



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

VEM BLIR JAG I TERAPIRUMMET?

om genus och föräldraskap

utifrån kvinnors upplevelser av samtalsbehandling för alkoholproblem

SW2237 Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Avancerad nivå
Vårterminen 2018
Författare: Heléne Lewinsky
Handledare: Adrián Groglopo

Vem blir jag i terapirummet?

“If we can share our story with someone who responds with empathy and understanding, shame can't survive.”

-Brené Brown: Daring Greatly (2012)

Vem blir jag i terapirummet?

Abstract

Titel Vem blir jag i terapirummet? Om genus och föräldraskap utifrån kvinnors upplevelser av samtalsbehandling för alkoholproblem

Författare Heléne Lewinsky

Nyckelord alkoholproblem, beroende, genus, föräldraskap, psykoterapi

Det övergripande syftet med uppsatsen var att undersöka hur mödrar med alkoholproblem upplever samtalsbehandling. Syftet var också att undersöka om det fanns gemensamma teman i de intervjuades upplevelser. Det vidare syftet var att med utgångspunkt i dessa teman kopplade till teori och forskning undersöka om temana kunde vara av generell relevans för samtalsbehandling av mödrar med alkoholproblem. Syftet bröts ner i tre frågeställningar: Vad var viktigt i samtalsbehandlingen? Hur har föräldrarollen berörts under samtalen? samt Hur upplever respondenterna omgivningens bild av mödrar med alkoholproblem? För att svara på frågorna gjordes en kvalitativ studie med fyra respondenter som hade erfarenhet av samtalsbehandling för alkoholproblem på olika mottagningar och hos olika terapeuter. Analysen gjordes utifrån innehåll och med hjälp av tematisk metod. Studien visar att kvinnor med alkoholproblem bär på mycket skuld och skam relaterad till historisk och nutida genuskontext och att de önskar bli bemötta på en helhetsnivå, ej utifrån endast alkoholproblem, könstillhörighet eller moderskap. Studien visar också att upplevelsen av det som var hjälpsamt var terapeutens bemötande, ett icke-dömande förhållningssätt och att terapeuten inte reproducerade genusnormativa stereotyper utifrån varken språk, beroendefrågor eller föräldraskap.

Title Who do I become in the therapy room? On gender and parenting based on women's experiences of therapy for alcohol problems

Author Heléne Lewinsky

Keywords alcohol problems, addiction, gender, parenting, psychotherapy

The aim of the study was to investigate how mothers with alcohol problems experience therapy, and whether there were any themes in experiences. Themes in experiences of interviewed women were then referenced to theory and research, in order to identify whether they were of general relevance for treatment and therapy for mothers with alcohol problems. This qualitative study aimed to answer three questions; what was important in the therapy, how parenting was discussed, and how respondents perceive society's view of mothers with alcohol problems. The study included four respondents who had been in therapy for alcohol problems at different out-patient clinics and met different therapists. A thematic analysis was undertaken. The study shows that women with alcohol problems carry a lot of guilt and shame related to historical and contemporary gender contexts. They want to be therapeutically treated in a holistic way, not only regarding alcohol problems, their gender or maternity status. Furthermore, it was demonstrated that therapists who had a non-judgemental approach and did not reproduce gender stereotypes based on language, addiction or parenting were perceived as more helpful.

Vem blir jag i terapirummet?

Förord

Så är maj 2018 och jag har avslutat arbetet med uppsatsen som levtt i mig det senaste året. Jag har brottats; med ord och tankar, med flertusenåriga genusnormativa värderingar och en önskan om allas lika värde utan underordning utifrån kön, genus, etnicitet, funktionsvariationer, tro eller annat. Jag har brottats och jag har funderat på om det här verkligen är rätt sätt att nå ut med budskapet. Jag har svårt att skriva för bara en redan inkluderad skara. I kampen med orden har jag slutligen valt sida så långt det går.

Jag har brottats och jag har reflekterat över inkludering och exkludering; över vidgande, omformning och omfattning. Det här är en akademisk uppsats. Men jag har inte skrivit den enbart för akademien. Jag har skrivit den för dig som vill läsa, oavsett vem du är.

Strax är den här matchen över. Jag ska välkomna dig in. Men först ett par rader till några personer i mitt lag:

Tack till er respondenter, ni fyra modiga människor som tagit er tid och ork att brottas med era ord för att ge dem till mig; dela med er av er levda erfarenhet. Det är stort och starkt och jag är oändligt tacksam.

Tack också till er som har peppat, funderat och läst: Rosa, Hanna, Åsa, Lotta, Rikard, Gunnel, Cecilia och Margareta. Vad vore den här matchen utan era tankar klädda i ord; ni som är både inuti och utanför min professionella värld?

Tack till småstrumporna hemma som har orkat med en förälder som har skrivit och skrivit, vilket i och för sig möjligen har genererat någon brottningsmatch mindre till förmån för en och annan pizza.

Och tack till er som har hjälpt mig leta respondenter, till er som har delat min efterlysning i sociala medier och bistått på annat sätt. Tack Musse, för att du specifikt bad personer hjälpa mig via din Facebooksida. Och tack Moa, för att du skickade mig din bok när den var slut hos förlaget.

Jag hade inte kunnat göra det här själv. Utan er i ryggen hade jag lämnat walk over för längesen. Men vet ni - vi gick den här matchen till sista sekund.

Tack också till Adrián Groglopo som har handlett mig.

Nu så.

Välkommen in.

Vem blir jag i terapirummet?

Innehållsförteckning

ABSTRACT	5
FÖRORD	7
1. INLEDNING	11
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	12
1.1.1 <i>Barnperspektiv som del av problemformuleringen</i>	13
1.2 SYFTE	14
1.3 FRÅGESTÄLLNINGAR	14
1.4 AVGRÄNSNINGAR	14
1.5 RELEVANS FÖR SOCIALT ARBETE	14
2. BAKGRUND	17
2.1 KVINNOR, RUSMEDEL OCH PSYKOTERAPI I HISTORISK KONTEXT	17
2.1.1 <i>Med Lilith mitt ibland oss</i>	18
2.2 CENTRALA BEGREPP OCH DEFINITIONER	22
2.2.1 <i>AUDIT - för att definiera riskbruk, beroende och missbruk</i>	22
2.2.2 <i>Riskbruk</i>	22
2.2.3 <i>Beroende och missbruk</i>	22
2.2.4 <i>Att ha alkoholproblem kontra att vara alkoholist</i>	22
2.2.5 <i>Kön och genus</i>	23
2.2.6 <i>Samtalsbehandling och psykoterapi</i>	23
3. TIDIGARE FORSKNING	25
3.1 KVINNOR OCH ALKOHOLPROBLEM	25
3.1.1 <i>WAG – Women and alcohol in Gothenburg</i>	25
3.1.2 <i>Alcohol Use and Mental Health In Middle-aged Women</i>	26
3.2 MÖDRAR MED ALKOHOLPROBLEM	26
3.2.1 <i>Kvinnor och missbruk</i>	26
3.2.2 <i>Hemmafru eller arbetstagare – skillnader i alkoholkonsumtion kopplat till sociala faktorer</i>	27
3.2.3 <i>Normalitetens gränser: pinsamma pappor och osynliga mammor</i>	27
3.3 UPPLEVELSER AV SAMTALSBEHANDLING OCH PSYKOTERAPI	27
3.3.1 <i>Skapande av femininitet – om kvinnor i missbrukarbehandling</i>	27
3.4 SAMTAL SOM METOD	28
3.4.1 <i>Vikten av common factors i samtalsbehandling</i>	28
3.4.2 <i>Låg självkänsla och psykoterapi</i>	29
3.5 ÖVRIGT	29
3.6 SAMMANFATTNING AV TIDIGARE FORSKNING	30
4. TEORETISKA RAMAR	31
4.1 SKULD OCH SKAM	31
4.1.1 <i>Skam ur psykodynamiskt perspektiv</i>	31
4.1.2 <i>Skam ur sociologiskt perspektiv</i>	32
4.2 GENUSTEORI	33
4.2.1 <i>Att göra kön</i>	33
4.3 MISSBRUKSPSYKOLOGI	34
4.3.1 <i>Genus och missbruk</i>	34
4.3.2 <i>Biologiskt kön och missbruk</i>	35
4.4 FAMILJETERAPEUTISKA TEORIER	36
4.4.1 <i>Språkssystemisk teori</i>	36
4.4.2 <i>Feministisk familjeterapi och feministisk språkaktivism</i>	37
4.4.3 <i>Familjeorienterad rusbehandling</i>	38
4.5 FEEDBACK-INFORMERAD TERAPI	39
4.5.1 <i>Ett feedback-informerat förhållningssätt</i>	40

5. METOD	41
5.1 METODANSATS.....	41
5.2 FÖRFATTARENS FÖRFÖRSTÅELSE.....	42
5.2.1 <i>Den dubbla maktpositionen; i forskningsintervjun såväl som i samtalsrummet</i>	42
5.3 URVAL	43
5.3.1 <i>Inklusionskriterier</i>	43
5.3.2 <i>Exklusionskriterier</i>	43
5.3.3 <i>Svårigheter</i>	44
5.4. DATAINSAMLING.....	44
5.4.1 <i>Validitet</i>	45
5.4.2 <i>Objektivitet</i>	45
5.4.3 <i>Reliabilitet</i>	46
5.4.4 <i>Generaliserbarhet</i>	46
5.4.5 <i>Informerat samtycke</i>	46
5.4.6 <i>Genomförande</i>	46
5.4.7. <i>Respondenterna</i>	47
5.5 BEARBETNING OCH ANALYS	47
5.5.1 <i>Tematisk analys enligt Braun och Clarke</i>	47
5.5.2 <i>Analysförfarande</i>	50
5.6 KRITIK MOT METODEN.....	52
5.7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	52
6. ANALYS	55
6.1 TEMAN	55
6.1.1 <i>Tema 1: Alkoholproblemen och tankar om dem</i>	55
6.1.2. <i>Tema 2: Självbild utifrån genus, föräldraskap och alkoholproblem</i>	57
6.1.3 <i>Tema 3: Samtalsbehandlingen</i>	59
6.1.4 <i>Tema 4: Hjälpsamma faktorer i behandling</i>	66
6.1.5 <i>Tema 5: Icke hjälpsamma faktorer i behandling</i>	67
7. SLUTSATS OCH AVSLUTANDE DISKUSSION	69
7.1 FRÅGESTÄLLNINGAR OCH RESPONDENTERNAS BERÄTTELSE	69
7.1.1 <i>Vad var viktigt i samtalsbehandlingen?</i>	69
7.1.2 <i>Hur har föräldrarollen berörts under samtalen?</i>	69
7.1.3 <i>Hur upplever respondenterna omgivningens bild av mödrar med alkoholproblem?</i>	70
7.2 DISKUSSION UTIFRÅN UPPSATSENS SYFTE	70
7.3 GENERELL RELEVANS.....	71
7.4 VIDARE FRÅGESTÄLLNINGAR	72
7.5 FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING	72
SLUTORD: ATT INTE LÄNGRE BO ENSAM I ETT ENSAMT HUS	73
REFERENSER	75
BILAGA 1 – INFORMATIONSBREV	81
BILAGA 2 - SAMTYCKESFORMULÄR	83
BILAGA 3 – INTERVJUGUIDE	85
BILAGA 4 – INLÄGG PÅ SOCIALA MEDIER	87

1. Inledning

Jag arbetar på en samtalsmottagning för personer som på något sätt är berörda av alkoholproblem. Det kan handla om egen konsumtion, att en är närstående till en person med alkoholproblem eller att en har vuxit upp med någon form av missbruk i sitt barndomshem och att det påverkar ens vuxna relationer. Den gemensamma nämnaren är att de personer jag möter söker samtalshjälp för att komma tillrätta med en alkoholkonsumtion som påverkar dem och/eller andra negativt.

Mödrarna jag möter i mitt terapeutiska arbete arbetar oftast och fungerar, utåt sett. Kanske dricker de sig berusade varje dag men oftast inte. Kanske dricker de för mycket när barnen inte är hos dem, eller så dricker de snabbt innan middagen för att orka med läxläsningen; kanske dricker de när barnen somnat för att orka med livet och måstena och kanske tror de att barnen inte påverkas av alkoholproblemen.

Min erfarenhet som terapeut är att en sak förenar oavsett hur problematiken ser ut: Tystnaden. Självbilden. Skammen. Samvetskvalen. Inte bara utifrån faktisk vardag utan också utifrån den upplevda bilden av moderskapet. Att barnen påverkas på olika sätt är också en självklarhet, precis som barn i gemen påverkas av att ha en förälder som stundom inte är mentalt närvarande.

Den här uppsatsen handlar om kvinnor som inte hörs eller syns. De som har ett alkoholproblem och lever med skuld och skam men också med barn och vardag. Hand i hand.

Den handlar om deras upplevelser av samtalsbehandling kopplat till biologiskt och socialt kön, om föräldraskap, patriarkala strukturer och normskapande, om att vara den som ses som den primära omsorgspersonen oavsett om en lever med den andre föräldern.

Den här uppsatsen handlar om hur kvinnorna själva upplevt samtal med professionella behandlare. Deras bild. Deras raster på tillvaron. Inifrån.

1.1 Problemformulering

Studien fokuserar på upplevelsen av samtalsbehandling hos mödrar med alkoholproblem.

I uppsatsen används ordet upplevelse som något en individ är med om, tar in och som påverkar det hen känner, tänker och hur hen är. Det kan vara ett skeende i stunden eller över längre tid. Det engelska ordet experience (ej i betydelsen erfarenhet) motsvarar ungefär denna betydelse.

Studien har gjorts i form av kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Utifrån dessa görs en tematisk analys, vilken mynnar ut i en diskussion om bemötande i samtalsbehandling av mödrar med alkoholproblem.

Studien har inte syftat till att undersöka hur kvinnornas alkoholkonsumtion ser ut vid tiden för intervjuerna. Hur verksamt samtalsbehandling för alkoholproblem är, finns andra studier på.

I uppsatsen använder jag begreppen kvinnor och män. I denna aspekt handlar det i huvudsak om genus, det socialt konstruerade könet, snarare än det biologiska. Under *Kön och genus*, kapitel 2.2.5, finns vidare definition.

Min erfarenhet säger att en stor del av självbilden för kvinnor och mödrar med alkoholproblem är förenad med skam. Skammen kopplad till såväl genus som föräldraskap har tagits upp av nästan alla sökande kvinnor under mina år i yrket. Jag har inte erfarit samma med manliga sökande. Det har också gjort att jag i studien har velat ta reda på mer om just skamkänslan; varifrån den härrör samhälleligt och hur den påverkar individuellt.

Skammen hos kvinnorna bekräftas även i litteraturen. Hensing (2012) skriver att skamkänslan är ett hinder både för kvinnor och män när det gäller att söka vård för alkoholproblem. Det finns dock genusrelaterade skillnader i hur denna skam yttrar sig: ”kvinnor oroade sig för hur deras alkoholproblem påverkade hur andra såg på dem som kvinnor...[de] beskrev hur de uppfattade sina alkoholvanor som oförenliga med de förväntningar de hade på sig själva som kvinnor och mödrar” (s 225).

Hensing menar vidare att vår [västerländska] kultur kopplar samman alkohol med föreställningar om maskulinitet, vilket gör att kvinnor med alkoholproblem känner sig ifrågasatta som mödrar och kvinnor. Samma ifrågasättande gäller inte fäder och män på samma sätt (ibid.).

Så varför göra en studie som bekräftar något jag i min terapeutroll delvis redan har erfarit? Ju mer jag har läst, desto mer har jag noterat att skammen, föräldraskapet och genuspåverkan oftast beskrivs utifrån ett ovanifrånperspektiv i litteratur och forskning. Jag har saknat kvinnornas och mödrarnas röster.

Dessa faktorer sammanvägda: En enligt forskning och litteratur större samhällelig skam hos kvinnor; en distinktion mellan synen på mödrar och fäder med alkoholproblem samt egen erfarenhet som terapeut av möten med kvinnor med alkoholproblem, gjorde att mina funderingar mynnade ut i tankar om kvinnornas egna upplevelser av samtalsbehandling. Jag ville att deras röster skulle bli hörda.

Naturligtvis är även en kvalitativ studie med intervjuer subjektiv i viss mån (se kapitel 5, *Metod*). Skillnaden mellan mina erfarenheter och studien är dock att respondenterna i studien inte har haft mig som terapeut. De har gått hos fyra olika terapeuter, på olika mottagningar.

Icke desto mindre bekräftas upplevelsen av skam av samtliga respondenter. Skillnaden mellan hur samhället ser på kvinnor och män med alkoholproblem likaså.

Av den anledningen görs en historisk genomgång av kvinnor och alkohol med koppling till genus och skam i kapitel 2.1. Skammen har genom tiderna varit kopplad till den kvinnliga sexualiteten, varför även den får en betydande plats i historiebeskrivningen.

Hirdman skriver i *Genus - om det stabilas föränderliga former* om det stereotypa tänkandet kring könen och om hur mannen är norm. Kvinnan definieras såväl historiskt som i nutid ofta utifrån mannen (2008, ss 44, 59f).

1.1.1 Barnperspektiv som del av problemformuleringen

I all verksamhet som berör barn är professionella skyldiga att väga in barnperspektivet. Det gäller inte bara socialtjänst utan också till exempel hälso- och sjukvård (Rikshandboken för Barnhälsovård 2017; Cederborg 2014). Barnperspektivet utgår från FN:s barnkonvention från 1989 och innebär i korthet att barns lika rättigheter ska beaktas, att föräldrar/familj och samhälle har ansvar för detta men också att barn ska skyddas från till exempel vanvård, övergrepp och utnyttjande. De länder som ratificerat konventionen, vilket Sverige gjorde 1990, förbinder sig att följa den (Barnombudsmannen 2018). Beslut om huruvida barnkonventionen ska bli svensk lag fattas efter riksdagens debatt i frågan i juni 2018. Lagen beräknas i så fall träda i kraft 2020 (Allmänna Barnhuset 2018).

Att barn ska få stöd vid förälders beroende och missbruk regleras bland annat av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2017 ss 13, 17f) där det hänvisas till vägledningarna *Barn och unga i familjer med missbruk* (2009) samt *Föräldraskap och missbruk - Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården* (2012). I den sistnämnda står bland annat att barns situation ska uppmärksammas och att deras behov av hjälp och stöd måste tillgodoses i ”alla situationer där professionella möter personer med missbruk och beroende som är föräldrar eller lever med barn” (Socialstyrelsen 2012, s 7). Vidare skriver Socialstyrelsen att barn kan bjudas in i samtal men också att

stöd och hjälp till barn och unga kan ges via stöd till föräldrarna. Att ge en förälder med missbruksproblem stöd i föräldrarollen är en viktig del i detta. Det kan också behövas stöd direkt till barnet – och ibland skydd. Stöd kan behövas även om barnet eller den unga inte bor hos eller har umgänge med den förälder som har missbruksproblem (ibid. s 8).

Det innebär att jag inte bara har ställt frågor om hur kvinnorna upplevt samtalen utifrån sitt föräldraskap, utan också om hur barnens situation berörts i samtalen.

I det här fallet handlar det inte om att det måste finnas berusning med barnen närvarande – en mental frånvaro handlar också om att en till exempel är upptagen av suget efter att ta de där glasen när barnen gått och lagt sig; att en saknar förmåga att i dessa lägen tona in barnens känslomässiga behov.

1.2 Syfte

Det övergripande syftet med studien är att undersöka hur mödrar med alkoholproblem upplever samtalsbehandling. Jag avser också att undersöka om det finns gemensamma teman i de intervjuades upplevelser. Om så är fallet, avser uppsatsen att med utgångspunkt i dessa teman, kopplade till teori och tidigare forskning, undersöka om temana kan vara av generell relevans för samtalsbehandling av mödrar med alkoholproblem.

1.3 Frågeställningar

1. Vad var viktigt i samtalsbehandlingen?
2. Hur har föräldrarollen berörts under samtalen?
3. Hur upplever respondenterna omgivningens bild av mödrar med alkoholproblem?

1.4 Avgränsningar

Studien syftar till undersökning av upplevelsen av samtalsbehandling för fyra mödrar med alkoholproblem och en samtidig social förankring. Det innebär att mödrar med andra problem/beroende än alkohol ej omfattas av studien. Detsamma gäller problem på nivån att samtalsbehandling ej är det primära behovet (t ex pga. bostadslöshet, gravt missbruk, samtidigt narkotikamissbruk).

Respondenterna är fyra personer som är kvinnor såväl i biologiskt avseende som egen definition. Samtliga har minderåriga barn i hemmet, eller har haft det under tiden de fick samtalsbehandling för alkoholproblemen. Intervjuerna har skett antingen under pågående eller avslutad samtalsbehandling och respondenter har sökts via sociala medier och terapeuter på samtalsmottagningar i Stockholm och Västsverige.

De personer som intervjuats har i stort samma etniska bakgrund. Samtliga respondenter är förvärvsarbetande och merparten har akademisk vidareutbildning. De har olika bakgrund vad gäller ursprungsfamiljerna socioekonomiskt. En del av dem har partner, andra är ensamstående. Gemensamt för alla fyra är att den senast avslutade, eller pågående, samtalsbehandlingen har skett hos socionomer som har grundläggande psykoterapiutbildning eller är legitimerade psykoterapeuter.

I studien har inte efterforskats hur kvinnornas alkoholbruk ser ut vid tiden för intervjun, då temat är deras upplevelse av samtalen, inte vad samtalen resulterade i med fokus på alkoholen.

1.5 Relevans för socialt arbete

Uppsatsen och studien har stor relevans för socialt arbete, inte minst utifrån Diskrimineringslagen (2014), då likabehandlingen som regleras i lagen innebär att varje person har rätt till [i det här fallet] behandling utifrån sina individuella förutsättningar, önsknings och behov.

För att vi som terapeuter/samtalsbehandlare ska kunna ge behandling på adekvat sätt med likabehandling som ram måste vi vara medvetna om strukturer på alla nivåer, från samhällets genuskonstruktioner till de intrapsykiska strukturerna hos varje individ och samspelet oss emellan.

Om studien visar på gemensamma teman i upplevelsen av samtalsbehandling hos respondenterna, kan dessa teman användas både inför kommande behandlingar, för ökad medvetenhet om huruvida en som terapeut ”gör kön” och på vilket sätt, samt som möjligt underlag för kommande forskning på området.

Området har därmed inte bara relevans för socialt arbete och psykoterapeutisk verksamhet utan för alla människovårdande yrken och samhället i stort.

Om vi ska bli medvetna om vilka stereotyper som reproduceras samhälleligt och hur det påverkar strukturer som över- och underordning behöver vi börja med att titta på våra egna normer och värderingar. Det gäller professionellt såväl som privat.

I kapitel 7 utvecklas detta vidare.

Vem blir jag i terapirummet?

2. Bakgrund

I mitt arbete på en samtalsmottagning för personer som på något sätt är berörda av alkoholproblem möter jag såväl enskilda, par som familjer. Mottagningen är kommunal och har som uppdrag att möta personer med en tämligen ordnad situation i övrigt, de som brukar kallas ”socialt stabila personer med samtidig problematisk alkoholkonsumtion” (Berglund 2009, s 5). Med det avses personer som har en social förankring i samhället; dvs att de generellt är en del av den arbetsföra befolkningen, har ordnat boende och ett liv som fungerar i många avseenden, utom vad gäller alkoholen. En del personer har ett riskbruk, andra ett beroende. De flesta har sysselsättning och boende, familj och vänner som de flesta andra.

Parallellt med att jag har tagit del av forskning, rapporter och artiklar som rör mäns alkoholproblem och barns berättelser om att växa upp med föräldrar som har beroendeproblem har min nyfikenhet på kvinnornas upplevelser av samtal ökat. Mitt intresse har också riktats mot inte bara kvinnors, utan mödrars, upplevelser. De beror delvis på ett eget intresse för genusfrågor och familjeterapi men också på att kvinnor med alkoholproblem enligt mig oftast beskrivs i relation till [normen] män i litteratur och forskning. Dessutom återkommer berättelser om skam och bemötande i mitt dagliga arbete.

2.1 Kvinnor, rusmedel och psykoterapi i historisk kontext

Även i studiens samtliga intervjuer var skam en stor del. Respondenterna benämnde i flera fall bilden av hur en kvinna borde vara, och skammen som uppstod när bilden inte var överensstämmande med en själv.

För att förstå den samhälleliga, och av många internaliserade, synen på kvinnor och alkohol (se Laanemets, Bernhardsson och Trulsson i kapitel 4) görs på kommande sidor en historisk tillbakablick som avslutas i vår tid. Den omfattar såväl kvinnans genus som synen på kvinnan och kvinnlig sexualitet i alkohol- och rusemanhang. Psykoterapiens historia är kort i jämförelse med den övriga, varför den enbart nämns i slutet av kapitlet.

I detta sammanhang bör nämnas att uppsatsens kontext, vad gäller såväl forskning som teori runt kvinnor och alkohol, är västvärldens. Det gäller även den historiska beskrivningen. För utförligare resonemang kring detta, se kapitel 5.2, *Författarens förförståelse*.

Kapitlet *Med Lilith mitt ibland oss* låter myten om Lilith vara den röda tråden från Gilgamesheposet till 2018. I kapitlet påvisas hur dagens syn på kvinnan som vägrar underordna sig mannen, och dessutom agerar på sätt som är förenat med normer förbehållna manligheten, fortfarande är relaterad till den ursprungliga bilden av kvinnligt genus. Kontexten, inte minst utifrån skammen, är levande även i dag.

Kapitel 2.1.1 hänger nära ihop med avsnitten om skuld och skam samt missbrukspsykologi under *Teoretiska utgångspunkter*. Det skiljer sig från övriga kapitel i uppsatsen genom att historiska fakta kopplas till myt. För att underlätta för läsaren att kunna se när så sker, är dessa delar av kapitlet kursiverade.

2.1.1 Med Lilith mitt ibland oss

Enligt Howe Gaines omnämns Lilith första gången i Gilgamesheposet (ca 2000 - 1200 f Kr) men finns också med i gammal egyptisk, grekisk och israelitisk kultur. Mest känd är hon från medeltidens Kabbalah, den judiska mystiken (2001).

Så vad har Lilith att göra med synen på kvinnor och rusmedel? Howe Gaines menar att den 4000 år gamla myten fortfarande är närvarande, som urbilden av kvinnan i förändring. På så vis fortlever hennes särdrag genom historien och påverkar bilden av kvinnans socialt konstruerade genus än i dag.

Som symbol för kvinnlig autonomi, sexualitet och lust har myten om Lilith, om än i annan skepnad, levt vidare genom historien: en kvinna med fri sexualitet är en oren kvinna. En berusad kvinna har en sexualitet som beskrivs i negativa ordalag (Hensing 2012; Castelow 2014; Wiklund & Damberg 2015).

Enligt Kabbalah var Lilith Adams första hustru och hade formats av lera precis som Adam. Liksom Adam hade hon försetts med fri vilja, vilket gjorde att hon vägrade lyda sin make då de argumenterade. Inte heller ville hon fysiskt underordna sig honom vid samlag. Hon fördrevs från paradiset och ersattes med Eva, som formades av Adams revben och därför inte hade någon fri vilja. Hon var ju en del av honom. Lilith blev istället en vacker demon, som var i maskopi med Satan och hemsökte och förförde unga män nattetid: "...the rabbis warns all men not to sleep alone in a house lest Lilith come and seduce them" (Samuel 2008; Book of Zohar u.å.).

100 år e Kr skrev Philus från Alexandria om skillnaden mellan män och kvinnor. Den kvinnliga underordningen omnämns även här.

ty det kvinnliga är ofärdigt och i underordning och tillhör den passiva kategorin snarare än den aktiva [...] Det rationella som tillhör själen och förståndet är maskulint, det irrationella, själens område, feminint. Själen tillhör ett överlägsnare släkte än känslan, liksom mannen gentemot kvinnan (Hirdman 2008 s 19).

Enligt Näsholm har kvinnor i olika kulturer genom de flesta historiska epoker haft stor kunskap om framställning av rusdrycker men privilegiet att berusa sig har alltid varit förbehållet mannen. Kvinnans roll var att ta hand om honom. Ogillandet var stort om en underprivilegerad person (läs: kvinna) använde sig av rusmedel (Näsholm 1997 s 33f).

I den äldre grekiska och romerska antiken rådde alkoholförbud för kvinnor. En berusad kvinna beskrevs som vämjelig. Under den yngre antiken tilläts kvinnor dricka svagare alkoholhaltiga drycker. Samtidigt beskrevs ett moraliskt förfall bland kvinnorna. Beskrivningarna av det kvinnliga ruset är negativt och med tydliga sexuella undertoner: "En berusad kvinna skildras i antikens konst och litteratur som vämjelig, lösaktig, passiv, obehärskad och svår att kontrollera [...] En kvinna som berusar sig är otänkbar för äktenskap men fullt möjlig att förlusta sig med" (ibid., s 36).

Kvinnan ska kontrolleras, i annat fall hänfaller hon åt sexuell osedlighet, precis som mytens Lilith.

Under nordisk medeltid såg det möjligen något mer jämställt ut. I den första kristna lagen, Gulatings lag, uppmanades män och kvinnor att berusa sig tillsammans minst två gånger. Berusningen syftade till att blidka gudarna men också att säkra släktens fortlevnad (ibid., s 37).

I 1700-talets England fick kvinnor för första gången dricka tillsammans med männen. Detta beskrevs som något som, till skillnad från männens föräldraskap, påverkade barnen negativt. De kvinnor som var mödrar och drack alkohol var inte ärbara kvinnor. Tvärtom. Gin var de fattigas dryck och mycket dracks av kvinnor. Barn försumrades och döttrar såldes till prostitution, fruar pantsattes (Castelow 2014). Parallellt skedde en ökning av dödstalen och minskning av födelsetalen.

Genom hela historien har synen på kvinnor som rusmedels- eller alkoholkonsumenter ständigt påverkats av tankar om kvinnans underordning och kontrollen av den kvinnliga sexualiteten; oavsett om det var under antiken, 1700-talets England eller senare. En kvinna som avstod från alkohol vid 1900-talets början beskrevs som ”ren, ärbar och feminin” (Hensing 2012 s 222). De kvinnor som utmanade rådande normer och drack alkohol, dessutom i offentligheten, beskrevs i negativa termer. De var okvinnliga (ibid.) Ungefär samtidigt hade män inom läkarkåren teorier om olikheter i manlig och kvinnlig heterosexualitet; där män hade en starkare sexualdrift medan kvinnor i princip saknade en sådan (Dahlén 2006 s 67).

Åter ekar myten om Lilith, den första kvinnan som såg sig som jämlik mannen och inte lät sig kontrolleras varken sexuellt eller på annat sätt.

I slutet av 1800-talet påbörjade Sigmund Freud sin behandling av kvinnor som var drabbade av hysteri. Hysterin gav symptom i form av ångest, dissociation, förlamning, känselbortfall, blindhet och överdrivna reaktioner. Freuds initiala behandling var hypnos men då han ej ansåg den tillräckligt verksam mot åkomman utvecklade han runt sekelskiftet grunden till psykoanalysen som byggde på patienternas fria associationer. I Freuds teorier hade sexualiteten stor plats och kvinnorna var även här underordnade mannen (Psykologiguiden 2018).

1917 infördes ett regelverk kring spritförsäljning i Sverige, Brattsystemet och den s.k. motboken. Systemet var i bruk till senare delen av 1955. Ivan Bratt, läkare och upphovsperson, menade att personer hade olika förmåga att hantera alkohol, varför tilldelningen skulle vara individualiserad. De avgörande faktorerna var kön och klass:

Mest att dricka fick överklassens män. Arbetslösa män och ”lösdrivare” fick som regel ingen motbok utan var hänvisade till att dricka på krogen...[där] människans ranson var den dubbla mot kvinnornas, 15 centiliter starksprit mot 7,5 centiliter vid ett besök. [...] Ensamstående självförsörjande kvinnor kunde få en motbok, men med en avsevärt lägre tilldelning än män – 1 liter starksprit i kvartalet mot människans 3-4 liter i månaden (Wiklund & Damberg 2015 s 10-11).

Gifta kvinnor fick ingen motbok. Precis som kvinnan skulle hjälpa mannen att kontrollera sina sexuella lustar, fanns samma tankar som under antiken: kvinnan skulle hjälpa mannen att inte dricka för mycket. Även radikala kvinnorrättsorganisationer ansåg att människans alkoholproblem var värre än ojämställdheten i motboksförfarandet (inte minst då organisationerna parallellt stred för andra frågor som sågs som viktigare. När motbokssystemet till slut avskaffades, var män mer positiva än kvinnor. Synen på kvinnor som de som skulle dricka mindre kvarstod och det varnades för att alkohol kunde få unga och skötsamma flickor att tappa omdömet (ibid., s13f). Vad det tappade omdömet kunde förleda flickorna att göra, var tydligt.

Historikern Lennart Johansson citeras i Wiklund & Damberg om att det även på 60-talet fanns en nära koppling mellan onykterhet bland kvinnor och sexualmoraliskt förfall, även prostitution: ”Att stå och dricka i baren sågs allmänt som ett depraverat beteende. Inte minst för kvinnor var det uppenbart att stå och smutta på en drink i baren var ett tydligt tecken på att

bjuda ut sig till sexuella tjänster. Kopplingen alkohol, moral och sexualitet blir här mycket tydlig” (ibid., s 22).

Så blir åter kopplingen till myten om Lilith.

Fram till 1960-talet definierades familjen utifrån samhället och vilken funktion den hade där. Familjen skulle främja kollektivet, vilket också innebar att kvinnans roll och funktion definierades av samhället. På 1950-talet kom p-pillret och 1965 kriminaliserades våldtäkt inom äktenskapet i Sverige vilket gav kvinnan en starkare ställning som jämställd med mannen. Kvinnan ägde rätten till sin kropp, sin försörjning och sin barnomsorg genom samhällets försorg. Andelen kvinnor som förvärvsarbetade ökade. Där mannen i kärnfamiljen tidigare varit ensam familjeförsörjare medan kvinnan tog hand om hem och barn förändrades könsrollerna (RFSU 2010; Bäck-Wiklund 2012, s 28; Hirdman 2008, s 28f).

Enligt Wiklund och Damberg (2015) talades det fortfarande inte om kvinnors alkoholbruk i slutet av 1950-talet och början av 1960-talet. Det medförde större hälsorisker för kvinnor, då kvinnligt alkoholberoende sågs som nyupptäckt och drickandet skulle tystas ner (s 59). Att som kvinna dricka på krog sågs inte heller med blida ögon från samhällets sida; det var mannens domän och de kvinnor som tog sig den friheten kunde tas för prostituerade. (ibid., s 70).

Så svävar Liliths ande alltjämt över kvinnans sexualitet, inte minst om hon dricker alkohol.

Med den ökade jämställdheten som tog sin början under 1960-talet och blommade ut än mer under 1970-talet förändrades såväl synen på sexualitet som alkohol. 1955 hade obligatorisk sexualundervisning införts i skolan, något som fick utländska journalister att skriva om ogifta mödrar som en vederstyggelse (Sveriges Radio 2014). Åter sågs den kvinnliga sexualiteten som ett hot. Två år senare lanserade systembolaget “Operation vin” för att få svenskarna att dricka mer vin än starksprit (ibid.) Sveriges Radio citerar Eva Lenneman på Spritmuseum, som säger att

Det kom också att bli en grej som tidningarna utomlands skrev om. Man skrev om det syndiga levernet, att man inte brydde sig om det, allt med sexet men också att alkoholen klarade man inte heller av att hantera. Det supps jättemycket. Båda de här grejerna, att man levde omoraliskt och man drack mycket alkohol, kopplade man ihop med välfärdsstaten. Det gjorde människor olyckliga, och då måste de trösta sig med något och då var det just sex och sprit (ibid.)

I slutet av 1960-talet startade Göteborgs första samtalsmottagning för personer med alkoholproblem, Rådgivningsbyrån i alkoholfrågan (Respons, 2018).

Under 1970-talets feministiska rörelser kritiserades psykoanalysen och Freuds syn på kvinnan. Freudianismen sågs som en yttring för manschauvinism och som en av de starkaste kontraproduktiva krafterna mot kvinnlig frigörelse (Gilman 1971, s 10).

Fram till nutid har kvinnors alkoholkonsumtion fortsatt öka snabbare än vad männens gjort. I relation till den historiska kontexten är det inte märkligt; då kvinnans konsumtion varit låg parallellt med att männen alltid har druckit. Under slutet av 1990-talet och i början av 2000-talet ökade alkoholkonsumtionen i Sverige bland såväl kvinnor som män. I dag är det en större andel kvinnor som dricker alkohol och dessutom dricker äldre kvinnor mer än tidigare. Könsskillnader i konsumtionsmönster finns dock i alla åldrar - män dricker fortfarande mer och de dricker mer öl och starksprit. Enligt Hensing hänger detta också samman med genus,

såväl vad gäller konstruktion som genuskodning (ibid., s 218-219). Det illustreras i en studie från 2005 där såväl män som kvinnor beskriver hur deras sätt att hantera alkohol är sammanlänkade med föreställningar om kvinnor och män och vad som är kvinnligt och manligt (ibid., s 217).

Hensing menar också att det i dag finns en syn på kvinnors drickande som en ny sorts femininitet; de är självständiga och oberoende. Parallellt finns det, enligt Hensing, också en syn på att just detta ses som ett inträde på traditionellt manliga arenor; "en okontrollerad och överdriven konsumtion av maskulina beteenden (som underförstått uppfattas passa män men inte kvinnor)" (ibid., s 223).

I dag finns samtalsmottagningar för alkoholproblem på många svenska orter. En del av dem ligger under sjukvården, andra under socialtjänsten. Det finns också privata psykoterapeuter som arbetar med beroendeproblematik.

Undantaget ungdomar och unga vuxna dricker i dag kvinnor knappt hälften av vad män gör i Sverige. Högutbildade kvinnor dricker mer än lågutbildade. Omvänt gäller för män, där lågutbildade dricker mest. Precis som mannen enligt den genusteori som tas upp i kapitel 4 är norm, är även hans drickande normerande. Mäns drickande kopplas ihop med fritid, avkoppling och umgänge och problematiseras sällan utifrån deras roll som föräldrar eller deras sexualitet. Det har kvinnors drickande upprepade gånger genom historien gjort (Wiklund och Damberg 2015, s 190-194).

The retellings of the myth of Lilith reflect each generation's views of the feminine role. As we grow and change with the millennia, Lilith survives because she is the archetype for the changing role of woman (Howe Gaines 2001).

Och Lilith såg sig som jämlik och vägrade underordna sig. För det fördrevs hon och blev en nattens demon, med en sexualitet som hotade mannen. Så tog hon historiens kvinnor i hand och vandrade tillsammans med dem; från tidernas begynnelse fram till nutid.

2.2 Centrala begrepp och definitioner

I uppsatsen används ett flertal termer som definieras nedan för att underlätta för läsaren.

2.2.1 AUDIT - för att definiera riskbruk, beroende och missbruk

Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) är ett frågeformulär för identifiering av skadlig och riskfylld alkoholkonsumtion. Det är uppdelat i frågor på tre områden: konsumtion, beroende och alkoholrelaterade skador. Maxpoäng är 40 för den som skattar maxnivå på samtliga 10 frågor.

Formuläret utarbetades ursprungligen av World Health Organisation (WHO), och har funnits på svenska sedan 1994. Det används främst av hälso- och sjukvård samt socialtjänst (Socialstyrelsen 2018). För kvinnor gäller följande: Ej riskabla alkoholvanor 0-6 poäng, riskabla alkoholvanor men ej nödvändigtvis beroende/missbruk 7-13 poäng, problematiska alkoholvanor 14-17 poäng, mycket problematiska alkoholvanor 18 poäng och över.

2.2.2 Riskbruk

Långt fler personer har ett riskbruk än ett missbruk. Riskbruk innebär att alkoholkonsumtionen innebär en risk för alkoholrelaterade skador. Det kan jämföras med en skattning av 7-13 poäng på AUDIT för kvinnor. Ett av Folkhälsomyndighetens (tidigare Folkhälsoinstitutet) övergripande mål är att i ett tidigt stadium fånga upp personer som har riskbruk av alkohol. Statistik från Folkhälsomyndigheten visar att år 2016 bland invånare i åldrarna 18-64 hade män ett större (20 procent) riskbruk än kvinnor (13 procent). Statistiken, som baseras på just AUDIT, visar också att fler yngre än äldre har ett riskbruk (2017). Alla som har ett riskbruk har inte alkoholproblem, men en del har det. Alla som har ett riskbruk kommer inte att utveckla ett beroende eller missbruk, men en del gör det.

2.2.3 Beroende och missbruk

Personer med 14 poäng och uppåt på AUDIT anses ha ett problematiskt alkoholbruk där specialistvård rekommenderas, enligt riktlinjerna. Från 18 poäng bedöms en alkoholrelaterad diagnos föreligga och specialistvård rekommenderas fortsatt (socialstyrelsen.se).

Som specialistvård räknas såväl behandling inom sjukvård som socialtjänst av mottagningar som omfattar målgruppen; dvs såväl medicinsk som psykosocial behandling. En del personer får både och, till exempel medicinering med Antabus för att avhålla sig från alkohol, parallellt med att de går i samtal. Så gäller även för en del av respondenterna i uppsatsen.

2.2.4 Att ha alkoholproblem kontra att vara alkoholist

Jag använder inte ordet alkoholist. Anledningarna till det är flera. Den huvudsakliga är att alkoholism oftast används inom tolvstegsprogrammen¹ och blir mer av en personbeskrivning: Någon ”är alkoholist”. Alkoholisten blir internaliserad, personens identitet.

¹ Tolvstegsprogrammen är en strukturerad behandlingsform som ser i princip likadan ut världen över. Ett av de kändaste är Minnesotamodellen. Programmen använder sig av Anonyma Alkoholisters (AA) tolv steg och är

Vad vi väljer för ord är av vikt. ”...man klargör att en person i själva verket är många personer. Han eller hon blir en person i en omständighet, en annan person i en annan omständighet” skriver Tom Andersen, en av förgrundsgestalterna inom den språkssystemiska teorin. (Andersen 2007, s 61).

Så är även mitt förhållningssätt. Människor har olika egenskaper och blir till i stunden i olika sammanhang; våra berättelser om oss själva är inte desamma i olika kontexter. Mänsklig identitet är så mycket mer än epitet av olika slag. Av det följer att jag inte kan uttrycka att en person *är* alkoholist. Det är reducerande. Hen kan vara en mängd andra saker – förälder, arbetande, älskande, vetgirig, konstnärlig, pragmatisk, beläst, omättlig, nöjd – och *ha* ett alkoholproblem. Det kan tyckas vara en i första hand semantisk konstruktion. Må så vara, men ord kan också vara en del av ett problemskapande. Att inte använda ordet alkoholist om personer handlar för mig om att den jag möter ska få vara alla delar av sig själv. Av den anledningen används att ha *alkoholproblem*, vara *alkoholberoende* eller ha ett *alkoholmissbruk* genomgående i uppsatsen. I de fall respondenterna själva använder ordet alkoholist eller missbrukare skrivs det också i uppsatsen.

Sjukvården använder oftare termen alkoholberoende i dag (Franck & Nylander 2015).

För vidare diskussion om språkets problemskapande, se kapitel *Skuld och skam ur sociologiskt perspektiv* samt *Familjeterapeutiska teorier*.

2.2.5 Kön och genus

Det görs ofta en distinktion mellan biologiskt kön och socialt konstruerat genus. På detta sätt används också begreppen kön och genus i uppsatsen. I några fall står även socialt konstruerat kön; då att jämställa med genus.

Jag har valt en binär uppdelning i män och kvinnor, även om jag är medveten om att det finns fler kön och genus än två. I det här fallet handlar det om huvudfrågan i uppsatsen och att de personer jag har intervjuat definierar sig som kvinnor.

2.2.6 Samtalsbehandling och psykoterapi

Det som kallas psykoterapi är definierat som sjukvårdande behandling (SFS 1998:531) och ges generellt bara inom sjukvården samt av privata psykoterapeuter. Det motsäger dock inte att personer knutna till socialtjänstens specialistvård för beroende och missbruk ofta har psykoterapeutisk vidareutbildning och/eller är legitimerade psykoterapeuter och utför samtalsbehandling som är att jämställa med psykoterapi men kallas just samtalsbehandling, samtal av terapeutisk karaktär etc.

För respondenterna har jag önskat att de ska ha gått i terapeutiska samtal under en sammanhängande tid om minst tre månader eller med en frekvens som gör att de haft minst tio samtal.

förberedande för självhjälpgrupper som AA eller NA (Anonyma Narkomaner). Deltagarna presenterar sig som alkoholister och programmen ser beroendet som en sjukdom som kräver livslång nykterhet för att botas. Tolvstegsprogrammet har en andlig koppling och det talas om en ”högre makt” men deltagarna måste inte ha någon gudstro och den högre makten behöver heller inte vara en gudomlig sådan (Socialstyrelsen 2017 s 37ff; internmaterial Respons).

I uppsatsen har jag valt att använda orden samtalsbehandling och terapi samt de ord respondenterna själva använder. Vad gäller utförarna används orden psykoterapeut och terapeut såväl som behandlare i uppsatsen. I en del fall använder respondenterna ordet psykolog om sin samtalsbehandlare/terapeut. Respondenterna citeras ordagrant, även om titeln inte stämmer.

3. Tidigare forskning

Generellt kan sägas att det finns två sorters inriktningar på forskning som rör alkoholproblem och beroendeproblematik; den medicinska, där beroendet ses ur ett mer medikaliserat perspektiv (och där alkoholberoende omnämns som sjukdom) och den sociologiska/psykosociala. Den senare forskningen är den med störst relevans för mitt område då upplevelser av samtalsbehandling företrädesvis undersöks där.

Vid sökningar i Google Scholar, Kvinnsam, universitetsbibliotekets Supersök och personlig kontakt med forskare har jag ej funnit forskning på just studiens tema. Av denna anledning har jag tittat på forskning närliggande ämnet.

Uppdelningen i olika forskningsområden har gjorts för att underlätta för läsaren. I slutet av kapitlet följer en kort sammanfattning av forskningen, då också kopplad till studiens tema ytterligare.

3.1 Kvinnor och alkoholproblem

3.1.1 WAG – Women and alcohol in Gothenburg

Sedan 1986 pågår forskningsprojektet *Women and Alcohol in Gothenburg* (WAG) i samarbete mellan Göteborgs universitet och Enheten för socialmedicin och Epidemiologi på Sahlgrenska universitetssjukhuset. 7711 kvinnor har besvarat pappersenkäter och 3241 individuella intervjuer har genomförts. WAG är en av få longitudinella studier i sitt slag. Den startade eftersom forskning om kvinnors alkoholvanor till stor del saknades. Forskningen på området var gjort på män. I studien talas om alkohol som en genusfråga, där kvinnors drickande historiskt alltid ifrågasatts i större grad än mäns och där en mamma inte setts som ansvarstagande om hon dricker alkohol (2016).

I Jubileumsskriften för WAG-projektet 30 år (2016, s 7ff) står att ”Syftet med WAG var (och är fortfarande) att undersöka alkoholvanor hos alla kvinnor, inte bara hos kvinnor med problem. Genom att undersöka allas alkoholvanor kan man bättre förstå vad som kan leda till problem. Därmed kan man också bli bättre på förebyggande åtgärder [...] Vi kan också bedöma om den kvinna vi träffar och intervjuar har psykiska problem. Vi vet nämligen att kvinnor med alkoholproblem ofta har psykiska besvär också. Många behandlar sin ångest eller oro med alkohol.”

Studien visar hittills också på att kvinnors alkoholkonsumtion ökar, vilket tolkas som en del av en ökad samhällslig jämställdhet (se kapitel 4.3.1). Den visar också att kvinnor med somatiska sjukdomar i högre grad har en riskkonsumtion eller ett beroende av alkohol och att uppväxten med risk- och skyddsfaktorer har betydelse för hur alkoholkonsumtionen ser ut i vuxen ålder. Studien tittar även på kopplingen psykisk och sexuell hälsa kopplad till riskkonsumtion och beroende och ser att de flesta kvinnor som har dessa problem även lider av depression. I WAG konstateras även att de flesta kvinnor som har alkoholproblem inte har sökt hjälp för dessa (ibid.).

3.1.2 Alcohol Use and Mental Health In Middle-aged Women

Under åren 1995–2000 svarade 6917 kvinnor i åldrarna 50–59 år i Lund och närliggande områden på intervjufrågor om bl. a sina alkoholvanor. Respondenterna fick även genomgå en fysisk läkarundersökning och resultatet sammanfattas av Jenny Rundberg (2007) i avhandlingen *Alcohol Use and Mental Health in Middle-aged women*. Hon skriver att alkoholkonsumtionen ökat mer hos kvinnor än män under 1990-talet, framförallt bland kvinnor som är 50 år eller äldre. Hon konstaterar också att det parallellt skett en ökning av psykisk ohälsa och sjukskrivningar relaterad till denna. Dessa faktorer sammantagna gjorde att Rundberg valde att studera alkoholkonsumtionen hos medelålders kvinnor, deras psykiska hälsa och ev. psykofarmaka, kopplat till deras övriga livssituation och hälsa.

Rundberg finner att ungefär en av tio kvinnor dricker på ett potentiellt skadligt sätt samt att kvinnor med risk- eller överkonsumtion dricker större mängder vid samma tillfälle, s k binge-drinking (i avhandlingen översatt med intensivdrickande, i översättning via Karolinska Institutet benämnt som hetsdrickande). Vad gäller kvinnorna med mindre, eller lägre, alkoholkonsumtion skriver Rundberg att hon inte funnit stora skillnader i psykisk hälsa mellan dem och de kvinnor som hade en överkonsumtion men att det var fler kvinnor med överkonsumtion som drack för att minska spänningar. Dessa kvinnor hade i större grad psykisk ohälsa och bör enligt Rundberg identifieras i vården då de kan behöva hjälp med såväl alkoholvanor som psykiska besvär (2017, s 50f).

Avhandlingen skiljer sig delvis från WAG (se kapitel 3.1.1) då Rundberg säger att den subjektiva ohälsan hos kvinnorna var högre men att det inte fanns stora skillnader i fysisk hälsa mellan de olika grupperna i undersökningen. Hon betonar samtidigt att kliniska psykiska symptom hänger samman med såväl fysiska symptom som livssituation samt att medicinskt vårdbehov och psykosociala insatser behöver övervägas vid kontakt med kvinnorna med psykiska besvär.

3.2 Mödrar med alkoholproblem

3.2.1 Kvinnor och missbruk

Karin Trulsson skriver i antologin *Könsperspektiv på missbruk* (2002) om sin studie *Det är i alla fall mitt barn* (1998) där mödrar med alkohol- och narkotikaproblem som lever åtskilda från sina barn berättar om vardagsliv och relationen till barnen. Hon jämför med annan forskning och skriver att föräldraskap och barn har en mer framträdande roll i kvinnors berättelser, jämfört med mäns, samtidigt som ”kvinnorna inkompetensförklaras genom att de betraktas och behandlas som missbrukare” (s 79) och att de traditionella samhälleliga idealbilderna av män och kvinnor påverkar skillnaderna som görs mellan könen. Trulsson skriver att en rad studier också visar att en drivkraft för att sluta missbruka hos kvinnor är moderskapet. Parallellt med detta finns också aspekten att moderskapet gör det svårare att söka hjälp vid tyngre missbruk på grund av rädsla för att barnen ska omhändertas (ss 84, 86).

3.2.2 Hemmafru eller arbetstagare – skillnader i alkoholkonsumtion kopplat till sociala faktorer

Sandra Kuntsche et al (2011) studie med ovanstående namn, omfattande 12 454 mödrar i åldrarna 25–49 i 16 länder, undersökte hur alkoholkonsumtion korrelerar med arbete, lön och livsförhållanden. I studien kom forskarna fram till att förvärvsarbetande mödrar som hade en partner hade en högre alkoholkonsumtion än mödrar som var valt att inte arbeta - i studien kallade hemmafruar - och hade en partner. I studien framgår också att förvärvsarbetande mödrar som levde med partner i länder med rättvisare lön oavsett kön hade en lägre alkoholkonsumtion än mödrar som levde med partner i länder med en ojämligare lönesättning. Slutsatsen hos författarna är att alkoholkonsumtion hos mödrar blir lägre i länder där kvinnors sociala status är högre. De skriver också att länder bör tillse att moderskap och förvärvsarbete blir kompatibla faktorer då det möjligen skulle kunna minska kvinnors alkoholkonsumtion.

3.2.3 Normalitetens gränser: pinsamma pappor och osynliga mammor

Josefin Bernhardsson skriver i avhandlingen *Normalitetens gränser* (2014) bland annat om hur berusade mödrar uppfattas av sina barn. Liksom WAG och Rundberg (se 3.1.1; 3.1.2) nämner hon 1990-talets förändrade alkoholkonsumtionsmönster som en markör. Bernhardsson skriver om hur tonåringarnas berättelser handlar om fäderna medan det finns få konkreta berättelser om mödrarnas alkoholkonsumtion.

Kvinnor framställs överhuvudtaget inte som aktiva aktörer. Relationen mellan mammornas osynlighet och pappornas lustiga eller pinsamma beteende, säger något om hur femininitet och maskulinitet konstrueras i relation till alkohol i en barndomskontext. Framförallt indikerar den att både den tillåtna och den otillåtna berusningen är förbehållen män (s 108–109).

Bernhardsson kopplar mödrarnas ”osynlighet” till tabun sammanlänkade med föreställningar om moderskapsideal, (se även kapitel 4, *Teoretiska ramar*) där kvinnans ”respektabilitet konstruerats utifrån nykterhet, kontroll och ansvarskännande, samt omhändertagande i relation till både barn och berusade män, medan drickande kvinnor sammankopplats med promiskuitet och bristande moral” (s 109). De få berättelser Bernhardsson möter i fokusgrupperna om berusade mödrar beskriver hon som undantag. Hon konstaterar att de medverkande tonårstjejerna är hårdare i sin beskrivning av berusade mödrar än av dito fäder, och att ord som ”äcklig” och ”dålig” används om mödrarna men inte om fäderna. Bernhardsson skriver om detta dels utifrån en möjlig rädsla för identifikation med mödrarna men också om den rådande moderskapsnormen.

3.3 Upplevelser av samtalsbehandling och psykoterapi

3.3.1 Skapande av femininitet – om kvinnor i missbrukarbehandling

Laanemets (2002) beskriver behandling avsedd för kvinnor med missbruk ur fyra perspektiv av vilka samtalsbehandling i programform vid en öppenvårdsmottagning är ett. ”En kvinnlig missbrukare förutsätts ha vissa egenskaper och könstypiska beteenden [...] Hon tvingas att såväl gestalta, som reflektera över och förhålla sig till frågor om kön och kvinnlighet” enligt Laanemets som också beskriver hur forskning förmedlar en bild av att kvinnors missbruksproblem är /ses som tyngre och att kvinnorna ofta har sämre självkänsla och

problem med sin självbild (s 13). Detta överensstämmer såväl med WAG (se 3.1.1) som med Iorgulescus forskning (se 3.4.2).

Öppenvårdsmottagningen bedrev samtalsbehandling enligt en systemteoretisk och lösningsfokuserad modell och de deltagande kvinnorna beskrev i huvudsak behandlingen i positiva ordalag. Laanemets berättar att kvinnorna beskrev att gynnsamma komponenter bland annat var att bli tagen på allvar, bli förstådd och att personkemin stämde med behandlaren. Just relationen till behandlaren och upplevelsen av att bli förstådd är en av de komponenter som beskrivs i forskningen om common factors (se 3.4, *Samtal som metod*). Kvinnorna som fått behandling via öppenvårdsenheten talade om sig själva utifrån varande kvinnor i de fall de relaterade till barn eller män. Moderskapet var av central betydelse i dessa resonemang. I övrigt reflekterade kvinnorna på öppenvårdsbehandlingen knappt över att de var kvinnor utifrån behandlingen. Laanemets slutsats är att skapandet av femininitet sker på ett inre plan och att det är skillnad på graden av missbruk och drog för hur viktig den egna kvinnligheten är, vilket medför att kvinnorna som tvångsvårdats i större utsträckning skapade en kvinnlighet byggd på yttre attribut under och efter behandlingstiden. Utseendet var dock inte det enda; ”att ta makten över sig själv och sin kropp handlade inte främst om yttre aktiviteter utan avsåg istället en känsla eller inre tillstånd av att [...] kroppen först och främst fanns till för dem själva.

I studien beskrivs också hur kvinnorna som var mödrar med minderåriga barn och hade alkoholproblem berättade att de använde alkoholen för att slappna av men också orka med. Samtliga nämnde sitt moderskap i Laanemets intervjuer och ”flera diskuterade det under behandlingen” (s 246)

Enligt de intervjuade kvinnorna fanns också skillnader jämfört med män i hur omvärld och samhälle såg på dem: ”...så gott som samtliga menade att de dömdes hårdare än den manliga missbrukaren. Många pratade också om skuld, skam...” (s 197-198).

3.4 Samtal som metod

3.4.1 Vikten av common factors i samtalsbehandling

Common factors (också: gemensamma faktorer, dock används den engelska termen även på svenska) är de gemensamma drag som finns i psykoterapi, oavsett inriktning eller terapeutisk skola. Forskning på metaanalysnivå har visat att psykoterapi ger bättre resultat än ingen behandling (ofta beskrivet som ”treatment as usual”) eller behandling med placebo. De common factors forskningen har visat upplevs hjälpsamma för klienten/patienten och som också ger ett bättre resultat, är bland annat tillit, kontakten mellan terapeut och klient, s k allians, förtroende samt att klienten upplever att hen har möjlighet att berätta för behandlaren om hur hen upplever samtalsbehandlingen, dvs ge feedback (Psykologiguiden 2018; Miller & Bargmann 2013).

Bruce Wampold är en av pionjärerna inom common factorforskningen och skriver om den kontextuella modellen för psykoterapi som består av tre delar som gör behandlingen hjälpsam:

1. relationen mellan behandlare och klient (där första intrycket är viktigt, då de huvudsakliga avbrotten i terapi sker efter första behandlingstillfället): ”The importance of human connection have been discussed for decades, whether is it called attachment, belongingness, social support [...] Psychotherapy provides the patient a human connection with an empathic and caring individual...”(2015)

2. Förväntningar på behandlingen, vilket gör att terapeut och klient behöver vara överens om mål och medel (läs: arbetssätt) samt att patienten har tillförsikt till att dessa ska leda till kontroll över problemen.
3. Specifika modeller och tekniker terapeuten använder sig av, såvida de upplevs hjälpsamma och klienten tror på dem. Det i sin tur gör också att de blir hjälpsamma.

För såväl punkt 2 och 3 är punkt 1, som också kallas allians, en förutsättning. Wampolds del i forskningen har också bidragit till utvecklingen av förhållningssättet Feedback Informed Treatment, FIT. FIT används i dag av terapeuter över hela världen för att mäta verksamhetsgrad på den givna behandlingen (Miller & Bargmann 2012).

Kritik mot forskningen om common factors har bland annat bestått i diskussioner om huruvida alliansen som uppstår beror på terapeuten (forskning har dock visat att just så är fallet) samt tvivel runt att ingen psykoterapiform är mer hjälpsam än någon annan så länge just dessa common factors i den kontextuella modellen finns. Wampold påpekar att även om betydelsen av common factors i psykoterapi har uppmärksamats i snart ett århundrade, ligger fokus i dag ofta på utveckling och spridning av olika psykoterapeutiska modeller eller program. Han tillägger: ”the evidence, however, strongly suggests that the common factors must be considered therapeutic and attention must be given to them, in terms of theory, research and practice” (2015).

3.4.2 Låg självkänsla och psykoterapi

I en rumänsk studie med 120 deltagare, av vilka 30 hade ett alkoholberoende och 30 ätstörningar, skriver Gabriela Iorgulescu (2010) om korrelationen mellan dessa problem och låg självkänsla. Kontrollgruppen på 60 ”problemfria” kvinnor hade en generellt högre skattad självkänsla än de övriga. Iorgulescu menar att självkänslan är en psykosocial faktor som måste tas i beaktande vid psykoterapeutisk behandling. Hon skriver om hur den sociala konstruktionen av binära kön snarare än den biologiska, påverkar:

Undertaking a psychosexual identity is tight related to self acceptance [...] Women with gender-role attributes feebly defined are much more probable to have a slender self acceptance thus making them more vulnerable to problems involving feeding and alcohol consumption (s 458–464).

Fynden i studien visar också att kvinnorna med låg självkänsla i större utsträckning isolerade sig och Iorgulescu konstaterar att en del i den psykoterapeutiska behandlingen för alkoholproblem/ätstörningar därför bör vara att arbeta för ett ökat socialt sammanhang (ibid.). Även om studien är gjord på rumänska kvinnor finns gemensamma nämnare med WAG där forskarna konstaterar att kvinnor med alkoholberoende generellt inte söker hjälp.

3.5 Övrigt

På kandidat- och magisternivå har ett par uppsatser om upplevelser av psykoterapi skrivits, bland annat *Transpersoners upplevelse av psykoterapi – Alliansskapande och brott i den psykoterapeutiska situationen* av Maya Kerosuo (Linköpings universitet 2016). Hur behandlare ser på kvinnor och beskrivs i kandidatuppsatsen *Genus i missbruk- och beroendevård* (Göteborgs universitet 2014) där Susanna Kaaling, Minela Mahmutovic och Marte Moen i en kvalitativ studie har undersökt hur personal på behandlingshem beskriver män och kvinnor.

3.6 Sammanfattning av tidigare forskning

Forskning på områdena kvinnor och mödrar med alkoholproblem, upplevelser av samtal och psykoterapi samt samtal som metod visar på flera gemensamma beröringspunkter, här kort sammanfattade utifrån studiens problemformulering och syfte.

Under 1990-talet förändrades alkoholmönstret för kvinnor och konsumtionen ökade (WAG 2016; Bernhardsson 2014; Rundberg 2007). Många kvinnor med alkoholproblem låter bli att söka hjälp för dessa, alternativt väntar längre [än män] med att söka (WAG 2016, Trulsson 1998, Iorgulescu 2010). Det finns en samhällelig syn på kvinnor och män där kvinnor med beroendeproblematik stigmatiseras mer än män, såväl utifrån biologiskt kön som genus och föräldraskap. Denna syn är till viss del internaliserad hos kvinnorna själva (Hensing 2012; WAG 2016; Laanemets 2002; Bernhardsson 2014; Trulsson 1998). Utifrån detta ställs frågor på området *Hur upplever respondenterna omgivningens bild av mödrar med alkoholproblem?* samt *Hur har föräldrarollen berörts under samtalen?* En förälder som får hjälp senare, innebär generellt också barn som får hjälp senare.

Kvinnor med alkoholproblem lider ofta av låg självkänsla och/eller psykisk ohälsa (Rundberg 2007; WAG 2016; Laanemets 2002; Iorgulescu 2010). Såväl forskning på samtalsbehandling samt upplevelsen hos kvinnor som gått i samtal beskriver common factors som en betydande del av behandlingen (Wampold 2015; Laanemets 2002). Utifrån detta ställs frågor på området *Vad var viktigt med samtalsbehandlingen?*

4. Teoretiska ramar

Skam har nämnts som tema i samtliga intervjuer. I kapitel 2.1, Kvinnor och rusmedel i historisk kontext, är skulden och skammen är ständigt närvarande. Det teoretiska kapitlet knyter an där kapitel 2.1 slutade och börjar därför med teorier runt skuld och skam. Därefter följer en basal genomgång av genusteori. Det teoretiska avsnittet fortsätter med missbrukspsykologi med fokus på kvinnligt genus men även ett kortare avsnitt om biologiska könsaspekter kopplade till beroende och missbruk.

Utifrån att studien handlar om upplevelsen av samtal följer tre avsnitt runt psykoterapi med familjeterapeutisk ansats. Jag inleder med familjeterapi/familjebehandling i systemisk och feministisk kontext. Därefter följer ett avsnitt om språkssystemisk teori där också s.k. feministisk språkaktivism ingår. Efter det kommer ett avsnitt om familjeorienterad rusbehandling som är mer av metod men bygger på psykoterapeutiska teorier.

Kapitlet avslutas med teorin bakom Feedback-informerad terapi (FIT), ett evidensbaserat förhållningssätt baserat på meta- och megastudier av forskningen kring vad som är hjälpsamt i terapi. Det bygger bland annat på Wampolds forskning om common factors.

Varje teori exemplifieras kort utifrån uppsatsens kontext, syfte och frågeställningar.

4.1 Skuld och skam

Det finns främst två teoriinriktningar vad gäller skuld och skam, de psykodynamiska och de sociologiska. Under detta delkapitel redogörs för båda.

4.1.1 Skam ur psykodynamiskt perspektiv

Enligt Beck-Friis (2005) ingår skuld och skam som komponenter i depression. De tillhör människans sekundära känslor, till skillnad från glädje, sorg, fruktan m fl. som är primära känslor, dvs uppstår ur individens eget inre. Skulden och skammen uppstår ur individens försvar mot sin omgivning (s 115).

Helen Block Lewis, engelsk psykoanalytiker, definierar och särskiljer skuld och skam på följande sätt: "Skulden är en form av inre straff, utdelat av överjaget, som drabbar oss när vi har gjort något fel. Skammen är en annan form av inre straff, också utdelat av överjaget, som drabbar oss när vi har skapat en självbild som inte bekräftas av andras bedömning" (Beck-Friis 2005, s 116f).

Förenklat kan alltså sägas att skulden skapas i relation till upplevelsen att en åsamkat andra något, medan skammen uppstår i relation till den egna internaliserade bilden av hur en idealt borde vara. Barn i tvåårsåldern kan känna skam medan känsla av skuld vanligen uppstår i åttaårsåldern. Skam är också en förutsättning för att kunna känna empati, enligt psykodynamisk teori (ibid.).

Else-Marie Kjellqvist, svensk psykoanalytiker, har myntat begreppet den röda och vita skammen. Den röda skammen kallar hon rodnadens och förlägenhetens skam och den är enligt henne sprungen ur människans livskraft. Den hjälper oss att värna om det som är oss

intimt och också för att värna om andras inre. Den vita skammen är enligt Kjellqvist blekhetens och kärlekslöshetens skam och ett uttryck för dödsdrift. Den tränger in i det mest intima hos oss människor, och förstör. Den vita skammen är därmed självdestruktiv till sin natur. Även här finns kopplingen till bibeln, såväl Gamla som Nya Testamentet där känslor av skuld och skam är kontinuerligt närvarande (ibid; Kjellqvist 1993 s 9, 28f).

För att exemplifiera utifrån uppsatsens kontext finns skulden i vad det egna alkoholproblemet de facto gör, t ex missade möten och besvikelse hos närstående. Den röda skammen finns i smusslandet och gömmandet medan den vita skammen finns i bilden av hur en borde agera för att vara en god människa. I romanen *Jag ska bara fixa en grej i köket* brottas förskolechefen Ingrid med sitt alkoholproblem samtidigt som hon försöker vara närvarande för dottern Juni:

Och när Juni kommer utrusande för att berätta att hon just sett en gigantisk val på tv döda en säl så måste hon skyffla undan glaset bakom kokböckerna. Och för att ta kol på skammen måste hon sen ta ett glas till. Och när hon väl tagit ett glas till kan hon lika gärna ta ett glas till för att döva känslan av att hon gått över gränsen hon lovade sig att inte passera (Herngren 2011, s 56).

4.1.2 Skam ur sociologiskt perspektiv

Erving Goffman, amerikansk sociolog och antropolog, menade att all mänsklig interaktion riskerar att skapa genans eller skam. Skammen är på något sätt alltid närvarande i en människas liv. (Scheff 2014, s 111).

Det moderna västerländska samhället är byggt på individualistisk bas vilket gör att mellanmänniska relationer påverkas. Människor lär sig att agera oberoende av varandra, vilket enligt sociologen Thomas Scheff kan vara konstruktivt men också leda till alienering och att människor lär sig att gömma sina känslor, speciellt skam. "Modernization has freed individuals from their relational/emotional world. Emotions have been de-emphasized to the point of disappearance. But shame and relationships do not disappear: they just assume hidden, disguised, and ultimately destructive forms" (ibid., s 115f).

Enligt Goffman är skammen biologisk och enligt C H Cooley, också amerikansk sociolog, även något som påvisar existensen av känslomässigt band. Skammen innebär därmed en upplevelse av att det känslomässiga bandet till en annan människa är hotat (ibid.)

Scheff menar att skammen också är ett sätt att behålla social kontroll i ett samhälle. Han utgår även från labeling theory; dvs hur orden som används för att beskriva en individ också kan påverka, eller rentav bestämma, hur individen agerar. Han påpekar att en balans mellan att tillskriva någon egenskaper såväl som att normalisera befintliga beteenden (labeling/normalizing), är önskvärd (Scheff 2008; 2014).

För att exemplifiera såväl Goffmans som Scheffs teorier kan sägas att Goffman beskriver den vita skammen enligt psykodynamisk teori (se kapitel 4.1.1) men skapad inte bara i det inre, utan också i samhällelig kontext. Scheffs labeling theory skulle innebära att en beskrivning av hur en god mor utan alkoholproblem bör bete sig, skapar skam hos en förälder som inte passar in i beskrivningen. På samma sätt skulle en alltför normaliserande kontext vara kontraproduktiv och bidra till att (möjligen adekvat) skam inte uppkom.

4.2 Genusteori

Begreppet genus introducerades 1968 av den amerikanske psykoanalytikern Robert Stoller och syftade till att visa på att kvinnor och män, såväl som manlighet och kvinnlighet, är sociala konstruktioner. Han menade att det biologiska könet skulle skiljas från socialt konstruerat genus (Esseveld & Mulinari 2015, s 64).

Så används begreppet genus även i denna uppsats. För skillnader utifrån biologiskt kön, se delkapitel Missbrukspsykologi.

Enligt Hirdman finns ett stereotypt tänkande kring könen. Det existerar såväl historiskt som i nutid. Kvinnan definieras alltid utifrån mannen: kvinnan är en icke-man. Mannen är norm. Kvinnan jämförs i de flesta aspekter med mannen och kan ses som en ofullgånge man: ”det fattas något”. Kvinnan kan också ses som mannens motsats, ett synsätt som bygger på kontraster eller dikotomier (Hirdman 2008, s 28f).

Esseveld och Mulinari (2015) beskriver flera korrelerande delar som bidrar till konstruerandet av genus: samband mellan sexualitet och kön samt det socialt konstruerade könet; mellan föreställningar och antaganden om biologiska könsskillnader; mellan kön/genus och klass, ras, etnicitet m.m. (s 62).

Även om genusformningen ser olika ut i olika kulturer eller över tid, tenderar manlig överordning och kvinnlig underordning att återskapas. Också i en mer genusmedveten nutid kan beteenden uppfattas som självklara eller sammanfogade med ett både biologiskt och socialt definierat kön. Maskulinitet och femininitet är en social plats snarare än en egenskap, vilket innebär att en kan befinna sig på den platsen oavsett vilket biologiskt kön en har (Hensing 2012, s 220).

Den socialkonstruktionistiska definitionen ovan av genus medför också att utrymme ges för fler än två genus; t ex transgender, intergender, genderfluid m fl.

4.2.1 Att göra kön

De flesta av oss definierar fortfarande andra människor visuellt utifrån föreställningar om kön. Ofta sker det i binära termer av flicka/pojke, kvinna/man. Enligt Esseveld och Mulinari innebär det att vi kontinuerligt också iscensätter kön, till exempel genom attribut eller språk som återskapar samhällets normer.

När ett barn föds och det sägs ‘det blev en pojke’ återskapas normer kring kön som en betydelsefull egenskap. Därefter används benämningen ‘pojke’ för att begripliggöra och löna barnets handlingar utifrån föreställningar om maskulinitet. Under denna process bekräftas också vad en pojke är. Dessa processer följer oss sedan livet ut...(2015, s 67f).

I uppsatsens kontext innebär genusteorin bland annat att undersöka hur de intervjuade kvinnorna ser på det egna och generella genuset; utifrån alkohol, samhälle och moderskap, samt att författaren är medveten om den historiska kvinnosynen och hur den påverkar i dag. I hela uppsatsen är genusansatsen närvarande.

4.3 Missbrukspsykologi

Det sätt på vilken en individ dricker alkohol är enligt Hensing (2012) avhängigt såväl sociala som kulturella och individuella element. Naturligtvis finns individuella skillnader men framförallt märks skilda dryckesmönster mellan kvinnor och män. Män dricker mer än kvinnor och får fler alkoholrelaterade problem (s 216). I de två underrubrikerna redogörs för skillnader i alkoholmönster relaterade till såväl genus som biologiskt kön.

4.3.1 Genus och missbruk

Som tidigare nämnts gör såväl kvinnor som män kopplingar mellan sitt bruk av alkohol och sociala föreställningar av vad som är kvinnligt respektive manligt, samt att maskulinitet är en social plats som såväl kvinnor som män kan befinna sig på (ibid., ss 217, 221).

Hensing nämner alkoholens roll som såväl genuskodat som genusskapande; t ex genom att vissa sorters alkohol i större utsträckning dricks av män. Alkoholen fyller också en funktion, eller föreställningen om en sådan, i bland annat social och sexuell kontext (ibid., s 222).

I vissa avseenden kan den i dag ökade alkoholkonsumtionen ses som ett uttryck för feminism; att kvinnor ej räds de tidigare traditionellt manliga arenorna, alkoholen representerar också en frigjord och oberoende kvinna, menar Hensing, Hon refererar också till den forskning (se kapitel 3.2.2) som visar att länder med mer jämställdhet har mindre skillnader mellan män och kvinnor vad gäller dryckesmönster och konsumtionsmängd; något som även kan bero på att genusstrukturerna ändras och att gränserna kan förskjutas om en utmanar dem.

Den kulturella och symboliska föreställningen om alkohol som maskulint kodad förstärker en social praktik bland män, något män gör och något män bör göra. Män som dricker förstärker sin maskulina identitet och reproducerar en social föreställning om alkoholens koppling till män och mäns sätt att leva. Motsvarande sociala praktik (dvs. att dricka alkohol) hos kvinnor kan uppfattas på andra sätt [...], i synnerhet om man i sitt beteende avviker från de just då rådande normerna för hur mycket, vad, när och hur kvinnor konsumerar alkohol (ibid., s 222f).

Genuskodningen gör att mannen är norm och det manliga beteendet normerande. Kvinnors konsumtion jämförs med mäns, inte tvärtom. Parallellt gör ändå normen att kvinnor de facto får ett större kulturellt och socialt skydd mot riskkonsumtion av alkohol, ett skydd som män saknar. Så länge alkohol är mer manligt kodat i samhällelig kontext kommer pojkar/män att dricka mer än flickor/kvinnor som växer upp på samma sätt. För båda könen finns positiva förväntningar på vad alkoholen ska ge, men förväntningarna är något lägre hos kvinnor. Enligt Hensing finns också hos unga kvinnor en korrelation mellan tidig berusning, socialt fördömande och sexuellt risktagande; upplevt eller av omgivningen och henne själv förmodat (ibid.).

Liksom vad gäller genusteorin ovan finns missbrukspsykologin ur genusperspektiv närvarande som förförståelse genomgående.

4.3.2 Biologiskt kön och missbruk

Det existerar en viss hereditet vad gäller såväl missbruk och beroende. Barn till föräldrar med alkoholproblem har en ökad risk att själva utveckla alkoholproblem. Huruvida det beror på en social eller genetisk ärftlighet eller en kombination av båda, är inte självklart enligt Hensing. De kemiska effekterna såväl som nedbrytningen av alkoholen i kroppen är också individuell. Tidigare ansågs att herediteten var större bland män men Hensing hänvisar till senare års studier som visar att den genetiska ärftligheten finns hos båda könen. Hur de genetiska och sociala faktorerna samspelar är dock inte beforskat (ibid., s 219f).

De säkra biologiska faktorer som påverkar är att kvinnor generellt har en mindre kroppsvolym än män. Det innebär att en kvinna når en högre alkoholkoncentration snabbare jämfört med någon med större volym, oaktat kön. Men skillnaderna är större mellan män och kvinnor än mellan kvinnor, då män generellt har större kroppsvolym. Alkoholen bryts dessutom ner på olika sätt hos kvinnor och män; hos män börjar en större nedbrytning av alkohol i magsäcken medan den hos kvinnor sker senare, vilket innebär att alkoholen når lever och andra organ i koncentrerad form. Kvinnor har dessutom mer fettvävnad och mindre kroppsvätska än män vilket också påverkar nedbrytningen. Sammanfattningsvis, utifrån dessa olika faktorer, får kvinnor en större alkoholkoncentration än män vid samma intag av samma män alkohol. Ju större koncentrationen är, desto mer ökar risken för alkoholrelaterade skador. En man och en kvinna som är jämnstora volymmässigt har lägre skillnad i koncentration, men fördelningen av kroppsfett, -vätska och nedbrytning gör att koncentrationen ändå blir högre hos kvinnor (ibid.).

Huruvida det finns andra biologiska könsskillnader, som exempelvis hur snabbt kvinnor respektive män utvecklar beroende, är i dagsläget oklart då de studier som gjorts har nått olika resultat. Att kvinnor avråds från att dricka alkohol under graviditet kan möjligen göra att de bibehåller förändrade alkoholvanor även som föräldrar vilket till viss del kan förklara skillnaden i statistik vad gäller dryckesmönster och mängd (ibid.).

I uppsatsen och studien fokuseras mer på missbrukspsykologin ur genusperspektiv än ur biologiskt, då genus i detta fall har större relevans utifrån studien. Det kan dock inte uteslutas att även de biologiska effekterna av alkohol hos män respektive kvinnor i viss mån har påverkat hur genus skapats i rassistiskt sammanhang.

4.4 Familjeterapeutiska teorier

No man is an island,
Entire of itself,
Every man is a piece of the continent,
A part of the main.
[...]
(Donne 1624)

Familjeterapin fick sitt genomslag på 1960-talet. Det familjeterapeutiska anslaget innebär att en har ett systemiskt arbetssätt, där den enskilda personen ses som en del av olika system på flertalet nivåer. Terapeuten arbetar med hela eller delar av den konstellation som söker hjälp. Många familjeterapeuter ser systemteori som en beståndsdel i all terapeutisk behandling. I familjeterapin ingår bland annat tankar om att allt är föränderligt, att cirkulära orsaks-verksamhets samband existerar samt att förändring av en del i systemet alltid ger påverkan på en annan del av det system som behandlas. Därigenom kommer också helheten att se annorlunda ut.

Då studien handlar om mödrar har familjeterapin också sin plats bland de teoretiska utgångspunkterna. En av syftets delfrågor handlar om hur det har talats om barnen, om och hur en del av systemet lyfts in i det terapeutiska rummet oaktat om barn varit fysiskt närvarande eller ej. För mig är två delar i huvudsak väsentliga för studien, den språksystemiska teorin samt feministisk familjeterapi och dito språkaktivism.

4.4.1 Språksystemisk teori

Den språksystemiska teorin tillhör den postmoderna skolbildningen och förutsätter en kritisk hållning till epistemologi. Enligt den språksystemiska teorin är språket i sig medskapare av problemet. Kunskapen om det som sker inom eller mellan människor är inte generell utan lokal, kopplad till individ och kontext. Vår presumtiva kunskap är ett resultat av dialoger mellan människor och därmed en social konstruktion (Johnsen & Wie Torsteinsson 2015, s 38).

Eftersom språket är det som skapar mening blir meningen intersubjektiv; vi kan alltså aldrig förutsätta att objektivitet råder i dialog med andra människor. Språket såväl "formar erfarenheten som omformar det vi kan erfara" (ibid., s 198f), skriver Harlene Anderson och Harry Goolishian, två av den språksystemiska teorins främsta företrädare. De menar att det inte är systemen som skapar problemet, utan problemet som skapar systemet. Talar en om problemet på annat sätt och forskar i vad orden betyder för den enskilde sker också en förändring av systemet. Tom Andersen, en annan av de främsta företrädarna, talar om tre parallella dialoger om två personer samtalar; två inre och en yttre. Ju fler personer i rummet, desto fler existerande parallella dialoger. Multivers är också ett viktigt begrepp i sammanhanget, dvs. att ett och samma fenomen kan förstås och beskrivas på olika sätt. Vår inre dialog påverkar vilka ord vi väljer i samtalet (Andersen 2003, s 58f)

Den sökande ses som expert på sitt eget liv och terapeutens roll är inte att ge svar eller vara den som har all kunskap. Tvärtom krävs av terapeuten vetskap om att hen själv har en förförståelse som må vara annorlunda än klienternas, men inte bättre, eller mer sann. För att kunna mötas i en dialog som blir meningsskapande för fler än den enskilda individen krävs att

terapeuten söker förstå vilket perspektiv klienten har (Johnsen & Wie Torsteinsson 2015, s 198f).

4.4.2 Feministisk familjeterapi och feministisk språkaktivism

Den feministiska familjeterapin bygger bland annat på idén om att en terapeutisk neutralitet inte kan finnas. Terapeuten är en del av det system hen möter i samtalsrummet såväl som i samhället.

Therapy is a cultural activity of modern European-related society, a social practice that has unwittingly reproduced the oppressive practices of society. [...] Moreover, all therapy is political, either supporting the status quo or challenging the status quo. Therapists may claim neutrality, but neutrality always supports the status quo. Claiming neutrality regarding gender is an insidious form of sexism that covers up differences in power and privilege (Hare-Mustin 2003, s xiii).

Det innebär att en terapeut som inte aktivt problematiserar kring genus och kön är en del av att upprätthålla den rådande normen. Enligt Hare-Mustin är terapeutens uppgift också att förstå att familjeterapi inte nödvändigtvis handlar om att systemet ska anpassas efter de sociala normerna. Hen behöver också ge familjen möjlighet att undersöka och utmana de rådande normerna. För terapeuten innebär det dessutom att hen måste göra en granskning av det egna terapiutförandet och vilka traditionella värden, t ex vad gäller genus, hen förmedlar (ibid.).

Thelma Jean Goodrich menar att alla kvinnor som lever i patriarkala samhällen risker att drabbas av att centrala kvinnofrågor åsidosätts även i samtalsbehandling, såvida inte terapeuten aktivt ser till att så inte sker. Detta gäller oaktat klass, kön och etnicitet: “Even privileged women are not free” (2003, s 3f).

Inom heteronormativa relationer och i moderskap ses kvinnor ofta fortfarande på sätt som upprätthåller traditionella könsskillnader. Det avspeglar sig i familjeterapeutiska sammanhang menar Goodrich: “Men, like most dominant groups, are reluctant to give up power voluntarily. Many women, socialized to believe that their only access to power is through men, are reluctant to change male authority” (ibid., s 23).

Daniel Wojahn har undersökt feministiska språkförändringar i Sverige från 1960-talet till 2015. Han nämner bland annat hur cis-normerande² strukturer skapas genom språket. Vidare redogör han kring diskussioner runt nybildade pronomen, som till exempel “hen”, samt dagens förekomst av könsneutrala yrkesbeteckningar (2005, ss 114, 217f).

För att inte reproducera samhällets genusnormer i samtalsbehandling krävs således en medvetenhet om, och ett aktivt användande av, ett språk som klienten inte kan uppleva som skambeläggande eller problematiserande på sätt som bygger på en genus- eller cis-normering. Huruvida klienterna märker terapeutens “aktivism” är möjligen egalt. Kanske är

² En cis-person är någon vars biologiska kön överensstämmer med hens juridiska, sociala och upplevda kön.

det när de inte märker något normreproducerande i terapeutens språk som hen verkligen är aktivist.

I uppsatsens kontext innebär ovanstående två avsnitt att respondenterna också har svarat på huruvida terapeutens språk har haft betydelse för upplevelsen av behandlingen.

4.4.3 Familjeorienterad rusbehandling

Även om individriktad samtalsbehandling fortfarande är den dominerande formen vid alkohol- och beroendeproblem visar forskning att behandlingens kostnads- och effektivitetsgrad ökar om hela eller delar av familjen deltar (Hansen 2012, s 8f).

En av de stora förespråkarna för att ha med familjen samt ha särskilt fokus på barnens behov är Frid A Hansen, norsk psykolog, klinikföreståndare och utbildning på temat. Den familjeorienterade rusmedelsbehandlingen bygger på en multifaktoriell, eklektisk teoretisk bas och är utvecklad av just henne (ibid.). Alkoholproblem, beroende och missbruk skapar inte problem bara för den drabbade, utan för hela systemet av närstående personer; inte minst barnen. Det innebär att ändringar i konsumtionsmönster och återfallsprevention utan också familjens kommunikation, struktur och samspel är nödvändig (ibid.).

Terapeuten behöver ha god kunskap om utvecklingspsykologi och anknytningsteori, oavsett vilken psykoterapeutisk metod hen arbetar utifrån; barn väljer inte att vara lojala utan har en inbyggd lojalitet med sina primära omsorgsgivare. En trygg anknytning är en god prediktor för barnets utveckling och där är samspelet mellan den vuxen och barnet av största betydelse.

Alle barn knytter seg til sine betydningsfulle andre uavhengig av hvordan de blir møtt og behandlet.[...] Selv om kvaliteten på det tidlige samspillet vill ha en avgjørende betydning for senere utvikling, er det også slik at samspillet mellom foreldre og barn kan belastes av foreldres rusmiddelsmisbruk gjennom hele barndommen (Hansen 2012, s 10).

Det är alltså viktigt att arbeta utifrån barnperspektiv och barnets perspektiv, oavsett ålder på barnet i familjen. Det handlar såväl om föräldrastöd och barnens rätt till information (se kapitel 1.1.1, Barnperspektiv) som att föräldern ges utrymme till reflektion runt hur hans problem påverkar barnet. För att lyfta barnets perspektiv, som inte måste vara samma som det lagstadgade barnperspektivet, kan föräldern behöva hjälp att se situationen genom barnets ögon, antingen genom det som brukar kallas mentalisering³ där barnet kan vara närvarande i rummet via föräldern, eller att barnet de facto deltar i delar av terapin (ibid., s 17ff).

Vad gäller studien, innebär detta att respondenterna har fått frågan om barnen har varit närvarande i terapirummet (fiktivt eller faktiskt), på vilket sätt så har skett och vem som har initierat samtalen runt barnen och föräldrarollen.

³ Mentalisering är ett begrepp som använts sedan 1960-talet, mer frekvent på 2000-talet oavsett terapeutisk inriktning. Ibland används det engelska uttrycket ”theory of mind” som kan sägas innebära att se sig själv utifrån och andra inifrån; dvs att en har en föreställning om vad andra tänker och känner i en viss situation, baserat på att en har egna erfarenheter av liknande situationer och en förståelse eller tro kring hur motsvarande situation påverkar någon annan (Wallroth, 2010).

4.5 Feedback-informerad terapi

Feedback-informerad terapi, FIT, är ett förhållningssätt såväl som en pan-teori⁴ om vad som är hjälpsamt i psykoterapi/samtalsbehandling (Nylund & Filipelli 2018). Under denna rubrik redogörs för den forskningsbaserade teorin. Förhållningssättet i samtal utifrån teorin nämns kort i slutet av kapitlet.

Forskning visar att psykoterapi generellt har en hög effektstorlek. Det gäller oavsett kön, diagnos och ålder. Liksom tidigare nämnts under 3.4.1 visar också forskningen att det är de allmänna faktorerna (common factors) som ger resultat. Det handlar om ett centrum av faktorer som svarar för de hjälpsamma resultaten, oavsett metod eller modell (Bertolino, Bargmann & Miller 2014, s 22f):

Klient- och utomterapeutiska faktorer är bl. a klientens förändringsbenägenhet, resurser och styrkor, svagheter, klass, och livsskeenden. Dessa faktorer existerar oberoende av behandling men har enligt Wampold stor betydelse för upplevd skillnad mellan klienter som får behandling och inte (ibid.).

Terapeuteffekter handlar om att en del terapeuter har en högre lyckandegrad än andra och är bättre på att skapa terapeutiska relationer med klienter. Enligt Baldwin, Wampold och Imel är uppskattningsvis 97 procent av skillnaderna resultatmässigt mellan terapeuter avhängigt dessa effekter. Här spelar inte ålder, kön, användning av evidensbaserade metoder, yrkeserfarenhet eller inriktning på psykoterapeutisk utbildning någon roll (ibid.).

Allianseffekter består av två delar och är den starkaste prediktorn för terapeutisk förändring. Den ena delen kallar Bertolino et al. (2014) förväntans-, placebo och trohetseffekter. Den innebär att det som är hjälpsamt är såväl klientens som behandlarens förväntan på behandlingen, samt tilltro till terapeuten och den erbjudna behandlingen. Terapeuten å sin sida behöver ha tilltro till den egna modellen och metoden som hen använder. Den andra delen av allianseffekterna är enligt Bertolino et al. terapeutens modell- och teknikeffekter som ger struktur och inspirerar klienten, bland annat genom att stärka förväntans-, placebo- och trohetseffekterna (ibid., s 24).

Det finns få om ens några meningsfulla skillnader i resultat mellan konkurrerande metoder - särskilt inte då man tar hänsyn till följande faktorer:

- Likvärdiga jämförelsevillkor mellan bona fide-modeller som avses vara terapeutiska. *Bona fide*-modeller [...] definieras som behandlingar som
 1. har ett terapeutiskt syfte [...]
 2. anses vara etablerade inom psykoterapivärlden [...]
 3. används av utbildade terapeuter
 4. innehåller sådant som är gemensamt för alla legitima psykoterapiformer (till exempel terapeutisk allians) (ibid., ss 25–26).

⁴ i detta sammanhang att översättas ungefär med "samlande teori"; dvs. baserad på flera teorier och forskning

Om professionella samtalsbehandlare blir för trygga med vad de tror är verksamt för deras klienter, planar behandlaren effektivitet ofta ut, menar Bertolino et al. och poängterar att varje kliniker behöver ta reda på sin effektivitet genom att använda feedback från klienter vad gäller allians och resultat. De terapeuter som strävar efter vidareutveckling och ökad hjälpsamhet för klienten är de som är effektivast, men för att nå vetskap om egen effektivitet krävs strukturerade former för utvärdering (ibid., ss 27–29).

I en studie med 12 374 klienter fann Scott D Miller att resultatuppföljning och feedback från klienten mer än fördubblade effektstorleken, att tidiga klientavhopp och mängden försämrade klienter samt inläggningar minskade, samt att vårdtiden vid inläggning förkortades. Som en följd av detta minskade vårdkostnaderna i stor utsträckning, medan kostnader för klienter där feedback inte användes, ökade (ibid., s 30).

I uppsatsens kontext innebär teorin om feedback-informerad terapi att det informanterna upplevt vara hjälpsamt till stor del borde vara samstämmigt även om terapin getts av olika terapeuter vid olika behandlingsmottagningar.

4.5.1 Ett feedback-informerat förhållningssätt

För att kunna skatta allians klient-terapeut och förändring av klientens situation används två skalor; Skattning av förändring (ORS, Outcome Rating Scale) och Skattning av samtal (SRS, Session Rating Scale) (Bertolino et al., s 37). Respondenterna i studien har gått både hos terapeuter som använder sig av feedback-informerad terapi och terapeuter som inte gör det.

5. Metod

Studien är kvalitativ med fyra semistrukturerade intervjuer av kvinnor som har alkoholproblem och är föräldrar samt har gått i samtalsbehandling under den tid de har haft minderåriga barn. Syftet med studien är att undersöka hur mödrar med alkoholproblem upplever samtalsbehandling och om det finns gemensamma teman i de intervjuades upplevelser. Om så är fallet, avser uppsatsen även att undersöka om dessa teman kan vara av generell relevans för samtalsbehandling av mödrar med alkoholproblem.

I kapitlet presenteras metodansatsen. Inledningsvis beskrivs kvalitativ forskning och grundläggande vetenskapliga utgångspunkter i form av epistemologi, ontologi och kritisk realism. Därefter beskrivs förståelse utifrån profession och person men också utifrån makt- och subjektivitetsperspektiv. Efter detta redogörs för vald datainsamling i form av kvalitativa intervjuer, hur insamlingen har gått till samt hur den tematiska analysen har gjorts. Kapitlet avslutas med ett resonemang kring metod och forskningsetik utifrån studiens material.

5.1 Metodansats

Den kvalitativa forskningen kännetecknas av ett empiriskt synsätt på relationen teori - praxis, vilket innebär att forskningsresultaten genererar teorin. Den kvalitativa forskningen har också en epistemologisk (kunskapsteoretisk) utgångspunkt, vilket innebär att förståelsen av hur deltagarna i en studie tolkar verkligheten som studien rör, blir tyngdpunkten i forskningen. Dessutom har den en ontologisk, dvs verklighetsnära, ståndpunkt som innebär att individer i en viss kontext konstruerar sociala egenskaper genom samspel individer emellan (Bryman 2008, s 340f). Kvalitativ forskning är inte objektiv, då fynden och slutsatserna baseras på just ovanstående (ibid., s 44; Fejes & Thornberg 2015 s 19f)

Inom den kvalitativa forskningen ryms kritisk realism, som är en verklighetstrogen epistemologi, där studien av företeelser på en viss nivå ska identifiera vilka strukturer som skapar nämnda nivå. Praktikerna av kritisk realism har som målsättning att förändra strukturer genom att identifiera dessa. Först då kan strukturella orättvisor som påverkar individer och individuella villkor åtgärdas. Individerna måste inte vara medvetna om de strukturer som påverkar dem, då strukturerna kan vara internaliserade och därmed upplevas som något självklart för individen (ibid., s 655).

I studiens kontext innebär kritisk realism att jag är intresserad av upplevelserna av samtalsbehandling för att kunna se om samhällets strukturer vad gäller kvinnor med alkoholproblem på något sätt påverkar

1. upplevelsen av det egna problemet hos kvinnorna,
2. upplevelsen av bemötandet från terapeuten och
3. upplevelsen av den egna och samhälleliga bilden av föräldraskap och alkoholproblem, och hur den påverkar upplevelsen av samtalen

samt att det inte finns någon självklarhet i att kvinnor med alkoholproblem som är föräldrar per definition ska uppleva att de lever i ett patriarkat, är underordnade männen eller ses som föräldrar på andra sätt än män utifrån sin biologiska och upplevda könstillhörighet.

5.2 Författarens förförståelse

Jag befinner mig själv i den professionella kontext kvinnorna möter, då jag arbetar på en samtalsmottagning för personer som på något sätt är berörda av alkoholproblem. Ingen av respondenterna har dock haft mig som terapeut i samtalsbehandling och de har erfarenhet av olika behandlare på olika samtalsmottagningar i Sverige.

En kritik mot studien skulle kunna vara att den ser alkoholproblematik hos kvinnor ur ett västerländskt genusperspektiv, att den har en eurocentrisk⁵ ansats. Såttillvida att studiens bakgrund består av tidigare forskning gjord i Europa och väst, respondentunderlaget befinner sig i Sverige och att de terapiformer jag beskriver företrädesvis används i västvärlden, stämmer detta. Dock förklaras vidare i metodkapitlet (se 5.3 – 5.7) att studien enkom existerar i just denna kontext och att den inte gör några som helst anspråk på att vara generaliserbar mer än utifrån likartade situationer. Uttryck för såväl feminism och genus som användande av beroendeframkallande medel är kulturellt och situationsmässigt betingat.

Enligt Bryman (2008) är det i princip omöjligt för en forskare att ha ett neutralt förhållningssätt, då forskarens värderingar kan dyka upp vid flera tillfällen i forskningsprocessen, bland annat val av metod, val av forskningsområde, analys, tolkning och slutsatser av insamlade data (s 44). Turnbull citeras i Bryman och menar att “läsaren har rätt att veta något om de mål, förväntningar, förhoppningar och attityder som författaren har med sig ut på fältet, eftersom dessa säkerligen påverkar inte enbart hur han uppfattar saker utan också vad han lägger märke till” (ibid.).

I mitt fall innebär det inte bara att min professionella kunskap om alkoholproblem, föräldraskap och genusfrågor, ordval och sexualitet påverkar såväl min ansats som tolkning av studien, utan att jag också måste vara öppen inför att mina värderingar i övrigt också påverkar. Jag definierar mig som feminist, är politiskt engagerad och jag har stort intresse för genusfrågor. Jag väljer att använda ord som “partner” istället för pojkvän/flickvän eller make/maka, “hen” om könet är ovisst i sammanhanget och “en” istället för man. Jag är dessutom cis-kvinna och förälder till minderåriga barn. Självklart påverkar det såväl val av ämne för forskning samt hur jag förstår, tolkar och värderar studiens resultat.

5.2.1 Den dubbla maktpositionen; i forskningsintervjun såväl som i samtalsrummet

Kvale och Brinkmann (2014) menar att en kvalitativ studie förutsätter en maktasymmetri (s 51). Den som intervjuar för ett professionellt samtal vilket innebär att hen inte är jämlik eller utan makt i relation till respondenten. Intervjun är ingen jämlik dialog utan enkelriktad i form av frågor och svar och målet ligger bortom “ett bra samtal”; samtalet är ett instrument för att ge forskaren tillgång till det hen önskar studera. Det är dessutom intervjuaren som gör tolkningen av svaren utifrån sin valda ansats (ibid., s 52).

En ytterligare faktor är att jag har kunskap om området utifrån mitt arbete och är van att föra samtal i terapeutrollen. Mina frågor ställs inte på samma sätt som hade gjorts av någon utan samma professionella bakgrund.

⁵ Fokuserande på västerländsk/europeisk kultur och därigenom exkluderande en vidare syn där även övriga världen ingår. En eurocentrisk analys ger också den egna kulturens yttringar tolkningsföreträde.

Terapeuten behöver, liksom forskaren, kunskap om hur normer och strukturer ter sig och upprätthålls även på individnivå (Psykologtidningen.se, 2018). Inga Denhag, författare till boken *Makt & psykoterapi* menar att en som terapeut varken kan ställa öppna frågor, vara medveten om hur en använder språket eller vara utforskande om en inte är medveten om de egna värderingarna (ibid.).

5.3 Urval

Min initiala tanke var att intervjua såväl kvinnor/föräldrar som terapeuter, men jag insåg att området skulle bli för stort. En studie av den digniteten kräver mer än det utrymme som ges här. För att möjliggöra studien valde jag därför att intervjua kvinnor som också är föräldrar om deras upplevelser av samtalsbehandling för alkoholproblem. I kapitel *Förslag på framtida forskning* utvecklar jag min initiala idé.

För att nå respondenter använde jag mig av målinriktat urval. Enligt Bryman (2011) är det ett "försök att skapa överensstämmelse mellan forskningsfrågor och urval" (s 434). Det innebar att jag utifrån studiens problemformulering sökte respondenter som var relevanta för frågeställningarna. För att nå respondenterna använde jag mig av kedjeurval (ibid.), vilket innebar att jag ställde frågor om presumtiva respondenter i öppna inlägg på sociala medier (se bilaga 4) för spridning samt vände mig till samtalsmottagningar i Stockholm och Västsverige.

5.3.1 Inklusionskriterier

Mitt huvudsakliga inklusionskriterium var att kvinnorna skulle vara mödrar och ha gått i samtalsbehandling för alkoholproblem. Barnen skulle ha varit minderåriga vid tiden för behandlingen. Kvinnorna skulle ha gått i samtal minst tre månader/eller och minst tio gånger. Alkoholproblemen skulle vara av karaktären att respondenterna kunde tillgodogöra sig samtal av psykoterapeutisk karaktär utöver eventuell medicinsk hjälp. Ärendena kunde vara avslutade såväl som pågående. Respondenterna fick inte heller ha en privat eller semiprivat koppling till mig; t ex inte vara vän med någon av mina vänner.

5.3.2 Exklusionskriterier

Kvinnor som stämde in på det huvudsakliga inklusionskriteriet men hade alkoholmissbruk kombinerat med andra psykosociala svårigheter, t ex bostadslöshet eller grav psykiatrisk problematik bedömdes ej tillhöra målgruppen, då tanken var att de yttre ramarna skulle vara så lika som möjligt. Kvinnor som parallellt med alkohol använde narkotika och där narkotikamissbruket var det primära problemet, bedömdes ej heller rymmas inom studien. För kvinnor med alkoholproblem som hade minderåriga barn och gått i samtalsbehandling men ej nämnt/berört alkoholproblemen däri gällde samma sak. Detsamma gällde kvinnor som sökt hjälp först då barnen varit över 18 år gamla.

Begränsningar och bortfall

Att jag valt ett område så förenat med skam och skuld (se kapitel 4.1) gjorde möjligen att respondenter inte själva sökte upp mig i samma utsträckning som om jag skrivit om något som varit mer socialt accepterat.

Flera av de personer som tog kontakt med mig på eget bevåg föll under exklusionskriterierna och kunde därför inte vara respondenter. Några personer som läst informationsbrevet och därefter samtyckt till intervju föll bort på grund av att de ändrade sig och avböjde. Ett par som jag bokat intervjutider med uteblev, vilket också är ett sätt att avböja.

5.3.3 Svårigheter

En stor svårighet var att hitta respondenter. Jag hade kontakt med ett par mottagningar som av olika anledningar avböjde att delta (dvs kontakta presumtiva respondenter). En mottagning valde att skicka ut mitt informationsbrev till alla mödrar som gick i samtal för alkoholproblem, dock utan att någon av mödrarna gav någon återkoppling.

Responserna via sociala medier var också lägre än väntat. Jag bad bland annat en vän vars Facebooksida följs av flera tusen personer att dela mitt inlägg, vilket hen gjorde. Jag fick hjälp att dela inlägget av andra personer på såväl Facebook som LinkedIn. Organisationer som IOGT-NTO via Glasklar⁶ och KSAN, Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol- och Narkotikafrågor, delade och spred inlägget. Även detta utan respons. Jag tog kontakt med föräldragrupper på Facebook, Feministiskt Initiativ och samtliga riksdagspartier utom Sverigedemokraterna. Jag tog också kontakt med grupper för ensamstående föräldrar, debattörer i alkoholfrågor, författare, journalister m fl. för spridning.

Allt som allt resulterade alltså detta, inklusive de mottagningar som nådde respondenter, i fyra intervjuer.

Min hypotes är att svårigheterna främst berodde på två korrelerande orsaker; dels skamkänslan (se *Begränsningar och bortfall*) och dels en vilja att inte återuppleva svårigheterna en gick i samtal för. Hypotesen har uppkommit efter genomförda intervjuer.

5.4. Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer vilket innebar att jag hade en frågeguide men inte var beroende av en viss ordningsföljd i frågorna. Vid semistrukturerade intervjuer har också intervjuaren möjlighet att ställa följdfrågor till det som hen uppfattar vara centrala svar (Bryman 2011, s 206 f).

⁶ Glasklar är ett initiativ inom IOGT-NTO-rörelsen med syftet att bryta tabu kring att tala om alkoholens konsekvenser. Glasklar bjuder in personer att dela sina berättelser om hur alkoholen har påverkat deras liv. Det görs via hemsidan www.glasklar.se, Facebook och Instagram.

5.4.1 Validitet

Validitet innebär att den information studien ger, är giltig. Den ska korrelera med syftet och behandlas utifrån tidigare forskning och teorier (Magne Holme & Krohn Solvang 1997, ss 94 f, 156 f).

Kvale och Brinkmann (2014) menar att det är viktigt att validering sker fortlöpande under forskningsprocessen. Det handlar enligt dem om sju stadier; tematisering, planering, intervjukvaliteter, utskrift, analys, bedömning av valideringsform samt huruvida rapporteringen är valid eller ej (s 296 f). På så vis får forskaren en validitetskontroll under hela studiens gång. I denna studies kontext innebär dessa teman följande:

1. Tematisering: syfte och frågeställningar baseras på teorier runt kvinnor, mödrar och alkoholproblem kopplade till samtalsbehandling.
2. Planering: de semistrukturerade intervjuerna är anpassade och valda utifrån studiens syfte och ämne. Studien är avsedd att vidga perspektiven kring samtal med mödrar som har alkoholproblem och fokusera på deras upplevelser för att på så vis skapa bättre förutsättningar för kvinnor med liknande situation.
3. Intervjuerna: respondenterna har fått frågor om vad det de säger innebär för dem; hur ord används i deras personliga kontext. Detta just för att göra en om möjligt orubbad validering på plats, jag ska inte kunna göra tolkningar som beror på att jag inte förstår respondenternas svar eller använder orden på andra sätt (se även kapitel *Språkssystemisk teori*).
4. Utskrift: Intervjuerna har transkriberats ordagrant. Därefter har de transformerats på så vis att överflödiga utfyllnadsord har tagits bort för att inte skapa det som Kvale och Brinkmann kallar ”artificiella konstruktioner som inte är adekvata för...det levda muntliga samtalet eller den skrivna textens formella stil” (ibid., s 218).
5. Analys: I studien bottenar analysen i de teman som utkristalliserats i intervjuerna, och dessa teman kopplas därefter till forskning och teori adekvat för studien.
6. Validering: Den reflexiva objektiviteten innebär en medvetenhet om hur jag som intervjuare påverkar resultatet; en medvetenhet som har funnits med i alla moment av studien.
7. Rapportering: Uppsatsen syftar till att ge en tillförlitlig skildring av studiens resultat och ämnar vara skriven så att läsare även utan fackkunskap på områdena genus, alkoholproblem och föräldraskap, ska kunna läsa den.

5.4.2 Objektivitet

Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är frågan om kunskap genom intervjuer kan vara objektiv, dvs utan bias⁷. Här vill jag återknyta till vad jag skrev i kapitel 5.2 och 5.2.1 om författarens förförståelse samt maktasymmetrin i forskningsintervjuer. Vilka frågor samt följdfrågor jag ställer beror naturligtvis även på de faktorer som nämns i dessa kapitel, oaktat hur neutrala jag tror att frågorna är. I denna studie är min tolkning av intervjuerna att beteckna som reflexiv objektivitet (ibid., s 292 f). Det innebär att jag i hela processen är medveten om att, och hur, min förförståelse påverkar kunskapsproduktionen (dvs. även det intervjubaserade resultatet av studien).

⁷ I denna betydelse: snedvriden, vinklad.

5.4.3 Reliabilitet

Enligt Bryman (2008) är reliabilitet i kvalitativ forskning svårare att definiera då begreppet är anpassat för metoder som används inom kvantitativ forskning. Extern reliabilitet, som innebär att samma resultat kan upprepas i en annan studie, är problematisk att nå i kvalitativa studier (s 352).

I denna studies kontext innebär det att reliabiliteten finns i relation till valda teorier och litteratur utifrån den reflexiva objektiviteten (se ovan); dvs. att respondenterna är valda utifrån specifika omständigheter samt att även jag är en del av denna studie varför någon generell reliabilitet inte kan existera utanför den. Däremot kan de teman som framkommer vara av generell relevans för den behandlare som har intresse av samma frågor.

5.4.4 Generaliserbarhet

I Fejes och Thornberg (2015) refereras till Larsson från 2009 och det situationsspecifika i kvalitativa studier; situerad generalisering. Med detta menas att generaliseringen inte kan förutses, eftersom den kvalitativa forskningen skapar tolkningar och skildringar av mönster, strukturer och processer. Det skiljer sig från den kvantitativa forskningen. Det innebär också att den som tolkar forskningen kan känna igen ett liknande fall. Likheten beror då på den tidigare egenkonstruerade tolkningen (s 272 f). Även Bryman (2011) påtalar svårigheterna med generalisering av kvalitativa studier (s 369).

I studiens kontext hänger generaliserbarheten nära samman med ovanstående avsnitt om reliabilitet och den generella relevansen. En svaghet är att studien bygger på empiri från endast fyra intervjuer, vilket försvagar generaliserbarheten.

5.4.5 Informerat samtycke

Det informerade samtycket innebär att presumtiva respondenter får information om studien och dess allmänna syfte. Utöver det ska respondenterna informeras om att de kan dra sig ur studien när de så önskar, hur intervjuaterialet hanteras, om konfidentialitet och etiska aspekter, citatanvändning m.m. Vid intervjutillfället kan respondenten även skriva på ett samtyckesformulär (Kvale & Brinkmann 2014, s 107 ff).

För informationsbrev och samtyckesformulär använda i studien, se bilagor.

5.4.6 Genomförande

Informationsbrev

Samtliga presumtiva respondenter fick ett informationsbrev (se bilaga 1) personligen, via e-post eller post från sin behandlare eller tidigare behandling. I brevet bad jag dem att återkoppla till mig via telefon eller e-post om intresse fanns. De respondenter som hörde av sig genom information på annat sätt (sociala medier, word of mouth etc.) fick informationsbrevet tillsänt sig eller personligen vid intervjun. När intervjutid bestämdes, föreslog jag att vi kunde ses på min arbetsplats. Det gjorde jag främst utifrån att lokalerna är sekretessklassade och för att det skulle vara en neutral plats för respondenterna. Samtliga respondenter tackade ja till förslag om lokal.

Samtyckesformulär

Innan intervjun startade fick respondenterna läsa och skriva under ett samtyckesformulär (se bilaga 2) samt ställa frågor om det fanns något de undrade över. I samtyckesformuläret poängterades åter konfidentialiteten, möjlighet att avbryta när respondenten önskade, förvaring av material, citatanvändning etc. På samtyckesformuläret kunde respondenterna även kryssa för om de önskade en kopia av uppsatsen.

Inspelning

Samtliga intervjuer spelades (efter samtycke) in via ljudfil som var kodlåst och förvarades på säker plats. Intervjuerna transkriberades enligt beskrivning i kapitel 5.4.1, *Validitet*.

Intervjuer

Intervjuerna tog ca en timme. Samma frågeguide (se bilaga 3) användes vid samtliga intervjuer. Då deltagarna talade fritt utifrån de semistrukturerade frågorna, varpå jag ställde följdfrågor, kom frågorna att ställas i skiftande följd (se 5.4, *Datainsamling*).

5.4.7. Respondenterna

Anna

partner, barn, yrkesverksam. Alkoholproblem sedan flera år då hon sökte hjälp på samtalsmottagning. Har haft två olika samtalsbehandlare.

Karin

Ensamstående, barn, yrkesverksam. Alkoholproblem sedan tolv år tillbaka. Har sökt hjälp på flera mottagningar och även vårdats på behandlingshem.

Veronica

Partner, barn, yrkesverksam. Alkoholproblem sedan flera år då hon sökte hjälp på samtalsmottagning. Har gått två omgångar på samma samtalsmottagning.

Malin

Ensamstående, barn, yrkesverksam. Alkoholproblem sedan ungdomen. Har gått två omgångar i samtalsbehandling

5.5 Bearbetning och analys

5.5.1 Tematisk analys enligt Braun och Clarke

Enligt Braun och Clarke (2006) är tematisk analys att ses som fundamental metod vid kvalitativ analys. Tematiseringen är ett verktyg för att förstå gemensamma drag i intervjuer (s 78 f). Braun och Clarke menar att det finns två sorters kvalitativa analyser; de som är kopplade till en specifik teori eller epistemologisk ståndpunkt. Dit hör bland annat konversationsanalys⁸, tolkningsbar fenomenologisk analys⁹ och diskursanalys¹⁰. Den andra

⁸ Konversationsanalys innebär som namnet säger, en analys av samtal. Det kan handla om t ex turtagningar i talet och mönster i kommunikationen.

⁹ Tolkande fenomenologisk analys är en metod där analysen bland annat består i en förståelse av hur individer/grupper förstår, tolkar och emotionellt svarar på skeenden utifrån sin kontext.

¹⁰ Diskursanalys är en analysmetod som bl. a bygger på dekonstruktion av texter och hur olika skeenden beskrivs i ord.

sortens kvalitativa analys är enligt Braun och Clarke sådan som är oberoende av specifika teorier eller epistemologiska ståndpunkter och istället kan tillämpas över flera fält (ibid.). Dit hör den tematiska analys som använts i denna studie.

Braun och Clarke menar att analysen färgas av forskarens förförståelse och tolkningar men poängterar att de inte tror att det enkom finns en ideal metod eller tolkningsram för kvalitativ forskning. Det viktiga, menar de, är att metod och tolkningsramar korrelerar med vad forskaren ämnar undersöka (ibid., s 80).

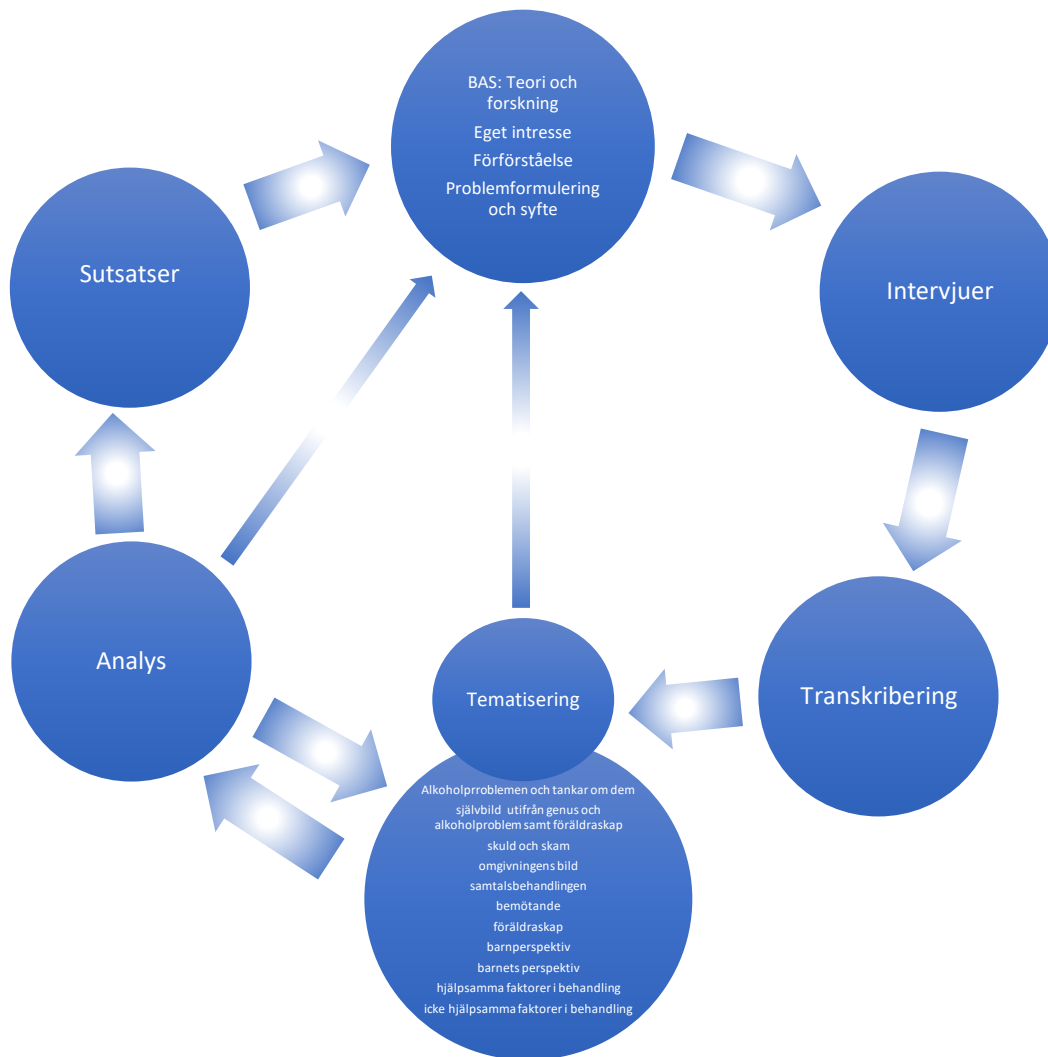
För att göra en tematisk analys behöver forskaren identifiera teman och förklara på vilket sätt de är viktiga i relation till syftet med studien. Enligt Braun och Clarke är det inte den kvantitativa förekomsten av ett tema som avgör om just detta är signifikant för studien. Ett tema kan istället vara något som fångar essensen i det forskaren syftat att undersöka. Det är därför viktigt att forskaren förklarar hur hen ser på teman utifrån innehåll och förekomst (ibid., s 81 f).

Braun och Clarke beskriver även skillnaden mellan induktiv och teoretisk tematisk analys. Den induktiva tematiska analysen behöver inte korrelera med de frågor som ställts i intervjuer. De identifierade temana är avhängiga insamlade data och behöver inte vara sammanlänkade med forskarens teoretiska utgångspunkter. Den teoretiska (deduktiva) tematiska analysen är sammanlänkad med forskarens teoretiska utgångspunkter i större utsträckning. Det leder till en mer detaljerad analys (ss 83–84).

Denna studie har en mer av teoretisk tematisk analys, då intervjuerna har tematiserats och analyserats utifrån problemformuleringar och syfte med studien. Samtidigt spänner den över flera fält och är avhängig delar som inte enkom kan kopplas till teori; förförståelse och syfte bl.a. Jag har också varit öppen för att de svar jag kunde få i intervjuerna inte på något sätt skulle gå att härleda till de teorier som var min bas; dvs ett mer induktivt anslag. Jag har valt att definiera studiens tematiska analys som i huvudsak teoretisk men med induktiva inslag.

Studiens cirkularitet

Under arbetet med studien har jag noterat att det finns beröringspunkter mellan hur jag arbetar med studien och det som brukar benämnas cirkularitet i systemisk familjeterapi (se kapitel 4.4). Cirkularitet i ovanstående bemärkelse innebär kortfattat att om en del i ett system påverkas, sker också påverkan på övriga delar. En sammanvägning av denna studies tematiska analys samt de bakomliggande faktorer som initierat studien (i figuren kallade Bas), gör att det skapas en cirkularitet i förfarandet; från initial forskning på området till möjlig framtida forskning. I figur 1 åskådliggörs detta.



Figur 1, *Studiens cirkularitet*. Basen för det kvalitativa intervjuförloppet är teori och forskning, eget intresse, förförståelse, problemformulering och syfte. Utifrån dessa faktorer görs frågeguiden till de semistrukturerade intervjuerna. När intervjuerna transkriberats mynnar de ut i teman. Tematiseringen görs med koppling till basen och leder fram till analysen. Analysen är beroende av tematiseringen och dess relation till basen, men har också egen koppling till basen då basens komponenter krävs för analysen. Därefter leder analysen till slutsatsen som återkopplas till basen i förlängningen leder till att vidare forskning kan ske. Den vidare forskningen görs åter utifrån basen, som då är modifierad utifrån denna studies slutsatser samt forskaren själv, vilket gör att nästa teoretiskt tematiserad analys baseras på cirkulariteten i just denna studie. På så vis är forskningen enligt denna modell en vidaregående spiralformad men samtidigt cirkulär rörelse.

5.5.2 Analysförfarande

Definiering av teman

Jag har valt att utgå från Braun och Clarkes sex faser för tematisk analys, vilka förklaras och exemplifieras nedan.

Fas 1: Göra sig bekant med materialet

Den forskare som själv samlat in ett interaktivt material (här intervjuerna) har en förförståelse och möjligen också en initial tanke om analysen. Dock måste upprepad läsning av materialet göras för att även förstå bredden och djupet i det. Det krävs också att den som läser gör det aktivt; letar efter mönster och meningar såväl språkligt (semantiskt) som bortom och underliggande (latent) det som sägs (Braun & Clarke 2006, s 87f).

För att göra en tematisk analys av verbal data om intervjuer, tal och anföranden måste dessa transkriberas, skrivs ut ordagrant. Författarna betonar vikten av att materialet får behålla ”sin sanning”, dvs. att vara noga med punktuering och andra tecken som kan ändra innebörden även om den språkliga delen i form av ord är oförändrad (ibid.).

I denna studie transkriberades samtliga intervjuer ordagrant, vilket gav ungefär 35 sidor text. Därefter lästes texten igenom flera gånger och svar som på något sätt återkom hos flera av informanterna noterades.

Fas 2: Skapa initiala koder

Efter transkribering och genomläsning noterar forskaren en lista över intressanta ämnen i datan och ger dem koder som på något sätt berör ämnet en vill undersöka. Hur kodningen sker är avhängig huruvida analysen är övervägande induktiv eller deduktiv (se kapitel 5.5.1). Åter är vikten av att den latent meningen och kontexten inte går förlorad stor (ibid.; Bryman 2011 s 526f).

Då jag har en mer deduktiv utgångspunkt i studien kodades temana utifrån huruvida de berörde frågeställningarna och på vilket sätt. Jag valde att koda med färgmarkering utifrån de noterade svaren, där liknande svar och tankar markerades med samma färg.

Fas 3: Söka teman

När samtliga koder har identifierats påbörjas sortering i teman. Det kan handla om över- och underteman, fristående från syfte (induktiva) eller kopplade till syfte (deduktiva). Om forskaren så önskar kan de koder som eventuellt inte passar in under något tema göras till ett gemensamt, fristående tema. (Braun & Clarke 2006, s 90f).

Jag valde att sortera de färgmarkerade temana i kluster kopplade till de tre frågeställningarna, samt undergrupper kopplade till dessa. Jag behöll färgmarkeringarna men samtliga underteman fick också en notering med huvudtemanas färg.

Fas 4: Förfining av teman

I denna fas undersöks temana ytterligare. Möjligen finns teman som saknar relevans för studien eller av andra orsaker bör väljas bort. I fasen finns två nivåer. Den första innebär att en söker efter mönster som är koherenta i temana. Nivå två innebär att en undersöker om det

finns koherens i temana kopplade till hela studien och insamlade data, samt om omkodning ska göras (ibid.).

Utifrån färgerna utkristalliserades fjorton teman som på något sätt berörde problemformulering och frågeställningar. En del av dem valdes bort då de var så personliga att jag befارade att igenkänning skulle kunna ske trots anonymisering. Det handlade till exempel uppväxt och ursprungsfamilj. Slutligen valdes teman som ytterligare berörde problemformuleringen och syfte med studien.

Fas 5: Namngivning av teman

I denna fas förfinas temana ytterligare och en identifierar vad i varje tema som är intressant för studien och varför.

De teman som bedömdes vara relevanta utifrån studien och som framkom i intervjuerna var elva stycken, fem huvudteman och sex underteman:

1. Alkoholproblemen och tankar om dem
2. Självbild utifrån genus, alkoholproblem och föräldraskap
 - a. Skuld och skam
 - b. Omgivningens bild
3. Samtalsbehandlingen
 - a. Bemötande
 - b. Föräldraskap
 - c. Barnperspektiv
 - d. Barnets perspektiv
4. Hjälpsamma faktorer i behandlingen
5. Icke hjälpsamma faktorer i behandlingen

Tema 1, 3a, 4 och 5 är kopplade till frågeställningen *Vad var viktigt i samtalsbehandlingen?* Tema 3b, c och d är kopplade till frågeställningen *Hur har föräldrarollen berörts under samtalen?* Slutligen är tema 2, 2a, 2b och 3a kopplade till frågeställningen *Hur upplever respondenterna omgivningens bild av mödrar med alkoholproblem?* Tema 3 a har alltså relevans för två frågeställningar.

I kapitel 6, *Analys*, förtydligas ytterligare korrelationen mellan teman, syfte och frågeställningar.

Fas 6: Produktion av studien

I denna fas ingår den slutliga analysen. Temana förklaras och exemplifieras utifrån teori, syfte och frågeställningar samt tidigare forskning (ibid.).

5.6 Kritik mot metoden

Istället för allmän kritik mot kvalitativ metod eller tematisk analys, har jag valt att fokusera på den kritik som riktats specifikt mot Braun och Clarke. Javadi och Zarea skriver i *Journal of Client Care* (2016) om vad de kallar fallgropar i metoden. Enligt dem krävs att forskaren är neutral (vilket i kapitel om förförståelse m fl. i denna studie konstaterats omöjligt); annars är risken att studien enkom visar det på förhand eftersökta resultatet (ss 33–39).

Vidare menar Javadi och Zarea att det finns en risk att teman skapas utifrån frågeställningar snarare än att teman skapas för att därefter kopplas till befintliga, eller nya, frågeställningar. Skillnaden mellan dessa två scenarion är att det förstnämnda inte kräver någon analys utan är mer av ett tillrätaläggande. Enligt Javadi och Zarea är en bristfällig, eller svag, analys också en generell fallgrop med metoden. Det kan till exempel handla om vad som kallas anekdotisk analys; vilket här innebär att ett enskilda eller fåtal fenomen omvandlas till ett tema utan att egentligen vara det. Att analysen inte överensstämmer med de teoretiska utgångspunkterna är också en risk. Samtliga fallgropar beror dock på otillräckliga forskningsfrågor eller dito analys. Används Braun och Clarkes metod som avsett, undviks också fallgroparna, menar författarna (ibid.).

5.7 Etiska överväganden

I samband med studien har etiska överväganden utifrån Vetenskapsrådets publikationer *God Forskningssed* (2017) samt *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* (2002) gjorts. Utifrån *Öppenhetskravet och Självbestämmandekravet*, (Vetenskapsrådet 2002, ss 7–9, där kallat *Informationskravet* och *Samtyckeskravet*), har jag informerat deltagarna om undersökningen och inhämtat deras samtycke. Det har skett genom informationsbrev (bilaga 1) och samtyckesformulär (bilaga 2) samt muntligen. Det övergripande syftet med studien har kommunicerats såväl i samt vid intervjutillfället. Respondenterna har informerats om att de kan avbryta sitt deltagande när helst de önskar utan förklaring. De har också informerats om att citat kan användas i uppsatsen samt att informationen från uppsatsen kan användas i kommande artiklar. De har samtyckt skriftligen till ovanstående.

Konfidentialitetskravet (ibid., ss 12–13) innebär att respondenternas namn, underskrivet samtyckesformulär samt intervjudata (muntligt och skriftligt) förvarats på så sätt att ingen utomstående kan nå dem, och utöver det skyddats med kod som bara jag känner till. Innan studien hade jag också kontakt med jurist för att undersöka att jag hanterade uppgifterna korrekt enligt Personuppgiftslagen (PUL). Deltagarna har anonymiserats i studien och vissa omständigheter har tagits bort för att ytterligare stärka anonymiseringen och skydda respondenterna. En del teman har valts bort utifrån konfidentialitetskravet (se kapitel 5.5.2, *Analysförfarande*).

Då uppsatsen gällde frågor om föräldraskap och alkoholproblem uppkom vid juristkontakten också en fråga om min anmälningsskyldighet som anställd på offentlig förvaltning respektive student vid universitetet, vid vetskap om att barn far illa. Enligt vetenskapsrådet ska en forskare som får kännedom om något som enligt lag ska anmälas, t ex barnmisshandel, förhålla sig till att den lagstadgade anmälningsplikten väger tyngre än konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet 2017, s 40). Dock räknas jag inte som forskare i detta fall då jag inte är anställd av universitetet och gör studien i egenskap av privatperson och student. I detta fall, är

jag trots min anställning på kommunal förvaltning, att räkna som allmänhet. Det innebär att jag bör anmäla sådana missförhållanden, men inte att jag måste. Denna situation uppkom aldrig under intervjuerna och jag behövde därför aldrig ta ställning till frågan, men den var viktig för mig att ha vetskap om innan studien.

Utifrån *Autonomikravet* (ibid., ss14, där kallat *Nyttjandekravet*) har uppgifter i form av intervjudata bara använts i just denna studie och kommer inte att lämnas vidare som bakgrundsdata till annan part.

Inför studien har jag också funderat över etiken i att intervjua respondenter under såväl pågående som avslutad samtalsbehandling och därför rådgjort med såväl handledare som legitimerade psykoterapeuter kring detta. Därefter har jag gjort en menbedömning utifrån om den fortsatta behandlingen kan komma att påverkas utifrån respondenternas upplevelse av intervjun. Så länge jag enbart ställt frågor kopplade till mitt syfte, har intervjun ej bedömts orsaka men.

Vem blir jag i terapirummet?

6. Analys

I detta kapitel redovisas vad respondenterna sagt i intervjuerna.

En uppdelning av temana görs i kapitel 6.1.1 - 6.1.5. Där beskrivs teman och delteman, samt exemplifieras utifrån respondenterna själva. De flesta kapitel inleds med ett skönlitterärt citat som på något sätt har att göra med temat. Dessa citat är kursiverade för att kunna skilja från respondenternas. I samband med varje tema redovisas också vilken frågeställning temat är kopplat till.

Analysen av identifierade teman mynnar ut i nya frågeställningar, vilka redovisas i slutet av tema eller undertema.

I de citat som förekommer i analyskapitlet är han/hon ändrat till hen och istället för namn på barn står det barnet eller barnen. Detta är gjort utifrån konfidentialitetskravet samt skydd även för barnen (som ju inte är respondenter i studien). I de fall något ord fattas för läsarens förståelse har jag förtydligat inom hakklamrar.

I kapitel 7 diskuteras analysen ytterligare.

6.1 Teman

I intervjuerna utkristalliserades fem huvudteman och sex underteman:

1. Alkoholproblemen och tankar om dem
2. Självbild utifrån genus, alkoholproblem och föräldraskap
 - a. Skuld och skam
 - b. Omgivningens bild
3. Samtalsbehandlingen
 - a. Bemötande
 - b. Föräldraskap
 - c. Barnperspektiv
 - d. Barnets perspektiv
4. Hjälpsamma faktorer i behandlingen
5. Icke hjälpsamma faktorer i behandlingen

6.1.1 Tema 1: Alkoholproblemen och tankar om dem

*Hon tvekar. Klockan är ett. Det är inte okej. Men hon måste. Hon måste dämpa sin skakande kropp och sitt bultande hjärta [...]. Hon sveper ett halvt glas. Vågar hon ta ett till? Nej. Ett halvt glas måste räcka [...]. Borstar tänderna två gånger. Borstar bort alkoholen och sköljer med munvatten för säkerhets skull.
(Herngren 2010, s 97)*

Så ser alkoholproblemet ut för Ingrid, ensamstående förälder och förskoleföreståndare, i boken *Jag ska bara fixa en grej i köket*. Ingrid arbetar, nattar barn, försöker få vardagen att fungera. Men hon behöver alkoholen för att dämpa ett skenande hjärta och oro i bröstet. För att orka. Eller för att slappna av. Ungefär samma sak beskriver respondenterna.

Man dricker av alla möjliga skäl, alldeles för ofta, för att koppla av, för att varva ner, för att varva upp, för att orka städa, för att orka [att] inte städa utan ligga och vila... (Veronica)

Kvinnornas egna tankar om sina alkoholproblem hänger samman med frågeställningen *Vad var viktigt i samtalsbehandlingen?* Den syftar till att få en bakomliggande bild av respondenternas situation när de kom till respektive terapeut.

Flera av respondenterna berättar att deras alkoholkonsumtion bottnade i psykisk ohälsa, framförallt depression.

Jag hade varit sjukskriven en period innan för depression och då försökte jag ta upp sådär med min läkare 'fast egentligen är det nog så att jag dricker för mycket'. 'Jaha ja, men...' ja det var ju på en vanlig vårdcentral, liksom... ja jag kom ingen vart med det... (Anna).

Anna förklarar vidare att hon tänker att läkaren som var ung kanske tänkte att det var jobbigt eller obehagligt att Anna tog upp alkoholkonsumtionen, eftersom anledningen till besöket var depression och Annas situation som nybliven flerbarnsmamma. Hon berättar i intervjun att hon vid nästa besök hos läkaren sa rent ut att det var alkoholen som var hennes huvudproblem och att hon då fick frågan om huruvida hon kunde "lösa det själv".

Enligt Göransson och Magnusson (2012) är det vanligt att läkares drog- och alkoholanamnes inte görs på ett tillfredsställande sätt. Författarna resonerar kring varför så är fallet och nämner det samhälleliga tabut som råder runt alkoholproblem. De nämner också en möjlig rädsla hos läkare att väcka skam och skuld hos patienten (s 61ff). Enligt Hensing (2012) har flera studier visat att det är vanligare att män får frågor om alkoholproblem än att kvinnor tillfrågas. Därför är det betydelsefullt att fundera över genuspåverkan även i sjukvårdens praktik och behandling, menar hon (s 225).

Även Karin berättar om en bakomliggande depression.

Alkoholproblemen kom nånstans i början av trettioårsåldern... då accelererade det där. Jag gick in i en depression, som jag inte visste att jag egentligen var inne i förrän jag väl var ute och kunde se det, några år senare, hur det låg till (Karin).

Att kvinnor med alkoholproblem ofta har samtidig förekommande psykisk ohälsa beskrivs såväl i WAG (*Women and Alcohol in Gothenburg*), se kapitel 3.1.1, samt i Rundbergs forskning om kvinnor med överkonsumtion (se kapitel 3.1.2.). Även Iorgulescus forskning visar att den psykiska hälsan i form av självkänsla korrelerar med alkoholkonsumtionen (kapitel 3.4.2). Också Laanemets nämner detta (kapitel 3.3.1).

Samtliga respondenter berättar om en alkoholkonsumtion som varit för hög i många år innan de sökte hjälp.

Alltså där ifrån 30-årsåldern så blev det ju från att det var varje helg till liksom även nån dag i veckan och sen blev det ytterligare nån dag i veckan... så det var inte varje dag men det var flera gånger i veckan. Sen gick jag igenom en separation och då kunde jag hålla mig ifrån alkoholen varannan vecka, när jag hade barnen... Så jag hade liksom inte nån riktig motivation att bryta helt... jag hade inte insikt om att problemen ändå var så allvarliga (Karin).

Jag förstod att jag drack för mycket, givetvis, och hade gjort det länge, under flera år. Men det var ju oerhört tufft att sätta ord på och ta tag i. Skamfyllt och jättejobbigt på alla sätt (Veronica).

Jag kände att jag inte kunde hantera det därför att jag sedan tidigare haft ett väldigt problematiskt drickande och då hamnat i svåra situationer men jag trodde nog att få barn var en universallösning... 'om jag blir mamma, då kommer jag inte att dricka så här'. Men [jag] hörde av mig till min samtalskontakt för att det kändes som att ha passerat en gräns som aldrig fick passeras; just att vakna upp bredvid sitt lilla barn och... liksom vara i det skicket och inte kunna ta hand om hen... det var två liv som inte fick mötas (Malin).

Jag har nog vetat i många år att jag har haft ett ohälsosamt drickande... från liksom när man började dricka som tonåring...sen blir det ju inte, det är ju inte ett jättestort problem kanske, innan man skaffar barn...det gick ju att hantera livet innan barnen liksom...men vid [yngsta] barnet mådde jag så dåligt...så fort jag inte var gravid längre så började jag dricka igen. Och just då hade det varit en period när jag druckit, liksom varje dag i kanske sex veckor. Så då kände jag...att nu, nu kommer det att gå dåligt (Anna).

När det gäller alkoholproblemen och bakomliggande orsaker bekräftar intervjuerna tydligt inte bara den ovan nämnda forskningen utan också det Hensing (2012) skriver om genuskillnader och psykisk ohälsa. Hon menar att många personer använder alkoholen för att dämpa ångest eller nedstämdhet. Paradoxalt nog skapar dock alkoholen också dessa problem och det blir lätt en ond cirkel. Depression och ångestrelaterade sjukdomar är mer förekommande hos kvinnor, vilket ger en högre sannolikhet att kvinnor med alkoholproblem också har psykisk ohälsa (s 224–225).

Ur ett systemteoretiskt perspektiv kan kvinnornas alkoholproblem ses som en symptomyttring, dvs det sätt på vilket den psykiska ohälsan manifesteras. Både inre system (den egna personen) och yttre system (här: familjen) strävar efter jämvikt, homeostas (Lundsbye et al 2007, s 59). Självmedicineringen med alkohol blir ett sätt att behålla den intrapsykiska jämvikten och i förlängningen även familjens relationella jämvikt. Så länge alkoholproblemet inte påverkar andra i familjen direkt eller indirekt, bibehålls jämvikten.

Ur detta tema väcks frågan om diskrepansen mellan forskning, vetenskap och professionellt agerande. På vilket sätt kan samhället hjälpa kvinnor med alkoholproblem tidigare?

6.1.2. Tema 2: Självbild utifrån genus, föräldraskap och alkoholproblem

- *Vad gör du för någonting? frågade han mannen, som han fann sittande tyst framför en rad tomma flaskor och en rad fulla flaskor.*
 - *Jag dricker, svarade han med dyster min.*
 - *Varför dricker du? frågade Lille prinsen.*
 - *För att glömma, svarade han.*
 - *För att glömma vad? undrade Lille prinsen, som redan tyckte synd om honom.*
 - *För att glömma att jag skäms, bekände mannen och hängde med huvudet.*
 - *Skäms över vad? frågade Lille prinsen, som gärna ville hjälpa honom.*
 - *Skäms över att jag dricker! slutade mannen som drack för mycket och försjök på nytt i tystnad.*
- Lille prinsen gick förundrad sin väg.*
(De Saint-Exupéry 2012, s 44f)

Antoine De Saint-Exupérys *Lille prinsen* gavs ut första gången 1946. Att den av alkoholproblem skam- och skuldtyngda mannen är just en man, är naturligt utifrån rådande tid. Omgivningen, i Lille Prinsens skepnad, vill gärna hjälpa till. Förförståelsen av alkoholproblem som något negativt finns inte. Inte heller någon värdering.

I en utopi utan den alkoholhistoriska bakgrunden (se kapitel 2), skulle möjligen en sådan omgivning existera. Men respondenternas erfarenhet är att omgivningen är dömande. De själva bär skammen och skulden precis som mannen i *Lille prinsen*. Skammen är dessutom kopplad till genus i respondenternas fall. ”En mamma super inte”. Temat hänger samman med frågeställningen *Hur upplever respondenterna omgivningens bild?*

Tema 2 a: Skuld och skam

Samtliga respondenter talar om en skam, kopplad till den egna bilden av hur en mamma ska vara. Relaterat till Beck-Friis (2005) beskrivning av skammen som sekundärkänsla, relaterad till en inre idealbild och kopplad till empatisk förmåga (s 115f) ger respondenterna slående

beskrivningar av just denna definition. Såväl Veronica, Anna och Malin talar om skammen över att alkoholproblemen eskalerat i samband med, eller återkommit trots, föräldraskapet och därmed också skulden gentemot barnen.

Det är ju också nåt som har känts väldigt skamfyllt, liksom 'varför började jag dricka för mycket sen de [barnen] kom in i mitt liv?' Det är ju jättehemskt. (Veronica)

Nämen att befinna sig i den situationen och bara 'här sitter jag och behöver behandling för att jag dricker för mycket när jag har [antal] små människor att ta hand om'...(Anna)

Jag har känt så himla starkt att hen förtjänar att behandlas med respekt, och det sättet jag har...liksom varit på, har inte varit respektfullt mot hen, känslan av att hen förtjänar bättre. Och den skammen har varit väldigt närvarande. (Malin)

Den skam som Kjellqvist (1993) beskriver som den vita (se kapitel 4.1.1), yttrar sig här i kontexten av den egna bilden av hur en borde vara som mamma (s 9, 28 f). Det är en skam som är kopplad till moderskapets genus. Wiklund och Damberg (2015) konstaterar att "om det har varit tabubelagt för kvinnor i allmänhet att dricka har det varit som att svära i kyrkan för mammor [...] när det kommer till föräldraskap och alkohol är glaset starkare laddat för mammor än för pappor" (s 108–109). Veronica och Karin utvecklar tankar kring modersrollen och skammen:

Det var mycket skuld och skam som jag behövde jobba med. Det var nog främst det här att vara mamma liksom och inte alltid ha kunnat finnas där på det sättet man har velat. Eller önskat. Mycket som har hänt som man inte hade önskat hänt, och så där.... (Karin)

Det var oerhört tufft att sätta ord på och ta tag i. Skamfyllt och jättejobbigt på alla sätt och vis. Skammen handlar ganska mycket om att vara kvinna...Att män super till och super för mycket...det har inte status men i mitt huvud var det mer okej. Men att vara kvinna och mamma och liksom yrkesarbetande och ansvarstagande och allt det här...så kändes det verkligen skamfyllt. (Veronica)

Tema 2 b: Upplevelse av omgivningens bild

Skammens genus blir än mer påtagligt när respondenterna talar om omgivningens bild av mödrar med alkoholproblem. Här finns också kopplingen till alkoholproblem i historisk kontext och till myten om Lilith; modern som den fallna kvinnan. Har hon alkoholproblem anses hon vara en sämre kvinna överlag. Moderskap och ärbarhet hör inte ihop (Castelow 2014). Karin talar om moderskapet och att ses som "failad". Intervjun med Malin visar att just synen på moderskapet och den ärbara kvinnan i hög grad fortfarande existerar. Både Karin och Malin talar om omgivningens reaktion på modern med alkoholproblem; i värsta fall står en helt utan stöd:

Det är mer skamfyllt om man är kvinna och inte kan, liksom, ta hand om sina barn och...jag passar mig ganska noga för att berätta det för vem som helst. Det är väldigt få som känner till det av vänner och familj, liksom...jag har också erfarenhet av gamla vänner, som vänt en ryggen och sådär, som [först] tyckt att 'okej, du har de här problemen men när jag då inte lyckats bli av med problemen så har de istället...[sagt] upp bekantskapen liksom. Så jag har ju fått känna på det också. Man återfaller ofta på det...man tänker att man har failat liksom, i mammorollen (Karin).

I alla fält i livet har jag ju verkligen känt att kombinationen av att vara kvinna och vara mamma och vara alkoholist, det är ingen som förväntar sig det. Det går på två håll, för på ett sätt kommer man undan med extremt mycket för det är ingen...alltså folk ser inte det uppenbara för man tänker att det inte kan vara så...men i den mån nånting kommer fram så är det direkt oförlåtligt och det finns ingen nåd i det (Malin)

Veronica nämner samhällsidealet och hur det påverkar även om en ser sig som jämställd, hur konstruktionen av genus ständigt är närvarande. Åter konstateras att föräldraskapet väger tyngre för moderns del, hennes roll (upplevs) innebära mer ansvar.

även om man är medveten om jämställdhet, så finns det ju ett ideal man är del av. För det handlar ju om det där mentala ansvaret som jag hävdar att kvinnor ofta går och bär med skola och presenter och det där jag hävdar att det ligger nåt historiskt arv och en måttstock för vad en bra mamma och pappa är; jämfört med min mans pappa är han alltid tio gånger bättre pappa, jämfört med min mamma är jag alltid tio gånger sämre. (Veronica)

I samtliga exempel visas på hur skammen används för att behålla den sociala kontrollen (Scheff 2008; 2014). Scheffs resonemang om labeling theory kan användas i denna kontext på så vis att så länge samhället ser modern med alkoholproblem som en dålig mamma, kommer hon att se sig själv så också. Även om det finns delar där hon är en enastående förälder kommer samhällets konstruktion att göra att hon brottas med den inre bilden (den vita skammen, se kapitel 4.1.1) av hur hon borde vara. Malin exemplifierar:

På föräldraforum på nätet, det enda folk sysslar med är ju nån slags skuldbeläggande 'men herregud, ger du det här till ditt barn' eller 'hur kunde du göra det här' och runt alkohol så är det ju till exempel då med amning och att dricka att folk är hysteriska liksom, bara nej, det är sjukt, fast vetenskapen säger ju att alkohol inte går ut i bröstmjölken. Sen ska man ju såklart inte vara full och amma ett barn, av andra orsaker. Men det är ju samma sak då, tycker jag som att en pappa eller en annan vuxen inte ska vara full och hålla ett barn, det är en dålig ide. Men liksom, kanske framför allt inom ett kollektiv av mödrar, skulle jag säga, att de som är allra bäst på att skuldbelägga mödrar är andra mödrar, att det reproduceras runt ...Ingen [ska] få tro att den ska få leva två liv på samma gång, utan har du blivit mor då ska du vara det, då är det på det här sättet. Och, i den miljön, när allting egentligen är förbjudet, då är det så otroligt stigma att dricka för mycket för det är så way out, det är inte att ge ditt barn yoghurt med för mycket socker i, det är liksom...så många övertramp på en gång. (Malin)

Ur tema 2 väcks frågor om hur mödrar med alkoholproblem ska våga söka hjälp för sina problem tidigare när såväl den internaliserade skammen som omgivningens bild, såväl ur historisk som nutida kontext, indirekt gör dem till mindre goda kvinnor.

6.1.3 Tema 3: Samtalsbehandlingen

"Du förändras hela tiden. Lite grann varje dag. Om jag kunde skulle jag föra bok över det."

"Om du är så smart, kan du då berätta hur jag har förändrats i dag?"

[...]

"Du har blivit lite lyckligare, men också en aning ledsnare."

"Det betyder ju att det upphäver vartannat så att jag är precis likadan."

"Inte alls. Det faktum att du blivit lite lyckligare i dag förändrar inte det faktum att du också blivit lite ledsnare. Var dag blir du mer av båda sakerna, och det betyder att du aldrig i hela ditt liv har varit lyckligare och ledsnare än vad du är just nu, i detta ögonblick."

(Krauss 2006, s 130-131)

I citatet från *Kärlekens historia* av Nicole Krauss sammanfattas såväl huvud- som underteman. Samtalsbehandling innebär förändring i hjärnan genom nya intryck, tankar och ord som färdas genom oss på medveten och omedveten nivå. Där vi är i stunden har vi aldrig varit tidigare. Vi är inte samma personer när vi lägger oss på kvällen som när vi stiger upp på morgonen; hjärnans plasticitet¹¹ gör att vi förändras rent fysiskt av de intryck varje dag ger

¹¹ Hjärnans plasticitet innebär att den är föränderlig och anpassar sig utifrån vilka intryck den utsätts för. Nya förbindelser mellan nervceller skapas och rent fysiska förändringar skapas i hjärnan.

oss. Dit hör allt som sker, även psykoterapi (Hjärnfonden 2018; Wiklund 2014). När Leo i boken säger att Alma aldrig varit lyckligare och ledsnare än hon är just nu, stämmer det. Lyckan och sorgen som den ter sig utifrån hur hjärnan är formad vid ett specifikt tillfälle, existerar bara i just det ögonblicket. Bemötandet gör något med den som söker terapi och lägger grunden till den allians Wampold (2015) och Miller & Bargmann (2012) skriver om. På samma sätt skapar samtal om föräldraskap, barnperspektiv och barnens perspektiv något som i förlängningen förhoppningsvis ska leda till förändring inifrån och ut hos den sökande.

Detta tema är kopplat till samtliga frågeställningar. *Bemötande* relaterar till frågeställningarna *Vad var viktigt i samtalsbehandlingen?* samt *Hur upplever respondenterna omgivningens bild av mödrar med alkoholproblem?*

Föräldraskap, Barnperspektiv och Barnens perspektiv hänger samman med frågeställningen *Hur har föräldrarollen berörts under samtalen?*

Tema 3 a: Bemötande

I bemötandet ryms såväl uttalade som outtalade ord. Enligt den språkssystemiska teorin pågår tre parallella samtal i ett rum med två parter; två inre och ett samtal mellan parterna. Varje människas upplevelse av verkligheten är sann, menar Andersen, även om de enskilda berättelserna skiljer sig åt trots att de yttre ramarna är desamma (Andersen, 2003 s 56f). I Anderson och Goolishian (2004, s 65f) refereras till Maturana och Varela som menade att ”varje språklig akt frambringar en värld som skapas *tillsammans med andra*” och att objekten i vår tillvaro skapas med och genom språk. Detta korrelerar med Scheffs (2008; 2014) teorier om skuld och skam; labeling och normalizing – hur vi talar om något påverkar hur vi ser på saken ifråga.

Malin berättar om vilken känsla hon fick av bemötandet hos sin terapeut:

Det har varit väldigt skönt för jag har upplevt att det inte finns det här dömande perspektivet, att det inte finns det här ’men det här är ju sjukt för du är ju mor, du får som mor inte göra det här’. Utgångspunkten är att jag är en person som inte själv mår bra av mina beslut och mitt sätt att agera, men det primära har liksom inte varit att... jag då blir dysfunktionell som mamma, utan att jag blir dysfunktionell som människa eller så. Sen så är det ju en bieffekt som kan få extremt allvarliga konsekvenser, att det går ut över barnet...men jag tror att det hade fått mig att sparka bakut ganska mycket, för att man känner att den här extremstarka förväntan finns och väldigt lätt ställer det i perspektiv till att det man säger till pappor inte är riktigt samma sak va, från många håll. Jag har inte haft någon psykologkontakt tidigare och jag drog mig länge för att söka hjälp, just för att jag trodde det skulle vara på ett visst sätt. Knutet till könsidentitet och genus har jag inte upplevt från [samtalsmottagningen] att det har varit liksom...styrande eller normativt.

Anna jämför sin senaste terapeut med en terapeut hon träffat tidigare utifrån alkoholproblemen:

Det var ju väldigt mycket mindre skuldbeläggande, upplevde jag, för det hade jag redan klarat av rätt bra själv liksom, det var ju en stor del av problematiken, min skuld i det hela. Jag kände aldrig att [senaste terapeuten] la skuld på det sättet. Sen fanns det ju ett ansvar, liksom, men det kan man ju göra på olika sätt. Ja, så det var väl mest att det inte var det här att man är en dålig människa som man redan tycker i det läget...det var väl det där att bara få finnas, att det var något icke-dömande...jag tror det var själva kärnkänslan och att jag fick nånstans fick styra även om jag fick viss hjälp; ’i dag vill jag prata om det här’. Så det var väl också det, att få vara så delaktig ändå.

Veronica uttrycker tankar om huruvida terapeutens genus kan ha påverkat bemötandet:

det var, just det här att bli respekterad och lyssnad till och inte...ingen som förfasar sig eller moraliserar utan jag kände att jag kunde prata om allt det där. Både om alkohol och föräldraskap och...alltihop. En otroligt skön...jag vet inte vad det har att göra med att jag då bara har träffat kvinnliga terapeuter, det har jag inte funderat på men nu tänker jag på om det... om det skulle varit annorlunda, det behöver det kanske inte ha men ändå känslan av att bara få slappna av i allt det där, att inte försvara, förklara utan bara berätta. 'Skulle hon vara tuffare mot mig?' liksom, men nej, jag tänker...eller jag vet ju att inte det funkar. För då ryggar man ju. För jag har ju aldrig nånsin hört nån som sagt 'nämen det är inte så farligt' utan det har ju varit tydlighet från första stunden, att det här är inte bra.

Karin som har erfarenheter av flera sorters behandlingar, talar om de två senaste, där behandlarna har haft psykoterapeutisk vidareutbildning.

de jobbade liksom med helheten och inte heller då så mycket fokus just på missbruket för det tycker de att vi kan så bra själva (skrattar). Det var väldigt bra faktiskt för det var lite grann också fokus på vem man är, vilka sidor som kommer fram i missbruket. Just att titta på vem är Karin, vad kommer fram i alkoholen och så kunde man liksom se vad jag saknar i mitt liv som nykter, och vad är det jag behöver och det tyckte jag var en hjälp så...liksom... och att jag fick lugn och ro att reflektera över mitt liv...och där också så blev jag av med den här skammen kring att jag är missbrukare och [yrke] och hela den här biten...jag kunde liksom, jag var öppen på jobbet och jag känner inte att jag skäms över det så det var många bra bitar som jag fick med mig men det var ändå bara en påbörjan av en process som sattes igång där...och sen så kände jag bara att jag måste ju ha en bra samtalsterapeut och där går jag i dag.

Samtliga respondenter talar om bemötandet som något som är öppet och icke-dömande, samtidigt som allvaret i respondenternas situation ändå finns med från terapeutens sida. Återigen går detta att relatera till Scheff om labeling och normalizing (2008; 2014). Om terapeuten förhåller sig till den sökande på ett normaliserande men ändå tydligt sätt, byggs en känsla av förtroende. Det korrelerar också med Wampolds (2015) forskning om common factors och den kontextuella modellen (se kapitel 3.4.1) där första behandlingstillfället beskrivs som varande av stor signifikans för den fortsatta kontakten. Även det språkssystemiska tänkandet och feministisk språkaktivism (se kapitel 4.4.1 och 4.4.2) ryms här – om terapeuten på något sätt med ord eller kroppsspråk visar att hen dömer eller utgår från idén om kön eller genus som orsak till den sökandes agerande/problematik, påverkas upplevelsen av bemötandet.

Veronica talar om sina egna funderingar utifrån att ”göra kön” (se kapitel 4.2.1) men konstaterar samtidigt att det inte hade varit hjälpsamt om terapeuten agerat annorlunda. Här kan också ses en koppling till den feministiska familjeterapin (se kapitel 4.4.2) och idén om att terapeuten i någon mån måste vara aktivist och förhålla sig till samhällsordningen på ett icke-reproducerande sätt av patriarkala normer (Hare-Mustin 2003, s 3f).

Utifrån temat Bemötande väcks frågor om hur stor genusmedvetenheten hos terapeuten behöver vara: att ha ett icke-normstereotyp reproducerande förhållningssätt men samtidigt vara tydlig med problemets allvarlighetsgrad.

Tema 3 b: Föräldraskap

Jag var märkt för livet, en berusad kvinna, så föll jag där i Hässelby Gård, sjönk till botten och skammen var min.

En fyllkärning.

Ansiktet flammigt i spegeln på toaletten i Hässelby, jag kräktes i badkaret.

[...]

Jorden välte omkull. Det finns inga ursäkter, finns inga ursäkter. Gjort är gjort.

En ung kvinna av min generation som ger sig hän, släpper loss, en sådan styggelse, obetalbar skuld.

En kvinna som dricker och hon var jag.

Fyllkärningen.

(Malmsten 2000, s 38)

Alla som arbetar i verksamheter som på något sätt berör barn och unga, även om de bara möter föräldrarna, är enligt skyldiga att göra en orosanmälan enligt 14 kap 1 § Socialtjänstlagen vid misstanke om att barn far illa. Det gäller även privatpraktiserande terapeuter. Anmälningsskyldigheten måste benämnas av terapeuten vid samtal med föräldrar (och/eller barn).

jag började nog få den oron, när jag sökte, liksom. När jag märkte att jag inte drack för att jag ville dricka utan att nu dricker jag för...alltså jag kände verkligen såhär 'nu måste jag dricka'... Det blev så tydligt för mig, för det var nåt jag inte hade upplevt från att 'det är gott att dricka, jag gillar att vara full', till att 'jag behöver dricka'; så sett hade kanske inte den fasen varit så lång men, den blev så väldigt tydlig...och då är det klart att man tänker 'men barnen?' Det tog ju [terapeuten] upp, första gången, att du fattar väl liksom att de har anmälningsskyldighet från förskolan och så och jo jo, det fattade jag ju... (Anna)

Socialtjänsten har också varit lite inkopplad vid tillfällena, och då, jag tycker nog att de har lämnat mig utanför, känt mig åsidosatt, liksom att 'bara för att du har ett missbruk, då talar vi med den andra vårdnadshavaren som fungerar, liksom'...jag tycker det är olyckligt för att det hade kunnat vara bättre redan då med vissa samtal, att barnen blev sedda i [även socialtjänstens] samtal med mig och såhär... säg att jag fungerat på 90 procent som förälder och så är det de där tio liksom, men ändå blir man helt förkastad liksom, när man har ett missbruk. (Karin)

Såväl Anna som Karin beskriver dubbelheten i att måna om sina barn parallellt med önskan att bli sedd som en good enough förälder utifrån de delar av ens föräldraskap som är fungerande. Scheff (2008; 2014) om labeling – normalizing är viktig även här. Ingen är sitt missbruk (se kapitel 2.2.4). Här är också Trulssons studie (1998, se kapitel 3.2.1) om att föräldraskap och barn har en mer framträdande roll i kvinnors berättelser viktig att beakta; inte minst utifrån Trulssons slutsatser kring att samhällets genusnormer påverkar hur föräldraskapet samtalas om (1998, s 126ff).

Samtliga respondenter säger att samtal runt föräldraskapet funnits med i de senaste terapeutiska kontakterna. Även att tala om sådant som känns skamligt har rymts utan dömande. Att ha det utrymmet, och att få definieras som förälder snarare än mamma, har varit viktigt:

Det var ju inte så att jag raglade och inte liksom...däremot så kanske jag somnade när jag nattade barnen på ett sätt jag inte skulle gjort annars, jag kanske glömde saker, och det var ju nåt som barnen sa, sådär, kunde säga dagen efter att 'men mamma, det här berättade jag ju i går, minns du inte att vi pratade om det?' Jättepinsamt. Men...för i och med att jag gått i samtal och sen höll upp och sen gick jag [på samma mottagning igen] för ett och ett halvt år sen, så har jag ju liksom haft perioder, jag kan ju relatera till ganska nyliga situationer som har hänt när de har liksom...sett, så... de var ju jättenärvarande [i samtalen], det har jag inte tänkt på (skrattar) att det var ett uppdrag [terapeuten] hade. Det var ju delvis jobbet och sen det som möter en när man kommer hem. För på jobbet dricker jag ju inte (skrattar). Så jag...just det pratade vi ju jättemycket om, vad

händer när jag öppnar dörren. Jag [har] uppfattat det som att de jag har mött har liksom ett...de har inte tillskrivit någon slags moderskapsroll, att det förväntas nåt utifrån det, det har varit som förälder. Och för mig är det väldigt, väldigt viktigt. (Veronica)

Återigen har jag känt där att det har varit skönt att vi inte bara har pratat om [föräldraskap] för det hade inte varit hjälpsamt för mig att bara fokusera på den delen. Sen har det ju varit en stark motivationsfaktor, för varför jag måste lösa det, men vi har ändå pratat mest om mig...som bara individ. Inte en individ med ett barn. Nu har det gått tillräckligt lång tid för att jag börjat kunna känna att...jamen typ såhär att jag tappar det som alla föräldrar gör ibland och man orkar inte men att jag...jag skäms inte på samma sätt för att jag gör det och jag har fattat varför jag gör det och jag har inte längre svårt att berätta för folk hur jag är i mitt föräldraskap för innan har det funnit en enorm tystnad, jag har inte kunnat säga nånting för det finns den där sjuka stora grejen som jag inte säger, som egentligen utgör kanske roten till så väldigt mycket förtvivlan...Det skulle vara det jag vill förmedla i så fall, att 'du behöver inte vara ensam, det finns liksom möjlighet att hitta ett sammanhang där du kan prata utan att behöva filtrera dina ord och det som är förbjudet att säga, för man kanske kommer med bekännelser till en annan mamma som typ känner igen sig men man har ju fortfarande känslan att man behöver hålla det på en ganska oskyldig nivå, man kanske erkänner att 'ja jag skrek på mitt barn i går'; det får man säga. Man säger inte 'jag fick lite panikångest igår kväll så jag svepte en flaska vin'; men det finns ett forum där man kan säga det utan att bli dömd. Så sök hjälp. (Malin)

Utifrån temat Föräldraskap väcks frågor om i vilken mån terapeuter och socialtjänst i stort behöver hitta en balans i hur det talas om föräldraskap? Ingen är sitt missbruk och de flesta som inte fungerar som föräldrar fullt ut har ändå fungerande delar. Hur kan de professionella behandlarna se barnens behov men också föräldrarnas förmågor?

Hur medvetna behöver terapeuterna vara om huruvida de gör kön eller ej; ser de på mödrar på andra sätt än fäder utifrån historiskt och nuvarande genus?

Tema 3 c: Barnperspektiv

*...om föräldrarna inte kan ta hand om barnet på ett bra sätt så ska barnet få hjälp av någon annan vuxen. Ett barn som ingen tar hand om eller som har blivit vanvårdat (= ingen har brytt sig om barnet och pysslat om det och givit det mat att äta) har rätt att få hjälp för att må lite bättre. Och få någon som bryr sig om det varje dag.
(Stalfelt 2009, s 16-17)*

Som tidigare nämnts, under kapitel 1.1.1, är barnperspektivet lagstadgat (Barnombudsmannen 2018). Barnets rättigheter ska beaktas och barn ska skyddas från vanvård, övergrepp och utnyttjande. Barnperspektivet utgår från FN:s barnkonvention, vilken i Pernilla Stalfelts bilderbokstappning citeras ovan. Att den behandlande terapeuten har ett barnperspektiv innebär att samtal om barnen ska ske om den sökande är förälder eller på annat sätt barns primära omsorgsperson. Det gäller även vid missbruksproblematik (Socialstyrelsen 2012, ss 7-8).

Karin har tidigare haft kontakt med beroendemottagningar inom sjukvården. I intervjun säger hon att skillnaden också har varit att beroendemottagningarna haft fokus på hennes missbruk, inte på hennes samtida föräldraskap. Hon berättar att det först är vid de två senaste terapeutiska kontakterna barnen har benämnts i samtalen.

Barnen fanns kanske med en del men med de här sjuksköterskorna var det inte så mycket. Nu har jag ju fått annat stöd och nu när jag har varit nykter i sex månader så ska även [barnen] följa med. Och då ska vi träffa min terapeut tillsammans med en annan. Men jag tycker att jag faktiskt fått väldigt lite hjälp genom åren...det är olyckligt för det hade kunnat vara bättre redan då. (Karin)

Veronica nämner barnen som en motivator att söka samtalshjälp. Trulssons (1998) studie tar också upp detta; att en drivkraft för kvinnor att sluta missbruka är föräldraskapet (ss 84, 86). Såväl Anna som Malin tar också upp att barnperspektivet varit närvarande i den senaste samtalskontakten.

Det var väl där nånstans i början där jag fick lägga upp nåt slags mål, du vet 'därför är jag här' och då återkom vi till det; 'där är [barnen]' och det var ju jättejobbigt fast nödvändigt tror jag. (Anna)

Under intervjuerna konstaterar samtliga respondenter att barnperspektivet funnits med i behandlingen, men också att de inte kan se att det är terapeuten som lyft in det eller att terapeuten varit tydlig med att detta är något hen måste göra då en förälder går i samtal. Respondenterna säger att barnperspektivet föll sig naturligt då föräldrarollen var en del av dem; att det gjordes tillsammans med terapeuten, utifrån lika ansvar eller att det var de själva som lyfte in barnperspektivet i samtalen.

Värt att notera är att det i *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* (2017) hänvisas till vägledningarna (2009; 2012) om bl. a barnperspektiv i beroende- och missbruksvård där det uttryckligen står att

I alla situationer där professionella möter personer med missbruk och beroende som är föräldrar eller lever med barn, måste barns och ungas situation uppmärksammas och deras rättigheter, behov av hjälp och stöd tillgodoses. För missbruks- och beroendevården räcker det inte att i utredning och behandling ha fokus på enbart missbruket, utan även på hur det har påverkat och påverkar relationerna och samvaron i familjen. Frågor om föräldraskap och stöd till anhöriga kommer därmed naturligt in [...] En förälders missbruk eller problematiska alkoholvanor påverkar barnen, hela familjen och samvaron. Vardagen kan påverkas, det känslomässiga klimatet, konfliktnivån, förutsägbarheten och föräldraansvaret (Socialstyrelsen 2012, s 7) .

Här talas alltså om ett systemteoretiskt tänkande, dvs att barnen finns med som del i familjen och behandlingen oavsett om föräldern är ensam med terapeuten i samtalsrummet. Socialstyrelsen använder ordet "måste". Inte "ska" eller "bör". Hur kan det då komma sig att respondenterna inte upplever att detta uttryckts från terapeutens sida? Utifrån det respondenterna säger finns flera presumtiva tolkningar. En är att terapeuten genom yrkesskicklighet och allians, som beskrivet i Wampolds (2015) resonemang om common factors, och i ett språkligt icke-dömande samtal (Anderson 2015) lyft in barnperspektivet men inte poängterat att det är ett måste. Ett annat är att respondenterna noterat att anmälningsskyldigheten är ett måste, men inte barnperspektivet, även om terapeuten sagt det. Ett tredje är att terapeuten de facto inte har lyft och tydliggjort barnperspektivet separat från föräldraskap, då områdena tangerar varandra och hör samman.

Utifrån temat Barnperspektiv väcks frågor om terapeutens tydlighet relaterad till respondenternas upplevelser.

Tema 3 d: Barnets perspektiv

*Juni tänker på mamma.[...] Det är sällan hon skrattar längre. När Juni frågar varför säger mamma att hon är trött. Juni är också trött. Hon vill hjälpa mamma, göra henne mindre trött och glad igen.[...] Vara osynlig och låta mamma vara ifred. Backa bakåt in i sitt rum, in till sitt lilla skrivbord där hon pysslar med sitt pyssel och skriver i sin skrivbok som hon gömmer längst in i skrivbordslådan. Hon skriver att hon önskar att det räckte med henne, med Juni, för att mamma ska vara glad. Att hon var till mindre besvär och inte så jobbig. Det måste vara jobbigt att ha barn, väldigt jobbigt.
(Herngren 2010, s 292-293)*

Barnets perspektiv skiljer sig från barnperspektivet såtillvida att det handlar om att göra barnets röst hörd utifrån hur barnet upplever världen. Det kan antingen göras genom att barnet är med i samtal eller att föräldern med terapeutens hjälp får föreställa sig, mentalisera, hur det är att vara barnet. Barnets perspektiv illustreras av Juni i citatet ovan. Barnperspektiv, å andra sidan, handlar om den lagstadgade skyldigheten att se barnets behov och dess rätt till information, mer av ett vuxenperspektiv (se föregående avsnitt).

Vi har pratat om att mitt barn varit så pass litet att jag fortfarande har chansen att...hen behöver inte komma ihåg det här. Jag känner att det finns saker som har hänt som är helt oförlåtligt, jag kommer aldrig att förlåta mig själv för jag har brustit väldigt mycket i mitt ansvar. Jag vet att, fastän hen var så liten, så vet jag att hen har kunnat avgöra när jag har varit berusad, och det har också funnits det konstiga i att hen har...liksom varit den enda som har känt till det här. Jag har ju inte dolt det för hen för varför skulle jag dölja nånting för ett litet barn? Men jag vet exakt, alltså jag har kunnat märka på hen att hen fattat skillnaden. Och jag märker att hen har en större tillit till mig nu så jag tror att...även om det kan finnas kvar som dov minnesbild i hen tror jag inte att hon kommer att behöva veta om det och min målsättning nu är typ att hen aldrig någonsin ska se mig berusad. (Malin)

Av respondenterna är Malin den som tydligast beskriver hur barnets perspektiv har varit närvarande i samtalen. För att åskådliggöra de olika närståendes perspektiv ställs inom den systemiska terapin ofta cirkulära frågor (frågor som ställs till en person, men involverar andra personer som är del av systemet). Utifrån att nå barnets perspektiv kan de cirkulära frågorna hjälpa föräldrarna att mentalisera barnet, dvs. att se sig själva utifrån och barnet inifrån (Wallroth 2013, s 12ff).

Frid Hansen, utvecklare av Familjeorienterad rusbehandling (se kapitel 4.4.3) menar att hennes erfarenhet är just det Malin beskriver; att barnet ser föräldrarnas påverkan innan andra gör det. Hon beskriver hur viktigt det är att bekräfta barnet och möta barnets världsbild. Hon betonar också vikten av barnets rätt till information; något som kan ses som både barnperspektiv och barnets perspektiv. Adekvat förklaring och information kan påverka barnets symptombild i positiv riktning, menar hon. Motsatsen gäller för avstannad information (Lewinsky 2017, s 24f). I det skönlitterära citatet ovan med Juni, skulle kunna sägas att om någon sett Junis perspektiv och gett henne adekvat information hade hon inte känt att mammas mående var hennes ansvar eller fel.

Utifrån detta tema väcks frågan om hur terapeuter som redan arbetar systemiskt ytterligare kan åskådliggöra barnets perspektiv.

6.1.4 Tema 4: Hjälpsamma faktorer i behandling

*Tro mig när jag säger att skammen och rädslan inte tål den sortens starka samhörighet mellan människor. Det är just därför som mod, medkänsla och samhörighet är de redskap vi behöver på vår resa mot ett helhjärtat liv [...] Mod, medkänsla och samhörighet är de gåvor som kommer till oss när vi vågar vara operfekta.
(Brown 2017, s 33)*

Enligt den forskning som finns om betydelsen av common factors spelar inte terapeutisk inriktning roll; det är den sökandes upplevelse av hjälpsamhetsgrad som är avgörande (Wampold 2015). Genom feedback från den sökande kan terapeuten få utökad kunskap om vad i det som just hen själv gör som är hjälpsamt (Bertolino, Bargmann & Miller, 2014 s 21ff). Det här temat knyter an till frågeställningen *Vad var viktigt i samtalsbehandlingen?*. Samtliga respondenter talar om att bli sedda, bekräftade och lyssnade på. Om vikten av att få vara ”hela” sig: inte mamman, kvinnan, missbrukaren, hon med alkoholproblemen. De talar om att få vara människa.

När jag fick träffa [den senaste terapeuten], den upplevelsen är jättestark för hen blev verkligen allt för mig... Jag fick nog ändå ganska mycket bekräftelse, som jag hade jättesvårt att ta men som ändå gjorde att jag orkade, liksom, att det ja...mycket bemötandet, och jag kände ju att jag blev tagen på allvar och lyssnad på. Och fick väl också till mig att, ja, hur ska jag uttrycka det, .att få lov att känna något över huvud taget, vara ledsn, vilket jag var...jag var jätteledsn och...jag har nog inte varit så van vid att få lov liksom, att 'här är jag, det är jobbigt'. Vi pratade ju en del om min man också men jag upplevde aldrig att det var nån jämförelse, att jag skulle ha större skyldigheter liksom, det var väldigt skönt. (Anna)

Att bara få slappna av i allt det där, att inte försvara, förklara utan bara berätta allt som det är. Det eländiga, skamfyllda, fula, pinsamma men också...massa andra saker. Det här, vi pratade mycket om att förstärka det som fungerar i livet och är bra, och styrkor och goda vanor och allt sånt där. Så det var väldigt...jag upplevde det ofta som väldigt befriande, att jag liksom blev befriad från skulden, om man säger så. Och som jag själv la på mig. Vi pratade om alla delar. Det gjorde vi verkligen. Och det kunde jag känna som såhär ibland i början att 'men det här har ju kanske inte med mina alkoholproblem att göra' (skrattar), liksom att man skulle prata strikt om det...men det var ju väldigt skönt att det inte fanns att det här ska bort och det ska bort, nu ska vi bara prata om...det har ju säkert sin funktion om man går i KBT och ska fokusera just på bara glaset eller vad det nu är. Men jag upplevde det som att det var skönt, att få prata om alltihop, och det var ingen stress i det. (Veronica)

Respondenterna nämner åter vikten av att terapeuten är medveten om den historiska, samhällseliga, skuld och skam de kommer in med i samtalsrummet (se kapitel 2.1; 4.1) och behovet av att få bli avlyft den. De är också överens om att samtal med enbart alkohol- eller föräldraskapsfokus inte hade varit lika hjälpsamt. Flera av dem nämner också tidsaspekten, att det inte är ett begränsat antal gånger de går i terapi. Malin exemplifierar:

Kontinuitet, att man då kan jobba med saker över väldigt lång tid, och att det inte är så här, liksom, att allting måste lösas på en gång, utan att liksom bygga upp för nån slags möjlighet till förändring på sikt med nånting som också ska funka på lång sikt, som till exempel att jag slutade dricka från en dag till en annan när jag blev gravid, det är ju en väldigt snabb lösning på nånting, det är ju bara att sluta dricka. Vilket då blev väldigt tydligt när jag började dricka igen, att på nåt sätt har man bara behandlat symptomet...och då kan man på nåt sätt...då kommer det tillbaka till så här att ha ett icke-dömande förhållningssätt för att...alltså att det inte finns det här dömandet över att 'jamen nu har du gått här i tre månader, och du dricker fortfarande lika mycket, när ska du sluta med det, ska du börja gå på antabus nu, ska du...'. Det har verkligen tagit tid och det har gått upp och ner...

Respondenternas svar om vad som har varit hjälpsamt handlar i princip om just det som sägs i Wampolds forskning om common factors (2015): relationen mellan terapeut och den sökande,

en gemensam arbetsplan, tankar om mål och hur dessa skulle uppnås, samt terapeutens professionella kunnande. Svaren utifrån hjälpsamhetsgrad kan också kopplas till språkssystemiskt tänkande och genusteori, då samtliga respondenter betonar att de inte upplever att terapeuterna på något sätt bemött dem utifrån genus eller kön (se kapitel 4.2) under behandlingen. Det har handlat om att få vara sig själva.

Utifrån temat om vad som har varit hjälpsamt i behandlingen väcks frågor om hur utbredd medvetenheten om common factors, feedback och ett icke genusnormativt förhållningssätt är bland samtalsbehandlare.

6.1.5 Tema 5: Icke hjälpsamma faktorer i behandling

Jag går mot vägen, förbi grannarnas hus, alltid samma väg. Hon har slutat att följa med. Känner mig ensam i världen. Den är tyst, förutom skramlet från tåget långt borta. Jag ser upp mot himlen, det går inte att avgöra om där finns moln. [...] det är någon annanstans jag vill, bara inte kvar i detta (von Krusenstjerna 2004, s 36).

Att inte känna sig sedd, mött eller bekräftad skapar en osäkerhet såväl i livet som i samtalsbehandling. Att bli bekräftad handlar inte om att någon håller med, däremot om en upplevelse av att känna sig lyssnad på. I Feedback-informerad terapi (se kapitel 4.5) betonas vikten av att som terapeut inte vara för säker på att samma bemötande och metod passar alla sökande, då det snarare leder till att effektiviteten planar ut. Terapeuter som är intresserade av feedback från klienterna utvecklas också effektivitetsmässigt (Bertolino, Bargmann & Miller 2014, s 27-29). Detta tema hänger också samman med frågeställningen *Vad var viktigt i samtalsbehandlingen?*.

I de fall respondenterna upplevt icke hjälpsamma faktorer betonar de alltför ensidig behandling, till exempel med enbart alkohol- eller beroendefokus, behandling där respondenten upplevt att utföraren inte haft adekvat samtalskompetens eller behandling som varit skuldbeläggande och genusnormativ.

Hade jag mött nån, som inte hade liksom ett...jämsällthetskunskap, då hade jag nog...det hade varit väldigt jobbigt. Då hade jag nog ryggat...då hade jag gått tror jag. Och det handlar ju liksom om normer och värderingar, och där förutsätter jag nog att en professionell oavsett om det är läkare eller terapeut eller lärare ska ha vissa normer och det är...så är det ju i vårt samhälle. Men sen att det de facto ser annorlunda ut... (Veronica)

Detta har jag ju tagit upp med [den andra terapeuten] då, som jag träffade sen, att först träffade jag en [terapeut], som jag upplevde var väldigt så där hård...du vet bara 'men du är ju alkoholist, du får ju sluta dricka, ta ett vitt år, fundera på om du kan dricka'..., ja det var väl nånting i tonen som gjorde att jag kände mig ganska så...jamen nermonterad, jag kände såhär 'men nu har jag sökt hit, jag vill ha hjälp', jag tyckte nog ändå att jag var lite duktig, liksom (skrattar) och så kände jag genast bara såhär 'men vad håller du på med, skärp dig' ungefär. Om det ligger i min upplevelse eller i hans bemötande eller en kombination det kan man ju inte veta. Men då blev jag mer mamma [i samtalet]. Och dålig. (Anna)

Återigen betonas därmed vikten av bemötandet.

Utifrån detta tema väcks frågor om hur terapeuter kan bli medvetna om eventuell samhällelig och historisk genusnormativitet hos dem själva och hur denna uttrycks i samtalen.

Vem blir jag i terapirummet?

7. Slutsats och avslutande diskussion

Studien syftar till att undersöka upplevelsen av samtalsbehandling hos mödrar med alkoholproblem. I uppsatsen används ordet upplevelse som något en individ är med om, tar in och som påverkar det hen känner, tänker och hur hen är. Det kan vara ett skeende i stunden eller över längre tid.

Det övergripande syftet med studien är att undersöka hur mödrar med alkoholproblem upplever samtalsbehandling samt om gemensamma teman finns i mödrarnas berättelser. Om så är fallet, avser uppsatsen att med utgångspunkt i dessa teman kopplade till teori undersöka om temana kan vara av generell relevans för samtalsbehandling av mödrar med alkoholproblem.

7.1 Frågeställningar och respondenternas berättelser

Studiens frågeställningar är följande:

1. Vad var viktigt i samtalsbehandlingen?
2. Hur har föräldrarollen berörts under samtalen?
3. Hur upplever respondenterna omgivningens bild av mödrar med alkoholproblem?

7.1.1 Vad var viktigt i samtalsbehandlingen?

Flera av respondenterna berättar om en bakomliggande psykisk ohälsa och förändrad livssituation i och med föräldraskap, vilket de säger har påverkat en ökad alkoholkonsumtion. I terapin har de kunnat tala om detta också och inte bara alkoholproblemen. Samtliga respondenter berättar om att upplevelsen av att få vara en mångfacetterad människa är viktig för att samtalsbehandlingen ska känna hjälpsam. De talar om vikten av att inte reduceras till enbart mamma/alkoholberoende/barnens primära omsorgsperson.

I de fall några av respondenterna har haft kontakt med behandlare som enbart har inriktat sig på alkohol har de upplevt det mindre hjälpsamt.

Det icke-dömande förhållningssättet från terapeuterna har varit centralt för upplevelsen av hjälpsamhet. Att en av terapeuterna tilltalat en av respondenterna i termer av att hon som mamma behövde ”skärpa sig” och därmed gjorde en genusnormativ värdering upplevdes negativt och förminskande av respondenten.

7.1.2 Hur har föräldrarollen berörts under samtalen?

Respondenterna har upplevt att det har varit hjälpsamt att samtala runt föräldrarollen, snarare än modersrollen. Föräldraskapet och föräldrarollen har lyfts i samtliga behandlingskontakter. Så har även terapeutens anmälningskyldighet.

Dock upplever ingen av respondenterna att terapeuten har talat om barnperspektivet som en skyldighet att ta upp. Samtliga respondenter säger att barnperspektivet lyfts av dem själva, eller terapeuten och dem tillsammans.

När det gäller barnets perspektiv är det en av de fyra respondenterna som upplever att det tydligt har berörts i samtalsrummet. En annan av respondenterna konstaterar att hon i sin senaste terapeutiska kontakt blivit tillfrågad om att ta med, och involvera, sitt barn till behandlingen.

7.1.3 Hur upplever respondenterna omgivningens bild av mödrar med alkoholproblem?

Flera av respondenterna talar om en genusnormativ distinktion mellan män och kvinnor, pappor och mammor, med alkoholproblem. Att vara kvinna med alkoholproblem är illa, men att dessutom vara mamma ännu värre, menar respondenterna. Skulden och skammen som förmedlas finns såväl allmänt i samhället som i den nära omgivningen, uttrycker de. De uttrycker att det inte finns någon att tala med om problemet eftersom det är så skamfyllt. Ett par av respondenterna talar om såväl rädsla som erfarenhet utifrån att vänner och bekanta tar avstånd om de får veta.

De betonar att det varit viktigt att terapeuten haft en förförståelse för detta, för att på så vis kunna hjälpa respondenterna att bli avlyft skammen och skulden genom att göra den talbar.

Flera av respondenterna vittnar också om att terapeuternas bemötande har gett dem hopp om att kunna hantera sitt alkoholproblem.

7.2 Diskussion utifrån uppsatsens syfte

Syftet med uppsatsen, att undersöka hur mödrar med alkoholproblem upplever samtalsbehandling, är nått. Validiteten enligt kapitel 5.4.1 är uppnådd men existerar enkom i denna kontext då det är en kvalitativ studie. Detsamma gäller generaliserbarheten enligt kapitel 5.4.4, som är situerad, situationsspecifik. Att studien baseras på intervjuer med fyra respondenter är en svaghet även utifrån den situerade generaliserbarheten och beror på svårigheterna enligt kapitel 5.5.3. Som tidigare nämnts finns en parallellitet här; svårigheterna har enligt min hypotes att göra med uppsatsens tema och den samhälleliga skam som omger det.

Jag avsåg att undersöka om det fanns gemensamma teman i de intervjuades upplevelser. Detta gjordes med tematisk analys enligt Braun och Clarke, se kapitel 5.5. Trots att de fyra respondenterna gått hos olika terapeuter uppdagades tydligt gemensamma teman, se kapitel 7.1.

I relation till teori och forskning visade sig dessa teman enligt min mening ha generell relevans för samtalsbehandling av mödrar med alkoholproblem. Den generella relevansen är kopplad till synen på kvinnor rent historiskt (se kapitel 2.1) såväl som till teorier utifrån familjeterapi, språk, genus, feminism och missbrukspsykologi samt common factors och feedback. Detta diskuteras i kapitel 7.3. De identifierade temana gav i sin tur nya frågeställningar, vilka diskuteras i kapitel 7.4.

7.3 Generell relevans

Respondenterna vittnar om den känsla av skam och skuld som är förenad med samhällets och den egna bilden av hur en mor bör vara. Oaktat om en väljer att koppla det till historia i kontexten av Lilith och den fallna kvinnan genom historien där sexualitet, alkohol och ett bristande moderskap korrelerar, är det något den behandlande terapeuten bör vara medveten om. Samma historiska kontext finns inte vad gäller manligt kön eller genus (se kapitel 2.1), varför samtalen med kvinnor kräver denna kunskap från terapeutens sida. Terapeuten behöver också kunskap om den sociologiska aspekten av skam (se kapitel 4.1.2) samt den internaliserade skammen och skulden (se kapitel 4.1.1) och att även denna yttrar sig olika för kvinnor och män, relaterat till såväl historia som kön och genus i alkoholproblematikens kontext.

Vad gäller bemötande talar respondenterna om att få finnas med hela sig själva, inte bli bara mammor med alkoholproblem i rummet. Det kräver också en medvetenhet av terapeuten om hur hen själv ser på personer med problematisk alkoholkonsumtion; vad ryms för människobild hos terapeuten? Även detta är kopplat till genusmedvetenhet och förförståelse (se kapitel 4.2; 5.2).

Forskningen om common factors och teorin bakom Feedback-informerad terapi (se kapitel 3.4; 4.5) visar också på vikten i terapeutens bemötande. Det som är hjälpsamt är inte metod, utan känslan av att bli sedd, lyssnad på och icke dömd, enligt respondenterna. Det icke-dömande förhållningssättet men med samtidig förmedling av rimliga etiska värden och normer, tas också upp i den etiska koden för psykoterapeuter (Akademikerförbundet SSR 2014, s 12). Utifrån bemötandet är det också viktigt att terapeuten utvecklar ett sätt att ta reda på huruvida den sökande upplever samtalen hjälpsamma, någon form av feedback-orienterad kultur där också den sökande känner att hen kan vara ärlig. FIT, som inte är en metod utan ett förhållningssätt (se 4.5.1) är ett sätt, men det finns fler. För att det ska bli hjälpsamt måste även terapeuten vara bekväm med den feedbackkultur hen förhåller sig till.

Att det är viktigt med ett systemiskt perspektiv (se kapitel 4.4) där även eventuella partners och barn är delaktiga oaktat om de är närvarande i rummet eller ej, talar respondenterna också om. Fokus på föräldraskap (åter – inte moderskap utifrån stereotypen) och barnperspektiv är viktigt för att kunna lyfta av sig något av skam- och skuldbördan. Även här bör terapeuten fundera över sin syn på föräldraskap och barnperspektiv, men också barnets perspektiv och hur det kan lyftas in ytterligare i rummet. Vikten av att den hjälpsökande som är förälder också vet att hen inte kan välja att inte tala om barnen, oavsett vad hen söker hjälp för, är oerhört viktigt, då detta de facto är en skyldighet terapeuten har. I denna kontext spelar också medvetenhet om det egna språket, ordval som kan vara reducerande, genus- eller heteronormerande stor roll.

Slutligen framkommer i respondenternas berättelser tankar om samhällets strukturer (åter med koppling till skuld och skam) som relaterar till den feministiska familjeterapin (se kapitel 4.4.2) där aktivism inte handlar om radikalitet utan om medvetenhet. Terapeuten bör inte reproducera en samhällsnorm som innefattar kvinnans underordning. Det kräver en medvetenhet om bilden av kvinnans kön och genus i historisk såväl som nutida kontext (se kapitel 2.1).

7.4 Vidare frågeställningar

Nedan beskrivs de frågeställningar som tas upp under respektive tema i kapitel 6.1.1 – 6.1.5. De är strukturerade utifrån huvud- och delfrågor. Jag har valt att skriva dem som frågor terapeuter eller andra professionella kan ställa till sig själva. På så vis åskådliggörs de egna normerna och värderingarna vilket är av vikt utifrån den generella relevansen i kapitel 7.3.

1. Hur kan jag ställa frågor om alkoholkonsumtion och våga fråga vidare även om det känns obekvämt, om jag möter en kvinna som söker hjälp utifrån psykisk eller fysisk ohälsa?
2. Vad har jag för egna tankar om kvinnligt och manligt, kön och genus?
 - Vilka genusnormerande stereotyper reproducerar jag i mina samtal; medvetna eller omedvetna?
 - Vad väcker ordet feminism i mig?
3. Vad har jag personligen för syn på kvinnor och föräldraskap i relation till alkoholproblem?
 - Gör jag själv en distinktion mellan mödrar och fäder här?
 - I vilken mån finns den historiska kontexten med som en komponent i min bild som terapeut?
 - Hur kan jag ha ett icke-dömande förhållningssätt gentemot den jag söker och också se hens förmågor, men samtidigt vara tydlig med mina lagstadgade skyldigheter och barnens behov, barnperspektiv samt barnets perspektiv?
 - Vad tänker jag om barnets perspektiv och hur kan jag tydliggöra det ytterligare? Mentalisering av barnet kräver att en aktivt söker sätta sig in i barnets tanke- och känslvärld. Är jag bekväm i sådana samtal eller föredrar jag ett vuxen-utifrån-perspektiv? Vad blir det i så fall för skillnad på samtalen och barnperspektiv kontra barnets perspektiv?
4. Hur kan jag arbeta med en feedbackkultur i rummet?
 - Hur förmedlar jag till den sökande att jag vill att hen ska berätta för mig om vad hen upplever att jag gör som är hjälpsamt men framförallt det som är mindre hjälpsamt, så att jag kan utveckla hjälpsamhetsnivån för den enskilde sökande utifrån hens behov?
 - Hur ställer jag mig till att få feedback som inte är positiv? Hur reagerar jag i rummet och vad förmedlar jag med ord och kroppsspråk?

7.5 Förslag på framtida forskning

Den här studien är begränsad i sin generaliserbarhet utifrån antalet respondenter. Utifrån det vore en mer omfattande studie av intresse. Gick den dessutom att koppla ytterligare till WAG-projektet som nämns i kapitel 3.1.1, skulle den fördjupas ytterligare. Jag skulle dessutom gärna se en vidareutveckling, där problematisering inte bara sker utifrån kvinnor som är föräldrar, utan även utifrån mäns och övriga könsidentiteters föräldraskap relaterade till upplevelser av samtalsbehandling för alkoholproblem. Som komplement, eller del av en sådan studie, anser jag att det vore intressant att undersöka terapeuters upplevelser av samtalsbehandlingen de ger, utifrån de frågor som ställs i kapitel 7.4. Det vore dessutom till gagn för att öka hjälpsamhetsgraden för alla sökande, oaktat problematik.

Slutord: Att inte längre bo ensam i ett ensamt hus

Det var en gång ett litet knytt som bodde
alldeles ensam i ett ensamt hus.
Han var nog långt mer ensam än han trodde
på kvällen när han tände alla ljus
och kröp in under täcket i sin bädd
och gnällde för sig själv, för han var rädd.
Därute gick hemulerna med stora tunga steg
långt borta hördes mårrens tjut på nattens mörka väg
och dörrar stängdes överallt och alla lampor brann
hos alla stackars skrämde kryp som tröstade varann.
Men vem ska trösta knyttet med att säga, ungefär:
På natten blir det hemska mycket värre än det är
(Jansson 2010, s 4).

Knyttet och känslan av den inre ensamheten får ge ramarna för uppsatsen. Att befinna sig själv med sina känslor av skuld och skam utan möjlighet att lyfta dem i ett icke-dömande sammanhang ger onekligen en känsla av inre ensamhet. Så länge vi inte gör saker talbara ökar också fantasierna runt dem. Natten och det hemska som bara blir värre är ständigt närvarande. Mårnan, hon som fryser allt till is, är dåtid och nutid och framtid; hon är förmedlandet av Lilith och skammen som måste mötas och utmanas för att inte reproduceras.

Knyttet tar sig ut från sitt ensamma hus. Han träffar slutligen Skruttet och blir sedd. Han utmanar Mårnan och inser att han vågar. Först då ger även den inre ensamheten vika och han tar den plats som varit hans hela tiden.

Så är också respondenternas berättelser i någon mån; skulden och skammen är ensamheten, såväl den inre som den yttre. Omgivningens bild är rädslan och fantasierna som ofta är värre än verkligheten. Trösten som saknas är den inifrånkommande, den vi alla når när vi hittar en plats där vi får finnas på riktigt. En plats där fel, brister och tillkortakommanden ryms likväl som allt det andra.

Så möjligen är det ett Knytt som krävs. Ett litet, modigt och sårbart Knytt som vågar visa sig med all sin rädsla och all sin styrka. Ett Knytt som vet att hon får finnas. Vem hon än är.

Så tog Knyttet Lilith i handen och sa

”Kom, vi går tillsammans. Men det är jag som leder vägen. Du kan få gå jämte ibland, men du är dåtid och historia. Möjligen händer det att du lyckas springa framför mig någon gång. Då hittar jag dig och hämtar dig igen. Du är en del av mig och oss men du styr inte längre.

Den här vägen är min att vandra.”

Vem blir jag i terapirummet?

Referenser

Akademikerförbundet SSR. (2014). *Etik & Psykoterapi. Etisk kod för psykoterapeuter*. Stockholm: Akademikerförbundet SSR.

Allmänna Barnhuset (2018). *Barnkonventionen i praktiken, vad innebär det?*
<http://www.allmannabarnhuset.se/2018/03/generalsekreteraren-har-ordet-barnkonventionen-i-praktiken-vad-innebar-det/> [2018-03-30]

Andersen, Tom (2003). *Reflekterande processer. Samtal och samtal om samtalen*. 4.uppl. Stockholm: Mareld

Anderson, Harlene & Goolishian, Harold A (2004). *Från påverkan till medverkan. Terapi med språkssystemiskt synsätt*. Stockholm: Mareld

Barnombudsmannen (2015). *Barnkonventionen*.
<https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen/> [2018-03-29]

Beck-Friis, Johan (2005). *När Orfeus vände sig om*. Stockholm: Natur och Kultur

Berglund, Kristina (2009). *Socially Stable Alcoholics: what characterises them?* (Doctoral thesis, Department of Psychology, University of Gothenburg). Göteborg: Göteborgs Universitet

Bernhardsson, Josefin (2014). *Normalitetens gränser. En fokusgruppsstudie om alkoholkultur(er), genus- och åldersskapande*. Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD)

Bertolino, Bob., Bargmann, Susanne., Miller, Scott D. (2014). Vad är verksamt i terapi? I Miller, Scott D & Bertolino, Bob (red). *Feedback-informerad terapi, FIT* (s 21-58). Stockholm: Studentlitteratur

Braun, Virginia & Clarke, Victoria (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* (3)2, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Brown, Brené (2015). *Daring Greatly. How the Courage to be Vulnerable Transforms the Way We Live, Love, Parent and Lead*. London: Penguin Life

Brown, Brené (2015). *Våga vara operfekt*. Örebro: Libris

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber

Bäck-Wiklund, Margareta (2012). Familj och modernitet. I Bäck-Wiklund, Margareta och Johansson, Thomas (red). *Nätverksfamiljen* (s 17-47). Stockholm: Natur och Kultur

Castelow, Ellen (2014). *Mother's Ruin*.
<https://www.historic-uk.com/CultureUK/Mothers-Ruin/> [2018-04-06]

Cederborg, Ann-Christin (red.) (2014). *Barnperspektiv i socialtjänstens arbete*. Malmö: Gleerups

Dahlen, Sandra (2006). *Hetero*. Stockholm: Tiden

De Saint-Exupéry, Antoine (2012). *Lille prinsen*. Stockholm: Rabén & Sjögren

Esseveld, Johanna & Mulinari, Diana (2015). Kön och genus som analytiska begrepp. I Hedén Anna, Björk Sofia & Shmulyar Gréen, Oksana (red). *Feministiskt tänkande och sociologi. Teorier, begrepp och tillämpningar* (s 61-76). Stockholm: Studentlitteratur

Fejes, Andreas & Thornberg, Robert (2015). Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. I Fejes, Andreas & Thornberg, Robert (red). *Handbok i kvalitativ analys*. 2 uppl. Stockholm: Liber

Folkhälsomyndigheten (2017). *Risikkonsumtion av alkohol*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/alkohol-risikkonsumtion/> [2018-03-01]

Folkhälsomyndigheten (2017). *ANDT-strategins mål och insatsområden. Övergripande mål*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/andtuppfoljning/om-andt-strategin/mal-och-insatsomraden/> [2018-03-01]

Franck, Johan & Nylander, Ingrid (red). (2015). *Beroendemedicin*. Stockholm: Studentlitteratur

Donne, John (1624). *No Man Is An Island*. <https://www.poemhunter.com/poem/no-man-is-an-island/> [2018-04-20]

Gilman, Richard (1971, 31 januari). The FemLib Case Against Sigmund Freud. *The New York Times*, s. 10. <https://www.nytimes.com/1971/01/31/archives/the-femlib-case-against-sigmund-freud-the-femlib-case-against-freud.html> [2018-05-05]

Goodrich, Thelma Jean (2003). A feminist family therapist's work is never done. I Silverstein, Louise B & Goodrich, Thelma Jean (red). *Feminist Family Therapy. Empowerment in Social Context* (s 3-16). Washington, DC: American Psychological Association

Göransson, Mona & Magnusson, Åsa (2012). *Kvinnor och alkohol. Diagnos, riskbruk och beroende*. Stockholm: Liber

Hansen, Frid A (2012). *Familieorientert Rusmiddelbehandling. Hvordan inkludere familien i behandlingen. Hvordan kartlegge og vurdere barnas situasjon og hjelpebehov*. Oslo: Blå Kors Forlag

Hare-Mustin, Rachel T (2003). Foreword. I Silverstein, Louise B & Goodrich, Thelma Jean (red). *Feminist Family Therapy. Empowerment in Social Context* (s xiii-xiv). Washington, DC: American Psychological Association]

Hensing, Gunnel (2012). Alkoholvanor och missbruk av alkohol bland kvinnor och män – översikt av könsskillnader och introduktion av ett genusperspektiv. I Fahlke, Claudia (red.). *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning* (s 216-228). Malmö: Liber AB

Herngren, Moa (2011). *Jag ska bara fixa en grej i köket*. Stockholm: Wahlström & Widstrand

Hirdman, Yvonne (2008). *Genus – om det stabilas föränderliga former*. 2:4 uppl. Malmö: Liber AB

Hjärnfonden. (2018). *Om hjärnan*. <https://www.hjarnfonden.se/om-hjarnan/> [2018-05-10]

Howe Gaines, Janet (2001). *Lilith. Seductress, heroine or murderer?* The Bible Review 17:5. <https://www.biblicalarchaeology.org/daily/people-cultures-in-the-bible/people-in-the-bible/lilith/> [2018-04-20]

Inera – landsting och regioner i samverkan för e-hälsa (2017). *Rikshandboken för barnhälsovård*. <http://www.rikshandboken-bhv.se> [2018-03-15]

Iorgulescu, Gabriela (2010). Low self-esteem in women with eating disorders and alcohol abuse as a psycho-social factor to be included in their psychotherapeutic approach. *Journal of Medicine and Life*, 3 (4): 458-464 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019074/> [2018-01-30]

Jansson, Tove (2010) *Vem ska trösta knyttet?* Stockholm: Alfabet

Javadi, Moustafa & Zarea, Koroush (2016). Understanding Thematic Analysis and its Pitfall. *Journal of Client Care* 1(1): 33-39. doi: 10.15412/J.JCC.02010107

Johnsen, Astri & Wie Torsteinsson, Vigdis (2015). *Lärobok i familjeterapi*. Stockholm: Studentlitteratur

Kaaling, Susanna, Mahmutovic, Minela & Moen, Marte (2014). *Genus i missbruks- och beroendevård. En kvalitativ studie om hur behandlingspersonalen beskriver män och kvinnor i missbruk och behandling* (Kandidatuppsats). Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet

Kerosuo, Maya (2016). *Transpersoners upplevelse av psykoterapi – Alliansskapande och brott i den psykoterapeutiska situationen* (Examensuppsats Psykoterapeutprogrammet). Linköping: Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet

Kjellqvist, Else-Britt (1993). *Rött och vitt - om skam och skamlöshet*. Stockholm: Carlssons

Krauss, Nicole (2005). *Kärlekens historia*. Stockholm: Brombergs

von Krusenstjerna, Cecilia (2004). *En spricka i kristallen*. Stockholm: Månocket

Kuntsche, Sandra., Knibbe, Roland A., Kuntsche, Emmanuel & Gmel, Gerhard (2011). Housewife or working mum – each to her own? The relevance of societal factors in the association between social roles and alcohol use among mothers in 16 industrialized countries. *Addiction*, 106 (11): 1925-1932.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2017). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Stockholm: Studentlitteratur

Laanemets, Leili (2002). *Skapande av femininitet. Om kvinnor i missbrukarbehandling*. Lunds universitet. Lund dissertations in social work 2002:8. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet

Lewinsky, Heléne (2017). Från det individuella till det relationella. Frid Hansen i Göteborg. *Metaforum – norsk förening för familjeterapi, 2017:3*, 24-26.

Lilith in the Zohar Book. (2012). <http://www.zoharebook.com/lilith-in-the-zohar-book/> [2018-05-16]

Lundsbye, Maths., Sandell, Göran., Ferm, Roland., Währborg, Peter., Petitt, Bill., Fälth, Tommie., Holmberg, Björn (2007). *Familjeterapins grunder*. Stockholm: Natur och Kultur

Malmsten, Bodil (2000). Fyllkärring. I Systembolaget. *Ge mig en drink, jag är rädd! 12 författare och en illustratör om kvinnor och alkohol*. Stockholm: Systembolaget

Miller, Scott & Bargmann, Susanne (2013): *Advanced Intensive Training, Feedback Informed Treatment*. Arbetsmaterial samt föreläsningar. GCK, Göteborgs Center för konsultation

Nylund, David & Filipelli, Alex (2018). *Feedback Informed Treatment. Making services FIT consumers*. https://www.cibhs.org/sites/main/files/file-attachments/thurs_1030_garden_fillipi_nylund_fit_powerpoint_jan_2016.pdf [2018-04-30]

Näsholm, Christina (1997). *Rus – ett manligt privilegium?* Socialt Perspektiv 1997:2-3. Växjö: IKM

Natur och Kulturs Psykologilexikon (2018). *Freud, Sigmund*. <https://www.psykologiguident.se/psykologilexikon/?Lookup=Sigmund%20Freud> [2018-05-05]

Natur och Kulturs Psykologilexikon (2018). *Gemensam faktor*. <https://www.psykologiguident.se/psykologilexikon/?Lookup=gemensamma%20faktorer> [2018-03-29]

Natur och Kulturs Psykologilexikon (2018). *Hysteri*. <https://www.psykologiguident.se/psykologilexikon/?Lookup=hysteri> [2018-05-05]

Regeringen (2016). *Barnkonventionen blir svensk lag*. <http://www.regeringen.se/49bbe8/contentassets/cc686488a4dd4d5fbc5a55b909c0bcae/strategi-for-att-forverkliga-fns-konvention-om-barnets-rattigheter-i-sverige> [2018-03-29]

Respons Alkoholrådgivning (2018). Internmaterial.

Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU (2010). *Viktiga årtal och reformer*. <http://www.rfsu.se/sv/Om-RFSU/RFSUs-historia/Viktiga-artal-och-reformer/> [2018-04-20]

Rundberg, Jenny (2007). *Alcohol Use and Mental Health In Middle-aged Women. Women's Health in Lund Area, A Swedish Population-Based Study*. (Doctoral thesis, Lund University. Faculty of Medicine Doctoral Dissertation Series 2007:169). Lund: Lund University

Samuel, Rabbi Michael Leo (2008, 11 juni). What does the Talmud and Kabbalah have to say about Lilith? [Blogginlägg]. <https://www.rabbimichaelsamuel.com/tag/lilith/>

Scheff, Thomas (2008). *Normalizing as the opposite of labeling*. <http://www.soc.ucsb.edu/faculty/scheff/77.pdf> [2018-04-20]

Scheff, Thomas (2014). Goffman on emotions: The Pride-Shame System. *Symbolic Interaction* 37 (1), 108-121. doi: 10.1002/SYMB.86

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet

SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2008:567. *Diskrimineringslag*. Stockholm: Kulturdepartementet

Socialstyrelsen (2018). *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/audit> [2018-03-06]

Socialstyrelsen (2012). *Föräldraskap och missbruk. Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18535/2012-1-3.pdf> [2018-03-30]

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20778/2017-12-23.pdf> [2018-03-30]

Stalfelt, Pernilla (2010). *Alla barns rätt. En bilderbok om Barnkonventionen*. Stockholm: Rabén Sjögren

Sveriges Radio (2014). *Svenska synden chockade världen*. <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=3993&artikel=5917292> [2018-04-20]

Trulsson, Karin (1998). *Det är i alla fall mitt barn. En studie om att vara missbrukare och mamma*. Stockholm: Carlssons

Trulsson, Karin (2002). Manligt och kvinnligt missbruk. I Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red.). *Könsperspektiv på missbruk* (s 70-94). Falun: Bjurner och Bruno

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2018-05-10]

Vetenskapsrådet (2017). *God forskningssed*. <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/> [2018-02-10]

WAG, *Women and Alcohol in Gothenburg. Om kvinnors alkoholvanor under de senaste 30 åren* (2016). Jubileumstidskrift. Göteborg: Göteborgs universitet

Wallroth, Per (2010). *Mentaliseringsboken*. Stockholm: Karneval förlag

Wampold, Bruce E (2015). *How important are the common factors in psychotherapy? An update*. World Psychiatry 2015 (14): 270-277

Wiklund, Lisa & Damberg, Jenny (2015). *Som hon drack – Kvinnor, alkohol och frigörelse*. Stockholm: Bokförlaget Atlas

Wiklund, Lotten. (2014, mars). Så förändras hjärnan vid terapi. *Forskning & Framsteg, mars*, 3. <https://fof.se/tidning/2014/3/artikel/sa-forandras-hjarnan-vid-terapi> [2018-05-10]

Wojahn, Daniel (2015). *Språkaktivism. Diskussioner om feministiska språkförändringar i Sverige från 1960-talet till 2015* (Doktorsavhandling, Skrifter utgivna av Institutionen för nordiska språk vid Uppsala Universitet, 92, Södertörn Doctoral Dissertations 108). Uppsala: Swedish Science Press

Bilaga 1 – informationsbrev



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Göteborg 2018-03-23

”Vem blir jag i samtalsrummet?”

Förfrågan om deltagande i en intervjustudie om kvinnor, föräldraskap och alkoholproblem

Hej!

Du får det här informationsbladet eftersom din samtalskontakt har sagt att du skulle kunna tänka dig att medverka i en studie om kvinnor och alkoholproblem kopplat till upplevelsen av terapi/samtalsbehandling.

Innan du bestämmer dig för att delta är det viktigt att du tar dig tid att läsa igenom det här informationsbladet. Om du har några frågor är du varmt välkommen att höra av dig till mig. Jag heter Heléne Lewinsky och arbetar vanligtvis på Respons alkoholrådgivning i Göteborg. Jag studerar parallellt vid Göteborgs universitet på det legitimationsgrundande psykoterapeutprogrammet med inriktning familjeterapi. Intervjuerna med dig och andra kommer att utgöra grunden till min examensuppsats.

Syfte

Det övergripande syftet med studien är att undersöka hur mödrar med alkoholproblem upplever samtalsbehandling och om det finns gemensamma teman i de intervjuades berättelser. Om så är fallet, avser studien även att undersöka om dessa teman kan vara av generell relevans, till exempel ur genusperspektiv, för samtalsbehandling av just mödrar med alkoholproblem.

Varför är just du inbjuden att delta i studien?

Du är inbjuden för att du är en av många mödrar som går eller har gått i samtalsbehandling för alkoholproblem och för att jag har ställt frågan om tänkbara personer att intervjua till många behandlare. Övriga intervjuer kommer att ske med personer från olika samtalsmottagningar.

Är deltagandet konfidentiellt?

Det du säger i intervjun kommer att avidentifieras så att upplevelser, åsikter och eventuella citat inte går att härleda till dig. Du kommer också att kallas något annat i uppsatsen. Dina svar vid intervjun kommer att förvaras på sådant sätt att ingen annan än jag kan komma åt dem. Det gäller även dina kontaktuppgifter och samtyckesformulär. När uppsatsen är färdig och godkänd kommer allt arbetsmaterial att förstöras. Informationen på min dator under uppsatsarbetet är skyddad av ett lösenord som endast jag känner till.

Frivillighet

Du bestämmer själv om du vill delta eller ej. Meddela mig när du har bestämt dig, helst inom en vecka efter att du har fått det här brevet.

Tillvägagångsätt

Intervjun sker antingen på mottagningen, eller på annan plats (t ex min arbetsplats i Göteborg) om du föredrar det. Intervjun beräknas ta ungefär en timme och vi hittar en tid i april som passar dig. Jag gör en ljudupptagning av intervjun för att kunna skriva ut den ordagrant sedan. Ljudupptagningen raderas direkt efter att uppsatsen godkänts.

Samtycke

Innan intervjun kommer du att få skriva på ett samtyckesformulär, vilket innebär att du skriver under att du samtycker till deltagande i studien. Du har naturligtvis rätt att ångra dig och välja att inte delta. Det gäller närsomhelst under processen, även efter genomförd intervju.

Etiska aspekter

Varken intervjun eller studien utsätter deltagarna för några risker som kan förutspås. Studien följer forskningsetiska regler för vetenskapliga studier, vilket innebär att tänkbara scenarion noga övervägts utifrån anonymitets- och konfidentialitetskrav, nyttjandekrav och inhämtande av information samt samtyckeskrav.

Övrigt

Önskar du ta del av uppsatsen finns möjlighet att göra det i form av en PDF-fil, efter att uppsatsen examinerats och godkänts.

Kontaktuppgifter till ansvariga

Om du har någon fråga om studien eller genomförandet innan du bestämmer dig är du välkommen att kontakta mig eller min handledare för vidare information

Med vänliga hälsningar

Heléne Lewinsky

Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete

e-post: helenelewinsky@hotmail.com

0707-33 40 93

Handledare:

Adrián Groglopo

Fil.Dr, lektor

Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete

adrian.groglopo@socwork.gu.se

031 -786 18 85

Bilaga 2 - samtyckesformulär



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Vem blir jag i samtalsrummet?

Om kvinnor, alkoholproblem och föräldraskap

Samtyckesformulär

- Jag har läst informationsbladet inför studien och förstår syftet med intervjun.
- Jag har fått möjlighet att ställa frågor om studien vid kontakt med Heléne Lewinsky.
- Mitt deltagande i studien är frivilligt.
- Jag samtycker till att det jag säger vid intervjun spelas in.
- Jag förstår och samtycker till hur det muntliga material jag bistår med vid denna intervju kommer att behandlas och lagras.
- Jag förstår och samtycker till hur dokumentationen av det jag bistår med vid denna intervju kommer att behandlas och lagras.
- Jag har möjlighet att avbryta mitt deltagande i studien närsomhelst utan att ge någon anledning till varför.
- Jag förstår och samtycker till att innehållet i denna intervju kommer att användas i studien
- Jag förstår och samtycker till att delar av det jag säger kan komma att citeras i anonym form i uppsatsen, i artiklar baserade på uppsatsen samt i presentationer av uppsatsen i muntlig form.

Ort och datum

Namn

Vem blir jag i terapirummet?

Bilaga 3 – intervjuguide

- Välkommen, tack för att du kan tänka dig att delta
- Presentation av studien igen
- Kolla om respondenten läst informationsbrevet och om något behöver förtydligas
- Samtyckesformulär
- Ok att spela in?
- Alkoholproblemen; varför sökte du hjälp? Hur – när – var? Hur länge? Flera erfarenheter? Tankar om orsak? Hur yttrade sig problemen?
- Vilken typ av samtalskontakt? Tidigare erfarenheter? På vilket sätt?
- Familj och ursprungsfamilj, sysselsättning
- Självbild – vem är en mamma som har alkoholproblem? Vad tycker du? Vad tycker andra?
- Vad ingår i att vara förälder/mamma/pappa? Rådande känslor utifrån alkoholproblemet?
- Vad kommer en in med i samtalsrummet, vad behöver en bli hjälpt med?
- Vad var viktigt i samtalsbehandlingen - något som var bra eller mindre bra? Utveckla gärna på vilket sätt?
- Hur pratade ni om föräldraskapet?
- På vilket sätt var barnen närvarande i rummet – fiktivt el fysiskt och hur samtalades det om dem? Pratades det utifrån barnperspektiv/barnets perspektiv också?
- Vad skulle du säga till någon annan som är förälder och kvinna med alkoholproblem?
- Är det något jag missat att fråga om, som är viktigt för dig att förmedla?
- Vill du ha kopia av uppsatsen när den är godkänd?
- Ta gärna kontakt om det är något
- Tack för att du kom!

Vem blir jag i terapirummet?

Bilaga 4 – inlägg på sociala medier

Jag behöver din hjälp - dela gärna vidare!

Definierar du dig som kvinna, är förälder och har erfarenhet av samtalsbehandling för egna alkoholproblem?

Alkoholproblem kan vara alltifrån att en inte dricker ofta men att en dricker för mycket när det väl sker, till att en lite för ofta behöver ta ett glas vin för att komma ner i varv och orka vara förälder, till faktiskt beroende. Det viktiga är dock att alkoholproblemen har tagits upp i samtalsbehandlingen.

Jag söker personer att intervjua, helt anonymt såklart, till min examensuppsats på Psykoterapeutprogrammet, familjeterapiinriktningen vid Göteborgs Universitet. Arbetstiteln är ”Vem blir jag i samtalsrummet? Om kvinnor, alkoholproblem och föräldraskap”

Det finns massor av forskning, rapporter och uppsatser på temat hur det är för barn att växa upp med missbruk. Om föräldraskap. Men hur kvinnor som både är föräldrar och har alkoholproblem själva upplever samtal finns i princip nästan ingenting.

Vi vet att det ses som mer skamfyllt hos kvinnor än män att ha alkoholproblem. Vi vet också att det finns en syn på kvinnor som den primära omsorgsgivaren eller anknytningspersonen vid föräldraskap. Även bland många av oss som arbetar professionellt med samtal. Hur påverkar det?

Vad finns för upplevelser av vad som varit bra, dåligt, hjälpsamt eller annat i samtalsbehandlingen? Hur samtalas om barn och föräldraroll? Hur påverkas självbilden?

Det här vill jag ta reda på. Inte minst för att kvinnor med alkoholproblem generellt söker hjälp senare än män. Hinner fara mer illa. Vi behöver ändra den strukturen. Men då behöver jag hjälp. Din hjälp.

Om du kan tänka dig att medverka vill jag gärna träffa dig för en intervju i Göteborg eller Stockholm med omnejd. Återigen: Du kommer att vara helt anonym.

Intresserad? Eller vet du någon som kan vara det? Hör av dig via pm här eller på mejl till [helenelewinsky \[at\] hotmail.com](mailto:helenelewinsky[at]hotmail.com).

Stort tack!