

Kvinnoidentitet och missbruksbehandling

KARIN TRULSSON

Sedan början av 1900-talet har det i Sverige funnits institutionsbehandling för missbrukande kvinnor. Denna har haft olika skepnader. Alkoholistanstalten för tvångsvård av kvinnor ersattes under slutet av 1960-talet av främst frivillig behandling tillsammans med män i terapeutiska samhällen. En återgång till ren kvinnobehandling både i i frivilligvård och tvångsvård skedde under 1980-talet, efter att forskare funnit hur kvinnorna var osynliga och kom i skymundan av männen i vården. I artikeln berörs möjligheter att synliggöra och möta kvinnors behov av missbruksbehandling i ett terapeutiskt samhälle, som utvecklats utifrån ett genusperspektiv.

Mycket har skrivits om missbrukarvårdens intentioner och innehåll. Det handlar ofta om allmänna beskrivningar av klienterna och vilka behandlingsmetoder de blir föremål för. Mer sällan urskiljs vårdens specifika betydelse för män, respektive kvinnor. På behandlingshemmen är männen i majoritet, eftersom andelen män och kvinnor inom vården motsvarar deras antal bland missbrukarna. Detta innebär att omkring var

fjärde alkohol- och narkotikamissbrukare är kvinna (Österling 1997, UNO-92). Kvinnornas minoritetsställning och osynlighet inom vården har berörts i 1980-talets forskning om missbrukarvård på behandlingshem för män och kvinnor. Bristerna när det gäller specifika behandlingsmetoder för att möta kvinnornas behov inom missbrukarvården belyses också (Björling 1989, Duckert 1989, Segreus 1990). Fanny Duckert talar om kvinnorna på behandlingshemmen som »ensamma svalor i en manligt dominerad flock«. En debatt beträffande missbrukarvården för kvinnor bidrog till att alternativ behandling

Karin Trulsson, fil.lic. och doktorand vid Institutionen för socialt arbete i Lund samt verksam vid Kvinnoforum.

börjat utvecklas under sista decenniet. Kvinnoinstitutionen återuppstod under nya förtecken från kvinnorörelse och kvinnoforskning (Trulsson 1993).

Erfarenheterna som redovisas i artikeln härstammar från ett terapeutiskt samhälle, Sofia behandlingshem i Malmö. Alkohol- och narkotikamissbrukande kvinnor har deltagit i behandlingen alltsedan starten 1990. I samband med utvecklingen av verksamheten var kunskaperna bristfälliga, eftersom det i utgångsläget saknades skandinaviska studier beträffande terapeutiska samhällen enbart för kvinnor. Därför blev det viktigt att följa uppbyggnadsprocessen och utvecklingsarbetet. Detta skedde genom att lyfta fram frågor om hur kvinnor upplever sina livsvillkor, missbruket och vad de ser som väsentligt i behandlingssammanhang utifrån ett genusperspektiv.

Artikeln berör några frågeställningar: Hur ser de missbrukande kvinnorna på behandling i kvinnokollektiv? Hur påverkar idealbilden i samhället den missbrukande kvinnans livsvillkor och behov i behandling? Hur påverkar mäns och kvinnors olika socialisation deras livsvillkor och behov i behandling. Hur påverkar arbetsdelningen mellan könen kvinnornas upplevelser och uttalade behov i behandlingen?

Behandlingspraktiken vid Sofia

Sofia är ett behandlingshem med plats för tio kvinnor beläget i centrala Malmö. Behandlingsarbetet utgörs av miljöterapi med psykodynamisk inriktning som utvecklats utifrån ett genusperspektiv. Den individuellt anpassade behandlingen varar i genom-

snitt ett år. Kvinnorna erbjuds lika lång eftervård. Gravida missbrukare kan få missbruksbehandling och behandling tillsammans med barnen genom ett samarbete mellan behandlingshemmet och ett barnhem i Malmö.

Detta samarbete har visat på goda behandlingsresultat för gravida missbrukare och spädbarnsmammor, men också på svårigheter för kvinnor att delta i traditionell miljöterapeutisk missbruksbehandling tillsammans med män (Trulsson 1989). Dessa erfarenheter har styrt uppläggningsen av behandlingen i kvinnokollektivet. Svårigheterna för kvinnorna att tala om traumatiska upplevelser enbart i grupp har emellertid bidragit till en komplettering av den traditionella miljöterapeutiska behandlingen. Vid sidan om gruppsamtal och vardagliga sysslor i kollektivet har således tillkommit ett nytt huvudinslag i behandlingen, individuella samtal med en till varje kvinna knuten kontaktperson. Tanken är att genom stödsamtal öka kvinnornas självförtroende. Samtalsbehandlingen syftar också till att underlätta för kvinnorna att sätta ord både på egna möjligheter och svåra upplevelser för att därigenom kunna vidareutvecklas och bli fria från sina missbruksproblem. Kvinnornas relationer till man, barn och närstående berörs i behandlingsarbetet. Anledningen är de »barriärer« (Duckert 1989) för kvinnor att söka sig till och fullfölja behandling, som skapas av att traditionell missbruksbehandling främst betonar vikten av den egna utvecklingen och inte i samma utsträckning relationerna till närstående. I behandlingen ingår också kroppsvård, skapande sysselsättning, information (kring t.ex. sexualitet, kvinnokroppen, droger och föräldraskap)

och eftervård. Att Sofia liksom tre andra svenska kvinnokollektiv med liknande inriktning ligger i städer, företrädesvis storstäder, underlättar naturlig kontakt med ursprungsmiljön och återgången till vardagslivet ute i samhället.

Tidigare forskning

Det finns begränsade kunskaper om missbruksbehandling för kvinnor i ett renodlat kvinnokollektiv och dennas betydelse för kvinnorna. Såvitt jag kunnat se finns bara ytterligare ett par sådana skandinaviska uppföljande studier, som rör *det norska kvinnokollektivet, Arken* (Sarri 1990, Christensen 1996). Detta kollektiv arbetar med gruppbehandling, vars ursprung var arbete enligt Hasselapedagogiken (Sarri a.a.), men som efter en omstrukturering fick en inriktning mot Minnesotabehandling och miljöterapi anpassad till kvinnornas specifika behov (Christensen a.a.). Gruppen kvinnor som sökt sig till Arken har vanligen en problematik med långvarigt narkotika- eller alkoholmissbruk och tung social belastning.

I sina tankar om den sex till nio månader långa grundbehandlingen betonade kvinnorna kvinnogemenskapen som väsentlig. Den innebar att »för första gången ha en väninna att lita på» och att i gruppsamtalen dela med sig den till andra i samma situation. Andra behandlingsinslag som kvinnorna betonade var att bearbeta konfliktfyllda relationer till familj och nätverk och att under eftervårdstiden delta i AA/NA-grupper. En tredjedel av kvinnorna var mammor. Färre mammor än kvinnor utan barn blev drogfria. Mammor som blivit drogfria har återupprättat kontakten med barnen, men deras

tidigare fantasier om att få tillbaka barnen har ersatts av värderingar, att barnens bästa ska vara i fokus och kvinnornas egna behov ska komma i bakgrunden.

Slutsatser som dras är att behandlingserbjudandet behöver tillrättaläggas för att underlätta för kvinnor med barn. Traumatiska upplevelser har medfört psykiska problem, vilket lett till förslag att ha psykolog och psykiater knuten till behandlingen. Arkens kvinnobehandling fungerar enligt Christensen (a.a.) för många kvinnor som en »fristad«, eftersom skamfyllda upplevelser som missbrukare har varit svåra att bearbeta i grupper tillsammans med män.

Bland de mycket få renodlade kvinnobehandlingar för missbrukare som publicerat egna forskningsresultat, är *EWA-kliniken vid Karolinska Sjukhuset i Stockholm*. Uppbyggnaden av behandlingsarbetet och forskningen har skett parallellt (se Dahlgren 1991, Dahlgren & Willander 1992). EWA-kliniken vänder sig till alkoholmissbrukande kvinnor inom sjukvården med såväl dygnsvård som poliklinisk behandling. Behandlingstiden är individuellt avpassad ett till två år. Behandlingen har syftat till att tidigt komma i kontakt med missbrukande kvinnor och har också nått väletablerade kvinnor som har arbete och lever i familj, ofta med en missbrukande man. Ensamstående mammor med barn är överrepresenterade. Behandlingen utgår från en helhetssyn, eftersom missbruket bara utgör en del av en vidare problematik som också rör arbets- och familjeliv. I behandlingen ingår täta stödsamtal med en kontaktperson, gruppaktiviteter, anhörigsamtal, vid behov medicinsk behandling och socialkurativa åtgärder. Dahlgren (a.a.) ser kvinnans relationer

till familj och barn som centrala och moder- skapet är en stark drivkraft i rehabilitering- en. Samarbete har utvecklats med barnpsy- kiatri och familjerådgivning. Enligt Dahlgren har enkönad behandling stort terapeutiskt värde och uppskattas av kvinnorna, eftersom de »får lugn och ro i återhämtnings- skedet, träffar medsyststrar och kan tala fritt om kvinnoproblem«. Hon ser också inlägg- ning som mer effektiv än enbart poliklinisk behandling för många kvinnor som initialt behöver bryta den onda cirkeln och varva ner. I jämförelse med en kontrollgrupp del- tagare från gängse alkoholistvård vid klini- ken har kvinnorna vid EWA-enheten visat signifikant bättre resultat. Det starkaste sambandet med god prognos var behand- lingstidens längd.

Behandlingsarbete i rena kvinnogrupper har visat sig överlägsen behandling i grupp med både män och kvinnor. Det visar en studie vid *behandlingshemmet Veksthuset*, Oslo, en blandad institution med miljötera- peutisk behandling enligt Phoenix House- modellen (Vaglum & Ravndal 1991). Kvinnor som fullföljt respektive avbrutit behand- lingen jämfördes. Majoriteten av fullfölja- rna deltog under slutskedet av behandlingen i en ren kvinnogrupp. De lyckades etablera goda relationer till andra kvinnor inom eller utanför kollektivet och bryta destruktiva mönster de haft i förhållande till män innan behandlingen. Kvinnorna som avbröt be- handlingen hade däremot deltagit i blandad grupp. Till skillnad från kvinnorna i den framgångsrika gruppen inledde samtliga re- lationer till män under slutskedet av be- handlingen. Erfarenheterna ledde till att författarna drog slutsatsen att skilda be- handlingsprogram i slutskedet eller under

hela behandlingstiden borde diskuteras, ef- tersom den framgångsrika gruppen talade om större självkänsla och tro på framtiden, genom att dela erfarenheter med andra kvinnor och utbyta stöd. Kvinnornas förmå- ga att etablera ett nära förhållande till signi- fikanta andra i slutskedet av behandlingen sågs som den avgörande faktorn för ett posi- tivt resultat. Därför förordade författarna fokusering på relationen till närstående och väninnor under hela behandlingstiden. Oli- ka kvaliteter i institutionsbehandling för missbrukande kvinnor har berörts i andra studier. Kvinnornas erfarenheter av fyra oli- ka behandlingsprogram, renodlad kvinnobe- handling och blandad behandling berörs t ex av Hilte (1998).

Teoretiskt perspektiv

Vid utveckling av missbrukarvård för kvin- nor ser jag det som centralt att ha ett genus- teoretiskt perspektiv. Jag har tagit fasta på Yvonne Hirdmans (1988) tankegångar om genussystemet som ett nätverk av processer, fenomen, föreställningar och förväntningar som bildar mönster och ordnar kön och är en grundläggande ordning och förutsätt- ning för andra t.ex. politiska och sociala ordningar. Det har två »bärande bjälkar«. Den ena är den hierarki, där mannen är norm och den andra »isärhållandets tabu«. Hirdman talar om en generell kvinnlig underordning. Hon lägger mindre vikt vid klasstillhörigheten än könstillhörigheten, även om hon nämner att den kan problema- tiseras. Jag kan se att de missbrukande kvin- norna har en underordnad position. Däre- mot vill jag inte som Hirdman betona en ge- nerell kvinnlig underordning utan snarare

ser jag klasskillnader och skillnader mellan olika kategorier av kvinnor som i lika grad avgörande för kvinnans villkor som könstillhörigheten (jfr Carlsson et al. 1983). »Isärhållandets« logiker betonar skillnader och att manligt och kvinnligt inte ska blandas. Dessa innebär att varje samhälle och varje tid har ett kontrakt för samspelet mellan könen som styr synen på manligt och kvinnligt, sätter sin prägel på den enskilda människans liv och ger utslag i familjelivet. Detta behöver beaktas också vid utveckling av behandling. »Genuskontrakten« rör sig på tre nivåer: på kulturell nivå bl.a. idealtypen för man och kvinna, på institutionernas och arbetsdelningens nivå och på socialisationens eller individnivån.

Med den tankeramen som utgångspunkt finns det möjlighet att se de missbrukande kvinnorna utifrån idealbilden av att vara kvinna och hur missbrukande kvinnors liv kan ses som motbilden pga. diskrepansen mellan deras utsatta liv och idealbilden i samhället. Socialisationen av pojkar och flickor ser Hirdman som något som går i arv från från far till son och mor till dotter. Som gemensamt för bägge könen ser hon två »längtor i människobrösten« efter »frihet« och »symbios«. För symbiosen står kvinnan och för friheten står mannen. Kvinnan lär sig tidigt utveckla nära relationer, medan mannen uppfostras till självständighet. Från detta utgångsläge utvecklas maktförhållandena mellan könen. Bägge söker ett balansförhållande. Mannen söker symbiosen, närheten hos kvinnan och den vill han med olika strategier kontrollera. Kvinnan söker friheten och självständigheten hos mannen. Enligt Hirdman innebär detta samtidigt kvinnans »förkroppsligade fångelse«. Ge-

nom sin kropp har kvinnan kunnat utveckla en »strategi för frihet och makt via mannens svaghet, men alltid via mannen«. Som jag ser det är sexualiteten och moderskapet väsentliga områden där kvinnan kan utöva makt. Samtidigt är just dessa områden, speciellt för missbrukande kvinnor många gånger också förknippade med vanmakt. Arbetsdelningen mellan könen och den institutionella nivån kan ses både utifrån den traditionella familjen, där kvinnan har ansvar för »hemmets sfär« och mannen för den »offentliga sfären« utanför hemmet (se Chodorow 1979). Den kan också ses utifrån senare års ombildade familj (se Kraus 1993). I den familjen kan könsidentiteten ses som en produkt av arbetsdelning mellan könen, där tvåsamheten manligt och kvinnligt är förknippad med restriktioner. Både män och kvinnor har en potential som förtrycks. Det krävs aktiva ställningstaganden för att bryta med invanda mönster beträffande vad som ses som manligt respektive kvinnligt.

Material och metod

Studien, som utgör grunden till artikeln består av två delundersökningar. Den första *Kvinnorummet* (Trulsson 1993) följer uppbyggnadsprocessen av kvinnokollektivet samt kunskap och erfarenheter efter två år. Den andra *Kvinnor på väg in från kylan* (Trulsson, Länne, Nötesjö 1996) lyfter fram erfarenheterna efter fem år.

Första delundersökningen

Under verksamhetens första år från planering 1989 till och med 1992 dokumenterades uppbyggnadsprocessen. Ur olika synvinklar sökte jag kunskap om de missbrukande

kvinnornas, de kvinnliga behandlarnas och omgivningens förväntningar och syn på behandlingen. Artikeln bygger på kvalitativa tematiserade intervjuer med samtliga tolv kvinnor som deltagit i behandlingen mer än tre och en halv månad. Kvinnorna intervjuades vid två tillfällen. Första intervjun berörde livet innan behandlingen och förväntningarna på behandlingen. Andra intervjun berörde kvinnornas syn på behandlingen i slutskedet av eller direkt efter avslutad behandling. Intervjuerna hade karaktären av livshistoriska intervjuer, även om livshistorien var sekundär och utgjorde bakgrunden till intervjun om behandlingen (se Bernler & Bjerkman 1990. Tolkningen av materialet har utgått från en induktiv analysmodell (se t.ex. Eneroth 1986).

Andra delundersökningen

Andra delundersökningen omfattar bakgrundsdata insamlade av personalen enligt frågeformulär till de kvinnor som under perioden sedan starten 1990 till december 1994 ingått i behandlingen mer än en vecka. Det gällde 44 kvinnor av den totala gruppen 53 kvinnor. Knappt hälften, 25 kvinnor av totala gruppen avbröt behandlingen under perioden. I den andra fördjupade delundersökningen fokuserades olika kvaliteter i behandlingen med utgångspunkt från erfarenheterna efter närmare fem år. Åtta kvinnor har intervjuats enskilt eller i grupp. I de individuella intervjuerna berörde var och en av kvinnorna ur olika synvinklar livet innan behandlingen, institutionsbehandlingen, livet efter behandlingen och synen på eftervården (se Bernler & Bjerkman a.a.). I en tematiserad gruppintervju belyste kvinnorna sin syn på behandlingen.

I undersökningen följde jag upp centrala problemområden som identifierades i den första delundersökningen. Metoden vid insamling och bearbetning av intervjumaterialet har utgått från den kvalitativa kvinnoforskningen (Davies & Esseveld 1987, Smith 1987), eftersom jag anser den bäst kan bidra med förståelse av kvinnornas berättelser om sina liv och sina erfarenheter av behandling. Att jag i artikeln utgår från kvinnor som varit längre tid i behandlingen, då drop-out-frekvensen är låg, innebär en bild som synliggör olika kvaliteter i behandlingen, men kan tolkas som mer välvillig än en studie med alla kvinnor som deltagit i behandlingen, där »avhopparna» sannolikt har en mer negativ syn. Denna eventuella påverkan på informationen har balanserats upp i en senare studie beträffande kvinnor som avbrutit behandlingen (Nötesjö & Tegborg 1999).

Kvinnorna som deltagit i behandlingen vid Sofia

Kvinnorna, som deltagit i behandlingen vid Sofia under tiden november 1990 t.o.m. december 1994, är en grupp där många har ett långvarigt missbruk och en belastad social situation. Gruppen kvinnor visar stor överensstämmelse både beträffande missbruksbild och social belastning med klienterna i BAK-SWEDATE undersökningen (Bergmark et al 1989). De har också likheter med gruppen patienter med missbruksproblem vid avd 1 F, Sankt Lars sjukhus, Lund (Fridell 1996). Andelen kvinnor med barn är större än i dessa bägge undersökningar och andelen alkoholmissbrukare större än i Lundaundersökningen.

Kvinnorna som deltagit i behandlingen är

mellan tjugo och fyrtio år. De flesta är ogifta eller frånskilda. Två tredjedelar har barn, som i de flesta fall vistas i familjehem. Majoriteten saknade arbete året före behandlingen. Endast en kvinna uppbar lön av anställning. Tre fjärdedelar hade socialbidrag. Drygt hälften av kvinnorna hade bostad före behandlingen, medan resten var bostadslösa. Majoriteten av kvinnorna var narkotikamissbrukare och var fjärde var alkoholmissbrukare. I bägge grupperna var blandmissbruk vanligt. Mer än hälften hade missbrukat tio år eller mer. De flesta kvinnorna hade börjat missbruka i tonåren. Två tredjedelar hade vuxit upp i missbrukarfamiljer. En tredjedel av kvinnorna var dömda för kriminalitet. Missbruket är för några kvinnor förknippat med prostitution.

Kvinnornas syn på behandlingen

Gruppen med åtta av tolv kvinnor som var i slutskedet eller avslutat behandlingen under behandlingshemmets första år (grupp I) tillfrågades om hur de såg på ett behandlingshem för kvinnor med enbart kvinnlig personal, vad de ansåg som mest verksamt i behandlingen och vad de var kritiska emot. Kvinnorna var genomgående positiva till ett behandlingshem för kvinnor, men det fanns delade meningar kring personalens sammansättning. I de individuella samtalen ville alla ha kvinnliga behandlare. Fem av kvinnorna ville ha enbart kvinnliga behandlare, eftersom *det är mjukare med kvinnor, bra att slippa män ett tag*. Tre kvinnor vill ha en eller ett par män i personalen. En kvinna uttrycker det:

– En man hade nog behövts. Finns det bara kvinnor kan man mer slappna av. Finns en man med så kanske man uppför sig lite bättre. Jag vill inte ha någon man i det direkta behandlingsjobbet.

Här kan man se kvinnornas kluvenhet till att dels ha fristaden med kvinnor, lugn, ro och närheten i samtalen, men hur några kvinnor också saknar männen och traditionellt manliga förhållningssätt i »kvinnorummet«.

Det som kvinnorna ansåg som speciellt verksamt i behandlingen var att umgås med och lära känna andra kvinnor och de individuella samtalen med behandlarna. Fem kvinnor berör gemenskapen med de andra kvinnorna.

– Jag har fått mycket stöd och hjälp av de andra.

– Man lär sig umgås med andra tjejer. Det har ju funnits konflikter. Det har man inte lärt sig ta annars

Lika många kvinnor är positiva till de individuella samtalen och kontakten med behandlarna:

– Samtalen är bra och jag vet ju efter samtalen sitter jag och tänker mycket.

– Jag har fått mycket stöd av min kontaktperson. Med hennes hjälp har jag faktiskt kommit så långt att jag klarar av att öppna mej. Jag har varit rädd för det innan, för jag tycker att det har gjort så ont att lämna ut delar av mej själv. Det tycker jag har gått bättre. Sakta men säkert har det gått framåt.

Eftervården och den fortsatta kontakten efter behandlingen på behandlingshemmet nämner alla utom ett par kvinnor. Kvinnorna vill ha fortsatt samtalskontakt med sin kontaktperson eller någon annan av behandla-

rna och möjlighet att komma och besöka »att känna att man har Sofia kvar även om man har flyttat därifrån«.

Det kvinnorna främst var kritiska emot i behandlingen var undfallenheten hos personalen att det är »för mycket »daltande«, »för lite krav«, och »för lite raka rör«. Hälften av kvinnorna tar upp sådana synpunkter. Motvarande frågor belystes också vid andra omgången intervjuer individuellt och i grupp med kvinnorna som deltog i behandlingen ett par år senare (grupp 2).

I alla intervjuerna betonade kvinnorna att de var positiva till behandling på ett behandlingshem för kvinnor (jfr Christensen 1996, Dahlgren 1992). En kvinnas berättelse uttrycker betydelsen av behandling i kvinnokollektiv som har likheter med många andra kvinnors berättelser:

Jag tycker det är viktigt att ha tjejer att prata med. Man har ju rätt dåligt självförtroende från början som tjej och detta måste byggas upp. Man blir bättre hörd på ett kvinnokollektiv. Detta gäller i alla sammanhang. Jag har en mycket negativ inställning till när det finns män med i gruppen. Jag upplever det som otroligt hårt. Det var det som jag tyckte var mest negativt på det andra behandlingshemmet. Det var dödshårt. Man blev inte hörd, utan det var männen som dominerade kraftigt. Tjejer fick inte säga ett pip. Hade man gjort något dåligt så fick man verkligen höra det. Jag reagerade med att bli livrädd och bölade. Till slut vågade jag inte säga något. Det blir mycket mjukare på en kvinnoinstitution. Kvinnor behöver lära sig att tycka om sig själv mera och lära sig umgås med andra tjejer. Att ha väninnor och att lära sig att kvinnor är lika mycket värda. Vi är så nedtryckta som vi levat innan. Jag tror det handlar mycket om det.

Här ges bakgrunden till behovet av ett speciell fristad som ger kvinnorna utrymme att växa och hitta sitt värde. Berättelsen blyxter kvinnornas upplevelser av en extrem underordning i en behandlingsvärld, där männen tydligt dominerar och förtrycket från missbrukarvärlden lever kvar inne på behandlingshemmen (jfr Björling 1989, Duckert 1989). Snarare än att växa och utveckla sitt självförtroende i behandlingen riskerar många kvinnor få uppleva att inte bli hörda och att lära sig leva kvar i sin dåliga självkänsla.

Närheten till och gemenskapen med andra kvinnor utgör enligt kvinnorna en viktig utvecklingsmöjlighet. Samtidigt utgör närheten också den främsta »stötestenen«. Kritiken från den andra gruppen berör att det är tröttsamt och innebär irritation med det ständiga nötandet med andra kvinnor och de konfrontationer som ingår i behandlingens vardag. Påfrestande relationer till andra kvinnor och de maktförhållanden som kan utvecklas inom ramen för en kvinnlig hierarki har också visat sig vara en av de vanligaste orsakerna till att kvinnorna avbrutit sin behandling (Nötesjö & Tegborg 1999). En kvinna berättar:

Jag menar att jag kan ju inte älska alla människor. Det blir surt om det blir så att det skär sig, för det blir jobbigt för alla parter. Blir vi fullt hus med tio tjejer, så kan man ju inte gå omkring och älska alla, det säger ju sig självt!

Hörnstenarna i kvinnobehandling

Fyra hörnstenar i kvinnobehandling blir tydliga efter att ha lyssnat till kvinnornas berättelser.

telser. Majoriteten av kvinnorna tar upp några saker som varit betydelsefulla för dem i anslutning till behandlingen. För det första talar kvinnorna om tryggheten att inte bli övergiven när man visar upp sina problem, framför allt symptomtoleransen vid återfall i missbruk. För det andra berör de möjligheten att i individuella samtal tala om sina problem och få tillit till sin behandlare (jfr Dahlgren 1991). För det tredje tar de upp gemenskapen med de andra kvinnorna i kollektivet. För det fjärde berör de eftervården och långsiktigheten i behandlingen (jfr Christensen 1996, Dahlgren a.a.).

Några uttalanden belyser detta:

– Jag tror det är hela atmosfären, alltihop tillsammans. Det är kombinationen med all den gemenskap, att man mår bättre och tilliten framför allt. Det blir en jättetrygghet som man inte känt innan.

– Det tog lång tid. Jag litade inte på någon förrän jag hade tagit två eller tre återfall och ni fortfarande stod kvar och höll vad ni lovade. Det var då jag började lyssna och höra. Annars var det ju bara en massa svammel, åh ja de snackar så gott.

– Ute litar jag inte på en djävul mer än mej själv. Det gör man här och vågar. Just det att jag vågar tala om hur jag verkligen känner. Det är ett stort förtroende man ger behandlaren vid de individuella samtalen om man så säger, och det är en jätteviktig relation för mej. Man det är lika mycket med tjejerna här. Det är mycket jag går och pratar med tjejerna om. Det har jag aldrig pratat med någon annan om.

– Jag är ett långtidsprojekt. Har man missbrukat så lång tid så måste man ge sig tid att sluta också.

Gruppsamtalen och andra aktiviteter berörs bara med enstaka uttalanden och förefaller ha underordnad betydelse.

Idealen och motbilden

Kvinnornas berättelser visar på de svårigheter de upplever, att som kvinna och missbrukare inte leva upp till idealbilden i samhället. Många kvinnor verkar istället se sig med omgivningens ögon som motbilden till den nyktra, kontrollerade kvinnan, som håller hemmet samman (jfr Eriksen 1991). Öppet eller underförstått handlar berättelserna genomgående om utanförskap. Kvinnorna känner sig utpekade, har svag självkänsla och skäms över missbruket. En av kvinnorna sätter ord på detta och kvinnors speciella utsatthet:

Tjejerna är mycket mer utsatta i missbruk. Ofta är de beroende av killar. De blir mer utnyttjade, både sexuellt och så att fixa pengar och ha någonstans att bo. Tjejerna bor runt hos olika killar. De är oftare bostadslösa än killarna. Sedan är det också det, att tjejerna har sämre kontakt med sin familj när de missbrukar. Killarna får ofta komma hem till föräldrar och sänt. Det är mer fult att ha en dotter som knarkar än en son som knarkar. En kille som missbrukar. Det kan vara tufft och accepterat, åh han har en vild period.

Samhällets renhetsideal »madonnnan« står i skarp relief mot den missbrukande kvinnan som »fyllekärningen« och »horan«. Av kvinnornas berättelser framgår hur flickor och kvinnor får betala ett dyrt pris känslomässigt och socialt för att falla ur ramen (jfr Andersson 1993). Dålig självkänsla, skam och skuld för sina misslyckanden kan vara en av anledningarna till att kvinnorna fann de individuella samtalen med behandlarna som speciellt betydelsefulla. Kvinnornas positiva inställning till individuella samtal för stöd, bearbetning och att stärka självkänslan i

samband med missbruksbehandling liknar behandlingsmodellen som utvecklats inom sjukvården (jfr Dahlgren 1992). En inriktning mot individuella terapeutiska samtal efterlyses i samband med utvärderingen av det norska kvinnokollektivet (jfr Christensen 1996). Paralleller kan också dras med vägen ut ur prostitution (Hedin & Månsson 1998), där stöd och bearbetning av traumatiska upplevelser i behandling ses som väsentliga för uppbrottet.

Behov att utveckla kvinnoidentiteten

Kvinnorna betonade några saker som bidrog till förståelse av vad som är verksamt i missbruksbehandling för kvinnor. Dels berörs de individuella samtalen med behandlarna som följer kvinnan i behandlingen och ut i eftervården, dels berörs gemenskapen med de andra kvinnorna i kollektivet. Detta blev en ledtråd som ledde fram till tanken att kvinnorna i kvinnokollektivet får möjlighet att ta igen det de tidigt förlorat genom brister i relation till den egna modern och till väninnor.

Att missbrukande kvinnor har gått miste om väsentliga inslag i sin socialisation belyses av Ravnndal och Vaglum (1991). De såg det nära samspelet med andra kvinnor och att kvinnorna får signifikanta andra som väsentliga inslag för framgång i kvinnobehandling. Genom en starkt självkänsla kunde kvinnorna efter hand skaffa sig redskap för en mer självständig relation till män och att hantera sitt liv utan missbruk. De här intervjuade kvinnorna beskriver hur de genom den dagliga samvaron med andra kvinnor får möjlighet att utveckla sin identitet.

Den teoretiska förståelsen av en sådan utveckling av behandling för missbrukande kvinnor underlättas av Bjerrum-Nielsen och Rudbergs (1991) tankegångar kring flickans socialisation. Kvinnan utvecklar tidigt en relationellt förankrad identitet i nära samspel med mamman. I tonåren sker detta också i nära samspel med väninnor. Det finns skillnader mellan missbrukande flickor och flickor i allmänhet. När många kvinnor redan i tidiga tonår börjar använda alkohol och droger, riskerar de gå miste om viktiga inslag i sin utvecklingsprocess. Det är vanligt att föräldrarna ägnar dem lite uppmärksamhet pga. eget missbruk eller andra svårigheter. Missbrukande flickor har ofta få väninnor, eftersom deras annorlunda erfarenheter t.ex. av sexuella övergrepp och missbruk gör att de ses som udda och de har svårt att värna om sina psykiska och fysiska gränser. De torftiga relationerna till andra kvinnor kompenseras ofta genom närmast symbiotiska relationer till män. Det handlar ofta om missbrukande äldre pojkar och män, vars drogvanor många kvinnor tar över (jfr Andersson 1991).

Behandlingskollektiv för kvinnor förefaller att kunna kompensera dessa brister i nära relationer till andra kvinnor. I behandlingen kan många kvinnors förlorade tonårstid återskapas genom det nära samspelet med behandlarna, »morsorna«, som kvinnorna ofta kallar dem, liksom väninnorna i kollektivet. Som tidigare nämnts kräver detta långsiktighet i behandlingen, som måste ske i kvinnans egen takt och inte kan forceras. Behandlingshemmet kan då fylla funktionen av »den goda familjen«, där man sätter gränser med omtanke. I den gäller vid inträdet i vuxenvärlden, att var och en lär sig att efter

hand finna sina egna gränser. Där är medlemmarna synliga och de kan göra sig fria utan att trygga relationer går förlorade. Symptomtoleransen behövs, eftersom man inte kastar ut en familjemedlem som brutit mot några regler. I stället sluter man upp, reder ut och tar om hand. Genom eftervården finns »familjen« kvar, när familjemedlemmarna flyttat hemifrån.

Studien beträffande kvinnor som avbrutit behandlingen vid Sofia belyser svårigheterna i kvinnobehandling och bidrar med en kompletterande bild. De nära relationerna och hierarkiska maktförhållanden i ett kvinnokollektiv kan också utgöra en belastning och ett hot för kvinnor med tidigare negativa erfarenheter i kontakten med andra kvinnor (se Nötesjö & Tegborg 1999).

Moderskapet som gemenskap och drivkraft

Kvinnor med barn är överrepresenterade i behandlingen (jfr. Dahlgren 1992). Två tredjedelar av kvinnorna på Sofia under de första åren och fortsättningsvis har varit mammor, medan traditionell missbruksbehandling har en jämn fördelning mellan ensamstående kvinnor och mammor (se Bergmark et al 1989). Att i behandlingen få stort utrymme åt relationen till barn och närstående är enligt de kvinnor som är mammor ett av de viktigast motiven till att de sökt sig till behandlingen. En kvinna uttrycker något som gäller för flera:

Nu skulle jag in där punkt slut. Jag tror att det blev så, eftersom de berättade för mig att det var viktigt att man behöll kontakten med sina barn under behandlingen, att det var positivt och att de skulle hjälpa till att barnen fick

komma hit varannan helg. På det andra behandlingshemmet sa de till oss: Stäng ut barn och omvärld och då skulle man bara koncentrera sig på det där inne. Här var de plötsligt måna om att man skulle leva som vanligt.

Att moderskapet är en viktig drivkraft när det gäller att söka sig till och fullfölja sin behandling (jfr. Dahlgren 1992) visar sig både i mammornas beskrivning av behandlingen och i behandlingsresultaten. När samtliga tolv kvinnor (grupp I) tillfrågades om målen för behandlingen uttryckte sju av åtta mammor på olika sätt ett bra liv med sina barn som det främsta målet. Behandlingsresultaten för kvinnor som väntade barn och var mödrar talar i samma riktning. Kvinnor som väntade eller hade barn fullföljde behandlingen i större utsträckning än andra kvinnor. De utgjorde mer än tre fjärdedelar av dem som fullföljde behandlingen.

Det är tydligt att de flesta missbrukande kvinnor värderar moderskapet högt. De försöker leva upp till en traditionell kvinnoroll med ansvar för hem och barn, vilket framgår av både min egen och annan forskning (Se t.ex. Andersson 1991, Trulsson 1998). Berit Andersson talar om att lika självklart som den missbrukande mannen prioriterar arbetet, lika självklart prioriterar den missbrukande kvinnan hem och barn. I samband med graviditeten avbryter eller minskar de flesta kvinnor sitt missbruk (Se Larsson 1980, Trulsson 1998). Förutom känslan för det väntade barnet visar det sig att kvinnorna söker sig till och tar hjälp främst av andra kvinnor, vilket skiljer sig från vad som tidigare framkommit i forskningen (se t ex Ravn-dahl & Vaglum 1988, Tunving 1983). I samband med graviditet och moderskap förbereder sig kvinnorna och söker sin identitet

som mor genom att liksom kvinnor i allmänhet vara öppna för den egna modern och andra kvinnor (Bibring et al 1961). Detta skiljer sig från den rädsla för och det avståndstagande till andra kvinnor, som jag tidigare sett är vanligt bland missbrukande kvinnor. Sannolikt är det en bidragande anledning till det ovanligt goda behandlingsresultaten för dem som är gravida och mödrar (Olofsson 1991, Trulsson et al 1996, Trulsson 1998). Att kvinnor tvingas avstå från eller minska kontakten med närstående i samband med vistelse på behandlingshem kan utgöra »barriärer«, som hindrar dem att söka sig till behandling (jfr Duckert 1989). Behandling som går kvinnorna till mötes i en kvinnoroll som utgår från de nära relationerna förefaller öka möjligheterna att nå dem. När behandlingen tar hänsyn till och bejakar deras relationer till barn och närstående bidrar detta till stärkt självkänsla. Först som nästa steg i behandlingen kommer att efter hand uppmuntra dem till att se egna behov. På sikt kan de finna en balans mellan egna och närståendes behov och att vidareutveckla sin självständighet. Erfarenheterna från behandling som verkar för att mammor av hänsyn till barnen skall avstå från tankarna att själva ta hand om dem pekar i motsatt riktning, genom att färre mammor än kvinnor utan barn fullföljer behandling (se Christensen 1996).

Diskussion

Behandlingshem för kvinnor med den här aktuella inriktningen grundar sig på tankegångar som överensstämmer med terapeutiska samhällen med psykodynamisk be-

handling. Utgångspunkten är en vidareutveckling av Maxwell Jones behandlingsmodell, vilken utvärderats och beskrivits tidigare (Se t.ex. Hilte 1990). Hilte talar om den bärande behandlingsinriktningen i det kollektiv för män och kvinnor som han studerat. Förändring sker inifrån genom ny tolkning av självet och dess existens i världen. Vägen dit är att individen tar fullt ansvar och konstruerar ett ansvarsfullt jag. Självmedvetenhet och individuell reflektion spelar en betydande roll. Att bli sig själv uppnås i det terapeutiska samhället genom att terapeuten speglar klientens självuppfattning och idéer och att det är en jämbördighet mellan terapeut och klient.

Tankarna om självmedvetenhet och individuell reflektion som steg på vägen till konstruktionen av ett ansvarsfullt jag gäller även kvinnorna som deltar i den här beskrivna miljöterapeutiska missbruksbehandlingen. Vägen dit ställer emellertid krav på att se det specifika i kvinnors identitetsutveckling. Den här beskrivna behandlingsmodellen för kvinnor pekar på sådana möjligheter genom att överbrygga »barriärer« i traditionell missbruksbehandling som hindrar kvinnor att söka sig till och fullfölja behandling (jfr Duckert 1989). Samtidigt behövs medvetenhet om att frigörande behandling för kvinnor kan innebära konflikter. De »genuskontrakt« (jfr Hirdman 1988) som styr vad som förväntas av män och kvinnor utifrån idealbilden i samhället, socialisationen och arbetsdelningen mellan könen kan inte förbises i en behandling som förväntas tillgodose kvinnors behov för att uppnå ett liv utan missbruk. Kvinnornas berättelser har givit antydningar om problematiken, deras mål med och tankar kring behandlingen.

Några ledtrådar framskymtar. Likheterna med andra kvinnor blir tydliga beträffande behovet av nära relationer till man, barn och närstående och ansvaret förknippat med den traditionella arbetsdelningen mellan könen. Med detta följer svårigheter att sätta sig själv och den egna utvecklingen i första rummet vilket är en av ledstjärnorna i traditionell missbruksbehandling. En annan svårighet är att leva upp till »myten om den goda modern« (Haavind 1974) som är gemensam för de flesta kvinnor. Den avgörande skillnaden mellan missbrukare och andra kvinnor är emellertid diskrepansen mellan den egna vardagsverkligheten med dess ut-satthet och förnedring i förhållande de krav idealbilden i samhället ställer. Skuld, skam och dålig självkänsla blir resultatet av att inte lyckas leva upp till egna och andras förväntningar. Svårigheter under uppväxttiden gör att många kvinnor behöver i behandlingen ta igen vad de gått miste om under sin socialisation i fråga om nära gemenskap med andra kvinnor som missbruk från tidiga tonår bidragit till (jfr Ravndahl & Vaglum 1991). Många missbrukande kvinnor har, ofta redan från barndomen, erfarenheter av traumatiska upplevelser. Detta visar sig i kvinnornas samstämmighet beträffande behovet av individuell samtalsbehandling. Detta ställer nya krav på behandlingen. Komplement behövs till gruppbehandling som utgör ett av huvudinslagen i traditionella terapeutiska samhällen. Detta talar i samma riktning som erfarenheterna från kvinnobe-handlingen inom sjukvården, där behandlingen främst består av individuella samtal i kombination med gruppaktiviteter. Där finns också en helhetssyn i behandlingen som omfattar familjen (se Dahlgren 1991).

Den inriktningen kan vara en av anledningarna till överrepresentation för kvinnor som har barn. Bättre behandlingsresultat för mammor än andra kvinnor i den här aktuella behandlingen visar på moderskapet som drivkraft i behandlingen och vikten av att i behandlingssammanhang inte avgränsa kvinnor från sina barn, utan snarare ge stöd och uppmuntra relationen mellan barn och föräldrar. Kvinnornas betonar gemenskapen med »väninnorna« i kollektivet, behov av trygga relationer och långsiktighet i behandlingen. Detta går att känna igen utifrån samstämmiga erfarenheter från de »kvinnorum« som efter hand växt fram i Skandinavien (Christensen a.a., Dahlgren a.a., Ravndahl & Vaglum a.a.).

Men för vissa kvinnor kan »kvinnorummet« utgöra ett hot.. De här aktuella behandlingsresultaten, som visar en överrepresentation av mammor som fullföljer sin behandling, ger en antydning i den riktningen. Det ligger nära till hands att se stötestenarna för kvinnor som i missbrukarvärlden har erfarenheter av konkurrens med andra kvinnor om relationen till män. De har kanske under uppväxten upplevt besvikelser i förhållande till andra kvinnor och känner sig därför rädda för kvinnor. Kvinnor utan barn har inte hjälp av öppenheten inför andra kvinnor som finns inbyggd i processen att finna sin identitet som mamma (se Trulsson 1998 a.). Snarare kan det vara traumatiska upplevelser, besvikelser och separationer som sätter sin prägel på deras nära relationer. Den drop-out studie som gjorts visar, att kvinnliga hierarkier och skilda livsvillkor utgjorde bakgrunden till att knappt hälften av kvinnorna avbröt sin behandling. Deras främsta kritik gällde vardagslivets täta relationer, ständiga nötande,

irritationsmoment och konfrontationer (se Nötesjö & Tegborg 1999).

Kvinnornas berättelser ger en inblick i vad som är specifikt i kvinnobehandling. Förtrycket kvinnor levtt med i missbrukarlivet ställer krav på behandlingen att öppna möjligheter till stärkt självkänsla genom stöd och bearbetning av traumatiska upplevelser (jfr Hedin & Månsson 1998). Att kvinnors missbruk i högre grad stigmatiseras och medför större utanförskap än mäns och innebär bl a att kvinnorna och människor i omgivningen behöver bli medvetna inte bara om kvinnornas inre värld, utan också om den yttre världen, där de skall leva efter behandlingstiden. Kvinnornas problem måste därför ses i relation till den sociala, ekonomiska, lagliga och politiska situationen (jfr Björling 1989).

En reflektion om behandlingsutvärdering ligger nära till hands efter att ha lyssnat till kvinnornas berättelser. Ofta inriktas huvudintresset på hur klienterna klarat av en på förhand given behandlingsinriktning/teknologi. Mindre intresse ägnas åt vilken inriktning klienterna önskar sig i behandlingen. Ofta saknas dialogen hur behandlingen skall anpassas till den enskilda kvinnans eller mannens behov, eller med andra ord en teknologi som anpassats till råmaterialet (se Meyer & Scott 1983). Utifrån det perspekti-

vet väcks min nyfikenhet. Kanske är många av kvinnornas synpunkter inte speciella enbart för missbruksbehandling i kvinnokollektiv. Möjligen delar de drag också med vad män skulle vilja ha ut av behandling? En kunskapslucka blir tydlig. Enligt vad jag kunnat finna finns lite kunskap beträffande mäns och kvinnors likheter eller olikheter i upplevelsen av missbruksbehandling.

Vägar kan skönjas hur man kan gå missbrukande kvinnor till mötes i behandling. Detta har möjliggjorts genom det sista decenniets fokusering både teoretiskt och empiriskt på missbrukande kvinnor i behandlingssammanhang. Behandling i ren kvinno-grupp har givit goda behandlingsresultat (Christensen 1996, Dahlgren 1991, Dahlgren & Willander 1992, Trulsson 1993, Trulsson et al 1996, Vaglum & Ravndal 1991). Men vi befinner oss bara en kort bit på väg när det gäller att synliggöra och förstå några av skillnaderna mellan mäns och kvinnors behov i missbruksbehandling. Detta innebär möjligheter. Samtidigt finns anledning till vaksamhet mot rigida behandlingsmodeller, mer anpassade till den rådande samhällsordningen, än till vad lyhörddhet inför vad den enskilda kvinnan eller mannen anser sig behöva utifrån vars och ens utgångsläge.

Summary

A woman's identity and the treatment of drug abuse

A solution to the problems encountered by women in traditional treatment programmes for drug abuse has become treatment homes for women only and staffed by wo-

men. Experience from Sofia treatment home in Malmö is the background for this article. Lack of knowledge concerning women's specific needs concerning treat-

ment for drug abuse has led to research being done in close conjunction with the treatment being carried out.

In cooperation with the women who have participated in the treatment programme, a model for treatment has gradually been formed. The observations made during its' development has given us an idea of women's needs while being in treatment for drug abuse. This has led to a further progression of the psychodynamically based environment therapy. All the women who have been in treatment for longer periods of time are positive to the type of treatment the residential home provides. Slightly more than half the women who participated in the treatment the first five years have completed it.

Experience shows that a gender perspective is needed when developing treatment programmes. Consideration must be given to the ideals supported by society, men's and women's different socialization patterns and the division of labour between the sexes (cf. Hirdman 1988). There is a need to approach the problems related to the fact that women with a drug abuse problem do not live up to society's ideals and that an effect of this is feelings of guilt, shame and humiliation. The women especially valued the individual therapeutic counselling with a key worker who had contact with the woman throughout the treatment and

during the after-care programme. They also valued their friendships with the other women at the treatment home, which illustrates that women can compensate for what they have missed during their period of socialization, during their early teens when they often start to take drugs. The division of labour between the sexes gives women the main responsibility for the home and the children. Lack of consideration for this fact creates "barriers" which hinder the women in the treatment of their drug abuse, whereas an acceptance of children and other close relationships during the treatment contributes to positive results.

Research concerning treatment programmes mainly focuses on how the client adapts to a preassumed type of treatment. Less interest is paid to the client's own wishes during treatment. There is often a lack of communication concerning how the treatment should be adapted to suit the individual woman's or man's needs. This question is raised as there is little knowledge concerning men's and women's similarities and differences in how they experience treatment programmes. It is possible that many of the women's views are not just applicable to the treatment of women. Perhaps they also have something in common with that which men would like to achieve from treatment.

Litteratur

- Andersson, B. (1991) *Att förstå drogmissbruk*. Studentlitteratur, Lund.
Andersson, C. (1993) *The Children of Maria*. Acta Universitatis Upsaliensis: Göteborg
Andersson, G. (1995) *Barn i samhällsvård*, Studentlitteratur, Lund

- Bernler, G. och Bjerkman, A. (1990). *Den sociala biografien*, Göteborg: Daidalos
Bergmark, Å. & Oscarsson, L. (1988) *Drug Abuse and Treatment*. Täby: Almqvist & Wiksell International
Bergmark, A. m fl (1989) *Klienter i institutionell*

- narkomanvård*. Uppsala: Uppsala Universitet, Pedagogiska Institutionen.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. & Valenstein A. F. (1961). »A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 16, 162-186.
- Bjerrum-Nielsen, H. & Rudberg, M. (1991) »Jenters vej till rusmedel, ett socialiseringsperspektiv«, *Kön, rus och diciplin*, Nordiska nämnden för alkohol och drogforskning, NAD publikation nr. 20.
- Björling, B. (1989). »Making women visible« *Women alcohol and drugs in the Nordic Countries*, Nordiska nämnden för alkohol och drogforskning, NAD-publikation nr. 16.
- Carlsson, C. Esseveld J., Goodman, S., Widerberg, K. (1983) »Om patriarkat en kritisk granskning«, *Kvinnovetenskaplig tidskrift*. nr 1, 55-69.
- Chodorow, N. (1979) »Mothering, male dominance and Capitalism«, *Capitalist patriarchy and the case for socialist feminism*, N. Y. *Monthly Review Press*, 83-106.
- Christensen, A. (1996) »Jenter som kommer og jenter som går«. Statens institut for alkohol-og narkotikaforskning SIFA rapport nr.6/96.
- Dahlgren, L. & Willander, A. (1991) »Vilka kvinnor söker hjälp för alkoholproblem, och vilka går det bra för?«, *Läkartidningen*, vol. 88, 632-635.
- Dahlgren, L. (1992). »Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare«, *Socialmedicinsk Tidskrift*, nr 8, 1992, 390-394.
- Davies, K. & Esseveld, J. (1989) *Kvalitativ kvinnoforskning*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Duckert, F. (1989). »The treatment of female problem drinkers«. *Women alcohol and drugs in the Nordic Countries*, Nordiska nämnden för alkohol och drogforskning, NAD-publikation, nr. 16.
- Eneroth, B. (1986) *Hur man mäter vackert? Grundbok i kvalitativ metod*. Stockholm: Akademilitteratur.
- Eriksen, S. (1991) »Alkohol som könssymbol«. *Kön, rus och diciplin*, NAD-publikation nr. 20.
- Fridell, M. (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk. Organisation – ideologi och resultat*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Haavind, H. (1974) *Myten om den goda modern*. Aldus.
- Hedin, U-C & Månsson S-A. (1988). *Vägen ut! – Om kvinnors uppbrott ur prostitution*, Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Hilte, M. (1990) *Droger och diciplin. En fallstudie av narkomanvård i Malmö*. Lund: Arkiv.
- Hilte, M. (1998) Behandlare och kvinnliga klienter: Om vägen ut ur missbruket. *Socionomen – Tema Institutionsvård för vuxna missbrukare*. Nr. 4, 69 – 79.
- Hirdman, Y. (1988) »Genussystemet – Reflektioner kring kvinnors sociala underordning«. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, nr 3, 49-63.
- Järvinen, M. (1983), »Kvinnan i alkoholforskningen«, *Kvinnoforskning kring alkohol och droger*. NAD-Publikation nr. 8.
- Krais, B. (1993) »Gender and Symbolic Violence« Ur Calhoun, C, m.fl. (eds), *Bourdieu Critical Perspectives*, London: Polity Press.
- Larsson, G. (1980). *The amphetamine addicted mother and her child*, Acta paediatrica Scandinavica Supplement 278, Almqvist & Wixell.
- Meyer, J. & Scott, R. (1983) *Organizations and environments: Ritual and Rationality*. Beverly Hills: SAGE .
- Nötesjö, G. & Tegborg, E. (1999) *Tur och retur Kvinnorummet*. Qlara Management AB: Stockholm.
- Olofsson, M. (1991). Gravide misbrugere og deres born I: *Kön, Rus och Diciplin – en nordisk antologi*, NAD-publikation nr. 20.
- Ravndal, E. & Vaglum, P. (1988). *Kjennetegn och behandlingsforlop hos ungdom som søker sig till Veksthuset*, Institutt for medicinske adferdsfag, Universitetet i Oslo.
- Ravndal, E. & Vaglum, P. (1991) *Behandling av kvinnelige stoffmissbrukere i ett hierarkisk terapeutisk samfunn: Betydningen av relasjoner till foreldre, partnere og venner*, Institutt for medicinske adferdsfag. Universitetet i Oslo 1991.
- Sárfi, E. (1990). »Jenter i motvind«. Diakonhjem-

- mets Hogskolesenter, Forskningsrapport Nr. 34
- Segreus, V. (1990) Institutionsvård för narkomaner. *Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården*, DSF.
- Smith, D. (1987) *The Everyday World as Problematic. A feminist Sociology*. Boston: Northeastern University Press.
- Trulsson, K. (1993). *Kvinnorummet – Vision, verklighet, vardag. Rapport från ett behandlingshem för kvinnor*. Kvinnoforum Utbildning AB, Ljungbergs tryckeri, Klippan.
- Trulsson, K., Länne, L. & Nötesjö, G. (1996) *Kvinnor på väg in från kylan*, Stockholm: Qlara Management AB.
- Trulsson, K. (1998) »Det är i alla fall mitt barn« – *En studie om att vara missbrukare och mamma*. Licentiatavhandling, Oskarshamn: Carlssons Bokförlag.
- Tunving, K. (1983) »Den kvinnliga narkotikmissbrukaren i vårdssystemet. *Kvinnoforskning kring alkohol och droger*, NAD-Publikation nr.8.
- Uno-92. *Det tunga narkotikamissbruket i Sverige 1992*. CAN:s Rapport, serie 1993.
- Österling, A. (1997). *Alcohol problems in women*, Malmö: Department of Clinical Alcohol Research Lund University.