravet är en önskan att sluta använda alkohol och narkotika. Under dessa möten får deltagarna vägledning av varandra utifrån de 12 stegen dvs. det finns 12 traditioner för vägledning. Dessa 12 steg är verktyg som individen kan använda sig av i sin vardag för att hålla sig nykter/drogfri. Det är inte individen som är ansvarig för sin beroendesjukdom, enbart för sitt tillfrisknande. Det finns olika former av möten, slutna och öppna. De slutna mötena är för personer som har en önskan att sluta använda droger eller som tror att de kan ha ett problem med drogerna. När det gäller öppna möten får anhöriga, bekanta eller personer som är allmänt intresserade vara med. Om man så önskar, finns det alltid möjlighet att få en sponsor, detta är något man själv får fråga personen om, oftast väljs en person av samma kön samt att det är en person som man ser upp till. När kvinnorna går på AA/NA möten får de möjlighet att få nyckelbrickor som symboliserar drogfri tid och dessa brickor har olika färger beroende på hur länge man varit drogfri. När en kvinna varit drogfri i ett år övergår brickorna till medaljer. Om en kvinna får ett återfall får hon lämna tillbaka sin bricka och börja om på nytt. Den viktigaste personen på mötet är alltid den som var ny (ibid).

## Tidigare forskning

Studien fokuserar på kvinnor med beroendeproblematik och deras upplevelser av att vistas på behandlingshem. Inom detta område finns både forskning och mer vägledande rapporter från Socialstyrelsen (SOU) samt ett flertal utvärderingar och verksamhetsberättelser från olika vårdhem. Nedan presenteras några utvalda studier och centrala begrepp som mer direkt berör de frågor studien utforskar.

### Kvinnors mångfacetterade problematik - livet innan behandling

Socialstyrelsen (2011) skriver att kvinnornas uppväxt och barndomsförhållanden ser ut på följande sätt, kvinnorna har varit utsatta för våld i barndomen och i uppväxten. Våldet kan bestå av misshandel eller sexuella övergrepp i tidig ålder (ibid). Oftast har kvinnornas föräldrar haft eget missbruk eller beroende och psykiska problem vilket har gjort så att kvinnorna när de var barn blev omhändertagna enligt (1990:52) LVU och blev familjehemsplacerade (ibid). I flera SOU rapporter som ingår i Missbruksutredningen finns också viss forskning refererad som direkt berör mitt område. T.ex. i SOU 2011:6, bekräftar Svensson att personer som växer upp i missbrukarfamiljer har en större risk att själva bli missbrukare men också de personer som blivit utsatta för sexuella övergrepp och andra typer av våld (ibid). Socialstyrelsen (2011) konstaterar att det var under kvinnornas barndom och uppväxt som de påverkades av sina föräldrars missbruk och beroende, vilket kan härleda till kvinnornas eget missbruk och beroende, psykisk ohälsa med kognitiva och psykosociala störningar senare i livet (ibid). Skårner (2001) instämmer i detta påstående och menar på att missbruk och beroende är en mångfacetterad företeelse, där olika faktorer samverkar dvs. sociala, psykologiska, kulturella och biologiska (ibid).

Statens Folkhälsoinstitut (A 2010:10) skriver att barn och ungdomar till föräldrar med psykisk ohälsa som har vårdats för slutna psykiatrisk vård löper ökad risk för att själva vårdas för psykiatrisk diagnos, narkotika- och alkoholrelaterad diagnos, risk till självmord och självmordsförsök. Det finns även ökad risk att barnen får svårare psykisk ohälsa, skador av våld, missbruk och psykosociala problem. När det gäller barn och ungdomar som bevittnat våld i hemmet, är det oftast partnern som slår modern, men det förekommer även att barnen blir slagna. Barn som bevittnar våld reagerar ofta med samma symptom som andra barn som far illa av andra orsaker. Symptomen kan vara osynliga eller synliga. De synliga symptomen är exempelvis ätstörningar eller självskadebeteende (ibid). Barn och ungdomar som växer upp med föräldrar som frihetsberövats pga. kriminalitet bedöms vara en riskutsatt grupp. För barnet innebär fängelsevistelsen en traumatisk separationen. Barnets känslor kan bland annat vara ilska, skuldskänslor, osäkerhet mot föräldrarna och kring gripandet om barnet inte fått information om orsaken till frihetsberövandet. Barn som besöker sina föräldrar i fängelset kan känna rädsla, att det är jobbigt och stigmatiserande. Men det positiva och värdefulla med besöken är att barnet och föräldern får möjlighet att umgås. Det redovisas även att det saknas grundforskning och avgränsade studier om barns upplevelser (ibid).

Statens Folkhälsoinstitut menar att när det gäller barn och ungdomars risksituation i hemmet, så är det ingen som vet hur många barn och ungdomar som lever i en utsatt situation i hemmet. Det man vet är att problematiken grundar sig i föräldrarnas/vårdnadshavarnas sviktande stöd. Det sviktande stödet grundar sig i exempelvis föräldrarnas missbruk, psykisk ohälsa, kognitiva svårigheter, kriminalitet eller våld i familjen. Det är den bristande omsorgen, tryggheten och oförsägbarheten som skapar allvarliga konsekvenser för barnets framtida utveckling. Vilket innebär att barnen och ungdomarna behöver extra insatser dvs.

förebyggande arbete för att minska risken för att de själva utvecklar exempelvis psykisk-, fysisk ohälsa och missbruksproblematik. Det är reglerat i Socialtjänstlagen 5 kap. 1 § (SoL) att barn och ungdomar skall växa upp under trygga och goda förhållanden i hemmet (ibid). Statens Folkhälsoinstitutets (A 2010:10 s.26) bedömer att barn och ungdomar lever i en risksituation om de har eller riskerar att ha ett sviktande stöd från föräldrar/vårdnadshavare utifrån följande punkter:

- barn och ungdomar till förälder med missbruk
- barn och ungdomar till förälder med psykisk ohälsa
- barn och ungdomar som bevittnat våld
- barn och ungdomar till förälder som frihetsberövats pga. kriminalitet
- barn och ungdomar som av andra eller icke definierade skäl har sviktande stöd från förälder/vårdnadshavare.

Trulsson (2003) instämmer att kvinnorna kan även ha varit utsatta för sexuella övergrepp under uppväxttiden och har ofta en bakgrund av uppbrott, konflikter, missbruk inom familjen och övergrepp. Kvinnorna lärde sig strategier för att överleva men kände sig utnyttjade, saknade människovärde, upplevde sig förnedrade och att ingen brydde sig om dem (ibid). Enligt Trulsson kommer kvinnor som missbrukar ofta från problemfamiljer vilket ökar risken för alkoholberoende och missbruk (ibid). Laanemets (2002) skriver att alkohol- och narkotikadebuten sker i tonårstiden, det är då ungdomarna prövar alkohol för första gången. Efter användandet av olika preparat övergick vardagen till ett missbruk vilket kom i smygande takt. Många insåg inte att de hade ett problem förrän i behandlingen. I behandlingen kom insikten av den process som kvinnorna har genomgått under de år missbruket och beroendet pågick. I Laanemets avhandling talas det om att kvinnorna har blivit utsatta för exempelvis våld, psykisk och fysisk misshandel, incest och våldtäkt både i uppväxten och i vuxen ålder (ibid).

### Betydelsen av social interaktion

Med social interaktionen med andra, menas i denna studie, mellanmännsliga möten med människor och hur detta samspel påverkar oss som individer. Skårner (2001) konstaterar att det är ett faktum att när banden brister vid bristande hemförhållanden så söker sig kvinnorna till andra sociala sammanhang dvs. andra grupper. I dessa grupper finns det olika mönster och samspel, det är genom dessa mellanmännsliga relationer som kvinnorna bildar en uppfattning av sig själva men också en uppfattning om andra. Eftersom kvinnorna har en dålig självbild och är jagsvaga kommer gruppen förmodligen kännas trygg och värmande, eftersom de blir sedda, hörda och bekräftade, i alla fall i början (ibid). Skårner menar att genom sin grupptillhörighet bildar kvinnorna sig en ny identitet tillsammans med de andra. Skårner skriver att missbrukare och personer med beroendeproblematik ofta har ett litet socialt nätverk och om detta nätverk består av andra missbrukare så har det en negativ inverkan på kvinnornas livssituation (ibid). Detta nätverk kan beskrivas som en *social värld* som består av människor som är kriminella, missbrukare och prostituerade. I denna sociala värld som kvinnorna lever i finns *sociala band* mellan individerna vilket skapar mellanmännsliga relationer. Dessa band är starka och medlemmarna har samma åsikter, attityder och de blir som en familj som håller ihop (ibid). Men inom denna grupp finns även en hierarkisk ordning,

med gränser och krav. Detta innebär att om kvinnorna vill vara kvar i gruppen så måste de anpassa sig efter gruppens normer och regler. För att kvinnorna skall kunna finansiera sitt beroende blir de kriminella (ibid). Enligt Grufman Kalén (2002) är det lätt att kvinnorna väljer en äldre partner som leder dem in i missbruk. Det finns empiriska bevis på att störd sexualitet leder till alkoholmissbruk eftersom;

drogen används för att lindra den emotionella smärtan efter övergreppet, minska motståndet mot sexuell samvaro och öka lustupplevelsen (Grufman Kalén, 2002 s.180).

Grufman Kalén (2002) skriver också att det ofta förekommer våld och misshandel, därför blir alkoholen kvinnornas "bästa vän", eftersom det skapar ett skydd för dem i en outhärdlig verklighet. Kvinnorna döljer ofta deras beroende, vilket förstärker skuld och skam känslor (ibid).

### Konsekvenserna av kvinnornas problematik

Socialstyrelsen (2011) konstaterar i sin rapport att gruppen våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem är en utsatt grupp vilket innebär större risk för våld och mindre möjligheter till stöd och hjälp än andra målgrupper i samhället (ibid). Attityden som finns i samhället är att kvinnorna får skylla sig själv för sitt missbruk och våldet som tillkommer. Våldet kvinnorna upplever är en konsekvens av deras missbruk, vilket osynliggörs av samhället och därav minskar det eventuella stöd som de önskar. Socialstyrelsen håller med andra forskare och författare när de skriver att kvinnorna utsätts för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld av en partner eller en före detta partner men också av bekanta eller yrkesutövande personer som de möter (ibid). Enligt Socialstyrelsen har kvinnor som lever i beroendeproblematik oftast inte enbart ett problem med alkohol, narkotika eller läkemedel och våld utan har problem på flera områden dvs. psykisk eller fysisk ohälsa, arbetslöshet, svag ekonomi, osäker bostadssituation. Utöver detta kan kvinnorna ha sålt sexuella tjänster och varit inblandade i kriminalitet. När kvinnorna har barn riskerar dessa att omhändertaras och därför försöker kvinnorna att dölja sin situation, med anledning av detta söker de ofta inte hjälp av rädslan att förlora vårdnaden (ibid).

Socialstyrelsen (2004) är av samma åsikt som ovan att; kvinnor som missbrukar ofta har en rädsla för socialtjänsten, som i många fall bottnar i rädslan av att förlora sitt barn, på grund av sitt missbruk. Kvinnorna inser att barn och missbruk inte går ihop och lär sig hur de ska skydda sin familj från insyn från samhället (ibid). Enligt SOU (2011:6), är kvinnor mer utsatta för fysiskt våld, och/eller sexuellt våld, och/eller psykiska övergrepp och som grupp har de sämre psykisk hälsa, mer problem med familj/umgänge och psykisk störning. Det vill säga depressiva tillstånd, ådstörning, ångest och posttraumatisk stress enligt Scheffel och Birath och Borg (ibid). Trulsson (1993) skriver att kvinnorna ger sin bild av hur deras liv såg ut innan de kom till behandlingshemmet: livet präglades av drogmissbruk som gick upp och ner, kvinnorna isolerade sig från omvärlden, de tappade kontakt med vänner, de levde i relationer med män som missbrukade eller att kvinnorna var medberoende. De flesta kvinnor levde med en man som missbrukade och blev sexuellt utnyttjande av honom. Kvinnorna blev förnedrade och slagna av män som de missbrukade tillsammans med (ibid). Man kan se att dessa iakttagelser återkommer i Trulssons forskning. När kvinnorna sedan skulle in i behandling visar hennes studie att de hade sämre möjligheter än männen att bli delaktiga i stödjande åtgärder. De var mer fysiskt nedgångna, när de sökte vård pga. deras socialt utsatta situation (ibid). Socialstyrelsen (2011) menar att våldet mot kvinnor får stora samhällsekonomiska konsekvenser då det kostar samhället omkring 3 miljarder per år. Inte nog med att det kostar



samhället mycket pengar, kvinnorna får även svåra sociala följder i form av isolering och begränsad tillgång till hjälp och vård (ibid). Våldet leder också till sjukskrivningar, ekonomiska problem, rädsla, isolering, oro och försämrad livskvalitet. Kvinnor med missbruk eller beroendeproblematik tillhör gruppen marginaliserade och svaga eftersom de oftast är hemlösa, säljer sexuella tjänster och är kriminella. Eftersom kvinnorna lever i missbruksmiljöer ökar risken för våld eftersom det finns interna uppgörelser av stöld, våld och hot. Risken finns också att bli utsatt av behandlingspersonal, polis och väktare (ibid).

Kvinnor med missbruk och beroendeproblematik som samtidigt upplever och utsätts för våld har större risk för psykisk ohälsa pga. av våldet. För att kvinnorna skall överleva så har de skapat en överlevnadsstrategi där de använder alkohol och droger som självmedicinering för att döva sina känslor och klara av att leva i sin våldspräglade relation. Kvinnorna har ofta somatiska besvär och skador som exempelvis stickskador från injektioner, brutna ben, knivsår och spruckna revben (ibid). Socialstyrelsen skriver också att denna marginaliserade grupp av kvinnor med missbruk och beroende ofta har erfarenhet av kriminell verksamhet, både egen och andras. Kvinnorna kan exempelvis vara dömda för stölder, bedrägerier, misshandel, narkotikabrott och brott mot vapenlagen. Om kvinnorna vet att människor i deras omgivning begår brott, anmäler de oftast inte dessa personer, av rädsla för att deras egna kriminella handlingar skall komma upp till ytan eller av rädslan av att männen som begått brotten kommer att hämnas på kvinnorna (ibid).

### Den första tvivlen

Laanemets (2002) beskriver den kvinnliga klienten på följande sätt utifrån behandlarnas synvinkel, den missbrukande kvinnan mår sämre än den missbrukande mannen på grund av deras tidigare utsatthet av sexuella övergrepp, misshandel och kränkningar av olika slag i uppväxten och i vuxenålder. Kvinnorna har gått miste om sin kvinnliga socialisation, vilket försvårar utträdet ur missbruk jämfört med män. Kvinnorna behöver stärka sin psykiska hälsa, sin självkänsla, sitt självförtroende och sina vänskapliga kontakter med andra kvinnor. Men också lära sig att sätta sina egna behov i centrum. Kvinnornas liv har varit ett kaos och när de kommer in på behandling upplevs kvinnorna som slutkörda med mycket ångest och bland annat mardrömmar. Därför betonas bearbetning av skuld, skam och relationer i den kvinnliga behandlingen (ibid).

### Sökande efter alternativ

Laanemets (2002) menar att de missbrukande kvinnorna ser möten med socialtjänsten som positivt eller negativt, bedömt utifrån om mötet är frivilligt eller ej. Givetvis ses det frivilliga mötet som något positivt då kvinnorna hoppas på hjälp och stöd medan kvinnorna som blir tvingade till behandling, kan uppleva mötet som negativt. Med denna bakgrund får man klarhet i relationen mellan kvinnorna och personalen som arbetar som socialsekreterare inom socialtjänsten ser olika ut beroende på om utredningen om behandling var en ömsesidig process mellan parterna eller om det föreligger ett tvångsbeslut. I denna situation är det viktigt att ta hänsyn till maktbalansen som råder, där kvinnorna kommer i en underlägsen position jämfört med socialsekreteraren (ibid).

## Vändpunkten för kvinnorna

Trulsson (1993) påpekar att kvinnornas vändpunkt i beroendet kan ha varit ett resultat av en längre inre mognadsprocess, en krisartad händelse eller starkt försämrade levnadsvillkor, graviditet och/eller ansvar för de egna barnen. Problemet för kvinnorna är att på många behandlingshem står mannen som modell och detta påverkade kvinnorna negativt. Kvinnorna kände sig förtryckta, de blev inte sedda, de bar med sig mycket skuld, skam och förakt. Våldet, förtrycket, sexuellt utnyttjande finns dock alltid närvarande inne på behandlingshem, både för män och för kvinnor (ibid). Trulsson (2003) tar upp betydelsen av att kvinnorna har ett socialt stöd när de avslutar ett drogberoende (ibid).

Laanemets (2002) skriver om kvinnornas vändpunkter och menar att kvinnorna ställs inför olika val och under denna tid så omvärderar kvinnorna sin inställning till missbruket, vilket innebär att kvinnorna antingen fortsätter eller slutar nyttja beroendeframkallande medel. När kvinnorna når sin personliga botten, befinner de sig i ett personligt kristillstånd, där valet står mellan liv och död. Men det finns även andra sätt att lämna missbruket på och det är när kvinnorna har missbrukat i många år och tröttnar på det liv som de lever. Denna mognadsprocess gör så att kvinnorna successivt minskar att nyttja och därefter slutar missbruka (ibid).

## Bygga nytt

Laanemets (2002) tidigare forskning pekar på att personalen med egen erfarenhet är levande bevis för att 12-stegsmodellen och programmet fungerar. Gemenskapen är också något som lyfts fram av kvinnorna i Laanemets avhandling i självhjälpsrörelsen. Följande citat lyfts fram, "det var mitt folk", "de var som jag", "vi var alla lika". (Laanemets 2002, s.141) Här nämns känslan av tillhörighet av AA 12-stepsprogram "Det finns så oerhört mycket visdom som man kan ta till sig, det gäller bara att öppna sig." (Laanemets 2002, s.141) Det lyfts också upp ord som hopp, kraft och en ny social identitet i gemenskapen.

## Olika synsätt gällande enkönad eller samkönad behandling för kvinnor

Laanemets (2002, s.13) menar att den missbrukande kvinnan och hennes behov, skiljer sig från männen "(...) kvinnors behov av behandling skiljer sig från mäns, att kvinnors problem är "svårare", att kvinnor ofta har sämre självkänsla och problem med bilden av sig själv som kvinnor" (ibid). Laanemets (2002) skriver att kvinnorna som har eget missbruk har ofta en partner som missbrukar. Utöver detta har kvinnorna ensamt ansvar för barnen, denna bild stämmer överrens med andra forskares bild. Laanemets skriver att i hennes studie har kvinnorna som deltagit först blivit beviljade en plats genom en socialsekreterare som ansett att kvinnorna har ett vårdbehov och att socialtjänsten bekostar behandlingen (ibid).

Laanemets skriver att hennes tidigare forskning visar att det finns ingen avgörande skillnad i behandling, när det gäller enkönad eller flerkönade behandlingsalternativ. Vilket innebär att den tidigare forskningen inte anser att enkönade behandlingshem för kvinnor har bättre effekt gällande behandlingsresultatet. Men det finns skillnader mellan män och kvinnor i behandling och ett exempel var att kvinnor har ett bättre resultat efter behandling jämfört med män. Men att det saknas studier och instrument som fokuserar på könskomponenter (ibid). Laanemets tidigare forskning tar upp att det var många som hoppar av sin behandling och att det var en minoritet som fullföljer sin behandling. Personerna som deltar i behandling är ofta återkommande och har flera behandlingstillfällen bakom sig på grund av den stora återfallsrisken. Behandlarna i Laanemets avhandling har olika åsikter gällande enkönad eller

samkönad behandling (ibid). Exempel på de uttalanden som anges är att kvinnor i könsblandade behandlingar riskerar att bli underordnade männen det innebär att hierarkin är densamma i missbrukarmiljön. Därför behöver kvinnor lugn och ro, utvecklas i sin egen takt och vara i centrum i sitt eget liv i behandlingen. Risken med samkönade behandlingshem är att män och kvinnor inleder relationer och avbryter behandlingen (ibid). Angove och Fothergill (2003) menar att resultatet visar att orsakerna bakom mäns och kvinnors drickande skiljer sig och att idag erbjuds inte kvinnor den behandling som ser till deras behov. Vid behandling av kvinnor behövs en större kunskap om genusfrågor av utövande behandlare (ibid).

I SOU (2011:6) skriver Scheffel, Birath och Borg att kvinnor borde få komma till en kvinnobehandling, eftersom deras behov inte kan tillgodoses inom ramen för traditionell behandling. Det gäller t.ex. sådant som behov av ökad självkänsla, hjälp med stigmatisering och sexuella övergrepp (ibid). Kaskutas et al. (2005) studie var att jämföra resultat och kostnader för kvinnor och män som deltar i öppenvårdsbehandling i USA för alkohol och drogberoende. Resultatet visar att behandlingen var lika effektiv i könsblandad behandlingsprogram som i behandlingsprogram enbart för kvinnor (ibid). Enligt Bloom et al. (2002) var flickor och unga kvinnor inom ungdomsvården i Kalifornien i behov av en könspecifik behandling. Det sägs också att flickornas risk- och skyddsfaktorer var familjen (ibid). Trulsson (1993) menar att i kvinnobehandlingen kunde kvinnorna utvecklas som personer, hitta sig själva, delta i gruppsamtalen och olika aktiviteter utan missbruk. Kvinnorna behövde lära sig att tycka om sig själva, lära sig umgås med andra kvinnor, lära sig att kvinnor var lika mycket värda som män, lära sig mer om vänskap mellan kvinnor och få någon att lita på (ibid).

Trulsson (2003) konstaterar att behandlingsarbete i könsuppdelade grupper har visat sig överlägsen, där undersökningar av behandlingar riktade mot endast kvinnor har resulterat i ett signifikant bättre behandlingsresultat gällande långsiktigheten i behandlingen och eftervården. I en behandling inriktad på kvinnor lyfter dessa fram att de får större självkänsla, att de kan dela erfarenheter och få stöd av andra kvinnor, att behovet av trygga relationer tillgodoses och att verksamheten var långsiktig, men framförallt uppskattar de gemenskapen med andra kvinnor. Att dela erfarenheter med andra kvinnor ses som det kanske mest betydelsefulla i behandlingen. Kvinnorna uppger att de aldrig skulle vare sig våga eller vilja lämna ut sig på samma sätt i en grupp med män (ibid).

En annan studie av Nyrén (1995) visar att kvinnor bör vara på behandlingshem enbart för kvinnor, annars finns risken att de blir förälskade och etablerar förhållande med en inskriven man och på så sätt försummar sin möjlighet till behandling. Men Nyrén menar också att kvinnor som varit utsatta för misshandel, sexuella övergrepp eller våldtäkt har svårt att tala om det i könsblandade behandlingsgrupper. Varför väljer en kvinna ett behandlingshem enbart för kvinnor frågar hon sig? Det kan bero på att de aldrig varit på institution tidigare eller har negativa erfarenheter från annan behandling som varit konfrontativ och dominerats av män eller att kvinnorna behöver arbeta med specifika problem, typ moderskap, självkänsla, sexuella problem, separation från pågående misshandelsförhållande och känner att behandlingshem enbart för kvinnor tar hänsyn till dessa behov (ibid).

Nyrén (1995) refererar till en uppföljning av 10 kvinnor som har genomfört sin behandling på Västbo behandlingshem och missbruksrådgivning. Kvinnorna som deltagit i behandling, uppgav att de nu har bättre självförtroende och självkänsla efter ett de lämnat behandlingen. Det kvinnorna ansåg vara viktigt, var tiden på behandlingen så att de hann landa och tänka på

sig själva. Behandlingen var en frizon och gav kvinnorna trygghet. Flera kvinnor uppgav att tryggheten berodde på att det endast var kvinnor inskrivna i behandling (ibid). I en annan studie utförd av Grufman Kalén (2002), finns ett intressant kapitel, där det beskrivs en undersökning av könsblandade behandlingsgrupper och även de fann att många kvinnor upplevde att de inte blev hörda och att de lärde sig leva kvar med sin dåliga självkänsla. Författaren har också i likhet med Trulsson lyft fram vissa inslag i behandlingen som visat sig vara värdefulla. Bland dessa kan nämnas långsiktigheten i behandlingen, tillgång till eftervård, den kollektiva kvinnogemenskapen, barnen som drivkraft samt de individuella samtalen (ibid).

Mattsson (2005) pekar på i sin avhandling att det finns många forskare exempelvis Karin Trulsson, Ulla-Carin Hedin och Ulla Beijer, vilka anser att kvinnor är särskilt utsatta jämfört med män som är beroende och att kvinnor har särskilda vårdbehov. Författarna speglar kvinnornas svåra uppväxtförhållanden, deras sexuella utsatthet och den negativa roll som män haft i kvinnornas liv. Författarna anser att kvinnorna behöver komma till en kvinnobehandling för att ta igen och lära sig den kvinnliga socialisationen och den kvinnliga identitetsutvecklingen tillsammans med andra kvinnor, eftersom detta förlorade kvinnorna under sin ungdomstid då de började missbruka tillsammans med män för att sedan bli beroende. Trulsson menar att moderskapet förenar de beroende kvinnorna med andra kvinnor och var en viktig del i deras utveckling av kvinnoidentiteten (ibid). Sammanfattande summering från forskarna är att de är överrens om att det finns skillnader i kvinnor och mäns behov i behandling men åsikterna går isär gällande om kvinnor skall vara på ett behandlingshem enbart för kvinnor eller om kvinnor och män kan behandlas på samma behandlingshem.

### Minnesotabehandling

Laanemets (2002) skriver att när kvinnorna vid ett senare tillfälle fått möjligheten att påbörja sin behandling, är upplevelsen blandad både positiv och negativ utifrån den tvingande vården. Men när det gäller de missbrukande kvinnornas frivilliga val att ingå behandling, sågs den som positiv. Behandlingen beskrivs ofta som uppslitande, omvälvande, smärtsam och kvinnorna fick ett svar på deras beteende, att kvinnorna har en sjukdom och inte psykiskt sjuka som många trodde. Detta besked mottogs positivt av de flesta eftersom kvinnorna kände sig lättade och befriade att de har en sjukdom, men samtidigt var det kvinnor som var rädda för att denna sjukdom skall gå i arv till deras barn (ibid).

Laanemets avhandling tar upp olika behandlingsalternativ och nu kommer det redovisas mer om Minnesotainstitutionen. Inom Minnesotainstitutionen pratar behandlarna om att missbruket ses som dödlig men behandlingsbar sjukdom. De personer som får denna sjukdom är personer som är födda med en disposition vilket innebär att de är mottagliga att utveckla ett beroende. Att utveckla ett beroende innebär att individen själv får ett missbruk eller blir medberoende. Inom Minnesotainstitutionen bygger behandlingen på Anonyma Alkoholisters 12-stepsprogram, vilket innebär att deltagaren lär sig använda 12 punkter i sin vardag som ett stöd för deltagarens tillfrisknad. Att gå in i behandling är omvälvande och deltagaren får ompröva hela sitt liv vilket skapar ordning och lugn i det vardagliga kaoset (ibid).

Kvinnorna i Laanemets avhandling anser att det är viktigt att personalen på behandlingshemmet hade egen erfarenhet av beroendeproblematik, så att de kunde vara förebilder för kvinnorna. *"Det var viktigt att mötas som person till person för man behöver kunna spegla sig i varandra."* (Laanemets 2002, s.141). Detta innebär att det finns en skillnad mellan om kvinnorna i behandling möter behandlingspersonal som har egen erfarenhet eller

enbart utbildning. Kvinnorna uppskattar personalens äkthet och erfarenhet, personalen kan också nå kvinnorna på ett annat sätt, i speglingen kan kvinnorna och personalen hitta varandra på ett djupare plan och personalen är ett levande bevis på identitetsförändringen i exitprocessen. Grønbaek och Nielsen (2007) menar att den randomiserade studien visar att den privata Minnesota behandlingen jämfört med en offentlig poliklinisk alkohol klinik dvs. traditionellt offentlig psykosocial behandling i Danmark gav resultatet att patienterna från Minnesota behandlingen var totalt nykterister under en längre period jämfört med de som genomgått offentlig psykosociala behandlingen. Men att den traditionella behandlingen var billigare. Det var 148 personer som ingick i studien med alkoholberoende och studien tog hjälp av "Addiction Severity Index" (ASI) (ibid).

## 12-stegsprogrammet

Chen (2010) vill förmedla att det är viktigt att ta hänsyn till lidandet i drogmissbruket och i återhämtningsprocessen. Resultatet i Chens studie visar att negativa känslor dvs. lidande kan vara en primär orsak till varför personen började med drogmissbruk. Det ger tillfällig lindring men därefter skapas en annan form av lidande som uppkommer under missbruket dvs. det sekundära lidandet vilket skapar en motivation till att personen vill delta i behandlingen. 12-stepsbehandling kan hantera lidandet, vilket leder till framgång. Detta innebär att det är viktigt att ta hänsyn till lidandet i en återhämtningsprocess (ibid). Ronel et al. (2011) anser att 12-stegsmetoden fungerar i en integrerad underhållsbehandling för metadon i klienternas återhämtningsprocess. Resultatet visar att 12-stepsbehandling till en början väckte motstånd hos deltagarna. Men vid senare skede visade sig vara positivt för deltagarna när det gäller det gemensamma språket. Deltagarna skapade en grupp känsla, en känsla av tillhörighet, här tog man hänsyn till behoven som uppkommer när personerna kände sig stigmatiserade. 12-stegsmetoden kan användas i det dagliga livet och det ger personerna själva effektivitet, stimulerade känslan av motivation till förändring (ibid).

## Motstånd och svårigheter

Hart (2005) anser att personer med narcissistiska drag har svårt att ta till sig Minnesotas 12-stepsbehandling för alkoholberoende öppenvårdspatienter i Storbritannien (ibid). Vederhus et al. (2010) konstaterar att 12-stepsgrupper är värdefulla för återhämtningen för individer med beroende. Studien jämför attityder och kunskap mellan grupper i Norge och USA. Forskarna använde sig av ett frågeformulär i Norge och utgick från historisk data i USA. Resultaten visar att de yrkesverksamma i Norge ansåg att de religiösa aspekterna var ett hinder för deltagarna. Men detta ansågs inte vara ett problem i USA. Forskarna menar att yrkesverksamma saknar kunskaper om 12-steps filosofin och dess högre makt och detta måste förändras genom utbildning av personalen (ibid).

## Motstånd och svårigheter inom AA/NA-grupper

Galanter (2006) menar att AA beskriver sig själva som en andlig gemenskap och många av deras medlemmar instämmer. Men kliniker och forskare är inte tillräckligt insatta i ämnet och det brister i kunskap, därför behövs mer forskning om AA och andligheten inom området psykiatri (ibid). Witbrodt och Delucchi (2011) anser att män och kvinnor har liknande AA beteenden men skillnaden är att kvinnor med svårare läkemedelsberoende helst inte vill delta i AA-möten. Resultatet i artikeln visar att AA:s eftervård var effektiv för vuxna och var den mest gynnsamma (ibid). Bodin (2006) skriver att det bör göras fler studier inom området AA för att säkerställa om känslan av tillhörighet och avhållsamhet från alkohol hänger ihop.

Författarens resultat visar att det finns könsskillnader i eftervården för män och kvinnor som deltar i AA i Sverige. Skillnaderna var att kvinnor oftare ringer en AA medlem för hjälp och de har upplevt ett andligt uppvaknande, de har även läst AA litteratur efter behandlingen. Det finns ingen skillnad mellan könen gällande deltagandet på mötena (ibid). I en studie av Book et al (2009) har man undersökt hur människor med social fobi, social ångest påverkas av att vistas i sociala miljöer och tillsammans med sin terapeut/sponsor. Forskningen har intresserat sig för AA/NA grupper, vilket grundar sig på interaktionen mellan människor. Det har visat sig att personer med social fobi har svårigheter att delta i grupper, tala inför människor, träffa sin sponsor eller be någon att vara ens sponsor. Social fobi bygger på rädsla för granskning i sociala situationer och detta kan skapa svårigheter för de personer som deltar i grupper som AA/NA möten där interaktion med andra står i fokus. Det har visat sig att personer som har denna rädsla undviker och har en motvilja att delta i 12-steps grupper eftersom deras sociala fobi störde deltagandet (ibid).

### Kritik av AA

Helmersson-Bergmark (1995) skriver i sin avhandling att mäns och kvinnors alkoholberoende skiljer sig från varandra och att det är mest män som går på mötena. Den högre makten som framhålls i AA filosofin anser författaren vara själva AA-gruppen. Även AA-litteraturen är viktig, eftersom denna visar deltagarna hur misstag tidigare har skett och hur de kan undvikas. Litteraturen ger även råd för hur programmet bör tolkas (ibid).

#### *AA är enbart anpassat till män*

Enligt Helmersson-Bergmark (1995) bildades AA av män och det är avsett för män. Programmet var inte skapat för kvinnor och grundaren, Dr Bob, trodde inte att programmet skulle fungera för kvinnor. Kvinnor som kom på mötena ansågs vara ett störande moment eftersom männen tappade fokus på innehållet i mötet och distraherades och attraherades av de kvinnliga deltagarna. Det var ett risktagande för kvinnorna att delta i mötena eftersom de kunde bli utnyttjade av AA-männen. De kvinnor som deltog i början när AA grupperna startades ansågs i USA ha levt promiskuöst eller som prostituerade under den aktiva tiden som alkoholister. Med tiden kom kvinnorna ta en större plats inom AA (ibid).

#### *Skillnader mellan könen*

Helmersson-Bergmark (1995) anser att det som skiljer män och kvinnor åt under AA mötena är att kvinnorna fokuserar på relationer, maken och barnen var centrala element, arbetslivet uttrycks i form av nätverk. Kvinnorna betonar känslor av skuld och skam medan männen fokuserar på osäkerhet, underlägsenhet och personlig kompetens. Pga. könsskillnaderna har det skapats kvinnogrupper. I dessa kvinnogrupper kan kvinnorna tala mer öppet och helst ser man att kvinnor har kvinnliga sponsorer. Men eftersom det finns mer män i AA grupperna, får kvinnorna ibland en äldre man som sponsor (ibid).

#### *Är alkoholism en sjukdom?*

Till sist skriver Helmersson-Bergmark (1995) om alkoholism är en sjukdom eller inte, detta är också en fråga som har diskuterats mycket. Inom AA anser man att det är en kronisk sjukdom. Inom AA säger man att alkoholism inte är något man *har*, det är något man *är*. Det är individen som är alkoholist. När det gäller behandling så menar AA att de inte tar avstånd från någon typ av behandling utan ser detta som ett ibland nödvändigt komplement. Sverige har

tagit tillvara på Minnesota-modellen inom behandlingssystemet och detta har haft stor betydelse för AA-rörelsens tillväxt och utveckling (ibid).

*Minnesotamodellens brister*

På Minnesotamodellen (2012) tar de upp kritik som Minnesotamodellen har erhållit. Kritiken lyder, Minnesotamodellens behandlingsform har 'bristande vetenskapliga grund' och att man inte bevisat dess effekt. Man har också kritiserat dem för de religiösa inslagen i behandlingen' som skapar maktlöshet och undergräver klientens självständighet: man ska 'kapitulera och lita till en högre makt' (ibid).

## Metod och genomförande

I detta kapitel presenteras min förförståelse, centrala begrepp och mina vetenskapsteoretiska antaganden. Därefter redovisas tillvägagångssättet i förarbetet och de kvalitativa intervjuerna. Till sist presenteras kritiska reflektioner, litteratursökning och begreppen; exemplifiera, validitet, reliabilitet och objektivitet. Avslutningsvis redogör jag för etiska överväganden.

Den metodologiska grunden för denna studie bygger på den fenomenografiska forskningsansatsen, som handlar om människans lärande utifrån ett holistiskt och icke-dualistiskt synsätt. Det innebär att människors förförståelse skapas i den värld kvinnorna lever i, det vill säga det, är utifrån kvinnornas egen erfarenhet av fenomenet, beroendeproblematik, som skapar kvinnornas uppfattning av världen. I denna studie beskriver kvinnorna på kvinnobehandlingen, hur de uppfattar fenomenet beroendeproblematik. Studiens syfte är att fånga kvinnornas upplevelser om varför de blev beroende och vad som har hjälpt dem att hantera deras beroendesjukdom. Jag har följt Halvorsen (1992) tillvägagångssätt gällande studiens induktiva strategi (ibid).

### Förförståelse

Jag valde att göra en uppsats genom Nationella Exjobb-poolen eftersom jag ville få möjlighet att skriva en uppsats med inslag av verkligheten dvs. jag ville komma ut på en befintlig arbetsplats och lära mig mer om socialt arbete. Jag själv har aldrig haft ett missbruk eller beroende i någon form. Min förförståelse har utvecklats i samband med denna uppsats. Jag har lärt mig mycket under resans gång.

### Centrala begrepp inom metodansatsen

Dahlgren och Johansson (2009) skriver att det centrala begreppet i fenomenografi är *uppfattnings-begreppet* dvs. fenomenografi vill studera människors *uppfattning* av ett fenomen (ibid). Marton och Booth (2000) säger att fenomenografi, beskriver ett sätt att erfara ett fenomen och anser att följande ord var centrala; *fenomen, variation, lärande, erfarenhet* och *medvetande* (ibid). Inom fenomenografi anser man att en människa upplever ett fenomen utifrån sin erfarenhet av fenomenet. Detta innebär att reaktionen och relationen mellan människor och dess omvärld skapar en upplevelse och erfarenhet. Men det handlar också om att människor erfar fenomen på olika sätt, vilket leder till en variation av upplevelsen (ibid). Genom det en människa erfar, blir sedan hennes medvetande. Det innebär att olika människor har olika medvetande, vilket utgår från deras tidigare erfarenheter. Människors lärande sker genom att människor erfar olika fenomen och därigenom skapar beskrivningar av enheter och aspekter på ett medvetet sätt (ibid).

Szklarski (2009) använder ordet *intentionalitet* vilket innebär att medvetandet är intentionalt dvs. medvetandet är *riktat* och *meningskapande* (ibid). Alexandersson (1994) menar att fenomenografisk forskning utgår från framhäva just att man vill studera variationen, att människor har *olika* uppfattningar av företeelser i världen (ibid). Fenomenografien har även ett annat begrepp *erfarenhets-begreppet*, vilket innebär att en människa förändrar sin uppfattning om omvärlden och olika företeelser under livets gång eftersom intrycken påverkar människans uppfattningsförmåga. Det innebär att när en människa får ny kunskap om en företeelse kan hon ändra sin uppfattning om omvärlden (ibid). Det leder till att alla människor erfar fenomen på olika sätt och det skapar variation, utifrån olika människors uppfattningar och erfarenheter av fenomenet. Forskarna vill få reda på hur och vad människor uppfattar ett



visst fenomen (ibid). Alexandersson (1994) beskriver uppfattningen som *vad-aspekt* och *hur-aspekt* dvs. som ett metodologiskt tillvägagångssätt för att urskilja två aspekter av en uppfattning (ibid). Dessa två begrepp var sammanflätade med varandra och kan inte tolkas var för sig. För att göra det hela begripligt så behöver man veta vad ett begrepp står för innan man börjar prata om hur det uppfattas och kan resonera om begreppet med andra individer (ibid). Marton (1981) menar att det finns två sätt att utforska hur människor lär sig, det är genom första och andra ordningens perspektiv. Den allra tydligaste förklaringen är att man med första ordningens perspektiv refererar till hur saker och ting är medan andra ordningens perspektiv refererar till hur saker och ting uppfattas vara av människor. Det innebär att forskaren reflekterar över vad individen har sagt och vad det betyder för den individen, vilket innebär att forskaren frångår från sin egen förförståelse (ibid).

### Vetenskapsteoretiska antaganden inom metodansatsen

Uljens (1989) skriver att fenomenografin är inriktad på relationen mellan människa och omvärlden, vilket innebär att det inte finns en renodlad empiristisk eller idealistisk (ibid). Detta innebär att världen inte är ontologiskt given dvs. "att en objektivt sann värld existerar utan människan" (Uljens 1989:20). Men fenomenografin utgår inte heller ifrån "att världen existerar endast genom den tänkande människan" (Uljens 1989:20). Uljens (1989) menar att inom fenomenografi anser man att människan har en relation till sin omvärld och genom den skapar olika uppfattningar om olika fenomen. När människan möter omvärlden så har den en bakgrund dvs. en förförståelse som därefter utvecklas i mötet med omvärlden. När en forskare studerar ett fenomen så kan man se det som en del i något större eller som en helhet. Ordet interdisciplinärt forskningsområde betyder att *beskriva uppfattningar* vilket innebär att forskaren var intresserad av att beskriva människors uppfattningar (ibid).

Stenfors-Hayes, Hult och Dahlgren (2013) anser att fenomenografi är empirisk eftersom syftet är att undersöka hur människor uppfattar fenomen runt omkring sig och hur detta fenomen påverkar individen. Inom den kvalitativa metoden vill man försöka förstå sociala fenomen i dess naturliga form (ibid). Fenomenografi menar att det finns olika tolkningar av verkligheten och hör därför till det interpretivism paradigmet. Genom att kartlägga människors uppfattningar får forskaren tillgång till människors upplevelser och hur de förstår omvärlden och olika fenomen (ibid). I analysen vill forskaren få fram kärnan av den upplevda erfarenheten från människan och ur resultatet vill forskaren få fram variationer i människors upplevelser av ett fenomen (ibid).

### Pilotstudien och förarbetet

Först genomfördes en kvantitativ pilotstudie och därefter ett kvantitativt förarbete med hjälp av en enkät. De två studierna genomfördes, men materialet blev för tunt för att kunna användas. Vid den tidpunkten formades intervjuguiden och de kvalitativa intervjuerna genomfördes.

### Kvalitativa intervjuer

#### *Urval och undersökningsgrupp*

Föreståndarinnan tillfrågade 15 kvinnor om de var intresserade av att delta i en intervju. Jag tillfrågade 2 kvinnor och den slutliga undersökningsgruppen bestod av 5 kvinnor. Kriteriet för

deltagande i intervjuerna var, att kvinnorna hade fullföljt behandling och kunde hantera sin beroendeproblematik.

### *Genomförandet*

Min intervjuguide formades efter att förarbetet var färdigställt. Intervjuguiden innehåller frågor av fenomenografisk karaktär, vilket innebär att jag som forskare har försökt formulera frågorna så att intervjupersonernas svar innehåller deras uppfattningar av ett specifikt fenomen. Intervjuguiden innehöll olika teman med halvstrukturerade intervjufrågor. Intervjupersonerna fick samma grundfrågor men följdfrågorna varierade beroende på svaren på grundfrågorna.

Det var intervjupersonerna som valde platsen för intervjun, det innebär att vissa intervjuer spelades in inomhus andra utomhus, vilket givetvis har påverkat både mig som forskare och intervjupersonen. Innan intervjun påbörjades var jag tydlig med att informera om det var något som personen inte vill svara på, så var det okej. Detta innebär att samtalet var på deras villkor och intervjupersonerna var väl medvetna om att samtalet spelades in via diktafon, vilket kan både underlätta och försvåra konversationen. Efter inspelningen lämnades diktafonen till en kvinna som utförde transkriberingen av de fem intervjuerna.

Kvinnan på Göteborgs Universitet, har skrivit på ett dokument om sekretess och tystnadsplikt. Transkriberingen utfördes ordagrant, vilket är en viktig del i fenomenografin. Detta kan även ses som ett problem då informationen kan härledas till personerna. Jag förklarade att citaten som kommer användas inte kommer innehålla några namn utan det står exempelvis R1 dvs. att det var respondent 1 som talar och detta är intervjupersonerna medvetna om. Jag har varit noga med att uttrycka att materialet bearbetas, analyseras och att resultatet av studien presenteras i en masteruppsats. Totalt innehåller den transkriberade texten 98 A4-sidor. Intervjuerna varade mellan ca 30 – 100 minuter. Efter transkriberingen raderades ljudfilerna.

### *Forskningsfrågor inom metodansatsen*

Dahlgren och Johansson (2009) menar att fenomenografiska forskningsfrågor är komplexa eftersom forskaren vill få reda på personens egna inre bilder och tolkningar av ett fenomen dvs. *projektion* (ibid). För att forskaren skall få fram intervjupersonens uppfattning av ett fenomen och få fylliga svar används tekniken *probing*. Vilket innebär att forskaren ställer frågor som *hur menar du då?* Eller *kan du utveckla ditt svar lite mer?* (ibid). Jag använde mig av denna teknik i min studie, det framgår av min intervjuguide.

### *Datainsamling inom metodansatsen*

Dahlgren och Johansson (2009) skriver att inom fenomenografi använder man sig av intervjuer som är *halvstrukturerade* och *tematiska* (ibid). Vilket innebär att det var frågor som är indelade i teman i intervjuguiden (ibid). Stenfors-Hayes & Hult & Dahlgren (2013) skriver att urvalet av människor skall helst vara spritt dvs. variationen skall vara stor i allt från ålder, kön, klass, utbildningsbakgrund, skilda åsikter inom ämnet som studeras (ibid). Fenomenografiska intervjuer skapar ett utrymme för intervju personen att svara fritt inom det forskningsområdet som intervjun fokuserar på (ibid). Forskarna tar hjälp av olika knep som frågor; *kan du förklara det vidare?* På detta sätt får forskaren en större bild och oväntade svar vilket skapar ett fylligare analysmaterial (ibid).

Under intervjun vill forskaren skapa ett öppet klimat för upprepning, förtydligande och bekräftelse så att klienten vet att hon eller han kan tala fritt (ibid). Forskarens förförståelse dvs. kunskap, erfarenhet och relationer med intervjupersonen kommer att påverka intervjusituationen men forskaren försöker givetvis att vara objektiv under hela arbetet och bara fokusera sig på fenomenet i fråga (ibid). I studien har jag fokuserat på fenomenografiska grunder, vilket innebär att min intervjuguide var halvstrukturerad, tematisk. Undersökningsgruppen har olika åldrar, olika åsikter och erfarenheter.

Inom fenomenografiska studier anser forskare att det är positivt när det finns en variation, detta har jag utnyttjat i positiv bemärkelse när det gäller, hur långt kvinnorna har kommit i sin behandling. Kvinnorna som deltog i intervjuerna ingick i antingen eftervård eller var helt klara med behandlingen sedan flera år. Det innebär att kvinnorna var i olika stadium av sitt lärande och sin reflektion. Därefter försökte jag skapa ett fritt utrymme för kvinnorna att berätta om sina upplevelser för att skapa en målande bild med utrymme för oväntade svar och det lyckades jag med. Intervjuerna genomfördes en gång per person.

#### *Bearbetning och analys inom metodansatsen*

Dahlgren och Johansson (2009) menar att fenomenografiska intervjuer alltid spelas in, de skrivs ut i sin helhet för att sedan analyseras på ett grundligt och tillförlitligt sätt (ibid). Alla intervjuer i denna studie spelades in och transkriberades av en erfaren transkriberare och därefter genomfördes analysen grundligt och tillförlitligt (ibid). Alexandersson (1994) anser att vid analysen vill fenomenografiska forskare identifiera innebörder i intervjumaterialet (ibid). För att kunna göra detta så transkriberar forskarna ut de inspelade intervjuerna och återger texten ordagrant med pauser och mumlanden. Forskarna vill lyfta fram människors uppfattningar, lyssna till språket och skapa en fylligare bild av deltagarnas uppfattningar (ibid), vilket instämmer med arbetssättet i denna studie. Jag använder en fenomenografisk analysmodell som utgår från Dahlgren och Fallsberg (1991) beskrivning ur Dahlgren och Johansson (2009).

#### *Tillvägagångsätt av analys av datamaterialet*

Först läste jag in mig på hur jag skulle analysera de transkriberade texterna utifrån fenomenografisk metodansats med intervjuer från enskilda individer. Därefter följde jag Dahlgren och Fallsberg (1991) fenomenografiska analysmodell ur Dahlgren och Johansson (2009):

- Analysarbetet påbörjades genom att jag som forskare bekantade mig med de transkriberade texterna och därefter började jag läsa texterna flera gånger för att lära känna materialet.
- Därefter började jag *kondensationen* dvs. jag klippte ut stycken/citat ur de transkriberade texterna i ett Word dokument, för att skilja ut signifikanta och betydelsefulla uttalanden vilket jag kallar en passage. Jag vill att dessa uttalanden skall ge en representativ bild av hela dialogen.
- Under steg tre *jämförde* jag passagerna med varandra för att hitta likheter och skillnader. Målet var att urskilja variationer eller skillnader mellan uppfattningar i de olika passagerna. Därefter delade jag in passager i olika fenomen dvs. kategorier.
- Jag *grupperade* passagerna i varje kategori (hög) dvs. man analyserar varje kategori för sig och jämför likheter och skillnader mellan passagerna.
- Därefter hittade jag likheter mellan passagerna och kärnan av vad intervjupersonerna ville förmedla i sina likheter dvs. kategorierna *artikuleras*.

- Varje kategori fick ett namn, man namnger kategorin efter det framträdande och signifikanta i materialet.
- Det sista i analysarbetet bestod i att jag tittade på alla mina passager och jämförde dem med varandra. Meningen var att jag skulle urskilja om passagerna passar in i fler kategorier. Om det var så, kunde ett färre antal kategorier skapas, denna process kallas den *kontrativa fasen*.

### Kritiska reflektioner

Det fanns en problematik i urvalet av kvinnor som deltog i studien. Kvinnobehandlingen bytte föreståndare under studiens gång, vilket försvårade arbetet kring urvalet, då föreståndaren var den första kontakten med kvinnorna. Med facit i hand skulle jag som forskare använt mig av mina egna kontakter för att nå urvalsgruppen. De kvinnor som jag tillfrågade, tackade ja och det fanns även fler kvinnor som önskade att delta men inte fick chansen eftersom intervjumaterialet skulle bestå av fem kvinnors upplevelser. Gällande intervjuplatserna, var vissa miljöer väldigt lugna och behagliga medan andra miljöer, inte var lika lämpliga. Jag ville minimera risken för bortfall, därför beslöt jag mig för att vara flexibel och respektera kvinnornas åsikter och beslut.

Därefter är det viktigt att lyfta fram att denna studie bygger på empiri från kvinnor som har fullföljt behandlingen och lyckas hantera sin beroendesjukdom idag. Det innebär att kvinnor som har avbrytit sin behandling inte kommit till tals, vilket minskar studiens trovärdighet. Det hade varit intressant om jag som forskare gjort en jämförelsestudie, vilket innebär att jag intervjuat fem kvinnor på ett könsblandat behandlingshem kontra fem kvinnor på en kvinnobehandling och därefter studerat deras upplevelser och undersökt likheter och skillnader. I denna studie kan jag inte svara på vilken form av behandling som är mest lämplig, utan jag som forskare har enbart förlitat mig på kvinnornas upplevelser från empirin.

### Litteratursökning

När det gäller tidigare forskning har jag använt Göteborgs universitets bibliotek samt dess databaser bl.a. databasen Kvinnsam, Summon, Libris, och Gunda med hjälp av sökorden: behandling. Databasen Summon har jag använt till min internationella kunskapsöversikt. Jag har även fått tips och råd på litteratur av olika personer på institutionen inom socialt arbete på Göteborgs universitet. Utöver detta har jag varit inne på Statens Offentliga Utredningars hemsida och Socialstyrelsens hemsida. Sökord: kvinnor, behandlingshem, beroende.

### Exemplifiera, validitet, reliabilitet och objektivitet

Svensson (1996) skriver om begreppen validitet och reliabilitet. För att bevisa trovärdigheten i resultaten i denna studie kommer jag som forskare beskriva mitt tillvägagångsätt genom att använda begreppen tillförlitlighet (reliabilitet) och trovärdighet (validitet). Tillförlitlighet relaterar till vetenskaplig forskning medan trovärdigheten relaterar till studiens resultat giltighet till verkligheten som kvinnorna lever i. Trovärdigheten i studien bygger på hur jag som forskare omfamnar relationen mellan mina tolkningar av materialet och hur jag ser på transkriberingarna som ligger till grund för mina tolkningar. Genom den noggranna transkriberingen, har jag lyckats fånga innehållet i kvinnornas berättelser från de kvalitativa intervjuerna. Därefter svarar tolkningen och redovisningen av analysen och resultatet på studiens syfte och frågeställning, vilket innebär att studien lyckats mäta det som var menat att mäta. Jag som forskare har tagit ställning följande delar som sammanhang, noggrannhet,

ärlighet och överrensstämmelse genom att ställa studiens resultat i ett sammanhang, där jag utgått från kvinnornas ärliga svar och inte vinklat sanningen. Jag har även lyssnat till kvinnornas sinnestillstånd vid intervjuerna, vilket påverkar kvinnornas svar. Eftersom intervjuerna enbart genomfördes en gång med varje kvinna, kan jag bara göra en jämförelse mellan de olika kvinnorna som deltog. Upplevelsen av sinnesstämningen beror även på platsen som intervjun genomförs på. Vissa platser var bekanta och trygga för kvinnorna medan andra platser var främmande och nya, vilket påverkat känslan i kroppen hos kvinnorna. Jag har noggrant förmedlat och redovisat alla delar i metodkapitlet (ibid).

Björklund och Paulsson (2003) skriver att begreppet extern reliabilitet bygger på om en extern forskare skulle uppfatta och upptäcka samma struktur och sammanhang som jag om han eller hon gjorde en identisk studie. Jag vill påpeka att valet av kvinnorna som deltog i studien valdes ut av olika personer, vilket försvårar arbetet för en annan forskare som inte har tillgång till nätverket. Gällande den interna reliabiliteten som handlar om en extern forskare skulle analysera materialet på samma sätt och få fram samma begreppsbeskrivningar (ibid).

Jag anser att sammanhanget till en viss del skulle bli annorlunda, men i det stora hela så anser jag att studien bygger på teorier som skulle upptäckas av en extern person men för den saken skall så innebära det inte att den externa personen skulle välja just mina identiska teorier för att analysera materialet. Det handlar mycket om vilken förståelse och med vilka forskare "glasögon" den externa forskaren har. Jag har inte använt mig av en medbedömare för att stärka min interna reliabilitet och jag har inte heller transkriberat datamaterialet själv, det var en annan person som har skrivit ut den transkriberade texten (ibid).

Svensson (1996) menar att validitetsbegrepp också handlar om kommunikativ och pragmatisk validitet. Kommunikativ validitet handlar om hur jag som forskare har kommunicerat och diskuterat ämnet i fråga med andra som var insatta i ämnet som studeras. Eftersom detta ämne var nytt för mig så har jag rådfrågat personer kvinnobehandlingen och personer anställda på Göteborgs universitet på institutionen för socialt arbete under hela studien perioden. Gällande pragmatisk validitet så talar studien för sig själv, jag som forskare behöver inte övertyga er läsare om att analysen är trovärdig och resultatet är användbart. Det är kvinnornas uppfattningar och upplevelser som är i fokus (ibid).

Svensson (1996) och Bryman (2002) skriver om validering genom återkoppling från kvinnorna som deltog i studien. Studiens trovärdighet bygger på fyra delkriterier jag har tagit hänsyn till: *tillförlitlighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *konfirmering* (ibid). För att skapa tillförlitlighet har jag skickat masteruppsatsen (hela masteruppsatsen inte enbart deras utsagor) till kvinnorna som har deltagit i intervjuerna och bett dem lämna sina kommentarer till det empiriska materialet för att kontrollera så att deras utsagor uppfattades på rätt sätt. Jag har i största möjliga mån, försökt ge fylliga beskrivningar, så att andra personer får möjligheten att bedöma om mitt resultat kan överföras till en annan miljö, t.ex. en annan ort med ett liknande behandlingshem. Jag har även redogjort för alla faser av min forskningsprocess för att underlätta för andra personer att bedöma resultatets pålitlighet. Utöver de ovanstående kriterierna var även *äkthet* (Bryman, 2002) betydelsefullt kriterium för kvalitativa undersökningar, jag har presenterat en så rättvis bild som möjligt av intervjupersonernas åsikter och uppfattningar (ibid).

## Etiska överväganden

Jag har läst och tagit del av forskningsetiska principer inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning (Codex, 2012). Där framhåller man att en forskare måste ta hänsyn till *forskningskravet*, vilket innebär att leva upp till de fyra etiska principerna: information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande vilket också Bryman (2011) hävdar.

*Informationskravet* innebär att jag måste upplysa uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare om deras uppgift i studien och vilka villkor som gällde för deras deltagande. Det är viktigt att deltagarna vet om att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan (ibid). På informationsbrevet till intervjuguiden stod dessa uppgifter tydligt det vill säga, vad som var syftet med intervjun, vilka villkor som gäller, att deltagandet är frivilligt och att kvinnorna när som helst kunde avbryta sin medverkan. Detta försättsblad visades även upp för kvinnorna som deltog i intervjuerna.

*Samtyckeskravet* säger att jag måste inhämta uppgiftslämnarens och undersökningsdeltagares samtycke. De som medverkar har rätten att självständigt bestämma om, hur länge och på vilka villkor de skall delta (ibid). När kvinnorna deltog i intervjun, gav de mig sitt samtycke att de ville delta i denna studie. Gällande intervjuerna så lämnade de sitt samtycke innan intervjun påbörjades. Alla kvinnor som valde att delta i denna studie har lämnat sitt samtycke och ingen har valt att lämna eller avbryta under studiens gång.

*Konfidentialitetskravet* betonar att jag har tystnadsplikt gentemot personerna som deltagit i min studie och att alla uppgifter om identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda människor inte kan identifieras av utomstående (ibid). Jag tog hänsyn till konfidentialitetskravet vid utskicket av enkäten. På grund av sekretessen i förarbetet, beslöt jag att tillgång till personuppgifter eller adresser inte skulle efterfrågas, därför postade den dåvarande föreståndarinnan alla brev. Jag vill också påpeka att kvinnornas citat skrivs som R: (respondent) i studien. Gällande intervjuerna så har jag genomfört intervjuerna, sedan har en kvinna på Göteborgs universitet genomfört transkriberingen, kvinnan har även skrivit på ett dokument om sekretess och tystnadsplikt. Därefter raderades intervjuerna från diktafonen och de transkriberade texterna var bevarade på ett USB minne som raderas när studien examinerad.

*Nyttjandekravet* slutligen, innebär att det insamlade materialet till min studie inte får användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften (ibid).

# Teori

## Anknytningsteori

Inledningsvis nämns John Bowlbys anknytningsteori, som ingår i de psykodynamiska utvecklingsteorierna, där man fokuserar på barndomen och dess avgörande egenskaper som gör att människor utvecklas till välbalanserade människor. I detta perspektiv anser man att både arv och miljö har en stor betydelse för en människas utveckling.

Bowlby och Ainsworth (1991) har tillsammans arbetat fram anknytningsteorin. Denna teori bygger på samspel mellan föräldrarna och barnet. Med trygg anknytning menas att föräldrarna försöker skydda och uppmärksamma barnets behov. Det bildas en inre arbetsmodell som barnet har med sig genom hela livet. Begreppet trygg bas utvecklades, vilket betyder att när barnet känner sig oroligt och rädd så kan de springa tillbaka till sina föräldrar och när barnet önskar, springer de iväg igen och utforskar världen. På detta sätt aktiveras en positiv anknytning, där barnet vet att hon alltid kan komma tillbaka för trygghet och kärlek. De föräldrar som förmedlar ett sviktande stöd till sina barn, skapar en otrygg anknytning mellan barnet och föräldrarna, vilket hämmar barnens känslomässiga utveckling (ibid). En otrygg anknytning påverkar en människas välbefinnande och hälsa på ett negativt sätt.

Broberg et al. (2006) skriver att om en eller båda föräldrarna missbrukar så kommer barnet inte att utveckla ”trygga” arbetsmodeller pga. att föräldrarna inte tar hänsyn till barnets behov. De trygga arbetsmodellerna byggs upp redan under barnets två första levnadsår och förändras under uppväxten. Om en eller båda föräldrarna missbrukar, leder det till att barnet inte upplever att de har en trygg hamn att vända sig till, vilket leder till en otrygg anknytning. Barn med otrygg anknytning bär runt på starka negativa känslor som de vill kommunicera och prata om, men de saknar tilltro till föräldrarna, att de var villiga att hjälpa till eller har förmågan att hjälpa dem med deras negativa känslor. Hos en tonåring kan detta leda till självskaðebeteende och utåtagerande (ibid).

Broberg, Granqvist, Ivarsson och Mothander (2008) skriver att det handlar om våld inom familjen, där barnet utsatt själv eller upplever att ena föräldern misshandlar den andra parten hindras barnets fysiska och psykologiska utveckling. Barn och ungdomar som bevittnar våld inom familjen, kan uppleva trauma och det får allvarliga konsekvenser för anknytningen. Dessa personer utvecklar också större risk för psykisk ohälsa. Barn som utsätts för omsorgssvikt kan omplaceras för att skydda barnet. Barn som placeras i familjehem lämnar sina biologiska anknytningspersoner för att tvingas etablera nya anknytningsrelationer. Detta moment är ett riskmoment ett trauma för barnet dvs. separation från den biologiska familjen till den nya omsorgsmiljön. Det som är avgörande i denna situation är kvaliteten på det känslomässiga mottagandet och engagemanget av barnet från den nya familjen. Det framgår att barn som har blivit placerade i familjehem, saknar förmågan och erfarenheten av att reglera sin egen stress, eftersom de inte lärt sig detta från sina egna föräldrar (ibid).

Vidare skriver Broberg et al. att detta kan leda till att den överväldigande egna stressen ageras ut mot de nya anknytningspersonerna. Det finns en koppling mellan omsorgssvikt, övergrepp och otrygg anknytnings betydelse och ökad risk för tidig brottslighet, uppförandeproblem, beteendeproblematik exempelvis aggressivt beteende. Den otrygga anknytningen kan också lägga grunden för psykiska störningar. Om individerna hittar andra trygga platser och personer som exempelvis skolan eller en mormor så kan de inre arbetsmodellerna förändras

till de positiva men om individerna upplever mycket stress och fysisk bestraffning skapas ännu mer beteendeproblematik. Man kan utläsa att individer som har ångestdiagnos i tonåren, mynnar ut från en otrygg anknytning när individen var ett år. Individer som saknar en trygg bas, vågar inte undersöka och upptäcka världen på egen hand, utan individerna bär runt på olika känslor som osäkerhet och rädsla, vilket hämmar utvecklingen och kan leda till social ångslan dvs. *generaliserad ångest* och *social fobi*. Det kan också leda till separationsångeststörning, vilket innebär att individerna känner en ångslan vid separation från föräldrarna exempelvis vid skolgång (ibid).

Denna ångslan bygger på att individerna är rädda för att det skall hända något hemskt med föräldrarna eller dem själva, när de inte är tillsammans. Detta ger uttryck till att individerna hellre stannar hemma med sina föräldrar eller är tillsammans med sina föräldrar istället för att sova över hos kompisar. Individerna ansåg även att det var svårt att vara hemma ensamma. Att individer får depressiva problem mynnar ut från separationer och förluster. Bristande sorgearbete vid separationer och förluster var en viktig orsak till psykisk störning. Den otrygga anknytningen påverkar individens sätt att se på sig själv, vilket skapar en bild av individen som att hon var inte värd omsorg eller kärlek. När individen inte kan prata om sina problem med anknytningspersonen pga. att individen inte har fått lära sig detta genom en trygg anknytning, ökar risken för depression. Depression och självdestruktivitet, kan också uppkomma genom olösta förluster och psykiska trauman (ibid).

### Copingstrategi / teori

Once a stimulus has been appraised as threatening, process whose function it is to reduce or eliminate the anticipated harm are set in motion. They are called coping processes (Lazarus 1966:25). A huge quantity of research is performed within the overlapping subjects of conflict, frustration, anxiety, defense, emotions (especially those of fear and anger), and disaster, to name some of the most important and obvious topics that fall under the rubric of stress (Lazarus 1966:1-2). We have consistently argued that any given coping process may have favorable or unfavorable results depending on (1) who uses it, (2) when it is used, (3) under which environmental and intrapsychic circumstances, and (4) with respect to which types of adaptational outcomes (Lazarus & Folkman 1987:158).

Lennéer-Axelsson (2010) menar att en människas liv var som en bergdalbana, det har toppar och dalar. För att hantera motgångar krävs det att människor har byggt upp olika modeller för att hantera den stress som uppkommer, detta kallas coping. Under en viss händelseperiod utsätts individer för olika stressorer dvs. händelser och situationer som kan utlösa stress – och kristillstånd. En stressor kan vara ett trauma, förluster, sorg etc. Under återhämtningen uppstår ett sviktillstånd vilket innebar sårbarhet och ömtålighet hos individen innan situationen stabiliseras och blir mer hanterlig. Men om inget positivt händer hamnar man i en tillfällig svikt tillstånd och därefter i en kris. Coping kan definieras på många sätt exempel 'coping innebar ett försök att minska fysisk och psykisk smärta som var kopplad till negativa livshändelser' (2010 s.71). Copingstrategier var inre/yttre aktiviteter som en individ använder sig av för att bemästra, tolerera eller lindra sitt eget lidande (ibid). Copingstrategier skall reglera känslor, skydda självkänslan, skapa social interaktion och lösa problem. Det finns åtta förekommande copingstrategier dvs. konfrontativ coping, flykt/undvikande coping, distansering, självkontroll, sökande efter socialt stöd (inklusive kommunikation), ansvarstagande, planerad problemlösning och positiv omtolkning/omvärdering (ibid).



### *Känslo- och problemfokuserad coping*

Lennéer-Axelsson (2010) skriver att känslofokuserad eller emotionell coping syftar till att antingen konfrontera, bemästra, tolerera, reglera eller reducera de svåra känslorna en person upplever. Här existerar två dominerande strategier dvs. känslomässig avlastning – oftast kallad ventilerings- och känsloreglering. Denna form används oftast när en person har ett problem eller varit med om en händelse som inte var möjlig att förändra. Då kan fysiska och/eller psykiska lidandet balanseras och lindras. Inom känsloreglering försöker man skjuta känslor åt sidan, distansering, vilket tidvis var nödvändigt i sorgprocessen för att kunna upprätthålla ett vardagsliv. Problemfokuserad/uppgiftsinriktad coping var problemlösning som syftar till att förebygga/förhindra/förbättra en problemfylld situation. Denna metod kan vara till hjälp under själva händelsen dvs. krisen eller de stressorer som kommer efter en eventuell förlust och det som behöver hanteras och lösas till följd av förlusten (ibid).

### *Konstruktiv och destruktiv coping*

Lennéer-Axelsson (2010) anser att vissa coping-strategier kan användas i nuet men var dåliga på lång sikt och tvärtom. För att kunna hjälpa en person behöver man veta en persons copingstrategier och se till individens hela livssammanhang, relationer och var i krisprocessen hon befinner sig. Den som var i behov av hjälp vill oftast att en professionell person skall finnas där som vägledning dvs. den hjälpsökande vill reflektera sin tankar och få vägledning för att kunna tänka konstruktivt. En aktiv och konfronterade coping var bra att ha i nuet, exempelvis för att orka kämpa sig igenom en sjukdom men kan få motsatt effekt. Vissa copingstrategier kan vara långsiktigt destruktiva exempelvis när personer tar sin flykt in i droger (ibid).

## KASAM

Antonovsky (2007) utvecklade ett nytt paradigm, det salutogena perspektivet som fokuserar på varför vissa människor bättre klarar av att möta livets oundvikliga svårigheter och vad som bidrar till detta. Han frågade sig vad hälsa var och varför så många överlever och förblir någorlunda friska trots påfrestningar, problem och svårigheter. Salutogent perspektiv karaktäriseras av att förklara hälsa och vad som främjar den. Det försökte identifiera och förklara de skyddande faktorer och processer, som bidrar till en rörelse i riktning mot hälsa. Det vill också tydliggöra kompetenser och resurser som bidrar till att begränsa problemutveckling, hantera problem och svårigheter och utvisa vad det var som gör det möjligt att vi överlever trots alla problem, svårigheter och motgångar. Antonovsky uppmärksammar stressorer t.ex. anhörigas sjukdom. Alla människor utsätts dagligen för olika former av stressorer, små som stora, men det var viktigt att veta att det var inte stressoren och dess laddning som skapar problem utan det var vad vi gör med stressoren. Stress kan både vara negativt och positivt, den positiva stressen kan främja hälsa. Hur människor möter stressen var alltså avgörande och skillnaden ligger i hur människan uppfattar situationen dvs. betydelsen av en motivationskomponent, som avgör om stressorer uppfattas som utmaning (ibid).

Antonovsky (2007) har därför utvecklat begreppet "Känsla av sammanhang" dvs. KASAM. När en stressor kommer in i en människas liv skapas ett spänningstillstånd som måste hanteras. Olika människor har olika resurser som hjälper till att hantera spänningen. Generella motståndskrafter var jag styrka, socialt stöd, kulturell stabilitet, god ekonomi, som hjälper till att göra stressorerna "begripliga". "Hanterbarheten" gör att vi kan känna oss som aktörer och

inte offer för omständigheter. Upplever vi livet värt att engagera oss i upplever vi också "meningsfullhet". Dessa tre aspekter utgör kärnan i KASAM och kan ge svar på frågan i vilken grad en individ har kapacitet att möta livets skiftningar med bevarande av en återkommande rörelse mot hälsa. En person med starkare KASAM har ett förhållningssätt till livet som hjälper henne att bevara och främja hälsa och välbefinnande. En framgångsrik coping med olika stressorer ger en rörelse mot den positiva polen i kontinuumet hälsa – ohälsa (ibid). Denna studie fokuserar på de tre centrala begreppen i Antonovskys perspektiv: "begriplighet" dvs. om man kan uppleva stressorer som ordnade, sammanhängande, strukturerade, förutsägbara dvs. begripliga utifrån ett positivt synsätt. Istället för ett kaotiskt, oordnat, slumpmässigt, oväntat och oförklarligt kaos. Ett annat var "hanterbarhet" dvs. när en människa möter stressorerna, får hon då något stöd och hjälp (resurser) eller måste hon hantera allt ensam. Ytterligare ett var "meningsfullhet" dvs. att människan har en motivations-komponent som skapar delaktighet och gör så hon medverkar i de processer som skapar såväl hennes öde som hennes dagliga erfarenheter. Därmed kan hon känna att det var värt att investera sitt engagemang i förändringsprocessen eller var kvinnornas liv präglade av tvång och ovilja (ibid).

### Exit-teorin

Ebaugh (1988) behandlar exitprocessen och hon skriver att när människan lämnar missbruket och kan hantera sin beroendesjukdom, så inträder ett rollbyte. Det innebär att människan inte längre är missbrukare utan en före detta missbrukare som kan hantera sin beroendesjukdom idag. Det innebär att människan förändrar sin identitet och får därför ta ställning till sitt tidigare och nuvarande liv. Exitprocessen var ett rollutträde och en rollförändring, vilket sker i fyra steg. Den första tvivlen, sökande efter alternativ, vändpunkten och bygga nytt. Ebaugh skriver följande om de fyra stegen (ibid).

Den första tvivlen bygger på känslan i kroppen av att något känns fel, rollen som missbrukare, känns inte lika givande och positiv som den har känts förut. Något har förändrats och missbrukaren börjar tvivla på om rollen som personen har försatt sig i verkligen var hållbar. I tvivlen börjar missbrukaren se sig själv med ett utifrån perspektiv. Det innebär att personen tittar på världen utifrån nya ögon vilket leder till en omtolkning av verkligheten. Ett missnöje börjar växa fram och först vet personen inte om detta är något tillfälligt och övergående, men missnöjet och längtan till förändring finns kvar och släpper inte taget. Uppvaknandet var olika för alla personer och bygger på att förväntningar inte blev som personen önskade. Förändringarna i vardagen kan exempelvis bygga på förändringar i relationen till betydelsefulla andra, utbrändhet, besvikelser men också betydelsefulla utlösande händelser (ibid).

Andra steget i exitprocessen var sökande efter alternativ, vilket innebär att missbrukaren hör sig för och pratar med andra och kollar runt vad det finns för andra alternativ i livet, förutom att vara en missbrukare. Alternativen vägs mot varandra och fördelar och nackdelar blir tydliga. I denna fas är omgivningen viktig, eftersom missbrukaren söker bekräftelse från andra. Här kan personen få råd, tips och möjligheter som lyser upp möjligheten till ett nytt vägval vilket gör en förändring möjlig. Att ta hjälp av andra är betydelsefullt i denna fas (ibid).

Tredje steget var vändpunkten, det var här missbrukaren bestämde sig för att bryta, vilket innebär att det var nu som intaget av beroendeframkallande medel inte känns betydelsefullt längre utan andra faktorer överväger, ett liv utan droger, läkemedel och alkohol. Vändpunkten

kan vara dramatisk och plötslig, vilket innebär att missbrukaren vill få till en förändring direkt (när det gäller missbrukande kvinnor som frivilligt går in i behandling). Vändpunkten mynnar ut från betydelsefulla händelser som gör att missbrukaren får ett uppvaknande eller att uttrycket ”droppen som fick bägaren att rinna över” vilket gav reaktionen, nu får det vara nog. En annan faktor kan vara tiden, att det tar olika tid för missbrukare att inse och komma till skott med sin vändpunkt, men inser att nu är tiden inne. Men vändpunkten kan också mynna ut i hot om tvångsvård (LVM) eller sämre hälsotillstånd, där missbrukaren inser att nu är det risk för det egna livet (ibid).

Det fjärde steget i exitprocessen var att bygga nytt, vilket innebär en förändring och skapandet av en ny identitet. Under detta steg, skall personen förhålla sig till sin tidigare identitet som missbrukare och till sin nya identitet som ex-missbrukare. Denna process kan vara mycket omvälvande i och med personen måste förhålla sig till den gamla rollen, som är stigmatiserande och samtidigt hitta nya vägar och passa in i den nya rollen. Under detta steg är det viktigt att personen får stöd, bekräftelse från omgivningen och att personen lär sig de nya koderna. Att bli accepterad för sitt val är mycket viktigt och att människor i omgivningen har förståelse och inte blir stigmatiserande och nedlåtande. Under detta steg får ex-personen bryta upp med sitt gamla liv, gamla kamrater och vänner för att söka sig in i en ny och obekant värld. Denna process är både spännande och svår i och med den stora livsförändringen. Att hela tiden leva med en ex-roll skapar ett spänningstillstånd som med tiden normaliseras (ibid).

## Kvinnornas uppfattningar om barndom, uppväxt och beroendeproblematik

### *Bristande band*

Nedan kommer ni få ta del av olika kvinnors upplevelser gällande deras barndom, uppväxt och beroendeproblematik. Följande citat kommer från en kvinna som berättar om sin upplevelse av sin far:

R5 berättar om hennes upplevelse av att hennes far: (...). Min pappa har jobbat svart, eh, och suttit inne (...) kriminell (...). R5 fortsatte att förklara att: Känslor... (...) Han säger inte så mycket förrän han blir arg. Han har blivit bättre nu, sen jag har blivit drogfri och sånt, han har ju fortfarande missbruk själv, så han har ju missbrukspersonligheten (...).

Kvinnan berättar att hennes upplevelse av hennes far var att han var kriminell och att han har suttit i fängelse. Fadern var aktiv missbrukare. Utifrån denna text går det att utläsa att fadern har en missbrukspersonlighet. Detta innebär att fadern bar på många olika former av känslor, vilket medför att han inte kunde ta ansvar i sin roll som far. Nedan följer kvinnans upplevelse av sin mor:

R5 berättar om hennes upplevelse av att hennes mor: (...) hon sökte bekräftelse hos mig. (...) började hon umgås med mig och mina vänner. (...), det var ju hennes sätt att bara få komma mig nära, att jag skulle tycka om henne, så hon vände från en mamma till en kompis, hon köpte ut alkohol och cigaretter och hjälpte till med saker, och... Ja. Fast hon egentligen bara ville ha en kram. Som en mamma liksom. (...) Men jag ville ju ha en mamma, och inte en kompis, just då. R5 förklarar att hennes mamma: (...) lät mina äldre kompisar sitta och röka hasch t.ex. Under fläkten och.. Tillät vapen och sånt hemma, och gömde och... Ja, såna saker. R5 fortsätter berätta: (...) hon har... Varit medberoende, (...). Så hon har ju den problematiken, om man säger. Ja... Glömmer bort sig själv för alla andra.

Modern sökte bekräftelse hos kvinnan för att komma henne nära. Detta innebär att modern ingick i dotterns nätverk, umgicks med hennes vänner och köpte ut cigaretter och alkohol mm till dem. Modern försökte bli omtyckt och bli en kompis istället för en mor. Det inträdde ett rollbyte, eftersom modern hellre ville vara en vän en mor. Modern visste inte hur hon skulle handskas med situationen och hon trodde att rollbytet skulle förbättra relationen mellan dem. Problemet som uppstod var att kvinnan ville ha en mor och inte en vän. Modern vidgade gränserna och det blev tillåtet med hasch och vapen i hemmet. Modern var även medberoende till kvinnans far, vilket påverkade hela familjen. Att vara medberoende kännetecknas av att modern försökte kontrollera fadern samtidigt som hon lät sig påverkas av hans beteende och lät sig styras. Modern låter allt fokus vara riktat mot honom, hon försöker lösa hans problem, vilket innebär att hon tappar kontrollen över sitt eget liv. Kvinnan fortsatte att berätta om upplevelsen av den känslomässiga relationen i barndomen.

R5 upplever sig själv som: Känslomässigt avstängd, med både mamma och pappa (...).

Eftersom fadern var beroende och modern medberoende, upplevde kvinnan att hon var känslomässigt avstängd både med sin mor och far. När fadern och modern brast i omsorgen, ledde detta till att kvinnan kände en grundläggande brist på tillit till om modern och fadern kommer att vara på plats och ge stöd och beskydd som behövdes, vilket skapade en undvikande kontakt med anknytningspersonerna. I den situationen kunde inte föräldrarna ge

det stöd som dottern behövde och dottern kände inte att föräldrarna ställde upp, vilket medförde att ingen av dem kände att deras tillvaro var begriplig, hanterbar eller meningsfull, vilket ledde till psykisk ohälsa. Denna form av anknytning som fanns i denna familj var en otrygg och undvikande anknytning. Nedan presenterar en annan kvinnan sin upplevelse av sin far under sin barndom och uppväxt.

R1 berättar om upplevelsen av sin far: Mm, min pappa har ju alltid druckit så länge jag kan minnas, eh... Varje helg i stort sett och även när det var lediga dagar och semestrar, högtider och allt det här så... Han var ju alkoholist och narkoman så, ja.

Kvinnans upplevelse av sin far var att han har alltid haft beroendeproblematik av olika substanser och hans beroende var kontinuerligt, vilket innebär att han drack varje helg, varje högtid, semester och ledig tid. Kvinnan fortsatte att berätta om sin upplevelse av sin mor under sin barndom och uppväxt.

R1 upplevde att sin mor var: (...) hon har ju... (suck) (...) väldigt medberoende till min pappa(...). R1 fortsätter berätta: Ja... Hon har väl alltid funnits där och... Liksom, vart den som tagit hand om saker och ting och sådär. Men hon har ju... (suck) haft... Eller, stora svårigheter liksom att visa känslor och det här, och väldigt medberoende till min pappa. Så det... Det var väl väldigt känslolikt typ, kunde jag känna, hon kramade aldrig om mig eller sa att hon älskade mig eller sådär. Hon fanns bara där, typ.

Kvinnan berättar om hennes upplevelser av sin mor. Modern har alltid funnit där för henne och hon har tagit hand om saker och ting. Men problemet låg i att modern hade svårt att visa känslor och var medberoende till kvinnans fader, vilket innebär att kvinnan aldrig känt sig älskad och aldrig fått värme och trygghet, genom en kram eller hört sin mor säga: jag älskar dig. Kvinnan upplevde modern som känslolikt och att hon bara fanns där i hennes liv. För att förstå moderns roll i familjesammanhanget, var det viktigt att få klarhet i hur hennes roll som medberoende har varit. Modern har i detta fallet lagt allt fokus på sin partner och glömt bort både sin dotter och sig själv. Modern har lagt hela sin uppmärksamhet för att kontrollera partnern. Detta innebär att kvinnan blev åtsidosatt, av både sin mor och sin far, vilket ledde till en otrygg och ambivalent anknytning. Kvinnan ville gärna få kontakt och känna sig älskad av sin mor, vilket skapade en separationsångest som ledde till osäkerhet och ångslan. I denna familj såg man tydliga tecken på att det fanns psykisk ohälsa, vilket skapade en tillvaro som inte var begriplig, hanterbar eller meningsfull. Kvinnan fortsatte att berätta om misären som existerade i hennes familj.

R1 berättar om upplevelsen av misshandeln: (...) oftast stannade jag ju hemma för... För att skydda min mamma, och liksom, hålla koll på läget. Det var mycket bråk och misshandel när jag var yngre och sådär. R1 fortsätter att berätta: (...) jag kände mig orolig. (...) så var jag jätteorolig, vet jag. R1: Så jag valde ju liksom att vara hemma, trots att det var så jobbigt. R1: (...) jag ville väl skydda mina föräldrar på nåt sätt. Samtidigt som jag önskade att nån skulle märka av det, skulle se, nån dag liksom. Jag vet att jag önskade ibland att jag skulle få hamna på fosterhem så jag kom ifrån skiten, liksom. Ja. Ja.

Kvinnan berättar att hon stannade ofta hemma för att skydda sin mor, från misshandel, vilket skapade känslor som oro och kontroll. Kvinnan försökte kontrollera situationen och finnas till hands för att skydda hennes föräldrar, men samtidigt ville hon bara därifrån. Det fanns en önskan om att någon skulle rädda henne från misären. Kvinnan bar på en stor oro, vilket ledde till att hon själv inte kunde slappna av utan hon måste hela tiden vara

på sin vakt för hon visste vad som kommer att hända vid nästa helg. Ytterligare en kvinna berättar om hennes upplevelse av sin barndom och uppväxt.

R4 berättar att: (...) alla i min släkt var narkomaner eller alkoholister (...). R4 fortsatte berätta: (...). Jag bodde med mina biologiska föräldrar tills jag var... 2, sen hamnade jag i fosterhem. (...).

Kvinnan berättar att alla i hennes biologiska släkt, hade olika former av beroende-problematik och att hon kom till ett fosterhem när hon var två år gammal. Detta tyder på att hon har en otrygg och desorienterad anknytning. Följande citat berättas utifrån kvinnans upplevelse av sin fosterfamilj.

R4 berättar att hennes foster mor och far har: (...) inte tillgång till sitt känsleregister kan man säga (...) även fast man levt hela sitt liv med dem så känns det inte som att man känner dem. Det var mycket yta (...). R4 fortsätter berätta: (...) sen tror jag att hade det vart en fosterfamilj där man fick utlopp och förståelse för sina känslor så kanske det inte heller hade vart så. Hade man fått prata om det och det hade vart mer sunt så kanske jag hade varit mycket mer tillfreds med mig själv och livet. R4: (...) Jag har väl, alltså vi har ju inte pratat hemma, alltså om hur man mår och så, och det kanske har bidragit en del, att man inte fått utlopp för det man behöver få utlopp för kanske.

Kvinnans upplevelse av hennes fosterföräldrar var att de inte hade tillgång till sitt känsleregister, hennes upplevelse var att hon inte kände dem på djupet utan allt handlar om ytliga ting. Kvinnan upplevde också att hon inte fick utlopp och förståelse för hennes känslor och att detta var en bidragande orsak till hennes framtida händelseförlopp.

## Varför blev kvinnorna beroende?

Nedan presenterar kvinnan sin upplevelse av orsaken till sin beroendeproblematik.

R4 berättar om sin upplevelse av orsaken till beroendeproblematiken: Jag tror att en del var arv och miljö och en del var genetiskt (...). R4 fortsätter berätta: (...) sen tror jag att hade det vart en fosterfamilj där man fick utlopp och förståelse för sina känslor så kanske det inte heller hade vart så. Hade man fått prata om det och det hade vart mer sunt så kanske jag hade vart mycket mer tillfreds med mig själv och livet. R4 menar att: (...) vi har ju inte pratat hemma, alltså om hur man mår och så, och det kanske har bidragit en del, att man inte fått utlopp för det man behöver få utlopp för kanske.

Kvinnan berättar om hennes upplevelse om orsaken till hennes beroendeproblematik. Upplevelsen var att hon tror att orsaken var både arv, miljö och delvis genetiskt. Främst anser hon att det är uppväxtmiljön i hennes fosterfamilj som har påverkat henne negativt. Hon önskade sig en fosterfamilj där hon skulle fått utlopp och förståelse för sina känslor. En bättre kommunikation hade varit sunt. Hon anser att det skulle bidragit till att hon känt sig mer tillfreds med sig själv och livet. Kvinnans upplevelse var att en bidragande orsak till beroendeproblematiken grundar sig fosterföräldrarnas förhållningsätt gentemot henne. Upplevelsen var att det var ingen som frågade henne hur hon mådde. Nedan presenterar en annan kvinna sin upplevelse av orsaken till hennes beroendeproblematik:

R2 anser att orsaken är: (...) hade det inte vart nån mobbning i skolan så hade inte jag, ja, nu kan jag inte lova, men antagligen inte... Umgåtts med de äldre som drack så mycket. (...) Men i början där så skyllde jag ju på honom väldigt mycket. (...) hade han inte slagit mig, hade han inte misshandlat mig psykiskt, massa grejer, så hade jag inte mått dåligt och då hade jag inte tagit droger. (...). R2 fortsatte berätta: Ja det var en bra fråga (skratt). Det var väl väldigt mycket på grund av att jag inte orkade ta tag i mina känslor, att jag hellre vill få bort dem än att våga känna dem, mycket rädsla. Rädslan tror jag det var som har gjort att jag fick beroendesjukdom.

Kvinnans upplevelse av den bidragande orsaken till beroendeproblematiken var mobbing, vilket gjorde att kvinnan sökte sig till en annan vänkrets som bestod av äldre personer som drack mycket alkohol. I och med att kvinnan bytte umgängeskrets så träffade hon även en partner som misshandlade henne psykiskt och fysiskt. Under denna tid ökade kvinnans ohälsa och hon började nyttja droger. Upplevelsen av orsaken till beroendesjukdomen bottnade i kvinnans rädsla, eftersom hon inte vågade ta tag i sina känslor utan hela tiden tryckte ner dem och försökte få bort dem genom olika preparat. Nedan presenterar ytterligare en kvinna sin upplevelse av orsaken till sin beroendeproblematik:

R3 berättar att: (...) den här sjukdomen har man ju, har man den så har man den, sen att man spär på den genom att man kanske inte hade det så bra hemma och, ja, dåliga uppväxtförhållanden och kom in i fel gäng och sånt.

Kvinnans upplevelse att orsaken till beroendeproblematiken är hennes beroendesjukdom. Hon berättade att hon har en sjukdom och det fanns inget man kan göra åt den, kvinnan upplevde att man skulle kunnat påverka hennes dåliga uppväxtförhållande, vilket mynnade ut i att kvinnan kom in i fel bekantskapskrets dvs. fel gäng. Nedan presenterar den sista kvinnan sin upplevelse av orsaken till beroendeproblematiken:

R1 förklarar att föräldrarnas bristande band har spelat roll: Jo, men det spelar ju stor roll, gör det ju, att inte ha fått den, eh, hur ska jag förklara... Att inte ha fått det som liten,

från mina föräldrar. Just det här, olika delar. Det tror jag. R1 fortsätter berätta: Mm, jojo det gjorde den ju. Det var ju en stor anledning till att jag drack också, det var ju inte bara gemenskap och såhär utan, ja. Den kunde jag ju även använda när jag kände mig stressad eller orolig, så det, absolut.

Kvinnan menar att föräldrarnas bristande band spelade en stor roll när det gällde kvinnans upplevelse av orsaken till hennes beroendesjukdom. Kvinnan menar att hon inte fått en trygg bas under sin barndom, vilket skapade en inre stress och oro. Kvinnans upplevelse var att hon nyttjade alkohol, när hon kände sig stressad och orolig, så det handlar inte enbart om gemenskapen med andra som nyttjade. I nästa avsnitt får ni följa med på kvinnornas resa genom deras upplevelser av inträdet i missbruk.



## *Eufori – himlen och helvetet*

Nedan kommer ni att få ta del av kvinnornas upplevelser, gällande inträdet i missbruk och beroendeproblematiken, ni kommer även få läsa om kvinnornas upplevelser om deras exitprocess. I föregående kapitel har kvinnornas familjesituation redovisats och hur detta påverkat deras hälsa och välmående. Nedan presenterar kvinnan sin upplevelse av ingången och upplevelsen av sitt första rus:

R5 berättar om sin upplevelse av inträdet: Vänner tror jag, jaa, och sen just att alkoholen... Jag vet inte, nyfikenhet. Och jag hade inte så mycket livsglädje, så, människor kunde komma, eller vänner kunde komma fram till mig med tabletter och säga, ta de här, och jag brydde mig inte om vad det var, och... Ja. Då blev det ju ännu bättre, och coolt, när man var mindre. R5 upplevelse av sin första fylla: Ja, jag kommer fortfarande ihåg min första fylla, och det var som nån frihets... Liksom, just då, alltså skulle en människa förklara för mig idag hur den kändes, som jag gjorde då, så skulle jag säga att du har ett problem. Och det var just det här att bara släppa alla tankar och bara få vara sig själv. Och våga saker, och få självförtroende.

Kvinnans upplevelse av ingången till missbruket var först via vänner, sen bekräftade hon att så var fallet. Kvinnan upplevde även att det fanns en nyfikenhet till alkoholen. I upplevelsen av kvinnans första fylla infann sig en frihets känsla, hon kunde släppa alla tankar och då kunde hon vara sig själv. Alkoholen gjorde henne självsäkrare så att hon vågade göra saker, allt blev bättre och hon blev cool. Hennes upplevelse av alkoholen gör henne påmind av att man redan då vid första ruset skulle insett att hon hade ett problem, men den vetskap hon har idag. Kvinnan började sedan även ta tabletter som hon fick från vänner. Anledningen till att hon fortsatte och blev en bland missbrukare var att hon kände en positiv känsla av substansen eftersom livsglädjen saknades och hon brydde sig inte vad hennes vänner gav henne. Nedan kommer ni följa en annans kvinnas upplevelse av hennes inträde.

R3 berättar att: ”Jag umgicks ju mycket med äldre. Och det... Man fick vara med dem, och då var det ännu coolt, och då blev det så. Fel umgänge kanske. Ja. R3 fortsätter berätta: Jag tyckte det var jättebra. Kunde fly in i nåt. Kommer jag ihåg, jag kommer ihåg första gången jag drack, som om det vore igår. R3 berättar om upplevelsen: Ja, det var underbart. Var det. Som att komma in i en annan värld var det, kommer jag ihåg. Ett rus. Lyckorus nästan kan man säga. Det var ju sjukt egentligen, men så var det.

Kvinnans upplevelse av hennes inträde var via hennes umgängeskrets, de var äldre. Kvinnan fick delta och blev en del av deras gemenskap, vilket innebär att hon började dricka eftersom de drack alkohol. Kvinnan upplevde att hon hamnade i fel umgänge, när hon reflekterar över situationen. Första ruset upplevdes som något jättebra, en ny värld, ett lyckorus, en helt underbar upplevelse. Hon kände sig cool tillsammans med den nya gemenskapen. Ytterligare en kvinna presenterar sin upplevelse av ingången och sitt första rus av alkohol:

R1 berättar om sitt första rus: (...) Vi skulle ha en fest och min bästa kompis då så... Så tänkte jag väl det, jag får väl testa det då, för jag hade undviktit det fram till dess då, (...). R1 fortsätter att berätta: Det var alkohol, jag drack första gången när jag var 17, gjorde jag. R1 berättar om känslan som infann sig: Ja, det var redan första gången så, kom ju den här wow-känslan, och jag bara kände att, det här var verkligen nåt för mig, och ja, som man säger, jag blev förälskad, typ, i drogen. Ja. Jag kunde slappna av och... Ja. Ja det var väl mest det.

Kvinnan berättar om hennes upplevelse av hennes första rus. Hon och hennes bästa kompis hade ordnat en fest och då prövade hon alkohol för första gången, tidigare hade hon undvikit alkohol, då var hon 17 år. Vid första ruset kändes det toppen direkt, en wow-känsla, det här var min grej upplevde hon. Upplevelsen var att hon blev förälskad på direkten och att hon kunde slappna av. Nedan kommer ni få ta del av en kvinna som inte tyckte om smaken, men det var något annat som lockade henne istället.

R2 berättar om varför hon började dricka alkohol: Mm, det var därför jag började dricka, för de drack, ja. R2 fortsätter berätta: (...) Det var ju så coolt, med alla äldre, jättehäftigt var det. R2 berättar om upplevelsen: Ja det var ju inte så jävla gott, men jag gillade ruset av det. (...). R2 berättar om känslan som infann sig: "Jag kände mig... Avslappnad, och jag behövde liksom inte tänka så mycket. Allting kändes mycket lättare. Faktiskt.

Kvinnan berättar att hennes kompisar drack, det var därför hon började dricka. Hon upplevde sig själv som cool, när hon umgicks med äldre kompisar. Det var jättehäftigt. Kvinnan berättar att upplevelsen av smaken av alkoholen inte var god men hon gillade ruset, hon kände sig avslappnad, allt kändes lättare och hon behövde inte tänka så mycket. Nedan fortsätter kvinnan att berätta om sin upplevelse av varför hon fortsatte med olika beroendeframkallande preparat.

R2 berättade om sin upplevelse av varför hon fortsatte med att dricka alkohol: Jag tror det var väldigt mycket umgänge, jag blev... Mobbad och utstött i skolan, (...) blev jag jävligt trött på det, då orkade jag inte mer. Då träffade jag andra, lite äldre, vänner, började suppa, och... Då vände jag liksom. Då blev jag annorlunda.

Kvinnans upplevelse av varför hon fortsatte dricka alkohol var på grund av att hon blev mobbad i skolan. Att vara utstött i skolan, skapade känslor som blev för stora att hantera. Kvinnans upplevelse var att hon inte orkade mer. Eftersom kvinnan saknade ett bra umgänge, började hon träffa andra personer som var lite äldre, de blev vänner. Upplevelsen av alkoholen blev en vändpunkt för kvinnan. Allt blev annorlunda och mer positivt. Kvinnan fick en ny umgängeskrets som accepterade henne som hon var. Den sista kvinnan presenterar sitt inträde på följande sätt.

R4 berättar om sin upplevelse: (...) då började jag gå ut väldigt mycket på alla krogar och sånt. Jag kanske drack mig jättefull 6 dagar i veckan, samtidigt som jag gick i skolan och skulle sköta allting. (...). R4 fortsätter berätta: Nej, jag tyckte inte att det var nåt speciellt tror jag inte. Alltså jag tror mest man gjorde det för att det var coolt liksom, inte för att jag tyckte om det så himla mycket.

Kvinnans upplevelse av inträdet var när hon började gå ut på krogen. Hon tror sig varit ute 6 dagar i veckan och varje gång blev hon ordentligt berusad. Detta pågick under tiden hon gick i skolan. Hon gjorde det mest för att det var coolt. Nästa kvinna presenterar sin upplevelse av varför hon gick djupare in i sitt missbruk och blev beroende.

R5 berättar om varför hon fortsatte missbruka: För att döva sig. R5 fortsätter förklara: Ja. För det var ju just den här ångesten när det eskalerar att man behöver döva sig. Att bara klara av att gå upp och gå ut till affären. Ja. Och, ja... R5 berättar att: Jag tror t.ex. att om inte jag hade använt droger så hade jag tagit livet av mig. För att då hade inte jag kunnat döva mig på nånting. Så tror jag. Att jag har, drogerna har räddat mig, fast det hade tagit livet av mig om jag fortsatt.

Kvinnan upplever att hon fortsatte att nyttja olika preparat för att döva sina känslor. Detta är inte längre ett blandmissbruk utan kvinnan har nu ett beroende. Kvinnan upplevde att ångesten blir för stark och därför måste hon hantera den stressen på något sätt och då tog hon hjälp av preparat för att stänga av alla känslor. Upplevelsen som hon berättade var att hon inte hade överlevt om hon inte tagit droger, då hade hon tagit livet av sig. Drogerna har räddat henne samtidigt som att det skulle bli hennes död om hon fortsatt. En annan kvinna berättade om sin upplevelse om sin beroendeproblematik.

R4 berättar om sin beroendeproblematik: Alltså, sen, många år senare så... Jag tror jag trivdes med den flykten på nåt vis. (...). R3 fortsätter berätta: Jag blev avslappnad, det blir man ju. Ja, det var det nog. Det tror jag. Man blir väldigt lugn, man kopplar bort allting. Så kan man bara gå in i sin lilla egna värld. R1 upplevelse var: (...) att få ett lugn, inom mig. Jag kunde inte hantera alla känslorna, och det här. Ja. Så var det nog.

Kvinnans upplevelse är att hon kände sig lugnare med preparaten i kroppen. Hon blev avslappnad, kunde fly ifrån verkligheten och leva i sin lilla värld. Det var upplevelsen av lugnet och verklighetsflykten som kändes bra, eftersom hon inte kunde hantera sina känslor utan preparaten i kroppen. Kvinnan kopplade bort den yttre omvärlden och fick inre ro utan olika stressorer som störde. När kvinnan var som djupast i sitt beroende såg det ut på följande sätt. Nedan får ni ta del av en annans kvinnas upplevelser.

R5 upplevelse av beroendeproblematiken, när det var som djupast: Hemma? Ångest, ordna pengar, styra upp vad man gjort dagen innan, fixa droger, och alkohol, ringa min mamma så hon kunde komma och gå ut med min hund, och, ja. Ångest. Abstinens, skaka, svettas, nästan så man kände sig schizofren. R5 fortsätter att berätta: Gud... Det var ju att kunna ta sig upp ur sängen till slut. Och sen hamnade jag ju på psyk, för att jag fick sån panikångest och såna saker så jag var på väg att hoppa ut genom fönstret utan att jag visste vad jag gjorde och... (...).

Kvinnans upplevelse av livet innan exitprocessen såg ut på följande sätt, hennes vardag handlade enbart om att fixa pengar, fixa fram alkohol och droger, ångest, hon hade svår abstinens och hamnade på psyket och riskerade sitt liv. En annan kvinna berättar om när hon var som djupast i sitt beroende.

R3 berättar om sitt beroende: Ja vad svårt, djupast... (...)... När jag verkligen insåg att det hade gått för långt, då satt jag ju och tog droger när han var hemma. (...) Sen hade jag ingenstans att bo och ingenting och sen till slut så, ja. R3 fortsätter berätta: Hur jag försörjde mig? Med kriminaliteten. Det var det, har det alltid varit. Det har varit så, man måste för att överleva. Helt klart.

Kvinnans upplevelse av tiden innan handlar om hur hennes beteende och handlande till hennes närstående påverkade henne, det hade gått för långt. Därefter blev hon hemlös, försörjde sig på kriminella handlingar för att överleva. Den sista kvinnan berättar om när hon var djupast i sitt beroende.

R2 berättar om hennes beroendeproblematik: Jaa... Satt hemma och söp, hela tiden, jag var först nere på Systemet varje dag, jag hade alltid en massa piller, eh, och jag låg inne på intensivens nästan, varje eller varannan helg i alla fall, i ett halvår, då var det som värst. R2 fortsätter berätta: Jag hade en egen lägenhet. R2: Mitt i centrum i (...). R2 förklarar att hon var: Öh... Sjukskriven. Var jag. R2 berättade att hon blev (...) sparkad ganska snart därifrån så... Jag vet faktiskt inte riktigt hur jag fick pengarna ett tag där, ingen aning.

Kvinnan upplever att alkoholen tog över hennes liv. Kvinnan blandade alkoholen även med tabletter. Detta orsakar att hon flera gånger per månad låg på intensivvård. Hon hade en bostad men kvinnan kan inte svara på hur hon finansierat sitt leverne eftersom hon var sjukskriven och sedan fick sparken. Nedan presenterar en kvinna sin upplevelse av exitprocessen:

R3 berättar om sin upplevelse av exitprocessen: Ja, jag gick ner till soc, jag kom dit och sa att ni måste hjälpa mig, jag dör. Jag kommer ta livet av mig för jag orkar inte med mig själv. Så, på den vägen var det.

Kvinnan berättar om sin upplevelse av exitprocessen. Hennes upplevelse är att hon kommer att dö om hon inte får någon hjälp. Kvinnan förmedlar att det finns risk att hon tar livet av sig. Hon upplever att hon har förändrat sin syn på sig själv och på sitt beroende. Den positiva känslan som beroendet har givit henne, har försvunnit och ersatts med känslor som hon inte längre klarade av. I tvivlen börjar hon omtolka sin verklighet, hon känner ett stort missnöje över det liv hon lever, därför ber hon om hjälp. Rollen som missbrukare känns inte meningsfull längre, eftersom hon inte kan hantera sitt liv som det är i denna stund. Nedan presenterar en annan kvinna sin upplevelse av exitprocessen:

R5 berättar om upplevelsen av socialsekreterarens stöd i exitprocessen: Vi åkte dit och skulle träffa personal och då sa hon, känner inte du dig trygg här så provar vi nån annan stans. Men, då tänkte jag att nej, det kommer ta tid och, det var bättre att jag gör det nu. Och sen kommer jag ihåg att det var just att tjejerna skrattade på övervåningen, då tänkte jag att ja, men de kanske har kul! (skratt) (...).

Kvinnans upplevelse av exitprocessen var sökande efter alternativ. Socialsekreteraren kommer med ett förslag att de kan åka gemensamt till ett kvinnobehandlingshem och träffa personalen på plats. Där får kvinnan känna sig för hur det känns, om det känns tryggt och bra. Socialsekreteraren var tydlig med att trivs du inte här så provar vi någon annanstans. Kvinnans upplevelse var den positiva stämningen och de andra kvinnornas skratt på övervåningen som lockade henne. Nedan presenterar ytterligare en kvinna sin upplevelse av exitprocessen.

R4 berättar om sin exitprocess: (...) då levde jag dubbelliv, liksom jag hade gjort det länge, alltså, på ytan på mitt jobb så skulle väl ingen tänka nåt sånt om mig, och på natten kunde jag vara ute med mina kriminella kompisar, alltså jag var ute på både det ena och det andra. Och världen var helt upp och ner, gjorde helt galenskaper och kriminella saker. Så jag levde dubbelliv väldigt länge vilket, jag fattar inte hur jag kunde orka med ens. Och en vacker dag då, så jag tröttnade bara. (...).

Kvinnan berättar om sin upplevelse av sitt dubbelliv. Hon har ett vanligt arbete på dagarna och utförde kriminella handlingar på nätterna. En dag så tröttnade hon bara på det liv hon lever. I nästa avsnitt kommer ni få följa med på kvinnornas resa genom deras upplevelser av att komma till ett behandlingshem enbart för kvinnor med inriktningen 12-stegsmetoden, där det ingår AA/NA möten.

## Kvinnornas uppfattningar om kvinnobehandling, 12-stegsmetoden och AA/NA möten

### *Genus*

Nu kommer ni får följa med på en resa genom kvinnornas upplevelse av behandlingen inom 12-stegsmetoden. Nedan presenterar kvinnan sin upplevelse av kvinnobehandlingen:

R5 upplevelse av kvinnobehandlingen var: Positivt, annars hade jag väl... Som alla andra oftast, inlett en relation. Så brukar det ju vara på blandade behandlingshem. R5 fortsätter förklara: "I stället för att fokusera på sig själv." R5 berättade vidare om kvinnobehandling: Tryggt. Jag... Har ju blivit våldtagen i mitt aktiva, och jag har på grund av min pappa inte haft, jag har väldigt svårt med tillit till killar och män och jag har fortfarande jättesvårt, jag kan inte bemöta en kille utan att få nästan ångest. Panikångest, när en kille börjar prata med mig bara. Så just, det var tryggt.

Kvinnans upplevelse av att vara på en kvinnobehandling var positiv. Kvinnan upplever att på könsblandade behandlingshem inleds det ofta relationer mellan de olika parterna som går i behandlingen och då försummar kvinnorna möjligheten att fokusera enbart på sig själva, sin egen behandling och tillfrisknad. Känslan som uppkommer av att vistas på ett kvinnobehandlingshem upplevdes som tryggt. Kvinnan har svårigheter med att bemöta män eftersom hon har blivit våldtagen och bristande tillit till män mynnar ut från sin far. Att det var enbart kvinnor som deltar i behandlingen och kvinnlig personal upplever hon positivt, eftersom det är svårt att prata om skuld, skam och andra känsliga ämnen när det fanns män i gruppen.

R5 berättar om varför det är bra med separata behandlingsalternativ: (...) Det finns så mycket skuld, och det finns så mycket skam, och helst för oss kvinnor som har varit i missbruk, har ofta blivit utnyttjade sexuellt eller själva använt sex, eller prostituerat sig. Och det ligger så mycket bakom att få bort just den här attityden som var som en mask, går inte när det var killar med.

Kvinnan berättar om sin upplevelse om varför det är bra med separata samtal och möten mellan kvinnor och män i behandling. Upplevelsen är att både kvinnor och män som deltar i behandling har på sig olika masker. För kvinnornas del handlar upplevelsen om att de skall kunna öppna sig och kunna prata om känslor som skuld, skam, missbruket, sexuella övergrepp och prostitution. Detta är inte möjligt i en könsblandad behandling. Nedan presenterar kvinnan sin upplevelse av könsblandad behandling:

R3 berättar om sin upplevelse: Jag har varit på blandat innan också, men det var kaos. Det var väldigt bra med kvinnobehandling. Var det faktiskt. Mycket lugnare också. R3 fortsätter berätta om sin upplevelse: Nej men i och med att jag umgås mycket med killar så blir det väldigt lätt att det blir, det var lätt att gå in i gamla beteendemönster, mycket lättare tycker jag när det var killar. Man blir lite macho, jag har ju varit sån hela livet, så för mig var det... Då blir jag sån automatiskt, bland killar i behandling också, och då, det blir inte bra.

Kvinnans upplevelse av en könsblandsbehandling var kaos. Ordet kaos speglar något negativt och osunt. Kvinnan upplever att under den könsblandadebehandlingen tar hon på sig sitt gamla beteendemönster tillsammans med killarna, vilket påverkar henne negativt då hon

spelar matcho, när hon egentligen önskar att släppa sitt gamla beteende och börja om på nytt. Denna negativa onda cirkeln medför att hon inte kan utvecklas i den riktning hon önskar utan hon upplever att könsblandad behandling är negativt för kvinnor. Kvinnan fortsätter att berätta om upplevelsen av kvinnobehandlingen.

R3 berättar att kvinnobehandlingen var: (...) jättebra, man kan identifiera sig bättre och det blir lugnare, mer fokus på behandling och inget annat. Så det tycker jag var bra, bara positivt. R3 fortsätter berätta: Det var nästan ett måste, tycker jag. Då fokuserar du på rätt saker. Och du kan vara den du var, avslappnad, du behöver inte hålla på liksom och göra dig till eller så, jag tror det var bra. Jag tror det var bra för alla kvinnor.

Kvinnan berättar att det är nästan ett måste att det finns behandlingshem enbart för kvinnor. Upplevelsen av vistelsen, är att hon känner sig lugnare, hon kan identifiera sig på ett annat sätt med fokus på behandling och inget annat. Hon upplever att hon kan vara sig själv. Nedan presenterar en annan kvinna sin upplevelse av kvinnobehandlingen:

R1 upplever kvinnobehandlingen på följande sätt: Ja, jo men det betydde ju jättemycket. Gjorde det. R1 fortsätter att berätta: Ja, det tycker jag ju verkligen, eftersom jag har vart på andra behandlingar då, där det var blandat, och just det att jag har en relationsproblematik och haft många destruktiva relationer och även inlett en relation på... På ett hem då, det var ju, det var jättebra att det finns, tycker jag. R1 berättar om vad var det som var så bra: Att jag inte fick... Nej men att jag inte skulle inleda nånting liksom, att jag inte skulle fly in i någon annan människa, som jag brukar göra liksom. Att det inte fanns den möjligheten, tycker jag. R1 fortsätter att berätta hur hon upplever ett behandlingshem enbart för kvinnor: (...) det var jättebra. För ofta har man ju den... Den problematiken, när man har ett missbruk så har man ju oftast även relationsproblem, med män och det här. Ja. Så det tycker jag var jättebra här.

Kvinnan berättar om sin upplevelse av kvinnobehandlingen på följande sätt. Hon upplever kvinnobehandlingen som enbart positiv eftersom hon tidigare varit på ett könsblandade behandlingens hem. Upplevelsen av könsblandade behandlingshem är att det finns en relationsproblematik mellan könen som är destruktiv. Det är lätt att fokusera på männen istället för tillfrisknandet i behandling. Därför upplever hon kvinnobehandlingen som något bra för där finns inga störande moment, det finns ingen att fly in i. Nedan presenterar ytterligare en kvinna sin upplevelse av kvinnobehandlingen:

R2 berättar om sin upplevelse av kvinnobehandlingen: (...) Som sagt, jag kommer bättre överens med killar, men, jag hade en tjej där som, vi klickade så bra, vi blev jättebra vänner och vi funkade jättebra. Ja. Det funkade bra under hela behandlingen så. R2 fortsätter att berätta: Det kändes okej. Men... Jag har alltid trivts bäst med killar, jag har mycket lättare att prata med killar och umgås med killar. Så det tyckte jag var ganska jobbigt, från att vara på en kvinnoanstalt till kvinnobehandlingshem, och de ville ju inte att jag skulle flytta till (...), de ville att jag skulle bo på ett annat kvinnohem så länge, som en ytterligare utsluss. Men där var jag... Väldigt envis, jag sa, jag tänker inte vara på ett till kvinnohem, liksom. (...).

Kvinnan berättar att hon kom bättre överens med killar och ville egentligen komma till ett könsblandat behandlingshem, eftersom hon kom direkt från en kvinnoanstalt, men det fick hon inte. Upplevelsen av ett kvinnobehandlingshem var att hon fick bra kontakt med en annan kvinna som var i behandling men hennes önskan var att göra sin utsluss på ett könsblandat behandlingshem.

## *Prata om känslor*

I detta avsnitt kommer ni få läsa om kvinnornas upplevelser av beroendesjukdomen och AA/NA möten.

Under behandlingen får kvinnorna lärdom om 12-stegsmetoden, de får delta på AA/NA möten och de får information om att de har en beroendesjukdom. Nedan presenterar kvinnan sin upplevelse av hur hon mottog beskedet av att hon har en sjukdom:

R2 berättar om hennes upplevelse av beskedet om beroendesjukdomen: (...) Veta att det inte var nåt fel här inne i mig själv, utan att det finns en beroendesjukdom. Att det var nånting som man kunde sätta ord på liksom, man kände sig inte ensam längre.

Kvinnans upplevelse av besked om sin beroendesjukdom beskrevs på följande sätt: kvinnan känner en lättnad att det inte var något fel på henne, utan att det var sjukdomen som skapar beroendesjukdomen. Upplevelsen skapar en positiv känsla och något som hon kan sätta ord på. En sjukdom hon kan dela med andra i samma situation, vilket innebär att hon inte längre är ensam. Nedan presenterar nästa kvinna sin upplevelse av sjukdomstillståndet:

R5 berättar om hennes upplevelse av beroendesjukdomen: Eh, nej. Det var så svårt också, för jag försöker skilja på mig och min sjukdom, just att jag var en person och inte min sjukdom. Fast det blir lättare i såna sammanhang när man säger, t.ex. jag kan inte dricka för jag har en sjukdom, inte för att jag var svag och inte kan hantera det. R5 fortsätter berätta: Ja, jag försöker. För annars blir det lätt att jag blir min sjukdom. Och då blir det lätt att jag tänker att jag var fel, att jag... Ja, att jag inte var kapabel att göra nånting för att jag har min sjukdom, och då blir jag min sjukdom.

Kvinnans upplevelse av beroendesjukdomen var tudelad. Hennes upplevelse är att hon inte vill vara ett med sin sjukdom, då är det lätt att bara ge upp och bara vara sjuk. Hon försöker skapa sig en bild av sig själv att hon är frisk, men att hon också bär på en sjukdom. Upplevelsen av att ha en sjukdom är positivt, vid de tillfällen där hon måste förklara sig varför hon inte vill dricka. Den kan också vara negativ vid de tillfällen hon tänker fel, dvs. upplevelsen av att jag är sjuk och då kan jag inte påverka min situation. Men upplevelsen sammanfattas ändå som positiv då hon inte längre upplever sig svag och inte kan hantera situationen. Nedan presenterar ytterligare en kvinna sin upplevelse av sin beroendesjukdom:

R3 berättade om hennes upplevelser: Jag blev väldigt arg, för jag var inte sjuk. Så var det, ilska. Fruktansvärt förbannad var jag, jag var inte sjuk, här kommer nån och påstår att jag var sjuk. Nej, det tog lång tid innan jag förstod. Eller innan, ja, innan det sjönk in. R3 fortsätter att berätta om beroendesjukdomen: Hur det påverkade? Jag blev ju deprimerad, blev jag. Deprimerad och förbannad. Ja. R3: Ja. Det var det, men det blev ju positivt sen.

Kvinnans upplevelse är att beskedet om beroendesjukdomen gör henne väldigt arg, för hon anser inte alls att hon är sjuk. Det är många känslor som uppkommer, bland annat ilska. Kvinnans upplevelse stämde inte överrens med hennes egna personliga bild, hon är inte sjuk och detta tog lång tid att smälta. Upplevelsen av att vara sjuk gav upphov till depression och ilska. Men när det väl hade landat att hon har en sjukdom, så upplevde hon en positiv känsla. Under behandlingen får kvinnorna delta på AA/NA möten. Nedan presenterar kvinnan sin upplevelse av AA/NA möten:

R1 berättar om hennes upplevelse av AA/NA möten: Det betyder ju jättemycket, gör det. Eftersom jag har, den här sociala biten har alltid varit svår för mig, och nu... Jag har ju liksom lärt känna folk genom gemenskapen och det här och... Ja. Det betyder jättemycket. Ja. Att man har liksom kunnat, det finns varje dag har jag ju kunnat gå och sätta mig på ett möte, om jag känner mig ensam, eller när rädslor kommer upp och, ja. Det var en jätteviktig del. R1 fortsatte berätta: Jo men det betyder ju jättemycket, gör det. Dels att jag för min egen del vågar, och tränar på det, att våga göra min röst hörd, ja, och våga dela, och det här, och just att andra lyssnar, och känner igen sig, och man kan känna igen sig själv och få väldigt mycket hjälp. I början tyckte jag att det var jätte... Just att man såg andra som hade gått före, och hur de hade gjort och... Ja. Det finns ju jättemycket. Vi hjälper varandra.

Kvinnans upplevelse av AA/NA möten är betydelsefulla, eftersom hon har fått jobba med den sociala biten i möten med nya människor. Även om det finns svårigheter i att ta kontakt och vara social så är kvinnans upplevelse enbart positiv, eftersom hon har fått en ny gemenskap, kan komma när som helst och ventilerar sina känslor. Känslorna som uppkom i vardagen är ensamhet och rädsla. När hon gick på mötena försvann dessa känslor. Kvinnan upplever att hon har förändrats, eftersom hon vågar ta plats och göra sin röst hörd, men samtidigt uppskattar hon att lyssna på andra och deras delningar. Där känner hon igen sig själv. Kvinnans upplevelse av gemenskapen är väldigt betydelsefull och hon känner stort förtroende för de personer som är förebilder, när de berättar om sina egen resor, om hur de idag klarar av att hantera sin beroendesjukdom. I gruppen fanns alltid en gemenskap, där lärde man sig av varandra och det skapar trygghet. Nedan presenterar kvinnan sin upplevelse av de 12-stegen:

R5 berättar om hennes upplevelse av de 12-stegen: (...) Jag... Det var hela mitt tankesätt, att förlåta, och inte ta saker personligt, och vara varlig och ödmjuk, inse när jag har fel och be om ursäkt för det. Ja, just det här mänskliga. (...). Det var just det här att erkänna när man har gjort fel och be om ursäkt, och liksom stå för det man har gjort.

Kvinnans upplevelse av de 12-stegen är att hon har förändrat sitt tankesätt, vilket påverkar hennes sätt att förlåta, inte ta allt personligt, vara varlig och ödmjuk mot sig själv. Kvinnan upplever också att hon vågar, kan och vill erkänna när hon har felat och ber då om ursäkt. Kvinnan upplever att hon vågar stå för det som hon har gjort. Det nya tankesättet bidrar till att kvinnan upplever sig själv som mer mänsklig. Nedan presenterar en annan kvinna sin upplevelse av gemenskapen:

R3 berättar om sin upplevelse av gemenskapen: (...) Så det var en livlina, verkligen. Det var, man kan gå till ett möte när som helst, man kan alltid ringa nån ifrån gemenskapen och, jag hade inte levt utan det, helt klart. R3 fortsätter förklara: Man kommer in i en gemenskap som bara var full av värme och kärlek, det var så. Och det var inte tillgjort, det var så! Och man har alltid vänner, och drogfria vänner, som gör vanliga saker utan att behöva ta droger. Det var skithäftigt.

Kvinnans upplevelse av gemenskapen är att den fungerar som en livlina. Gemenskapen finns tillgänglig när som helst, antingen via möten eller ett telefonsamtal. För kvinnan handlar gemenskapen om liv och död, utan den hade hon inte levt idag. Kvinnan upplever att gemenskapen skapar känslor som värme och kärlek, man kan komma dit som man är och blir älskad för den man är. Ur gemenskapen upplever kvinnan att hon har fått fler och nya vänner som är drogfria, där livet och vardagen inte handlar om droger utan om vardagliga saker. Nedan presenterar en kvinna sin upplevelse av begreppet en högre makt:



R5 berättar om hennes upplevelse av den högre makten: Sen var det många som säger Gud, för att man nämner Gud, men det var ju Gud som man själv uppfattar honom, (...) Gud för mig var de som hjälper mig med saker som jag inte kan klara av själv. T.ex. känner jag mig ensam så har jag en gemenskap, eller min familj kan vara min Gud (...).

Kvinnans upplevelse av den högre makten besvarade hon på följande sätt, Gud är personlig och det är den personliga upplevelsen som räknades. När namnet Gud tas upp i samtal så syftar man på en Gud som man själv uppfattar honom. Kvinnan menar att Gud för henne är personer i hennes omgivning som hjälper henne, med det hon själv inte klarar av att utföra. Men det kan också vara gemenskapen med andra som gör henne mindre ensam eller hennes familj. Nedan presenterar en annan kvinna sin upplevelse av en högre makt:

R3 berättar om hennes upplevelse av den högre makten: (...) För det var väldigt simpelt egentligen, att man lämnar över till nåt högre, det kan ju vara vad som helst, det behöver inte vara en gud, det kan vara nåt som man tror på som var högre än en själv liksom, eller starkare än en själv.

Kvinnans upplevelse av den högre makten är något som är starkare än henne själv och det kan vara vad som helst.

## Vad som har hjälpt kvinnorna att hantera sin beroendesjukdom?

Nedan presenterar en kvinna sin upplevelse av vad som har hjälpt henne att hantera sin beroendesjukdom.

R4 förklarar: (...) För jag tänker såhär också, att 12-stegsmöten, NA/AA, behandling i all ära, men, alltså man blir inte nykter på det om inte man vill själv, alltså det var ändå man själv som gör arbetet för att det ska gå bra. När man kommer ut därifrån så var det man själv som ska göra jobbet för att må bra och klara av livet liksom. Så jag var väldigt stolt över mig själv faktiskt och jag tycker om mig själv väldigt mycket, det gör jag.

Kvinnan berättar om sin upplevelse av vad det är som hjälper henne i det dagliga arbetet med att hantera sin beroendesjukdom. Hon berättar att hon uppskattar behandlingen och mötena. Hon menar att upplevelsen av att idag hantera sin beroendesjukdom, kommer från att hon själv har gjort grovjobbet. Upplevelsen är att det var hon själv som ville bli nykter, det var hennes eget arbete som har bidragit till det liv hon lever idag. Hon menar på att när behandlingen var slut, så var det fortfarande hon själv som har ansvaret över sitt liv och sitt mående och det skapar stolthet, att hon faktiskt har lyckats åstadkomma en positiv förändring i hennes liv på egen hand. Kvinnan fortsätter att berätta hur detta har påverkat hennes självkänsla:

R4 berättar om hennes upplevelse hur hon har förändrat synen på sig själv: På mig själv? Jag tycker om mig själv väldigt mycket idag, och jag var väldigt stolt över mig själv idag.(...).

Kvinnan berättar om hennes upplevelse om hur hon ser på sig själv idag. Kvinnan upplever en förändrad syn på sig själv, idag tycker hon om sig själv och är en stolt kvinna.

# Analys

## Första delen

Analysen är uppdelad i två delar, första delen av analysen berättas utifrån kvinnornas berättade erfarenheterna och den andra delen av analysen sker en integrering av de teoretiskt perspektiv som ingår i studien.

Denna studie bygger på fem kvalitativa intervjuer från kvinnor som har fullföljt behandlingen för sin beroendesjukdom. Deras upplevda erfarenheter tolkas genom fenomenografisk ontologiska synsätt som bygger på att människan har en relation till sin omvärld och det var därigenom de skapar sig olika uppfattningar om olika fenomen. I mötet med omvärlden finns en förförståelse och det sker en utveckling dvs. ett lärande i samspelet mellan människan och omvärlden, vilket gör att människor förändrar sitt synsätt på olika fenomen och sin omvärld. I denna studie var man intresserad av kvinnornas uppfattningar av det upplevda fenomenet och dess variationer av upplevelser gällande fenomenet beroendeproblematik (Uljens, 1989; Stenfors-Hayes, Hult & Dahlgren, 2013).

### Variation av kvinnornas upplevelser av barndom, uppväxt och beroendeproblematik

#### *Bristande band*

Likheterna var att kvinnorna har upplevt någon form av en otrygg anknytning, vilket påverkade dem negativt. Deras bristande inre arbetsmodell och avsaknaden av en trygg bas och det sviktande stödet från föräldrar/vårdnadshavare gav upphov till ett otryggt samspel mellan kvinnorna och deras föräldrar. Vissa av kvinnornas biologiska pappor, har haft beroendeproblematik och vissa av kvinnornas biologiska mammor har antingen varit medberoende eller haft eget beroende. Kvinnorna som levde med sina biologiska föräldrar med beroendeproblematik eller medberoende upplevde att deras föräldrar var känslolokala. Majoriteten av kvinnorna upplevde mobbing i skolan. Alla kvinnor som deltagit i denna studie, hänvisar till avsaknaden av god kommunikation mellan dem och sina föräldrar. Detta leder slutligen till att kvinnorna upplever psykisk ohälsa, då de inte känner att deras tillvaro var begriplig, hanterbar eller meningsfull.

Skillnaden mellan kvinnorna var att det fanns en familj, där det inte existerat någon beroendeproblematik överhuvudtaget. I en annan familj var kvinnans biologiska föräldrar beroende, därför blev hon förflyttad till ett fosterhem runt två års ålder och i fosterfamiljen förekom ingen beroendeproblematik. En kvinna upplevde att hennes far var beroende medan hennes mor inte var medberoende eller hade egen beroendeproblematik. Anknytningen mellan de biologiska föräldrarna och kvinnorna, speglar olika typer av anknytningsproblematik otrygg och undvikande/ambivalent/ desorienterad anknytning. Det fanns skillnader mellan kvinnorna och deras relation till sina föräldrar. Vissa föräldrar kunde inte hantera sin roll som förälder och därför inträffade ett rollbyte, där vissa kvinnor fick ta ansvar över deras förälders handlande och/eller att kvinnorna sökte sig till någon annan person för trygghet. Det fanns även en kvinna som upplevde att hon var tvungen att skydda sin mor från kvinnans far pga. misshandel och hon önskade att någon skulle rädda henne från misären.

### *Eufori – himlen och helvetet*

Likheter mellan kvinnorna var att det var via vänner, de fick tillträde till alkoholen och att det var alkohol de testade först. Upplevelsen av det första ruset beskrivs som en frihetskänsla, en ny värld, ett lyckorus, wow-känsla och en förälskelse. Kvinnorna upplevde att de tyckte om ruset, vilket skapade en avslappnad känsla, de kunde släppa alla tankar och vara sig själva. Alkoholen gjorde dem självsäkrare och coolare, allt kändes lättare. När vissa kvinnor reflekterar tillbaka på upplevelsen av det första ruset, kan de idag säga att det hade ett problem. Anledningen till att kvinnorna fortsatte konsumera alkohol och nyttjade andra preparat, vilket senare mynnade ut i ett missbruk, var på grund av att de ville döva sina känslor. Det gemensamma med kvinnornas upplevelser var att alla kände sig lugnare med preparaten i kroppen. De blev avslappnade, kunde fly ifrån verkligheten och leva i sin lilla värld. Det var upplevelsen av lugnet och verklighetsflykten som kändes bra, eftersom de inte kunde hantera sina känslor utan preparaten i kroppen. Kvinnorna kopplade bort den yttre omvärlden och fick inre ro utan olika stressorer som störde. När beroendeproblematiken var som djupast handlade det om kriminella handlingar för de flesta kvinnor, nyttjande av alkohol och/eller läkemedel och/eller droger. Alla kvinnor har upplevt den första tvivlen, det vill säga det första steget i exitprocessen, då de började tvivla på sin roll som missbrukare och kände ett stort missnöje med tillvaron. Alla kvinnor har upplevt det andra steget i exitprocessen, det vill säga när de började söka efter andra bättre alternativ än deras dåvarande livssituation. Därefter kom vändpunkten, då kvinnorna slutade nyttja olika preparat.

Skillnaden vid inträdet i alkoholens värld var att de prövade alkohol antingen, för att de var nyfikna eller för att kvinnorna drack för att deras nya äldre umgängeskrets drack. Men det var en kvinna som hade ordnat en fest med hennes kompis och då ville hon testa för hon hade helt undvikit alkohol tidigare. Skillnaderna i det första ruset var att vissa kvinnor upplevde att alkoholen inte smakade gott. Anledningen till att kvinnorna fortsatte att konsumera alkohol och därefter prövade läkemedel och narkotika, var antingen att de inte kände någon livsglädje och/eller mobbing i skolan, vilket senare mynnade ut i ett missbruk. När kvinnorna var djupast i sitt beroende kunde vardagen se ut på olika sätt, stressen upplevdes som för stark, ångesten tog överhand och då tog de preparaten för att stänga av alla känslor. Drogerna fanns där för att överleva, men samtidigt visste kvinnorna, att om de fortsatte så kommer de att dö. Det var alltid en ständigt jakt efter nya läkemedel, droger eller alkohol. Livet innan exitprocessen handlade enbart om att fixa pengar, fixa fram alkohol och droger, ångest och svår abstinens. Livet kretsade kring beroendet, vilket innebär i vissa fall flera vistelser på intensiv. Vissa kvinnor har haft en bostad och arbete som de vid ett senare tillfälle förlorat. Hur kvinnorna finansierat sitt beroende och leverne varierar. Det finns en kvinna som har levt ett dubbelliv med arbete på dagarna och umgänge med kriminella på nätterna. Skillnaderna i exitprocessen var att fyra kvinnor valde att gå in i behandlingen frivilligt, två av dessa kvinnor riskerade LVM. Det var en kvinna som påbörjade sin exitprocess i fängelset.

### Variation av kvinnornas upplevelser av kvinnobehandling, 12-stegsmetoden, AA/NA möten

#### *Genus*

Likheter mellan upplevelsen av könsblandad behandling jämfört med kvinnobehandling var att det finns risker med att vistas på könsblandade behandlingshem. Riskerna var att kvinnor och män ofta inleder relationer och då försummar kvinnorna sina möjligheter i behandlingen. De kvinnor som har upplevt en könsblandad behandling talar om kaos, där kvinnorna går in i

gamla roller och beteende. Upplevelsen av könsblandade behandlingshem handlar en om relationsproblematik mellan könen, som var destruktiv. Kvinnorna menar att det var lätt att fokusera på männen i stället för tillfrisknandet i sin behandling. Under en kvinnobehandling fick kvinnorna möjlighet att fokusera enbart på sig själva, sin egen behandling och tillfrisknad. Känslan som uppkom av att vistas på ett kvinnobehandlingshem var trygghet. De kvinnor som hade bristande tillit till män eller blivit våldtagna, uppskattade kvinnobehandlingen, eftersom mötet med män var ångestladdat. Upplevelsen av kvinnobehandlingen går tillbaka till möjligheten, där samtalen var öppna och tillåtande. Kvinnorna kunde öppna sig och prata om känslor som skuld, skam, missbruk, sexuella övergrepp och prostitution enbart med kvinnor. Upplevelsen av att vistas på en kvinnobehandling var att de kände sig lugnare, de kunde identifiera sig på ett annat sätt med varandra och med fokus på behandling och inget annat. Kvinnorna kunde vara sig själva. Därför upplevde de att kvinnobehandlingen var bra, där fanns inga störande moment.

Skillnaden i upplevelsen av könsblandad behandling jämfört med kvinnobehandling var att alla kvinnor i denna studie inte har upplevt båda behandlingsalternativen och kunde därför inte uttala sig om skillnaden. Det fanns en kvinna som inte har varit inskriven på ett könsblandat behandlingshem, men som önskade detta.

#### *Prata om känslor*

Likheter var att alla kvinnor fick uppleva 12-stegsmetoden, AA/NA möten och beskedet om deras beroendesjukdom. Upplevelsen av sjukdomen skapade en positiv känsla, något som kvinnorna kunde sätta ord på, en sjukdom som de kunde dela med andra i samma situation det innebär att de inte längre var ensamma om sin problematik. Alla kvinnor anser att gemenskapen var väldigt betydelsefull och de känner stort förtroende för de personer som var förebilder. Förebilderna berättar om deras egna resa, om hur de idag klarar av att hantera sin beroendesjukdom. Gruppen bestod av en gemenskap, där kvinnorna lärde av varandra, vilket skapade trygghet och fungerade som en livlina. Gemenskapen fanns tillgänglig när som helst, antingen via ett möte eller ett telefonsamtal. Upplevelsen av gemenskapen var att den skapade känslor som värme och kärlek, man kunde komma som man var och man blir älskad för den man var. Ur gemenskapen fick kvinnorna fler och nya vänner som var drogfria, där livet och vardagen inte handlade om droger utan om vardagliga saker. Under behandlingen fick kvinnorna delta på AA/NA möten. Kvinnornas upplevelser var att AA/NA möten var betydelsefulla eftersom de fick arbeta med sitt inre själv och/eller jobba med den sociala biten i mötet med nya människor. På mötena försvann känslor som ensamhet och rädslor, där fick man göra sin röst hörd, våga ta plats och lyssna till andras delningar.

Skillnaden gällande kvinnornas upplevelser av 12-stegsmetoden, AA/NA möten och beskedet om deras beroendesjukdom. Beskedet om beroendesjukdomen upplevdes på olika sätt, en lättnad, det vill säga att det inte var något fel på dem, utan att det var sjukdomen som skapade beroendesjukdomen. Medan andra hade svårt att se sig själva som sjuka, vilket skapade ett negativt känslotillstånd. Det fanns även upplevelser om att synen på att ha en sjukdom var bra vid vissa tillfällen men den kunde även skapa problem när helhetsynen inte går ihop med beroendesjukdomen. Upplevelsen om den högre makten sågs som något som var större än en själv, det kunde vara Gud, AA/NA gruppen, guden var personlig och det var den personliga upplevelsen som räknades. När namnet Gud togs upp i samtal så syftade man på en Gud som man själv uppfattade honom.

## Uppfattningar av kvinnornas lärande

Marton och Booth (2000) säger att en fenomenografisk studie, beskriver ett sätt att erfara ett fenomen och anser att följande ord är centrala; *fenomen, variation, lärande, erfarenhet* och *medvetande* (ibid). Inom fenomenografi forskningsansats anser man att en människa upplever ett fenomen utifrån sin erfarenhet av fenomenet. Detta innebär att reaktionen och relationen mellan människor och dess omvärld skapar en upplevelse och erfarenhet. Det handlar också om att människor erfar fenomen på olika sätt, vilket leder till en variation av upplevelsen (ibid). Genom det som en människa erfar, blir sedan hennes medvetande. Det innebär att olika människor har olika medvetande, vilket utgår från deras tidigare erfarenheter. Människors lärande sker genom att människor erfar olika fenomen och därigenom skapar beskrivningar av enheter och aspekter på ett medvetet sätt (ibid).

I den sociala interaktionen med andra på kvinnobehandlingen och på AA/NA möten, fick kvinnorna i denna studie lära sig att umgås och lyssna på andras personliga historier samt dela med sig av sina egna livsberättelser. Under dessa moment lärde sig kvinnorna i denna studie att interagera med andra människor, reflektera över det som sagts och lära sig att berättelsen och historien som sägs är personlig och unik, men ur människors berättelser finns det likheter och skillnader som gjorde att kvinnorna lärde sig av varandra. Genom samtalen och speglingen fick kvinnorna i denna studie möjlighet till nya insikter och kunskap, vilket ledde till att kvinnornas fasad bröts ner och det djupa och känslomässiga behandlingsarbetet påbörjades. Kvinnorna behövde inte längre lägga tid på förnekelse och utan lärde sig att visa sitt rätta jag. Att gruppen var empatisk, tillåtande och öppen för känslostormar gjorde att kvinnorna fick en starkare jag styrka.

Kvinnorna i denna studie gjorde en inre resa, de lärde sig att lära känna sitt inre själv dvs. kvinnorna upplevde att de gick in på djupet i sig själva. Detta hjälpte även kvinnorna att bli medvetna om sin situation. Kvinnorna lärde sig att uttrycka sina känslor och blev medvetna om sina problemområden, hur de fungerar och i vilka situationer eller personer som triggar igång just dem. Genom att identifiera sina problemområden, har kvinnorna erhållit förståelse för sin situation och lärt sig känna igen, när de befinner sig i en riskzon. Kvinnorna i denna studie lärde sig att prioritera självet vilket innebär att de lärde sig tankeredskapen som handlade om att de skulle sätta sig själva i första rummet. Vilket innebär att deras självkänsla och självförtroende stärktes, eftersom detta förknippas med kvinnornas förmåga att prioritera sig själva. Kvinnorna i denna studie fick ökat självförtroende och självkänsla, vilket genererade att kvinnorna värdesatte sig själva och därmed kunde de även sätta sig själv i centrum. Genom att kvinnorna deltagit i behandling har de även erhållit en starkt jag styrka, vilket innebär att de idag kan känna mer kärlek till sig själva än innan behandlingen. Att gruppen kunde arbeta i harmoni skapade möjlighet för kvinnornas personlighetsförändringar.

Kvinnorna i denna studie fick nu andra förebilder och nytt socialt nätverk. Gruppen hade läkande faktorer, vilket var gynnsamt i utvecklings och förändringsarbetet. I självhjälpgrupperna kände sig kvinnorna mindre ensamma och de fick en ny roll. I den nya gruppen utvecklade kvinnorna sin roll som ex-missbrukare. Kvinnorna i denna studie lärde sig att förstå deras beroendeproblematik och hur den påverkade dem.

## Andra delen av analysen

Analysen är uppdelad i två delar, första delen av analysen berättas utifrån kvinnornas berättade erfarenheterna och den andra delen av analysen sker en integrering av de teoretiskt perspektiv som ingår i studien. Syftet med fenomenografisk studie var att undersöka hur människor uppfattar fenomenet och hur fenomenet påverkar individen (Uljens, 1989; Stenfors-Hayes, Hult & Dahlgren 2013). Nedan följer analysen och dess slutsatser av kvinnornas upplevelser av fenomenet beroendeproblematik och hur dessa upplevelser har påverkat kvinnorna.

I SOU 2011:6, bekräftar Svensson att personer som växer upp i missbrukarfamiljer har en större risk att själva bli missbrukare (ibid). Liknande fakta finner man hos Socialstyrelsen (2011) som konstaterar att det var under kvinnornas barndom och uppväxt som de påverkades av sina föräldrars missbruk och beroende, vilket kan härledas till kvinnornas eget missbruk, beroende och psykisk ohälsa (ibid). Skårner (2001) instämmer i detta påstående och menar på att missbruk och beroende var en mångfacetterad företeelse, där olika faktorer samverkar dvs. sociala, psykologiska, kulturella och biologiska (ibid). Vilket överensstämmer med empirin från denna studie.

Socialstyrelsen (2011) skriver att kvinnorna påverkades av sin barndom och uppväxt genom sina föräldrars missbruk och beroende, vilket kan härledas till kvinnornas eget missbruk och beroende, psykisk ohälsa med kognitiva och psykosociala störningar senare i livet (ibid). För att återknyta till Trulsson (2003), där tar hon upp att kvinnorna kommer ofta från problemfamiljer, vilket ökar risken för alkoholberoende och missbruk (ibid). I tidigare forskning lyfter Trulsson fram psykisk ohälsa, och menar att bland annat låg självkänsla och depression är riskfaktorer för utveckling av missbruk (ibid). SOU (2005) visar att förutom missbruket har ofta personer med beroendeproblematik också en omfattande social problematik samt psykisk och somatisk ohälsa, vilket de behöver hjälp med för att kunna hantera missbruket (ibid).

Bowlby & Ainsworth (1991) skriver att människor som inte har fått en trygg bas i sin barndom, blev hämmade i deras känslomässiga utveckling, i och med deras otrygga anknytning (ibid). Broberg et al (2006) har samma åsikter som Bowlby & Ainsworth (1991), de menar att om en eller båda föräldrarna missbrukar så kommer barnet inte att utveckla ”trygga” arbetsmodeller pga. att föräldrarna inte tar hänsyn till barnets behov. De trygga arbetsmodellerna byggs upp redan under barnets två första levnadsår och förändras under uppväxten. Om en eller båda föräldrarna missbrukar, leder det till att barnet inte upplever att de har en trygg hamn att vända sig till, vilket i sin tur leder till en otrygg anknytning. Barn med otrygg anknytning bar runt på starka negativa känslor som de ville prata om, men de saknar tilltro till föräldrarna, om de var villiga att hjälpa till eller hade förmågan att hjälpa dem med deras negativa känslor (ibid). Ur empirin kan man utläsa att fyra kvinnor har upplevt missbruk, beroendeproblematik och/eller medberoende i sin biologiska familj.

Ur empirin kan man även utläsa att kvinnorna i denna studie levde i en risksituation i hemmet. Men för att säkerställa att så var fallet, hänvisar jag till Statens Folkhälsoinstitut (A 2010:10), där de bedömer att barn och ungdomar lever i en risksituation, om de har eller riskerar att ha ett sviktande stöd från föräldrar/vårdnadshavare utifrån följande punkter: barn och ungdomar till förälder med missbruk, barn och ungdomar till förälder med psykisk ohälsa, barn och

ungdomar som bevittnat våld, barn och ungdomar till förälder som frihetsberövats pga. kriminalitet och barn och ungdomar som av andra eller icke definierade skäl har sviktande stöd från förälder/vårdnadshavare (ibid). Utifrån empirin går det att utläsa att alla kvinnor i denna studie har utsatts för sviktande stöd av sina föräldrar utifrån en eller flera punkter utifrån Statens Folkhälsoinstitut. Kvinnorna har påverkats av problematiken som grundar sig i föräldrarnas/vårdnadshavarnas sviktande stöd. Det sviktande stödet grundar sig i exempelvis föräldrarnas missbruk, psykisk ohälsa, kognitiva svårigheter, kriminalitet eller våld i familjen. Men det kan även vara andra eller icke definierade skäl. Det var den bristande omsorgen, tryggheten och oförsägarheten som skapade allvarliga konsekvenser för barnets framtida utveckling. Det sviktande stödet påverkade kvinnorna på ett negativt sätt och detta ökade risken för att kvinnorna fått exempelvis, psykisk-, fysisk ohälsa och missbruksproblematik senare i livet (ibid).

Broberg et al. (2008) skriver om våld inom familjen, där barnet utsätts själv eller upplever att ena föräldern misshandlar den andra parten hindras barnets fysiska och psykologiska utveckling. De fortsätter att berätta att barn och ungdomar som bevittnar våld inom familjen, kan uppleva trauma och det får allvarliga konsekvenser för anknytningen. Dessa personer utvecklar också större risk för psykisk ohälsa (ibid). Följande fakta överensstämmer med tidigare forskning från Socialstyrelsen (2011) som skriver om våld, missbruk eller beroende och psykiska problem inom familjen (ibid). Laanemets (2002) skriver i hennes avhandling att de kvinnor som har deltagit i hennes studie har blivit utsatta för exempelvis våld, psykisk och fysisk misshandel, (ibid). Ur empirin finner man att det är minst en kvinna som har upplevt misshandel i familjehemmet De kvinnor som har upplevt våld och misshandel i familjehemmet har ofta osynliga eller synliga symptom, detta bekräftar Statens Folkhälsoinstitut (A 2010:10).

Barn som bevittnar våld reagerar ofta med samma symptom som andra barn som får illa av andra orsaker. Ur empirin fann man att det var en kvinna som berättade att hennes far blivit frihetsberövad därigenom upplevde kvinnan en separation, vilket utifrån Statens Folkhälsoinstitut skrift vara traumatisk. Denna upplevelse påverkade kvinnan med känslor som ilska, skuld känslor, osäkerhet mot föräldrarna, rädsla, stigmatiserande enligt Statens Folkhälsoinstitut (ibid). I tidigare forskning skriver Socialstyrelsen (2011) att kvinnorna ofta kommer från familjer där deras föräldrar har ett eget missbruk eller beroende och psykiska problem, vilket gör att barnen kan bli omhändertagna enligt (1990:52) LVU och blir familjehemsplacerade (ibid). I dessa fall har föräldrarna använt sig av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorg eller att det finns något annat förhållande i hemmet som är en påtaglig risk för att kvinnornas hälsa och utveckling skall skadas i uppväxten (ibid).

Broberg et al. (2008) skriver att barn som utsätts för omsorgssvikt kan omplaceras för att skydda barnet. Barn som placeras i familjehem och lämnar sina biologiska anknytningspersoner, tvingas etablera nya anknytningsrelationer. Detta moment är ett riskmoment, ett trauma för barnet dvs. separation från den biologiska familjen till den nya omsorgsmiljön (ibid). Ur empirin framkommer det att en kvinna blev omhändertagen som barn och placerades hos en fosterfamilj. Det som är avgörande när ett barn rycks ut från den biologiska familjen och placeras i en fosterfamilj, är kvaliteten på det känslomässiga mottagandet och engagemanget av barnet från den nya familjen. Det framgår att barn som har blivit placerade i familjehem, saknar förmågan och erfarenheten av att reglera sin egen stress, eftersom de inte lärt sig detta från sina egna föräldrar. Detta kan leda till att den överväldigande egna stressen ageras ut mot de nya anknytningspersonerna (ibid).



Antonovsky (2007) menar att det är hur människor möter stressen som är avgörande och skillnaden ligger i hur människan uppfattar situationen (ibid). Broberg skriver att individer som har ångestdiagnos i tonåren, mynnar ut från en otrygg anknytning när individen var ett år. Individer som saknar en trygg bas, vågar inte undersöka och upptäcka världen på egen hand, utan individerna bär runt på olika känslor som osäkerhet och rädsla, vilket hämmar utvecklingen och kan leda till social ångslan dvs. *generaliserad ångest* och *social fobi*. Det kan också leda till separationsångeststörning, vilket innebär att individerna känner en ångslan vid separation från föräldrarna exempelvis vid skolgång (ibid).

Denna ångslan bygger på att individerna var rädda för att det skall hända något hemskt med föräldrarna eller dem själva, när de inte var tillsammans. Detta ger uttryck till att individerna hellre stannade hemma med sina föräldrar i stället för att sova över hos kompisar. Individerna tycker även att det är svårt att vara hemma ensamma. Att individer får depressiva problem mynnar ut från separationer och förluster. Bristande sorgearbete vid separationer och förluster, är en viktig orsak till psykisk störning. Den otrygga anknytningen påverkade individens sätt att se på sig själv, vilket skapade en bild av individen som att hon inte var värd omsorg eller kärlek. När individen inte kan prata om sina problem med anknytningspersonen pga. att individen inte har fått lära sig detta genom en trygg anknytning, ökar risken för depression. Depression och självdestruktivitet, kan också uppkomma genom olösta förluster och psykiska trauman (ibid).

Antonovsky (2007) skriver att alla människor utsätts någon gång för *påfrestningar* i livet, det kan handla om kroppsliga, psykiska eller sociala påfrestningar. Hur människor hanterar detta dessa påfrestningar beror på *olika motståndskrafter* (ibid). Ur empirin går det att utläsa att kvinnorna levde i en risksituation, vilket innebär att de bland annat hade ett sviktande stöd från föräldrar/vårdnadshavare, detta innebär att deras motståndskraft mot påfrestningar var bristfälligt. Antonovsky (2007) menar att det var hur människor möter stressen som var avgörande och skillnaden ligger i hur människan uppfattar situationen (ibid). Ur empirin går det att utläsa att kvinnorna upplevde en positiv känsla av den nya vänskapen. I den nya sociala världen upplevde kvinnorna en delaktighet och inträdet till alkohol, läkemedel och droger påbörjades. Kvinnor upplevde positiva känslor i samband med intag av olika preparat och enligt Lennéer-Axelsson (2010) var detta kvinnors copingstrategi, i deras försök att hantera sina känslor att inta olika preparat i syfte att må bättre var en destruktiv copingstrategi (ibid).

Lennéer-Axelsson (2010) att vissa copingstrategier kan vara långsiktigt destruktiva, exempelvis när personer tar sin flykt in i droger (ibid). Det är med hjälp av denna teori man beskriver hur kvinnorna försöker hantera deras dysfunktionella barndom och uppväxt. Kvinnorna valde först att använda sig av flykt/undvikande coping, vilket innebär att de tagit hjälp av droger och alkohol som bedövning och självmedicinering. Kvinnorna ville fly från verklighetens smärta och började nyttja olika preparat i syfte att få en stabilare tillvaro och kunna hantera den inre och yttre stressen. Vad hände sen?

Enligt tidigare forskning skriver Skårner (2001) att kvinnorna i hennes studie skapar sig en gruppstillhörighet, de bildar sig då en ny identitet tillsammans med de andra. Denna gemenskap består ofta av ett litet socialt nätverk bestående av andra missbrukare som har en negativ inverkan på kvinnornas livssituation (ibid). Nätverket beskrivs som en *social värld* vilket består av människor som är kriminella, missbrukare och prostituerade. Där bildas det *sociala band* mellan individerna vilket skapar mellanmänskliga relationer. Banden i denna värld är starka och medlemmarna har samma åsikter, attityder och de blir som en familj som håller ihop (ibid).

Inom gruppen existerar en hierarkisk ordning, med gränser och krav, vilket innebär att om kvinnorna vill vara kvar i gruppen så måste de anpassa sig efter gruppens normer och regler. För att kvinnorna skall kunna finansiera sitt beroende blir de kriminella. Det är lätt att kvinnorna väljer en äldre partner vilken leder dem in i missbruk (ibid). I tidigare forskning skriver Trulsson (1993) att kvinnorna i hennes studie, förklarade tiden i beroendet på följande sätt, kvinnornas liv präglades av drogmissbruk som gick upp och ner, kvinnorna isolerade sig från omvärlden, de tappade kontakt med vänner, de levde i relationer med män som missbrukade eller att kvinnorna var medberoende och att kvinnorna blev sexuellt utnyttjande av männen. Kvinnorna blev förnedrade och slagna av män, de missbrukar tillsammans med (ibid). Varför blir en kvinna psykiskt eller fysiskt misshandlad? I tidigare forskning skriver Enander och Holmberg (2005) att kvinnorna i deras studie har något personlighetsdrag som gör att de blir misshandlade. Det kan även finnas andra faktorer som medverkar till misshandel dvs. sociala omständigheter i männens liv, alkoholism, arbetsklasstillhörighet och/eller arbetslöshet (ibid).

I likhet med tidigare forskning visar empirin att många kvinnor enligt Trulsson (2003) har en "tung bakgrund" (ibid). Med tung bakgrund menas våld, misshandel, sexuella övergrepp och beroendeproblematik. Ur empirin finner man svar att vissa kvinnorna i denna studie har upplevt bland annat misär, ångest, kaos, destruktiva relationer, hemlöshet och kriminalitet innan de kom till kvinnobehandlingen, vilket överensstämmer med tidigare forskning (Trulsson 1993 & Grufman Kalén 2002 & Trulsson 2003 & Socialstyrelsen 2004 och SOU 2011). Beijer (2011) instämmer och skriver att 20-70% av missbrukande kvinnor, kan ha utsatts för mäns våld (ibid).

Detta framgår även av Fals-Stewart et al. (2005) att våldet som förekommer mellan män och kvinnor är att männen utför känslomässigt våld dvs. psykiskt, ekonomiskt och materiellt. Även fysiskt våld, sexuellt våld och tvingande att utföra kriminella handlingar förekommer (ibid). Beijer (2011) skriver också att kvinnorna ofta är deprimerade, har ångest, går i behandling för psykiska problem och har gjort suicidförsök etc. och att det är männen som skapade kvinnornas psykiska ohälsa (ibid).

Socialstyrelsen (2011) skriver att kvinnorna som levde i beroendeproblematik oftast inte har enbart ett problem med alkohol, narkotika eller läkemedel och våld utan kvinnorna har problem på flera områden dvs. psykisk eller fysisk ohälsa, arbetslöshet, svag ekonomi, osäker bostadssituation. Utöver detta kan kvinnorna ha sålt sexuella tjänster och varit inblandade i kriminalitet (ibid). Vilket överensstämmer med vissa kvinnors upplevelser från denna studie.

Denna verklighetsflykt är starten till kvinnornas, destruktiva coping vilket innebär att kvinnorna till slut inte kunde hantera sitt missbruk utan blev beroende av alkohol, narkotika och/eller läkemedel mm. Det är kvinnornas sätt att hantera den stress som fanns i deras vardag för att minska den fysiska och psykiska smärta som är kopplad till deras negativa livssituation. Kvinnorna använde en destruktiv copingstrategi i syfte att bemästra, tolerera och lindra sitt eget lidande. Kvinnorna ville fly från kaoset de levde i och undvek att ta kontakt med sina inre känslor och försökte hela tiden dämpa och lägga locket på sina känslor för att kunna överleva sin vardag (ibid).

Nu förflyttar vi oss framåt i tiden, då kvinnorna var fast i sin beroendeproblematik. Enligt Socialstyrelsen (2011) har kvinnor som lever i beroendeproblematik oftast inte enbart ett problem med alkohol, narkotika eller läkemedel och våld utan har problem på flera områden

dvs. psykisk eller fysisk ohälsa, arbetslöshet, svag ekonomi, osäker bostadssituation. Utöver detta kan kvinnorna ha sålt sexuella tjänster och varit inblandade i kriminalitet (ibid). Ur empirin kan man utläsa att kvinnorna i denna studie hade ett blandmissbruk/beroende och vissa har upplevt våld. Detta påverkade kvinnorna negativt, då de även hade psykisk eller fysisk ohälsa, svag ekonomi och vissa hade även en osäker bostadssituation och stod utanför arbetsmarknaden (ibid).

Antonovsky (2007) menar att kvinnornas liv innan behandlingen, bestod av många stressorer som skapade olika former av spänningstillstånd. Kvinnorna hanterade dessa tillstånd på olika sätt dvs. genom att dämpa sina känslor med hjälp av olika preparat, det var deras sätt att framgångsrikt hantera spänningen som uppstod i deras vardag. De generella motståndskrafterna som kvinnorna hade innan behandlingen skapades av en falsk jag styrka genom alkohol, läkemedel och narkotika, Kvinnorna fick pengar genom kriminalitet, kulturen som fanns i kvinnornas sociala värld, var hård och kall och det sociala stödet bestod mestadels av personer i samma situation. För att kvinnorna skulle klara av vardagens påfrestningar och spänningstillstånd, lärde de sig att hantera vardagen med hjälp av beroendeframkallande preparat (ibid).

Nu förflyttar vi oss framåt i tiden då exitprocessen påbörjades, vilket innebär ett rollutträde och en rollförändring, som skedde i fyra steg, den första tvivlen, sökande efter alternativ, vändpunkten och bygga nytt. Denna process såg olika ut för de kvinnor som kom till behandlingshemmet via tvångsvård eller om processen var frivillig. För de kvinnor som kom till behandlingshemmet via tvångsvård upplevde exitprocessen på plats, medan de kvinnor som frivilligt ville gå in i behandling, påbörjades processen innan tiden på kvinnobehandlingen.

Ebaugh (1988) skriver om att den första tvivlen bygger på känslan i kroppen av att något känns fel, rollen som missbrukare, känns inte lika givande och positiv som den har känts förut. Något har förändrats och missbrukaren börjar tvivla på om rollen som personen har försatt sig i verkligen var hållbar. I tvivlen började missbrukaren se sig själv med ett utifrån perspektiv. Det innebär att personen såg på världen utifrån nya ögon vilket ledde till en omtolkning av verkligheten. Ett missnöje började växa fram och först visste personen inte om detta var något tillfälligt och övergående, men missnöjet och längtan till förändring fanns kvar och släppte inte taget. Uppvaknandet var olika för alla personer och byggde på att förväntningarna inte blev som personen önskade (ibid). I empirin går det att utläsa att kvinnorna påverkades positivt av den första kontakten med socialsekreteraren som var starten på den första tvivlen och i den situationen var det ett rop på hjälp.

Det andra steget i exitprocessen enligt Ebaugh (1988) var sökande efter alternativ, vilket innebär att missbrukaren hörde sig för och pratade med andra och undersökte vad det fanns för andra alternativ i livet, förutom att vara en missbrukare. Alternativen vägdes mot varandra och fördelar och nackdelar blev tydligare. I denna fas var omgivningen viktig, eftersom missbrukaren sökte bekräftelse från andra. Här kunde personen få råd, tips och möjligheter som lyste upp möjligheterna till ett nytt vägval, vilket gjorde en förändring möjlig. Att ta hjälp av andra var betydelsefullt i denna fas (ibid). Laanemets (2002) menar att det frivilliga mötet med socialsekreteraren, sågs som något positivt, då kvinnorna hoppades på hjälp. Relationen mellan socialsekreterare inom socialtjänsten och kvinnorna sågs som en ömsesidig process (ibid). Ur empirin går det att utläsa att kvinnorna hade en fortsatt positiv kontakt med socialsekreteraren och denna person gav vägledning och råd om vilken möjlighet det fanns för kvinnorna att komma till ett behandlingshem.

Det tredje steget enligt Ebaugh (1988) var vändpunkten, det var här missbrukaren bestämde sig för att bryta, vilket innebär att det var nu som intaget av beroendeframkallande medel inte kändes betydelsefullt längre utan andra faktorer övervägde ett liv utan droger, läkemedel och alkohol. Vändpunkten enligt Ebaugh (1988) & Trulsson (1993) & Laanemets (2002) kunde vara dramatisk och plötslig, vilket innebär att missbrukaren önskade en förändring direkt (när det gäller missbrukande kvinnor som frivilligt går in i behandling). Vändpunkten mynnade ut från betydelsefulla händelser som gjorde att missbrukaren fick ett uppvaknande eller att uttrycket "droppen som fick bägaren att rinna över" vilket gav reaktionen, nu får det vara nog. En annan faktor kunde vara tiden, det tar olika tid för missbrukare att inse och komma till skott med sin vändpunkt och insåg nu att tiden var inne. Vändpunkten kunde också mynna ut i hot om tvångsvård (LVM) eller sämre hälsotillstånd, där missbrukaren insåg att nu var det risk för det egna livet (ibid).

Ur empirin kan man utläsa att kvinnorna levde i en misär innan behandlingen och vändpunkten skapade en möjlighet för dem att komma till kvinnobehandlingen, vilket genererade ett stopp av intag av droger, läkemedel och alkohol. Ofta skedde ett möte, där kvinnorna fick möjlighet att besöka behandlingshemmet och under denna process togs ett beslut om kvinnan var redo och villig att gå in i behandling. Kvinnorna som frivilligt valde att gå in i behandling, tackade ja till platsen och socialsekreteraren beviljade denna önskan. Kvinnorna påverkades positivt av denna möjlighet.

Trulsson (1993) skriver att kvinnornas vändpunkt i beroendet, möjligen var, ett resultat av en längre inre mognadsprocess, en krisartad händelse eller starkt försämrade levnadsvillkor, graviditet och/eller ansvar för de egna barnen (ibid). SOU (2011) visar att vändpunkten oftast var sammanvävd med negativa konsekvenser av missbruket i kombination med omständigheter som gav hopp om/eller pekade på möjligheten till ett annat liv (ibid). I teorikapitlet står det enligt Lennéer Axelson (2010) att den person som försökte hjälpa kvinnorna, behövde information om kvinnornas copingstrategier och se till individens hela livssammanhang, relationer och var i krisprocessen kvinnorna befann sig. Kvinnorna önskade att den professionella personen fanns där som vägledning dvs. de hjälpsökande önskade reflektera sin tankar och få vägledning för att kunna tänka konstruktivt (ibid).

Vad betydde det för kvinnorna att socialsekreteraren uppmärksammade deras behov? Genom detta stöd fick kvinnorna, känna att det fanns hjälp att få, det fanns en väg ur misären. Enligt Lennéer Axelson (2010) i teorikapitlet visar copingteorin att socialt stöd är en viktig utgångspunkt när kvinnorna gjorde sina val (ibid). I och med att socialsekreteraren uppmärksammade och lyssnade på kvinnorna, hjälpte de dem att ta det första steget ur sin beroendesituation. Enligt Lennéer Axelson (2010) var socialt stöd och vikarierande hopp är en viktig del i hjälpen (ibid).

Enligt Gorski (2001) innebär valet att kvinnorna hade fattat beslutet att sluta missbruka (ibid). Men man måste också ta hänsyn till de kvinnor som tvingades in i behandlingen och då hade man två olika utgångspunkter, eftersom dessa kvinnor inte nått sin egen botten och önskade inte någon förändring i sina liv. Med denna bild förstår ni att kvinnornas hälsotillstånd enligt Antonovsky (2007) pendlar mot kontinuumet ohälsa, men med hjälp av valet och de förväntningarna som uppstår, hade stressorerna i kvinnornas vardag förändrats (ibid). När kvinnorna nådde sin botten och bestämde sig för att frivilligt söka hjälp, fick de gensvaret att socialsekreteraren beviljade en plats på ett kvinnobehandlingshem. För andra kvinnor var

mötet med socialsekreteraren ett vågspel som kunde leda till tvångsvård om inte kvinnan själv, accepterade att komma till ett kvinnobehandlingshem.

Det fjärde steget i exitprocessen enligt Ebaugh (1988), handlar om att bygga nytt, vilket innebär en förändring och skapandet av en ny identitet. Under detta steg, skulle personen förhålla sig till sin tidigare identitet som missbrukare och till sin nya identitet som ex-missbrukare. Denna process kunde vara mycket omvälvande i och med att personen måste förhålla sig till den gamla rollen, som var stigmatiserande och samtidigt hitta nya vägar och passa in i den nya rollen. Under detta steg får ex-personen bryta upp med sitt gamla liv, gamla kamrater och vänner för att söka sig in i en ny och obekant värld. Denna process var både spännande och svår i och med den stora livsförändringen. Att hela tiden leva med en ex-roll skapade ett spänningstillstånd som med tiden normaliserades (ibid).

Laanemets (2002) skriver om självhjälpsrörelsen och följande citat lyfts fram, ”vi var alla lika”. (Laanemets 2002, s.141) Här nämns känslan av tillhörighet av AA 12-stepsprogram (ibid). Ur empirin går det att utläsa att kvinnorna på kvinnobehandlingen fick tillgång till ett nytt nätverk av människor som var i samma situation som dom själva, vilket påverkade dem positivt. Kvinnorna fick nya förebilder och såg upp till de övriga medlemmarna som idag kunde hantera sin beroendesjukdom. Kvinnorna fick hjälp med att skapa en ny identitet och hjälp med att förhålla sig till den gamla identiteten. Denna exitprocess fortsatte även när behandlingen var över, då kvinnan anpassat sig till den nya rollen som ex-missbrukare.

Nedan presenteras kvinnornas upplevelser av kvinnobehandlingen kontra könsblandad behandling. Laanemets (2002) menar att den missbrukande kvinnan och hennes behov, skiljer sig från männen och att det förekommer att kvinnor i könsblandade behandlingar riskerade att bli underordnade männen vilket innebär att hierarkin var densamma som i missbrukarmiljön. Därför behövde kvinnorna lugn och ro, utvecklas i sin egen takt och vara i centrum i sitt eget liv och i behandlingen (ibid). Ur empirin instämde kvinnorna i denna studie att det var en negativ miljö på könsblandade behandlingshem.

Enligt Laanemets (2002) & Nyrén (1995) var risken med samkönade behandlingshem att män och kvinnor inledde relationer och avbröt behandlingen (ibid). Ur empirin finner man att detta överensstämmer med kvinnornas upplevelser av könsblandad behandling. I SOU (2005) skrivet av Gerdner påpekades att flera undersökningar visade att behandlingar som fokuserade på missbruket och andra problem integrerat, gav bättre resultat än behandlingar som endast hanterade missbruket och behandlade de andra problemen senare (ibid). Bednar (2003) menar att kvinnorna i behandling behövde uppmärksamma både missbruket och övergreppen. Ur empirin berättade kvinnorna att de påverkades positivt av att behandlingen hade ett helhetsperspektiv. Helhetsperspektiv dvs. Kvinnobehandlingen helhetsperspektiv handlar om att se kvinnornas hela problematik, inte bara ge insatser för kvinnornas beroendeproblematik. Kvinnobehandlingen har antagit ett helhetsperspektiv, eftersom de utgår från att kvinnorna ofta har multiproblem, där beroendet är ett av flera problem, en utgångspunkt som även delas av forskningen (SOU 2005).

I tidigare forskning skriver Trulsson (1993) om betydelsen av behandlingsarbete i könsuppdelade grupper. Där resultaten har visat sig överlägsna, där undersökningar av behandlingar riktade endast mot kvinnor har resulterat i ett signifikant bättre behandlingsresultat gällande långsiktigheten i behandlingen och eftervården. I en behandling inriktad på kvinnor lyfts kvinnorna fram. De erhöll större självkänsla och att de kunde dela erfarenheter och få stöd av andra kvinnor. Att behovet av trygga relationer tillgodosågs och att

verksamheten var långsiktig, är viktigt, men framförallt uppskattade de gemenskapen med andra kvinnor. Att dela erfarenheter med andra kvinnor sågs som det kanske mest betydelsefulla i behandlingen. Kvinnorna uppgav att de aldrig skulle vare sig våga eller vilja lämna ut sig på samma sätt i en grupp med män (ibid). I likhet med andra studier nämner Trulsson (2003) att kvinnorna kände en tillhörighet och gemenskap att de känner igen sina egna problem i andra (ibid). En annan studie utförd av Nyrén (1995) menar att kvinnor som varit utsatta för misshandel, sexuella övergrepp eller våldtäkt har svårt att tala om det i könsblandade behandlingsgrupper (ibid), vilket överensstämmer med empirin från denna studie. Det innebär att de kvinnor som har varit inskrivna på både ett könsblandat behandlingshem och kvinnobehandlingshem, påverkats positivt av att enbart vistas på en kvinnobehandling.

Trulsson (2003) & Nyrén (1995) konstaterar att behandlingsarbete i könsuppdelade grupper har visat sig överlägsna, där får kvinnorna större självkänsla, de kan dela erfarenheter och få stöd av andra kvinnor, att behovet av trygga relationer tillgodoses (ibid). Mattsson (2005) pekar på i sin avhandling att det fanns många forskare exempelvis Karin Trulsson, Ulla-Carin Hedin och Ulla Beijer som ansåg att kvinnor är särskilt utsatta jämfört med män som är beroende och att kvinnor hade särskilda vårdbehov. Författarna anser att kvinnorna behövde komma till en kvinnobehandling för att ta igen och lära sig den kvinnliga socialisationen och den kvinnliga identitetsutvecklingen tillsammans med andra kvinnor, eftersom detta förlorade kvinnorna under sin ungdomstid då de började missbruka tillsammans med män för att sedan bli beroende (ibid).

Grufman Kalén (2002) ansåg att gemenskapen i behandlingen bidrog till att kvinnorna kunde bryta sina destruktiva mönster i en könsspecifik behandling och att här var det öppet och tillåtet att prata om allt och visa sina känslor. Att kvinnorna fick vara en längre tid i behandling, ta hjälp av uppföljning, eftervård, AA/NA möten hjälpte kvinnorna till ett bättre liv (ibid). Nyrén (1995) menar att kvinnorna som deltar i en kvinnobehandling, uppgav att de hade bättre självförtroende och självkänsla efter behandlingen men också att relationerna var bättre. Det kvinnorna tyckte var viktigt var tiden på behandlingen, att de hann landa och tänka på sig själva. Behandlingen var en frizon och gav kvinnorna trygghet. Flera kvinnor uppgav att tryggheten berodde på att det endast var kvinnor inskriva i behandling (ibid).

Mattsson (2005) menar att det finns många forskare exempelvis Karin Trulsson, Ulla-Carin Hedin och Ulla Beijer vilka ansåg att kvinnor var särskilt utsatta jämfört med män som är beroende och att kvinnor hade särskilda vårdbehov. Författarna speglar kvinnornas svåra uppväxtförhållanden, deras sexuella utsatthet och den negativa roll som män hade i kvinnornas liv. Författarna anser att kvinnorna behövde komma till en kvinnobehandling för att ta igen och lära sig den kvinnliga socialisationen och den kvinnliga identitetsutvecklingen tillsammans med andra kvinnor, detta förlorade kvinnorna under sin ungdomstid då de började missbruka tillsammans med män för att sedan bli beroende (ibid).

Lennér Axelson (2010) skriver att den psykosociala behandlingen påverkar ens persons identitet, handlar om upplevelsen om vem man är, vad man är kapabel till och om värdet man ser i sig själv. De centrala begreppen är självuppfattning och självkänedom. Låg självkänsla hör oftast ihop med en otrygg anknytning. Våra sociala roller är en del av identiteten. Om en kvinna har en stark identitet handlar det om en stabil självuppfattning och självkänsla. För att få denna starka identitet krävs det att den sociala miljön erbjuder livskraftiga alternativ genom relationer, utbildning, yrke, fritidsaktiviteter, politiskt engagemang etc. (ibid). Antonovsky (2005) menar att det är ingen idé att laga "broläggningen" över "livsfloden", vilket innebär

ett skydd så att kvinnorna inte faller i vattnet. Utan det viktiga är att lära kvinnorna *att simma* så att de kan hantera med och motgångar i livet (ibid). Sahlberg & Leppilampi (1998) beskriver samarbetsinläring som att personer arbetar i små grupper efter gemensamma mål. Tanken är att alla i gruppen skall samarbeta, hjälpa varandra och att målen uppfylls först när alla har lyckats nå målet. Det är den sociala interaktionen som stärker inläringen med hjälp av samtal där man förklarar, diskuterar och lyssnar på varandras åsikter. Inläringen blir effektivare, delaktigheten ökar genom att man tar ansvar både för sin egen och andras framgång och det utvecklas sociala samarbetsfärdigheter. Men samarbetsinläring främjas även de kognitiva, emotionella, sociala färdigheter och målet är effektiv inläring. Det som främjar inläringen är exempelvis bra gemenskapskänsla och samhörigheten, där alla känner att de är i samma situation. Det utvecklar ett positivt beroende i och med att alla behövs för att nå det gemensamma målet (ibid).

Marton et al. (1999) skriver att inläring handlar om hur människor tillgodoser sig ny kunskap, genom exempelvis att höra vad någon annan förmedlar och säger (ibid). Marton et al. (1999) som anser att den verbala inläringen är ett viktigt verktyg (ibid). I gemenskapen finner kvinnorna ett *sammanhang* i tillvaron som Antonovsky (2007) förklarar på följande sätt: sammanhanget gör så att kvinnorna känner att sitt liv känns *begripligt, hanterligt* och *meningsfullt* (ibid).

## Slutsatser

Denna masteruppsats handlar om fem kvinnors upplevelser av sin beroendeproblematik av alkohol, läkemedel och narkotika. Dessa kvinnor har fullföljt en behandling på ett 12-stegsbehandlingshem enbart för kvinnor. Studien innehåller en fenomenografisk forskningsansats och resultatet bygger på kvalitativa intervjuer. Nedan sker en återkoppling till studiens syfte och de slutsatser som framkom ur studiens resultat. Därefter presenteras vidare forskning inom socialt arbete.

### Studiens frågeställningar

1. Vilka uppfattningar har kvinnorna om barndom, uppväxt och beroendeproblematik?
2. Vilka uppfattningar har kvinnorna om könsblandad – jämfört med kvinnobehandling?
3. Vilka uppfattningar har kvinnorna om 12-stegsmetoden och AA/NA möten?

### Syfte

Studiens syfte var att fånga kvinnornas upplevelser av varför de blev beroende och vad som har hjälpt dem att hantera deras beroendesjukdom.

#### *Varför blev kvinnorna beroende?*

Resultat visar att kvinnornas upplevelser om orsaken till kvinnornas beroendeproblematik var arv, bristande miljö och uppväxtförhållande, sviktande stöd från föräldrar/vårdnadshavare och fel bekantskapskrets. Allt detta har påverkat kvinnorna negativt, då det har skapat känslor som rädslor, stress och oro.

#### *Vad som har hjälpt kvinnorna att hantera sin beroendesjukdom?*

Resultatet visar att kvinnornas upplevelser av kvinnobehandling, 12-stegsmetoden och AA/NA möten var positiva. Detta har hjälpt kvinnorna att hantera deras beroendesjukdom.

Slutsatsen visar att det var kvinnornas egen önskan om en förändring i sitt liv som ledde fram dem till exitprocessen och ett drogfritt liv.

### Reflektioner och vidare forskning

Resultatet visar att det är viktigt att utbilda aktörer vilka arbetar med kvinnor som har beroendeproblematik, detta för att öka medvetandet om kvinnors utsatta situation och deras mångfacetterade problematik. Förslag till vidare forskning gäller de kvinnor som har avbrytit behandlingen. Det är viktigt att utreda orsaken till avhoppet. Därefter bör det forskas mer om hur familjemedlemmar påverkas av kvinnors beroendesjukdom.

Jag vill återkoppla till Åsa, som nämndes i början av denna studie. Åsa, blev nekad vård trots LVM-anmälningar från hennes läkare. I detta fall agerade inte socialtjänsten, vilket besvarar första delen av problemformuleringen:



Enligt missbruksutredningen verkar det inte finns några uppenbara skillnader i tillgång till vård eller resultat av behandling utifrån kön (Socialstyrelsen, 2014:17).

Det krävs en bättre samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården för att detta inte ska inträffa igen. I framtiden bör det utföras en studie som omfattar de kvinnor som har blivit nekade vård och därefter bör problemformuleringen granskas på nytt och svaren redovisas i en utredning av socialstyrelsen.

Därefter bör det genomföras en jämförelsestudie, där forskare intervjuar kvinnor på ett könsblandat behandlingshem, kontra kvinnor på en kvinnobehandling. För att svara på fortsättningen av andra delen av problemformuleringen.

När det gäller könsdifferentierad behandling finns motstridiga resultat, men det finns vissa grupper för vilka det kan vara viktigt att kunna erbjuda en könsdifferentierad behandling – bland annat personer som utsatts för sexuella övergrepp (Socialstyrelsen, 2014:17).

Om det genomförs en jämförelsestudie, får man svar på kvinnornas upplevelser av könsblandat behandlingshem kontra kvinnobehandling. Då kan likheter och skillnader studeras och besvara problemformulerings andra del, det vill säga vilket behandlingsalternativ som är bäst lämpat för kvinnor och män med missbruk och beroendeproblematik.

## Referenslista

Alexandersson, (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. Starrin, B. & Svensson, P.G. (1994) (red). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur. (Utvalda delar: ett kapitel).

Angove, R. & Fothergill, A. (2003) "Women and alcohol: misrepresented and misunderstood" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 10(2), 213-219.

Anonyma Alkoholister (2012) (elektroniskt) Anonyma Alkoholister officiella hemsida [www.aa.se](http://www.aa.se) Hämtad 2012-10-03.

Anonyma Alkoholister (2001) *Anonyma alkoholister: historien om hur tusentals män och kvinnor tillfrisknat från alkoholism*. Stockholm.

Antonovsky, A. (2007). *Hälsans mysterium*. Natur och kultur.

Bednar, S. G. (2003) "Substance abuse and woman abuse - a proposal for integrated treatment" *Federal probation* [0014-9128], 67 (1).

Beijer, U. (2011) SOU 2011:6: SCB *Missbrukande kvinnors utsatthet och konsekvenser av utsatthet*. Hämtad 2013-05-24

Björklund, M. & Paulsson, U. (2003) *Seminarieboken: att skriva, presentera och opponera*. Studentlitteratur.

Bloom, B. & Owen, B. & Piper Deschenes, E. & Rosenbaum, J. (2002) "Moving Toward Justice for Female Juvenile Offenders in the New Millennium: Modeling Gender-Specific Policies and Programs". *Journal of Contemporary Criminal Justice* February 18, 1 37-56.

Bodin, M. (2006) "Gender aspects of affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment Contemporary Drug Problems" 33(1), 123.

Book, S. & Thomas, S. & Dempsey, J. & Randall, P. & Randall, C. (2009) "Social anxiety impacts willingness to participate in addiction treatment". *Addictive Behaviors* 34, 474-476.

Bowlby, J. & Ainsworth, M. D. (1991) *An Ethological Approach to Personality Development*. American Psychological Association, Inc. 0003-066X/91/\$2.00 Vol. 46, No. 4, 333-341

Broberg, A. & Risholm Mothander, P. & Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytningsteorin*. Natur och Kultur.

Broberg, A. & Risholm Mothander, P. & Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2006). *Anknytningsteori. Betydelse av nära känslomässiga relationer*. Natur och Kultur.

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber.

Bryman, A. (2002) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber.

Chen, G. (2010) "The meaning of suffering in drug addiction and recovery from the perspective of existentialism, Buddhism and the 12-Step program". *Journal of psychoactive drugs* 42 (3), 363.

Codex regler och riktlinjer för forskning (elektroniskt) Codex officiella hemsida  
www.codex.vr.se Hämtad 2012-10-03.

Dahlgren & Johansson, (2009). I Fejes, A. & Thornberg, R. (2009). *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber.

Djurfeldt, G. & Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2003) *Statistisk verktygslåda: samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Stockholm: Studentlitteratur.

Djurfeldt, G. & Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistisk Verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Studentlitteratur.

Ebaugh, H.R.F. (1988). *Becoming an ex : the process of role exit*. Chicago : Univ. of Chicago Pr.

Eliasson, A. (2010) *Kvantitativ metod från början*. Studentlitteratur.

Enander, V. & Holmberg, C. (2005) *Varför går hon?: om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*. Ystad: Kabusa böcker.

Fals-Stewart, W. & Kennedy, C. (2005) "Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment" *Journal of Substance Abuse Treatment* 29 (1), 5–17.

Galanter, M. (2006) "Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services". *Psychiatric Services* 57(3),307.

Gorski, T. T. (2001): "Levels of Relapse Warning Signs". (elektroniskt), GORSKI-CENAPS Web Publications. Terence officiella hemsida.  
[http://www.tgorski.com/gorski\\_articles/levels\\_of\\_rws%20010506.htm](http://www.tgorski.com/gorski_articles/levels_of_rws%20010506.htm) Hämtad 2012-06-14.

Grønbaek, M. & Nielsen, B. (2007) "A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics". *Addiction* 102(3), 381 -8.

Grufman Kalén, A. (2002) *Att sitta i samma båt*. I Leissner, T. & Hedin, U-C. (red.). *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bjurner och Bruno

Halvorsen, K. (1992) *Samhälls vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Hart, K. E. (2005) "Narcissism: A Barrier to Personal Acceptance of the Spiritual Aspect of Alcoholics Anonymous Alcoholism treatment" *quarterly* 23(4), 85 -100.

Helmersson Bergmark, K. (1995) *Anonyma alkoholister i Sverige*. Doktorsavhandling Almqvist & Wiksell. International Stockholm.

Kaskutas, L. A. & Zhang, L. & French, M. T. & Witbrodt, J. (2005) "Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study" *Addiction* 100(1), 60.

- Kvinnobehandling, (2012). Informationsblad som den dåvarande föreståndarinnan lånade ut till forskaren Diana Carlsson.
- Laanemets, L. (2002). *Skapande av femininitet : om kvinnor i missbrukarbehandling*. Lund : Socialhögskolan, Universitet.
- Laanemets, L. & Kristiansen, A. (2008). *Kön och behandling inom tvångsvård : en studie av hur vården organiseras med avseende på genus*. Stockholm : Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). *Transactional theory and research on emotions and coping*. *European Journal of Personality*, 1, 141–169.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lennéer-Axelsson, B. (2010): *förluster: om sorg och livsomställning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Marton, F. (1981). Phenomenography-describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10(2), 177-200.
- Marton, F. & Dahlgren, L.O. & Svensson, L. & Säljö, R. (1999). *Inläring och omvärldsuppfattning. En bok om den studerande människan*. Stockholm, Prisma.
- Mattsson, T. (2005) *I viljan att göra det normala. En kritisk studie av genusperspektivet i missbruksvården*. Malmö.
- Meier, P. S. & Donmall, M. C. & McElduff, P. & Barrowclough, C. & Heller, R. F. (2006) "The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout" *Drug and Alcohol Dependence* 83(1), 57–64.
- Minnesotamodellen, (2012) (elektroniskt) Minnesotamodellen officiella hemsida <http://www.minnesotamodellen.se/> Hämtad 2012-06-14.
- Nyrén, I. (1995) *Normbrottet: det kvinnliga perspektivet i missbrukarvården*. Socialförvaltningen, FoU-byrån.
- Ronel, N. & Gueta, K. & Abramssohn, Y. & Caspi, N. & Adelson, M. (2011) "Can a 12-step program work in methadone maintenance treatment?" *Int J Offender Ther Comp Criminol* 55(7), 1135-1153.
- Rotgers, F. (2002) "Clinically useful, research validated assessment of persons with alcohol problems" *Behaviour Research and Therapy* 40(12), 1425–1441.
- Sahlberg, P. & Leppilampi, A. (1998). *Samarbetsinläring*. Stockholm : Runa.

Skårner, A. (2001) *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk* <http://hdl.handle.net/2077/15466>

Socialstyrelsen, (2004) *Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten.*

Socialstyrelsen, (2011) *Skylla sig själv? Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruk- eller beroendeproblem.*

Socialstyrelsen, (2014) *Nationella riktlinjerna för missbruk- och beroendevård. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version.*

Sohlberg, P. & Sohlberg, B.-M. (2009). *Kunskapens former: Vetenskapsteori och forskningsmetod.* Liber: Malmö.

SOU 2005, *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling.* Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbruksvården. Fritze.

SOU 2011:6, *Missbruket, Kunskapen, Vården*, Missbruksutredningens Forskningsbilaga. Delbetänkande av Missbruksutredningen.

Statens folkhälsoinstitut (A 2010:10) *Kartläggning av insatser för barn och ungdomar i risksituationer 2010.*

Stenfors-Hayes, T. & Hult, H. & Dahlgren, M. A. (2013). "A phenomenographic approach to research in medical education". *Medical Education*, 47 (3), 261-270.

Sterling, S. & Chi, F. & Hinman, A. (2011) "Integrating Care for People With Co-Occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions" *Alcohol Research and Health* 33(4), 338.

Svensson (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik.* Per-Gunnar Svensson & Bengt Starrin (red.) Lund: Studentlitteratur.

Sveriges television AB (2015). (elektroniskt), Svt, officiella hemsida <http://www.svt.se> med direkt länk till uppdrag granskning <http://www.svt.se/ug/15-ars-missbruk-sju-dagar-kvar-i-livet>. Publicerad 19 mars 2015 11:41.

Szklarski (2009). Fenomenografi. I A. Fejes & R. Thornberg (red), *Handbok i kvalitativ analys.* Stockholm: Liber.

Trulsson, K. (1993) *Kvinnorummet: vision, verklighet, vardag: rapport från ett behandlingshem för kvinnor.* Kvinnoforum utbildning.

Trulsson, K. (2003) *Konturer av ett kvinnligt fält: om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling.* Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet. Ak. Avhandling

Uljens, M. (1989). *Kompendiet.* Linköpings Universitet.

Vederhus, J-K. & Laudet, A. & Kristensen, O. & Clausen, T. (2010) "Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: comparing Norway to the United States" *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(3), 210–217.

Witbrodt, J. & Delucchi, K. (2011) "Do women differ from men on Alcoholics Anonymous participation and abstinence? A multi-wave analysis of treatment seekers" *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 35(12), 2231–2241.

# Bilaga 1 Informationsbrev



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Detta informationsbrev vänder sig till **Dig** som är kvinna och har fullföljt behandlingen på Kvinnobehandlingen X. En enkät postades år 2012 till alla kvinnor som har följfullt behandlingen på X under åren 2005-2011 dvs. till 47 kvinnor. Denna förstudie genererade 17 svarskuvert.

Nu vill jag fördjupa mig i ämnet och därför erbjuder jag enskilda intervjuer, med de kvinnor som fullföljde behandlingen och som idag kan hantera sin beroendeproblematik. De tema vi kommer prata om är livet innan behandling, livet under behandling och hur livet ser ut idag.

Denna externa undersökning görs på uppdrag av behandlingshemmet X i samarbete med Institutionen för Socialt arbete vid Göteborgs universitet. Din medverkan är värdefull och viktig. Syftet är att göra en extern undersökning av kvinnor som fullföljt behandling på X.

Samarbetet sker mellan Diana Carlsson på Göteborgs Universitet och Kvinnobehandlingen X. Jag, Diana Carlsson kommer att genomföra intervjuerna och därefter kommer en extern person att transkribera materialet. Ni bestämmer plats, dag och tidpunkt för intervjun. Om ni önskar så är ni hjärtligt välkomna till Sprängkullsgatan 23, institutionen för Socialt arbete, Göteborgs universitet. Jag möter er utanför entre´ dörren. Intervjuen kommer spelas in och den varar mellan 45-60 minuter.

## **Hur bearbetas informationen?**

När Diana Carlsson har mottagit det transkriberade materialet, kommer svaren analyseras och utvalda citat kommer redovisas. All information behandlas konfidentiellt, vilket innebär att jag kommer endast använda fingerade namn dvs. respondent 1.

Materialet kommer endast att användas till denna utvärdering och ljudfilerna raderas efter transkriberingen. Utvärderingen kommer att publiceras i GUPEA, Göteborgs Universitets Publikationer elektroniskt arkiv.

Har Du några frågor utöver informationen ovan är Du välkommen att höra av Dig. Om du är intresserad av att delta, så hör av dig till Diana Carlsson.

Tack för Din medverkan. Dina svar är mycket värdefulla för oss!

## **Ansvariga för utvärderingen**

Diana Carlsson, socionom vid Göteborgs Universitet  
Jane Åkerström, Kvinnobehandlingen X

# Intervjuguide

Forskningsfrågor till kvinnorna som har fullföljt behandlingen på X.

## **Under hela intervjuen använder jag mig av följande fraser:**

*kan du förklara det vidare?*

*hur menar du då?*

*kan du utveckla ditt svar lite mer?*

## **Innan behandling**

Tema – barndom och uppväxt - dessa frågor svarar på frågan: Hur såg din vardag ut?

- Berätta om din barndom och uppväxt
  - Bodde du tillsammans med dina biologiska föräldrar?
  - Växte du upp i en storstad eller på landet?
  - Vad tyckte du om det?
  - Arbetade dina föräldrar?
  - Kan du beskriva din mamma?
  - Kan du beskriva din pappa?
  - Kan du beskriva dig själv som barn och ungdom?
  - Har du några syskon?
  - Hur många?
  - Är du yngst?
  - Hur är det att ha syskon?
  - Hade du bra kontakt med dina syskon?
  - Vad tyckte du om skolan?
  - Hade du många kompisar?
  - Vilken betydelse har dina kompisar haft?
  - Hade du något favoritämne?
  - Vad hade du för fritidsintressen?
  - Var du ofta ensam hemma?
  - Varför var du det?
  - Lagade du mat till dig själv?
  - Fick du ta hand om dig själv?
  - Hur gick det?
  - På vilket sätt försökte du hantera stressen som uppkom i din vardag?

Tema - beroendeproblematik

- Berätta om din beroendeproblematik
  - Vilket prövade du först alkohol, läkemedel eller droger?
  - Hur gammal var du då?
  - Vad tyckte du om det?
  - Varför prövade du?
  - Vad var det som gjorde att du började använda alkohol/droger/läkemedel?
  - Kände du att du använde alkohol/droger/läkemedel som en strategi för att klara av stressen i din vardag?
  - Vad var det som var så bra med preparatet?



Hur blev det sen?  
Vad hände då?  
Hur gammal var du när du hade ett missbruk?  
Vad missbrukade du?  
Hur gammal var du när du upptäckte att du hade ett beroende?  
Vad gjorde du då?

Tema - vändpunkten

- Berätta om din vändpunkt

Hur såg din livssituation ut när du var djupast i din beroendeproblematik?  
Hur bodde du?  
Hur försörjde du dig?  
Varför bestämde du dig för att sluta?  
Hur kändes det då när du hade bestämt dig?  
Vem hjälpte dig att förändra din situation?  
Vad gjorde den personen för dig?  
Hur fick du information om Kvinnobehandlingen Leva?  
Vad fick du veta?  
Fick du själv välja vilket behandlingshem du skulle komma till?  
Hur kändes det när du hade bestämt dig?

**Under hela intervjuen använder jag mig av följande fraser:**

*kan du förklara det vidare?*

*hur menar du då?*

*kan du utveckla ditt svar lite mer?*

**Under behandlingen**

Tema – behandlingen på X

- Kvinnobehandling
  - Hur kändes det när det bara var kvinnlig personal?
  - Hur kände det när det enbart var kvinnor i behandling?
  - Vad anser du om ett behandlingshem som enbart är för kvinnor?
- Berätta om tolvstegsmetoden
  - Kan du berätta för mig vad tolvstegsmetoden handlar om?
  - Vad betyder de tolvstegen för dig?
  - Hur använder du dem i din vardag?
  - Vilket steg var svårast att uppfylla?
  - Är det något som du är kritisk mot gällande tolvstegsmetoden?
  - Varför tror du att vissa är kritiska mot tolvstegsmetoden?
- Berätta om AA/NA möten
  - Vad betyder AA/NA möterna för dig?
  - Vad gör ni under mötena?
  - Hur kändes det när det var ett krav att gå på möterna när du gick i behandling?
  - Vad betyder gemenskapen för dig?

Varför tror du att vissa är kritiska till AA/NA mötena?

- Berätta om din beroendesjukdom

Hur kändes det när du fick beskedet att du har en sjukdom?

Var det positivt eller negativt besked?

Hur påverkade beskedet din psykiska hälsa?

Vad säger du till dem som inte tror att beroende är en sjukdom?

Om jag säger att jag tror att ditt beroende grundar sig i bristande band dvs. anknytningen till dina föräldrar, vad säger du då?

Kan det vara så att du försökte dämpa stressen som du upplevde med hjälp av antingen alkohol, droger eller narkotika?

Anser du att ditt beroende är en sjukdom?

Varför fick du denna beroendesjukdom?

**Under hela intervjuen använder jag mig av följande fraser:**

*kan du förklara det vidare?*

*hur menar du då?*

*kan du utveckla ditt svar lite mer?*

### **Efter behandlingen**

Tema – lärdomar

- Berätta om dina lärdomar

Vad lärde du dig under behandlingen?

På vilket sätt har du nytta av de lärdomar idag?

Hur ser du på stress idag?

Tema – förändringar

- Berätta om förändringar i ditt liv

Hur har ditt liv förändrats efter behandlingen på X?

Hur ser du på dig själv idag?

På vilket sätt har behandlingen påverkat din självkänsla?

Anser du att ditt liv är mer meningsfullt idag jämfört med innan behandlingen?

På vilket sätt?

Anser du att du kan hantera din livssituation på ett bättre sätt idag än innan behandlingen?

På vilket sätt?

Tycker du att ditt liv är mer begripligt idag än innan behandlingen?

På vilket sätt?

Hur hanterar du stress idag?

Tema – beroendeproblematik

- Berätta om din beroendeproblematik

Nyttjar du något?  
Har du haft något återfall?  
Hur hanterar du din beroendesjukdom idag?  
Hur känns det idag när du kan hantera din sjukdom?  
Hur ser du på din sjukdom idag?

Tema – mål

- Berätta om ditt mål

Vad hade du för mål när du påbörjade behandlingen?  
Har du uppnått ditt mål?  
Vad har du för mål idag?  
Hur ser du på din framtid?

**Under hela intervjuen använder jag mig av följande fraser:**

*kan du förklara det vidare?*  
*hur menar du då?*  
*kan du utveckla ditt svar lite mer?*