

Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare

Lena Dahlgren

Kvinnors bruk och missbruk av alkohol beskrivs lika som skillnader i kvinnligt och manligt missbruksmönster och symtomatologi. EWA-enheten, Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset, är en behandlingsenhet för kvinnor med tidigt alkoholberoende. Den öppnade 1981 och sedan dess har över 2 500 patienter undersökts och behandlats. Erfarenheter från verksamheten redovisas. Betydelsefulla inslag i patientrekryteringen är aktivt uppsökande, lättillgänglighet, avskildhet och enkönad avdelning. Viktiga inslag i behandlingen är fokusering på familjen och samarbete med barnpsykiatriskt team om patienten har minderåriga barn.

Behandlingsstudier – varav en med kontrollgrupp visar gott resultat av behandlingen som varar 1–2 år. Lång behandlingstid visade det starkaste statistiska sambandet med god prognos.

Lena Dahlgren som är docent och överläkare vid Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset, startade Ewa-enheten 1981.

Kvinnors alkoholvanor har ökat under de senaste decennierna särskilt bland yngre. Vin har blivit kvinnors dryck. Bara de yngre föredrar öl.

Med vinets utbredning har det så kallade nya kvinnliga mönstret bildats, vilket innebär ett mer vanemässigt drickande. Vinet har fått karaktär av vardagsdryck (6). Ur den ökande skaran konsumenter rekryteras högkonsumenter och problemdrickare. Nya grupper av kvinnor riskerar att utveckla alkoholberoende: de socialt fungerande, de som står mitt i familjeliv och yrkeskarriär.

För tjugofem år sedan såg vi ett fåtal kvinnor i medicinsk alkoholistvård: de medelålders, utslagna med kroniska och mycket påtagliga alkoholskador. Idag kan den vårdsökande kvinnan vara en vilsen tonåring likaväl som en stressad yrkeskvinna eller en ensam och

sorgsen pensionär. Ökad variation bland patienter med missbruksproblem ställer större krav på insatser. Det blir allt viktigare att vara observant på tidiga signaler. Ett alkoholberoende behöver inte synas utanpå en människa. Ofta syns det inte alls.

Hur stort är problemet? Det vet man inte säkert. Man räknar med att det finns mellan 300 000 och 500 000 alkoholmissbrukare i Sverige varav åtminstone var femte är kvinna.

En kvinnlig alkoholist bryter mot en rad normer för acceptabelt beteende som är knutna till könsrollen. Hennes drickande är oftast ett ångestfyllt, omsorgsfullt dolt ensamdrickande. Hon kan maskera sitt problem med skicklighet och under lång tid, kanske flera år. När hon till sist bryter igenom "den sociala vällen" sker detta ofta ganska dramatiskt, t ex genom att hon blir misshandlad eller gör ett självmordsförsök.

Väg till vård

Kvinnor tvekar i allmänhet att söka hjälp inom traditionell alkoholistvård. Det finns flera skäl till det. De är rädda för konfrontation med kroniska ofta manliga medpatienter, för att bli stämplade som alkoholist, för att bli kända av socialtjänsten, särskilt om de har barn.

Allmänt söker sig kvinnor till sjukvården i större utsträckning än män. Samma gäller för kvinnliga alkoholister men de flesta söker för något annat än alkoholproblem och alkoholism diagnostiseras mer sällan. Det är troligen svårare att identifiera en kvinna med dolda alkoholproblem än en man. Skam, fruktan och självförakt skapar ett massivt försvar. All energi går åt till att dölja. Processen accelererar så småningom allt snabbare. Tid går förlorad och det är risk för att adek-

.....
Kvinnors alkoholmissbruk är oftast ett ångestfyllt, omsorgsfullt dolt ensamdrickande
.....

.....

Kvinnor tvekar i allmänhet att söka hjälp inom traditionell alkoholistvård

.....

vata åtgärder kommer att sättas in för sent. En av de första och viktigaste frågorna blir hur man når kvinnan i tid, innan hon druckit sig av med familj, arbete och inte minst all självrespekt.

Det är ett faktum att manliga alkoholister brukar bli remitterade till alkoholistvård via "vanliga" kanaler, dvs läkare arbetsgivare och myndigheter. Kvinnor däremot söker ofta själv information via vänner, bekanta, massmedier, annonser och tar sig fram på egna vägar (4).

I högre grad än manliga alkoholister återfinns kvinnliga som patienter i allmänpsykiatrisk vård där de behandlas för depression eller ångesttillstånd. När alkoholproblemet väl är identifierat har kvinnorna en benägenhet att söka både alkoholistvård och allmänpsykiatrisk vård, att bli "pendlare" inom sjukvården (7). De löper risk att varken få sina psykiatriska symptom rätt beaktade inom alkoholistvården eller sina alkoholproblem optimalt åtgärdade inom allmänpsykiatrisk vård.

Det är viktigt att identifiera en dold alkoholproblematik. Det är också viktigt att inte låta alkoholproblemen, i de fall där dessa är helt uppenbara, dölja andra bakomliggande tillstånd som patienten också kan behöva hjälp med och för vilka i vissa fall specifik behandling finns.

Vilka faktorer motiverar då en kvinna att söka hjälp för alkoholproblem och vilka hindrar henne? I en amerikansk studie från 1984 (1) visades att familj och vänner i högre grad motsatte sig att kvinnorna sökte sig till en behandling för alkoholproblem än att männen gjorde det. Om familjemedlemmarna uppmuntrade kvinnan att söka hjälp var det oftast fråga om föräldrar eller barn. En make/partner stödde däremot mer sällan sin maka. För manliga missbrukare gällde motsatta förhållandet.

Kvinnor rapporterade även i högre grad än männen negativa konsekvenser av behandlingskontakten, t ex störda familjerelationer, förlust av förvärvsarbete, vänner och kollegor, ekonomiska problem och ensam-

het. Dessa fynd antyder större sociala och praktiska hinder för kvinnor att forcera när de söker vård för alkoholproblem.

Dessutom tar kvinnor oftare ansvar för barnomsorg och måste ordna praktiska arrangemang innan de kan gå in i ett behandlingsprogram. Få institutioner tar även barn.

Kvinnligt missbruk kontra manligt

I litteraturen har beskrivits ett flertal skillnader mellan kvinnliga och manliga alkoholister. Kvinnor använder mer psykofarmaka och analgetika och ofta i överdos. De börjar i allmänhet dricka senare i livet men beroendutvecklingen tycks gå fortare. De har oftare en alkoholiserad partner, de plågas mer av skuld-känslor över sitt missbruk, de har lägre självkänsla och känner större hjälplöshet inför sina problem. De har oftare psykiska symtom som ångest och depression och gör oftare självmordsförsök (2). Den höga grad av skuld-känsla, depression, ångslan och osäkerhet kan innebära mindre behov av tuffa konfrontationer för att bryta ned motstånd och förnekelse, något som ingår i många behandlingsprogram.

Det finns skillnader i dryckesmönster som kan ha betydelse i behandlingsarbetet. Kvinnors drickande är oftast mindre dramatiskt, sker hemma i ensamhet och utan de påtagliga beteendeförändringarna som kan ses hos män. De utvecklar ofta ritualer t ex tillåter sig att dricka först vid ett visst klockslag varje dag. Det är betydligt vanligare att kvinnor kan vidmakthålla ett socialt accepterat drickande när de är tillsammans med andra, medan män oftare växlar mellan perioder av nykterhet och perioder av hårt drickande.

Fanny Duckert, norsk psykolog och forskare, har spekulerat i om kanske kontrolltekniken för kvinnor borde innehålla mer träning i att dricka ensam och män tränas i att förhindra eller reducera omfattningen av dryckesperioderna (4).

Den kvinnliga alkoholistsens karakteristika påverkas emellertid av tidens gång och generationsskiftet. Yngre kvinnor verkar ha mer gemensamt med unga män såsom tidig debut, konsumtion av starkare sorter, oftare berusningsdrickande och mer öppet drickande (6).

Det finns könsskillnader också när det gäller kroppens förmåga att ta hand om alkohol och att kunna stå emot dess skadeverkningar. Orsakerna till detta är inte

Det finns könsskillnader när det gäller kroppens förmåga att ta hand om alkohol och att stå emot skadeverkningar

helt kartlagda. Bäst dokumenterad är kvinnors större risk att utveckla leversjukdom. Det gäller de flesta typer av alkoholrelaterade leverskador vilka utvecklas snabbare och vid lägre konsumtionsnivå. Generellt är dessa också allvarligare än hos män särskilt alkoholhepatit och cirrhos. Den lindrigare fettlevern förekommer däremot lika ofta hos båda könen (8).

Blodtrycksstegring är ett vanligt fynd, särskilt stegras det diastoliska trycket. Det kan vara ett tidigt observandum och bidra till att diganosen blir ställd.

GGt verkar inte vara en lika användbar kemisk markör för kvinnor som för män. I Malmö-undersökningarna orsakades omkring 70 % av de förhöjda GGt-värdena bland medelålders män av hög alkoholkonsumtion, hos kvinnor omkring 30 %. Den vanligaste orsaken till GGt-stegring hos kvinnorna var läkemedel inklusive p-pillar (5).

Kvinnliga alkoholister rapporteras uppvisa mer psykopatologi än manliga. Man har hypotetiskt antagit att det finns ett samband mellan primär affektiv sjukdom och sekundär alkoholism hos kvinnor, något som dock inte har kunnat bekräftas.

Vi vet alltför lite om det mycket komplicerade sambandet mellan alkoholism och psykisk sjukdom. Tillstånden kan vara sekundära till varandra, bero på samma bakomliggande orsak eller kanske vara helt oberoende av varandra.

Resultatet av studier inom detta område tyder på att kvinnor med vitt skilda psykiska sjukdomar kan missbruka alkohol. Ingen särskild diagnos verkar ge högre risk medan däremot personlighetsstörningar torde vara mer betydelsefulla som riskfaktor (7).

Kombinationen av alkoholberoende och psykisk sjukdom eller personlighetsstörning påverkar givetvis behandlingen. Depressioner och panikångest kan behandlas specifikt och ofta med gott resultat. En borderline personlighet bemöter man med konfronterande, gränssättande och direkt attityd medan en schizotyp personlighet närmast bör bemötas varsamt, ångestre-

ducerande, stödjande och inte påträngande. Det kan vara gynnsamt i sådana fall att inte allt för mycket betona alkoholkonsumtionen förrän en hållbar relation uppnåtts.

Erfarenheter från EWA-enheten

Vid Karolinska sjukhuset har vi sedan 1981 på den s k EWA-enheten utvecklat behandlingsprogram för kvinnor med tidigt alkoholberoende. Enheten är en kombinerad öppen- och slutenvårdsavdelning.

Patienterna som oftast söker på eget initiativ slussas in i verksamheten via en kurator i ett bedömningssamtal och med en efterföljande diskussion av ärendet i teamet. Drygt hälften av de vårdsökande läggs in för slutenvård, resten går direkt in i ett öppenvårdsprogram.

Patienter med tidigare vårdtillfällen, psykos eller narkotikamissbruk hjälps vidare till andra kontakter. Hittills har över 2 500 patienter undersökts och behandlats. Behandlingsprogrammet omfattar en period på 1-2 år med bl a medicinsk, psykologisk och social utredning, täta stödjande samtal med en kontaktperson ur personalgruppen, anhörigsamtal, vid behov medicinsk behandling samt barnpsykiatrisk kontakt om minderåriga barn finns i familjen.

Hela tiden har utvecklingsarbetet pågått. Jag vill peka på några åtgärder som vi har funnit vara betydelsefulla i omhändertagandet av denna speciella patientgrupp.

Aktivt uppsökande är viktigt för rekryteringen, t ex att föra ut information till arbetsplatser, kvinnoorganisationer, i massmedier och annonser.

Lättillgänglighet, avskildhet, neutral plats. Så kort väntetid som är möjligt. Att söka hjälp är ett mycket svårt steg för kvinnorna att ta. På EWA-enheten har de möjlighet att få vara anonyma i sin första kontakt, att få känna sig för utan att förbinda sig till något.

Enkönad institution

Erfarenheterna från EWA-enheten talar för att den enkönade modellen innebär fördelar. Patienterna får lugn och ro i återhämtningsskedet, träffar medsystrar och kan tala fritt om kvinnoproblem. Det utvecklas ett slags "systerskap" som säkert har stort terapeutiskt värde. I utvärderingar av verksamheten har kvinnorna själva framhållit att det varit positivt att enheten varit

.....

Familjen måste sättas i centrum och barnen tidigt nås med stödjande insatser

.....

enkönad. Många har påpekat att de inte skulle ha sökt hjälp om inte denna möjlighet funnits.

Möjlighet till slutenvård. Tvärtemot trenden att framför allt ta hand om missbrukare i öppen vård har vi funnit att en tids slutenvård kan vara av stort värde även om patienten inte av medicinska skäl oundgängligen behöver inläggning. Kvinnorna är ofta extremt uttröttade men rusar ändå runt som på räls i en krampaktig plikt känsla. Familjen är i kaos. Att då kunna bryta den onda cirkeln, ge kvinnorna en chans att varva ner, tänka efter, känna efter, bygga upp ett förtroende för personalen, tala med patienter, det utgör en värdefull start på den långvariga kontakten. Det tar lång tid att nå samma resultat med patienter som går direkt till öppen vård.

Behandlingstidens längd har stor betydelse för resultatet. Patienterna skal uppleva behandlingsprogrammet som både praktiskt möjligt att genomföra och meningsfullt att fullfölja. Generösa mottagningstider, anpassade efter dubbelarbetande kvinnor med familj och barn underlättar. Det betyder t ex möjlighet att komma på kvällstid (slippa ta ledigt från arbetet) och att kunna ta barn med sig (tillgång till lekrum med tillsyn) för att i lugn och ro få tid till samtal.

Familjen måste sättas i centrum och barnen tidigt nås med stödjande insatser. Samarbete med barnpsykiater, familjerådgivare och kuratorer har på EWA-enheten visat sig vara oumbärligt. Att ha svikit som mor och kanske gjort sitt barn illa är en svår insikt, antagligen den svåraste. Det tar tid innan hon orkar formulera sina oroliga frågor. Alla kvinnor strävar efter att vara bra mammor, varför detta samtidigt kan utgöra en stark drivkraft i hennes rehabilitering.

Fler kvinnliga än manliga missbrukare anger *problemet i partnerrelation* som orsak till att de började dricka. Inte så sällan är det mannen som lett in kvinnan i hennes ökande dryckesvanor och hon som först tappar kontrollen över konsumtionen och upplever de negativa effekterna. Han kan tycka att han – till skillnad från sin hustru – "tål" att dricka. En stor andel av des-

sa män är redan etablerade alkoholister. Man kan inte utan vidare räkna med mannen som aktiv samarbetspartner i ett program som syftar till kvinnans nykterhet. Ofta är hans inställning ambivalent. Han är tillfreds med att hustrun blir piggare och fräschare men fruktar intrång i familjens dryckesvanor. Han saknar sin dryckeskamrat. Han ser sin hustru förändras på ett oroväckande sätt och drabbas av krav som han inte kan leva upp till.

Vår erfarenhet är således att det kan vara svårt att etablera en fungerande kontakt med mannen. Det är lättast i det akuta skedet. Det fortsatta arbetet drar han sig ofta ur. Vid en efterundersökning av 100 kvinnor efter två års observationstid hade en fjärdedel lämnat sin partner. Flertalet av dem som blev kvar i samlevnadsförhållandet hade ändå lyckats påverka mannen till minskat alkoholintag (3). Naturligtvis är det önskvärt att få även mannen att medverka i behandlingen, inte minst för att få hjälp med ett eventuellt eget alkoholproblem. Visar sig det omöjligt kan ändå familjesituationen påverkas genom massivt stöd till kvinnan. Resultatet kan bli antingen en oundviklig upplösning av förhållandet eller förbättring av relationen och sanering även av partners alkoholvanor.

Jag beredde avsiktligt ganska stor plats i framställningen åt mannen bakom vår kvinnliga patient. Så ser ju verkligheten ut! Vi arbetar med våra patienter medan horisonten uppfylls av mannen i hennes liv – närvarande eller frånvarande – och vi kan ibland allihop känna oss beroende av hans agerande.

Slutligen är det värt att påpeka att kvinnor i allmänhet tidigt tycks vara på det klara med att deras missbruk endast utgör en del i en mycket vidare problematik som rör hela livssituationen. Nykterhet blir då första steget till förändring.

I de två-årsuppföljningar som gjorts – varav en med kontrollgrupp – har 65–70 % klarat sig mycket bra alkoholmässigt, socialt och psykologiskt. Resultatet av den kontrollerade behandlingsstudien visade signifikant bättre rehabilitering för behandlingsgruppen än för kontrollgruppen, vilken togs om hand inom ramen för gängse alkoholistvård. Detta gällde såväl missbrukssituation och social funktion som sjuklighet och dödlighet.

Det starkaste statistiska sambandet med god prognos visade behandlingstidens längd. Variabler speg-

EWÄ-enheten, Karolinska sjukhuset, är avsedd för kvinnor med alkoholberoende. Studier har visat att tidig och specialiserad behandling lönar sig

lande variationer i utgångsläget hade föga genomslagskraft (3). Kvinnor som är i tidigt skede av alkoholberoende och har intakt funktionsförmåga tycks med hjälp av långvarigt professionellt stöd kunna bryta sitt missbruk – vilket dock inte automatiskt leder till varaktigt välmående – och också positivt påverka sina levnadsförhållanden och därmed skapa förutsättningar för fortsatt fysisk och psykisk hälsa.

REFERENSER

1. Beckman L J: Treatment needs of women alcoholics. *Alcoholism Treatment quarterly* 1984;1:101–115.
2. Dahlgren L: Female alcoholics. A psychiatric and social study. Stockholm: Karolinska institutet, 1979. Thesis.
3. Dahlgren L, Willander A: 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* 1989;13:499–504.
4. Duchert F: The Treatment of female problem drinkers. In: *Women, alcohol and drugs in the nordic countries*. NAD-publication nr 16, 1989;172–191.
5. Fristedt B, Witzell-Östlund G: Serum-GT, kvinnor och alkohol. *Forskning och praktik*. (Sandoz) 1981;13:69–70.
6. Järvinen M, Olofsdottir H: Nordiska kvinnors dryckesmönster. *Alkoholpolitik* 1984;4:193–206.
7. Vaglum S: Alcohol abuse and psychopathology in female psychiatric patients in a clinical study, Oslo universitet, 1987. Thesis.
8. Wilkinson P: Sex differences in morbidity of alcoholics. In: *Alcohol and drug problems in women. Research advances in alcohol and drug problems*. Kalant O J (red) Vol V, New York: Plenum Press, 1980:331–364.