

Kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa

Solveig Olausson



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Psykologiska institutionen 2008

ISBN 978-91-628-7283-0
ISSN 1101-718X
ISRN GU/PSYK/AVH--209--SE

Länk till e-version:
<http://hdl.handle.net/2077/18347>

Layout och redigering: Henny Östlund
Tryck: Livréna AB, Göteborg 2008

Till mina föräldrar Anna-Lisa och Olle

Abstrakt

Avhandlingen beskriver kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa. Den baserar sig på tre undersökningar, dels en kvalitativ intervjuundersökning av unga kvinnor som söker behandling, dels två kvantitativa undersökningar av kvinnor i pågående behandling. Undersökningarna har resulterat i fyra arbeten.

I arbete I och II var syftet att undersöka hur unga vuxna definierade sina problem, vilken hjälp de önskade och vad som gjorde att de började i behandling. Sju kvinnor mellan 18 och 25 år intervjuades om när de sökte hjälp första gången. *Arbete I* innebar en beskrivande analys av vägen till behandling. Kvinnornas berättelser om bakgrunden till behandlingen, vägen dit, upplevelsen av bemötande och behandling, beskrivning av självbild och förväntningarna inför framtiden har sammanställts. Resultaten visar att kvinnornas vårdsökande föregicks av en långvarig process av känslomässig frustration. De hade sällan någon tydlig bild av önskad behandling. Kvinnornas berättelser om anledningen till att de påbörjade behandling går inte att skilja från deras berättelser om problemen. Kvinnorna var snarare ambivalenta än omotiverade inför behandling. *Arbete II* innebar en narrativ analys av kvinnornas berättelser utifrån självrepresentation, självbild och berättelsepoäng. Resultaten tyder på en ointegrerad självbild i de unga kvinnornas berättelser. De hade svårigheter att beskriva sig själva och hänvisade ofta till hur de förstod att andra uppfattar dem. Man kan säga att de fortfarande befann sig i olika skeden i utvecklingen på väg mot en integrerad självbild. Kvinnornas självrepresentation påverkade deras berättelsepoäng. Deras svårigheter att beskriva sig själva kunde också ge dem problem med att beskriva sitt behov av hjälp. Detta ledde i sin tur till att de kunde ha otydliga och ambivalenta anspråk på den sökta behandlingen.

I arbete III och IV var syftet att efter kartläggning av 21 kvinnor beskriva psykiska problem, missbruksbild, livssituation och livskvalitet för kvinnor med sam sjuklighet av substansmissbruk och psykisk ohälsa, samt att följa upp eventuell förändring efter 18 månader. De undersökningsinstrument som användes var behandlarens bedömning enligt DSM, kvinnornas skattningar av psykisk belastning genom SCL-90, livskvalitet genom Cantrils stege och strukturerad intervju genom Addiction Severity Index. Kartläggningen i *arbete III* visade en multipel psykiatrisk problematik hos den undersökta gruppen kvinnor, ofta jämsides med fysisk ohälsa och ett tunt socialt nätverk. Kvinnorna hade haft problemen sedan tonåren. Dessa långvariga problem hade påverkat deras liv och inneburit svårigheter att klara försörjning genom arbete, att lyckas med att bygga trygga och långvariga nära relationer och att hitta sociala sammanhang som också hade kunnat ge en meningsfull fritid. De flesta var beroende av psykiatrin och/eller socialtjänsten för behandling och ekonomiskt stöd. Kvinnorna med längre behandlingstid hade en högre funktionsnivå, men alla var i behov av behandling för sin psykiska ohälsa

och sitt missbruk. Därutöver hade flertalet behov av hjälp med fysisk ohälsa, relationer till familj och umgängeskrets och med sysselsättning eller arbete. Gruppens allmänna funktionsnivå, liksom den upplevda livskvaliteten, var låg. *Arbete IV* var en uppföljning efter 18 månader av 18 av kvinnorna. Kvinnorna visade en förbättrad allmän funktionsnivå enligt behandlarnas bedömning, men den var fortsatt låg. 10 av kvinnorna hade uppnått en förbättrad nykterhet varav 6 hade återhämtat sig från missbruket. Under uppföljningstiden minskade också hjälpbehovet med avseende på kriminellt beteende, psykiska problem och svårigheter i relationen till familj och anhöriga. De som hade en längre behandlingstid hade nått en högre allmän funktionsnivå, men det var bara två som befann sig inom ramen för normal funktionsnivå. Endast en kunde försörja sig genom arbete. Kvinnornas subjektiva upplevelser av psykisk belastning och livskvalitet förändrades inte signifikant över de 18 månaderna. Det fanns kvarstående behandlingsbehov för alla kvinnorna i något avseende på fysisk och psykisk ohälsa, missbruk/beroende och familje- och vänskapsrelationer. Resultaten tyder på att behandling är till hjälp för personer med multipel problembild, men synliggör inte vad som är verksamt i behandlingen.

Konklusion

Fortsatta studier behövs för att kartlägga behoven och den totala problembilden hos gruppen kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa. Att behandlaren utgår från ett perspektiv där både de psykiska problemen och missbruket bemöts tycks vara avgörande för att de unga kvinnorna ska ta emot behandling. Att identifiera faktorer utöver de psykiska problemen och missbruket, såsom svårigheter i nära relationer och upplevelser av låg livskvalitet, kan vara väsentligt för att förhindra återfall hos gruppen kvinnor i behandling.

Sökord: Unga vuxna, kvinnor, missbruk och psykisk ohälsa, behandling, livskvalitet, uppföljning, narrativ metod.

Adress vid korrespondans:

Solveig Olausson, Beroendekliniken Avd 364, Byggnad PK, 416 85 Göteborg

E-post: solveig.olausson@vgregion.se

Abstract

Olausson, S (2008). *Woman suffering from substance abuse and mental illness*. Department of Psychology, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden

This thesis deals with women suffering from substance abuse and mental illness. In *Studies I* and *II* the aim was to examine how young adults defined their problems, what help they desired and what caused them to seek treatment. Seven women aged 18 to 25 were interviewed about when they first sought help. *Study I* formed a descriptive analysis of the route to treatment. The results reveal that their seeking treatment was preceded by a lengthy process of emotional frustration. They seldom possessed any clear idea of the treatment they needed, and their descriptions of reasons for seeking treatment did not differ from their descriptions of their problems. The women were ambivalent rather than lacking in motivation with regard to treatment. *Study II* comprised a narrative analysis of the women's accounts. The results suggest a degree of unintegrated self-image in the young women's narratives. Their self-image affected their narrative points. Their difficulties in describing themselves also created problems in clarifying their need for assistance. In *Studies III* and *IV* the aim, following the conducting of inquiries of 21 women, was to describe the psychological problems, degrees of addiction, living conditions and quality of life of women suffering from co-morbidity of substance abuse and mental illness, and moreover to trace any changes after a period of 18 months. The results obtained in *Study III* revealed a multiple complex of psychiatric problems in the group of women, often accompanied by physical illness and an inadequate social network. Most of the women were dependent on psychiatry and/or social services for treatment and financial support. In addition, most of them were in need of help with their physical illness, with their relations towards family and friends and with their occupation or work. The group's general level of functionality and their sense of quality of life were in both cases low. *Study IV* was a follow-up of 18 women from the same group of women after 18 months. The women displayed a still low but improved general level of functionality. 10 women had better control of their alcohol problems, and 6 of them had recovered from addiction. Their subjective experiences of mental handicap and quality of life did not change significantly over the 18 month period. The results indicated the continued need for treatment relating to their physical and mental illness, their addiction/dependency and to their relations with family and acquaintances.

Further studies are required to chart the needs and the overall complex of problems experienced by those women suffering from substance abuse and mental illness. It appears essential to pursue treatments in which both mental problems and abuse are tackled together and – for women already undergoing treatment – to identify factors beyond the purely mental problems and abuse.

Keywords: Young adults, women, addiction and mental illness, treatment, quality of life, follow-up, narrative method.

Avhandling baserar sig på fyra delar:

Arbete I

Olausson, S. (2008). *"När det hade gått så långt att jag nästan tog livet av mig"*
En beskrivning av unga kvinnors väg till behandling.

Arbete II

Olausson, S. (2008). *"Man insåg väl också själv nånstans att det höll inte längre"*
En analys av unga kvinnors berättelser om att söka behandling.

Arbete III

Olausson, S. (2008). *En kartläggning av vårdbehov och livssituation hos kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa.*

Arbete IV

Olausson, S. (2008). *En uppföljning efter 18 månader av vårdbehov och livssituation hos kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa.*

Tack

Det är många som har varit delaktiga i mina ansträngningar att förena en lång klinisk erfarenhet med ett vetenskapligt tänkande.

Främst vill jag rikta ett varmt tack till professor Philip Hwang, för ett handledarskap präglat av stor kunnighet, följsamhet och fruktbart stöd i rätt tid, vilket lett arbetet konstruktivt framåt mot en avslutning.

Tack till professor Claudia Fahlke för kloka synpunkter, uppmuntran och generöst delade insikter inom missbruksforskningen. Tack till professor Joseph Schaller som med tålmod, skärpa och stillsam humor har varit behjälplig vid den statistiska bearbetningen och för tolkning av regler för att skriva vetenskapliga rapporter.

Tack till chefsöverläkare Eva Bona för erbjudandet att delta i projektet ”Kartläggning av journalsökande ungdomar med missbruksproblem”, vilket genererade material till arbete I och II i avhandlingen. Likaså tack till professor Agneta Öjehagen och klinikchef Ann-Gerd Melin för möjligheten att använda material från projektet ”Samordning av resurser för kvinnor med psykisk störning”, som gav underlag för arbete III och IV.

Tack Bodil Bergman, Elisabeth Bratt Neuberger, Zelma Fors, Ingrid Hedström och Kerstin Jönsson, alla medlemmar i ett nätverk av kliniskt verksamma psykologer och forskare, för möten präglade av tillåtande atmosfär, eftertänksamhet och klokhet. Jag vill även tacka Kristina Berglund, Elisabeth Punzi, Mattias Gunnarsson och Ann-Sophie Lindqvist för delad kunskap, utvecklande diskussioner och vitalitet under våra seminarier om missbruksforskning.

Utan stöd från Beroendekliniken och mina chefer hade inte slutförandet av avhandlingen varit möjligt. Tack Sven-Eric Alborn, Ulla Sandblad, Marie Nilsson, Maj-Britt Grahn och Kristina Ernback för att ni så generöst tillåtit att jag använt en del av min arbetstid till forskarstudier de senaste åren. Andra personer som har bidragit till avhandlingens fullföljande är Ann Backlund, studieadministratör, som bistått med alla skrivna och oskrivna rutiner i slutfasen, Eva Blume, kultursamordnare på Nordiska Akvarellmuseet, som med kort varsel åtog sig att noggrant läsa mitt manuskript och korrigera språket, datakonsulten och vännen Engelbert Stork som outtröttligt har gett datorstöd genom åren.

Familj, vänner, arbetskamrater och kollegor! Ett innerligt tack för att ni har hyst tilltro, visat stöd och uppmuntran inför mitt projekt, och tack för att ni funnits kvar under alla de år som mina forskarstudier tagit mig.

Till slut vill jag tacka för förtroendet från de kvinnor som har velat dela med sig av sina liv genom att medverka i mina forskningsintervjuer.

Ekonomiskt stöd har erhållits från Primärvården, Göteborg genom Dagmarmedel och genom stipendier från Göteborgs universitets Donationsfond samt Kungliga och Hvitfeldska Stipendieinrättningen.

Göteborg oktober 2008, Solveig Olausson

Innehållsförteckning

Inledning	13
Kvinnor och missbruk	14
Kvinnors alkohol och droganvändning	14
Riskfaktorer för missbruk hos kvinnor.....	14
Missbruk hos kvinnor med samtidiga psykiska problem	15
Vidmakthållande av missbruk hos kvinnor	16
Kvinnor och missbruksbehandling	17
Könsskillnader och behandlingsbenägenhet.....	19
Könsskillnader i behandlingsutfall	20
Aspekter vid samsjuklighet	21
Sammanfattning av studierna	22
Övergripande och specifika syften	22
Metod	23
Undersökningsgrupp	23
Tillvägagångssätt.....	24
Resultat	27
Diskussion.....	29
Avslutning	37
Referenser	39
English Summery	47
Appendix	
Arbete I	
Arbete II	
Arbete III	
Arbete IV	

Inledning

Antalet unga kvinnor med missbruk och psykiska problem ökar bland dem som söker psykiatrisk hjälp. Trots detta har inte kvinnor med psykisk ohälsa och missbruk/beroende studerats i större omfattning. I de studier som genomförts saknas genus- och åldersperspektivet på personer med missbruks- eller beroendeproblematik, påpekar Socialstyrelsen i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, ett förhållande som delvis inskränker riktlinjernas tillämpbarhet och räckvidd (Socialstyrelsen, 2007).

Denna avhandling beskriver substansmissbruk och psykisk ohälsa hos två grupper av kvinnor, dels unga kvinnor som söker behandling, dels kvinnor i pågående behandling. Med substansmissbruk avses här missbruk och beroende av alkohol, narkotika och/eller läkemedel, och med psykisk ohälsa avses sådana psykiska tillstånd som behöver psykiatrisk behandling.

Avhandlingen baserar sig på tre intervjuundersökningar med kvinnor och har resulterat i fyra delarbeten. Två av delarbetena är kvalitativa och belyser hur unga kvinnor söker sig till behandling och hur de uppfattar bemötande och behandlingserbjudande. Två av delarbetena är kvantitativa, varav det ena beskriver kvinnor som är i behandling för denna multipla problematik och det andra vad som förändras över tid när det gäller kvinnornas missbruk och levnadsförhållanden samt deras upplevelse av psykisk belastning och livskvalitet. I denna sammanfattning av arbetena görs även en kortfattad genomgång av studier av kvinnors missbruk och beroende, psykisk samsjuklighet och om återhämtning, i syfte att ge en övergripande bakgrund. För en mer utförlig genomgång av kunskapsområdet hänvisas till respektive delarbete.

Kvinnor och missbruk

Kvinnors alkohol- och droganvändning

CANs (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) rapport *Drogutvecklingen i Sverige* (2003) belyser drogvanorna under de senaste 30 åren. Här säger man att Sverige, liksom andra delar av världen, karaktäriseras av en ökad alkoholkonsumtion under efterkrigstiden. Ökningen gäller alla åldersgrupper. I Sverige har bruket av alkohol främst ökat under den senaste tioårsperioden. Bland såväl yngre som äldre ungdomar uppger pojkarna att de dricker nästan dubbelt så mycket som flickorna, och i rapporten konstateras att könsskillnaderna har varit likartade sedan 1980-talet. När det gäller kvinnors bruk av alkohol har den s.k. konvergenshypotesen diskuterats. Denna innebär att kvinnors bruk av alkohol skulle bli lika omfattande som männens allteftersom kvinnors jämställdhet ökar. Man har emellertid ännu inte kunnat bekräfta denna hypotes (Helmersson-Bergmark, 2002; Raskin White & Farmer Huselid, 1997).

Kvinnor som grupp (Spak, 2003a) bedöms dricka ca 31 procent av all alkohol, vilket blir ca sex liter ren alkohol/år för varje kvinna över 15 år. Detta motsvarar 60 flaskor vin, något mer än en flaska i veckan. Eftersom konsumtionen är ojämnt fördelad innebär det att vissa kvinnor dricker mycket mer. Narkotikamissbruket är framförallt koncentrerat till storstadsregionerna, med en generell uppgång av beroendeproblematik under de senaste fem åren. Andelen kvinnor har varit tämligen stabil och legat kring en knapp fjärdedel av missbrukarna (CAN, 2003).

Kvinnor använder mer psykofarmaka än män. Deras förbrukning av lugnande medel och sömnmedel har ökat med 22 procent under perioden 1991-2002 och där förbrukningen av antidepressiva medel under samma tid har sjudubblats enligt apotekens försäljning (CAN, 2003).

Risikfaktorer för missbruk hos kvinnor

De flesta tonåringar går igenom en period av tillfälligt bruk av eller experimenterande med droger. Åren mellan 19 och 25 karaktäriseras för både unga män och kvinnor av ett konsumtionsmönster där många har ett riskfyllt bruk av alkohol och narkotika, men för de flesta övergår detta så småningom till ett normalt bruk. De som löper risk att fastna i ett beroende kommer både från den grupp som aldrig använde droger i de tidiga tonåren och från den grupp som utvecklade ett missbruk eller beroende under tonåren.

de Bejczy och Spak (2003) har diskuterat riskfaktorer för hög alkoholkonsumtion under ungdomsåren. Debutålder påverkar på så sätt att både nykterhet och omåttligt drickande under ungdomen kan utgöra både ett avvikande beteende

och en riskfaktor för senare problem. Tidig pubertet är en större riskfaktor för flickor, medan sensationssökande beteende är en predikterande faktor för både pojkar och flickor. Forskarna påpekar samtidigt att ett sådant beteende är mest uttalat under adolescensen och planar sedan ut efter 20 års ålder. Föräldrars missbruk verkar också påverka både pojkar och flickor till en tidig debut, liksom till problem senare i livet. Den faktor som tycks vara den främsta prediktorn för den egna alkoholkonsumtionen hos båda könen är kamratkretsens konsumtion. Man talar här om selektion, att ungdomarna väljer vänner som är lika dem själva.

Spak (2003b) har gjort en undersökning av vilken betydelse sexuella övergrepp och andra faktorer har som riskfaktorer för alkoholproblem hos kvinnor. I studien framkom fyra predicerande faktorer: psykologiska eller psykiatriska problem under uppväxten, avvikande beteende före 18 års ålder, alkoholberusning före 15 års ålder och sexuella övergrepp före 13 års ålder. Sexuellt övergrepp definierades som att kvinnan mot sin vilja varit utsatt för någon sexuell aktivitet före 18 års ålder. Den sistnämnda faktorn var den som starkast predikterade ett senare missbruk i vuxen ålder. Spak konstaterar i sin diskussion att resultaten stöds av annan forskning som funnit att faktorer från uppväxten predikterar alkoholberoende/missbruk bland kvinnor även i befolkningen som helhet.

Missbruk hos kvinnor med samtidiga psykiska problem

Vid en genomgång av studier inom området samsjuklighet hos kvinnor framkommer att de tillstånd som nämns mest frekvent tillsammans med någon form av missbruk eller beroende är förstämningssyndrom, ångestsyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och ätstörning av något slag (Hesselbrock & Hesselbrock, 1997; Zilberman, Tavares, Blume & el-Guebaly, 2003; Öjehagen, 2000).

Man har funnit att hos de kvinnliga missbrukarna har den psykiska störningen ofta föregått missbruket (Haver & Dahlgren, 1995; Prescott, Aggen & Kendler, 2002; Zilberman et al., 2003). Vaglum (1987) fann i sin undersökning av kvinnor med psykiska problem och missbruk som var ineliggande på psykiatrisk klinik att dessa rapporterade psykiska problem före missbruket och vid yngre åldrar än ineliggande kvinnor utan alkoholproblem. Gruppen hade även en högre frekvens av diagnostiserad personlighetsstörning, företrädesvis borderline personlighetsstörning. Vaglum (1987) framhåller att kvinnor med psykiska problem och missbruk är en heterogen grupp. I andra studier av personer som behandlas för missbruk/beroende kan en så hög andel som 57 procent ha indikationer för någon form av personlighetsstörning (Rounsaville et al., 1998). I en undersökning av unga missbrukare på vårdavdelning fann man högre andel av dystymi och ätstörningar bland kvinnorna och en högre andel personlighetsstörningar bland männen (Grilo et al., 1997).

Att vara kvinna och missbrukare innebär även att hon under vuxen ålder är mer utsatt för misshandel och sexualiserat våld (Sonne, Back, Zuniga, Randall & Brady, 2003; Ullman, 2003). Det är dokumenterat hög förekomst av alkohol och annat substansmissbruk bland våldsutsatta, och ett starkt samband föreligger mellan att ha varit utsatt för våld och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (Coffey, Stasiewicz, Hughes & Brimo, 2006). Andra har funnit stöd för samband mellan övergrepp i barndomen och substansmissbruk i vuxen ålder och att detta främst gäller för kvinnor (Spak, 2003b; Spatz Widom, Marmorstein & Raskin White, 2006). Det föreligger även samband mellan sexuella övergrepp i barndomen och PTSD och med självmordsförsök hos kvinnor med missbruk (Langeland, Draijer & van den Brink, 2004).

Ätstörningar, företrädesvis av bulimisk karaktär, tycks vara vanliga bland alkohol- och substansberoende kvinnor (Duncan et al., 2006; Landheim, Bakken & Vaglum, 2003; Sinha & O'Malley, 2000). Risken för självmordshandlingar är högre bland personer med missbruk och/eller beroendeproblematik än bland befolkningen i övrigt. Det tycks även som om personer med blandberoende har högst livstidsförekomst av självmordsförsök jämfört med alkoholberoende (Landheim, Bakken & Vaglum, 2006).

Vidmakthållande av missbruk hos kvinnor

Cullberg (1984) beskriver en process som innebär att tillfälligt få gå in i regression och vila från de vardagliga problemen. Enligt honom är detta ett grundläggande mänskligt behov och kallas ”regression i jagets tjänst”. Att av olika skäl vara oförmögen till detta kan ge reaktioner som t.ex. olika psykiska sjukdomssymtom eller alkoholmissbruk menar Cullberg. Ett beteende där man tar till alkohol eller droger för att regrediera tillfälligt kallas ibland parentesbeteende (Löfgren, 1992). En ”parentes” placeras kring berusningen och de beteenden som visas under rus betecknas snarare som tillfälliga händelser än avsiktliga handlingar. Under ruset kan man urskulda sig och det blir acceptabelt att göra saker som man inte kan tänka sig att göra i nyktert tillstånd. Parentesen kan användas som en ventil. Under ruset kan personen för en stund ställa sig över rådande konventioner och riskera ett minimum av negativa konsekvenser.

I en svensk studie av Laanemets (2002) beskriver de undersökta kvinnorna missbruket som en smygande process. Det tog dem lång tid att se sig själva som missbrukare och det var först under behandlingen som de kom till insikt om sina problem. Missbruket hade fyllt flera funktioner och varierat över tid. Kvinnorna berättade att de under perioder kunde använda mer eller mindre droger och alkohol samt att de växlade mellan flera medel, beroende på vad de ville uppnå. Ett och samma rusmedel kunde ha olika innebörd vid olika tillfällen i kvinnornas liv. I början kunde det fylla funktionen att ge kraft i syfte att bryta med en traditio-

nell kvinnoroll, medan det åren före behandling mer hjälpte till att söka skapa sig ett eget utrymme och att orka med. Rusmedlet som från början hade gett kraft användes senare för att stå ut med livet.

Raine (2001) fann i en studie att kvinnorna hade en historia av fysiska och sexuella övergrepp som gav en ökad känslighet för att utveckla alkohol- och drogproblem. Med en sådan livshistoria i bagaget fick kvinnorna även svårigheter att hantera problem senare i livet. Deras liv tenderade att bli kaotiska i fysisk, psykisk och social bemärkelse. Raine karakteriserar kvinnornas sätt att använda sig av alkohol eller droger i uttrycken ”getting by” och ”getting straight”; ett sätt både att försöka skaffa sig kontroll över sin situation och för att kunna hantera vardagslivets ansvar och samtidigt försöka ha kontroll över sitt missbruk. Även här framkommer att missbruket vidmakthålls av kvinnans livssituation, och drogen eller alkoholen blir ett sätt att hantera och uthärda vardagen.

Raine (2001) nämner att problem med alkohol och droger också handlar om olika krav som ställs på kvinnor i olika faser i livet. Kvinnor i de yngre åldersgrupperna 21-34 år har störst sannolikhet att utveckla ett problemdrickande men har också lättare att ta sig ur det, medan kroniska problem är vanligare i åldersgrupperna 35-49 år. Påverkan från signifikanta andra har också betydelse. Kvinnor med missbruksproblem har ofta introducerats i sitt missbruk av en sexpartner och är ofta gifta eller sammanboende med män som också har en beroendeproblematik. Liknande resultat har Laanemets (2002) och Andersson (1995) funnit i sina studier. Social stress och ekonomiska eller materiella problem är andra faktorer som vidmakthåller missbruket (Laanemets, 2002; Raine, 2001). Samma forskare visar även att kvinnor med missbruksproblem blir mer socialt stigmatiserade än män i samma kultur. Denna samhälleliga attityd förklaras av att kvinnor tillskrivs rollen som upprätthållare av moral inom familjen och kvinnor som missbrukar blir avvikare. Särskilt hårt drabbas kvinnliga missbrukare med barn av denna allmänna föreställning.

Kvinnor och missbruksbehandling

Populationsstudier visar att det är ett lägre antal kvinnor i missbruksbehandling än vad som kan förväntas, jämfört med män (Greenfield et al., 2007). De söker sig hellre till allmän hälsovård eller psykiatrisk vård än till specialiserad missbruksvård (Schober & Annis, 1996). Thom (1986) fann i sin studie att kvinnor hindrades av rädsla att bli stämplade som alkoholister och skämdes över sitt missbruk, vilket resulterade i att de inte sökte hjälp trots att de hade kontakt med läkare som de hade känt under många år. Kvinnor betraktar inte missbruket som sitt primära problem i lika hög grad som män och söker inte behandling på alkoholklirik i lika hög grad (Thom, 1987). Thom beskriver hjälpsökandet som en process som

sträcker sig över en lång följd av år och påbörjande av behandling som ett resultat av en serie komplexa händelser och inte av en enskild livskris.

Laanemets (2002) beskriver i sin studie hur kvinnor söker sig till behandling för att de är missnöjda med sin nuvarande livssituation, inte på grund av missbruket i sig. Rusmedlet ansågs ändå vara ett huvudproblem. Majoriteten av de intervjuade kvinnorna i hennes studie sökte sig frivilligt till behandling och beskrev att det varit en lång process att ta sig dit. Kvinnorna såg behandlingen som en lösning på missbruksproblemet, men de avslöjade även ambivalenta känslor inför vården. Kvinnorna beskrev behandlingen som en inre process, något som ägde rum inom dem själva och som skapade mening och förståelse. Beroende av vilken behandling de deltog i fick meningen/förståelsen olika uttryck och överensstämde i stort med behandlingsinstitutionens vårdideologi.

Raine (2001) lyfter fram skillnader mellan den yngre gruppen kvinnor under 35 år och den äldre gruppen över 35 år. Dessa skillnader får konsekvenser i bemötande och behandling. Den yngre gruppen kvinnor hade ett mer kaotiskt drickande och droganvändande. De var oftare inne i eller hade nyss lämnat en relation där de utsatts för misshandel och våld. Fler av dem rapporterade upplevelser av svåra fysiska och psykiska konsekvenser av missbruket. Det var även fler av de yngre som beskrev självmordstankar, oavsiktliga överdoser och annat självskadebeteende. De yngre var också känsligare för social påverkan från missbrukande kamrater och negativa sociala reaktioner från föräldrar och andra på grund av sin livsstil. De hade svårare att stå emot en partners negativa inflytande, men trots detta lättare att bryta upp från ett sådant förhållande. Den yngre gruppen uppgav oftare att de hade bemötts negativt eller dåligt av sjukvårdspersonal och andra professionella när de sökt hjälp.

De äldre kvinnorna hade mera av ett problemdrickande, och självmordsförsök var vanligare i denna grupp, ofta med hjälp av föreskriven psykofarmaka. Ensamdrickande var ofta förekommande, liksom social isolering. De äldre hade också svårare att lämna dåliga relationer på grund av ansvar för barn, ekonomiskt beroende och svårigheter att leva ensamma. Den äldre gruppen beskrev att deras partners utövade mindre påverkan på dem, även i de fall då de saknade positivt stöd från vänner och andra som ett gynnsamt inslag i livet.

Raine (2001) sammanfattar att kvinnor med beroende/missbruk ofta uttrycker känslor av skuld och att de försöker dölja sina problem, och ser detta som en orsak till att kvinnorna inte tar sig till behandling. Men detta, menar hon, är endast en del av förklaringen till problemet. En annan sida handlar om hur de professionella behandlarna möter dessa kvinnor. Det finns tecken som tyder på att man underlåter att diskutera alkohol och andra drogproblem med kvinnor av olika anledningar. En obalans i maktförhållandet mellan behandlare/klient kan påverka kvinnans möjlighet att få tillgång till adekvat behandling. I sin undersökning fann

hon att vid alla stadier av behandling, given av olika personalkategorier från allmänläkare till sjukhuspersonal, så fick kvinnliga narkomaner och yngre kvinnliga "kaotiska" missbrukare det minst positiva bemötandet, vilket är anmärkningsvärt menar forskaren, eftersom just dessa grupper ofta har de svåraste fysiska och psykologiska problemen.

Könsskillnader och behandlingsbenägenhet

Wu och Ringwalt (2004) undersökte behov av behandling och behandlingsbenägenhet för män och kvinnor i ett nationellt amerikanskt sample (1999 National Household Survey on Drug Abuse). De fann inga könsskillnader förutom att bland kvinnor i den yngre gruppen, 18-25 år, fanns det fler med alkoholberoende som var mindre benägna att se sitt behov av behandling och att söka behandling. En studie av Weisner, Mertens, Tam och Moore (2001) fann dock, att bland patienter som var beroende av enbart alkohol så var kvinnor mer benägna än män att påbörja behandling och att en större andel av kvinnorna var över 30 år.

Vissa studier har visat att kvinnor uppnår en högre grad av förbättring efter behandling på mottagningar enbart för kvinnor jämfört med mottagningar för både män och kvinnor. I Sverige inrättades redan 1981 en specialverksamhet, den så kallade EWA-mottagningen (Early treatment of Women with Alcohol Addiction) för kvinnor med alkoholproblem. Syftet med enheten var att utveckla ett behandlingsprogram anpassat till kvinnors behov av hjälp. En två års uppföljning gjord av Dahlgren och Willander (1989) visade att kvinnor som fått behandling inom verksamheten hade bättre rehabiliteringsresultat i relation till dels sitt alkoholmissbruk, dels social anpassning jämfört med en kontrollgrupp som fått behandling på mottagning för båda könen. Kvinnorna såg sitt alkoholmissbruk som en del av en livskris och ville ha en mer omfattande hjälp än endast med missbruket. En upprepad undersökning av behandlingsutfall två år efter behandling visar på likande resultat där 67 procent antingen var helnyktra eller klarade ett socialt drickande (Haver, Dahlgren & Willander, 2001).

Andra studier har inte visat skillnader mellan kvinnors och mäns behandlingsresultat på mottagningar som tar emot både kvinnor och män. I en randomiserad amerikansk studie fann man att kvinnor med substansmissbruk kunde behandlas lika effektivt inom verksamheter som riktar sig till båda könen. Man fann inte heller några skillnader vid uppföljning efter 12 månader när det gällde kvinnornas psykiatriska problematik eller relationsproblem beroende på om behandlingen skett inom ramen för ett specifikt kvinnoprogram eller inte (Kaskutas, Zhang, French & Witbrodt, 2005).

Det finns inga entydiga resultat som pekar på att kvinnor blir mer förbättrade på mottagningar enbart för kvinnor, men det finns studier som visar att kvinnor kan

föredra behandling på kvinnomottagningar och att vissa kvinnor helst söker sig dit. En explorativ kvalitativ studie av hur 24 kvinnor i drogbehandling bedömde kvinnospecifik behandling visade att de föredrog detta före behandling tillsammans med män, eftersom de kände att de i den kvinnospecifika behandlingen blev sedda som personer och inte bemötta med de fördomar som finns om kvinnliga missbrukare (Nelson-Zlupkow, Morrison Dore, Kauffman & Kaltenbach, 1996). Studier som undersökt vilka kvinnor som sökte sig till behandlingsprogram enbart för kvinnor fann att dessa i större utsträckning än andra kvinnor hade barn, var lesbiska och att de hade varit utsatta för sexuella övergrepp som barn (Cope-land & Hall, 1992).

Könsskillnader i behandlingsutfall

Allt fler studier har visat att kvinnor tillgodogör sig behandling lika bra eller bättre än män (Brady & Randall, 1999; Foster, Peters & Marshall, 2002). Långtidsstudier har också visat att kvinnor med problemdrickande hade, trots sämre utgångsläge, bättre resultat när det gäller nykterhet, sociala resurser och anpassningsstrategier vid behandlingsuppföljning efter ett år och efter 8 år (Timko, Finney & Moos, 2005; Timko, Moos, Finney & Condell, 2002).

Inom missbruksforskningen beskrivs det som kallas ”genderparadoxen”: kvinnor i behandling bär på fler av de riskfaktorer som predikerar för återfall än män, samtidigt som kvinnor inte återfaller oftare än män. För att undersöka varför kvinnor inte återfaller i större utsträckning gjordes en studie som prövade tre förklaringar. 1) Kvinnor skulle ha mindre svåra drog- och alkoholproblem, 2) kvinnor skulle ha bättre socialt stöd, 3) kvinnor skulle vara mer benägna att använda sig av behandling jämfört med män. Man fann stöd för det sistnämnda förhållandet. Kvinnorna i studien deltog mer frekvent i den gruppbehandling som erbjöds än vad männen gjorde. Forskarna förklarar sina resultat med att det är könsspecifika normer för kvinnor och män som styr hjälpsökandet, normer om personligt beroende, styrka och kontroll (Fiorentine, Anglin, Gil-Rivas & Taylor, 1997). En studie med uppföljning från två till sex år efter behandling av missbruk/beroende, fokuserade på växling emellan behandling, återfall och återhämtning under tidsperioden. Ungefär 80 procent av deltagarna växlade status från återhämtning, behandling, eller återfall/användning under undersökningsperioden. Kvinnorna var mindre benägna när de återhämtat sig att gå tillbaka till användning. Kvinnorna var även i större utsträckning kvar i behandling vid behandlingsperiodernas slut. Forskarna drar slutsatsen att återhämtning från beroende kan ses som en process inom kontexten för en kronisk sjukdomsmodell. Kvinnor och män genomgår i stora drag likande processer, men det finns könsskillnader i återhämtningsprocessen (Grella, Scott, Foss & Dennis, 2008). Både populationsbaserade och kliniska studier indikerar att det finns vissa könsspecifika faktorer vid behandling och

återhämtning samt att specifika behandlingsprogram kan förstärka återhämtning hos vissa grupper av kvinnor, exempelvis tillgång till barnomsorg för kvinnor med barn (Greenfield et al., 2007).

Aspekter på behandling vid samsjuklighet

Att ha missbruk/beroende och samtidig psykisk störning innebär att personerna ofta har haft flera behandlingsepisoder och komplexare beroendeproblematik samtidigt med andra problem som att vara bostadslösa, kriminella, våldsamma/våldsutsatta och ha dålig fysisk hälsa (Rush, Dennis, Scott, Castel & Funk, 2008).

Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke och John (2005) har studerat hur psykiatrisk problematik påverkar naturlig återhämtning. Naturlig återhämtning definierades som helnykterhet eller icke skadligt bruk av alkohol de senaste 12 månaderna. Deras undersökning gällde personer 18-64 år, med en livshistoria av alkoholberoende enligt DSM-IV, utan tidigare sluten- eller öppenvårdsbehandling och utan psykoterapi för psykiska problem 2 år innan och 1 år efter missbrukets avtagande. Samsjukligheten var definierad som åtminstone en psykiatrisk diagnos tillsammans med alkoholberoende enligt DSM-IV. De fann att 36,9 procent av de utan psykiatrisk problematik och 42,6 procent av de med psykiatrisk problematik återhämtade sig utan formell hjälp. Deras slutsats är att personer med samsjuklighet har samma möjlighet till naturlig återhämtning som de utan samsjuklighet och att negativ prognos för den förstnämnda gruppen inte är berättigad utifrån ett epidemiologiskt perspektiv.

Flera studier visar att även vid en komplex problematik kan behandling ge förbättring, inte bara av missbruket utan även i andra aspekter av personens livssituation: psykologiska, arbetsrelaterade, familje- och sociala samt rättsliga problem samt med en stabil förändring vid 12 månaders uppföljning. Den fysiska hälsan påverkades däremot inte signifikant (Johnson, Wiechelt, Ahmed & Schwartz, 2003). I en longitudinell studie jämförde Comfort, Sockloff, Loverro och Kaltenbach (2003) missbrukande kvinnors ingångskaraktäristika och påverkan under maximalt 12 månaders behandling samt påverkan av livssituationen vid 12 månader efter behandling. Man sammanfattar att prediktion av behandlingspåverkan av kvinnornas livssituation är komplext, att det skiljer sig för kvinnor i öppen- och slutenvård och består av multipla faktorer. Hindrande och främjande faktorer omfattar kvinnornas situation vad gäller socialt stöd, vardagliga stressorer, livstillfredsställelse, misshandel från partner, substansmissbruk hos dem själva och hos andra för dem viktiga personer, psykiatrisk historia, kroniska medicinska tillstånd, barnafödande och ansvar för hemmavarande barn och engagemang i behandlingen.

Sammanfattning av studierna

Övergripande och specifika syften

Det övergripande syftet för avhandlingen var att beskriva kvinnor med missbruk eller beroende av alkohol och/eller tabletter som också har psykiska problem. De områden som undersöks är unga kvinnors berättelser om sin väg till behandling, samt samsjuklighet, levnadsförhållanden och livskvalitet hos kvinnor som är i behandling.

Avhandlingen baserar sig på tre datainsamlingar, arbete I och II på en kvalitativ intervjuundersökning av sju kvinnor i åldern 18-25 år, arbete III på en kvantitativ undersökning av 21 kvinnor i behandling och arbete IV på en kvantitativ uppföljning efter 18 månader av 18 av kvinnorna.

Arbete I. Syftet med undersökningen var att låta unga kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa i egna ord beskriva sin väg till behandling, hur de definierar sina problem, vad de önskar för hjälp när de söker behandling och vad som bidrar till att de börjar gå i behandling.

Arbete II. Syftet med undersökningen var att låta unga kvinnor med psykiska problem och missbruk med egna ord beskriva sin väg till behandling. Att analysera de unga kvinnornas berättelser om sina försök att söka behandling utifrån självrepresentation, självbild och berättelsepoäng. Särskilt intresse ägnas hur de beskriver sina problem, vilken hjälp de önskar och deras berättelser om hur de söker behandling.

Arbete III. Syftet med studien var en kartläggning av kvinnor med missbruk eller beroende och psykisk ohälsa med avseende på:

- psykiatrisk problematik, missbruk och funktionsnivå
- kvinnornas skattning av psykiska symtom, missbruk och livskvalitet
- beskrivning och bedömning av kvinnornas levnadsförhållanden

Arbete IV. Syftet var att följa upp kvinnor med multipel problematik som missbruk eller beroende och psykisk ohälsa 18 månader efter kartläggning utifrån:

- kvinnornas skattning av upplevda psykiska symtom, missbruk, livskvalitet och behandlarens bedömning av missbruk och funktionsnivå
- en strukturerad intervju som belyser kvinnornas levnadsförhållanden
- kvinnornas och undersökarens bedömning av kvinnornas hjälpbehov.

Metod

Undersökningsgrupp

Arbete I och II. Kvinnor i åldern 18 till 25 år, unga vuxna, som sökt till jourmottagningen vid en psykiatrisk klinik i Göteborg eller blivit remitterade till klinikens missbrukssektions öppenvårdsmottagningar, ingår i undersökningens målgrupp. Under åren 1996 och 1997 registrerades 35 kvinnor med missbruk och psykiska problem vid kliniken. Av dessa kvinnor remitterades 13 till missbrukssektionens tre öppenvårdsmottagningar. Dessa kvinnor söktes för intervju. Nio kvinnor nåddes av förfrågan om deltagande i undersökningen, två svarade nej och sju accepterade att medverka. De resterande fyra kvinnorna nåddes inte i Göteborg. Kvinnornas geografiska rörlighet medverkade till att det tog tid att söka dem. Tre intervjuer genomfördes i oktober 1997. Övriga intervjuer gjordes under perioden augusti – december 1998.

Vi intervjutillfället var kvinnornas medelålder 24 år. För tre av kvinnorna dominerade ett alkoholmissbruk, för två ett narkotikamissbruk och för ytterligare två ett blandmissbruk. Alla kvinnorna hade en stabil nykterhet sedan tre månader eller längre vid intervjutillfället. Sex av kvinnorna hade kontakt med socialtjänsten, varav fyra med anledning av sin försörjning och tre kvinnor hade sjukbidrag på grund av sin problematik. Fyra av kvinnorna hade redan som barn haft kontakt med BUP. Medelåldern var 20 år när de sökte hjälp första gångerna inom vuxenpsykiatri. Fyra av kvinnorna hade en pågående kontakt med psykiatrisk missbruksvård, för två ansvarade socialtjänsten för hjälp/ behandling och en kvinna hade avslutat sin psykiatriska kontakt och önskade inte fortsatt behandling.

Arbete III och IV. Behandlingspersonal vid en psykiatrisk missbrukssektion (öppen- och slutenvårdsenheter) i Göteborg kontaktades 1995 i syfte att rekrytera deltagare till studien. De kvinnor som var aktuella för studien var patienter med ett diagnostiserat alkohol-, narkotika- och/eller läkemedelsberoende i kombination med svår psykiatrisk störning enligt DSM-III kriterier (American Psychiatric Association, 1987). Med svår psykisk störning avsågs följande diagnoser enligt DSM-III:

Axel I: Psykotiska symtom som schizofreni, vanföreställningssyndrom och andra psykotiska sjukdomstillstånd eller förstämningssyndrom som bipolär affektiv sjukdom och egentlig depression med melankoli.

Axel II: Uttalade personlighetsstörningar som schizotyp personlighetsstörning, borderline personlighetsstörning, antisocial personlighetsstörning och samtidig psykossjukdom.

Under tidsperioden 1995-1996 bedömdes 88 kvinnor tillhöra den beskrivna målgruppen. Av dessa exkluderades 21 kvinnor från undersökningen pga. tillfäl-

lig psykisk funktionsnedsättning då tillståndet bedömdes omöjliggöra informerat samtycke till att delta i studien. Ytterligare 20 kvinnor utgick från studien eftersom de inte återkom till missbrukssektionen. Resterande kvinnor ($n = 47$) tillfrågades av sin behandlare vid missbrukssektionen om de ville medverka i undersökningen. Av de aktuella kvinnorna tackade 22 nej till att medverka i studien. Resterande kvinnor ($n = 25$) kontaktades om tid för undersökningen. Av dessa var det 21 (84 %) som klarade att slutföra första undersökningsintervjun.

Kvinnorna hade behandlats i genomsnitt 3 år, med en variation i tid från 15 dagars inläggning till 6,5 års öppenvårdskontakt. Medelåldern var 39,7 år ($s = 7,97$). Fyra kvinnor var inlagda på vårdavdelning, varav två var dömda till sluten psykiatrisk vård. Fjorton kvinnor hade tidigare vårdats inom slutenvård för sina psykiska problem, varav 6 av dem vid fler än 10 vårdtillfällen. Tjugo av kvinnorna hade en öppenvårdskontakt för sina problem. Över hälften hade haft någon kontakt med psykiatrisk vård före vuxen ålder, 5 innan de blev tonåringar och 8 under tonåren. Fjorton av kvinnorna hade sjukpension på grund av sin psykiska ohälsa. Hälften av gruppen missbrukade en substans, alkohol eller narkotika, och hälften missbrukade flera substanser, alkohol tillsammans med lugnade eller smärtstillande tabletter. Undersökningsgruppen skilde sig inte från bortfallsgruppen när det gällde ålder, diagnos, missbruk eller funktionsnivå.

Vid uppföljningsundersökningen 18 månader senare medverkade 18 kvinnor och alla var kvar i behandling vid undersökningstillfället. Kvinnorna hade behandlats i genomsnitt 4,5 år med en variation av 1 år och 7 månader till 8 år och 2 månader. Medelåldern var 41,2 år ($s = 7,33$). Vi uppföljningstillfället var 3 kvinnor inlagda på vårdavdelning, två för att de var dömda till sluten psykiatrisk vård och en för avgiftning. Under det senaste året hade förutom dessa kvinnor ytterligare 4 vårdats inläggande, en kvinna för depression, två för avgiftning och en hade tvångsvårdats på grund av psykosgenombrott. Totalt hade alltså 7 kvinnor fått slutenvårdsbehandling under det senaste året och 17 av kvinnorna hade en fortsatt öppenvårdskontakt för sina problem.

Bortfallet vid uppföljningsundersökningen är 3 personer, även de var kvar i någon behandling. Vid ingångsundersökningen var två av dessa kvinnor diagnostiserade som blandmissbrukare och en missbrukade enbart alkohol. De tre kvinnorna skilde sig inte när det gäller psykiatrisk diagnos eller funktionsnivå i förhållande till undersökningsgruppen.

Tillvägagångssätt

Arbete I och II. De sju kvinnorna kontaktades för intervju. Vid intervjutillfället informerades kvinnan först om syftet för studien och informerat samtycke erhöles. Bakgrundsinformation inhämtades och därefter genomfördes en semistrukturerad intervju med tio frågeområden. Dessa behandlade varför kvinnan sökte hjälp,

vilken hjälp hon sökte, hur hon trodde att detta kunde hjälpa henne, vilken hjälp hon erbjöds, om kvinnan sökt hjälp tidigare och för vilket problem, vad hon hade för erfarenhet av tidigare hjälp/ behandling, vad hon trodde om sina möjligheter att få hjälp, kvinnans egen uppfattning om varför hon hade problem, hur hon såg på sig själv och hur hon såg på sin framtid. Intervjuerna spelades in på ljudband och transkriberades ord för ord inom ett par dagar efter intervjun. Omfånget varierade från 17 till 24 sidor utskriven text.

I *arbete I* lästes utskriften först igenom för att se till att alla frågor besvarats. Därefter har varje intervju analyserats och sammanfattats utifrån innehållsanalys i sex områden. Först görs en inledning där kvinnans aktuella situation beskrivs för att ge berättelserna en kontext. Den andra delen beskriver bakgrunden till behandlingen, där berättelser om händelser och problem tidigare under livet beskrivs, för att belysa den process som lett fram till att kvinnan tycker att hon behöver hjälp. Den tredje delen innehåller berättelser om vägen till behandlingen, den specifika situationen som föranledde att kvinnan sökte eller kom till vuxenpsykiatrien första gången. Den fjärde delen handlar om kvinnans upplevelse av bemötandet när hon söker hjälp och behandlingen vid de första tillfällena. Den femte delen beskriver kvinnans bild av sig själv och den sjätte delen handlar om kvinnans förväntningar inför framtiden. Framställningen av kvinnornas berättelser försöker följa deras egna ord och beskrivningar så nära som möjligt och samtidigt bevara deras anonymitet.

Att sammanföra händelseförlopp efter tid gör kvinnornas berättelser mer jämförbara. Dessa beskrivande berättelser utgör underlag för innehållsanalys som besvarar frågor om vägen till behandling. Sammanfattning efter tidsförlopp underlättar även läsbarheten och förståelsen av berättelserna eftersom kronologi ingår i berättandets natur i vår kultur (Mishler, 1997).

I *arbete II* lästes utskriften först igenom för att se till att alla frågor besvarats. Narrativ metod användes vid analysen (Mishler 1986a, 1986b, 1997; Riessman 1990a, 1990b, 1993, 1997). Metoden kan vara både beskrivande och tolkande. Kvinnornas berättelser i den utskrivna intervjun har identifierats efter Labos modell för fullständiga berättelser (Labov 1972, 1982). En fullständig berättelse innehåller sammanfattning, bakgrundsorientering, händelse, värdering, upplösning och slutkläm. De fullständiga berättelserna har varit de tolkningsenheter som varit utgångspunkter vid analysen. Varje berättelse innehåller ett budskap om berättarens självbild och om varför berättelsen berättas. Utifrån de identifierade berättelserna har en tolkning gjorts av hur kvinnan önskar framställa sig själv och hur hon kan uppfattas, av hennes självbild och av hur hon framställer berättelsernas poäng om att söka hjälp och hur dessa kan uppfattas. Tolkningarna baseras på kvinnans första berättelser under intervjun, på berättelser om när hon sökt hjälp tidigare och på berättelser om sin självbild.

Arbete III. De 25 kvinnor som tackat ja till att medverka i studien kontaktades för intervju via brev som skickades hem till dem eller via deras behandlare. Intervjuerna genomfördes på den mottagning där kvinnan behandlades. Före intervjun gick studiens syfte igenom och informerats samtycke erhöles. Intervjun innehöll ett undersökningsbatteri bestående av två strukturerade intervjuformulär dels basdokumentation som innehöll frågor om demografiska data (civilstånd, utbildning, försörjning, boende m.m.), om drogproblematik, psykiatriska symtom och tidigare vård samt upplevelse av hjälpbehov, dels Addiction Severity Index (ASI) (Andréasson et al., 1999) en strukturerad metod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. ASI ger en profil inom sju områden över svårighetsgraden av personens problem. Dessa är: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning där även missbruk av narkotikaklassade läkemedel registreras, kriminalitet, missbruk och psykiska problem i släkten, familj och umgänge samt psykisk hälsa. Frågorna berör dels den aktuella situationen, dels hur det har varit totalt under livet.

Utöver intervjun fick kvinnorna fylla i två självskattningsformulär ett om psykisk belastning, Symptom Check List 90 (SCL-90), och ett om upplevd livskvalitet, Cantrils stege. SCL-90 är ett självskattningsformulär som innehåller 90 olika påståenden om problem och besvär. Personen får ta ställning till hur mycket problemet ifråga har besvärat dem under de senaste sju dagarna på en femgradig skala från "inte alls" till "väldigt mycket". SCL-90 har nio primära subskalor vilka är somatisering, obsessiv-kompulsivitet, interpersonell sensitivitet, depression, ångest, fiendlighet/vrede, fobisk ångest, paranoidt tänkande och psykoticism. Därutöver finns tre globala subskalor, GSI som anger globalt svårighetsindex, PSDI som anger positivt symtomstörningsindex och PST, som anger totala antalet positiva symtom. Vanligtvis används de nio primära subskalorna tillsammans med GSI för att beskriva personens skattning av sina psykiska besvär (Fridell, Cesarec, Johansson, Mallings, & Thorsen, 2002). Cantrils stege är en självskattning av så kallad livskvalitet (Cantril, 1965). Testet är ett mått på globalt välbefinnande där personen uppmanas att se på stegen och sätta ett kryss på den punkt på stegen som bäst uttrycker den nivå av tillfredsställelse med livet som han/hon upplever på en skala mellan 0 och 100. I undersökningsbatteriet ingick även diagnos om missbruk/beroende, psykiska symtom och personlighetsstörning samt global funktionsskattningsskala (GAF). GAF-skalan är inkluderad som axel V i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995). Skalan ger en bedömning av personens psykologiska, sociala och yrkesmässiga funktionsnivå på ett hypotetiskt kontinuum om 100 skalsteg, där psykisk hälsa respektive psykisk sjukdom utgör de båda ytterlighetspunkterna. 100 till 90 utgör frånvaro av symtom eller minimala symtom och skalsteg 10 innebär att personen ständigt befinner sig i riskzonen för att tillfoga sig själv eller andra allvarlig skada. 21 av de tillfrågade kvinnorna fullföljde undersökningen mer eller mindre fullständigt.

Statistisk bearbetning genomfördes med hjälp av SPSS version 12, genom oberoende T-test, One-Sample Statistics och Pearsons korrelationskoefficient.

Arbete IV. De 21 kvinnor som fullföljde första undersökningen kontaktades genom brev inför uppföljningen. 18 kvarstod som medverkande, och undersökningen genomfördes på den mottagning där de genomgick sin behandling. Kvinnorna hade under de 18 månader som gått mellan undersökningstillfällena deltagit i en behandling som kan karaktäriseras som "treatment as usual", en icke manuellbaserad behandling där intentionen var att behandla både missbruk/beroende och den psykiatriska problematiken, helst i samverkan med andra vårdgivare. Vid uppföljningen användes samma undersökningsbatteri som vid första undersökningstillfället: en uppföljningsversion av basdokumentationen och av ASI, de två självskattningsformuläerna SCL-90 och Cantrils stege samt ett tillägg av "Behandlingskala för alkohol- och drogmissbruk". Denna skala är till för att bedöma var i behandlingsfasen en patient befinner sig. Rapporteringsintervaller är de sista 6 månaderna. Skalan omfattar åtta behandlingsfaser från vad som kallas "tidigt engagemangsstadie" där patienten inte har någon kontakt för behandling och till "frisk/återställd" där patienten inte har några problem som kan härledas till missbruk under det senaste året (McHugo, Drake, Burton & Ackerson, 1995). Bedömning av var kvinnan befann sig på behandlingsskalan gjordes av kvinnans behandlare. Vid uppföljningen gjordes en bedömning av allmän funktionsförmåga (GAF) men ingen förnyad missbruks- eller psykiatrisk diagnos ställdes.

Statistisk bearbetning gjordes med hjälp av SPSS version 15, genom oberoende T-test, Paired Samples Test, One-Sample Statistics och Pearsons korrelationskoefficient.

Resultat

Arbete I. Syftet var att undersöka hur kvinnor med missbruk och psykisk störning definierar sina problem, vad de önskar för hjälp och vad som gör att de börjar i behandling. Sju kvinnor mellan 18-25 år intervjuades om när de sökte hjälp första gången. Resultaten visar att vårdsökandet hade föregåtts av en process av känslomässig frustration. Kvinnorna hade sällan någon tydlig bild av önskad behandling, och berättelser om anledningen till att de påbörjade behandling gick inte att skilja från deras berättelser om problemen. Kvinnorna var snarare ambivalenta än omotiverade inför behandling. Ambivalensen hos dessa unga vuxna blir därmed något som behandlarna har att förhålla sig till under behandlingsprocessens gång.

Arbete II. Intervjuerna visade att de unga kvinnorna har olika förmågor att formulera en fullständig berättelse utifrån Labovs definition. De längsta intervjuerna innehåller de flesta berättelserna, men den unga kvinnans språksamhet och

förmåga att formulera sig har också betydelse. Spännvidden av antalet berättelser under intervjuerna sträcker sig från nästan 70 för den som berättar mest till under 20 för den kvinna som berättar minst. För ett par av kvinnorna karaktäriseras samtalet av lika många samberättelser, d.v.s. dialogen mellan kvinnan och intervjuaren formulerar berättelsen, som egna berättelser. När det gäller en av kvinnorna kan man säga att det egentligen inte förekommer något berättande alls utan att utsagorna mer har formen av en rapportering. Vanligtvis blir berättelserna fler och längre under intervjuernas gång, förutom i ett fall där berättelserna kommer i början av samtalet.

Analysen av de unga kvinnornas berättelser utgår ifrån begreppen självrepresentation, självbild och berättelsepoäng. Sammanfattningsvis kan man säga att självrepresentationen i de unga kvinnornas berättelser tyder på en ointegrerad självbild. När de uppmanas att beskriva sig själva så har de svårigheter att göra detta. De hänvisar ofta till hur de har förstått att andra uppfattar dem eller hur andra har sagt att de är. Man kan säga att de fortfarande befinner sig i olika skeden i utvecklingen på väg mot en integrerad självbild. Kvinnornas självrepresentation påverkar deras berättelsepoäng. Eftersom de inte riktigt kan se sig själva så leder det till att de har otydliga och ambivalenta anspråk i förhållande till vilken hjälp eller behandling de söker. Det framkommer av flera kvinnors berättelser att de har sökt hjälp hos många vårdinrättningar och varken känt sig förstådda eller väl bemötta.

Arbete III. Syftet var att beskriva kvinnor med missbruk eller beroende och svår psykisk ohälsa. Hos den undersökta gruppen kvinnor visar resultaten på en multipel psykiatrisk problematik, ofta tillsammans med en skör fysisk hälsa och ett tunt socialt nätverk. De vanligaste diagnoserna är depression, ångest, psykos och ätstörning tillsammans med missbruk eller beroende. Kvinnorna har haft problemen sedan tonåren och detta bekräftas även av att de flesta också har fått diagnosen personlighetsstörning.

De långvariga problemen har påverkat kvinnornas liv i ett flertal aspekter som svårigheter att klara sin försörjning genom arbete, att hitta trygga och långvariga nära relationer och att hitta sociala sammanhang som även kan ge en meningsfull fritid. De flesta klarar sina vardagliga liv med eget boende, men de är beroende av den psykiatriska vården och socialtjänsten för behandling och ekonomiskt stöd.

Gruppens allmänna funktionsförmåga låg på en nivå strax över där psykiatrisk praxis rekommenderar inläggning inom slutenvården. Man kunde inte se någon skillnad när det gällde funktionsförmåga vid jämförelse mellan äldre och yngre, inte heller hade kvinnor med depressionsdiagnos lägre fungerande nivå än de med ångestdiagnos. Självmordsbenägenhet avspeglades inte i lägre funktionsförmåga. Däremot visade kvinnor med längre behandlingstid en högre funktionsnivå. Det

fanns inte något samband mellan den allmänna funktionsnivån, bedömd av behandlande läkare, och kvinnornas egen skattning av psykisk symtombelastning.

Arbete IV. Den undersökta gruppen hade utöver en långvarig missbruksproblematik en svår livssituation med dålig psykisk och fysisk hälsa, svårighet att försörja sig genom arbete, ett glest socialt nätverk och ett långt beroende av ett professionellt nätverk inom socialtjänst och/eller psykiatri. Att ha genomgått behandling under en tidsperiod av åtminstone ett och ett halvt år innebar förändring för kvinnorna i gruppen på så sätt att de uppvisade en förbättrad allmän funktionsnivå enligt behandlarnas bedömning. Hälften av gruppen hade vid uppföljningen en förbättrad nykterhet och en tredjedel hade återhämtat sig från missbruket. Under behandlingstiden minskade också hjälpbehovet avseende kriminellt beteende, psykiska problem och problem i relation till familj och anhöriga. Det kvarstod dock behov av behandling och stöd för alla kvinnorna i något avseende. De kvinnor som hade en längre behandlingstid hade en högre allmän funktionsnivå, men det var bara två kvinnor som befann sig inom ramen för normal funktionsnivå. Återhämtning från missbruk var förenat med högre allmän funktionsnivå, minskad oro för fysiska problem men inte med upplevelse av minskad psykisk belastning eller ökad livskvalitet. Det var bara en av kvinnorna som kunde försörja sig genom heltidsarbete. Kvinnornas subjektiva upplevelse av psykisk symtombelastning eller livskvalitet förändrades inte signifikant över de 18 månaderna. Gruppen skilde sig från en normalpopulation kvinnor men inte från en patientpopulation när det gäller upplevd symtombelastning vid andra undersökningstillfället. Begreppet livskvalitet hade för gruppen samband med relationer till familj, anhöriga och vänner och med upplevd psykisk belastning.

Studiens resultat kan inte säga något om vad som är verksamt i behandlingen av denna grupp, resultaten tyder dock på att behandling generellt är till hjälp för personer med multipel problembild.

Diskussion

Arbete I. Resultaten tyder på att gruppen inte skiljer sig från andra undersökta kvinnor med missbruksproblem när det gäller livsomständigheter innan de söker behandling (Laanemets, 2002; Raine, 2001; Thom, 1987). Tiden innan kvinnorna sökte hjälp föregicks ofta av en period då de levde under psykisk stress och press som de till slut inte kunde hantera. För vissa stod valet mellan att söka hjälp eller att ta livet av sig. Före söktillfället fanns ofta problem i en nära relation, antingen till en pojkvän eller till någon annan betydelsefull person. Det är tydligt att de inte vet vart de skall vända sig och att de väntar länge innan de söker vård och att de då söker till de stora akutmottagningarna.

Resultaten tyder på att kvinnorna när de söker vård inte har någon tydlig uppfattning om vilken hjälp eller behandling de önskar, utan de överlämnar till behand-

laren att bestämma. Det kan finnas flera förklaringar till detta. Kvinnorna har förmodligen ingen kunskap om vilken behandling som finns. Det verkar också som om alla kvinnorna har problem med att se sig själva. Svårigheterna är större för några av dem beroende på de psykiska problem som är aktuella vid undersökningen. Kvinnorna har lättare att uttrycka vad de tycker att de inte är, än att berätta om vilka egenskaper de har som personer, vilket kan medföra att de blir otydliga med vad de behöver för hjälp när de söker akut.

Kvinnorna själva betecknar de psykiska problemen som överordnade beroende-problematiken. Flera studier (Hesselbrock & Hesselbrock, 1997; Zilberman et al., 2003; Öjehagen, 2000) har visat att psykiska problem, särskilt förstärknings- och ångestsyndrom, föregår eller finns parallellt med ett missbruk. Synen på vilket problem som är det dominerande skiljer sig mellan den vårdsökande kvinnan och den vårdgivande psykiatrin, och blir en komplicerande faktor i mötet när kvinnorna söker hjälp. Konsekvensen av denna oenighet får i vissa fall till följd att kvinnan känner sig avvissad och oförstådd, eller tycker att den vård hon erbjuds varken är adekvat eller tillräcklig. Andra studier (Raine, 2001) beskriver resultat med liknande upplevelser av negativt eller dåligt bemötande från sjukvårdspersonal hos den yngre gruppen missbrukande kvinnor. Det är svårt att veta om det är vårdpersonalen som har problem med att ta emot yngre missbrukare eller om kvinnornas känslomässiga tillstånd vid söktillfället gör att de inte kan förstå eller ta till sig de eventuella erbjudanden de får.

Det tycks som om den unga personen ännu inte lärt sig hur en ”sjukhistoria” berättas så att den blir förstådd. Kvinnorna berättar ofta om bristande samstämmighet när det gäller definitionerna av problemet eller symtomet. Att vårdgivaren inte ser hela problematiken utan bara fokuserar på en del av den upplevs av den unga kvinnan som dåligt bemötande. Det kan uppfattas som ett avvisande om behandlingspersonalen bara ser missbruket och inte de samtidiga psykiska problemen. Om missbruksproblemen förbigås kan det ses som att behandlaren inte är noggrann och inte bryr sig tillräckligt om sin patient.

Tvärtemot den allmänna uppfattningen om unga missbrukare framför kvinnorna i sina berättelser att de är motiverade till behandling. Resultaten tyder snarare på att den undersökta gruppen kan vara ambivalenta inför behandling, men inte att de är omotiverade att söka hjälp. De unga kvinnorna har sökt sig upprepade gånger till psykiatri och socialtjänst. De söker tills de får det stöd, den hjälp eller behandling som de behöver både för sitt missbruk och för sina psykiska problem. Det är en behandling som de kan hålla fast vid under flera år. Ambivalensen hos den unga personen blir därmed något som behandlarna har att förhålla sig till under behandlingsprocessens gång. Det som för vårdgivaren kan se ut som bortfall och avbruten behandling, kanske mer handlar om att unga vuxna söker

upprepande gånger för att hitta en behandlare som de tycker förstår dem och som de kan känna förtroende för.

Arbete II. Anledningen till att de unga kvinnorna inte gör sig förstådda kan finnas i sättet som kvinnorna berättar och hur berättelserna uppfattas. Analyserna visar att de unga kvinnorna har olika förmågor att formulera en fullständig berättelse utifrån Labovs (1972; 1982) definition. De längsta intervjuerna innehåller de flesta berättelserna men den unga kvinnans språksamhet och förmåga att formulera sig har också betydelse. Berättelserna blir vanligen fler och längre under intervjuernas gång. Förändringar i livet beskrivs ofta som att de inträffar utan egen medverkan eller bara ”händer” utan att kvinnorna kan förstå att någon eller något har iscensatt händelsen, det Arvidsson (1998) benämner kulturbunden ”lifescrypt”. Kvinnorna framställer det som att deras liv är styrda av andra eller att de måste underkasta sig vad läkare och andra behandlare vill att de skall göra. Det finns få berättelser som visar på ett aktivt förhållningssätt, där individen själv styr över sitt liv och öde. De flesta av kvinnorna dock kan föra fram tydlig berättelsepoäng på ett övertygande sätt så att de med Riessmans (1990b) vokabulär har klarat ”the tellers problem”, d.v.s. bevisat att berättelsen har plats i sammanhanget. Något som är påtagligt i berättelserna är att kvinnorna inte tycker att de blir lyssnade till och att personalen lyssnar till annat än vad kvinnorna försöker förmedla när de kommer akut. I intervjuerna framkommer att det initialt finns en bristande samstämmighet när det gäller definitionerna av problemet alternativt symtomet men också vilken behandlig kvinnorna behöver. Psykiatrins diagnoser kan uppfattas som ett hinder eller som en auktoritets tolkning och som en omformulering av problemen som kvinnorna inte förstår eller känner igen. Det kan få som konsekvens att den behandling som erbjuds inte tas emot därför att kvinnorna missförstår erbjudandet. Det tycks som om den unga personen ännu inte lärt sig hur en ”sjukhistoria” bör berättas för att den skall bli förstådd.

Synen på vilket problem som är det dominerande skiljer sig mellan den vårdsökande kvinnan och den vårdgivande psykiatrin och blir en komplicerande faktor i mötet när kvinnorna söker hjälp. Konsekvensen av denna oenighet får i vissa fall till följd att kvinnan känner sig avvisad och oförstådd, eller tycker att den vård hon erbjuds varken är adekvat eller tillräcklig. Andra studier (Raine, 2001) har funnit likande upplevelser av negativt eller dåligt bemötande från sjukvårdspersonal hos den yngre gruppen missbrukande kvinnor. Det är svårt att veta om det är vårdpersonalen som har problem med att ta emot yngre missbrukare eller om kvinnornas känslomässiga tillstånd vid söktillfället gör att de inte kan förstå eller ta till sig de eventuella erbjudanden de får.

Att analysera intervjuernas berättelser ger möjligheter till att få en fördjupad förståelse för de unga kvinnornas perspektiv och hur de försöker beskriva sina behov

när de söker hjälp. Den närläsning av de insamlade intervjuerna som metoden innebär medför även en djupare förståelse av samberättandets funktion. I den utskrivna dialogen kan samberättande mellan intervjuaren och den intervjuade uppträckas på ett helt annat sätt än i en talad dialog. I analysen av berättelser finner man t.ex. brott i dialogen och i samberättandet utifrån oenighet om värdering och tolkning av poängen i berättelsen. Där det fanns samförstånd i samtalet om berättarens värdering löper dialogen och samberättandet på. Ett annat exempel är intervjuer där det finns få berättelser och där det sällan är något samberättande. Oenighet eller argumentationer om tolkningar och värderingar i intervjuerna om det som berättas tycks leda till sammanbrott i dialogen och samtalet, alternativt till att någon av parterna retirerar eller tystnar. Bristen på samberättande kan även leda till öppen konflikt eftersom det då tycks saknas en gemensam förståelse av hur man värderar det som berättas och varför det berättas. Sådana brott i dialogen under intervjuerna har inte analyserats systematiskt.

Den narrativa metoden ger möjlighet till rik och flödig datainsamling. Nästan 300 berättelser sammanlagt har identifierats i intervjuerna, men bara några av berättelserna som finns i varje intervju har använts för närmare granskning och tolkning. De gjorda analyserna har fokuserat på vad som sägs, snarare än hur det sägs. Det kan alltså finnas ytterligare information och kunskap i materialet. Då metoden ger mycket material att granska, har syftet och frågeställningarna fått utgöra avgränsningar för de berättelser som analyserats. I framställningen har beskrivits vilka av berättelserna som har fått företräde. Valet att analysera varje kvinnas intervju har prioriterats före valet av de kvinnor som har ”de bästa berättelserna” utifrån definitionen en fullständig berättelse.

I föreliggande studie har Labovs modell inte enbart använts för att identifiera berättelser i intervjuerna utan även utgjort utgångspunkt för en innehållsanalys. Värderingen och slutklämman blir en hjälp för att finna betydelsen när det gäller berättarens självrepresentation, berättarens poäng och varför det berättade berättas. Självrepresentation, självbild och berättelsepoäng är de begrepp som har valts som utgångspunkter för analys och tolkning av kvinnornas berättelser. De första berättelserna under intervjun har analyserats. De hypoteser som formulerats utifrån dem har sedan följts upp i analyser av berättelser från relevanta delar senare i intervjun. På så sätt kan man säga att de första tolkningarna har prövats och validerats. Det kan vara en svaghet i förfaringssättet att det är svårt att kontrollera tolkningarnas giltighet och att resultaten endast bygger på ett intervjutillfälle.

Ambitionen har varit att genom en noggrann beskrivning av tillvägagångssättet vid identifikation och analys av berättelserna, försöka ge möjlighet att ”följa i forskarens spår” för att läsaren därigenom skall kunna bedöma rimligheten i beskrivning, analys och tolkning. Är beskrivningarna och tolkningarna övertygande kan läsaren acceptera dem och få en ny förståelse eller fördjupad kunskap om

de frågeställningar som diskuteras. I kvalitativa studier som ligger nära klinisk praktik kan det vara ett problem att hålla sig på en abstraktionsnivå som visar det generella i det enskilda. Det kan vara svårt att skilja ut om det är ny kunskap som frilagts eller om det något som man känner igen sedan tidigare.

Det ovanstående är till stor del förenat med tolkning som metod (Ödman, 1987) eller om man använder den narrativa metodens språkbruk, det blir "the tellers problem" (Riessman 1990b). Forskaren måste övertyga läsaren om att berättelsen har en poäng som gör att berättelsen är värd att berättas. Synen på validering ligger här nära det Kvale (1997) skriver om validitet som "en kvalitetskontroll som genomförs under kunskapsproduktionens samtliga stadier" (s. 213) och i hans syn om kommunikativ validitet.

Arbete III. Vid jämförelse med andra studier om kvinnor med substansberoende skiljer sig inte den undersökta gruppen när det gäller huvuddiagnoser, förutom att ingen av kvinnorna har diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (Hesselbrock & Hesselbrock, 1997; Zilberman et al., 2003; Öjehagen, 2000). Detta kan tyckas anmärkningsvärt med tanke på att så många som 75 procent uppger fysisk misshandel och 65 procent sexuella övergrepp i nära relationer. I en undersökning av kvinnor som sökt till en speciell enhet för misshandlade kvinnor fann man att 68 procent som blivit fysiskt misshandlade också varit utsatta för sexuella övergrepp (McFarlane et al., 2005). Man kan förstå det som att kvinnorna i undersökningsgruppen under sina liv befunnit sig i en våldsutsatt situation som närmast är att jämföra med situationen för de kvinnor som behandlas inom verksamheter som riktar sig till misshandlade kvinnor.

Den undersökta gruppen kvinnor hade en överrepresentation av fysisk ohälsa, vilket man ofta finner bland personer med alkohol- och substansmissbruk, men även hos personer med psykisk ohälsa (Berglund, 2007; Jackson, Chamberlin & Kroenke, 2003; Tangen Haug, Mykletun & Dahl, 2004). Forskning visar också att personer som har varit utsatta för misshandel rapporterar fler fysiska problem. De symtom och andra besvär som kvinnorna beskrev stämmer i flera avseenden väl med det som kallas "The Battering Syndrome". Personer tillhörande syndromet beskrevs som kvinnor yngre än 35 år, ofta ensamstående, hade flera fysiska symtom, skattade sig högre för depression, ångest, somatisering och interpersonell sensitivitet på SCL-90, levde i större utsträckning med partners som använde droger eller alkohol, använde själv droger eller alkohol i större utsträckning och hade i hög grad gjort självmordsförsök (McCauley et al., 1995).

Det är svårt att bedöma huruvida den psykiska problematiken har föregått missbruket eller inte, eftersom över hälften i den undersökta gruppen hade etablerat ett missbruk/beroende sedan tonåren. Resultaten tyder på att de psykiska besvären har följt kvinnorna redan tidigt i livet, 65 procent hade haft kontakt med psykiatrin före 18 års ålder och 86 procent hade diagnosen personlighetstörning.

Kvinnornas egen symtomskattning skilde sig i alla avseenden signifikant från både normalpopulationen och patientpopulationen av kvinnor enligt svensk normering av SCL-90. Trots de refererade svårigheterna hade nio kvinnor återhämtat sig från ett tidigare narkotika missbruk.

Majoriteten av kvinnorna är nöjda med sina levnadsomständigheter, men inte med sin livskvalitet. Det tycks som om de har hittat en slags stabilitet och jämvikt i förhållande till att vara singel, leva ensam med barn eller som sambo/särbo och att vara beroende av sjukvård eller socialtjänst för sin försörjning. Däremot har de ett glest socialt nätverk med få vänner och komplicerade kontakter med anhöriga som de önskar hjälp med. Livskvalitet har för gruppen samband med upplevd psykisk belastning samt med relationer till familj, anhöriga och vänner. Resultaten är i överensstämmelse med andra studier som visat att upplevelsen av livskvaliteten blir lägre vid flera samtidiga psykiatriska diagnoser (Masthoff, Tropenaars, Van Heck, Hodiament & De Vries, 2006; Meyer, Rumpf, Hapke & John, 2004). Vid jämförelse mellan alkoholmissbrukande män och kvinnor tycker de sistnämnda sig ha lägre livskvalitet nästan i alla parametrar (Peters, Millward & Foster, 2003).

Det fanns inga samband mellan behandlarnas bedömning av allmän funktionsnivå (GAF) och kvinnornas skattningar, upplevelse av psykisk belastning (SCL-90) och av livskvalitet (Cantrils stege). Enligt Piersma och Boes (1995) har det visat sig svårt att erhålla likhet mellan klinikers bedömning och patienters självskattning för instrument som använder olika bedömningsgrund.

Urvalskriterierna fångade den tunga psykiatriska problematiken och resultaten visar att ett kliniskt material som detta tillhör den grupp av personer som har vad man kan beskriva en livstidssjuklighet med flera psykiatriska problem. Kessler (1995) visade att de tyngsta psykiatriska störningarna är koncentrerade till personer med en livstids hög samsjuklighet och fann även att denna grupp upplevde problem i andra delar av sitt vuxna liv liksom i sitt sociala liv och i arbetslivet.

Arbete IV. Det finns få undersökningar som följt upp personer med multipla problem över längre tid men i samband med psykiatireformen ansvarade Socialstyrelsen (2004) för en femårsuppföljning av personer med svår psykisk störning och missbruk. Även i den undersökningen var hälften av personerna missbruksfria halvåret innan uppföljningen och de personer som inte hade några alkoholproblem hade bättre s.k. allmän funktionsnivå och färre psykiska problem än de som missbrukade. Hjälpbehovet hade också minskat inom alla områden förutom fysisk hälsa men kvarstod framför allt inom områdena psykisk hälsa, arbete/försörjning och familj. Det finns även andra studier som visat att missbruksbehandling har gett förbättring även när det gäller aspekter utöver missbruket, men att den fysiska hälsan inte påverkats (Johnson, Wiechelt, Ahmed & Schwartz, 2003).

Resultaten för den undersökta gruppen kvinnor överensstämmer i flera avseenden, men man hade kunnat förvänta ett sämre resultat för dem när det gäller återhämtning och fortsatt hjälpbehov. Detta p.g.a. att majoriteten av kvinnorna förutom personlighetsstörning också, vilket framgick av ingångundersökningen, hade varit utsatta för psykisk, fysisk och/eller sexuella övergrepp. Riskfaktorer för sämre behandlingsutfall är bland annat diagnosen personlighetsstörning (Ciraulo, Piechniczek-Buczek & Iscan, 2003; Dawson et al., 2005) och att ha varit utsatt för olika typer av trauman (Sacks, McKendrick & Banks, 2008). Man kan dock inte veta om resultaten skulle uppnås utan det stöd som en pågående behandlingskontakt innebär.

Grella, Scott, Forss och Dennis (2008) visade i en långtidsuppföljning att kvinnor som grupp hade mindre benägenhet att återfalla i missbruk efter återhämtning än män och man har funnit att kvinnor trots ett sämre utgångsläge har lika eller bättre återhämtning jämfört med män (Timko, Finney & Moos, 2005; Timko, Moos, Finney & Condell, 2002). Denna s.k. genderparadox har studerats och förklaras med att kvinnor i större utsträckning än män fullföljer behandling och att följsamhet vid behandling kan ha samband med könsrollsförväntningar (Fiorentine, Anglin, Gil-Rivas & Taylor, 1997).

Det upplevda behovet av hjälp med fysiska och psykiska problem och problem i relationer till familj och umgänge upphörde inte trots att kvinnorna hade en pågående behandling. Kvinnornas oro och upplevda behov av hjälp med fysiska åkommor hade blivit tydligare under uppföljningstiden. Kvinnor beskriver fler somatiska symtom än män, men sannolikt finner man en överrepresentation av fysisk ohälsa bland personer med alkohol- och substansmissbruk, liksom hos personer med psykisk ohälsa (Berglund, 2007; Jackson, Chamberlin & Kroenke, 2003; Tangen Haug, Mykletun & Dahl, 2004). Kvinnornas subjektiva upplevelse av psykisk symtombelastning och livskvalitet förändrades inte signifikant över de 18 månaderna. Gruppen skilde sig från en normalpopulation kvinnor, men inte från en patientpopulation när det gäller symtombelastning vid andra undersökningstillfället.

Livskvalitet hade för gruppen samband med relationer till familj, anhöriga och vänner och med upplevd psykisk belastning. Resultaten är i överensstämmelse med andra studier som har visat att upplevelsen av livskvalitet blir lägre vid fler samtidiga psykiatriska diagnoser (Masthoff, Tropenaars, Van Heck, Hodiamont & De Vries, 2006; Meyer, Rumpf, Hapke & John, 2004). Vid diagnoser som kroniska ångestsyndrom och dystymi finns en stor påverkan på livskvalitet (Saarni et al., 2007). Förutom psykopatologi är socialt fungerade signifikant relaterat till livskvalitet (Tropenaars, Masthoff, Van Heck, De Vries & Hodiamont, 2007). Svårigheter i relationer till make/partner hade betydelse för kvinnors livskvalitet (Gamma & Angst, 2001). I studier som behandlar livskvalitet hos alkoholmiss-

brukare påpekas att den upplevda livskvaliteten blir bättre vid nykterhet (Gamma & Angst, 2001; Peters, Millward & Foster, 2003). Att vara nykter och fungera på en bättre nivå sett utifrån behandlarperspektiv innebar inte en upplevelse av högre livskvalitet för de återhämtade kvinnorna i den genomförda studien.

Låg socioekonomisk status, psykiatrisk samsjuklighet, brist på stöd från familj och socialt nätverk är de viktigaste faktorerna vid risk för återfall (O'Brien & McLelland, 1996). Bedömning av livskvalitet hos alkoholmissbrukare kan vara ett värdefullt mått för klinisk status men också för att identifiera återfallsrisker och faktorer som är viktiga för den individuella patienten (Peters, Millward & Foster, 2003). Att identifiera faktorer utöver de psykiska problemen och missbruket, såsom svårigheter i nära relationer och upplevelser av låg livskvalitet, kan vara väsentligt för att förhindra återfall hos gruppen kvinnor i behandling.

Avslutning

Undersökningen har försökt fånga en mindre grupp kvinnor som sällan har studerats och följts upp, kvinnor som parallellt med missbruket har svåra psykiska problem. Kvinnorna hade utöver en långvarig missbruksproblematik en svår livssituation med dålig psykisk och fysisk hälsa, svårighet att försörja sig genom arbete, ett glest socialt nätverk och ett långt beroende av ett professionellt nätverk inom socialtjänst och/eller psykiatri. Tidigt i livet hade de mött problem genom uppväxt i familjer som brustit i omsorg genom att föräldrar själva haft ett missbruk eller psykiska problem. Under uppväxten hade de inte sällan utsatts för trauma som psykisk, fysisk eller sexuell misshandel.

Missbruket har förändrats över tid när det gäller omfattning och substans. En debut med experimentellt missbruk under de tidiga tonåren blir etablerat under de sena tonåren. För hälften av gruppen har återhämtning skett från ett långvarigt narkotikamissbruk under andra halvan av tjugoåren och ca en tredjedel har även genomgått en senare återhämtning från alkoholmissbruk/beroende. Användning och beroende av läkemedel som lugnade tabletter och värktabletter är ett missbruk som etableras när kvinnan är vuxen och tycks vara de medel som det är svårt att bli fri från även om de psykiska problemen behandlas med psykofarmaka och samtalsstöd. Över tid minskas även hjälpbehovet inom andra områden som relationen till närstående och andra i kvinnans sociala nätverk, försörjning och kriminalitet, men inte den fysiska ohälsan. Det går inte att utläsa om förändringen sker på grund av behandlingen eller genom naturlig återhämtning.

Kvinnorna har som regel sökt hjälp för sina problem i tonåren eller som unga vuxna och över hälften har vid något tillfälle försökt att ta sitt liv. De söker hjälp första gångerna efter en period av långvarig upplevd psykisk press och i en akut situation.

Kvinnornas berättelser tyder på att de snarare söker en behandlare än en viss sorts behandling. Ett bemötande med en spegling av både missbruksproblem och psykiska problem samt ett helhetsperspektiv tycks vara avgörande för att de unga kvinnorna skall känna sig väl bemötta och kunna påbörja behandling.

Vid erbjudande av behandling till den unga kvinnan rekommenderas: 1. en tydlighet hos vårdgivaren vad man kan hjälpa till med och de ramar som gäller för behandlingen, 2. att inte förväxla den unga kvinnans ambivalens med dålig motivation för behandling och 3. att ha tolerans för avbrott eller uppehåll i behandlingskontakten.

För den äldre gruppen kvinnor tycks det vara väsentligt att, förutom att rikta fokus på missbruket och den psykiska problematiken, också uppmärksamma kvinnans behov av hjälp och behandling för hennes fysiska hälsa. Att uppmärksamma

den sociala situationen för att ge stöd i relationer till familj, närstående och vänner kan vara ett sätt att förbättra kvinnans upplevelse av livskvalitet.

Livskvaliteten, liksom den allmänna funktionsnivån är låg hos gruppen. För kvinnorna är detta förknippat med upplevelse av psykisk och fysisk ohälsa, ett skört socialt nätverk och svårigheter att kunna försörja sig genom arbete. En sådan livssituation skapar ett kanske livslångt beroende av socialtjänst och/eller psykiatri. Det tycks som att vårdgivarna med större framgång kan behandla missbruket och den psykiatriska problematiken än hjälpa kvinnorna till ett meningsfullt socialt liv. Den integrerade behandling som förespråkas för personer med missbruk och psykiska problem bör kanske även inbegripa en diskussion om hur man kan integrera personer med svåra problem i sammanhang som gör att de kan uppleva en bättre livskvalitet.

Referenser

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3:rd ed. Revised). Washington DC, USA.
- American Psychiatric Association. (1995). *MINI-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV* (Andra utgåvan). Danderyd: Pilgrim Press.
- Andersson, C. (1995). *Marias barn – om ungdomars väg in i missbruk av alkohol och andra droger*. Malmö: Sober Förlags AB.
- Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D., & Tengvald, K. (1999). *ASI en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. (CUS 1999:2). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Arvidsson, A. (1998). *Livet som berättelse. Studier i levnadshistoriska intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Berglund, K. (2007). *Demographic and clinical characteristics in groups of individuals with excessive alcohol intake*. Licentiatuppsats, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Bischof, G., Rumpf, H-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2005). Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, 100, 405-413.
- Brady, K. T., & Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 22 (2), 241-252.
- CAN (2003). *Drogutvecklingen i Sverige*. (CAN 2003, Rapport nr 71). Stockholm: Edita Ljunglöfs.
- de Bejczy, A., & Spak, F. (2003). Riskfaktorer för hög alkoholkonsumtion under ungdomsåren. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4, 303-310.
- Cantril, H. (1965). *The patterns of human concerns*. New Brunswick. New Jersey: Rutgers University Press.
- Ciraulo, D. A., Piechniczek-Buczek, J., & Iscan, E. N. (2003). Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 381-409.
- Comfort, M., Sockloff, A., Loverro, J., & Kaltenbach, K. (2003). Multiple predictors of substance-abusing women's treatment and life outcomes. A prospective longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 28, 199-224.

- Coffey, S. F., Stasiewicz, P. R., Hughes, P. M., & Brimio, M. L. (2006). Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanism of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors, 20* (4), 425-435.
- Copeland, J., & Hall, W. (1992). A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction, 87*, 1293-1302.
- Cullberg, J. (1984). *Dynamisk psykiatri*. Sverige: Natur och Kultur.
- Dahlgren, E., & Willander, A. (1989). Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 13* (4), 499-504.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction, 100*, 281-292.
- Duncan, A. E., Neuman, R. J., Kramer, J. R., Kuperman, S., Hesselbrock, V. M., & Keenan Bucholz, K. (2006). Lifetime psychiatric comorbidity of alcohol dependence and bulimia nervosa in women. *Drug and Alcohol Dependence, 84*, 122-132.
- Fiorentine, R., Anglin, M. D., Gil-Rivas, V., & Taylor, E. (1997). Drug treatment: Explaining the gender paradox. *Substance Use and Misuse 32* (6), 663-678.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Malling Thorsen, S. (2002). *Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan SCL-90*. (SiS 4/02) Statens Institutionsstyrelse. Västerrik: AB C O Ekblad & Co.
- Foster, J. H., Peters, T. J., & Marshall, E. J. (2002). Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol, 22* (1), 45-52.
- Gamma, A., & Angst, J. (2001). Concurrent psychiatric comorbidity and multimorbidity in a community study: Gender differences and quality of life. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience, 251*: Supplement 2, II/43-II/46.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence, 86* (1), 1-21.
- Grella, C. E., Scott, C. K., Foss, M. A., & Dennis, M. L. (2008). Gender similarities and differences in the treatment, relaps, and recovery cycle. *Evaluation Review, 32* (1), 113-137.

- Grilo, C. M., Martino, S., Walker, M. L., Becker, D. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1997). Psychiatric comorbidity differences in male and female adult psychiatric inpatients with substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (3), 155-159.
- Haver, B., & Dahlgren, L. (1995). Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): A comprehensive evaluation and outcome study. I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction*, 90, 101-109.
- Haver, B., Dahlgren, L., & Willander, A. (2001). A 2-year follow-up of 120 Swedish female alcoholics treated early in their drinking career: Prediction of drinking outcome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (11), 1586-1593.
- Helmersson-Bergmark, K. (2002). Kvinnor och alkohol – Om genus, förändring och modernitet i den svenska alkoholkulturen. I T. Leissner, & U.-C. Hedin (red:er). *Könsperspektiv på missbruk* (ss. 28-44). Stockholm: Elanders Gotab.
- Hesselbrock, M. N., & Hesselbrock, V. M. (1997). Gender, alcoholism, and psychiatric comorbidity. I R. W. Wilsnack & S. C. Wilsnack (red:er). *Gender and alcohol. Individual and social perspectives* (ss. 49-71). New Brunswick, N J: Publications Division Rutgers Centre of Alcohol Studies.
- Jackson, J. L., Chamberlin, & J., Kroenke, K. (2003). Gender and symptoms in primary care practices. *Psychosomatics*, 44 (5), 359-366.
- Johnson, J. L., Wiechelt, S. A., Ahmed, A. U., & Schwartz, R. P. (2003). Outcomes for substance user treatment in women: Results from the Baltimore drug and alcohol treatment outcomes study. *Substance Use and Misuse*, 38 (11-13), 1807-1829.
- Kaskutas, L. A., Zhang, L., French, M. T., & Witbrodt, J. (2005). Women's program versus mixed-gender day treatment: Results from a randomized study. *Addiction*, 100, 60-69.
- Kessler, R. C. (1995). The National Comorbidity Survey: Preliminary results and future directions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 139-151.
- Laanemets, L. (2002). *Skapande av femininitet om kvinnor i missbrukarbehandling*. Lunds universitet: Socialhögskolan, Lund.
- Labov, W. (1972). The transformation of experience in narrative syntax. I W. Labov (red). *Language in the inner city* (ss. 354-396). Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Labov, W. (1982). Speech actions and reactions in personal narrative. I D. Tannen (red). *Analyzing discourse: Text and talk* (ss. 219-247). Washington, DC: Georgetown University Press.

- Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2003). Gender differences in prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research*, 9, 8-17.
- Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). What characterizes substance abusers who commit suicide attempts? Factors related to Axis I disorders and patterns of substance use disorders. *European Addiction Research*, 12, 102-108.
- Langeland, W., Draijer, N., & van den Brink, W. (2004). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: The role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28 (3), 441-447.
- Löfgren, B. & Nelson-Löfgren, I. (1992). *Alkohol, rus, missbruk, behandling* (tredje reviderade upplagan). Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Masthoff, E. D., Tropenaars, F. J., Van Heck, G. L., Hodiamont, P. P., & De Vries, J. (2006). Quality of life and psychopathology: Investigations into their relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (4), 333-340.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., Bass, E. B., & Derogatis, L. R. (1995). The "Battering Syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123 (10), 737-746.
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I., & Smith, S. (2005). Intimate partner sexual assault against women: Frequency, health consequences, and treatment outcomes. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 105 (1), 99-108.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Burton, H. L., & Ackerson, T. H. (1995). A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (12), 762-767.
- Meyer, C., Rumpf, H-J., Hapke, U., & John, U. (2004). Impact of psychiatric disorders in general population: Satisfaction with life and the influence of comorbidity and disorder duration. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 435-441.
- Mishler, E. G. (1986a). The analysis of interview-narratives. I T. Sarbin (red). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (ss. 233-255). NY: Praeger.
- Mishler, E. G. (1986b). *Research interviewing: Context and narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Mishler, E. G. (1997). Modeller för berättelseanalys. I L-C. Hydén & M. Hydén (red:er). *Att studera berättelser. Samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv* (ss. 63-126). Stockholm: Liber AB.
- Nelson-Zlupko, L., Morrison Dore, M., Kauffman, E., & Kaltenbach, K. (1996). Women in recovery. Their perceptions of treatment effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment, 13* (1), 51-59.
- O'Brien, C. P., & McLelland, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet, 364*, 237-240.
- Peters, T. J., Millward, L. M., & Foster, J. (2003) Quality of life in alcohol misuse: Comparison of men and women. *Archives of Women's Mental Health, 6*, 239-243.
- Piersma, H. L., & Boes, J. L. (1995) Agreement between patient self-report and clinical rating: Concurrence between the BSI and the GAF among psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 51* (2), 153-157.
- Prescott, C. A., Aggen, S. H., & Kendler, K. S. (2000). Sex-specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US twins. *Archives of General Psychiatry, 57*, 803-811.
- Raine, P. (2001). *Women's perspectives on drugs and alcohol. The vicious circle*. England: Ashgate Publishing Limited.
- Raskin White, H., & Farmer Huselid, R. (1997) Gender differences in alcohol use during adolescence. I R.W. Wilsnack, & S.C. Wilsnack (red:er). *Gender and alcohol. Individual and social perspectives* (ss. 176-198). New Brunswick, NJ: Publications Division Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Riessman Kohler, C. (1990a). Strategic uses of narrative in presentation of self and illness, *Social Science and Medicine, 30* (11), 1195-1200.
- Riessman Kohler, C. (1990b). *Divorce talk: Women and men make sense of personal relationships*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Riessman Kohler, C. (1993). *Narrative analysis*. London: SAGE Publications.
- Riessman Kohler, C. (1997). Berätta, transkribera, analysera. En metodologisk diskussion om personliga berättelser i samhällsvetenskaper. I L-C. Hydén & M. Hydén (red:er). *Att studera berättelser. Samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv* (ss. 30-62). Stockholm: Liber AB.
- Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J., & Triffleman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. *The Journal of Nervous and Mental Disorder, 186* (2), 87-95.

- Rush, B. R., Dennis, M. L., Scott, C. K., Castel, S., & Funk, R. R. (2008). The interaction of co-occurring mental disorders and recovery management checkups on substance abuse treatment participation and recovery. *Evaluation Review*, 32 (1), 7-38.
- Sacks, J. Y., McKendrick, K., & Banks, S. (2008). The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of substance Abuse Treatment*, 34, 90-100.
- Schober, R., & Annis, H. M. (1996). Barriers to help-seeking for change in drinking: A gender-focused review of the literature. *Addictive Behaviors*, 21 (1), 81-92.
- Sinha, R., & O'Malley, S. S. (2000). Alcohol and eating disorders: Implications for alcohol treatment and health services research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24 (8), 1312-1319.
- Socialstyrelsen (2004). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem*. (Artikelnr 2004-123-11). Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter för personer med missbruks- och beroendeproblem. (Artikelnr 2007-102-1). Socialstyrelsen.
- Sonne, S. C., Back, S. E., Diaz Zuniga, C., Randall, C. L., & Brady, K. T. (2003). Gender differences in individuals with comorbid alcohol dependence and post-traumatic stress disorder. *The American Journal on Addictions*, 12, 412-423.
- Spak, F. (2003a). Oroande konsumtionsutveckling för alla – men osäkert om könsskillnaderna minskar. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4, 294-297.
- Spak, L. (2003b). Sexuella övergrepp och andra barndomsfaktorer som riskfaktorer för alkoholproblem bland kvinnor. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4, 324-332.
- Spatz Widom, C., Marmorstein, N. R., & Raskin White, H. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20 (4), 394-403.
- Tangen Haug, T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 845-851.
- Timko, C., Moos, R. H., Finney, J. W., & Condeell, E. G. (2002). Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction*, 97, 877-889.

- Timko, C., Finney, J. W., & Moos, R. H. (2005). The 8-year course of alcohol abuse: Gender differences in social context and coping. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (4), 612-621.
- Thom, B. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol problems – 1. The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*, 81, 777-788.
- Thom, B. (1987). Sex difference in help-seeking for alcohol problems – 2. Entry into treatment. *British Journal of Addiction*, 82, 989-997.
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., Van Heck, G. L., De Vries, J., & Hodiament, P. P. (2007). Relationships between social functioning and quality of life in a population of dutch adult psychiatric outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 53 (1), 36-47.
- Ullman, S. E. (2003). A critical review of field studies on the link of alcohol and adult sexual assault in women. *Aggression and Violent Behavior*, 8 (5), 471-486.
- Vaglun, S. (1987). *Alcohol abuse and psychopathology in female psychiatric patients: A clinical study*. Oslo universitet: Department of Behavioural Sciences in Medicine, Oslo.
- Weisner, C., Mertens, J., Tam, T., Moor, C. (2001). Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction*, 96, 705-716.
- Wu, L-T., & Ringwalt, C. L. (2004). Alcoholdependence and use of treatment services among women in the community. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1790-1797.
- Zilberman, M. L., Tavares, H., Blume, S. B., & el-Guebaly, N. (2003). Substance use disorders: Sex differences and psychiatric comorbidities. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 5-13.
- Öjehagen, A. (2000). Kvinnor och alkoholmissbruk. I Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS. *Behandling av alkoholproblem*. En kunskapsöversikt (ss. 224-239). Stockholm: Liber.

English summary

Background

This thesis concerns women suffering from substance abuse in combination with mental illness. It is based on three investigations – a qualitative investigation consisting of interviews with young women seeking treatment, and two quantitative studies of women undergoing treatment. These investigations resulted in four separate studies.

Aims

In *Studies I and II*, the aim was to examine how young adults defined their problems, what help they wanted, and what led them to seek treatment.

Study III The aim was to map out the psychological problems, degrees of addiction, living conditions, and quality of life of women suffering from co-morbidity of substance abuse and mental illness. For *Study IV* the aim was to investigate what changes had taken place for these women after an interval of 18 months.

Method

Study I. Seven women aged 18 to 25 were interviewed when they first sought help.

A descriptive analysis of the path to treatment was made. The women's own accounts were collated, describing the background to their treatment, the route leading there, their experience of reception and treatment, self-images, and expectations for the future.

Study II consists of a narrative analysis of the seven women's accounts from the aspects of self-presentation, self-image, and how they make the "points" in their stories.

Study III investigated 21 women with substance abuse combined with mental illness. The measurement instruments consisted of:

- i) the psychiatric diagnosis and global functioning (GAF) in accordance with DSM,
- ii) the women's own assessment of psychological symptoms in line with SCL-90
- iii) quality of life as assessed by Cantril's ladder
- iv) structured interviews following the Addiction Severity Index.

Study IV was a follow-up of 18 women from the same group after 18 months. The same investigative instruments were used as in study III.

Results

Study I. The results reveal that recourse to treatment was preceded by a lengthy process of emotional frustration. The women seldom possessed any clear idea of the treatment they wanted. Their descriptions of why they sought treatment did not differ from the descriptions of their problems. The women were ambivalent about treatment rather than lacking in motivation.

Study II. The results show a degree of unintegrated self-image in the young women's accounts. They had difficulty describing themselves, referring frequently to how they imagined they were seen by others. It could be said that they still remained in different stages of development towards an integrated self-image. This self-image influenced how they constructed their narrative "points". Difficulties in describing themselves tended to create problems in clarifying their need for help, leading in turn to vague and ambivalent requests for the treatment they wanted.

Study III. The results revealed a multiple complex of psychiatric problems in the group of women under examination, often accompanied by physical illness and an inadequate social network. The women had suffered problems since their teens, which had affected their lives and made it difficult to earn a living. These problems had also made it difficult to establish secure, close long-term relationships and to find social contexts to provide them with meaningful leisure time. Most of the women were dependent on psychiatry and/or social services for treatment and financial support. Those who had undergone treatment for longer periods displayed a higher level of functioning, but still needed treatment for mental illness and addiction. In addition, most of the women needed treatment for physical illness, and help in relating to family and friends and with their occupation or work. The group's general level of functioning and their sense of quality of life were both low.

Study IV. The women's global functioning was significant better but still remained low. Ten of the women had better control of their alcohol problems, where 6 had recovered from addiction. In addition, they needed less help with criminal behaviour, mental problems, and relationships with family and friends. Those who had undergone extended treatment functioned at a generally higher level than the rest of the group, but only two could be classed as having attained a normal functional level and only one could support herself by her own work. The women's subjective experiences of psychological symptoms and quality of life did not change significantly over the 18-month period. The results indicate a conti-

nued need for treatment for physical and mental illness, substance abuse/dependency, and support in relating to family and friends. They show that treatment helps people suffering from multiple problems, but does not reveal what part of the treatment is responsible.

Conclusion

Further studies are required to chart the needs and the overall complex of problems experienced by women suffering from substance abuse combined with mental illness. For the young women to accept help, treatment should start from a perspective in which both mental problems and substance abuse are tackled together. Moreover to avoid relapse among women already undergoing treatment, it seems crucial to identify factors beyond the purely mental problems and substance abuse, such as difficulties in establishing close relationships and their low experiences of quality of life.

