

*Kvinder og køn:  
Stofbrug og behandling*



**Kvinder og køn:  
Stofbrug og behandling**

Helle Vibeke Dahl  
Mads Uffe Pedersen

Center for Rusmiddelforskning  
Aarhus Universitet  
2008

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2008  
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København  
ISBN: 87-89029-72-0

Center for Rusmiddelforskning  
Nobelparken, bygning 1453  
Jens Chr. Skous Vej 3  
8000 Århus C  
Tlf.: 89 42 69 30  
Fax: 89 42 69 35  
[www.crf-au.dk](http://www.crf-au.dk)  
E-mail: [crf@crf.au.dk](mailto:crf@crf.au.dk)

# INDHOLD

<b>Forord</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Sammenfatning</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Indledning</b> .....	<b>15</b>
<b>3. Introduktion: hvorfor fokus på kvinder og kønsforskelle?</b> .....	<b>19</b>
3.1 Kvinder, køn og kønsforskelle i rusmiddel- og behandlingslitteraturen.....	20
3.2 Hvad har fokuset på kvinder og kønsforskelle bragt frem? .....	21
3.2.1 <i>Perspektiver på og fra 1970erne og 1980ernes kvinde-                 og kønsstudier</i> .....	22
3.2.2 <i>Rusmidler, graviditet og moderrollen</i> .....	24
3.2.3 <i>Perspektiver på og fra 1990ernes kvinde- og kønsstudier                 til i dag</i> .....	27
3.2.4 <i>Behandlingsbarrierer i kønsperspektiv med fokus på                 kvinder</i> .....	28
3.3 Hvad er status? Hvor langt og hvad er vi nået til?.....	33
3.4 Opsummering og diskussion .....	35
<b>4. Danske kvinder i behandling for stofmisbrug</b> .....	<b>43</b>
4.1 Metoden.....	43
4.2 Resultaterne.....	44
4.2.1 <i>Fordeling</i> .....	45
4.2.2 <i>Stofferne</i> .....	47
4.2.3 <i>Kriminalitet</i> .....	49
4.2.4 <i>Det sociale liv</i> .....	51
4.2.5 <i>Det fysiske</i> .....	55
4.2.6 <i>Det psykiske</i> .....	56
4.2.7 <i>Behandlingen</i> .....	59
<b>5. Vejen til stofmisbrug er brolagt med ... En kvalitativ analyse af danske data med særligt fokus på kvinder</b> .....	<b>65</b>
5.1 Metode og data.....	65
5.2 Kønnede veje ind i stofbruget .....	67
5.2.1 <i>Hvad kendetegner de mandlige stofmønstre? Stofdebut                 og de tidlige erfaringer</i> .....	68
5.2.2 <i>Hvad kendetegner de kvindelige stofmønstre? Stofdebut                 og de tidlige erfaringer</i> .....	74
5.3 Stofbrug i et livshistorisk perspektiv .....	78
5.4 Parforhold.....	84
5.5 Vold i parforholdene .....	89

5.6 Seksuel vold og overgreb .....	92
5.7 Prostitution og sex arbejde .....	94
5.8 Graviditet og børn .....	96
5.9 Opsamlende diskussion/perspektivering.....	102
<b>6. Litteratur .....</b>	<b>105</b>

## **Forord**

Først og fremmest en tak til de mange undersøgelsesdeltagere, som har stillet sig til rådighed for interview og udfyldning af spørgeskemaer igennem årene. Også tak til professionelle og medarbejdere på offentlige og private behandlingssteder, som venligt har modtaget os og hjulpet med at skabe kontakter samt gjort det muligt at møde patienter, klienter og indsatte i de omgivelser, hvor behandling finder sted. Endelig tak til Velfærdsministeriet, som har finansieret denne undersøgelse.





# 1. Sammenfatning

Formålet med denne rapport er at undersøge forskelle og ligheder mellem mænd og kvinder på følgende områder: Stofforbrug (herunder vejen ind i stofmisbruget), kriminalitet, sociale liv (herunder kønsroller, samlivs- og forsørgelsesforhold, vold/overgreb, prostitution, graviditet og børn med mere), psykiske problemer (herunder selvmordstanker/forsøg, seksuelle overgreb mm.), fysiske problemer (herunder hepatitis, hiv og hvilke andre fysiske gener kvinder og mænd rapporterer om) og behandling (stoffri og substitutionsbehandling). Undersøgelsen baserer sig grundlæggende på tre metoder:

- et review af den forskning i forskelle/ligheder mellem kvinder og mænd, som er fundet i primært internationale studier (kapitel 3),
- en kvantitativ analyse af data fra syv danske databaser, som indeholder oplysninger om kvinder og mænd, der har udviklet et misbrug/en afhængighed af rusmidler (kapitel 4) samt
- en analyse af kvalitative interview med danske stofmisbrugere (30 mænd og 66 kvinder) (kapitel 5).

Med denne metode har vi a) søgt at validere forskelle og ligheder mellem kvinder og mænd ved at anvende forskellige databaser, b) uddybet disse kvantitative forskelle gennem mere dybtgående kvalitative interviews og c) forholdt dette til international forskning.

I det følgende gennemgås nogle af de konklusioner, som kan findes i rapporten.

*Kvantitativ analyse:* Den fordeling, der er fundet mellem mænd og kvinder i behandling for deres stofafhængighed i Danmark, svarer godt overens med den fordeling, der er rapporteret i internationale studier (fra 3:1 til 5:1), hvilke stoffer der forbruges afhænger af, hvilke grupper der er tale om.

Blandt stofmisbrugere i måneden op til påbegyndelse af stoffri behandling ses der i højere grad et forbrug af nerve-/sovemedicin og psykofarmaka blandt kvinderne end blandt mændene, mens denne forskel ikke ses blandt de mest belastede i metadonvedligeholdelse. Mænd har et større forbrug af cannabis end kvinder. Dette ses allerede hos de 14-17-årige. Kvinder bruger stort set lige så mange stoffer som mænd; de bruger lige så mange penge på stoffer, og de rapporterer lige så mange dage med illegale aktiviteter for at skaffe penge til stoffer som mænd (karakteren af de illegale aktiviteter er forskellig). Til gengæld sigtes, dømmes og afsoner de signi-

fikant mindre end mænd. Det kunne netop være, fordi karakteren af de illegale aktiviteter er en anden, men det kan også være, fordi de er kvinder og oftere end mændene har andre forsørgelsesopgaver og/eller har andre problemer, som gør dem mindre egnede til straf.

Kvinder bor hyppigere sammen med partner og børn end mænd, og de bruger mere tid sammen med disse end mænd. Samtidig er partneren ikke sjældent også stof- og/eller alkoholmisbruger. De har derfor ikke overraskende flere konflikter med partner, men også med børn og forældre end mændene. De rapporterer i højere grad end mændene at have brug for hjælp til at løse problemerne med familien.

Kvinderne bor hyppigere end mændene i egen bolig, men deres forsørgelsesgrundlag er det samme, dog med den væsentlige forskel at kvinder i langt højere grad end mænd tjener penge gennem prostitution. Dette forstærkes med omfanget af deres heroin og kokainforbrug.

Kvinder oplever sig mere fysisk belastede end mændene, og på visse områder oplever de sig også mere psykisk belastede end mænd. Kvinder er hverken mere eller mindre destruktive (aggressive, voldelige) end mænd (men karakteren af aggressionen og volden kan selvfølgelig være forskellig). Heller ikke hvad angår selvdestruktiv adfærd i form af selvmordsforsøg, synes kvinderne at adskille sig fra mænd. Alder kan dog her spille en betydelig rolle. De helt unge piger synes således i højere grad end drenge at have forsøgt selvmord og været involveret i selvskadende adfærd (cutting). De psykiske problemer, der har med *lavt selvværd* at gøre (depression, angst og selvmordstanker), kan i signifikant grad knyttes til kvinderne – dog synes de ældre og belastede mænd på dette område at være på niveau med kvinderne. Kvinder er i særlig grad udsatte for psykiske, fysiske og seksuelle overgreb (mellem 40 og 60 %). 24 % af kvinder i metadonbehandling er blevet overgrebet af et nært familiemedlem.

Både kvinder som mænd profiterer af såvel substitution som stoffri behandling. Kvinder i substitutionsbehandling ser ikke ud til at profitere mere end mænd, hvad angår stof og kriminalitetsreduktion. Til gengæld profiterer de måske mere af stoffri behandling end mænd. Om dette resultat kan genfindes, undersøges i øjeblikket af Center for Rusmiddelforskning.

Et behandlingsmiljø for kvinder bør ikke bestå af få kvinder (fx 1–3) og mange mænd (fx 12–15), og slet ikke hvis dette kombineres med en meget kontrollerende praksis. Der synes at være en tendens til, at kvinder udsættes for mere kontrol end mænd (fx mere urinkontrol).

Det kan ud fra gennemgangen af databaserne konkluderes, at kvinder har særlige problemer, og det er væsentligt, at disse særlige problemstillinger inddrages i indsatsen for at give kvinderne et bedre liv. Resultaterne fra

denne analyse er i store træk i overensstemmelse med resultater fra internationale studier.

*Kvalitativ analyse:* Denne del af undersøgelsen har overvejende haft fokus på de faktorer og forhold, som ikke bare i særlig grad ses blandt kvinder med stofproblemer, men som i særlig grad karakteriserer de mest belastede og udsatte grupper blandt danske kvinder i misbrugsbehandling.

I forsøget på at afdække, hvad der kendetegner omstændighederne omkring mænds henholdsvis kvinders begyndende brug af stoffer, er der gjort rede for en række særlige tendenser og mønstre: hvordan det har udviklet sig til at blive et vanemæssigt eller afhængighedsbaseret misbrug, samt hvad det har af konsekvenser.

Kort sagt understøtter resultaterne af denne undersøgelse mange andre undersøgelser, der har vist, at mænds og kvinders veje ind i misbruget er forskellige. Frem for blot at konstatere, at sådan forholder det sig også i Danmark med henvisning til, at både mænd og kvinder er blevet introduceret til, har debuteret og eksperimenteret med stoffer sammen med mænd/drenge, er datamaterialet til denne undersøgelse blevet brugt til at gå et spadestik dybere og se nærmere på, hvad forskellene ellers består i.

Analysen af mænds og kvinders narrativer om det tidlige stofbrug viser med stor tydelighed, at de mænd, der som ganske unge drenge har prøvet og eksperimenteret med illegale stoffer, især har været tiltrukket af nysgerrighed og spænding ved at gøre noget forbudt. For dem har brugen af stoffer først og fremmest været en del af den 'sjov og ballade', der skete i kammeratskabsgruppen. Mens de lidt ældre mandlige debutanter (+ 18) også har nævnt nysgerrighed, herunder antydte et vist gruppepres, som bevæggrund, har denne gruppe i deres tilbageblik imidlertid overvejende været optaget af at beskrive, hvordan stofferne fik dem til at føle sig bedre tilpas - med sig selv og blandt andre mennesker, hvilket således gav grundlaget for det vanemæssige forbrug.

Kvindernes har i deres narrativer om introduktionen til brug af illegale stoffer til gengæld tilføjet en anden dimension til den såkaldte stofdebut. Således påpegede en ret betydelig andel af kvinderne, at deres første bekendtskab med virkningen af psykoaktive stoffer stammer fra legalt ordineret medicin, som de typisk er blevet præsenteret for af mødre og mormødre og/eller ved henvendelse til læge. Det tidlige brug af beroligende og smertestillende medicin huskes typisk for det velvære og den fysiske og psykiske lindring, der fulgte, og som senere er hentet i andre og illegale stoffer. For mange af disse kvinder er beroligende præparater og nerve-/ sovemedicin forblevet det foretrukne middel. Kvinders introduktion til illegale stoffer er imidlertid stort set udelukkende foregået via mænd, som oftest kæresten, men også ældre brødre eller kammerater. Heroin og intravenøs indta-

gelse er ligeledes i langt de fleste tilfælde introduceret af og påbegyndt sammen med en mandlig kæreste. En del kvinder har desuden med henvisning til amfetamin ikke blot, som mændene har gjort, fremhævet dette stofs stimulerende, men også dets appetithæmmende virkninger og dermed dets effekter som slankemiddel.

Selvom langt de fleste af undersøgelsesdeltagerne med tiden har udviklet et blandingsmisbrug, er det karakteristisk, at kvinderne ikke bare i så høj grad har været tilbøjelige til at skifte deres egne foretrukne stoffer ud med de af deres partner foretrukne stoffer, de synes desuden mere tilbøjelige end mændene til at følge deres partner i behandling, hvad enten det har været metadon eller stoffri behandling. På den anden side har mændene gennemgående søgt behandling tidligere i forløbet, mens kvinderne typisk har været langt mere stofbelastede, når de omsider tog skridtet til at søge behandling. I dette datamateriale har mændene i øvrigt, i hvert fald til de har nået en vis alder, herunder været i metadonbehandling igennem en årrække, langt hyppigere end kvinderne givet udtryk for ønsket om at blive stof- og metadonfri. Hvad der måske også er karakteristisk er, at mændenes ønske om at slippe helt ud af misbruget ikke primært har været båret af hensynet til samlever, børn og familie, men overvejende af hensynet til sig selv, for at blive fri for at begå kriminalitet, undgå fængsel osv..

Kvindernes motivation for stoffrihed har derimod overvejende begrundet sig i hensyn til og ansvar for børn og familie. Tanken om helt at skulle undvære nogen form for stoffer og den lindring, der forbindes med indtagelsen, har dog for de fleste forekommet uoverskuelig og skræmmende. I den forbindelse er det imidlertid væsentligt at fremhæve, at graviditet for langt de fleste har ansporet til ikke bare at forsøge, men også at foretage drastiske ændringer i stofbrug og livsstil. En del har ved uplanlagt graviditet selv valgt, eller de er blevet overtalt til, at få foretaget en abort; men med beslutningen om at få barnet har kvinderne typisk og tydeligvis kæmpet for at gøre 'det rigtige'. Dette har også betydet, at de har været meget motiverede og modtagelige for de tilbud om hjælp og støtte, som de har opsøgt eller er blevet henvist til.

Mødet med de offentlige støtte- og behandlingstilbud har dog i rigtig mange tilfælde gjort graviditeten til en udfordrende og sej kamp, hvor kvinderne konstant har skullet bevise deres motivation og egnethed som kommende mødre. De gode og positivt oplevet støttende forløb, som der også har været nogle af, er kendetegnet ved omsorg først og fremmest for moderen, lydhørhed og imødekommenhed, ydelser tilpasset kvindens situation og behov samt en selvværdsstyrkende tilgang. De negative oplevelser med tilbud og behandling under graviditeten er omvendt kendetegnet ved moraliserende, konfronterende og kontrollerende tilgange og tiltag med fo-

kus på det ufødte barn. Åben og slet skjult misbilligelse ved tilbagefald eller afsløring af stofepisoder (fortalt af kvinden selv eller påvist ved urinprøver), manglende anerkendelse af kvindens forsøg på selv at gøre en indsats (ved fx at reducere sit brug betragteligt) samt trusler om, at barnet vil blive fjernet, har betydet, at svangerskabsperioden for mange er forbundet med meget negative og traumatiske oplevelser.

Frem for at udnytte graviditeten og kvindens ændrings- og behandlingsparathed til at styrke selvværd, afklare den sociale situation og ruste kvinden til tiden efter fødslen, til rollen som mor osv., har mødet med professionelle specialister i svangreambulatorier, misbrugsbehandlere og kommunale sagsbehandlere i en lang række tilfælde i stedet tilført nye nederlag. Således har mange kvinder beskrevet, hvordan 'kampe' med systemrepræsentanter gennem graviditeten har tæret på eller været med til at undergrave de tilbageblevne rester af selvtillid, og dermed hvordan motivation, de forventninger og den glæde, som det ventede barn var forbundet med, er blevet forvandlet til usikkerhed, stress og angst for at fremsætte trusler om, at barnet vil blive fjernet, bliver virkelighed.

En del kvinder har dog med den rette og relevante hjælp fået et liv sammen med eller i stabil kontakt med deres børn. Nogle har på trods af manglen på relevante tilbud samt den modstand og de udfordringer, som graviditeten indebar, fået deres børn med hjem ved at bevise, at de kunne holde sig fra brug af illegale stoffer. I denne gruppe af kvinder findes imidlertid ofte et erkendt, men ikke-dækket behov for tilgængelig rådgivning eller stabilt opfølgende støtte og hjælp; men med negative oplevelser i baghovedet og/eller frygten for, at de ved at afsløre usikkerhed fx i forhold opdragelse eller personlige problemer (sociale, mentale, misbrugsmæssige) er risikoen for, at de undlader at søge rådgivning og hjælp (i tide) betydelig.

Et andet væsentligt tema, som er blevet trukket op og dokumenteret på baggrund af interviewene, er hverken nyt eller overraskende. Det er ikke desto mindre så gennemgående og massivt, at det åbenbart har svært ved at finde accept og blive taget alvorligt, derfor skal det gentages:

Mænd og kvinder, der bliver hængende i misbrugsbehandlingssystemet, har i langt størsteparten af tilfældene haft en barndom og opvækst præget af svigt, manglende omsorg, ustabilitet, afsavn, fravær af eller svage ressourcer i familien (socialt, økonomisk og mentalt), herunder arbejdsløshed, fysisk, psykisk syge forældre og/eller forældre med alkohol- og stofmisbrugsproblemer. De har oplevet vold forældrene imellem (eller mellem mor/far og deres samlever), de har selv været udsat for fysisk og/eller psykisk vold, været anbragt uden for hjemmet periodevis eller for bestandigt. Skolegangen har som oftest og især for mændenes vedkommende været kort og præget af problemer (indlæringsvanskeligheder, koncentrations-

og adfærdsproblemer mm.), og de har tidligt søgt og etableret bånd til andre børn og unge i samme situation som dem selv, hvor alternative normer og regler for samvær og forholdet til omgivelserne har udviklet sig.

For mange af kvindernes vedkommende har de, udover de allerede omtalte faktorer og i tillæg til fysisk og psykisk vold, været udsat for seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen. De har typisk forladt hjemmet, er blevet smidt ud hjemmefra i en tidlig alder eller er blevet anbragt på institutioner (ofte fordi, de er begyndt at bruge stoffer). Mange har været plaget af selvmordstanker, færre har gjort alvorlige forsøg. De er tidligt indgået i parforhold, ofte med noget ældre mænd med et begyndende eller etableret misbrug af illegale stoffer. For mange kvinder bliver parforhold og stofmisbrug i voksenalderen indgang til etableringen af en ny overbygning på de allerede velkendte problematikker, som kan betragtes som en gentagelse af de i barndommen og ungdommen oplevede svigt, afstraffelse og vold. I tillæg hertil står kvinderne tilbage med et flosset og i samfundets øjne ringeagtet kvindeimage, og som gravide og mødre betragtes de som uansvarlige egoister, der sætter sig selv og deres behov før fosterets og deres børns sundhed og trivsel.

Dette udpluk af sociale baggrundsfaktorer og ophobningen af problematiske, traumatiserende og belastende forhold gennem barndommen og ungdommen er, som undersøgelsesdeltagerne selv vil sige, ikke nogen undskyldning for at bruge illegale stoffer. På den anden side kaster det i det mindste et forklarende lys over, hvorfor de mest belastede stofmisbrugerers problemer kun sjældent lader sig behandle gennem fokus på stofferne og misbruget alene. Det kunne også give anledning til overvejelser over, hvorvidt det eksisterende behandlingssystem og de gængse former for standardbehandling og tilbud overhovedet har tilstrækkelig relevans i forhold til de mest belastede brugere generelt og til kvinderne specifikt. Og selvom fokus overvejende har været rettet mod kvinder, giver undersøgelsen grund til at sætte spørgsmålstegn ved, om ikke også mange mænd falder uden for standardbehandlingens rammer, principper og ydelser.

## 2. Indledning

Center for Rusmiddelforskning (CRF) har over de seneste ti år gennemført en række undersøgelser og evalueringer af de behandlingsformer, som er blevet tilbudt og anvendt over for personer med et misbrug af illegale stoffer. Det har altovervejende drejet sig om blandingsbrug, hvor heroin og diverse morfinpræparater har indgået i et mere omfattende forbrug med andre såvel illegale som legale rusmidler, heriblandt amfetamin, kokain, hash, sove-/nervemedicin og alkohol.

Formålet med disse undersøgelser har været flerfoldigt, men det har for det første haft til hensigt at skabe et overblik over udbud og kvalitet i de eksisterende behandlingsformer og -tilbud, altså hvilke behandlingstyper der anvendes og mere specifikt, hvad de hver især består i. Således har fokus været rettet mod at afdække- hvilke grundantagelser og metoder der arbejdes ud fra på feltet; hvordan behandlingen er organiseret, og hvilke elementer der indgår (terapi, samtaler, det være sig individuelt eller gruppebaseret; substitutionsmedicin og/eller nedtrapning; undervisning, tilbagefaldsforebyggelse mm.); hvem og hvor mange der varetager behandlingen, herunder behandlernes faglige kompetencer og praksis. Ligeledes har det været afgørende at få klarhed over, hvem der visiteres til døgnbehandling, herunder afdække klientkarakteristika i form af demografiske og socio-økonomiske baggrundsdata, særlige problemfelter og belastningsgrader i forhold til stofbrug, helbred, kriminalitet og sociale relationer mm.. Endelig og ikke mindst har det været formålet ved hjælp af opfølgingsundersøgelser at afsøge effekten af behandling på såvel kortere som længerevarende sigt.

De omtalte CRF undersøgelser og effektstudier har omfattet *stoffri døgnbehandling* (Pedersen m.fl. 1997; Pedersen 1998; 1999; 2000); *stoffri ambulant* (Dahl m.fl. 1999; Pedersen & Dahl 2003); *substitutionsbehandling* såvel i standardudformning (Pedersen 2001) som forsøgsprojekter med intensiv psykosocial støtte (Asmussen m.fl. 2003; 2005) samt *stoffri behandling i fængsler* (Storgaard 2000a; 2000b; Dahl & Pedersen 2006). Kun i sidstnævnte rapport, der omhandlede erfaringerne med at implementere og udvikle et behandlingsprogram i fængselsregi udelukkende med henblik på kvinders stofproblematikker og behandlingsbehov samt i en rent kvalitativ undersøgelse af kvinder, der har brugt stoffer i graviditeten (Dahl & Hecksher 2007), har kvindespecifikke emner og vilkår været det centrale fokusområde. Dermed være ikke sagt, at køn og kønsforskelle ikke har været berørt i de øvrige CRF publikationer eller i undersøgelser foretaget af andre forskere og instanser for den sags skyld, som det også vil fremgå, om

end der på mange måder er tale om et felt, som først for alvor er ved at opnå anerkendelse som særligt forsknings- og indsatsområde.

Selvom der i nyere tid overvejende har været opmærksomhed på illegalt stofbrug og alkoholproblematikker i den mandlige del af befolkningen, er kvinders brug af psykoaktive stoffer i form af alkohol og forskellige medicinske substanser ikke noget nyt fænomen. Kulturelt og historisk er der dokumentation for betydelige variationer i forbruget af rusmidler køn og klasser imellem, herunder i kvinders forbrugsmønstre og samfundets skiftende reaktioner herpå (Berridge 1999; Kandall 1996; Palmer & Horowitz 1982). Ændringerne i synet på kvinders brug af forskellige rusmidler, fx hvorvidt det betragtes som socialt acceptabelt eller uacceptabelt at indtage alkohol, siger i sig selv meget om, hvordan forventninger til kvinders rolle og normer for 'kvindelighed' og 'mandlighed' er blevet fortolket og har ændret sig de forgangne århundreder (Eriksen 1999; Forth-Finnegan 1991; Leigh 1995; MacDonald 1994).

Som det vil blive beskrevet i kapitel 3, er det imidlertid ikke hverken indlysende, selvfølgelig eller 'naturligt', at kvinder optræder i rusmiddel-litteraturen eller i forbindelse med illegalt stofbrug. Nok har der siden 1980'erne været stigende opmærksomhed på gravide kvinders brug af rusmidler med fokus på risikoen for fosterskader; men det er først inden for de seneste ti år, at der for alvor blevet sat fokus på, hvorvidt og i hvilket omfang mænd og kvinders stofmisbrug har samme årsager, forløb og konsekvenser og dermed også på, hvorvidt interventioner og behandling bør udformes under større hensyntagen til køn. Som det også vil fremgå, kan det efterhånden anses som grundigt dokumenteret og demonstreret, at stofbrugsfænomenet er kønnet - både hvad angår brug og misbrug. Herfra og til at udvikle og tilbyde relevant og attraktiv behandling for begge køn synes der dog stadig at være et stykke vej. Der synes yderligere at være belæg for at konstatere, at så længe stofferne og deres egenskaber tiltrækker sig større opmærksomhed end de vilkår, der gøder grunden for misbrug, så risikerer stofbehandling at forblive et spørgsmål om symptombehandling.

Med udgangspunkt i forskellige materialer, metoder og datatyper vil der i kapitel 4 og 5 blive optegnet forskellige billeder af mænd og kvinder, som på grund af rusmiddelproblemer<sup>1</sup> har været indskrevet i behandlingsprogrammer i ambulans, døgn- og fængselsregi i Danmark inden for de seneste ti år. Hensigten er at sætte fokus på de problematikker, som synes at være særligt udprægede og gennemgående for kvinder, hvis brug af rusmidler har udviklet sig i behandlingskrævende retning. Dette vil dels ske på grundlag af en kvantitativt baseret sammenlignende analyse af belastningsfakto-

---

<sup>1</sup> Her defineret ved et problematisk eller afhængighedsbaseret brug af forskellige rusmidler inklusive opiater.



rer imellem forskellige grupper kvinder og mænd i forskellige former for behandling (kapitel 4), dels med udgangspunkt i kvalitative interviewdata (kapitel 5). De opridsede indsigter vil afslutningsvis blive perspektiveret og diskuteret i forhold til den viden, som den internationale rusmiddel- og behandlingslitteratur har produceret over de sidste fire årtier.

I udgangspunkt repræsenterer de kvindelige stofmisbrugere, som det primært handler om i kapitel 4 og 5, en heterogen gruppe (aldersmæssigt, i forhold til social baggrund, misbrugs- og behandlingshistorie, livssituation på undersøgelsestidspunktet mm.). Nogle er svært belastede på bestemte områder og mindre på andre, andre har relativt gode ressourcer på flere områder, mens der er en gruppe, som er svært belastede på næsten alle områder. Den anvendte kategorisering af kvinder i tre overordnede grupper: metadon, døgnbehandling og fængsel, som vil være gennemgående i kapitel 4 og 5, er betinget af det behandlingstilbud, kvinderne var tilknyttet på undersøgelsestidspunktet. Over tid vil en mange af kvinderne være at finde i et af de øvrige behandlingstilbud.

Metadonvedligeholdelse, som i princippet sigter på livslang medicinsk understøttelse, har siden 1990'erne udviklet sig til at blive den behandlingsform, som antalsmæssigt har flest langtidsindskevne opiatafhængige klienter. For både mænd og kvinders vedkommende forholder det sig dog sådan, at de i kortere eller længere perioder af deres liv bevæger sig imellem ambulante behandlingstilbud (medicinsk nedtrapning og substitutionsbehandling med metadon og subutex), døgnbehandling, fængsel (m/u behandling) og aktivt stofmisbrug. Endelig er der dem, der - som regel efter døgnbehandling eller i forbindelse med graviditet - bliver og forbliver stoffri.

Med afsæt i denne omtale af rapportens formål, kapitelindhold og brugergrupperinger vil det større teoretiske, empiriske og analytisk felt, som køn og rusmidler udspiller sig i, blive introduceret.



### 3. Introduktion: hvorfor fokus på kvinder og kønsforskelle?

Politisk, forskningsmæssigt og behandlingsmæssigt er illegalt stofbrug blevet betragtet som værende et overvejende mandligt fænomen, defineret ved social utilpassethed og kriminalitet. Denne kønsmæssige skævhed i opfattelse og tilgange, også betegnet som 'det mandlige bias', har haft vidtrækkende konsekvenser på afgørende områder: i *policy*-regi, nærmere betegnet i relation til såvel nationale som internationale bestræbelser på at regulere og intervenere over for illegale stoffer og stofbrug, *teoretisk* – med hensyn til de teorier og begreber, der er blevet udviklet om stof- og alkoholafhængighed og de hertil knyttede problematikker og *i praksis* – i forhold til de behandlingsformer, tilbud og ydelser, som er blevet etableret og anvendes.

Det er imidlertid efterhånden veldokumenteret, at mænd og kvinders misbrug og misbrugsmønstre adskiller sig væsentligt. Dette gælder blandt andet i forhold til, hvordan de to køn på forskellig vis introduceres til stofbrug, med hvem og i hvilke sammenhænge de påbegynder og udvikler dette brug, hvordan det finansieres, hvad konsekvenserne af et etableret misbrug består i, samt hvilke begrundelser der ligger bag opretholdelse eller ønsker om ophør af misbruget.

På trods af øget anerkendelse af at kvinder med et problematisk brug af illegale stoffer har eller får særlige problemer, som i forebyggende og behandlingsmæssig henseende kalder på en særlig tilgang, særlige ydelser og indsats, har det dog hidtil kun haft ringe gennemslagskraft i praksis. I de fleste europæiske lande er programmer med henblik på specifikt at hjælpe og tage vare om kvinder med stofproblemer enten en sjældenhed eller et supplement til standardbehandling og de tilbud, der gives herigennem, og som almindeligvis antages for at være kønsneutrale. Tilgange og tilbud inden for stofbehandling, der rutinemæssigt tager forbehold for eller hensyn til klienters køn eller kønnede erfaringer og belastningsniveau, er altså (endnu) ikke et integreret element i de gængse behandlingsformer, hverken herhjemme eller i andre lande. Dog er der ét område, hvor kvinders brug af rusmidler i stigende grad er blevet tildelt højprioritet, og hvor kvinder sættes i centrum. Det drejer sig om og sigter på opsporing, kontakt med og indsats over for gravide kvinder og mødre med rusmiddelproblemer.

Alt dette skal der på forskellig vis vendes tilbage til. Som introduktion til denne rapport og dens fokus på forskellige grupper kvinder indskrevet i forskellige former for stofbehandling, skal der først trækkes nogle linjer i tid og rum til eksisterende forskning på området. Formålet hermed er at illustre, hvordan kvinder – og mænd – over tid er blevet fremstillet på baggrund af forskellige undersøgelsestilgange og datatyper.

### 3.1 Kvinder, køn og kønsforskelle i rusmiddel- og behandlingslitteraturen

Forskning og forskningsresultater spiller en vis rolle for, hvad der siges og 'vides' om kvinder og rusmidler. Hvad der forskes i, er dog som oftest betinget af politiske interesser og prioriteringer i forhold til, hvilke områder emner og spørgsmål der søges belyst, fx med henblik på at forebygge, afhjælpe eller løse særlige samfundsproblemer, herunder også stofmisbrug.

Indtil 1970'erne var der inden for rusmiddelforskningen – og al anden samfundsforskning for den sags skyld – ingen specifik opmærksomhed på kvinder, køn og kønsforskelle. Der skulle således en ny kvindebevægelse og en ny generation af især kvindelige og (køns)politisk engagerede forskere til for på den ene side at problematisere *usynliggørelsen* (det relative fravær af kvinder og kvinders roller i forskningslitteraturen) og på den anden side at påbegynde *synliggørelsen* (indsætte kvinder og kønsdimensionen), dels historisk bagudrettet, dels i empiribaserede undersøgelser og analyser, men også i forhold til teori-, begrebs- og metodeudvikling.

Kort beskrevet er udviklingen inden for kvinde- og kønsforskningen siden midten af 1970'erne kendetegnet ved, at fokus har flyttet sig fra kvinder til køn, til at forstå samfundet ud fra kønnet, og endelig til hvordan forskellige sociale relationer er 'kønnede' og 'kønner' (Widerberg 2000). Den proces, som den bevidste inddragelse af kvinder og køn satte i gang, har over tid udmøntet sig i en række ideologiske og teoretiske positioner og har sat sig aftryk både politisk, samfunds- og forskningsmæssigt. Hvordan det har påvirket og forholder sig på rusmiddelområdet specifikt skal opridses i det følgende.

En gennemgang af (dele af) den efterhånden omfattende internationalt producerede rusmiddel- og stofbehandlingslitteratur med eksplicit fokus på kvinde- og kønsproblematikker fra omkring 1970'erne til i dag afspejler den oven for nævnte udvikling.<sup>2</sup> Frem til 1980'erne var det mere undtagelsen end reglen at se kvinder omtalt i empiriske undersøgelser vedrørende alkohol- og stofbrug. Eksempelvis fandt Sandmaier (1980), at der i perioden 1929–1970 blot var udgivet 28 engelsksprogede studier om kvinder med alkoholproblemer. Den lægefaglige litteratur har dog siden slutningen af 1800-tallet i et vist omfang været optaget af såkaldt medicinsk misbrug, herunder hvad der har kendetegnet kvinders udvikling af morfinafhængighed (Chambers et al. 1970; Chein et al. 1964; Kandall 1999; Pontoppidan 1883). De medicinsk baserede videnskaber er i det hele taget i løbet af det 20. århundrede blevet tiltagende dominerende på rusmiddelområdet i forhold til forklaringer på og teorier om udviklingen af kemisk/medicinsk af-

---

<sup>2</sup> Se litteraturlisten, som repræsenterer et bredt udvalg af publikationer fra perioden.

hængighed, forskelle i fysiologiske og neurologiske årsager til, reaktioner på og konsekvenser af misbrug blandt mænd og kvinder.

Heroin blev først for alvor kendt og udbredt i visse miljøer i de europæiske storbyer i løbet af 1970'erne, hvor grunden for det illegale stofbrug igennem 1960'erne var blevet lagt med et stigende antal unges eksperimenter med intravenøst misbrug af især morfin og amfetamin. I USA havde brugen af heroin spredt sig siden 1920'erne, men skabte på trods af skærpede narkotikalove stadig mere synlige problemer, især i arbejderkvarterer og farvede ghettoer. I det lys er det ikke underligt, at USA tegner sig for størsteparten af de tidlige studier af heroinmisbrugere, herunder også de tidlige studier af kvinder samt af forskellige former for stofbehandling for kvinder (Cuskey et al. 1972; Ellinwood 1966; Waldorf 1973; Rosenbaum 1980). Dette forhold – som også kunne kaldes det amerikanske bias – afspejler sig klart i den følgende opsummering af, hvordan kvinder og køn er forsøgt indskrevet og karakteriseret i de rusmiddelstudier, som hidtil havde beskrevet brug af illegale stoffer som en aktivitet og et problem, der udfoldede sig blandt mænd.

### **3.2 Hvad har fokuset på kvinder og kønsforskelle bragt frem?**

Den faktiske overrepræsentation af mandlige stofbrugere, som blandt andet gav sig til kende ved, at andelen af mandlige fængselsindsatte med stofproblemer var voksende samt det faktum, at langt flere mænd end kvinder søgte behandling, har betydet, at det 20. århundredes typiske stofmisbruger er blevet fremstillet som 'mandlig, kriminel (karakter)afviger' (Prather & Fiddell 1978). Betegnelsen 'skjulte misbrugere' om kvinder (Sargent 1992) viste dog, at man vidste, at de eksisterede.

Ved at trække stofmisbrugende kvinder frem fra skyggerne (Kandall 1996) blev der i løbet af 1970'erne og 80'erne kastet lys over det, der gennem årene er kommet til fremstå som en dobbelt afvigende karakter i skikkelse af den kvindelige stofmisbruger. På den ene side repræsenterer denne figur et brud på de konventionelle forventninger til og normer for kvindelig adfærd, som hårdt trukket op kan kendetegnes ved anstændighed, ansvarlighed, kontrol og moderskab (Boyd 1999; Trulsson 1999; Rosenbaum 1981). På den anden side undviger og afviger 'den kvindelige stofmisbruger' fra de begrebsmodeller, der er udledt på baggrund af studier af mandlige misbrugere, hvilket har været med til at sløre eller decideret negligere, at der kan være andre ting på spil i kvindernes liv og deres brug af psykoaktive stoffer.

### 3.2.1 Perspektiver på og fra 1970'erne og 1980'ernes kvinde- og kønsstudier

1970'erne og 80'ernes 'synliggørelsesprojekt' kan primært karakteriseres ved følgende initiativer: prævalensundersøgelser med henblik på at opgøre, hvor mange kvinder der havde et brug af illegale stoffer; longitudinelle undersøgelser med henblik på sammenligning af mænd og kvinders respons på og udbytte af behandling samt undersøgelser til afdækning af køns-karakteristika blandt stofbrugere. Dengang som nu viste nationale surveys og registre, at flere mænd end kvinder er involveret i illegalt stofbrug. Samme mønster ses i forhold til stofbehandling, der almindeligvis spænder mellem fordelingen 5:1 og 3:1. Til gengæld har langt flere kvinder end mænd et regelmæssigt brug af ordineret farmaceutisk medicin, især er nerve-/sovepiller og smertestillende præparater udbredt i den kvindelige del af befolkningen (UNODC 2004; EMCDDA 2005).

I de tidlige danske og skandinaviske kortlægninger og undersøgelser af 60'erne og 70'ernes ungdomsnarkomani var kønsperspektivet relativt fraværende. Dog har der tydeligvis været en interesse for at afdække kønsforskelle i forhold til kriminel aktivitet før behandling, fx påvistes lavere incidens for kvinder end mænd (Haastrup 1973; Vaglum 1979). Som sådan og i forhold til en social baggrund præget af brudte familier, opvækst i familier med alkoholproblemer mm. svarede resultaterne fra danske og nordiske stofmisbrugspopulationer til dem, man kendte til i resten af den vestlige verden (Holstein & Jersild 1976; Retterstøl 1980). Enkelte skandinaviske opfølgingsundersøgelser fra denne periode kunne dog rapportere, at kvinder syntes at klare sig en smule bedre efter behandling end mænd (Haastrup 1973; Holsten 1985; Vaglum 1979; Retterstøl 1980).

På baggrund af sin behandlingsopfølgingsundersøgelse af 68 mænd og 32 kvinder forklarede den norske psykiater Fred Holsten (1985) 'kvindes kortere vej ud af stofmisbruget via behandling' med henvisning til, at kvindelige stofbrugere forholder sig mere traditionelt til kvinderollen end ikke-misbrugende kvinder. Han konkluderede således, at udover minimal involvering i kriminalitet og et 'måske et knap så voldsomt forudgående misbrug' end mændenes valgte kvinderne hyppigere at forlove sig, gifte sig og få børn. På denne måde fik de adgang til en anden omgangskreds, beskæftigelse/forsørgelse og dermed et liv uden for misbrugsmiljøet. Holsten appellerede i øvrigt til, at de terapeutiske programmer forholdt sig langt mere opmærksomt på klienternes køn, roller og forhold til det modsatte køn.

I Holstens udlægning ses den traditionelle kvinderolle og kønsrollemønstret altså som en slags beskyttelsesfaktor og et effektivt alternativ til, at kvinder fortsætter en påbegyndt misbrugskarriere. Senere nordiske såvel som internationale undersøgelser har dog sat spørgsmålstegn ved denne forklaringstype. Dels er netop det traditionelle eller patriarkalske kønsrol-

lemønstre blevet beskrevet som et dominansforhold, der har ansporet kvinder til at 'dulme sig' med stoffer og for at cope med hverdagens udfordringer – dels har forskning vist ret markante sammenhænge mellem kvinders misbrug og deres partners misbrugssituation, vold i hjemmet, anbringelse af børn uden for hjemmet mm. Frem for at tjene som beskyttelse er kvindelige misbrugeres parforhold således hyppigt beskrevet som en betydelig risikofaktor og/eller en barriere for, at kvinder søger behandling (Boyd 1999; Bullington 2000; Murphy & Rosenbaum 1999; Taksdal 1997).

Udover undersøgelser af stofpopulationernes kønsfordeling og kønsforskelle i behandlingseffekt begyndte flere kvalitative forskere op gennem 1970'erne og 80'erne at interessere sig for særlige kønsaspekter ved illegalt stofbrug, herunder med særligt fokus på kvinders deltagelse i stofverdenen, deres involvering i prostitution samt i forskellige former for kriminalitet (Rosenbaum 1981; Waldorf 1973; Prather & Fidell 1978). Mens disse undersøgelser viste, at mange kvinder prostituerede sig – i hvert fald af og til – og/eller bedrev småkriminalitet for at skaffe penge til deres stofforbrug, påpegede de også i lighed med senere studier, at kvinders deltagelse i salg og distribution af stoffer er minimalt.

Den mandlige stofmisbruger-stereotyp blev således ikke umiddelbart eller nævneværdigt udfordret ved, at kvindelige heroinbrugere blev trukket frem i rampelyset. Ved at gøre kvinder til 'hovedpersoner', som den amerikanske sociolog Marsha Rosenbaum gjorde det i *Women on Heroin* (1981), blev forskellene i mænd og kvinders stofbrug og konsekvenserne heraf dog for alvor synliggjorte. På baggrund af interview med 100 heroinafhængige kvinder i San Francisco afdækkede hun en række særlige problematikker og vilkår, som kendetegnede denne gruppe gennem en analyse af udvalgte aspekter i deres stofkarrierer med fokus på, hvordan de blev introduceret til heroin, hvad heroinforbruget betød og indebar for deres dagligdag og helbred samt i forhold til deres relation til arbejdsmarkedet (indkomst- og forsørgelsesgrundlag), partner- og moderskab og behandlingssystemet. I sine konklusioner pegede Rosenbaum ikke bare på, at kvinders vej ind i stofbruget typisk var foregået via mænd (kærester og ægtefæller), at deres helbred i lighed med deres økonomiske situation generelt var ringe, og at de ofte var eneforsørgere for børn; hun fastslog også, at det eksisterende behandlingssystem ikke var indrettet til at imødekomme og tilgodese disse kvinders behov for hjælp. Yderligere forbandt Rosenbaum kvindernes problematiske livssituation med en kritik af uligheden i de herskende kønsrollemønstre, herunder kvinders underordnede position i samfundet. Hun hævdede således, at i forhold til mænd er kvinder – i kraft af deres køn og dermed som både kvinder og heroinafhængige – dobbeltundertrykte og dobbeltstigmatiserede. Rosenbaums studie anses i dag for en klassiker og

som startskuddet til, at der blev sat yderligere fokus på kønsforskelle vedrørende brug, konsumptionsmønstre og konsekvenser af rusmiddelbrug.

Kort resumeret: mens initiativerne igennem 1970'erne først og fremmest betød, at kvinder blev forsøgt synliggjorte som en kategori, er 1980'erne især kendetegnet ved, at flere forskere begyndte at acceptere køn som andet og mere end en variabel og som en absolut nødvendig faktor at holde sig for øje empirisk og analytisk. Et emne, der dog kom til at dominere undersøgelser, debatter og interventioner fra midt-80'erne og årene fremover, var udviklingen af hiv/aids-epidemien og dens spredning blandt injektionsmisbrugere, først i USA men snart også i Europa. Forskningsprojekter i stort antal blev iværksat med henblik på at finde måder at bremse eller dæmme op for yderligere smittespredning. I den forbindelse kom kvindelige misbrugere uvilkårligt i centrum som en særlig risikogruppe med reference til involveringen i prostitution, sprøjtodeling mellem kvinder og deres mandlige partnere samt risikoen for ved graviditet at overføre infektionen til barnet. (Gossop et al. 1994; Plant et al. 1989).

Kun undtagelsesvis (Cambell 1990; Henderson 1990; Modanaro 1987; Murphy 1987; Power 1988) rettede den tids studier opmærksomheden mod andre forhold end kvinders biologiske reproduktion, hvilket er blevet set som en afspejling og understregning af, at det medicinske syn på kvinder har været fremherskende og dominerende (Boyd 1999; MacDonald 1994; Marsh 1982; Raine 2001). I det følgende skal betydningen af blandt andet den medicinske orienterede tilgang til kvindelige stofmisbrugere belyses med henvisning til kvinders reproduktive rolle.

### *3.2.2 Rusmidler, graviditet og moderrollen*

Der er ét aspekt vedrørende kvinders brug af rusmidler, som tidligt påkaldte sig særlig opmærksomhed, og som stadig udgør et centralt omdrejningspunkt inden for rusmiddelfeltet – både forsknings- og indsatsmæssigt. Således er graviditet og børn nok det område, der har været genstand for mest omtale og haft størst betydning for, hvordan kvinder med et problematisk brug af rusmidler er blevet fremstillet og behandlet som særligt afvigende og uansvarlige. Samtidig er denne problematik grundlæggende for, at kvinder med et erkendt rusmiddelproblem ofte har et ambivalent forhold til sundheds- og behandlingssystemet.

Indtil slutningen af 1950'erne havde man været forholdsvis overbevist om, at livmoderen og moderkagen frem til fødslen tjente som særligt beskyttende værn for fosteret. Erfaringerne med de tusindvis af børn over hele verden, der i starten af 1950'erne blev født med misdannelser, hvilket efterfølgende blev forbundet med ordinationen af thalidomid mod kvalme i den tidlige graviditet, var med til at sætte en stopper for den forestilling. På



baggrund af denne erkendelse kom der igennem 1970'erne og 80'erne en stadigt øget opmærksomhed på de særlige risici ved kvinders og især gravide kvinders brug af rusmidler, først og fremmest fra medicinsk hold, men tæt fulgt og debatteret i medierne og offentligheden som sådan (Boyd 1999; Marcellus & Kerns 2007).

Både i den offentlige debat, i professionelle kredse og i de social- og sundhedspolitiske diskurser står to holdninger klart over for hinanden. På den ene side finder vi fortalene for det ufødte barns rettigheder til at udvikle sig i et uforurennet eller giftfrit miljø, på den anden står fortalene for moderens integritet og bestemmelse over egen krop. Med hensyn til sidstnævnte synspunkt lader det sig forklare – dels ud fra et risikoperspektiv: nemlig at fordømmelse, skyld og skam kan få moderen til at skjule sin graviditet med de risici, det indebærer for fosterudviklingen og den nyfødte – dels ud fra et professionelt og fagligt perspektiv: at en fordomsfri tilgang suppleret med det spekter af relevante tilbud, som den enkelte gravides situation forudsætter, kan støtte moderen i at nedbringe, stabilisere og/eller ophøre misbruget. Således antages det, at ikke blot mindskes risikoen for at fosteret påføres skader eller fødes med abstinenser, men også at en prænatal indsats kan styrke muligheden for, at mor og barn med eventuel opfølgende behandling eller støttende ydelser kan forblive sammen (Dahl & Hecksher 2007; Boyd 1999; Murphy & Rosenbaum 1999; Young 1994).

USA, der i krigen mod stoffer har baseret sig på stadigt mere repressive midler og indgreb, er også det land, der har taget de mest drastiske skridt over for kvinder, der har indrømmet eller er blevet afsløret i have taget stoffer i graviditeten. Især skabte den såkaldte crack-epidemi i 1980'erne, der hovedsagelig udspillede sig blandt farvede og fattige befolkningsgrupper, en storstilet moralsk panik, som gav anledning til adskillige retssager mod og langvarige fængselsstraffe til kvinder dømt for mordforsøg på deres ufødte børn samt tvangsfjernelser (Reinarman & Levine 1997; Rosenbaum 1997; Siegel 1997). På trods af manglende videnskabeligt belæg for den udbredte opfattelse, at gravide kvinders brug af crack uvilkårligt påførte fosteret livstruende og livsvarige skader, og uden skelen til de socialt og økonomisk ringe vilkår, som de gravide crack-brugere typisk levede under, blev ikke bare crack genstand for dæmonisering. Det gjorde også mødre og deres børn, som voksede op med betegnelsen 'crack-babies'. Senere undersøgelser har revideret de antagelser, som lå bag 'crack-panikken', med påvisning af, at der i vidt omfang var tale om en overreaktion. Brug af crack kan – i lighed med brug af andre illegale stoffer i graviditeten – ikke entydigt gøres ansvarlige for fx præmature fødsler, foster- og fødselsskader og kan ikke ses uafhængigt fra moderens ernæringstilstand, bolig- og generelle leveforhold mm. (Boyd 1999; Marcellus & Kerns 2007).

I Norden har temaet 'kvinder og rusmidler' i høj grad udspillet sig om spørgsmål om graviditet og forældrevene. En af tidsskriftet NAD's første publikationer handlede om *Barns socialisation og alkohol* (1980), og flere af indlæggene i senere NAD-antologier, bl.a. *Kvinnoforskning kring rusmedel* (1983; 1986) og *Kön, rus och disciplin* (1991), har haft fokus på 'gravide misbrugere og deres børn', som er titlen på den danske læge May Olofssons artikel i sidstnævnte antologi. Som en af de personer, der igennem længst tid har været engageret i disse emner, har Olofsson sat sine aftryk på den udvikling, de sundhedspolitiske initiativer og de debatter, der er foregået her i landet vedrørende gravide kvinders brug af rusmidler. Det er således også Olofsson, der har forfattet Sundhedsstyrelsens udgivelse *Om-sorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer* fra 2005. Olofssons særlige medicinske og kontrolbaserede tilgang til området og hendes eksplicite fokus på fosteret og den nyfødtes trivsel har gjort hende til fortaler for muligheden for tvangstilbageholdelse af alkohol- og stofafhængige mødre. Dette forslag er for nylig endt med en slags politisk kompromis, som det fremgår af vedtagelsen af 'Lov om tilbageholdelse af gravide misbrugere i behandling' (2008), der betyder, at gravide kvinder på frivillig basis kan indgå kontrakt om tilbageholdelse. Både i Norge og Sverige har man i årevis haft en langt mere restriktiv politik over for gravides brug af rusmidler, og Norge har indført såkaldt tvangsbehandling af gravide med rusmiddelproblemer. Erfaringer herfra er blandede, og selvom alkohol anses for at udgøre en potentielt større risiko for fosterudviklingen end brug af illegale stoffer, ses en udbredt tendens til, at tilbageholdelse langt overvejende er blevet anvendt over for stofbrugere (Hansen & Svenkerud 2006).

Som en nylig dansk undersøgelse med fokus på gravide kvinders møde med og oplevelse af behandlingssystemet viser, kan der dog med en mere lempelig tilgang og imødekommende og fleksible tilbud opnås ganske gode resultater – også for kvinder, hvis tilværelse og misbrug under graviditeten har været kaotisk (Dahl & Hecksher 2007).

Som afrunding på denne komplekse og ofte holdningsprægede og moralsk behæftede problematik skal det nævnes, at skotske og canadiske erfaringer med at praktisere en skadesreducerende strategi – med kvinden i centrum og adgang til et bredt spekter af relevante ydelser frem for en repressiv og kontrollerende politik over for gravide med misbrugsproblemer – har medført en forbedret prognose for både mødre og børn. Ikke blot er der konstateret et betydeligt fald i antallet af nyfødte med behandlingskrævende abstinenssymptomer, men også et ganske betydeligt fald i tvangsfjernelser omkring fødslen. Dette på trods af et klientel, hvoraf mange var

særdeles socialt og økonomisk vanskeligt stillet, da de blev gravide (Health Canada 2005; Hepburn 1993, 2002; Payne 2007).

### *3.2.3 Perspektiver på og fra 1990'ernes kvinde- og kønsstudier til i dag*

Under påvirkning af feministisk orienteret og anden kritisk forskning blev der i løbet af 1990'erne i stigende grad sat spørgsmålstegn ved de gængse undersøgelsesdesign samt de antagelser om køn og kønsroller, som lå bag forsøgene på at kaste lys over stofbrugende kvinder og deres generelle vilkår.

Parallelt hermed er der frem til i dag sat øget fokus på en række problematikker, som de foregåendes års undersøgelser havde identificeret som særligt kendetegnede for den kvindelige del af befolkningen i de vestlige samfund samt på udvikling af behandlingsprogrammer specielt indrettet på at tilgodese kvinders behandlingsbehov. Litteraturen omhandlende de sidstnævnte temaer vil blive omtalt først.

På baggrund af en række status- og oversigtsartikler baseret på eksisterende undersøgelser af stofmisbrugende kvinder i forskellige behandlingsregier blev det tydeliggjort, at i forhold til befolkningen generelt og i sammenligning med mandlige misbrugere havde en betydelig andel af disse kvinder særdeles traumatiske oplevelser i bagagen. Således skulle det efterhånden være veldokumenteret, at alvorlige mentale lidelser, depression, personlighedsforstyrrelser og diverse symptomer på forstyrrelser i følelseslivet er særligt udbredt blandt kvinder i misbrugsbehandling, herudover også selvmordstanker og selvmordsforsøg, selvskadende adfærd/cutting, spiseforstyrrelser mm..(Hendersson 1998; Kelly et al. 2001; Maeve 2000; Nelson-Zlupko et al. 1995; Pelissier & Jones 2005; Stocco et al. 2000; 2002; Wallen 1992). Det samme gør sig gældende for overgrebsproblematikker. Af litteraturen fremgår, at en stor del af disse kvinder (varierende fra ca. 40 – 80 %) har været udsat for fysiske overgreb og seksuelt misbrug som børn, under opvæksten og som voksne (ibid.; Bartholomew et al. 2002; Logan et al. 2002).

En lang række studier fra 1990'erne har fokuseret særligt på sammenhængen mellem rusmiddelmisbrug, kriminalitet og viktimering/overgrebshistorier i form af incest, seksuelle overgreb, voldtægt og fysisk vold. Som blandt andet Bartholomew et al. (2002) har vist i deres undersøgelse baseret på spørgeskemaundersøgelse ved visitationen af 137 opiatafhængige til en privat metadonklinik i Texas, er der stærke indikationer for, at kvinder med sådanne overgrebserfaringer ved indskrivningssamtaler til behandling rapporterer om flere og alvorligere helbredsmæssige og psykosociale problemer end kvinder, der ikke har været udsat for fysisk og seksuel vold.

McClellan et al. (1997) har på baggrund af 'viktimeringslitteraturen' og deres egen analyse af langtidskonsekvenserne af fysisk og seksuel mishandling kunnet konstatere, at voksne kvinder, der i barndommen har været udsat for overgreb, er i højere risiko for dels at udvikle depression, angst, selvdestruktiv adfærd, ringe selvværd, følelse af isolation og stigmatisering dels at blive udsat for overgreb senere i livet samt vold fra partnere. Yderligere peges der på, at kvinder i højere grad end mænd er tilbøjelige til at vende overgrebserfaringer til selvbebrejdelser, hvilket i tillæg til den skyld og skam, som deres selvmedicinering i form af illegalt stofmisbrug for at cope med dagligdagen også giver anledning til, gør dem særdeles sårbare og udsatte i alle mulige henseender. Fra at være en copingstrategi i forhold til smertefulde og krænkende oplevelser risikerer stofferne at føre til en eskalerende spiral af magtesløshed og kaos (Raine 2001). Men som blandt Maeve (2000) har påpeget: på trods af de professionelles konstatering eller afdækning af mentale problemer, psykiske traumer og overgrebshistorier er det kun få, der i forbindelse med behandling får stillet diagnoser eller for den sags skyld bliver tilbudt terapi, rådgivning eller anden hjælp til bearbejdelse af disse. Sker det, vil behandling mest sandsynligt bestå i ordineret medicin.

Et andet af 1990'ernes hovedtemaer vedrørende kvinder og kønsforskelle udspringer af fokuseringen på behandling: Hvilken behandling for hvilke grupper, hvilke klientkategorier og med hvilken effekt? Hvad kendetegner god og relevant behandling for kvinder og for mænd? Og hvad skyldes det, at kvinder synes at være mindre tilbøjelige end mænd til at søge behandling, at de ofte er mere medtagede, når de søger behandling, og at de kan være sværere at fastholde i behandling? De sidstnævnte spørgsmål har over de seneste år tjent som afsæt for en række studier med det formål at identificere eventuelle kønsbarrierer. De samme spørgsmål er delvist blevet aktualiseret i forbindelse med undersøgelser af gravide misbrugere, hvor det er et gennemgående tema, at graviditet på den ene side udgør en væsentlig grund til, at kvinder opsøger hjælp, men at det på den anden side også er en væsentlig årsag til, at kvinder undlader at søge hjælp. Det er således en gennemgående erfaring, at for gravide og kvinder med børn vil beslutningen om at søge behandling blive afvejet i forhold til risici og konsekvenser forbundet med at afsløre et pågående misbrug af rusmidler (Dahl & Hecksher 2007; Murphy & Rosenbaum 1999; Boyd & Marcellus 2007).

#### *3.2.4 Behandlingsbarrierer i kønsperspektiv med fokus på kvinder*

Kendetegnende for en stor del af de ovennævnte barrierefokuserede studier er, at blikket overvejende har været vendt mod afdækningen af kvinders personlige og psykiske barrierer for at bede om professionel hjælp. På

den baggrund er der blevet fremhævet særlige 'kvindespecifikke' barrierer, som påvirker og/eller er med til at udskyde eller afholde kvinder fra kontakt med behandlingssystemet, til de ofte er kommet rigtig langt ud i misbruget. Frem for blot at se disse barrierer som et individuelt anliggende giver det mening at betragte de oplevede barrierer i et større og mere sammensat perspektiv, hvor der skelnes mellem barrierer på forskellige niveauer, som optræder under forskellige betegnelser, fx eksterne og interne barrierer – eller i den mere detaljerede analyse som systemiske, strukturelle, sociokulturelle, relationelle eller interpersonelle og personlige faktorer (Copeland 1997; Dahl & Hecksher 2007; Gordon 2007; Jessup et al. 2003; Reed 1987).

Studier fra Australien, Canada, Europa og USA viser, at på trods af forskelle (i narkotikapolitik, organisering af behandling mm.) disse regioner og nationer imellem ses der stort sammenfald i, hvad der udgør og opleves som hindringer for kvinders brug af stofbehandling (Copeland 1997; Health Canada 2001; Hedrich 2000; Jessup et al. 2003; Rosenbaum 1997; Sargent 1992; Stocco et al. 2000; 2002).

Selvom mænd og kvinders motivation for at søge behandling langt hen ad vejen bygger på de samme begrundelser, så som at komme væk fra det kriminaliserede miljø, undgå anholdelse og fængsling eller med det formål at skabe positive livsændringer af hensyn til familie, af helbredsgrunde, ønsket om at få et almindeligt liv, tage uddannelse, komme i arbejde mm., så er der som sagt nogle forhold, der kan gøre det anderledes vanskeligt for kvinder end for mænd at opsøge, men også at anvende behandling optimalt.

Et sæt faktorer, som har betydning for kvindelige stofmisbruges behandlingsmuligheder, er, at det overhovedet anerkendes, at køn og kønsforskelle spiller en rolle – for både udvikling og behandling af stofmisbrug. Kort sagt er det afgørende, at der på policy-niveau er lydhørhed, politisk velvilje og midler til at handle på den viden, som findes. UNODC-rapporten (2004) peger på den negative sammenhæng mellem den på verdensplan generelle kønsulighed, herunder underrepræsentationen af kvindelige beslutningstagere og behovet for at adressere kønsspørgsmål samt finansiere og dermed muliggøre kønsspecifikke initiativer. At opfordringen til at forholde sig til kønsspørgsmål og -forskelle ikke bare er et nationalt eller lokalt anliggende, men også en udfordring, som længe har stået på den fælleseuropæiske dagsorden, fremgår af en nylig EMCDDA-rapport. Her påpeges det blandt andet, at 'policy-makers' i mere end to årtier er blevet opfordret til at udvise langt større opmærksomhed på køn og kønsspecifikke forholds betydning, specielt med fokus på kvinders behov (EMCDDA 2006). Således betegnes EU's handlingsplan for 2005-2008, hvori det angives som centralt mål at tage højde for kønsrelevante forhold og forskelle

med henblik på, at kvinder og mænd tilsikres lige adgang til behandling som en afgørende forudsætning for, at der fremover kan udvikles effektive interventioner af høj kvalitet (ibid.).

Ovenstående kan karakteriseres under betegnelsen *systembarrierer* og dermed som det nok væsentligste led i rækken af forhold, der på direkte og mere indirekte vis er med til at afgøre, hvorvidt der sættes særligt fokus og ressourcer ind på at tilbyde kvinder den behandling, som menes at modsvare deres særlige behov (Reed 1987; Rosenbaum 1997). Manglende viden om og/eller anerkendelse og prioritering af behovet for særlige indsatser over for kvinder med rusmiddelproblemer har konsekvenser for eksisterende behandlingsindsatser og kommer til udtryk både i de tilbud, der gives, og i fraværet af særligt tilpassede tilbud.

Både mænd og kvinders stofmisbrug kan i vid udstrækning ses som et symptom på frem for årsagen til en problematisk livssituation, marginalisering etc. Behandling ydes dog overvejende med fokus på sidstnævnte forståelse, altså misbruget som årsag. Dette svarer da også overens med i hvert fald mænds selvforståelse. Således påpeges det i mange undersøgelser, at mænd er langt mere tilbøjelige til at bebrejde andre eller omgivelserfaktorer for deres problemer, situation og adfærd, herunder give udtryk for, at deres problemer skyldes stofmisbruget (Raine 2001; Reed 1987). Kvinder derimod vil især bebrejde sig selv og internalisere deres oplevede problemer. De ser sjældent stofmisbruget som deres primære problem. De rapporterer til gengæld hyppigere end mænd om 'ondt i sjæl og krop' samt alvorlige vanskeligheder i forholdet til partnere, børn, omgivelser og økonomi og vil ofte have søgt hjælp andre steder, fx lægen, før de opsøger stofbehandling (ibid.). Kvinder søger ikke stofbehandling i forventning om at få hjælp til disse problemer; deres motiv er overlevelse, som Reed konstaterede i 1987 i en artikel om, hvad der står i vejen for at udvikle kønssensitiv behandling til stofafhængige kvinder. Som nævnt er dette spørgsmål stadig relevant. En af de grundlæggende barrierer, dengang som nu, er den tilsyneladende rodfæstede eller i hvert fald stadig udbredte kønsblindhed.

Traditionel behandling eller standardbehandling er indrettet med udgangspunkt i og udviklet på grundlag af en klientpopulation, hvor majoriteten er mænd, som dermed er kommet til at fremstå som 'normalen'. Det dominerende mandligt orienterede behandlingsparadigme baserer sig groft sagt på at resocialisere klienterne til en tilværelse uden kriminalitet og uden brug af illegale stoffer. Dertil kommer, at den mandlige terapeutiske model ofte bygger på en konfronterende og/eller selvbekendende tilgang (McClellan et al 1997).

Betydelige dele af behandlingslitteraturen, herunder effektstudier, synes at ignorere de kønnede værdier, principper og praksisser, som karakterise-

rer de behandlingsprogrammer, som klienterne har været igennem. Det afskærer blandt andet fra indsigt i hvorvidt – og i så fald hvorfor – mænd eller kvinder måtte profitere bedre af nogle frem for andre behandlingsformer, tilgange og ydelser. Center for Rusmiddelforskningens undersøgelse og evalueringer af syv stoffri døgnbehandlingsinstitutioner er et godt eksempel på, at inddragelse af kønsaspekter kan give nyttig viden (Pedersen 2000).

I en sammenligning mellem de pågældende syv institutioners programstruktur og deres konsekvens- og kønspolitik fremkom to overordnede modeller for de kønsblandede institutioner: 'den hårde model' bl.a. kendetegnet ved seksualitets- og pardannelsesforbud og 'den bløde model' uden eller med ringe seksualitets- og pardannelsesforbud. Mens 19 % af kvinderne gennemførte behandlingen ud fra 'den hårde model', gennemførte 55 % af kvinderne behandlingen ud fra 'den bløde model'. Dette understøtter de dele af litteraturen, der gennem årene har argumenteret for, at behandling af kvinder bør foregå i et ikke-straffende og ikke-konfronterende miljø (McClellan et al. 1997; Raine 2001; Reed 1987). Faktisk giver flere studier ifølge McClellan et al. belæg for at konkludere, at den mandligt baserede model ikke bare er uegnet og ineffektiv over for kvinder med stofproblemer, den kan være direkte skadelig især over for de grupper af kvinder, der har en overgrebs- eller traumebelastende historie.

Set i lyset af barriereproblematikken er debatten om den mandlige model blot et underliggende aspekt af det, som i mere konkret forstand kommer til udtryk i form af *strukturelle barrierer*, defineret som forhold, der vanskeliggør beslutningen om, eller som afholder kvinder fra at søge og/eller gennemføre behandling. De strukturelle barrierer omfatter et vidt spekter spændende fra ventelister, mangel på information om forskellige behandlingsmuligheder, valgmuligheder og hvad forskellige former behandling i praksis og på sigt indebærer og kræver (økonomisk, socialt, individuelt) til spørgsmål om geografisk afstand og transportmuligheder fx i forbindelse med dagbehandling og/eller rigide åbningstider for udlevering af substitutionsmedicin (Health Canada 2005; McClellan et al. 1997; Rosenbaum 1997; UNODC 2004). Mens disse forhold også kan have betydning for mænd, er det igen børn og graviditet, der kan give anledning til, at kvinder med behov for hjælp vil udskyde eller undgå kontakt til behandlingssystemet. Udover den tidligere omtalte risiko for at påkalde sig myndighedernes opmærksomhed ved som mor og/eller gravid at indrømme problemer med rusmidler, kan spørgsmål om børnepasning eller eventuel adskillelse fra børn, i fald døgnbehandling skønnes mest hensigtsmæssig, også spille ind, især for enlige mødre, der ikke har et stabilt familienetværk. Frygten for eller tidligere erfaringer med professionelle, der direkte eller indirekte giver udtryk for misbilligelse over for gravide eller mødre med misbrugsproble-

mer, kan ligeledes ses som en del af de strukturelle barrierer (Boyd 1999; Dahl & Hecksher 2007; Young 1994).

Sidstnævnte faktor er samtidig en afspejling af det, som også er blevet betegnet som *sociale og kulturelle barrierer*, der på den ene side bundes i de herskende samfundsnormer, på den anden side i de nære omgivers forventninger til kvinders rolle, og dermed hvad der socialt og kulturelt forbindes med passende adfærd for kvinder henholdsvis mænd. Gravide og mødres stofmisbrug er svært tabubelagt og forbundet med en stigmatisering, som ikke tilnærmelsesvis omfatter eller rammer mænd og fædre (Boyd & Marcellus 2007; Murphy & Rosenbaum 1999; Young 1994).

I de fleste samfund og kulturer er synet på kvinders brug af illegale stoffer generelt langt mere negativt end på mænds misbrug. Kvinder oplever sig da også generelt mere stigmatiserede end mænd, hvilket dels medfører en større grad af skyld- og skamfølelse – dels kan denne *personlige barriere* bevirke, at de afholder sig fra at søge hjælp for misbrugsproblemer – eller udskyder det til langt henne i et misbrugsforløb med det resultat, at selvagtelsen forringes yderligere. Som tidligere nævnt er det en generel erfaring, at kvinder er langt mere fysisk, psykisk og socialt medtagede og belastede end mænd, når de kommer i behandling. Tidligere negative erfaringer med behandlingssystemet, behandlingsprogrammer og professionelle (fx oplevelsen af at blive mødt med mistro, ikke at blive taget alvorligt, svigt, unødigt kontrol, forskelsbehandling mm.), kan også skabe en så betydelig grad af mistillid og manglende tiltro til, at der er hjælp at hente, hvorfor behandling eller særydelser oprettet til fx gravide eller mødre ikke umiddelbart opsøges. Yderligere er det blevet påpeget, at selv motiverede kvinder indskrevet i standardbehandling eller 'kønsblinde' programmer ikke nødvendigvis oplever kvalitative livsforbedringer, selvom deres illegale misbrug stabiliseres eller afvikles, i og med at deres grundlæggende livssituation forbliver uforandret, eller fordi de sociale eller terapeutiske indsatser ikke har været tilstrækkeligt sensitive over for andre faktorer end misbruget. Dette har fået nogle til at minde om, at sociale problemer og psykisk traumatiserende problematikker ikke løses hverken med medicinsk behandling eller total afholdenhed (Dahl 2008; Friedman & Alicea 2001; Rosenbaum 1997), andre til at kritisere tendensen til, at misbrugsbehandling i så høj grad hviler på medikalisering frem for sociale interventioner (Ettorre 1992; Raine 2001).

En sidste, men ikke desto mindre hyppigt identificeret hindring for at kvinder søger behandling (tidligere), lader sig mere præcist forstå i relationelt perspektiv som en *interpersonel barriere*. Mens kvinders partnere kan være både en beskyttende og støttende faktor i forhold til at gøre noget ved et udviklet misbrug, herunder motivere til at søge behandling, kan de også



spille den modsatte rolle. Det er således ikke ualmindeligt, at mandlige partnere, der, som det ofte er tilfældet, selv er misbrugere, af forskellige årsager vil modsætte sig, at konen eller kæresten påbegynder behandling (Murphy & Rosenbaum 1999; Tuten & Jones 2003). Til denne personlige/interpersonelle barriereproblematik hører også fysisk vold eller vold fra partnerens side, hvilket ofte synes at være udløst i forbindelse med alkoholindtagelse (Dahl & Hecksher 2007; Logan et al. 2002).

De barrierefokuserede studier informerer ikke bare om forhindringer, men også om hvad der alternativt kan gøre vejen til, forbliven i og gennemførelse af behandling lettere og måske mere attraktiv. Det næste afsnit vil bestå i en opsummering og efterfølgende diskussion af den litteratur, som her har været anvendt til at belyse, hvad opmærksomheden på kvinder, køn og kønsforskelle har tilført rusmiddel- og behandlingslitteraturen siden 1970'erne.

### **3. 3 Hvad er status? Hvor langt og hvad er vi nået til?**

I forbindelse med de ovenfor omtalte behandlingsstudier (program-, effekt- og barrierefokuserede) er der især to tendenser, som falder i øjnene. Den ene er gentagelserne og omfanget af gentagelser i dokumentationen vedrørende forskelle på og konsekvenserne af mænd og kvinders rusmiddelbrug og særlige behandlingsbehov. Den anden – og til en vis grad overlappende tendens – er mængden af stort set samstemmende anbefalinger i form af 'lesson learned' og 'best practice' bøger, artikelreviews, rapporter, manualer mm., som er publiceret over de seneste ti - tyve år.

Der foreligger således efterhånden en betydelig vidensbank med informationer og anvisninger på, hvad behandlingstilbud og ydelser til kvinder, der søger stofbehandling, som minimum bør indrette sig på og bestå i (Ashley et al. 2003; Covington 2002; Greenfield et al. 2007; Health Canada 2005; Kelly et al. 2001; Pelissier & Jones 2005; Reed 1987; Rosenbaum 1997; Taksdal 1997; UNODC 2004; Wellisch 1994; Wells 1992). Som tidligere nævnt synes implementeringen af disse erfaringer og anvisninger på kvindesensitive tilgange til misbrugsbehandling indtil videre at være sporadisk og begrænset. Dette kan i sig selv siges at have betydning for den forskningslitteratur og de resultater, der er blevet produceret over de sidste fire årtier.

I tilbageblik har den kvinde- og kønsfokuserede forskning inden for rusmiddelfeltet en relativt kort historie. Brugen af psykoaktive stoffer – til både medicinske, præstationsfremmende og rekreative formål – går dog langt tilbage i historien med varierende deltagelse af mænd og kvinder samt accept af de to køns brug (Berridge 1999; Eriksen 1999; Forth-Finnegan 1991; Kandall 1996; McDonald 1994; Palmer & Horowitz 1982). Gennem

det meste af det 20. århundrede er brugen af psykoaktive stoffer dog tiltagende massivt blevet diskuteret og studeret som et illegalt, medicinsk og socialt samfundsproblem. Frem til 1970'erne blev det illegale stofbrug betragtet som et stort set rent mandligt fænomen defineret ved kriminel afvigelse; kvinders brug blev betragtet som en undtagelse eller en dobbeltafvigelse eller i bedste fald blev kvinder betragtet som 'en usynlig gruppe'.

Den bølge af synliggørelse af kvinder, herunder af kvinder som brugere/misbrugere af legale og illegale rusmidler, som under indflydelse af den nye kvindebevægelse og kampen for ligeberettigelse begyndte at rulle i løbet af 1970'erne, satte kvinder og kønsforskelle på dagsordenen politisk og forskningsmæssigt. Udover påpegningen og afdækningen af kvinders relative fravær i samfundsbeskrivelser og analyser, blev der sat fokus på de former for misrepræsentation af verden generelt og kvinder specifikt, som det fremherskende mandlige bias, resulterede i. Dette kom blandt andet til udtryk gennem en udbredt kritik af epidemiologiske, medicinske og socialvidenskabelige undersøgelser for manglende opmærksomhed på kvinder og kønsforskelle: for direkte at sammenligne mænd og kvinder uden hensyntagen til køn eller at betragte kvinder som afvigere i forhold til de antalsmæssigt større mandlige undersøgelsespopulationer (Hser et al. 1987; Prather & Fidell 1978); for ikke at skelne mellem data vedrørende mænd og kvinder (Broom 1991); for at generalisere ud fra materiale, som i store træk eller udelukkende var baseret på data fra mænd (Leigh 1995), og for at bruge 'tilsæt kvinder og rør rundt'-tilgangen (Andersson 2004).

Fakta er ikke desto mindre, at kvinder, køn og kønsforskelle siden 1970'erne er blevet bragt ind i debatten både politisk, på forskningsniveau og i behandlingspraksis. Spørgsmålet er dermed, hvordan og i hvilket omfang? Hvor meget klogere er vi blevet af det og på, hvordan køn påvirker udviklingen og konsekvenserne af misbrug samt på, hvad der kendetegner en relevant og effektiv behandlingsindsats for såvel mænd som kvinder. Som Anglin & Hser (1987) har påpeget, er det ligeså meningsløst kun at studere kvinder, som det er meningsløst kun at studere mænd. Udgangspunktet for, at der siden 1970'erne har været bedrevet kvindefokuserede studier, har dog langt hen ad vejen været båret af ønsket om at indsætte kvinder i empirien på lige fod med mænd, få kvinder til at stå klart som personer og få hold på, hvad der adskilte dem fra mænd – eller rettere, hvad der i særlig grad kendetegnede deres situation, vilkår og problemer.

Som nævnt i indledningen var Sandmaier (1980) kun i stand til at opstøve 28 engelsksprogede studier om kvinder med alkoholproblemer dækkende perioden 1929-1970. Hagan et al. (1994) har til støtte for de mange, der har kritiseret effektstudier for ikke at sætte effekt i forhold til køn, beregnet, at ud af samtlige studier publiceret fra 1984 –1989 med potentiale til at

rapportere om kønsforskelle, skete det kun i 27,8 % af tilfældene. Et senere regnestykke begået af Greenfield et al. (2007) viser, at knap 90 % af de stofbehandlingsstudier, der har undersøgt effekt i sammenlignende kønsperspektiv, er publiceret efter 1990, heraf er 40 % af disse publiceret efter år 2000. Med henvisning til at blot 12 % af samtlige disse studier har været randomiserede, konstaterer Greenfield et al., at vi først nu er nået derhen, hvor vi kan etablere en valid og pålidelig informationsbase for fremtidig indsats.

Visse fund, indsigter og resultater går igen og på tværs af de mange studier, som har undersøgt området fra forskellige vinkler, på grundlag af forskellige undersøgelsesdesign, med forskellige metoder og på forskellige populationer, især i den vestlige del af verden. Ikke desto mindre er der også en række af de tilsyneladende sandheder om mænd og kvinders brug af illegale stoffer, deres behandlingsbehov mm. fremkommet på baggrund af de seneste års undersøgelser, der er blevet modvist eller anfægtet af modstridende resultater. En væsentlig pointe i den forbindelse er det faktum, at de studier, der sammenlignes, har stillet forskellige spørgsmål, anvendt forskellige metoder, brugt forskellige mål, er foregået i forskellige institutionelle kontekster mm. uden nødvendigvis at adressere de konsekvenser, det har haft for de resultater, der er nået.

Den foregående gennemgang af de mest fremherskende temaer i rusmiddel- og behandlingslitteraturen afspejler disse begrænsninger. Gennemgangen bygger på litteratur, omfattende både kvantitative og kvalitative analyser, studier der rapporterer på baggrund af store undersøgelsespopulationer og populationer, der er for små til at bruge statistik på, samt studier udført af kvindelige forskere, der henter en del af deres drivkraft i den kønspolitiske og/eller feministisk orienterede tradition. Dette 'kvinde-/ kønspolitiske bias' lægges dog som regel åbent frem, hvilket ikke er tilfældet for størstedelen af den traditionelle forskning, som lider under den udbredte forestilling, at forskning per definition er objektiv og kønsneutral.

Afslutningsvis skal fremlægges og opsummeres, hvad der på nuværende stadie udgør de mest udbredte bud på vores viden om kvinder, kønsforskelle og relevant behandling på rusmiddel- og primært stofområdet.

### **3.4 Opsummering og diskussion**

Det følgende resume er bygget op omkring en række af de i litteraturen genkomne temaer vedrørende kvinder indskrevet i forskellige former for behandling på grund af opiat- og/eller blandingsmisbrug, hvori indgår opioider. Temaerne har været omtalt i den foregående gennemgang og vil blive præsenteret som 'resultater' i punktform.

### *Karakteristik af stofbrugere: kønsforskelle og behandling*

Langt de fleste studier har rapporteret om følgende forhold:

- Kvinder oplever sig mere belastede af psykiske problemer, angst, depression mm. og har oftere et mere omfattende forbrug af sove-/nervemedicin – udover heroin, morfin og kokain – end mænd.
- Kvinder vil hyppigere berette om at have familie, venner og partnere, der har/har haft et problematisk brug alkohol/stoffer.
- En relativt lavere andel af kvinder i stofbehandlingsprogrammer. Kønsratioen for mænd og kvinder er de fleste steder på mellem på 3:1 og ned til 5:1. Det antages ikke desto mindre, at prævalensen af stofmisbrug blandt kvinder er højere end det billede, der tegnes i behandlingsstatistikkerne og dermed, at endnu flere kvinder kunne have brug for og gavn af et behandlingstilbud.
- Kvinder er mindre tilbøjelige til forbinde deres problemer med brugen af stoffer og mere tilbøjelige til at søge hjælp og behandling for depression, angst og andre mentale problemer hos læge og psykiatrien end mænd.
- Ved behandlingsstart oplever kvinder sig mere fysisk, psykisk og socialt medtagede og belastede end mænd.
- Kvinder gør sig flere overvejelser og føler, de skal overkomme flere barrierer end mænd. Det gælder specielt gravide og mødre med hjemmeboende børn på grund af frygten for myndighedernes indgriben og fratagelse af retten til at beholde deres børn i hjemmet. Ufleksible tilbud med vægt på kontrol, fravær af socialt relevante tilbud, støttende og/eller forældreforberedende ydelser mm., risikerer at afholde disse grupper af kvinder fra overhovedet at søge behandling.
- Kvinder med traumehistorier på grund af seksuel og fysisk vold og overgreb kan opleve behandling i et kønsblandet program som truende, overskridende og yderligere traumatiserende.
- Kvinder får mindre støtte fra partner og familie til at søge behandling og oplever hyppigere end mænd, at deres partner har modstand mod eller modsætter sig, at de går i behandling.
- Kvinder er mere udsatte for og oplever i højere grad social stigmatisering og diskrimination på grund af deres stofmisbrug end mænd.
- Kvinder har lavere forventninger til, at behandling/gængse stofbehandlingsprogrammer kan hjælpe dem end mandlige klienter.
- Mænd vil oftere give arbejdsrelaterede begrundelser eller opfordring/pres fra ægtefæller eller familie til at søge behandling end kvinder, som hyppigere vil henvise til subjektive bekymringer og kvaler eller interpersonelle problemer.

- Mødre med hjemmeboende børn vil søge behandling for ikke at miste forældremyndigheden/for at beholde deres børn, hvilket langt sjældnere er en motivationsfaktor udtrykt af fædre.

Disse empirisk baserede konklusioner, som går igen i enkeltstudier, sammenlignende studier og reviews, kan opfattes som dokumentation for, at kvinder på en række områder har flere problemer end mænd og understøtter dermed både antagelser og fremsatte krav om, at der er behov for særlige og særligt tilpassede indsatser over for kvinder. Hvad der ikke bør overses – statistiske beregninger til trods – er fællestrækkene mellem de mænd og kvinder, der vælger at søge behandling, men også forskelle de to køn indbyrdes. Fx. skulle det således være velkendt, at i forhold til den generelle befolkning er der for begge køns vedkommende en overrepræsentation af personer med kort skolegang og minimal erfaring på arbejdsmarkedet. På den anden side betyder det, at flere kvinder end mænd bor sammen med deres børn, ikke, at mænd ikke kunne have gavn af forældrekurser, kurser om børneopdragelse o.l. for at styrke deres ansvar som forældre mm. (Pellisier & Jones 2005; Taksdal 1997). Selvom det er blevet fremført, at en konfronterende terapeutisk tilgang er uhensigtsmæssig eller mere skadelig for kvinder end mænd, kan den konfronterende stil også have negative konsekvenser for mandlige klienter. Og selvom kvinder er mere tilbøjelige til at udsætte kontakten til behandlingssystemet og er mere medtagede, når de omsider gør det, end mænd, udelukker det ikke, at også mange af de mænd, der søger behandling, er svært belastede, når de møder op. Ligeledes er det indlysende, at der – de respektive køn indbyrdes – er betydelige variationer i problemsammensætning og behandlingsbehov.

Den viden og de erfaringer, der findes om kvinders problemkomplekser og karakteren af deres oplevede belastninger, lægger typisk op til en mere kønssensitiv behandlingstilgang samt udvikling og implementering af flere og/eller mere specialiserede kønssensitive tilbud. I konkrete anbefalinger er der imidlertid en stærk tendens til, at køn oversættes til kvinder. Hermed overlades mænd i realiteten til de tilbud, der udgår fra den traditionelle standardbehandling. Selvom denne er blevet karakteriseret som 'den mandlige model', tilgodeser den ikke automatisk de forskelle, som gør sig gældende blandt mandlige klienter. Uden en mere reflekteret tilgang til og anerkendelse af ligheder og variationer i forhold til problemer og behov begge køn indbyrdes er der næppe basis for at udvikle indsatser og programmer, der fortjener betegnelsen kønssensitive.

Ser man på nyligt publicerede reviews over behandlingseffektstudier, synes der ifølge Greenfield et al. (2007) og Pellisier & Jones (2005) ikke at være tilstrækkeligt entydige resultater og dermed forskningsmæssigt belæg

for at oprette og operere med hverken rent mandlige eller rent kvindelige modeller. Disse konstateringer skal ikke opfattes som ensbetydende med, at kønsadskilt behandling eller en praksis baseret på kønssensitive tilbud er irrelevant eller ineffektiv. Snarere er der tale om, at undersøgelsesgrundlaget stadigvæk er forholdsvis spinkelt og uensartet. De undersøgelsesresultater, som Greenfield et al. (2007) og Pellisier & Jones (2005) bygger på, er således spredte og ikke altid sammenlignelige eller ikke tilstrækkeligt konsistente til at drage utvetydige konklusioner ud fra. Desuden er der ikke nødvendigvis en klar sammenhæng eller overførbare mellem studier, der evaluerer på grundlag af kønsforskelle som baggrundskaraktistika, og dem, der evaluerer køn i forhold til resultater og behandlingsudbytte (Pellisier & Jones 2005).

I det hele taget er der betydelige uoverensstemmende resultater i forhold til, hvilke effekter der kan måles i forbindelse med indskrivning og/eller gennemførelse af behandling i kønsblandede eller kønsadskilte/ kønsspecifikke programmer på såvel kort som lang sigt (Greenfield et al. 2007; Pellisier & Jones 2005). Disse teknikaliteter fortæller på sin side også noget om de udfordringer, som det herskende evidensparadigme står overfor. Indtil detaljerne er blevet finjusterede i de undersøgelsesdesign, der fremover skal sætte os i stand til at sammenligne og reproducere gode resultater over landegrænser, i forskellige behandlingssettings og med inddragelse af og fokus på kønsrelevante tilbud osv., må vi dog henholde os til de studier, som har rapporteret om, hvad der udgør præmisserne og kriterierne for gode erfaringer med indsatser over for kvinder i misbrugsbehandling. De kan opridses med henvisning til følgende forhold:

*Let tilgængelighed til information/rådgivning om behandlingsmuligheder, omfattet med oplysning om*

- relevante typer behandling (fx omsorgsrettede, medicinske, stoffri)
- hvad de pågældende behandlingstilbud indebærer (personligt og praktisk, fx i forhold til børn, familie)
- hvilke rettigheder og medindflydelse på behandlingen klienten har
- hvilke krav der stilles, og hvilke regler der gælder for klienter i forskellige behandlingstyper, og hvad eventuelle sanktioner ved regelbrud består i
- hvilke former for behandling, hjælp og støtte, der eventuelt kan supplere de enkelte behandlingstilbud (fx helbreds-/sundhedsrådgivning; psykoedukation; familiebehandling; forældre/mor-barn kurser eller grupper; undervisning i spædbarnspleje, børns udvikling, opdragelse og relationsopbygning; psykologbistand; arbejdsrettede aktivite-

ter/aktivering; social og økonomisk rådgivning; boligforhold; efterbehandling mm.).

### *Tilgængelighed til varierede og bredspektrede tilbudstyper*

Behandlingsformer bør spænde over hele spektret fra lavtærskel-tilbud så som opsøgende, motivationsorienterede indsatser og skadesreducerende tilbud på såvel gadeplan som institutionsplan til højtærskel-tilbud i form af struktureret dagbehandling og stoffri døgnbehandling. I forhold til kvinder, herunder gravide, er det særligt vigtigt, at disse tilbud er baseret på

- behandling i et trygt terapeutisk miljø, som understøttelse for at der kan etableres tillidsfulde relationer
- ikke-moraliserende, ikke-konfronterende tilgange
- kontrollerende tilgange skal have relevans og give mening for den enkelte, fx ved brug af urinkontrol
- hensyntagen til ansvar/forpligtelser i forhold til børn, anden familie
- mulighed for at have barn/børn med i behandling samt partner
- mulighed for kønsadskilt eller kvindespecifik behandling
- kvinder som primærbehandlere, som rollemodeller og mentorer
- professionelle terapeutiske tilbud rettet mod emner som fysiske, seksuelle, emotionelle overgreb, familierelationer, stof- og alkoholmisbrug, mentale problemer og psykiske lidelser (fx PTSD, depression, angst), spiseforstyrrelser, selvskadende adfærd, sorg og krisebearbejdning.

### *Sammenhæng i/koordinering af tilbud*

Dette forudsætter, at den enkelte tildeles/udstyres med

- en primær kontakt- og støtteperson
- for gravide kan det have afgørende betydning at have en kontaktperson/behandler, som har kompetence til akut udrykning og indsats, og som kan fungere som advokat/bisidder for den gravide i kontakten med andre instanser (fx svangreafdeling/sygehus, sagsbehandlere etc.)
- en individuelt udarbejdet behandlingsplan, der matcher identificerede behov med de rette tilbud og ydelser, som jævnligt evalueres og justeres, og som også omfatter social reintegration.

Et blik på denne opsamling af 'gode erfaringer' med hensyn til en behandlingsindsats over for kvinder med misbrugsproblemer, udledt af den ovenfor gennemgåede litteratur, giver ikke umiddelbart anledning til overraskelser. I virkeligheden er der – set med danske øjne – ikke noget nyt at finde i

denne oplistning, som i store træk er dækkende for de gængse anbefalinger for, hvad god stofbehandling – både til mænd og kvinder – bør bestå i og inkludere. Det samme gælder for så vidt også de styreprincipper for kønsresponsiv behandling, som UNODC (2004) har sammenfattet, og som oversat til dansk lyder sådan:

**Køn:** Anerkend, at køn betyder en forskel

**Omgivelser:** Skab et miljø baseret på tryghed, respekt og værdighed

**Relationer:** Udvikl politikker, praksisser og programmer, der er relationelle, og som fremmer sunde relationer til børn, familie, signifikante andre og samfundet

**Tilbud/ydelser:** Adresser emnerne stofmisbrug, traumer og mental sundhed med differentierede, integrerede og kulturelt relevante tilbud

**Økonomisk og social status:** Giv kvinder mulighed for at forbedre deres socioøkonomiske vilkår

**Samfund:** Etabler et system af samfundsomsorg med samarbejde om varierede/differentierede tilbud

Gode erfaringer og anbefalinger er ligesom gode intentioner sjældent tilstrækkelige til at skabe ændringer. At omsætte disse til praksis kræver ikke bare vilje, professionalisme, ledelse og organisering osv. Det forudsætter politisk velvilje, prioritering af kønspolitiske forhold generelt og samfundsmæssige holdningsændringer både i forhold til de traditionelle kønsforståelser og opfattelser af stofmisbrug og -brugere, som andet og mere end viljesvage og/eller kriminelle afvigere.

Stofmisbrugets komplekse karakter og det faktum, at det illegale stofbrug langt overvejende udspiller sig blandt i forvejen svagtstillede og udsatte grupper, stiller ikke i udsigt, at der findes simple og hurtige løsninger på problemet endsiges på de problemer og udfordringer, som de enkelte stofmisbrugere lever med, heller ikke hvis eller selvom køn i højere grad end tilfældet er aktiverer en mere bevidst kønssensitiv tilgang.

I forhold til så mange andre lande har det danske velfærdssystem i årenes løb etableret og udviklet et bredt udbud af differentierede behandlings- og omsorgstiltag bemandet med mange fagligt kompetente og engagerede medarbejdere. Forklaringen på, at det i sig selv ikke rækker eller ikke er tilstrækkeligt til at afhjælpe de stofbrugende klienters problemer i højere grad, end det er tilfældet, kan ikke isoleret set tilskrives behandlingsniveauet og -indsatsen, men må snarere søges på alle de niveauer, der konstituerer det illegale stofmisbrugsfænomens kompleksitet.



Marsha Rosenbaum er blot en blandt mange forskere, der har problematiseret og anfægtet den måde stofmisbrugsproblematikker anskues og håndteres på politisk, herunder de konsekvenser som forbudspolitik og kriminalisering fører med sig og har tendens til primært at ramme hårdt blandt de i forvejen underprivilegerede og udsatte samfundsgrupper. Med henvisning til situationen i USA konstaterer hun, at de fleste amerikanske kvinder har et regelmæssigt forbrug af et eller andet rusmiddel:

Vi bruger lægeordineret og håndkøbsmedicin for at falde i søvn, holde os vågne, lindre smerter, mod depression etc.. Vi drikker kaffe og te, spiser chokolade, som alt sammen indeholder koffein. Vi drikker alkoholholdige drikke. Men når vi tænker på kvinder og rusmidler [women and drugs], så er det uvilkårligt tanken om kvinder med et brug af illegale stoffer, der melder sig. (Rosenbaum 1997:654, egen oversættelse).

Det, som Rosenbaum hermed minder om, er, at alt i alt er vores generelle viden om kvinders brug af rusmidler begrænset. Samtidig er denne viden – både i USA og herhjemme – farvet af, at den baserer sig tungt på grupper af kvinder, som på en række områder i forvejen er udsatte og belastede, dårligt uddannede og økonomisk ringere stillet end almenbefolkningen.

De risici og skader ved rusmiddelbrug og de afhængighedsproblematikker, vi således ved mest om, er altså dem, der er kommet til udtryk blandt de kvinder i særligt socialt og økonomisk udsatte og underprivilegerede befolkningsgrupper, som har søgt hjælp i behandlingssystemet, eller som er kommet i myndighedernes søgelys på grund af problematisk brug i relation til lovovertrædelser, graviditet og forælderrollen.

I de følgende to kapitler skal danske data om stofmisbrugere i behandling sættes i relief til den internationale forskningslitteratur, først på baggrund af en kvantitativ og dernæst en kvalitativ analysetilgang.



## 4. Danske kvinder i behandling for stofmisbrug

På baggrund af konklusionerne fra kapitel 1 kan man så spørge sig selv, om alt dette kan overføres til danske forhold. Spørgsmålet i det følgende er derfor om de omtalte forhold kan genfindes hos danske kvinder, som er indskrevet i behandling for deres stofmisbrug. Dette gøres ved at sammenholde mænd og kvinder i behandling på følgende områder: *Fordelingen* mellem kvinder og mænd i forskellige behandlingspopulationer (ambulant behandling, døgnbehandling, behandling i fængsler, unge under 18 år og alkoholbehandling); forbrug af *stoffer* og *alkohol* (hvilke stoffer, indtagelsesmåde mv.); *illegale aktiviteter* (hvor meget, hvilke, fængsel mv.); det *sociale liv* (børn, kærester, stofbrugende og stoffrit netværk mv.); det *fysiske* (belastning, hvilke problemer, graviditet mv.); det *psykiske* (psykiske problemer, overgreb mm) og endelig *behandlingen* (effekten, barrierer mv.). Kapitlet afsluttes med en konklusion.

Inden resultaterne fra disse analyseres, skal det dog kort gennemgås, hvilke metoder der er anvendt til at komme frem til disse resultater.

### 4.1 Metoden

Metoderne, der anvendes i dette afsnit, er alene kvantitative. Resultaterne hentes fra analyse af følgende 7 forskellige databaser:

1) *Døgn-effekt-undersøgelsen*: Denne database består af 829 stofmisbrugere indskrevet i stoffri døgnbehandling på syv døgninstitutioner i tidsrummet 1995-1998. En repræsentativ gruppe på 324 herfra blev i 1998-99 kontak- tet 6-12 måneder (238 12 måneder) efter udskrivning. 73 % accepterede at deltage i interviewet. 236 (28,5 %) var kvinder.

2) *DanRIS-Døgn*: I denne database registreres alle stofmisbrugere, som er indskrevet i stoffri døgnbehandling (og enkelte i metadonstabilisering i døgnregi). Der vil i særlig grad være fokus på de stofmisbrugere, der a) blev udskrevet i 2007, og b) som havde udfyldt oplysninger om stof, kriminalitets, psykisk, fysisk og social belastning (EuropASI). Der er tale om 945 stofmisbrugere, som opfylder disse krav. 230 af disse var kvinder. Der anvendes dog også her data fra 2004-6.

3) *Metadon-projektet*: Denne database blev etableret fra 2002-5 og indeholder meget nuancerede oplysninger på 436 heroinafhængige i metadon- behandling. Gruppen består af heroinafhængige, som første gang henholds- vis blev interviewet ved indskrivning (n=141), eller som havde været i me-

tadonbehandling i mindst én måned (n=295). Af de 436 blev 296 atter interviewet 18 måneder efter første interview. 126 af de 436 var kvinder.

4) *Fængselsdatabasen*: 154 kvinder og mænd, som afsonede deres straf på seks forskellige stoffri, kontrakt- eller importafdelinger, udgør denne gruppe. Kvinderne kommer fra Statsfængslet ved Horserød, mens mændene kommer fra fem forskellige stoffri, kontrakt- og importafdelinger. De blev alle igen kontaktet seks måneder efter, de havde forladt behandlingsafdelingen. Svarprocenten for kvinderne var 70 % og for mændene 82 %. 58 var kvinder (53 fra Statsfængslet ved Horserød og 5 fra Statsfængslet i Ringe).

5) *SIB (Stofmisbrugere i Behandling)*: Der anvendes her oplysninger fra stofmisbrugere indskrevet i ambulans behandling i 2006.

6) *UngeMap*: 127 unge 15-17-årige er foreløbig blevet registreret i monitoreringssystemet UngeMap, som indtil videre er blevet udleveret til 20 behandlingssteder, der behandler unge under 18 år med et problematisk forbrug af rusmidler. De 127 kommer foreløbigt fra tre behandlingssteder og består af 94 drenge og 33 piger. Oplysninger herfra anvendes som perspektivering af resultaterne fra databaserne i 1-4. Endnu er oplysningerne for få og selekterede.

7) *Alkohol-døgnbehandling*: Denne database består af 571 alkoholafhængige, som har været i døgnbehandling i 2003-5 på seks forskellige døgninstitutioner. 330 af disse er blevet interviewet igen 6-12 måneder efter afsluttet behandling. Også denne database anvendes til at perspektivere resultaterne fra databaserne 1-4 (29,9 % var kvinder).

Ved at anvende forskellige databaser er det muligt at validere de forskelle, der findes mellem mænd og kvinder i behandling for deres forbrug af illegale stoffer. Hvis en given sammenhæng kan identificeres på tværs af databaserne, må der være tale om et stabilt fænomen. Hvis ikke de samme sammenhænge findes i forskellige grupper, må der være andre dynamiske processer på spil, hvilket i så fald søges afdækket (forklaringer kan måske være alder, særlig belastning mm. og altså ikke nødvendigvis køn).

## 4.2 Resultaterne

I det følgende skal resultaterne fra de kvantitative analyser gennemgås systematisk. Der er alene fokus på danske sammenhænge. Senere i konklusi-

onen skal disse sammenhænge så sammenholdes med de internationale erfaringer.

#### 4.2.1 Fordeling

I kapitel 1 blev det konkluderet, at fordelingen mellem mænd og kvinder i behandling for deres stofmisbrug i de fleste internationale undersøgelser befinder sig mellem 3:1 og 5:1. Men hvordan forholder det sig i Danmark.

*Ambulant behandling:* I 2006 blev der ifølge Sundhedsstyrelsen i alt indskrevet 5426 personer i et ambulant behandlingsforløb på et misbrugscen-ter<sup>3</sup>. Af disse var 1304 kvinder, svarende til 24 % (altså tæt på 4:1). 30 % af kvinderne var mellem 18-24 år (25 % af mændene); ligeledes var 30 % af kvinderne var mellem 25-34 år (34 % af mændene), mens 40 % af kvinderne var mellem 35-65 år (41 % af mændene). Det ser altså ud til, at der er lidt flere yngre (24 år og derunder) blandt kvinderne end der er blandt mændene.

1732 påbegyndte et metadonbehandlingsforløb, svarende til 32 % af alle nyindskrevne. Af disse var ligeledes 24 % kvinder. Det er ikke overraskende de 35-65-årige, som hyppigst modtager metadonbehandling. Således er det godt 50 % af såvel kvinder som mænd i denne aldersgruppe, der påbegynder et metadonbehandlingsforløb, mens det samme er tilfældet for omkring 30 % af de 25-34-årige og omkring 5 % af de 18-24-årige. Anden substitutionsbehandling (helt overvejende buprenorphin) udgør ca. 6 % af det samlede antal nyindskrevne (5 % af kvinderne).

*Stoffri døgnbehandling:* Siden 2005 har andelen af kvinder i stoffri døgnbehandling placeret sig mellem 24-26 % – altså helt i overensstemmelse med fordelingen mellem mænd og kvinder indskrevet i ambulant behandling. I 2007 så vi en markant stigning i andelen af kvinder i stoffri døgnbehandling. Således blev 418 kvinder og 810 mænd indskrevet i stoffri døgnbehandling i 2007, svarende til at 34 % af de indskrevne i 2007 var kvinder. Noget tyder dog på, at denne stigning ikke fastholdes. 27 % af kvinderne var 18-24 år (22 % af mændene). Til gengæld er der blandt mændene flere midaldrende (25-34 år) end der er blandt kvinderne (43 % mænd og 37 % kvinder er midaldrende). Endelig er det af kvinder indskrevet stoffri døgnbehandling 36 %, som er mindst 35 år, mens det samme er tilfældet for 35 % af mændene. Ligesom i den ambulante behandling ser det således

---

<sup>3</sup>[http://www.sst.dk/Informatik\\_og\\_sundhedsdata/Download\\_sundhedsstatistik/Stofmisbrugere\\_i\\_behandling/DSN.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Stofmisbrugere_i_behandling/DSN.aspx?lang=da)

ud til, at der blandt kvinderne er lidt flere på 24 år og derunder, end der er blandt mændene.

*Fængselsbehandling:* I løbet af de seneste år er der etableret en række behandlingsafdelinger inden for kriminalforsorgen. Disse kan opdeles i tre kategorier – henholdsvis de stoffri afdelinger, kontraktafdelinger og importafdelinger (stoffri afdelinger anses normalt ikke for behandlingsafdelinger, mens denne skelnen er lidt mere uklar, hvad angår kontraktafdelingerne). Dertil kommer forskellige ambulante behandlingstilbud i fængsler, herunder først og fremmest rettet mod indsatte i substitutionsbehandling og indsatte, der har udviklet et problematisk forbrug af hash. Den ambulante behandling i fængslerne er endnu så ny, at der ikke findes opgørelser over fordelinger på køn og alder.

*Unge under 18 år:* Der findes endnu ingen samlet opgørelse over piger og drenge under 18 år i behandling for et problematisk forbrug af stoffer/alkohol. Efter behandlingsgarantiens indførelse for denne aldersgruppe er der dog i Servicestyrelsen oprettet en behandlingsgaranti-registrering, som alle kommuner er forpligtet til at anvende ved indskrivning af unge under 18 år (VBGS). De første opgørelser forventes i 2009. Center for Rusmiddelforskning har gennem det sidste år implementeret et ungemonitoreringsinstrument (UngeMap) på omkring 20 behandlingscentre, der som særlig målgruppe har de under 18-årige. Af de første 127 unge, der er registreret i dette system, har 33 været piger, svarende til 26 % - altså helt i overensstemmelse med fordelingen på voksenbehandlingsområdet. Disse unge er mellem 13-17 år, med klar overvægt på de 16-17-årige. Det er dog for tidligt endnu at generalisere den nævnte fordeling.

*Alkohol:* I 2006 blev 6935 personer indskrevet i alkohol døgnbehandling. Af disse var 2171 kvinder, svarende til 31,3 %. Af kvinder var 1 % mellem 18 og 24 år, mens det samme var tilfældet for 2 % af mændene. 9 % af kvinderne var mellem 25 og 35 år, mens det samme var tilfældet for 11 % af mændene. 90 % af kvinderne var altså mindst 35 år, mens det samme var tilfældet for 87 % af mændene. Med andre ord en helt anden aldersfordeling, som alligevel holder sig indenfor rammer af 3:1 til 5:1.

Den fordeling, der er fundet mellem mænd og kvinder i behandling i internationale studier, ser ud til helt at kunne overføres til danske forhold – såvel hvad angår stof- som alkoholbehandling. Aldersfordelingen mellem mænd og kvinder er ikke meget forskellige, måske med en lille tendens til at flere af kvinderne, der indskrives i voksen-stofbehandling, er mellem 18

og 24 ved indskrivning. Såvel kvinder som mænd i substitutions- som i alkoholbehandling hører blandt de ældste.

#### 4.2.2 Stofferne

I det følgende skal der være fokus på forbruget af stoffer (og lidt på alkohol), herunder hvor mange penge der bruges på rusmidler om måneden og indtagelsesmåder.

*Hvilke stoffer:* I Sundhedsstyrelsens opgørelse fra 2005 har 44 % af de klienter, der var i behandling i 2005, i måneden op til indskrivningen haft et forbrug af hash; 33 % af heroin; 15,4 % kokain, 14 % amfetamin og 12,3 % af illegal metadon. Der ses ikke her store forskelle mellem kvinder og mænd. En tendens er dog, at lidt flere mænd end kvinder har haft et forbrug af hash.

*Stoffri døgnbehandling:* Af kvinder og mænd indskrevet i stoffri døgnbehandling i 2007 rapporterer 67 % af kvinderne at have haft et forbrug af opiater i måneden op til indskrivning (heroin, metadon, andre opiater), mens det samme er tilfældet for 64 % af mændene. 45 % af såvel kvinder som mænd har indtaget heroin, mens 49 % af kvinderne har modtaget metadon, og det samme er tilfældet for 43 % af mændene. 43 % af kvinderne har indtaget kokain (40 % af mændene), 23 % af kvinderne amfetamin (26 % af mændene). 61 % af kvinderne har haft et forbrug af cannabis (63 % af mændene), og endelig har 63 % af kvinderne haft et forbrug af nerve-/sove-medicin (53 % af mændene). Det sidste er statistisk signifikant ( $p < .01$ ). Selvom det alene er forbruget af nerve-/sove-medicin, der umiddelbart er statistisk signifikant, ses der dog også flere signifikante forskelle mellem mænd og kvinder i antallet af dage, de har indtaget stofferne i måneden op til indskrivningen. Således har kvinderne indtaget metadon i flere dage end mændene ( $p < .01$ ), kokain i flere dage end mændene ( $p < .05$ ) og endelig igen i flere dage indtaget nerve-/sove-medicin end mændene ( $p < .01$ ). Endelig kan det også her nævnes, at 46 % af kvinder op til den stoffri døgnbehandling har modtaget ordineret medicin mod psykiske problemer, mens det samme er tilfældet for 36 % af mændene ( $p < .01$ ).

*De mest belastede:* Med disse hentydes der her til heroinafhængige i metadonbehandling. 295 tilfældigt udvalgte metadonmodtagere blev i 2002-3 spurgt, om de ville deltage i en undersøgelse, hvor vi ville opsøge dem igen ca. 1 år efter første interview. De havde alle ved første interview været i metadonbehandling i mindst 30 dage. 98 var kvinder og 197 mænd, svarende til 33 % kvinder. Der fandtes ingen forskel i forbrug mellem de to

grupper, med undtagelse af cannabis hvor mændene havde et højere forbrug end kvinder ( $p < .05$ ), hvilket er i overensstemmelse med de oven for nævnte tal fra Sundhedsstyrelsen. Nerve-/sovemedicin indtages her lige så meget af mænd som af kvinder. Dette kan skyldes, at der her er tale om indskrevne, som har kontakt til en læge (man fandt således i samme undersøgelse, at forbruget af nerve-/sovemedicin (helt overvejende benzodiazepiner) steg voldsomt for såvel kvinder som mænd ved indskrivning), eller fordi der her er tale om den mest belastede gruppe, som i højere grad end de lidt yngre grupper får ordineret nerve-/sovemedicin. Der fandtes heller ikke hos denne gruppe forskelle i modtagelse af ordineret psykofarmaka.

*Injektion:* 37 % af kvinderne har injiceret stoffer i måneden op til indskrivning i stoffri døgnbehandling, mens det samme er tilfældet for 33 % af mændene. Ifølge Sundhedsstyrelsen ser kvinder og mænd også ud til lige hyppigt at injicere (her afgrænset til heroin), mens kvinderne dog ser ud til hyppigere at sniffe heroin, mens mændene hyppigere ryger heroin.

*Alkohol:* Kvinder i stoffri behandling adskiller sig ikke fra mænd i stoffri behandling, hvad angår overforbrug af alkohol op til indskrivning. Således rapporterer såvel mænd som kvinder at have haft et overforbrug af alkohol i gennemsnit seks dage i måneden op til indskrivning. For såvel mænd som kvinder gælder det, at 20 % har haft et overforbrug i mindst 16 dage i måneden op til indskrivning. Heller ikke blandt de mest belastede metadonmodtagere ser der ud til at være forskel i alkoholforbrug mellem mænd og kvinder.

*Penge brugt på stoffer og alkohol:* Kvinder har i måneden op til indskrivning i stoffri døgnbehandling brugt 7.666 kroner på stoffer, mens mænd har brugt 8.325 kroner. Dette er ikke udtryk for, hvad en aktiv misbruger bruger på stoffer. Kvinder og mænd i metadonbehandling bruger også ca. lige mange penge på stoffer (mellem 3–4.000 kroner).

Det er helt klart forbruget af heroin og kokain, der koster flest penge. De 144 stofmisbrugere, der har haft et forbrug af heroin i 30 dage op til indskrivning i stoffri behandling, har således brugt knap 25.000 kroner på stoffer, mens de, der ikke har haft et forbrug af heroin, har brugt godt 3.000 kroner på stoffer. Stort set det samme billede ses med kokain. Forbruget af andre typer stoffer kan ikke tilnærmelsesvis knyttes til så stort et forbrug af penge. Dette billede er det samme for kvinder som for mænd.

Mænd ser ud til at bruge flere penge på alkohol end kvinder ( $p < .05$ ). Dette kunne indikere, at de ganske vist oplever lige høj grad af overfor-



brug, men at mændene drikker mere end kvinderne og måske har en anden tærskel for definition af overforbrug.

*Belastet af stofmisbruget:* Selvom forbruget af stoffer ikke synes at være meget forskelligt for mænd og kvinder, kunne det jo godt være, at kvinderne følte sig subjektivt mere belastede af forbruget end mændene. Dette synes dog ikke at være tilfældet, hverken for kvinder i stoffri døgnbehandling eller for kvinder i metadonbehandling.

Blandt dem, der står foran stoffri behandling, ser vi altså et højere forbrug af nerve-/sove medicin og psykofarmaka blandt kvinderne end blandt mændene, mens denne forskel ikke ses blandt de mest belastede i metadonvedligeholdelse. Måske kan det tolkes således, at forskelle mellem kvinder og mænds forbrug af rusmidler og psykofarmaka "harmoniseres", når de kommer i behandling: jo længere tid de har været indskrevet i behandling, og jo mere belastede de er.

#### 4.2.3 Kriminalitet

I det følgende skal kvinder og mænds kriminelle aktiviteter undersøges ud fra fire perspektiver, henholdsvis hvor ofte de begår kriminalitet; om de venter på at blive tiltalt, indkaldt eller afsone straf; hvilken type kriminalitet de har begået; hvor lang tid de har siddet i fængsel, og hvor meget de subjektivt føler sig belastet af kriminalitet. Der er – med undtagelse af kriminalitetstyper og afsoningslængde – igen tale om øjebliksbilleder, der siger noget om de sidste 30 dage op til indskrivning/afsoning, eller mens de er i metadonbehandling.

*Illegale aktiviteter (sidste 30 dage):* For mænd og kvinder i måneden op til påbegyndelse af stoffri behandling ser der ikke ud til at være forskelle i, hvor mange dage de har været involveret i kriminelle aktiviteter (7,7 dage for kvinder og 7,0 dage for mænd). Det samme resultat genfindes blandt metadonbrugere. Her er det 4,2 dage for kvinder og 2,9 dage for mænd (ikke signifikant). Heller ikke blandt de mest heroinforbrugende (mere end 24 dage om måneden) finder vi forskelle blandt kvinder og mænd. For de lidt yngre, der står foran stoffri døgnbehandling, er kvinderne således involveret i kriminelle aktiviteter 17,7 dage i måneden op til indskrivning, mens det for mændene er 16,6 dage (ikke signifikant).

Hvis de kriminelle aktiviteter primært kan knyttes til anskaffelse af stoffer, er dette ikke overraskende, selvom man måske kunne tro, at kvinderne i højere grad ville gøre brug af prostitution (hvilket der skal vendes tilbage til).

*Venter på at blive tiltalt, indkaldt eller afsonet:* Til gengæld ser det ud til at flere mænd end kvinder venter på tiltale, indkaldelse eller afsoning. Således venter 22 % af mændene i stoffri døgnbehandling på tiltale, mens det samme er tilfældet for 15 % af kvinderne ( $p < .05$ ). Det samme billede genfindes hos metadonmodtagerne. Her er det 28 % af mændene og 20 % af kvinderne, der venter på tiltale (tæt på signifikant). Denne forskel findes også hos de mest storforbrugende (heroin mindst 24 dage den sidste måned op til interviewet). Det er altså ikke nødvendigvis forbruget af stoffer, penge brugt på stoffer og illegale aktiviteter, der bestemmer, hvor vidt der ventes på tiltale. Det er tilsyneladende mest kønnet.

*Kriminalitetstyper (liv):* Kvinder og mænd i metadonbehandling er lige hyppigt blevet tiltalt for handel med stoffer. Derimod er mænd signifikant hyppigere blevet tiltalt for berigelseskriminalitet ( $p < .01$ ), røveri ( $p < .01$ ), forstyrrelse af offentlig ro og orden ( $p < .01$ ) og kørsel i alkohol-/stofpåvirket tilstand ( $p < .001$ ). Disse sigtelser har for mændene signifikant hyppigere end for kvinderne resulteret i en dom ( $p < .01$ ).

Dette resultat kan valideres med en anden undersøgelse af henholdsvis 125 mænd og 58 kvinder i behandling for deres stofmisbrug i fængsel. Her er der altså tale om såvel mænd som kvinder, der har begået kriminalitet af en sådan karakter, at de har fået en fængselsdom. Også her ses det, at kvinder signifikant mindre er blevet sigtet for handel med stoffer ( $p < .01$ ), berigelseskriminalitet ( $p < .01$ ), røveri ( $p < .00001$ ), forstyrrelse af offentlig ro og orden ( $p < .001$ ) og kørsel i alkohol-/stofpåvirket tilstand ( $p < .001$ ). Disse sigtelser har også her for mændenes vedkommende signifikant oftere resulteret i en dom ( $p < .0001$ ).

*Tid afsonet i fængsel (liv):* For metadonmodtagerne har mændene afsonet signifikant længere tid i fængsel end kvinderne ( $p < .0001$ ). For fængselsgruppen er dette dog noget udvisket. Her er forskellen dog kun tæt på signifikant ( $p = .063$ ). I absolutte tal har mændene såvel i metadongruppen som fængselsgruppen i gennemsnit afsonet i gennemsnit omkring 28 mdr. i deres liv. Kvinderne fra fængselsgruppen har afsonet 23 mdr., mens kvinderne fra metadongruppen har afsonet i 10 mdr. Dette dækker dog over meget store forskelle.

*Belastet af kriminalitet (30 dage):* Det kunne jo være, at kvinderne i højere grad følte sig subjektivt belastede af deres kriminalitet – dette selvom de ikke så ofte tiltales, dømmes eller afsones. Det kunne også – lidt mere logisk – være mændene, der følte sig mest belastede af kriminalitet. Blandt

hverken dem, der står foran stoffri behandling, eller metadonbrugerne ses der dog forskelle mellem mænd og kvinder.

Kvinder bruger altså stort set lige så mange stoffer som mænd; de bruger lige så mange penge på stoffer, og de rapporterer lige så mange dage med illegale aktiviteter for at skaffe penge til stoffer som mænd. Til gengæld sigtes, dømmes og afsoner de signifikant mindre end mænd. Det kunne være, fordi karakteren af de illegale aktiviteter er en anden (hvilket ikke umiddelbart kan identificeres), men det kan også være, fordi de er kvinder og oftere end mændene har andre forsørgelsesopgaver, er mindre udadrettede/aggressive og/eller har andre problemer, som gør dem mindre egnede til straf. Det skal der vendes tilbage til.

#### 4.2.4 Det sociale liv

En række undersøgelser har påvist, at kvinder har et andet socialt liv end mænd. I det følgende skal der sættes fokus på kvinderne samlivsforhold, bolig og forsørgelsesforhold, deres sociale netværk generelt og prostitution. Blandt kvinder og mænd i metadonvedligeholdelsesbehandling fandt vi følgende fordeling på samlivsforhold de sidste 18 mdr. op til interviewet.

**Tabel 1. Sædvanlige samlivsforhold sidste 3 år for mænd og kvinder i metadonvedligeholdelsesbehandling**

	Mænd n=185	Kvinder n=95
Sammen med partner og børn under 18 år	13,0 %	12,6 %
Sammen med partner alene	28,6 %	37,9 %
Sammen med børn under 18 år alene	1,1 %	13,7 %
Alene	38,9 %	23,2 %
Forældre, anden familie, venner	10,3 %	4,2 %
Fængsel og ustabile samlivsforhold	8,1 %	8,4 %

Som det ses, bor kvinder og mænd fra denne gruppe lige hyppigt sammen med partner og børn, men kvinderne bor langt hyppigere end mænd sammen med børn alene og også hyppigere alene sammen med en partner. Mændene bor derimod hyppigere alene eller sammen med forældre, anden familie eller venner. Dette er dog ikke en statistisk signifikant forskel. Det ses i tabellen, at 26,3 % af kvinderne i metadonbehandling bor sammen med børn, mens det samme er tilfældet for 14,1 % af mændene. I fængselspopulationen ses et tilsvarende mønster. Her er det 19,0 % af kvinderne, der bor sammen med børn, mens det samme gælder for 12,8 % af mændene. I fængselspopulationen er det til gengæld endnu flere kvinder, der bor

alene sammen med partner (41,4 % af kvinderne og 21,6 % af mændene), mens mændene i endnu højere grad bor alene (kvinder 8,6 % og mænd 20,8 %).

I en undersøgelse tilbage fra midt i 90'erne blev der spurgt på en lidt anden måde. Der var her tale om 750 helt overvejende heroinmisbrugere, der blev indskrevet i stoffri behandling. Her oplyste de 45 % af de 220 kvinder, at de boede sammen med fast partner, mens det samme var tilfældet for 22 % af de 530 mænd. De blev også særskilt spurgt, om de boede sammen med børn. 26 % af kvinderne svarede bekræftende på dette, mens det samme var tilfældet for 12 % af mændene. Altså ikke meget forskelligt fra det, der er vist ovenstående med to helt andre grupper af stofmisbrugere (alle forskellene er stærkt signifikante).

Eftersom kvinderne i højere grad bor sammen med nogen, er det heller ikke så overraskende, at de hyppigere bor sammen med en alkohol- og/eller stofmisbruger. For kvinderne i metadongruppen er dette dog ikke så udtalt. Her er det 39 %, der bor sammen med en stof- og/eller alkoholmisbruger, mens det samme er tilfældet for 31 % af mændene (her hyppigere venner). I den oven for nævnte stoffri behandlingsgruppe var det 49 %, der boede sammen med en stof- og/eller alkoholmisbruger, mens det samme var tilfældet for 29 % af mændene.

Kvinder bor med andre ord hyppigere sammen med partner og/eller børn end mænd, og de bor ikke så hyppigt alene. Dertil kommer, at de bor hyppigere sammen med en stof- og/eller alkoholmisbruger end mænd, om end det sidste antageligt varierer noget med alder, belastning mv.

*Boligforhold:* Også boligforholdene siger noget om kvindernes sociale liv. I nedenstående tabel ses boligforholdene for mænd og kvinder for stofmisbrugere indskrevet i stoffri døgnbehandling i 2007<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Der foreligger oplysninger om boligforhold for 946 personer.

**Tabel 2. Boligforhold i måneden op til stoffri døgnbehandling**

	Mænd n=716	Kvinder n=230
Selvstændig bolig	39,9 %	53,5 %
Lejet værelse	15,9 %	12,6 %
Familie/venner	17,3 %	11,7 %
Institution	2,8 %	1,3 %
Støttebolig/bofællesskab	1,3 %	1,3 %
Herberg/pensionat	5,9 %	3,9 %
Fængsel	4,3 %	0,9 %
Gaden/ingen bolig	5,9 %	4,8 %
Sommerhus	0,3 %	0,0 %
Andet	4,6 %	7,4 %
Uoplyst	1,8 %	2,6 %

Som det ses, har kvinderne hyppigere en selvstændig bolig end mændene, mens de på næsten alle andre boformer har en lavere andel end mændene ( $p < .01$ ). Det samme billede genfindes i metadongruppen, hvor stofmisbrugerne er lidt ældre. Her er det 75 % af kvinderne, som har en selvstændig bolig, mens det samme er tilfældet for 65 % af mændene. Dette er dog kun tæt på signifikant. Måske ændrer denne ulighed sig med alderen.

*Forsørgelse:* Med dette henvises der til, hvorfra de nødvendige økonomiske ressourcer hentes. For stofmisbrugere indskrevet i døgnbehandling i 2007 var det 8 % af kvinderne og 7 % af mændene, der i måneden op til behandlingsstart havde haft en lønindkomst. Langt de fleste modtager kontanthjælp. Således er dette tilfældet for 64 % af kvinderne og 60 % af mændene (i øvrigt konsekvent lidt flere kvinder end mænd de seneste fire år). Den eneste forskel, der findes mellem mænd og kvinder, er på prostitution. Således har 16 % af kvinderne og 7 % af mændene tjent penge ved prostitution op til indskrivningen i stoffri behandling i 2007 ( $p < .00001$ ). Denne sammenhæng er en gentagelse af tidligere års sammenhænge, hvor mellem 16-20 % af kvinder har tjent penge ved prostitution i måneden op til indskrivning, mens det samme er tilfældet for 6-8 % af mændene. Mens dette tal forbliver konstant for mændene, uanset hvor mange stoffer de indtager, stiger det dramatisk for kvinderne, jo mere de indtager heroin. For kvinder, der ikke er i substitutionsbehandling, og som har et forbrug af heroin i mindst 8 dage i måneden op til indskrivning, er det således 30 %, der har tjent penge ved prostitution. Den samme stærke sammenhæng ses endvidere ved forbruget af kokain, men enten i begrænset omfang eller slet ikke ved brug af andre stoffer.

Heller ikke i metadonvedligeholdelsesgruppen var der andre forskelle mellem kvinder og mænd end i variabelen prostitution. Det var således henholdsvis 1 % af kvinderne og 4,6 % af mændene, der havde haft lønnet arbejde. 60 % af kvinderne og 55 % af mændene fik kontakthjælp, mens 34 % af kvinderne og 37 % af mændene fik førtidspension. 8,2 % af kvinderne havde i måneden op til interviewet tjent penge ved prostitution, mens dette ikke var tilfældet for nogen af mændene. Igen ses en markant stigning i prostitution, når det knyttets til et forbrug af heroin (28 % af dem der har brugt heroin i mere end otte dage den sidste måned har tjent penge ved prostitution) og kokain (29 % af dem der har brugt kokain i mere end otte dage den sidste måned har tjent penge ved prostitution). Altså helt det samme billede, uanset om der er tale om ældre metadonmodtagere eller yngre kvinder før påbegyndelsen af stoffri behandling. Metadonmodtagerne synes dog at gøre brug af prostitutionen i generelt mindre omfang end de yngre kvinder.

*Social belastning generelt:* Med social belastning generelt henvises der til, hvor meget kvinder og mænd oplever konflikt med deres sociale netværk, og hvor meget de har brug for at få hjælp til at få løst problemerne med netværket. Hvad angår familien oplever kvinderne sig langt mere belastede end mændene ( $p < .00001$ ). Det er ikke mindst partneren/kæresten, der er konflikter med. Af de kvinder, der har en partner, er det således 54 %, der inden for den seneste måned har oplevet alvorlige konflikter med vedkommende. For mændene er det 38 % ( $p < .01$ ). Også med børnene er der konflikter. Af de kvinder, der har børn, oplever 27 % alvorlige konflikter, mens det samme er tilfældet for 17 % af mændene ( $p < .05$ ). Også med mor er der flere konflikter ( $p < .05$ ), mens der med far og anden familie ikke ses nogen forskelle.

Hvad angår andet socialt netværk, er der noget mindre forskel mellem mænd og kvinder. Med disse henvises der til nære venner, naboer og kollegaer. Også her er kvinderne dog signifikant mere belastede ( $p < .05$ ), hvilket ikke mindst er i forhold til naboer.

Denne højere grad af social belastning kunne genfindes hos kvinder og mænd i vedligeholdelsesbehandling med metadon. Også her var kvinderne signifikant mere belastede, hvad angår konflikt og ønsket om brug for hjælp end mændene ( $p < .01$ ,  $n=295$ ). Kvindernes forhold til andet socialt netværk (venner, naboer og kollegaer) var ikke signifikant mere belastet end mændenes.

Afslutningsvist skal det her nævnes, at allerede blandt de 15-17-årige piger og drenge i behandling for deres problematiske forbrug af rusmidler synes dette mønster at vise sig. Således har disse piger oftere en kæreste

end drengene, og de piger, der har en kæreste, har større psykiske problemer end de piger, der ikke har en kæreste. Denne database er dog ikke endnu stor nok til at drage endelige konklusioner her.

Kvinder bor altså hyppigere sammen med partner og børn end mænd, og de bruger mere tid sammen med disse end mænd. Samtidig er partneren ikke sjældent også stof- og/eller alkoholmisbruger. De har derfor ikke overraskende flere konflikter med partner, men også med børn og forældre end mændene. De rapporterer i højere grad end mændene at have brug for hjælp til at løse problemerne med familien.

Kvinderne bor hyppigere end mændene i egen bolig, men deres forsørgelsesgrundlag er det samme, dog med den væsentlige forskel at kvinder i langt højere grad end mænd tjener penge gennem prostitution. Dette forstærkes med omfanget af deres heroin og kokainforbrug.

#### 4.2.5 Det fysiske

*Leverbetændelse og hiv-positiv:* 72 % af kvinderne og 77 % af mændene i metadonbehandling rapporterer at have leverbetændelse. Af de 125, der oplyser, de er blevet testet, er 5 % af kvinderne og 7 % af mændene fra samme gruppe hiv-positive. Der er tale om nogle af de mest belastede stofmisbrugere, som alle enten aktuelt eller tidligere har injiceret deres stof. Dette er derfor ikke et udtryk for stofmisbrugere i behandling generelt. Forskellene mellem kønnene i denne gruppe er ikke signifikante, og der er derfor ikke umiddelbart belæg for at konkludere, at der er kønsforskelle hvad angår leverbetændelse og hiv.

*Den generelle fysiske belastning:* Kvinder oplever sig i måneden op til stof-fri behandling signifikant mere belastede end mændene ( $p < .0001$ ). Også kvinderne i metadonvedligeholdelsesbehandling oplever sig mere fysisk belastede, men her kun tæt på signifikant ( $p < .065$ ). Ikke overraskende tyder meget på, at de fysiske problemer kan ses i sammenhæng med alder. Jo ældre, desto flere fysiske problemer. Også i fængselsgruppen ses en stærk signifikant forskel mellem kvinder og mænd, men her er kvinderne som tidligere nævnt også noget ældre end mændene (27 år vs. 34 år).

*Hvilke fysiske problemer?:* Det følgende er alene tendenser, der bygger på 19 kvinder og 100 mænds beskrivelse af, hvilke fysiske problemer de har (kun de der har fysiske problemer inddrages). De hyppigste nævnte gener er smerter i bevægeapparatet – ikke mindst ryggen, men også i arme og ben. Ikke sjældent relateres smerterne til forskellige typer skader (fx efter trafikulykke). 50 % af de kvinder, der havde fysiske problemer, og som be-

svarede dette spørgsmål, nævner smerter i bevægeapparatet, mens det samme er tilfældet for 58 % af mændene. Det næsthøypigst nævnte for kvinderne er respirationsproblemer (38 % kvinder og 11 % mænd), hvor efter følger neurologiske gener i form af svimmelhed, hovedpine og lignende (31 % for kvinderne og 8 % for mændene). 25 % af kvinderne nævner smerter i underlivet (0 % mænd), mens 22 % af mændene nævner abdominale smerter (12,5 % af kvinderne). Dette kan naturligvis ikke tages som udtryk for en repræsentativt fordeling – her er der brug for mere dataindsamling, ikke mindst blandt kvinder.

#### 4.2.6 Det psykiske

I det følgende skal der skelnes mellem henholdsvis destruktiv adfærd (vold/aggression), selvdestruktiv adfærd (selvmordsforsøg, selvskade), psykiske problemer (depression, angst, selvmordstanker m.fl.) og overgreb (fysisk, psykisk og seksuelt overgreb).

*Destruktiv adfærd:* Man kunne måske forvente, at kvinder i mindre grad end mænd udviste en aggressiv og voldelig adfærd (manglende kontrol over temperament). Det synes ikke umiddelbart at være tilfældet. Blandt de helt unge 15-17-årige synes pigerne at være lige så aggressive/voldelige som drengene (tendensen er faktisk, at de er mere udadrettede). Som tidligere nævnt mangler denne database dog stadig tyngde.

Blandt kvinder i stoffri behandling i 2007 var det 40 % af mændene, der i måneden op til indskrivningen havde haft problemer med aggressiv/voldelig adfærd, mens det samme var tilfældet for 39 % af kvinderne. Altså heller ikke her var der nogen forskel.

Heller ikke blandt klienter i metadonvedligeholdelsesbehandling var der forskel (13 % for kvinder og 16 % for mænd). I denne undersøgelse var der også oplysninger om manglende kontrol over aggressiv/voldelig adfærd i et livstidsperspektiv. Her blev der heller ikke fundet forskelle.

Der ses i disse tre databaser en ret så signifikant nedgang i aggressiv/voldelig adfærd med alderen for såvel mænd som kvinder.

Endelig skal det dog nævnes, at mændene i fængselspopulationen var mere aggressive/voldelige end kvinderne (48 % for mænd og 26 % for kvinder),  $p < .05$ ). Det har dog antageligt den simple forklaring, at kvinderne var signifikant ældre end mændene (28,0 for mænd og 34,1 for kvinder).

*Selvdestruktiv adfærd:* Forsøg på selvmord synes ikke at være højere hos kvinder end hos mænd. 13 % af kvinderne fra den stoffri døgnbehandlingsgruppe har således forsøgt at begå selvmord i måneden op til indskrivning, mens det samme er tilfældet for 11 % af mændene. Dette er et overraskende højt tal. Heller ikke i metadonvedligeholdelsesgruppen ses der forskelle



(13 % kvinder og 18 % mænd). Her blev der også spurgt om de i deres liv havde forsøgt selvmord. 37 % af såvel kvinderne som mændene havde i deres liv forsøgt selvmord. I fængselspopulationen fandtes der heller ingen forskelle. Her var det dog kun 4 % af mændene og 2 % af kvinderne, der havde forsøgt at begå selvmord. Tendensen for de helt unge piger og drenge er ikke helt den samme. De sidste 30 dage op til indskrivning er der ganske vist ingen forskel mellem piger og drenge i selvmordsadfærd, men det er der i et livstidsperspektiv. Således har 43 % af pigerne forsøgt at begå selvmord (som defineres både som "diskrete" og som alvorlige forsøg), mens det samme er tilfældet for 12 % af drenge ( $p < 0.01$ ). Blandt de helt unge ses der endnu en forskel. Såvel i måneden op til indskrivningen som i deres liv har pigerne i langt højere grad end drengene skadet sig selv, først og fremmest ved hjælp af cutting. 29 % af pigerne har således "cuttet" sig selv i måneden op til indskrivning, mens det samme er tilfældet for 2 % af drengene ( $p < .001$ ). I deres liv har 64 % af pigerne "cuttet" sig selv og 23 % af drengene ( $p < .01$ ).

Det er for tidligt endnu at sige noget om, hvorvidt en ny tendens er ved at opstå blandt de helt unge piger, men der er grund til at være opmærksom. Umiddelbart må det konkluderes, at blandt de ældre stofmisbrugere ses der ingen forskel mellem mænd og kvinder i selvmordsforsøg, men noget tyder på, at denne forskel findes blandt de helt unge. Under alle omstændigheder ses "cutting" i særlig grad at kunne knyttes til pigerne. Opgørelse af dette blandt voksne findes ikke, men det er uden tvivl en adfærd, der reduceres med alderen (hvilket ikke betyder, de psykiske problemer bliver mindre).

*Psykiske problemer:* Tendensen i forskellen mellem kvinder og mænds psykiske problemer kan fortolkes noget skræmmende. Således ser det ud til, at jo ældre stofmisbrugeren bliver og jo mere belastet, desto mere udlignes forskellen mellem mænd og kvinder. Ikke ved at kvinderne kommer ned på mændenes niveau – nej, desværre ved at mændene kommer op på kvindernes niveau. Således er det blandt de 15-17-årige unge mænd 6 %, der har haft selvmordstanker op til indskrivning (her tages der forbehold,  $n=54$ ), mens det blandt de lidt ældre mænd i fængsel (i 20'erne) er 10 %. Hos mændene i metadonvedligeholdelsesbehandling (38 år i gennemsnit) er det steget til 23 %, og den signifikante forskel til kvinderne er nu forsvundet. Blandt de helt unge piger var det således 29 %, der havde haft selvmordstanker i måneden op til indskrivning, blandt de noget ældre (34 år i gennemsnit) kvinder i fængsel var det 26 %, mens det i metadonvedligeholdelsesgruppen (38 år i gennemsnit) var 21 % - altså forholdsvis stabilt. Den stoffri døgnbehandlingsgruppe er her en historie for sig selv. 42 % af kvinderne og 32 % af mændene fra denne gruppe har haft selvmordstan-

ker op til indskrivning. Det kan skyldes den situation, de er i, som for mange af dem indebærer metadonnedtrapping og overgangen til et uigennemskueligt stoffrit liv.

På stort set alle områder – med undtagelse af koncentrationsproblemer – er kvinderne mere belastede end mændene. De er således mere deprimerede, mere angstede og mere hallucinerede. Depression og angst følger her samme bevægelse som selvmordstanker, mens hallucinationer for alle synes at aftage med alderen ( $p < .0001$ , stoffri døgngruppe).

De psykiske problemer, der har med *lavt selvværd* at gøre (depression, angst og selvmordstanker), kan i signifikant grad knyttes til kvinderne – dog synes de ældre og belastede mænd på dette område at være på niveau med kvinderne. Hallucinationer er også mest udtalt hos kvinder (dog ikke så signifikant), men reduceres med årene hos såvel mænd som kvinder. Dette er ikke tilfældet for koncentrationsproblemerne. Disse må betragtes som såvel et problem for kvinder som for mænd (med overvægt til mændene), og de synes at forblive et stort problem for begge uafhængigt af alder.

*Overgreb:* I det følgende skal der skelnes mellem oplevelsen af at være blevet overgrebet psykisk, fysisk og/eller seksuelt. Blandt metadonmodtagerne blev der fundet nedenstående fordeling.

**Tabel 3. Psykisk, fysisk og seksuelt overgrebet for 261 undersøgelsesdeltagere**

	n	Psykisk overgrebet	Fysisk overgrebet	Seksuelt overgrebet
Mænd	173	33 %	24 %	7 %
Kvinder	93	63 %	60 %	48 %

Alle signifikante med  $p < .00001$

Som det ses, har 63 % af kvinderne oplevet psykiske overgreb, 60 % har oplevet fysiske overgreb, mens 48 % har oplevet seksuelle overgreb. På alle områder oplever kvinderne i signifikant højere grad at bliver overgrebet end mændene – ikke mindst, men ikke kun seksuelt. 24 % af kvinderne rapporterer at være blevet overgrebet af et nært familiemedlem (far, stedfar, søskende). Denne gruppe af metadonmodtagende kvinder kan sammenholdes med en gruppe på 53 kvinder, som afsoner på en stofbehandlingsafdeling i Statsfængslet ved Horserød (49 besvarede dette spørgsmål). Denne gruppe blev spurgt på samme måde som metadongruppen. Her var det 53 %, der havde været udsat for psykiske overgreb, 57 % for fysiske overgreb, mens 49 % havde været udsat for seksuelle overgreb – altså meget tæt på metadongruppen. Der foreligger ikke oplysninger fra fængselsgruppen, om hvem der har overgrebet dem seksuelt.

Kvinder er altså hverken mere eller mindre destruktive (aggressive, voldelige) end mænd (men karakteren af aggressionen og volden kan selvfølgelig være forskellig). Heller ikke hvad angår selvdestruktiv adfærd i form af selvmord, synes kvinderne at adskille sig fra mænd. Alder kan dog her spille en betydelig rolle. De helt unge piger synes således i højere grad end drenge at have forsøgt selvmord og været involveret i selvskadende adfærd (cutting). De psykiske problemer, der har med *lavt selvværd* at gøre (depression, angst og selvmordstanker) kan i signifikant grad knyttes til kvinderne – dog synes de ældre og belastede mænd på dette område at være på niveau med kvinderne. Kvinder er i særlig grad udsatte for psykiske, fysiske og seksuelle overgreb. 24 % af kvinder i metadonbehandling er blevet overgrebet af et nært familiemedlem.

#### 4.2.7 Behandlingen

I det følgende skal de sammenhænge mellem behandling og køn, som er fundet i danske undersøgelser, nærmere afgrænses. Der skal fokuseres på korttidseffekten (gennemførelse af program og indskrivningslængde), behandlingens mere langsigtede effekt (reduktion i stofforbrug og kriminaliteten og psykisk, fysisk og social belastning) og endelig på behandlingsmodellerne.

*Gennemføre program og indskrivningslængde:* At gennemføre et program eller indskrivningslængde er først og fremmest interessant, når der tales om stoffri behandling. Af de kvinder og mænd, der blev udskrevet fra stoffri døgnbehandling i 2007, gennemførte 58 % af mændene og 53 % af kvinderne ( $p < .095$ ). Forskellen er ikke signifikant, men alligevel tæt nok på til at være interessant. I 2006 var det 57 % af mændene, der gennemførte, mens det var 47 % af kvinderne ( $p < .01$ ), men det var 52 % af mændene og 47 % af kvinderne i 2005 (ikke signifikant). Tilbage i 2004 var det 47 % af mændene og 37 % af kvinderne, der gennemførte ( $p < .01$ ). Der ses med andre ord en tendens til, at kvinderne i stoffri døgnbehandling ikke gennemfører så ofte som mændene. Nogle år er det signifikant, andre år tæt på. Der ses dog ingen forskel i antal dage indskrevet.

*Behandlingens effekt:* Effekten af behandlingen skal i det følgende opdeles i a) reduktion i stofforbrug og illegale aktiviteter og b) reduktion i psykisk, fysisk og social belastning. I det følgende er det først reduktionen i stofforbruget og de kriminelle aktiviteter i forbindelse med et behandlingsforløb, der skal gennemgås.

I metadongruppen ses der ingen forskelle i stofforbrugsreduktion mellem kvinder og mænd. Faktisk er der antydningen af det modsatte. Kvinderne, der kommer i metadonbehandling fra et aktivt misbrug af heroin, ser ud til at få et højere forbrug af nerve-/sovemedicin (primært benzodiazepiner), mens mændene reducerer deres forbrug ( $p < .05$ ). Heller ikke kvindernes cannabisforbrug reduceres, mens dette ses hos mændene. Hos begge grupper ses der en massiv reduktion i heroinforbruget i bevægelsen fra aktivt heroinmisbrug uden behandling til metadonmodtager. I den generelle stofbelastning (EuropASI) ses der ingen forskelle. Heller ikke hvad angår illegale aktiviteter ses der forskel. Eftersom disse kan knyttes til forbruget af ikke mindst heroin og kokain, er dette ikke overraskende.

Sidst i 90'erne blev der i Danmark gennemført en undersøgelse af 89 kvinder og 235 mænd (se Pedersen 1999:63), som blev kontaktet et år efter, de havde forladt stoffri døgntbehandling (73 % opfølgingsprocent fordelt ligeligt mellem mænd og kvinder). Et halvt år efter behandlingens afslutning var 37 % af kvinderne og 26 % af mændene fortsat stoffri (for definition se ibid:41). Et år efter behandlingsafslutning var 16 % af mændene og 29 % af kvinderne fortsat stoffri. Altså gik det betydeligt bedre for kvinderne end for mændene i stoffri behandling. I året efter udskrivningen dømmes signifikant flere mænd end kvinder fra samme gruppe for kriminalitet. I øjeblikket er Center for Rusmiddelforskning ved at gentage denne undersøgelse med en anden gruppe i stoffri behandling, men med de samme metoder.

Hos kvinderne, der er i stofmisbrugsbehandling under afsoning (Statsfængslet ved Horserød), blev der for de 37 af 53 (svarende til 70 %) fundet en klar reduktion i stofforbrug, stofbelastning og illegale aktiviteter seks måneder efter løsladelsen (se Dahl & Pedersen 2006:55). Eksempelvis reduceres illegale aktiviteter fra 13 dage den sidste måned før afsoning til fire dage den sjette måned efter løsladelsen (nogenlunde det samme resultat, som når en aktiv heroin-afhængig indskrives i metadonbehandling). Forbruget af heroin reduceres fra 8,2 dage (måneden før afsoning) til 2,2 dage (sjette måned efter løsladelse). I øvrigt forudsiger forskellige psykiske belastninger og en historie med overgreb manglende reduktion i forbruget af illegale stoffer. Også hos mændene i behandling for deres stofmisbrug i fængsel fandtes der en reduktion af stofforbrug og kriminalitet. De er dog helt usammenlignelige med kvinderne, idet de i langt højere grad fortsat bor i kontrollerede boformer efter deres afsoning på behandlingsafdelingen. Det kan konkluderes, at kvinder profiterer af såvel substitution som stoffri behandling. Kvinder i substitutionsbehandling ser ikke ud til at profitere mere end mænd, hvad angår stof- og kriminalitetsreduktion. Til gengæld

profiterer de måske mere af stoffri behandling end mænd. Om dette resultat kan genfindes, undersøges i øjeblikket af Center for Rusmiddelforskning.

Som det er fremgået, er kvinderne ikke mindst mere belastede end mændene på visse sociale, psykiske og fysiske områder. Man kunne derfor forestille sig, at kvinderne havde større effekt på de områder, hvor de er mest belastede. For metadongruppens kvinder ser dette ikke ud til at være tilfældet. Således reduceres den sociale og psykiske belastning hos såvel mænd som kvinder, der deltager i udvidet psykosocial støtte, mens den ikke reduceres for hverken mænd eller kvinder i standard-substitutionsbehandling. Fysisk belastning målt med EuropASI reduceres ikke for hverken kvinder eller mænd, men EuropASI som måleredskab er på dette område næppe nuanceret nok.

Hos de kvinder, der var i stoffri behandling, kunne der identificeres en klar reduktion i social og psykisk belastning for dem, der fortsat var stoffri (og dem var der, som tidligere nævnt, flere af end mænd). Kvinderne havde såvel før som efter udskrivning hyppigere end mænd en partner, som de boede sammen med. Denne partner var efter udskrivningen hyppigere eks-/ikke-misbruger. Der kunne identificeres en meget stærk sammenhæng mellem samlevers stof-status og stoffrihed 6 og 12 måneder efter afsluttet stoffri døgnbehandling. De, der levede med eks-/ikke-misbruger, var langt hyppigere stoffri 6 og 12 måneder efter afsluttet forløb. Kvinderne havde efter behandlingen også hyppigere kontakt til børn og havde mere kontakt til sagsbehandler og misbrugskonsulent. Kvinderne rapporterede da også i højere grad end mænd, at de blev i behandlingen pga. partner, børn og familie. Om kvindernes anderledes netværk og motivation er årsagen til, at de klarer det bedre efter udskrivningen, kan ikke besvares entydigt.

Det kan konkluderes, at psykiske og sociale problemer – ikke mindst i form af selvmordsforsøg og selvmordstanker, en forhistorie der inkluderer fysiske, psykiske og seksuelle overgreb og et samliv med en aktiv stof/alkoholmisbruger – alle er væsentlige variable til forudsigelse af prognosen for et behandlingsforløb. Nogle af de samme sammenhænge findes i øvrigt hos kvinder i alkoholdøgnbehandling. Sammenhængene kan dog tænkes i nogen grad at være afhængige af alder og social status.

*Behandlingsmodeller:* Profiterer nogle kvinder af bestemte typer behandling? At kvinder skulle profitere af bestemte terapeutiske metoder (fx Minnesota, kognitive modeller, socialpædagogiske modeller mm.) er der ikke meget, der tyder på – hverken nationalt eller internationalt. Ikke desto mindre blev der i forbindelse med undersøgelsen af den stoffri behandling fun-

det, at kvinder, der var indskrevet på døgninstitutioner, hvor der var en rimelig ligelig fordeling mellem mænd og kvinder, og hvor der ikke var seksualitets- og pardannelsesforbud, langt hyppigere gennemførte behandlingen. Dette ses i nedenstående tabel:

**Tabel 4. Behandlingsmodeller og kvinders gennemførelse af et døgnbehandlingsforløb**

	Kvinder der gennemfører	Kvinder indlæggelsestid
1) Intet eller med ringe seksualitets- og pardannelsesforbud. Lige fordeling af kvinder og mænd	35 af 64 = 55 %	276 dage
2) Kønsopdelte institutioner	20 af 77 = 26 %	153 dage
3) Blandede institutioner med seksualitets- og pardannelsesforbud	5 af 26 = 19 %	198 dage

a) Forskellen mellem gennemførelse af behandlingen for de tre behandlingsmodeller er signifikant med  $p=.001$ .

b) Forskellen på indlæggelsestid for de tre behandlingsmodeller er signifikant med  $p=.0003$ .

Som det ses i tabellen, gennemførte 55 % af kvinderne, der var indskrevet på døgninstitutioner med lige fordeling af mænd og kvinder og hvor der var intet eller ringe seksualitets- og pardannelsesforbud. Måske fordi disse institutioner mere lignede "en familie" og var mere fokuseret på de "bløde" værdier.

De samme resultater kan ikke udledes i metadongruppen. Det væsentligste resultat fra denne undersøgelse var, at kvinders sociale og psykiske belastning blev reduceret ved udvidet psykosocial støtte, hvor der a) var en tættere og mere tilgængelig kontakt til behandlerne, som bl.a. inkludere flere samtaler og mere hjælp til at overholde aftaler og holde møder med systemerne (behandlerne gik ofte med), og b) fysiske rammer, hvor stofmisbrugerne kunne være sammen med hinanden i løbet af dagen og deltage i forskellige typer aktiviteter.

Særlig kontrolorienterede modeller ser altså ikke umiddelbart ud til at være gode til at reducere kvinders særlige problemer. Ikke desto mindre fandt vi i Metadon-projektet fra 2002–5 (Pedersen 2005), at kvinder oftere end andre blev afkrævet urinprøver til kontrol af deres sideforbrug af illegale stoffer ( $p<.01$ ). Dette kan skyldes særlige forsørgelsesforpligtelser, men der er intet, der tyder på, at denne form for kontrol havde nogen gavnlig indflydelse på hverken at reducere stofforbruget eller kriminaliteten eller reducere den psykiske, fysiske eller sociale belastning.

*I dag:* Der findes i dag kun meget få tilbud særligt rettet mod de kvindelige stofmisbrugere. Dette på trods af at denne gruppe har særlige problemer, der ikke mindst kan knyttes til overgreb, prostitution, samlivsforhold (og de mangeartede problemer dette medfører) og forsørgelsesforhold (herunder ikke mindst inkluderende børn). Ofte forsvinder kvinderne i mængden. På nogle stoffri døgninstitutioner er der således ikke sjældent 1–3 kvinder, der behandles sammen med 12–15 mænd. En sådan fordeling er klart uhen-sigtsmæssig, og vi ser da også, at kvinderne på disse døgninstitutioner hyppigere forlader behandlingen, end de gør på døgninstitutioner, hvor fordelingen er mere hensigtsmæssig. Præcis den samme fordelingsproblematik findes i den ambulante behandling. Kvinder kan derfor også i den ambulante behandling meget nemt forsvinde i mængden og slet ikke blevet set med de særlige problemer, de måtte have.





## **5. Vejen til stofmisbrug er brolagt med ....**

### **En kvalitativ analyse af danske data med særligt fokus på kvinder**

I det forrige kapitel er kønsforskelle i forskellige stofbehandlingspopulationer analyseret på baggrund af kvantitative data. I den følgende analyse af danske data og narrativer fra kvalitative personinterview vil der blive sat fokus på nogle af de temaer, der i den internationalt publicerede litteratur er blevet trukket frem som eksempler på, at brug/misbrug af rusmidler har en kønnet dimension. Analysen er bygget op omkring behandlingsindsikre stoffbrugeres erfaringer med og perspektiver på stoffbrug, herunder deres fortællinger om omstændighederne omkring stoffbrugets start og dets udviklingsmønstre samt de oplevede konsekvenser heraf.

De temaer, der vil blive adresseret og udfoldet med baggrund i danske kvalitative data, handler blandt andet om, hvordan vejen ind i et stoffmisbrug har formet sig for mænd og kvinder; om der er noget, der i særlig grad kendetegner kønsrollemønstret og relationerne mellem køn blandt stoffmisbrugere, herunder i stoff- og stoffbehandlingsmiljøerne og i så tilfælde, hvad det betyder, og hvilken rolle det spiller. Herudover vil spørgsmålet om graviditet og misbrug blive trukket frem som eksempel på et felt, hvor køn eller rettere kvindekøn er genstand for særlig bevågenhed og indsats fra myndighedernes side. Fokus er rettet mod de problemer, som kendetegner de mest belastede kvinders situation.

### **5.1 Metode og data**

Kvalitative og i særdeleshed etnografiske undersøgelser adskiller sig fra de kvantitative – dels ved deres eksplorative tilgang og stræben efter at udforske og afsøge et felt i detaljer uden at lade sig begrænse af forudgående antagelser og kategorier – dels ved deres metoder, som inkluderer observationer, deltagelse og interview (åbne, semi-strukturerede, gruppe) samt inddragelse af relevante dokumenter og skriftlige materialer etc. Inddragelsen af sådanne forskellige typer data sker blandt andet med henblik på at identificere ligheder og forskelle, mønstre og variationer i mønstre samt etablere forbindelser mellem data på forskellige niveauer. Afgørende for den etnografisk orienterede tilgang er således den, at omgivelsesfaktorer, fx den kulturelle, sociale, økonomiske, lovgivningsmæssige, politiske, institutionelle kontekst, betragtes som havende lige så stor (eller større) betydning for et givet fænomen – her illegalt stoffbrug og behandling – som de individer og grupper, der repræsenterer fænomenet ved at være involveret i et

illegalt stofbrug og på den baggrund bliver målgruppe for regulering og interventioner.

Det relativt omfattende datamateriale, som danner grundlag for analyserne i dette kapitel, består af udskrevne livs- og behandlingshistorie-interview med mænd og kvinder i stoffri behandling. Interviewene er indsamlet i forbindelse med de følgende undersøgelser: stoffri døgnbehandling (Dahl 1999; Pedersen 2000); substitutionsbehandling primært med metadon (Pedersen 2001; Dahl et al. 1999) og motivations- og stoffri behandling i Vestre Fængsel og Horserød Statsfængsel (Dahl & Pedersen 2006) samt behandling til gravide med misbrugsproblemer (Dahl & Hecksher 2007). Fra denne interviewdatabase er udvalgt og anvendt data fra interview med 30 mænd og 66 kvinder, fordelt på nedenstående grupperinger:

<b>Interview</b>	<b>Mænd</b>	<b>Kvinder</b>
Stoffri døgnbehandling	15	10
Metadonbehandling	15	15
Stofbehandling i fængsel	-	15
Gravide	-	26
<b>*I alt</b>	<b>30</b>	<b>66</b>

\* De mandlige undersøgelsesdeltagere har på interviewtidspunktet været mellem 22 og 53 år. Kvinderne mellem 19 og 52 år.

Udvælgelsen af interview, der som sagt har været fokuseret på de enkelte undersøgelsesdeltageres livs- og behandlingshistorie, er sket ud fra følgende kriterier:

- brug af opiatere (morfin, heroin) i minimum 5 år, langt de fleste har haft et misbrug i mere end 10 år og op til mere end 30 år
- deltagelse i interview to gange med minimum 1 års mellemrum
- aldersspredning (repræsenterer deltagere født i 1950'erne, 1960'erne og 1970'erne).

Således baserer data sig på i alt 70 livshistorieinterview samt opfølgningsinterview primært fokuseret på behandlingserfaringer, repræsenterende 30 mænd og 40 kvinder.

Herudover indgår de 26 interview fra undersøgelsen af gravide med stofproblemer, dog uden at deltagerne herfra nødvendigvis lever op til de nævnte kriterier, da der kun er foretaget et enkelt interview med deltagerne i denne undersøgelse. Det betyder dog, at også de helt unge kvinder indgår i analysedataet, idet ni er født i 1980'erne. Kvinderne i den pågældende undersøgelse har alle på nær en enkelt haft et misbrug af illegale rusmidler, heriblandt af heroin, de fleste i mere end 10 år, ligesom de fleste forud for graviditeten har været i en eller anden form for stofbehandling.

Endelig udgør deltagerobservation, omsat til feltnoter, fra de behandlingsmiljøer og andre steder, hvor stofbrugere samles og færdes, og hvor data er indsamlet, en form for valideringsbasis af interviewpersonernes oplysninger, synspunkter og narrative fortællinger. Den etnografisk baserede tilgang til data giver adgang til indsigt i nuancer og i dybden frem for i bredden, hvilket den kvantitative model til gengæld formår, som vist i foregående kapitel.

I sammenligning med kvantitative undersøgelser baserer kvalitative undersøgelser sig typisk på et begrænset og langt mere beskedent antal undersøgelsesdeltagere end de kvantitative og tillægges af den grund ikke samme repræsentative styrke. Dette udelukker dog ikke, at kvalitative undersøgelser ikke skulle være i stand til at udsige både noget specifikt og generelt om særlige kategorier, emner, temaer og tendenser – eller at pege på hidtil underbelyste forståelser og sammenhænge ved fx som i det følgende at tage udgangspunkt i brugernes oplevelser og perspektiver på stofbrug, behandling og omverden.

Fokus på kategorierne mænd og kvinder i stofbehandling betyder, at forskelle kvinder og mænd imellem risikerer at blive 'overdøvet' af de generaliseringer som såvel statistiske opgørelser som kvalitative beskrivelser resulterer i. Den følgende analyse er ikke nogen undtagelse, selvom formidlingen af de tendenser, der ses i det kvalitative materialet, forsøges malet med andre penselstrøg end i det forrige kapitel, hvor antal og procenter konsekvent er benyttet til sammenligning af specifikke grupper. Således trækkes tendenser og sammenligninger i dette kapitel op med anvendelse af betegnelser som 'de fleste', 'mange', 'nogle få', de yngre/ældre osv. Dog fastholdes den samme kategorisering af kvinder i tre overordnede grupper: metadon, døgnbehandling og fængsel, som angiver det behandlingstilbud, deltagerne var i ved første interview. Over tid har de fleste bevæget sig ind og ud af forskellige behandlingstilbud. I nærværende materiale repræsenteres ophør af stofbrug særligt ved den gruppe kvinder, som i forbindelse med graviditet havde et brug af forskellige rusmidler.

## **5.2 Kønnede veje ind i stofbruget**

Som kategori udgør danske klienter i stofmisbrugsbehandling en heterogen gruppe i forhold til køn, alder, antal år i misbrug osv. Fællesnævneren er erfaringer med et illegalt stofbrug, som har medført, at der søges hjælp i/tages mod tilbud fra behandlingssystemet. Dette gælder også deltagerne i denne del af undersøgelsen, hvor langt de fleste har været i behandling for opioid- og blandingsmisbrug.

Som nævnt i litteraturgennemgangen af forskning vedrørende rusmidler, køn og behandling (kapitel 3), er der konstateret forskelle på mænd og

kvinders vej ind i et stofmisbrug. Dette finder bekræftelse i det danske datamateriale, hvor der ses en overordnet tendens til, at mænd er blevet introduceret til illegale stoffer af mandlige venner og bekendte, hvorimod kvinder langt overvejende har stiftet bekendtskab med de illegale stoffer gennem mandlige partnere, kærester og ægtefæller.

En kodning af de kvalitative interview og narrativer omhandlende 'hvornår og hvordan misbruget begyndte og udviklede sig' tegner et klart kønnet mønster, som det her skal foldes ud med inkludering af nogle af de detaljer og sideoplysninger, som disse fortællinger også indeholder.

Kort resumeret er både mænd og kvinder blevet introduceret til illegale stoffer gennem mandlige relationer. Samme klare tendens ses i forhold til introduktionen til intravenøs indtagelse.

### *5.2.1 Hvad kendetegner de mandlige stofmønstre? Stofdebut og de tidlige erfaringer*

For mændenes vedkommende er de tidlige erfaringer med stoffer foregået enten i kammeratskabsgrupper med jævnaldrene drenge/unge mænd eller i grupper med lidt større aldersspredning, fx sammen med egne eller kammeraters ældre brødre eller venner eller med andre unge mænd på en af de institutioner, ungdomspensioner, ungdomsfængsler etc., som især mange af de mandlige interviewpersoner har været omkring eller anbragt på i drenge- og teenageårene.

Mændenes beretninger om deres første møde med stofferne og måden at bruge dem på bærer præg af, at det i mindre grad var stofferne i sig selv, der var dragende, men at de snarere indgik som en del af samværet og de aktiviteter, som foregik i de grupper og kredse, de færdedes i.

Kendetegnende for de fleste af mændenes beskrivelser er, når de erindrer sig de tidlige år med stofferne, at de forbindes med handling, eksperimenteren og udfordringer af hinanden, spænding ved det forbudte, sjov og ballade. Dette på trods af, at der ofte har ligget nok så mange problemer bag, som det også fremgår af de følgende citat-udpluk med tre mandlige metadonklienter født i hvert deres årti:

#### *Mand 1953, metadonklient*

Jeg er årgang 53, og det startede i 66- 67, helt tilbage dengang da jeg røg på den hersens institution for uvorne knægte, og da var det jo morfin, da var det apotekerne og senere, da var det jo opium ude på markerne og paki-piller. Hold op en tid, der skete bare noget (...).

Det var dengang, der ikke var pædagoger, vi havde stadigvæk funktionærerne, og det var bønderkarle eller bønder og håndværkere, som blev ansat på børnehjemmene eller på anstalterne som et bierhverv, og

de fattede ikke, hvad vi havde gang i. Også fordi i begyndelsen kunne de slet ikke forstå de dersens narkoproblemer (...).

Så smuttede vi jo derfra om natten, tog på bræk og apotekerbræk. Hvis vi blev opdaget eller taget af politiet, så blev vi bare kørt tilbage, og så var det to måneder igen på den lukkede afdeling, der var ingen udgang (...).

Vi havde nogle leverbetændelsesepidemier... altså vi blev jo nødt til at dele én sprøjte, ikke – og det var så svært at få den ind på den lukkede afdeling, men på den åbne afdeling kunne man altid få det. Da jeg var femten, blev jeg indlagt på Middelfart Statshospital med gulsot ba-bu, ba-bu og lå der i tre uger. Og jeg havde bare abstinenser, og jeg fortalte dem det, men det mente de, jeg var for ung til, Herre Jemini! Ja, jeg har oven i købet i mine papirer fra den tid til at stå, at jeg led af ungdomssløvsind. Sløvsind! Der var sgu bare gang i mig (...). Men det skal også siges, det var en fantastisk tid tresserne. Kors i kahytten det var spændende, og vi holdt sammen dengang, det gjorde vi.

#### *Mand 1964, metadonklient*

Vi var jo den her flok drenge hjemme fra gaden, der ikke kunne sidde stille i skolen, og som konstant skulle ned og stå ret for skoleinspektøren, og nogen på kassen fik vi da også, og svederne... dem smuttede vi bare fra. Så blev den ene smidt ud af skolen og så den anden. Jeg holdt til midt i 8., så havde de også fået nok af mig.(...).

Og vi skulle jo prøve livet, vi skulle prøve det hele, og penge skulle der også til. Der var drøn på os, det var der (...).

Det med sprøjten skulle vi selvfølgelig også prøve, det var jo klart. Men der gik da flere år, hvor det var sådan noget med, at vi på en uge tog to eller tre skud, særlige lejligheder, hvor vi sad og koksede sammen (...).

Hvem lærte os at lege med forbudte stoffer? Jeg fik vel egentlig skyld for, at det var mig, der slæbte det til skolen. [Min onkel] havde startet lidt forretning med hash og lidt. Og jeg fik lov at ryge med, når de sad der, og så følte man sig også lidt større, end man i virkeligheden var, lidt voksen, ikke. Det var sådan, jeg lærte alle de garvede at kende.

#### *Mand 1976, metadonklient*

Jeg tror, det var fordi, at jeg så det som en spænding. Jeg havde det ikke godt med skolen, det var kedeligt, og jeg havde svært ved at koncentrere mig, stadigvæk er jeg ikke god til at læse og skrive, og det fik jeg jo ballade for. Vi fik det måske også sat op lidt mærkeligt, da vi

skulle lære noget om stoffer. Først der så vi en film om nogen, der sad og skød sig selv [injicerede], og så viste de noget fra Christiania eller noget, hvor de sad, du ved, rundt om et bål, og hvor de sad og tog stoffer. Og så en uge efter så kom der en betjent, og han stillede sådan en mappe op med alle mulige stoffer i og fortalte, hvad det var. Og det var det eneste, vi så. Og det var jo blevet skide spændende for mig og nogle af de andre knejter, så der gik ikke mere 14 dage, så havde jeg købt noget hash. Så skulle vi prøve det (...).

Den hashtid var god, mand. Vi hyggede... i flok, hjemme hos hinanden, hørte musik og ... Det udkød... nej, det måske ikke skød vores alkoholdebut, men vi ville hellere ryge end drikke, det var ikke bare mig. Dengang altså, fordi nu... der har det også taget lidt overhånd (...)

Så der omkring de 18-19 år, så skulle de andre ting prøves, ikke... Der skulle lidt mere fart på: speeden [amfetamin] og kokain, selv om det var meget dyrere dengang og ikke så let at få fat på som nu. Men ecstasy, nej tak! Speed og så kokain, yes! Så kørte det hurtigt og lidt for hurtigt, for mig i hvert fald. Mine kammerater kunne ikke følge med, og så fandt jeg nogle nye, dårlige venner. Det var virkelig et skidt miljø, jeg kom ind i der (...) Jamen, så var jeg jo hooked, og så var det heroin.

Karakteristisk for mændene generelt og disse tre mænd specifikt er, at deres eksperimenter med og brug af forskellige illegale stoffer er startet i en ret ung alder og sammen med andre drenge eller unge mænd. Måden, som introduktionen til og brugen af stofferne omtales på, viser, at der på den ene side er stærke elementer af nysgerrighed, udforskning, aktivitet, foretagelse og fællesskab forbundet med debuten og den tidlige brug. På den anden side informerer disse fortællinger også om utilpassethed og problemer i hjemmet, i skolen, men også i forhold til loven. Sidstnævnte tendenser synes massivt gennemgående i interviewene med mændene, ikke mindst for dem, der har påbegyndt deres brug af illegale stoffer i en så ung alder som de tre, der her er refereret.

Blandt dem, der først senere er blevet introduceret til de hårdere stoffer – de fleste omkring 18-20 års alderen, de færreste senere end 25 år – synes der at være en tilbøjelighed til, at nysgerrighed, rastløs aktivitet og spænding som del af attraktionen ved stofferne er betydeligt minimeret. Det sociale, herunder indtagelsen af stoffer sammen med venner, ser dog ud til at spille samme væsentlige rolle. Det, der derimod hyppigere nævnes af de lidt ældre debutanter, er oplevelsen af, at stofferne på den ene side løsner op for generthed og vanskeligheder med at begå sig blandt andre, på den

anden, at det lagde en dæmper på uro og rastløshed og/eller fjernede følelsen af 'ikke at være rigtig', 'at være anderledes'. Sidstnævnte oplevelse har dog ikke nødvendigvis været befordret af stofferne alene, men snarere ved at finde sammen med nogle, hvor de følte sig accepteret som de personer, de nu engang var: "Vi var jo alle sammen nogle outsiders, ikke også... 'men sammen var vi stærke', som de også siger i NA." (Mand 1968, i døgnbehandling).

Eksempler på de lidt ældre mandlige debutanters større vægt på, hvordan de via stofferne oplevede, at det dæmpede uro og 'livssmerter', styrkede selvfølelsen og hjalp til at overvinde hæmninger, lyder fx sådan:

#### *Mand 1965, metadonklient*

Jeg begyndte at junke, da jeg var omkring 19, fordi vi var sådan en gruppe af unge mennesker, som var begyndt at holde til nede bag byen, nede ved åen. Der stod en masse skurvogne, gamle isvogne og sådan, og så sad vi inde i dem og sniffede, røg hash og sådan. Men så var der én en dag, han var lidt ældre end os, og sådan en der blev set lidt op til, og han havde taget de rigtige varer med [heroin], og han vidste også, hvordan man skulle bruge nålen. (...)

Bagefter så tænkte jeg: 'Nå, endelig har du fundet dit stof', og dermed ment, at jeg havde fundet noget, som jeg kunne tage og så glemme verden udenfor. For jeg kunne simpelthen ikke klare verden udenfor på grund af, hvad jeg har fortalt dig tidligere om min barndom med at blive moppet og gå i gammelt tøj og skolen i det hele taget og sådan noget der. Det har jo hængt på mig i hele skoletiden, og altså hver gang jeg gik forbi nogen inde i byen og sådan noget, også efter jeg var gået ud af skolen... Altså bare de fnisede lidt, så var jeg jo sikker på, at det var mig, de fnisede af, og der kommer ham med den skøre mor osv. osv. osv. Og så da jeg prøvede det der så... uh-ha, så var der ikke det, jeg ikke turde.

#### *Mand 1966, døgnbehandling*

Jeg fandt jo ud af, at jeg blev mere udadvendt, når vi tog noget amf... det gjorde sådan, at jeg kunne snakke med folk og sådan noget, ikke, og jeg var ikke så bange for at tage med, hvor der var mange mennesker (...).

Og det var på det tidspunkt, der begyndte vi tage ind til Vejle og gå på diskotek. Selvom jeg altid har holdt igen med alkohol, for der havde jeg jo fået en rollemodel til, hvordan jeg ikke skulle være, det var jo det, der smadrede min far og vores andres liv, så fandt jeg ud af, at med lidt øl eller sprut og sådan oveni, så kunne jeg jo føre mig frem...

Jeg kunne endda finde på at byde en dame op til dans. Det havde jeg jo aldrig turdet før, vel (...)

Det var nogle gode år den tid, og jeg kom også i lære og klarede det godt, ja, indtil det ramlede, altså... ellers sad jeg jo heller ikke her. Som jeg ser det, så var det ok med speed og hash og det andet, men heroinen, ikke, den skal der danses med 24 timer i døgnet, og det er der ingen, der kan holde til i længden.

En kort opsummering af mændenes begyndende misbrugskarriere er givet ved at skelne mellem dem, der prøvede hårde og vanedannende stoffer allerede i 12-14 års alderen, og dem, der (først) startede med disse stoffer i 18-20 års alderen eller senere. Hash har været inde i billedet for de fleste mænds vedkommende, før de udviklede et problematisk eller afhængighedsbaseret brug af opioider eller heroin, som har været primærstof for samtlige de interviewede mænd i denne undersøgelse.

I de perioder, hvor morfin eller heroin har været det centrale stof, har hash, alkohol (stærke øl) og amfetamin typisk spillet en minimal rolle, men er så til gengæld og i forskellig grad blevet aktualiseret i forbindelse med metadonnedtrapninger og/eller længerevarende metadonbehandling. Dette mønster ses også i forbindelse med nerve-/sovemedicin, som for mændene først især synes at begynde at glide ind som mere fast bestanddel i et blandingsemisbrug efter en årrække, for mange først efter de er kommet i metadonbehandling. Det er således en udpræget tendens, at når den første tids lettelse over at modtage daglig abstinenslindring har lagt sig, så (gen)indfinder sig også trangen til rus, godt hjulpet på vej af kedsomhed, lediggang og inaktivitet. Dette synes også at give grobund for eksperimenter med at 'booste' virkningen af metadonen med blandt andet benzodiazepiner eller andre benzodiazepin-lignende stoffer. Også hash og alkohol samt amfetamin og kokain indgår hyppigt i metadonmodtageres stofbrug. For manges vedkommende bliver disse 'tilskud' et dagligt eller et næsten dagligt mønster, for andre om end de færreste i dette materiale indgår illegale stoffer i et mere reguleret forbrug, fx weekender.<sup>5</sup>

Bag fortællingerne om nysgerrigheden efter og udfordringerne ved at afprøve og bruge illegale rusmidler blandt mændene med den laveste debutalder, ligger for langt de flestes vedkommende – som det også kan skimtes i de præsenterede uddrag – nogle problematiske familie-, opvækst- og skoleforhold samt institutionsanbringelsesforhold, som har efterladt disse unge særdeles sårbare og udsatte. Fraværet af en tryk social base, fortrolig og forudsigelig voksenkontakt synes at have givet grundlag for, at et alterna-

---

<sup>5</sup> Se fx Dahl 2007; 2008 baseret på en undersøgelse af metadonbrugeres hverdagsliv med fokus på deres oplevelse af behandlingen.



tivt socialt fællesskab er blevet etableret i kammeratskabsgrupper bestående af andre unge i samme eller lignede situation som dem selv. Småkriminalitet af diverse art har i den forbindelse været en del af aktiviteterne, uden at det eksplicit har handlet om stoffer eller at skaffe penge til stoffer. De lidt ældre debutanternes sociale baggrund synes dog ikke at adskille sig syn-derligt fra de tidlige debutanternes, bortset fra at de ofte har gået længere tid i skole, og at kriminalitet først er blevet aktualiseret i forbindelse med deres illegale stofbrug. Både de yngre og lidt ældre debutanter har generelt haft begrænset eller ingen kontakt til arbejdsmarkedet.

Langt de fleste af mændenes opvæksthistorier er således præget af svigt, mistroivsel, manglende overskud i egen familie, forældres misbrugsproblemer og/eller psykiske problemer, autoritære og temperamentsfulde fædre, vold i hjemmet, fysisk afstraffelse etc. Anbringelser uden for hjemmet – ofte i skiftende plejefamilier og på institutioner – har som nævnt også været en del af mange af disse mænds opvækst.

De fleste af mændene betegner i tilbageblik den tidlige periode med stof-ferne som begivenhedsrig og overvejende positiv. Flere beskriver denne tid med henvisning til en oplevelse af frihed og frigørelse og/eller i retning af en slags manddomsprøve – blandt andet i forhold til at klare sig selv mod en afvisende eller fjendtlig indstillet voksen- og omverden og med de udfor-dringer og spændinger, det indebærer at være på kanten af samfundet og på kant med loven. Eksperimenterne med rusmidler og den tidlige udforsk-ning og brug af rusen kan således siges at være led i en slags modstands- og frigørelsesstrategier, men er også kendetegnet ved at være foregået i en un-der-skudssituation. Den eufori og det psykiske velvære, som især forbindes med de første eksperimenterende års brug, bliver tiltagende afløst af behø-vet for at 'slukke' og 'komme væk fra sig selv'. Mænd giver dog ofte – og så efter at deres brug er blevet problematisk og afhængigt – udtryk for, at de også i voksenalderen stadig sætter pris på at indtage stoffer i sociale sammenhænge og dermed sammen med andre, hvilket forholder sig noget anderledes med kvinder, som det skal vises senere.

Generelt synes mændene i interviewmaterialet at have eksperimenteret med forskellige stoffer over længere perioder end kvinderne, inden de vil karakteriserer det som et problematisk eller decideret afhængighedsbaseret brug. Alligevel synes de tidligere i misbrugsforløbet end kvinder at begyn- de at overveje behandling og også konkret tage kontakt med behandlings- systemet, og langt de fleste med det formål at blive stoffri. Dette til trods har indskrivning i behandlingssystemet for størsteparten været starten på en lang behandlingskarriere. Det, der skulle være en metadonnedtrapning, er ofte gledet over i metadonvedligeholdelse, måske afbrudt af døgnbehand-

ling og/eller fængselsafsoning, og med kortere eller længere stoffri perioder.

### *5.2.2 Hvad kendetegner de kvindelige stofmønstre? Stofdebut og de tidlige erfaringer*

I lighed med det billede, der er blevet tegnet i den tidligere omtalte forskningslitteratur, er kvinderne i denne undersøgelse blevet introduceret til illegale stoffer af mænd, i langt de fleste tilfælde af kærester og ægtefæller, i sjældnere tilfælde af brødre eller mandlige venner. I sammenligning med mænd er kvinders heroin- og injektionsdebut generelt sket senere og som oftest først i løbet af 20 års alderen. Blandt de yngre kvinder i materialet, født efter 1975, er der ikke desto mindre flere, der har påbegyndt intravenøst brug i 14 -16 års alderen.

Som i mændenes tilfælde har heroin yderst sjældent været det første illegale stof, kvinderne har prøvet. Således har det for de ældste kvinder fra 1950'erne generationen typisk været illegal morfin og morfinlignende stoffer og til dels amfetamin, for 1960'erne og 1970'erne generationerne har det typisk været hash og/eller amfetaminpræparater. For langt størsteparten af de yngre og yngste kvinder (under 30) har hash eller amfetamin været debutstofferne. I denne gruppe er amfetamin, kokain og i mindre omfang ecstasy blevet beskrevet som del af et 'festforbrug'. Mens en betydelig del af mændene havde eksperimenteret med lsd, psilocybinsvampe og andre hallucinogener, havde kun de færreste kvinder i denne undersøgelse haft mod på at prøve disse stoffer med henvisning til venner og bekendtes beretninger om de potente og uforudsigelige virkninger.

Kvindernes fortællinger om brug af amfetamin fortjener en kort omtale, idet de hyppigt fremhæver en særlig eftertragtet effekt, som ingen af mændene har berørt. Amfetamin, der efter 2. verdenskrig og op gennem 1950'erne under navnet 'ferietabletter' eller 'pep-piller' blev en ret populær stimulans i visse dele af befolkningen og ikke blot i såkaldte misbrugskredse, var herhjemme omfattet af narkotikaloven fra 1953. Forskellige amfetaminpræparater kunne imidlertid fås i håndkøb over store dele af Europa. I 1970'erne fandt mange unge kvinder det desuden velegnet som slankemiddel (appetithæmmende og energigivende) og fik det dels ordineret, dels blev det erhvervet fra folk, der havde været i udlandet eller såmænd blot over grænsen til Tyskland. Mange af de unge kvinder i denne undersøgelse har således i særlig grad fremhævet de sultdæmpende og overskudsgivende egenskaber som attraktionen ved amfetamin – med og uden samtidig brug af alkohol. Ligeså har mange kvinder, der efter en periode i døgnbehandling (såvel i som udenfor fængsel), og som i den forbindelse ofte øger deres vægt, talt om eller spøgt med, at de efter behandlingsophør/løsladelse kun-

ne overveje at benytte denne effektive kur for at smide det, de betragtede som overflødige kilo. Også blandt en del af de ældre kvinder i metadonbehandling tjener amfetamin jævnlige eller periodevis som både opkvikkende og appetitdæmpende middel.

Der er i det hele taget nogle tendenser i interviewdata vedrørende kvinders debut, debutstoffer og stofbrug, som udviser større individuelle variationer og mønstre end for mændenes vedkommende, hvilket skal søges udredt i det følgende. Det handler dels om, at mange kvinder i lighed med mændene, som det også er nævnt, har brugt andre rusmidler, inden heroin bliver en del af deres brug, dels om deres måde at bruge stofferne på, hvor, hvorfor, hvordan og sammen med hvem.

Forud for det, vi her har betegnet som stofdebut – underforstået at der er tale om starten på et brug af illegale stoffer, har temmelig mange af kvinderne stiftet bekendtskab med og haft et regelmæssigt brug af psykoaktive stoffer i form af lægeordineret medicin. Det drejer sig især om smertestillende, beroligende og nerve-/sove medicin, som ikke nødvendigvis har været udskrevet til kvinden selv. En del af kvinderne er i en ret ung alder (10 - 14 års alderen) blevet introduceret til disse lægemidler af kvindelige slægtninge, især mødre og mormødre.

#### *Kvinde 1960, motivationsbehandling i fængsel*

Den dag i dag ved jeg ikke, hvad det præcis var jeg fik, men når jeg var hos min mormor, så lavede hun altid varm mælk med honning og knuste en pille og kom i. Og så sad vi på sengekanten og drak det: 'Så kan vi sove rigtig dejligt,' sagde hun altid... så kan vi sove dejligt, ja (...).

... og jeg tænker tit på den ro, der bredte sig i kroppen, når vi lagde os ned for at sove. Det var så roligt og trygt. Og måske var det slet ikke den der pille, der gjorde det, men bare at det var så beroligende og trygt med det der ritual, og at hun passede på mig, og jeg vidste, at min far ikke pludselig kom brasende hjem og begyndte at kyle rundt med det hele. Det er sådan set også det værste ved at være herinde [i fængsel], at jeg ikke må få noget at sove på.

#### *Kvinde 1968, metadonklient*

Min misbrugshistorie? Åh ja, ha-ha! Den går mange, mange år tilbage. Min mor havde åbenbart været misbruger en del år, før end vi overhovedet ved det, mig og min søster. Og vi begyndte allerede som 12-13-årige, da begyndte hun at gå og give os sådan nogle røde piller, der hed (??), når vi fx havde menstruation eller hovedpine eller et eller andet. Så var det sådan nogen piller, hun gav os i stedet for almindelige

hovedpinetabletter, for det fik hun selv. Og de var ikke helt så uskyl-  
dige, som de så ud. Dem fik jeg det rigtig, rigtig godt af, og det havde  
jeg faktisk også brug for, men det lagde jo ligesom grunden, for jeg  
begyndte jo at rapse lidt fra hendes pilleglas. I dag har jeg det sådan, at  
skulle jeg vælge, så ville jeg beholde mine benzoer og undvære meta-  
donen.

*Kvinde 1976, stoffri behandling fængsel*

Min far forsvandt kort efter, at min lillebror blev født, og min mor  
kunne ikke klare at have os, så det meste af min barndom boede jeg  
ude hos min morfar og mormor. Hun blev kræftpatient eller var kræft-  
patient og havde været det i mange år. Så begyndte hun at få ketoga-  
ner, og det var så den type medicin, hun gav mig, når jeg havde ho-  
vedpine eller menstruationssmerter. Og på den måde er jeg jo lang-  
somt blevet trukket ind i det der... ufrivilligt, ikke.

*Kvinde 1972, metadonbehandling*

Jeg havde jo været udsat for det der misbrug, og da jeg var de der 13-  
14 år, havde jeg det bare så dårligt med mig selv. I dag kan jeg slet ik-  
ke forstå, at der ikke var nogen, der lagde mærke til det, heller ikke i  
skolen... mine lærere og sådan, for jeg gik jo i skole, fordi det også  
var sådan en slags frirum (...)

Så da jeg begyndte at få menstruation, så sagde min mor, jeg skulle  
gå til lægen, og så fik jeg de her ... øh, det var ikke ketogan, nej, det  
var først senere (...). Nåh, men der fandt jeg ud af, at de ligesom kun-  
ne fjerne den der smerte, den der fornemmelse af at jeg var ved at  
drukne eller blive kvalt.

Mens en del af de kvinder, som vi har interviewet, således er blevet præ-  
senteret for en særlig type rusmidler i form af lægeordineret medicin af næ-  
re kvindelige familiemedlemmer, har andre (også) fået de samme midler  
udskrevet til sig selv ved henvendelse til deres læge i den tidlige ungdom.  
Kendetegnede for disse kvinder er, at deres tidlige rusmiddeloplevelser ik-  
ke bare er udløst i forbindelse med indtagelse af legale medicinske præpa-  
rater, men også ud fra medicinsk begrundede årsager, som helt specifikt er  
forbundet med kvindekroppens biologiske processer og psykiske tilstand.

De fleste af de kvinder, der har udviklet et misbrug af illegale stoffer  
uden at have været omkring medicinske præparater, har også i særlig grad  
fremhævet de illegale stoffers lindrende virkninger på krop og sjæl, selvom  
det ikke umiddelbart var psykisk lindring, de søgte, da de prøvede stoffer-

ne. Som oftest er det blot sket, fordi de nu engang var tilgængelige og blev brugt i de nære omgivelser, som det kan ses i dette eksempel:

*Kvinde 1978, stoffri behandling i fængsel*

Jeg kommer fra en sådan en familie, hvor kommunen altid har været inde over, byen var jo ikke så stor, så... Jeg fik tæsk som barn, min bror var misbruger, og da jeg var omkring 12, begyndte jeg også at komme i de kredse, hvor folk tog piller og amfetamin og kokain. Det var så også grundene til, at de valgte at smide mig på efterskole, eller jeg fik valget om efterskole eller plejefamilie efter 9. klasse (...).

Da jeg var 16, kom jeg så på efterskole oppe i Thy, og de giver mig en ny cykel og 1100 kroner om måneden i lommepenge. Frøstrup-lejren ligger halvanden kilometer væk, og jeg skulle holde op med at ryge hash, så det hjalp jo ikke en skid. Men jeg fik et fedt ophold på efterskolen, selvom... ja, det endte jo så med, at jeg røg ud for at ryge hash (...).

Så mødte jeg en fyr og flyttede ind hos ham, og der begyndte jeg på heroin. Han var pusher og der manglede ikke noget (...).

Jeg har været igennem meget med den der kommune. Den sidste gang, de snakkede plejefamilie til mig, var jeg 17½ år. Lidt sent ikke... Jeg ved ikke, hvad de har haft gang i, de kendte os jo [kendte familien]. Jeg fik en ny sagsbehandler, da jeg var 15, sådan en ældre herre... og noget af det første, han siger til mig er: 'Du ender som nar-koluder'. Det fik han så ikke ret i, men tænk sig engang at sige sådan til en, man møder den første gang! Og dybest set vidste jeg jo heller ikke, hvad det var, det var jo ikke København og omegn, jeg voksede op i (...).

Min første gang i døgnbehandling var jeg 22, hvor jeg havde noget kørende med en af de eks'ere, der arbejdede der, og det var jo meget forbudt og meget hemmeligt. Men alt det der med Gud og høje magter, det var ikke noget for mig, det kunne jeg ikke bruge til noget (...).

Med denne korte omtale af omstændigheder omkring kvinders stofdebut og tidlige erfaringer med psykoaktive stoffer, er der dels peget på, at mange er introduceret til oplevelsen af medicinsk velvære af kvindelige slægtninge primært via smertestillende og beroligende præparater. Mange kvinder har desuden lært og erfaret, at stimulanser som amfetamin ikke bare giver energi og overskud, men at det også er et effektivt appetitregulerende middel. Endelig er det med ovenstående uddrag fra et interview belyst, hvordan et tidligt startet brug af illegale stoffer har udviklet sig for en ung kvinde.

De typiske elementer i denne korte beretning er en socialt belastet baggrund, tidlig eksponering for og brug af illegale stoffer og introduktion til heroin af en mandlig kæreste. I det følgende afsnit skal samspillet mellem disse aspekter yderligere belyses, blandt andet gennem fremlæggelsen af en livshistorie.

Mange af de kvindelige undersøgelsesdeltagere har talt om perioder i de unge år præget af svingende humør, generel utilpashed, usikkerhed og nedtrykthed, hvilket ikke er så ualmindeligt blandt unge. Forholdt til deres oplevelser i opvæksten er der dog som oftest mere på spil end 'almindelige teenageproblemer', som det skal handle om i det følgende.

### **5.3 Stofbrug i et livshistorisk perspektiv**

Listen over traumatiske begivenheder og episoder, som kvinderne har nævnt, når de har delt deres livshistorie med os, er lang. Overordnet handler det om uforudsigelige, voldelige eller kaotiske forhold i hjemmet, periodevis anbringelser uden for hjemmet, incest og seksuelle overgreb, forældres eller søskendes dødsfald eller selvmord. For nogle er det alene opvæksten i et hjem med en psykisk syg eller en misbrugende forældre, der har sat sine spor, men for mange har en kombination af ovenstående begivenheder været de vilkår, som kvinderne som børn og unge har måttet forholde sig til og gebærde sig under. Og for kvinderne i denne undersøgelse stopper det ikke med det. Tværtimod er det blot indgangen til en livsperiode, hvor omgangen med illegale stoffer og miljøer bringer nye fysiske, psykiske og sociale udfordringer i spil, i takt med at den enkeltes forhold til 'normalsamfundet' svækkes.

Således er det følgende koncentrerede uddrag af en livshistorie med fokus på belastende oplevelser, som skal præsenteres over de næste sider, ikke hverken ualmindeligt eller særegent i sit forløb. Det, der adskiller de individuelle livshistorier, er snarere de specifikke hændelsers start, art, opkobling og kombination. Det, der er fælles for kvinderne generelt, er fraværet af sociale og psykiske ressourcer i det nærmeste netværk.

I forbindelse med den følgende præsentation af et sådant begivenhedsforløb, skal det understreges, at der er tale om en stærkt redigeret og dermed konstrueret version af en livshistorie. Frem for en kronologisk fremadskridende fortælling består det oprindelige interview, som det er kendetegnende for livshistorier i det hele taget, snarere i en kredsen om, tilbagevendende til og uddybning af særlige episoder, temaer og situationer, hvilket kan ses som fortællerens forsøg på at skabe mening og sammenhæng både for sig selv og tilhøreren (Mattingly 1998; Good 1994). Således er den her fremlagte rækkefølge i begivenheder altså en slags rekonstruktion, og ikke – som det måske kunne opfattes – en direkte gengivelse af interviewperso-

nens opremsning af et faktuel forløb. Yderligere skal det bemærkes, at det er karakteristisk for interviewpersonerne, ligesom det kan ses i det følgende eksempel, at de generelt forholder sig nøgternt konstaterende og reflekterende til deres historier. Og selvom de godt kan være anklagende, er de sjældent klagende endsige appellerende efter medynk eller medlidenhed. De fleste kvinder har således på forskellig vis – i lighed med kvinden, hvis historie gengives nedenfor – givet udtryk for holdningen: ”Jeg kan ikke lægge skylden for mit misbrug over på andre”. Men som hun på et tidspunkt tilføjer uden dermed at bruge det som undskyldning: ”Der er selvfølgelig også nogle ting, der har gjort mig lidt mere modtagelig for at ty til de der løsninger og været med til at fastholde mig eller trække mig tilbage i misbruget.”

*Kvinde 1974, motivationsbehandling i fængsel*

Lige så længe jeg kan huske tilbage, var der ballade derhjemme. Både min far og mor havde arbejde, men når de så kom hjem fra arbejde... Jamen, hvad skal jeg sige... der var druk og vold. Min far har aldrig slået os, men de var tit i klammeri, og min mor, hun var utilregnelig, det var hun altså. Og det gik mest ud over min lillebror, selvom han... eller det var nok derfor... Altså han var altid så stille og sød, hvor jeg jo råbte op, og jeg prøvede også altid at beskytte ham, når hun gik amok. Han var altid bange og hang på mig... Han er også narkoman i dag et sted ovre på Fyn (...).

Min far dyrkede noget pot, som han solgte af. Da jeg var omkring 11-12 år, lod han mig sommetider ryge med. Det var jo ikke særligt ansvarligt af ham, vel, og min mor blev også tosset, ikke; men der begyndte jeg så at stjæle lidt af det. Det gav lidt prestige blandt vennerne også, og det var jo ikke sådan noget med at ryge hverdag og hele tiden. (...).

De blev skilt, da jeg var 12. Vi ville helst have flyttet med min far, men det kunne der ikke være tale om fra min mors side, og jeg tror heller ikke, at han kæmpede for det. Det var heller ikke meget, vi så til ham bagefter, men han fandt i hvert fald hurtigt en anden kone og fik børn og alt det der. Det var sådan set først dengang, da jeg havde været i min første behandling og var clean, at jeg tog kontakt med ham igen (...). Han drikker stadigvæk og ryger den fede, selvom han snart bliver 70 (...).

Min mor gik så i behandling, i alkohol... i Minnesotabehandling, og som 15-årig skulle mig og min bror på medafhængighedskursus, fordi hun var alkoholiker jo. Og så var vi også i nogle pårørende-grupper og sådan. Det, jeg fik ud af det, var, at jeg fik godt og grundigt prentet ind, at jeg har en medafhængig personlighed... og så lærte vi, at vi er en dysfunktionel familie. Jo tak, fortæl mig lige om det (...)

Jeg har aldrig rigtig haft veninder, men hang sammen med sådan en flok drenge, der begyndte at drikke lidt i det små og tog noget speed og kørte på knallert ind til byen [provinsby] for at lave lidt larm i gaden. (...).

Jeg har afsluttet 10. klasse og jeg har også taget en HF.(...).

Jeg flyttede hjemmefra efter skolen og havde forskellige jobs (...), og så begyndte jeg på HF. Deromkring hvor vi skulle til eksamen, gik jeg til min læge, fordi jeg var begyndt at få sådan nogle... ikke angstanfald, men jeg kunne ikke rigtig klare andre mennesker og ville egentlig helst blive hjemme under dynen. Min bror var stukket af hjemmefra, lige efter at jeg flyttede, og lige før han skulle afslutte 10. klasse. Han var begyndt at tage rigtig mange stoffer, og det gav mig dårlig samvittighed, jeg var bekymret for ham, som om det var min skyld, at han.... (...) Nå ja lægen! Jamen, jeg fik nogle stesolid, han mente, det var en depression, og det kunne også virke på eksamensnervøsitet. Og dem fik jeg smag for de stesoer der, de hjalp, og jeg fik recepten fornyet igen og igen. Men da jeg så flyttede til København og fik ny læge, så ville han ikke bare skrive ud til mig, og der kunne jeg godt mærke, at der blev jeg lidt desperat. (...).

Jeg besøgte ikke min mor ret tit, men hun ringede sommetider og var fuld og træls.(...).

Min mor begik selvmord (...) Der kom ikke ret mange til begravelsen, min bror dukkede ikke op, og så stod jeg selv med det hele. Da jeg fandt ham inde i byen, fik jeg ham til at skaffe mig nogle stesolider, det var da mindste han kunne gøre, som jeg sagde til ham (...).

Så mødte jeg manden i mit liv, på alle måder, og han havde altid dope, altså rygeheroin, og så glemte jeg alt om mine elskede stesoer, ikke. Men da der var gået nogle måneder, der fandt jeg en sprøjte i hans lomme. Det havde han ellers prøvet at skjule for mig, fordi jeg engang



havde kaldt min bror en skide junkie og sådan noget, men også fordi han gerne selv ville stoppe det. Og det havde også hjulpet, mens vi var sammen, til at han ikke gjorde det hver dag. Men det ville jeg altså også lige prøve, også fordi det var sammen med ham (...). Og så var det jo spændende i et par måneder, indtil jeg fandt ud af, at jeg var gravid. Da var jeg lige blevet 22, nej 23, og der kunne jeg lige pludselig mærke, at der var ligesom noget ansvar i mig, der vågnede. Og hvor var det lige jeg var på vej hen, og med min bror og vores familie og sådan (...).

Jeg var ikke mere afhængig, end at jeg bare stoppede helt, eller... det passer heller ikke, jeg røg den aften, hvor jeg havde været ved lægen og så en gang til, men jeg fik sode ikke mere, mens jeg var gravid. Og min læge (...), ja, det var ham, der ikke ville give mig stesolid den gang, men han beroligede med, at selvom jeg var blevet gravid, mens jeg har brugt heroin, så skulle det nok gå, bare at jeg stoppede nu. Han syntes alligevel, jeg skulle få tid på [hospital med specialteam for unge mødre, misbrugere mv.], fordi jeg sikkert kunne have brug for noget støtte også, ikke... for jeg var jo ikke så gammel og sådan. Men det skulle jeg aldrig have gjort. De tog virkelig røven på mig derude, det gjorde de (...).

Den læge derude [på hospitalet]... for jeg fortalte så, at jeg havde taget heroin, lige omkring jeg blev gravid, og om at jeg havde fået stesolid for min depression, men at det var overstået osv. osv., som jeg også har fortalt dig. Det endte med, at jeg skulle gå hjem og overveje en abort, om det ikke var det bedste med mit liv og min alder, og ellers så skulle vi finde ud af, om jeg skulle have noget særlig hjælp. Men jeg var ikke i tvivl, selvom min kæreste var det. Mest fordi han snart skulle ind og afsone, og hvad så med mig og sådan. (...). Han gjorde sig faktisk stoffri, da han sad inde og nåede lige at komme hjem et par uger før fødslen (...).

Jeg kunne godt mærke, at det ligesom ikke lige faldt i så god jord, at jeg sagde, at jeg skulle ikke have en abort (...). Og så havde de taget den urinprøve på mig, der den første gang jeg var derude, og den viste heroin, og det havde jeg jo fortalt den første gang, at efter jeg vidste jeg var gravid, havde jeg kun røget to gange, og den sidste gang var aftenen før den urinprøve. Det kunne lægen ikke huske og fik det til at lyde, som om jeg havde løjet eller ikke været ærlig. Men det blev sådan, at jeg skulle aflevere urinprøver hver uge, og det gjorde jeg, og der var ikke noget at komme efter. Det hele gik fint, indtil de foreslog,

at jeg skulle tage min kæreste med til et møde med jordemoderen eller hvem det nu var ... Men da jeg så sagde, at det kunne han sikkert ikke få fri til, fordi han sad i fængsel. Bang! Og hvorfor gjorde han det? Det var, som om jeg havde smidt en bombe, og så blev der indkaldt til møder med kommunen og jeg ved ikke... . Det kunne de finde ud af, men det med de psykologsamtaler til mig, som de havde lovet, det blev aldrig til noget (...).

Nej, der var ikke noget behandling, kun de urinprøver, som de holdt øje med, og de var jo rene hele vejen igennem (...). Så derfor var det også et chok at få at vide, at han ville blive taget fra mig ved fødslen. Det var efter det møde, hvor der også kom nogen fra kommunen, og det, de brugte mod mig, var lige præcis de ting, jeg havde fortalt lægen om mig selv og om mine forældre, fordi jeg havde sagt, at sådan et liv ville jeg ikke tilbyde mit barn. Det var sådan cirka en måned før fødslen. Heldigvis var min kæreste blevet stoffri der, og han kunne få udgang til et nyt møde, og der var en socialrådgiver, vi talte med, som havde noget at skulle have sagt (...). Jo, det endte med, at vi fik ham med hjem.

... min kæreste blev dræbt i et trafikuheld. Han døde, da vores søn var 4 ½ måned gammel (...). Så brasede det hele sammen for mig. Fuldstændigt.

Jamen, jeg kunne jo godt se, at det gik ikke (...). Min søn kom i plejefamilie som frivillig anbringelse og jeg røg ud i et gigantmisbrug: Jeg mødte en ny mand, som kunne skaffe stoffer, og jeg fyldte bare på, men så røg han i fængsel. Og hvad skulle jeg så lige gøre? Jamen, så begyndte jeg at trække lidt af og til, og så mere og mere (...). Jeg har været i Minnesota-behandling to gange og har taget, jeg ved ikke, hvor mange od'ere, og jeg er røget ind og ud af fængslet de sidste 3 år (...). Jo, jeg har også fået metadon. Og det er ikke, fordi jeg føler mig bedre end andre narkomaner, det har jeg bestemt ingen grund til, men jeg synes heller ikke, det er fedt at komme på de der centre, hvor der sidder tandløse narkomaner og deler deres piller og brugte kanyler. Jeg synes, hverken jeg får noget åndeligt eller menneskeligt dér, og jeg bliver endnu mere ked af det og skammer mig. I stedet for har jeg købt metadon lidt rundt omkring, så jeg kunne holde lidt fri fra gaden.

Da jeg kom herind [Vestre Fængsel] fik jeg en 16 dages metadonnedtrapning og fenemal på grund af benzoerne, og nu er jeg ved at være

lidt ovenpå og også fået lidt håb ved at snakke med dem fra Projekt Menneske. Så jeg håber på, jeg kan komme til at afsone stoffrit i deres behandling i Horserød, men det skræmmer mig lidt, at det er kun kvinder, der er der. Det er en afdeling uden mænd (...) men jeg prøver. Også fordi ligesom den gang med min mor og de pårørende-kurser, hvor vi lærte om at være medafhængig, så har jeg også fået at vide i Minnesota-behandlingen, at jeg skal arbejde med, at jeg er afhængig af mænd...

Det er frygteligt at sidde i fængsel; men lige nu... for mig er det nærmest friere og mere beskyttet end sammen med min nuværende kæreste, eller min eks, selvom det ved han så ikke, han er [altså eks], for jeg har ikke officielt slået op med ham (...). Vi har kørt 'on and off' parløb i snart fire år. Det har været mig, der har lavet pengene, og nu skal det være slut. Han styrer mig totalt, og jeg er virkelig bange for ham. Han har en masse voldsdomme, så han ryger forhåbentlig snart ind... og forhåbentlig rigtig længe. (...) Vi har en lejlighed sammen ude i et rigtigt belastet kvarter, og der skal jeg aldrig tilbage til igen, det skal jeg bare ikke. Jeg tror ikke, der er det sted i den lejlighed, hvor jeg ikke har fået tæsk.

... når jeg har afsonet, så tager jeg over til min lillebror. Han er blevet clean, og så kan vi støtte hinanden. Jeg skal helt sikkert også bare væk og skabe et nyt netværk. Jeg vil ikke tilbage det samme miljø og se de mennesker ind i øjnene, som jeg har gået og stjålet fra(.. .) Og så vil jeg jo ikke mindst arbejde på at få kontakt med min søn igen, men jeg ved godt, at så skal jeg også være helt klar og afklaret med, at jeg kan holde mig clean den her gang. Ikke for min egen skyld, men for hans, så jeg ikke bare bliver sådan én, der er der, og så er jeg der ikke, vel.

Udover at tjene som illustration for problemstillinger, der kan kendetegne et enkelt livsforløb, kan ovennævnte historie ses som eksempel på, hvordan negative sociale baggrundsfaktorer og begivenheder sætter deres spor, og hvordan de forsøges tacklet. I dette tilfælde ved først at flytte hjemmefra, tage uddannelse, opsøge praktiserende læge og modtage lægeordineret angst- og urodæmpende medicin; siden hen ved at tage ansvar for graviditet og selv stoppe det illegale stofbrug, tage mod tilbud om støtte ved graviditet, og ved frivilligt at overlade barnet til anbringelse, da hun efter kærestens død genoptager det illegale stofbrug. Endelig er der skiftevis søgt lindring og glemsel i stofferne og forsøgt stoffri behandling for at komme ud af misbruget, hvor ønsket om stoffrihed primært er båret af ønsket om at

kunne blive i stand til drage omsorg for barn og bror. Egenomsorg er der ikke meget af i denne eller de andre kvinders fortællinger, med mindre man tager dem på ordet og accepterer deres brug af stofferne som genvej til midlertidigt velvære og for en stund at kunne lukke af for omverdenen.

I et sammenlignende perspektiv kan en del af de øvrige interviewpersoner siges at være sluppet lempeligere gennem deres første tredive år end denne kvinde. For nogles vedkommende er det dog først omkring denne alder, at tilværelsen for alvor begynder at vakle i takt med, at konsekvenserne af det illegale rusmiddelbrug slår igennem. Behandlingssystemet står ofte relativt magtesløst over for den ophobning af livsproblemer, som disse kvinder repræsenterer, og som i perioder med massivt misbrug enten ikke formår at udnytte eller dropper ud af de eksisterende tilbud, eller de afstår helt fra at opsøge dem.

De oplevede selvpålagte og/eller oplevede barrierer i forhold til behandlingssystemet vil blive diskuteret i slutningen af dette kapitel. Først skal nogle af de temaer, som er omtalt i det foregående, trækkes frem som eksempler på problemstillinger, som i særlig grad berører kvinder. Det drejer sig om parforhold, fysisk og seksuel vold, prostitution og endelig graviditet og moderollen.

## **5. 4 Parforhold**

Med få undtagelser har de kvinder, der på interviewtidspunktet var eller havde været i længerevarende parforhold, haft partnere med misbrugsproblemer. Blandt mændene i såvel døgnbehandlings- som metadongruppen har mange derimod tidligere haft kærester/koner, som ikke brugte stoffer, eller de var på interviewtidspunktet samlevende med ikke-misbrugende kvinder.

Som nævnt har både mænd og kvinder indskrevet i stofbehandling generelt og deltagerne i denne undersøgelse specifikt kun i ringe omfang været tilknyttet arbejdsmarkedet. I nærværende datamateriale er det kun ganske få par, hvor begge har haft regulært lønarbejde. For de fleste har overførselsindkomster af forskellig art således udgjort den legale økonomiske indtægtskilde, hvilket ikke strækker til at dække et vedvarende illegalt stofmisbrug, når de faste udgifter er betalt. Stofmisbruget og finansieringen heraf har dermed været et betydeligt element i hverdagen, i samværet og samspillet mellem disse par og i kvindernes forhold til deres kærester og/eller skiftende mandlige partnere i det hele taget.

Kvindernes fortællinger har givet anledning til at optegne forskellige forløb i udviklingen af stofbrug og forbrugsmønstre, som viser en tydelig tendens til at tilpasse sig mandens stofmønster, herunder ændringer i brug og skift til brug af de af manden foretrukne stoffer, mens det modsatte synes at

være langt sjældnere forekommende. Hvad disse ændringer typisk består i, skal belyses i det følgende.

Som nævnt i litteraturoversigten er det en udbredt erfaring, at flere kvinder end mænd har et regelmæssigt brug af lægeordinerede, vanedannende præparater. Ganske mange af kvinderne i denne undersøgelse har som beskrevet også haft et sådant brug i deres tidlige ungdom, og for mange er det forblevet en væsentlig del gennem livet. Andre har gjort deres tidlige stof-erfaringer med illegale stoffer og haft perioder med jævnlig eller mere intensiv brug af især hash, amfetamin og i mindre grad kokain. Heroin er til gengæld for de flestes vedkommende først kommet ind i billedet senere og i forbindelse med kærester og parforhold.

Kvindernes tidlige parforhold har ofte været indgået med mænd, der var en del ældre, ofte 10-12 år ældre end de selv, men i det hele taget har det været med mænd, som efterhånden havde et veletableret illegalt misbrug, herunder af heroin og typisk finansieret ved stofsalg, indbrud, tyverier eller andre kriminelle aktiviteter.

Adskillige kvinder har i den forbindelse fortalt, hvordan et ellers sporadisk brug af illegale stoffer er intensiveret og blevet hverdag igennem perioden med deres tidlige partnere og samlevende, også når det drejer sig om stoffer, som de ikke tidligere eller kun i begrænset omfang har brugt, især heroin.

Ingen har talt om pres eller tvang fra mandens side, til gengæld har flere fortalt, hvordan de selv har bedt eller plaget om at prøve heroin eller har måttet presse på for at lære at injicere, som det også var tilfældet i den rekonstruerede livshistorie i forrige afsnit. En del kvinder har ladet manden tilberede og lægge injektionen i den første periode (enkelte har aldrig lært eller gjort det selv), og i det hele taget har mange – i hvert fald indtil et vist tidspunkt – omtalt stofindtagelsen som en slags ritual, som parret har haft sammen. Både mænd og kvinders beskrivelser af den første periodes samvær om den intravenøse brug kan give mindelser om måltidets struktur: tilberedelse, indtagelse og velvære.

Også dét at dele eller bruge det samme værktøj er blevet forklaret som et udtryk for eller en bekræftelse på samhørighed. Mange har dog understreget, at de med kendskabet til risikoen for infektioner og smittefare altid har sørget for, at (en)hver bruger sit; for andre betyder forholdet til partneren, at man deler både stoffer og udstyr.

Med tilvænningen, og når stofindtagelsen efterhånden primært indtages for at forebygge eller lindre abstinenser, synes tilbøjeligheden til først og fremmest at sørge for sig selv at være blevet større og ritualerne og samværet omkring indtagelsen at ebbe ud. På dette tidspunkt vil den arbejdsdeling, som har præget den første tid – manden sørger for stofferne og kvin-

den for det huslige – som oftest også have ændret sig. I nogle tilfælde er det sket langsomt over tid, i andre er det sket brat, fx ved at manden er blevet syg, har stiftet gæld eller er kommet i fængsel.

I sådanne situationer har kvinderne i undersøgelsen grebet til forskellige valg: behandling, ny kæreste eller selvforsørgelse. Enkelte, der har haft kontakterne og ressourcerne, er begyndt at sælge eller har fået til opgave at hente og indsmugle stoffer; de fleste har prøvet at klare til dagen og vejen ved småtyverier (ad hoc eller på bestilling), og endelig har prostitution været adgang til penge og stoffer. For langt de fleste har dette været et drastisk og grænseoverskridende valg og er for manges vedkommende forbundet med stor skam. En del har dog også over for interviewerene og i behandlingssammenhænge udtrykt et ret pragmatisk syn på denne indtægtskilde, som det skal beskrives under et selvstændigt afsnit i det følgende.

Samlivet med en misbrugende mand synes for de fleste kvinder at medføre fastholdelse i stofmisbruget, hvilket kvinderne ikke nødvendigvis har beklaget. Mange har derimod givet udtryk for, hvor vigtigt det er, ikke bare at have en mand at dele livet med, men en mand, der kan beskytte én blandt andet med henvisning til røverier, vold etc. i misbrugsmiljøet. ”Du står dig bedre ved at have en mand i det her miljø, sådan er det bare”, som en kvinde i døgnbehandling udtrykte det.

Samlivet med en misbrugende partner kan i sig selv ses som en betydelig risikofaktor blandt andet på grund af den gensidige fastholdelse i misbruget. I vores materiale er der således adskillige eksempler på, at den ene parts opnåelse af stoffrihed i forbindelse med afsoning eller efter døgnbehandling næppe holder længe, hvis den anden fortsat bruger stoffer. Der er desuden en del eksempler på, at især mandlige samleverer har modsat sig eller modarbejdet samleverens ønske om behandling, fx hvis han ikke selv er motiveret, mangler tro på at behandling kan hjælpe eller nærer mistro til myndighederne, til metadon mm. Til gengæld er der også en del eksempler på, at der kan være motivation og støtte at hente hos en mandlig partner i forhold til at reducere brug og i forhold til at søge og gennemføre behandling. Mange af de kvinder, der har haft kortere eller længerevarende perioder uden misbrug, har således enten begrundet dette skridt med henvisning til deres partners misbrugsophør, afsoning og/eller hensynet til og ansvaret for hjemmeboende børn.

I det følgende eksempel havde en yngre kvinde i metadonbehandling efter at have mødt en tidligere kæreste, der havde været stoffri et par år, foreslået sin nuværende kæreste, at de sammen søgte behandling og havde også fortalt, at det indebar ophør af al brug af stoffer, også hash og alkohol. Det var han ikke indstillet på; han ville godt ud af metadon og stoppe med andre stoffer, men han ville ikke give afkald på sin hash. Et stykke tid derefter

ter blev han anholdt og fik en dom på et par år. Han valgte i den forbindelse at tage imod tilbuddet om at afsone på en stoffri behandlingsafdeling. Dette så kvinden som en lejlighed til at søge døgnbehandling. Samtidig begyndte hun selv at trække sig ud af metadon og begrænse sit brug af heroin og andre stoffer. Om det videre forløb fortæller hun:

*Kvinde 1975, stoffri behandling i fængsel*

Jeg har været rigtig hardcore narkoman i 12 år... Altså, jeg har haft nogle perioder, hvor jeg har holdt en frivillig pause, men det var før, jeg begyndte at få metadonen. Der var det sådan lidt nemmere, fordi at det var jo bare heroin og piller og kokain. Det var sådan lidt nemmere dengang... at kunne købe nogen metadon og sådan på gaden og så tage væk og så trække sig selv ned, hurtigt. Det kunne jeg så ikke nu, fordi nu har jeg fået metadon i så lang tid så... omkring 4 år, og det er hårdere at komme ud af. Så det blev meget mere svært, end jeg i virkeligheden troede, sådan lige når det endelig skulle være, ikke, selv om jeg havde motivationen (...).

Og så sad jeg bare tilbage der, ikke, og fordi han sad i fængsel, så kom han bare lige direkte i behandling, og jeg fik bare lov til at vente, næsten et år faktisk. (...). Vi skrev sammen, ringede sammen og jeg besøgte ham jo også; men så begyndte han at få nogle stikpiller i behandlingen, altså omkring at have en kæreste der er aktiv, og jo mere tid, der gik altså, ja, han blev rigtig punket, mand, rigtig meget: om at han skulle forlade mig, og at jeg ikke er god for ham. Og jeg kørte op og ned, for jeg ville jo gerne være clean, og jeg ville jo gerne i behandling, men det hele blev nærmest værre, fordi det pres dér fra mig selv og med ham og det hele, ikke (...).

Men så røg jeg jo selv ind og vidste godt, at jeg ikke lige slap ud med det samme, selvom det var selvforsvar (...) Og så var der jo muligheden for at afsone her, og det er bare gået glat, jeg har været stoffri i to måneder.(...).

Vi er blevet forlovet og nu prøver vi at søge om at komme i døgn sammen, når jeg bliver løsladt, og hvor han så afsoner de sidste måneder uden for i behandling, ikke.

På mange måder kan mandlige kæresters mellemkomst i forhold til kvinders vej ind i et misbrug ses at spille en lige så stor rolle for deres vej ud af misbrug, med den pointe at vejen ud også kan være forbundet med et brud

med manden og eventuelt med et voldeligt forhold, hvilket der skal der gives et par eksempler på i det følgende afsnit.

I den internationale rusmiddellitteratur er det en ofte fremført antagelse, at kønsrollemønstret blandt stofmisbrugere er mere traditionelt og rigtigt end blandt almenbefolkningen med henvisning til mændene i den aktive rolle som skaffere, dealere og beskyttere af kvinden/familien/hjemmet og kvinderne i rollen som den ansvarlige for hjemmet og omsorgen for børn. Dette er på mange måder en forsimplet forestilling, som der kun findes delvist belæg for i de danske data, i og med at den traditionelle kønnede arbejdsdeling (om end i mere eller mindre udtalt grad) er kulturelt og strukturelt funderet og gør sig gældende i alle sociale lag. Således er det fx ikke kun i blandt samlevende med illegalt stofbrug, at kvinden indtager eller forventes at påtage sig rollen som den primært ansvarlig for de huslige gøremål og for omsorgen af mand og børn – og manden for det håndværksmæssige, tekniske og de fysisk hårdere opgaver.

Blandt undersøgelsesdeltagerne er der en tilbøjelighed til, at kvinderne fremhæver mand, hjem og børn som deres felt, mens mændene vil fremhæve deres udadvendte aktiviteter/arbejde (hvad enten det drejer sig om legal eller illegal beskæftigelse) og dermed fremstille sig selv i forsørgerollen. I virkeligheden er arbejdsdelingen i hverdagen som regel langt mere nuanceret end som så, og som i den øvrige befolkning er der ikke noget skarpt eller stabilt varigt kønsskel mellem forsørger og forsørget. Der optræder imidlertid to undtagelser i dette materiale, som kort skal nævnes.

Den ene omhandler kvinder, hvis mænd har solgt stoffer i så stor stil, at det har kunnet forsørge begge med såvel daglige fornødenheder som stoffer. Flere af kvinderne har således været i et sådant forhold. Det har dog som regel været en begrænset periode og er ophørt, enten ved at stofbruget har taget overhånd, så fortjenesten er sat over styr, eller der er skabt gæld til leverandøren, ved at kontakten til leverancer er ophørt – eller der er blevet sat en stopper for den illegale forretning af politiet. Den anden drejer sig om parforhold, hvor kvindens indtjening fra prostitution har været eller er blevet den primære kilde til at opretholde begges stofbrug. I disse tilfælde har der ofte været elementer af dominans, tvang og/eller vold fra mandens side, et tema som også optrådte i den udfoldede livshistorie i det foregående afsnit.

Som optakt til diskussionen af prostitution set fra kvindernes perspektiv, vil nogle af de tunge kønsspecifikke temaer i såvel den internationale rusmiddel- og behandlingslitteratur som i denne undersøgelse kort blive belyst med udgangspunkt i det danske materiale. Det handler om fysisk vold i parforholdet og om seksuelle overgreb, som en stor del af de kvindelige interviewpersoner har et alt for godt kendskab til. At det her kobles sammen



med prostitution er ikke ensbetydende med, at det ene nødvendigvis forårsager eller ledsager det andet, selv om der i mange tilfælde er et sammenfald. Hensigten er således snarere den at henlede opmærksomheden på, at så mange af de kvinder, vi har interviewet, har sådanne oplevelser i bagagen, og fordi det udgør et område, hvor køn, kvinder og brug af illegale stoffer indgår i et særligt mønster med vold og overgreb som centrale elementer.

## 5.5 Vold i parforholdet

Mange af kvinderne har levet og enkelte levede i voldelige parforhold på interviewtidspunktet. Nogle har stort set kun været i forhold, der har udviklet sig voldeligt, som de to kvinder, der her fortæller om deres oplevelser:

### *Kvinde 1967, metadonbehandling*

Nu er jeg en af dem, der har en tilbøjelighed til at forelske mig i de forkerte mænd. Og at blive gennemtævet fysisk og psykisk af en mand, du elsker, det overgår alt. Det har godt nok givet mig skrammer på sjælen, og jeg har jo ikke rigtig fortalt nogen om det før vel... ens mand skal jo passe på en, ikke (...).

Jeg havde sagt flere gange, at nu gik jeg til misbrugscenteret, fordi min læge ville ikke blive ved med at udskrive mine piller, og hun havde også givet mig metadonnedtrapning et par gange, men syntes at jeg ville have godt af en længere metadonstabilisering (...). Men [manden] han blev jo lige stiktosset hver gang, jeg nævnede det, fordi han har den indstilling, at det er et nederlag, og han skal ikke være sammen med sådan en metadon-sut (...). Og nu er han jo heller ikke far til børnene, men jeg vidste bare, at jeg selv måtte gøre noget for at komme lidt ovenpå igen, så jeg kunne begynde at se dem igen, komme i gang med de besøg (...), og det var jo ikke første gang, han slog mig der, men den her gang røg jeg på hospitalet, fordi naboen havde ringet efter politiet, og min kæbe var brækket... og min næse smadret, og den her arm og mine ribben og (...).

### *Kvinde 1967, stoffri behandling fængsel*

Jeg har været gennem mange hårde ting i mit liv, og man skulle egentlig tro, at jeg havde set nok tæsk i min barndom til at have lært af det (...). Men det her er nok det sværeste, fordi han har kuet og slået mig i så mange år, jeg vidste jo slet ikke mere, hvem jeg er mere... sådan indeni (...) og jeg troede jo også, at jeg elskede ham, og at jeg ikke kunne klare mig uden ham.(...).

Når jeg kom ud for at hente min metadon, så spurgte folk tit, om det var [manden], der havde lagt ny make-up på mig og sådan noget, men enten sagde jeg, at jeg var faldet eller blevet overfaldet, eller jeg sagde, at jeg selv havde været ude om det, fordi han var fuld, og så ved jeg jo godt, at jeg skulle passe på. Og tit syntes jeg jo også, at det var min egen skyld, ikke, altså ikke at jeg fortjente det, men fordi jeg ikke kunne holde min mund. Tænk sig... jamen tænk sig, jeg skulle i fængsel for at finde ud af, at det var helt galt... det er lidt den omvendte verden, ikke (...).

I bund og grund er det jo for at kunne holde ud af leve sammen med ham, at jeg har gået og fyldt mig med alle de stoffer (...), men jeg bliver nok nødt til at flytte til en anden by, når jeg er færdig her.

I den nyligt publicerede undersøgelse af gravide kvinder med misbrugsproblemer, hvorfra data til denne undersøgelse også indgår, var vold i parforholdet også et centralt tema (Dahl & Hecksher 2007). I den forbindelse skrev vi blandt andet, at den vold, som en del af kvinderne i undersøgelsen havde været udsat for af partneren både forud for og under graviditeten, havde været udløst af mandens alkoholindtagelse. Det samme synes at være tilfældet i langt størsteparten af de voldelige episoder, som de øvrige kvinder i denne undersøgelse har berettet om. I enkelte tilfælde har kvinderne dog beskrevet mændenes vold som uafhængig af deres indtagelse af alkohol og/eller stoffer, men forklaret den med: 'total utilregnelighed, det var psykisk', generelt voldsomt temperament, han kunne ikke styre sig, og han blev forfærdeligt ked af det bagefter' samt udløst af jalousi og besiddertrang.

Vold mod kvinder/hustruer er ikke et fænomen, der begrænser sig til bestemte befolkningsgrupper og særlige sociale lag. Ingen kender det reelle omfang. Den viden vi har fra politi, krisecentre osv. peger på en stærk social slagside. På den anden side optræder kvinder fra socioøkonomisk bedrestillede kår med jævnlige mellemrum i medierne og fortæller om deres oplevelser med vold, og hvordan de er sluppet ud af fysisk og psykisk voldelige parforhold og ægteskaber. Deres historier, om hvad volden har gjort ved dem (og deres børn), adskiller sig ikke fra det, som kvinderne i denne undersøgelse har fortalt om: skammen, hemmeligholdelsen og oplevelsen af værdiløshed.

Nogle af kvinderne i denne undersøgelse har dog ikke tænkt sig at forlade eller bryde med deres samlever, selvom vold er et tilbagevendende problem i deres forhold. Kendetegnet er, at selvom det er dem, der kommer ud af de fysiske konfrontationer med flest synlige knubs (smadrede tænder, blå øjne

osv.) så tillægger de deres egen rolle samme vægt som manden, ved fx at være den part, der starter det hele eller slår først.

En varetægtsfængslet kvinde og mangeårig metadonklient, der deltog i Projekt Menneskes motivationsbehandling, ønskede således først og fremmest hjælp til, at hun og hendes mand, som på samme tid afsonede en kortere dom, kunne bevilliges parterapi:

*Kvinde 1958, motivationsbehandling i fængsel*

Vi havde lidt problemer i vores samliv, med at vi sloges lidt meget, ikke. Men også... vi kunne godt se, at det var på grund af stofferne. Ikke at vi sloges om dem, men vi var halvskøre, når vi tog for meget af det der speed. Især speed (...).

Og der er han enig. Der er vi enige både om det ene og det andet, ikke også. Han kan også godt se, at vi trænger sgu til noget hjælp. Det kan han godt indse.

En anden kvinde, der afsonede de sidste seks måneder på den stoffri behandlingsafdeling for kvinder i Horserød Statsfængsel, havde heller ingen planer om at forlade sin mand og faderen til deres børn, som er anbragt i forskellige familieplejer:

*Kvinde 1972, stoffri behandling i fængsel*

K: Jamen det er jo det, der er svært, det er jo det, der er pissesvært for mig, at jeg ikke kan finde ud af... Fordi mange gange så har det jo også været mine... altså jeg ved godt, at det giver ikke lov til at slå, men det har også mange gange været mine løgne om at tage stoffer, som gør det. Og når han så drikker, så kapper det hele over.

Interviewer: Og han tager ikke selv stoffer? Aldrig?

K: Nej, aldrig. Det er jo der, det hele det går op i en spids. Det giver jo selvfølgelig ikke nogen undskyldning for at slå tænder ud på mig osv. osv., men det er i perioder, så drikker han meget. Så lige pludselig, så gider han ikke mere, så stopper han. Og så er han god nok (...). Men han sidder jo også inde nu, derhjemme... i arresten ja, fordi politiet kom jo, da vi var oppe at slås til min fødselsdag. Men så selvom jeg sagde, at det ikke var ham, der havde slået mig, så kørte politiet sag på grund af den nye lov der, og så har han nogle andre voldssager også, plus han så havde tre måneder til at stå.

I gruppen blandt de 26 gravide valgte flere kvinder at forlade deres misbrugende mænd og kærester og dermed faderen til barnet under graviditeten,

en enkelt dog først efter sin to måneder præmature fødsel, som var forårsaget af mandens vold. Det var i den forbindelse karakteristisk, at kvinderne ikke forlod mændene på grund af deres stof- og blandingsmisbrug, men helt specifikt på grund af tidligere og/eller aktuel vold og helt eksplicit ud fra hensyn til det ventede barn, som ikke skulle udsættes for eller vokse op med vold i hjemmet. På den baggrund kunne vi således også konkludere, at det at forlade en voldelig, misbrugende partner betød, at disse kvinder kun havde få stofepisoder i resten af graviditeten og/eller fuldstændigt ophørte med at bruge rusmidler. Som en af kvinderne beskrev det, gav bruddet med manden hende indsigt i, hvordan hendes eget misbrug og den fysiske og psykiske vold, som han havde udsat hende for i årevis, var tæt forbundet: ”For da han var ude af mit liv, der var stofferne også ude af mit liv.”

Den psykiske belastning, som et fortsat samliv med en voldelig partner udløser, har for adskillige af kvinderne i denne samlede undersøgelse lagt grunden for og vedligeholdt et kaotisk og destruktivt misbrug. Som det fremgår, har graviditet og hensynet til børnenes opvækst været anledningen til, at nogle kvinder har forladt voldelige mænd og derigennem fundet (en del af) forklaringen på deres stofmisbrug. I nogle tilfælde har indskrivning i døgnbehandling været med til at bryde den onde cirkel. For andre har afsoning kombineret med indskrivning i behandlingstilbud i fængslet motiveret til at afslutte forhold eller søge hjælp til at bearbejde problemerne med vold. For en del af de mest belastede kvinder i metadonbehandling synes vold fra mandlige, ofte hyppigt skiftende partnere, at være en del af tilværelsen – ikke bare her og nu, men som et ofte livslangt vilkår.

## **5.6 Seksuel vold og overgreb**

Over hele verden er den kvindelige kategori af menneskeheden forbundet med det vilkår, at de i langt højere grad end den mandlige del er i risiko for at blive udsat for seksuelle krænkelser og overgreb.

Seksuelle overgreb og voldtægter er gennem historien blevet brugt i krig og etnisk-religiøse opgør som magtdemonstration og som led i krænkelser, ydmygelsen og underlæggelsen af modparten. Indtil for ikke så mange år siden har voldtægt i den offentlige bevidsthed været defineret ved at være et seksuelt overgreb begået af nogle for de kvindelige ofre ukendte og fremmede mænd. Men, som de seneste års fokus på problematikken har vist, er fænomenet langt mere udbredt og forekommende inden for nære familienetværk.

Selvom der langt hyppigere end for blot få siden afdækkes og rapporteres om overgreb på drenge og unge mænd, antages det dog fortsat, at det i langt størsteparten af tilfældene er piger/kvinder, der udsættes for incest, voldtægt og seksuelle overgreb, og at det til tider pågår over en årrække.

Ingen kender omfanget og antallet. Overgreb af denne slags, begået af familiemedlemmer, er i vores kulturtraditioner tabu og dybt belagt med skam. Det anerkendes efterhånden også, at ubehandlet er ofrene i risiko for livslange traumer, mentale lidelser og svære problemer i forholdet til selvet og i relationerne til andre mennesker, ikke bare til mænd.

Som omtalt i litteraturoversigten har det vist sig – efter at man i undersøgelsessammenhænge begyndte at spørge klienter i stofbehandling, om de i løbet af deres liv havde været udsat for fysisk, psykisk eller seksuel vold – at ganske mange mandlige, men især et stort antal kvindelige stofmisbrugere som børn, store piger og i ungdommen havde været udsat for seksuelle overgreb fra ældre mandlige familiemedlemmers side: fædre/stedfædre, bedstefædre, onkler, brødre og/eller andre nære voksne fx venner af familien; i plejefamilien eller begået af institutionspersonale.

Samme tendens genfindes også i denne undersøgelse, ligesom den kan understøtte, at mange af kvinderne også som voksne har været udsat for fysisk og seksuel vold – i denne livsfase primært af (eks-)kærester og (eks)mænd. Flere har desuden berettet om seksuelle overgreb og voldtægter i det, man ellers forstår ved beskyttede omgivelser, herunder begået af mandlige medfanger i fængsler, medklienter på døgninstitutioner og i nogle tilfælde af ansatte behandlere/rådgivere på behandlingsinstitutioner. Kvinder, der arbejder som gadeprostituerede, er derudover særligt udsatte og vil ofte have været udsat for fysisk og seksuel vold og/eller voldtægt fra mandlige kunder. Selvom anmeldelse og indberetning har været overvejet, har kun enkelte af de interviewede kvinder konkret gjort noget ved det, men med ydmygende resultat.

Prostitution er på mange måder også et ret tabubelagt emne og underlagt stærkt moralistiske holdninger, hvilket blandt andet kommer til udtryk i måden og via de begreber, som de og deres erhverv bliver og er blevet omtalt på. I 18-1900-tallet signalerede betegnelser som 'utugtige' og 'faldne' kvinder, 'løsagtige' og 'offentlige fruentimmere', at der var tale om kvinder, som havde diskrediteret deres kvindelighed med efterfølgende fald i respektabilitet og status. Som modvægt hertil fandtes dog også benævnelsen 'glædespiger'. I nutidens betegnelser skelnes der mellem de mobilt arbejdende 'escortpiger' og 'callgirls', de indendørs arbejdende 'massagepiger' og endelig de 'gadeprostituerede'. Især sidstnævnte gruppe er omfattet med udbredt foragt og/eller offertænkning ud fra antagelsen, at der er nogle måder, der er værre og mere uansvarlige at sælge sin krop og sex på end andre. Ud over at blive forbundet med moralsk og kriminelt fordærv, som afspejler sig i de negativt ladede tilnavne 'narkoprostituerede' og 'narkoludere', er prostitution i de senere år i stigende grad – i medier og ansporet af

feministisk orienterede og politiske græsrodder - blevet sammenknyttet med organiseret kriminalitet i form af menneske-/kvindehandel.

## 5.7 Prostitution og sexarbejde

Mange af kvinderne i denne undersøgelse har arbejdet inden for prostitutionsbranchen, nogle i årevis, nogle periodevis, og langt overvejende havde de arbejdet på gadeplan og/eller massageklinikker for at finansiere deres stofbrug og de øvrige leveomkostninger: husleje, el/vand, mad, tøj osv. Nogle modtog samtidig kontanthjælp, andre gjorde ikke. En del havde haft kortere og længere perioder uden fast bolig. Mange havde været i fængsel, typisk i varetægt for mindre forseelser eller til afsoning af forholdsvis korte domme. Nogle havde dog fået længere domme for vold og røveri. Alle var eller havde de været i metadonbehandling, som typisk blevet suppleret med heroin, kokain og piller af diverse art.

Kendetegnende for størsteparten af disse kvinder er kombinationen af de velkendte sociale sårbarheds- og risikokriterier: en belastet barndom og opvækst, overgrebsproblematikker og stofmisbrug. De fleste har mange påbegyndte og afbrudte behandlingsforløb bag sig, samtidig er kontakten til det ambulante socialbehandlingssystem som oftest ret minimal.

Kvinderne kender og er sig generelt meget bevidste om de negative holdninger og den foragt, som omgivelserne nærer for dem og deres måde at finansiere deres livsstil på, hvilket er medvirkende til, at mange så vidt muligt prøver at klare sig selv. Nogle vil i perioder bruge de væresteder, som under navnet Reden er oprettet i de største danske byer specielt for prostituerede kvinder med henblik på at yde rådgivning og hjælp til at komme ud af prostitution. Her er det muligt at få mad, bad mm.. De tilbud, som kvinderne i denne undersøgelse har sat særlig pris på, er imidlertid først og fremmest de opsøgende gadeplanstilbud i form af gadesygepleje udført af offentligt ansatte sundhedsarbejdere, som yder førstehjælp, udleverer sterilt injektionsudstyr, prævention mm. og informerer om hygiejne, injektionsrisici mm. samt den københavnerbaserede frivillige organisation Gadejuristen, der ud fra en skadesreducerende tilgang stiller sig til rådighed med alt fra juridisk rådgivning og råd om, hvordan overdoser og fixeskader undgås, til udlevering af kondomer, vådservietter og varm kakao samt uformel snak og samvær.

Som sagt er kvinderne godt klar over samfundets generelt negative syn ikke bare på deres stofmisbrug, men i tilgift også deres salg af sex. De fleste har selv haft, og nogle deler stadig den opfattelse, at det er fornedrende og skamfuldt dels at injicere illegale stoffer og ikke mindst at sælge sex til fremmede. Brugerne indbyrdes betragtes kvinder, der bytter sex for stoffer, dog med særlig ringeagt.

At have prostitueret sig er for nogle kvinder noget, der plager dem, især efter at de er stoppet med det, og nogle har decideret traumatiske eftervirkninger. Ligesom nogle ønsker og har brug hjælp til at komme ud af stofmisbruget, vil disse kvinder have brug for hjælp til bearbejdelse af de følelser af skam, som er forbundet med at have udført sexarbejde. Det er imidlertid ikke så få, der har et mere og ret pragmatisk og afklaret syn på prostitutionsjobbet, både mens det pågår, og efter de har lagt det bag sig. Da deres stemmer og synspunkter sjældent høres i de løbende diskussioner, gives her et lille udpluk af de holdninger, som kan forekomme kontroversielle på et tidspunkt, hvor offertænkning og kriminalisering har erobret mediernes og den offentlige dagsorden, hvilket den første kvinde også er sig bevidst om:

*Kvinde 1970, stoffri behandling fængsel*

Ja, man kan jo ikke engang tillade sig at sige det her uden at blive misforstået eller betragtet som total pervers, men faktisk er det ikke den værste måde, jeg har tjent mine penge på. Dybest set er det jo bare et servicefag (...).

*Kvinde 1973, stoffri døgnbehandling*

Jamen, der var da nogle klamme og trælse typer blandt kunderne, ingen tvivl om det, og jeg har selv haft episoder, hvor det er endt med vold og voldtægt, fordi fyren var syg i nødden, eller han ikke havde tænkt sig betale alligevel, når det kom til stykket (...), men det lærte jeg af. Der hvor jeg bliver ved med at gå forkert, og der hvor det gør rigtig, rigtig ondt, det er de mænd, jeg finder sammen med, dem vælger du trods alt med hjertet. Som en af pigerne sagde i gruppeterapien i går: "Dem, man elsker, tugter én!"

*Kvinde 1960, metadonbehandling*

Jeg gik på gaden i otte år og har arbejdet på klinik i to-tre år. Jeg har forsørget mig selv og selv finansieret mit misbrug, og det eneste ulovlige jeg har foretaget mig i den tid, er, at jeg har købt forbudte stoffer.

*Kvinde 1963, metadonbehandling*

.... og mænd kan virkelig være nogle svin, det kan de, men min far var den værste. Efter ham har det andet været peanuts, de fleste kunder var jo ordentlige og høflige, og så betalte de for det.

Trods disse kontante udmeldinger er kvinderne ikke upåvirkede af de oplevelser, de har haft som gade prostituerede, men bestemt heller ikke af folke-

stemningen og stigmatiseringen. Som det fremgår, er der ikke desto mindre nogle kvinder, der fastholder et nøgternt syn på prostitutionen og dens rent forretningsmæssige sider, selvom det kan være svært i det negativt moralske klima.

De holdninger, som samfundet og omgivelserne tillægger illegalt misbrug, injektionsmisbrug og prostitution, befordrer i høj grad følelsen af selvforagt og mindreværd. Spiren til denne selvforagt er dog, som beskrevet i de foregående afsnit, for langt de flestes vedkommende lagt og har udfoldet sig, lang tid før brugen af illegale stoffer, intravenøs indtagelse og prostitutionen overhovedet blev aktuelt. Dermed er det således ikke nødvendigvis prostitutionen i sig selv, som det ofte synes at være antagelsen, der skaber personlige og psykiske problemer, selvforagt eller mangel på selvrespekt, uden det også kan henføres til det omgivende samfunds moralske diskvalificering af og anfægtelser over for de måder, som hårdt belastede kvinder søger at overleve på.

Set i dette perspektiv er der også en vis logik i kvindernes brug af stoffer, som på den baggrund kommer til at optræde som selvmedicinering og overlevelse: til at dulme og 'glemme', men også til at give overskud, øjeblikke af velvære, holde humøret oppe og frem for alt – holde ud.

Det kan imidlertid forekomme underligt, at kvinder, der er så svært belastede, ikke i højere grad søger og benytter de tilgængelige offentlige behandlingstilbud. På den anden side kan det også forekomme underligt, at de – med den viden, der findes om deres livs- og opvækstvilkår – i den grad stigmatiseres og straffes med samfundets foragt for ikke at rette ind og lægge deres dårlige vaner på hylden. Svarene ligger ikke lige for. Kvindene selv har heller ikke svarene, men lytter man til dem og deres erfaringer, tegner der sig nogle spor, som viser, at for at påbegynde livsstilsændringer, modtage og anvende tilbud om hjælp, forudsættes adgang til pragmatiske og ikke-fordømmende tilgange og tilbud, som det også er blevet illustreret.

Til slut skal et af de områder, der har fået langt den største opmærksomhed i den internationale rusmiddel- og behandlingslitteratur, mediedebatter og offentlige indsatser i forhold til kvinder og stofbrug, omtales og diskuteres på baggrund af de danske data.

## **5.8 Graviditet og børn**

Langt størsteparten, nærmere betegnet 53 af de 66 kvinder i denne kvalitative undersøgelse, havde mellem et og seks børn fra spædbørnsalderen til voksne. Enkelte var blevet bedstemødre.

En mindre del af kvinderne havde ingen eller havde været uden kontakt med deres børn i længere tid, ofte årevis. Dette drejede sig langt overvejende om børn, der var blevet tvangsfjernet, mens der i højere grad var kontakt



med frivilligt anbragte børn, om end kontakten i en række tilfælde var uregelmæssig og sporadisk, i andre særdeles problem- og konfliktfyldt i forholdet til de plejefamilier og institutioner, hvor børnene var anbragt.

Fælles for samtlige mødre i undersøgelsen var, at temaet børn var forbundet med skyld og for mange desuden med smerte, sorg og savn. Særligt smertefyldt var det for de kvinder, som havde oplevet, at deres børn var blevet fjernet, men også de, der selv havde foranlediget anbringelse, led tydeligvis under at have måttet opgive eller give afkald på at være mor i dagligdagen. Kvindernes beretninger er gennemgående fyldt med selvbebrejdelser og sorg: over at være blevet dømt uegnet, over ikke at have været i stand til at tage vare om, over at have givet afkald, over at være på afstand og ikke have fulgt børnene i deres opvækst og udvikling, over heller ikke i dette livsforhold at slå til.

De fleste af kvinderne havde boet sammen med deres børn i kortere eller længere perioder, i en række tilfælde afbrudt af anbringelser uden for hjemmet, på institutioner, i familieplejer, hos fædre eller egne familiemedlemmer i forbindelse med kvindens misbrug, døgnbehandling, indsættelse i fængsel og afsoning. Nogle havde oplevet, at barnet var blevet fjernet umiddelbart efter fødslen. Andre havde i perioden efter fødslen og i op til flere år boet i plejefamilier eller på særlige mor/barn institutioner sammen med deres barn for derefter at få dem med hjem. De kvinder, der havde hjemmeboende børn, var enten blevet stoffri eller i metadonbehandling. Blandt sidstnævnte gruppe var der betydelige forskelle på, om de var tilknyttet særlige familietilbud eller andre foranstaltninger i hjemkommunen eller ej.

De fleste af dem, der ikke havde børnene hos sig nærede fortsat drømmen om en forening med eller genoprettelse af forholdet til deres børn. Mange var realistiske nok til at erkende, at dette ikke nødvendigvis ville indebære, at de skulle have det daglige ansvar for og bo sammen med børnene. I kvindernes beskrivelse af deres motivation for behandling indgik deres børn og forholdet til deres børn, hjemmeboende eller ej, imidlertid helt overvejende som den primære faktor og drivkraft.

Børn født af mødre, der bruger rusmidler, betragtes som en obstetrisk, pædiatrisk, psykologisk og social risikogruppe (Sundhedsstyrelsen 2005), hvilket er baggrunden for, at der igennem en årrække er blevet iværksat og udviklet en række specialtiltag i form af støttende foranstaltninger og tilbud til gravide kvinder med rusmiddelproblematikker. I undersøgelsen af gravide med misbrugsproblemer (Dahl & Hecksher 2007) var det i udgangspunkt hensigten at belyse, hvordan gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer har anvendt og oplevet de offentligt etablerede tilbud om behandling og diverse andre (støtte)foranstaltninger, som er til rådighed

eller iværksættes for at sikre mor og barns tilstand og situation før, under og efter fødslen.

Undersøgelsen havde fokus på 26 kvinders seneste graviditet, hvor det viste sig, at de fleste – udover selve misbruget – var belastede af problemer på mange af de områder, som har været beskrevet i de foregående afsnit. De fleste af kvinderne var under 30 år og flere af dem ret unge mødre (mellem 17- 22). Størsteparten af graviditeterne var uplanlagte (80 %). I 20 af tilfældene var den biologiske far tidligere misbruger eller aktiv misbruger. Kun få kvinder forblev sammen med den biologiske far gennem hele graviditeten og/eller til efter fødslen. Dette skyldtes for nogles vedkommende, at graviditeten var et resultat af en kortvarig affære, andre valgte at opløse forholdet, desuden døde flere af fædrene under graviditeten (overdosis og selvmord).

Til trods for at der var tale om uplanlagte graviditeter i en periode, hvor misbrug kort forinden havde været eller var aktuelt, og med misbrugende partnere eller ingen fader til barnet, valgte kvinderne at gennemføre svangerskabet. Deres begrundelser for at få barn var imidlertid ret så sammenstemte og båret af ønsket om at blive mor og ønsket om forandring af den nuværende livssituation. Helt generelt betragtede kvinderne graviditeten som en velkommen og konkret anledning til at foretage nye og ansvarlige valg i forhold til deres misbrug og livsstil.

I omverdenens samt i mange professionelles øjne betragtes et sådant tilvalg som udtryk for manglende ansvarlighed og realitetssans, hvilket kvinderne generelt var klar over. De fleste delte endda den mening, at børn ikke bør sættes i verden for at redde nogen eller noget og heller ikke deres mors misbrugs- og samlivsproblemer. De havde ikke desto mindre troen på, at for dem selv – her og nu – var det det rigtige valg.

Undersøgelsen kunne i store træk bekræfte kvindernes tro på, at en graviditet – og ikke mindst det nyfødte barn – kunne foranledige ændring. De fleste kvinder søgte således på eget initiativ hjælp og tog imod den rådgivning, støtte og behandling, som de blev tilbudt. Nogle stoppede deres brug af rusmidler, så snart de opdagede, at de var gravide, de fleste reducerede brugen og/eller ændrede mønster i forhold til, hvad de selv anså for mindst risikabelt for fosteret, og de fleste stoppede helt med at indtage rusmidler før fødslen, herunder også en mindre gruppe kvinder, som ikke umiddelbart formåede eller som endog øgede deres misbrug igennem en periode af graviditeten. Enkelte genoptog eller fortsatte dog med at tage stoffer frem til fødslen.

Undersøgelsen dokumenterede dels, at de kvinder, der blev ved med at bruge rusmidler langt hen i eller igennem hele graviditeten, med en enkelt undtagelse havde en aktivt misbrugende partner, dels drejede det sig om

kvinder i særligt vanskelige sociale situationer, herunder med indtræden af voldsomme akutte hændelser (partners død, tvangsfjernelse af hjemmeboende børn).

Tre særlige risikoudlødere udover eller overlappende med mandens misbrug blev identificeret til at omfatte 'voldelige ægtefæller/partnere', 'ægtefælle eller partners død', 'hemmeligholdte graviditeter'. Mens emnet om vold i parforhold og partnerens pludselige død er blevet omtalt tidligere, skal alene problemerne omkring de skjulte graviditeter trækkes frem. Erfaringer med eller forsøg på at holde graviditeten skjult går nemlig igen i en del af interviewene med de øvrige tre grupperinger af kvinder i denne undersøgelse (stoffri døgbehandlingen, metadon og fængsel).

Begrundelserne for at skjule graviditeten beror i samtlige tilfælde på frygt og skam. De kvinder, der har forsøgt at undgå at delagtiggøre hospitals- og behandlingssystemet i deres omstændigheder/graviditet – og for dem det er lykkedes, men som regel kun til et vist tidspunkt – deler følgende erfaringer:

- a) de har fra andre hørt om, og/eller de har tidligere haft graviditet(er), som er resulteret i fjernelse af barnet og/eller oplevet, at hjemmeboende børn er blevet fjernet
- b) de har selv (haft) negative erfaringer med behandlingssystemet og/eller de sociale myndigheder.

Mange af de kvinder, der har fortalt læge- og sundhedspersonale om deres stofbrug, eller som har søgt hjælp i behandlingssystemet i forbindelse med deres graviditet, har som 'kvinden i den udfoldede livshistorie' givet udtryk for, at 'det skulle de aldrig have sagt'. Således har den hjælp, støtte og behandling, de selv har bedt om i situationen, ofte udmøntet sig i, hvad de har oplevet som kontrollerende og umyndiggørende instanser og indsatser med eksplicit fokus på deres misbrug og dets potentielt negative konsekvenser for fosteret, tilbagevendende trusler om, at barnet vil blive fjernet samt professionelles slet skjulte misbilligelse af deres graviditet og manglende tiltro til, at de kan varetage rollen som mor. De har typisk følt sig som objekter, de har ikke følt sig taget med på råd, og den hjælp, de selv har følt behov for, er der enten ikke blevet spurgt ind til, deres ønsker og forslag er blevet overhørt eller ikke blevet imødekommet.

For den samlede gruppe kvinders vedkommende kan det konstateres, at graviditet har givet anledning til ændringer eller forsøg på ændringer i stofbrug og livsstil. Alt afhængig af den enkelte kvindes situation, personlige ressourcer, overskud og støtte fra socialt netværk og/eller behandlingssystemet, har disse ændringer været af mere eller mindre radikal karakter. Nogle har selv formået at mindske stofbruget betragteligt og/eller har helt

ophørt med illegalt brug under graviditeten, andre er påbegyndt metadonbehandling og/eller har gennemført nedtrapninger. Alle har ønsket at gennemføre svangerskabet uden at påføre det ufødte barn nogen skade, men jo flere problemer og belastninger i dagligdagen og i kombination med trusler fra professionelle og myndigheder, des vanskeligere har det været at leve op til egne hensigter og mål. Plaget af skyld, stress og desperation er brugen af stoffer og alkohol under graviditeten for nogle blevet intensiveret og har i en del tilfælde udviklet sig mere selvdestruktivt og kaotisk i igennem graviditeten.

Ikke desto mindre viser vores data, at graviditet repræsenterer en gunstig og motivationsfremmende anledning til at bryde med negative vaner og mønstre, herunder at ophøre brugen af illegale stoffer. I den forbindelse er det derfor også yderst afgørende, at kvinderne oplever, at de tilbud, der gives, er indrettet på at imødekomme deres behov, at hjælpe og støtte dem i situationen og på sigt. Således er det også vigtigt at anerkende, at de faktorer, ydelser og indsatser, som kvinderne har oplevet som støttende, motive-rende, hjælpsomme og relevante, er sammenfaldende med principperne for den skadesreducerende strategis principper, hvilket ikke udelukker stoffrihed som realistisk endemål.

I undersøgelsen af gravid-gruppens erfaringer med behandlingssystemet var det således karakteristisk, at langt de fleste helt ophørte med brugen af stoffer inden fødslen. Enkelte med egen motivation og viljestyrke som den bærende drivkraft, de fleste med den hjælp og støtte, de hentede i fleksible og behovsrettede tilbud samt ikke mindst i en pragmatisk holdning og ikke-fordømmende reaktion fra de professionelles side på eventuel slinger i valsen i form af tilbagefald eller enkeltstående stofepisoder.

I en sammenligning mellem en større del af de kvinder, som bidrog til 'gravide-undersøgelsen', og som følte, at de i det store hele havde fået den relevante og nødvendige hjælp, har kun ganske få kvinder blandt undersøgelsens øvrige grupper oplevet positive forløb og udbytte i forbindelse med deres graviditeter. Som afslutning på dette kapitel vil det derfor være oplagt at trække frem, hvad kvinderne i denne undersøgelse generelt har erfaret som hjælpsomt, relevant og konstruktivt i mødet med det offentlige hjælpesystem – som kvinder, som mødre og som gravide.

Rent faktisk er der stor overensstemmelse mellem de danske kvindelige undersøgelsesdeltageres erfaringer med god, opstøttende og motiverende behandling og de i kapitel 3 resumerede anbefalinger udtrukket på baggrund af den internationale litteratur. Helt konkret kan de gode erfaringer, som kvinderne i denne undersøgelse har fortalt om, først og fremmest til-lægges følgende positive faktorer og forhold:

- at blive set, hørt og behandlet som gravid kvinde og kommende mor og ikke bare som misbruger
- at kunne fortælle om sin glæde og frygt, sin situation og sine problemer uden at blive mødt med løftede pegefingre, misbilligelse, trusler og negative forventninger
- at der ikke bare er fokus på svagheder og problemer, men også styrker og ressourcer
- at have en kontakt-/støtteperson, som er der for én, og som ikke fordømmer, truer eller straffer, hvis man træder ved siden af
- at blive delagtiggjort og inddraget i behandlings- og handleplaner, og hvordan de justeres undervejs
- at blive præsenteret for hvilke tilbud der eksisterer, og hvilke ydelser man har ret til, frem for at få en bestemt model trukket ned over hovedet
- at blive orienteret om, hvad tilbud består i, hvad det indebærer og hvad der forventes
- at der tages hensyn til eventuelle andre børn i forhold til behandling
- at fædres rolle under graviditeten og efter fødslen bliver respekteret, og at de bliver inddraget og omfattet af tilbud
- at blive holdt orienteret om, hvem der indkalder, og hvorfor pågældende parter deltager i indkaldte møder, samt med hvilket formål og under hvilke betingelser møder indkaldes
- at brug af urintests ikke bare har kontrol som formål, men sker efter gensidig aftale og forståelse og/eller indgår som fælles pejlemærke
- at urinprøver ikke tillægges større vægt end den fortrolige relation
- at fortrolighed, tillid, støtte og opmuntring prioriteres frem for kontrol
- at der fortsat er relevant støtte og hjælp at hente, også efter fødslen og i årene frem.

## 5.9 Opsamlende diskussion/perspektivering

Dette kapitel har overvejende haft fokus på de faktorer og forhold, som ikke bare især ses blandt kvinder med stofproblemer, men som i særlig grad er kendetegnende for de mest belastede og udsatte danske kvinder i misbrugsbehandling.

Afsøgningen af særlige aspekter af kvinders stofbrug og stofmønstre er blevet beskrevet under følgende centrale temaer: parforhold, vold i parfor-

holdet, seksuel vold og overgreb, prostitution og sexarbejde, graviditet og børn.

Generelt er der stor overensstemmelse mellem de internationale og de danske fund. Kort resumeret viser den kvalitative analyse, at både mænd og kvinder er blevet introduceret til illegale stoffer gennem mandlige relationer. Samme klare tendens ses i forhold til introduktionen til intravenøs indtagelse. I det hele taget viser de danske data en betydelig tendens til at kvinder tilpasser sig mandlige partners stofmønster, herunder ændringer i brug og skift til brug af de af manden foretrukne stoffer samt ophør af stofbrug, mens det modsatte synes at være langt sjældnere forekommende.

Kvinderne i undersøgelsen har i langt større omfang end mænd stiftet bekendtskab med (virkningen af) psykoaktive stoffer end mændene, før de begynder at bruge illegale stoffer. Det drejer sig overvejende om receptpligtig medicin i form af stærkt smertestillende samt sove-/nerve medicin, som de typisk er blevet præsenteret for af mødre og mormødre og/eller ved henvendelse til læge, som oftest i forbindelse med menstruationssmerter og depressive tanker.

Amfetamin hører for både mænd og kvinders vedkommende til blandt de illegale debutstoffer. Mens mændene først og fremmest har fokuseret på dette stofs stimulerende virkninger, ofte i kombination med alkohol, har kvinder i alle aldre og behandlingsformer både fremhævet den energi og det overskud, stoffet giver, men også de appetithæmmende virkninger, hvorfor det også betragtes og anvendes som et effektivt slankemiddel.

Stofmisbrugere, der forbliver hængende i behandlingssystemet – om end ofte med perioder uden kontakt med behandling – repræsenterer generelt mennesker, der gennem barndommen og/eller ungdommen har været udsat for svigt, og som på forskellig vis er utilpassede i forhold til 'normalsamfundets' adfærdskodeks og regler. Ophobningen af problematiske, traumatiserende og belastende forhold gennem barndommen og ungdommen er for langt de flestes vedkommende betydelig. Også inden stofferne for alvor kommer på banen og føjer nye problemer til, herunder finansiering af det illegale brug, fængsling og afsoning, yderligere udstødelse og marginalisering mm.

Mange er vokset op med fysisk og psykisk vold, mange af kvinderne har derudover været udsat for seksuelle overgreb i barndommen eller ungdommen, og for en stor del af de kvindelige misbrugere bliver psykisk, fysisk og seksuel vold også en del af voksenlivet.

Kvinderne har typisk søgt behandling senere i deres misbrugsforløb end mændene og er mere psykisk og fysisk stofbelastede end mændene, når de møder behandlingssystemet. Kvindernes syn på og erfaringer med forskellige former for misbrugsbehandling viser, at deres problemer og oplevede

behandlingsbehov kun i ringe omfang kan tilgodeses af de gængse standardprogrammer. Den mandlige behandlingsmodels dominans, karakteriseret ved kontrol og en mere eller mindre konfronterende tilgang, synes generelt at have en negativ effekt på kvindernes udbytte af behandling.

Den nærliggende og oplagte løsning med udgangspunkt i kønsadskilt behandling og programmer udviklet med specifik hensyntagen til køn er forsøgt i det små – både herhjemme og i udlandet med såvel positive som mindre positive resultater. Da der, som det ofte synes at være tilfældet, er tale om (pilot)projekter med et begrænset deltagerantal og tidsramme, har det indtil nu ikke været muligt at demonstrere tilstrækkelig overbevisende evidens for, at der i højere grad satses på 'ren kvindebehandling'. Til gengæld er der tilstrækkeligt belæg for at anbefale, at der i kønsblandet behandlingsregi tilsikres en vis balance i klientgruppen, således at kvinderne i ikke er i for stort undertal. Ligeledes er der ganske godt belæg for at behandlingsstederne tilstræber, at behandlernes køn matcher klienternes.

En særlig og hyppigt omtalt udfordring for etablerede kvindeprogrammer i såvel døgn-, fængsels- og ambulans regi er i øvrigt de selv samme kvinder, som behandlingen sigter på, og som af forskellige årsager tilkendegiver modvilje mod at skulle deltage i og indgå i behandling 'kun for kvinder'. Erfaringerne viser dog, at denne modvilje kan forvandles til en oplevelse af særligt støttende og bekræftende karakter, selv i et lukket miljø (Dahl & Pedersen 2006), og det må derfor formodes, at kvindespecifikke programmer, som en permanent og specialiseret ydelse – med de rette (relevante og professionelle) tilbud og rammer – er værd at udvikle yderligere i såvel døgn- og ambulans behandlingsregi.

Internationalt set er graviditet og stofmisbrug et af de 'kvinde-temaer', som har påkaldt sig størst opmærksomhed og har overvejende haft fokus på fosterskader og forebyggelse heraf via tilbud om behandling. I lighed med de anbefalinger for god behandling af gravide med misbrugsproblemer, som er fremkommet på baggrund af internationale studier, peger de af kvinderne i dette studie fremlagte erfaringer med god behandling til gengæld på den positive betydning af en fortrolig, ikke-konfronterende og ikke-kontrollerende relation til behandlingssystemet og professionelle.





## 6. Litteratur

Anderson, T. (2004). Drug use and gender. I: C.E. Faupel & P.M. Roman, (Eds.) *Encyclopedia of Criminology and Deviant Behavior, Volume IV: Self-Destructive Behavior and Devalued Identity*, Philadelphia: Taylor & Francis Publishers, 286-289.

Anglin, M.D. & Hser, Y.I. (1987). Addicted women and crime. *Criminology*, 25:359-397.

Anglin, M.D., Hser, Y.I. & Booth, M.W. (1987). Sex differences in addict careers. 4. Treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 13(3): 253-280.

Ashley, O.S., Marsden, M.E. & Brady, T.M. (2003). Effectiveness of Substance Abuse Treatment Programming for Women: A Review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1):19-53.

Asmussen, V., Kolind, T. & Pedersen, M.U. (2003). *Metadon-projektet. Delprojekterne og brugerne*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Asmussen, V. & Kolind, T. (2005). *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. - Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Bartholomew, N.G., Rowan-Szal, G. A. , Chatham L. R., Nucatola D. C., Simpson D. D. (2002). Sexual abuse among women entering methadone treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(4): 347-354.

Berridge, V. (1999). *Opium and the People. Opiate Use and Drug Control Policy in the Nineteenth and Early Twentieth Century England*. London: Free Association Books.

Boyd, S.C. (1999). *Mothers and Illicit Drugs: Transcending the Myths*. Toronto: University of Toronto Press.

Boyd, S.C. & Marcellus, L., (Eds.) (2007). *With Child. Substance Use During Pregnancy: A Woman-Centered Approach*. Halifax: Fernwood Publishing.

Broom, D. (Ed.) (1991). *Women's Alcohol and Drug Use. Australian Feminist Perspectives*. Canberra: Australian Council of Alcohol and Other Drug Associations.

Bullington, B., (Ed.) (2000). Substance Use, Abuse and Treatment: Feminist perspectives. *Journal of Drug Issues*, 30(4).

Cambell, C.A. (1990). Women and AIDS. *Social Science and Medicine* 30: 407-415.

Chambers, C.D. et al. (1970). The female opiate addict. I: J.C. Ball & C.D. Chambers (Eds.) *Epidemiology of Opiate Addiction in the United States*. Springfield: Illinois, 222-239.

Chein, I., Gerard, D.L., Lee, R.S. & Rosenfeld, E. (1964). The female addict. I: I. Chein, D.L. Gerard, R.S. Lee & E. Rosenfeld, (Eds.) *The Road to H*. New York: Basic Books.

Copeland, J. (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(2), 183-190.

Copeland, J. & Hall, W. (1992). A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, 87: 499- 504.

Covington, S.S. (2002). Helping women recover: creating gender responsive treatment. I: S.L. Straussner & S. Brown ((Eds.) *The Handbook of Addiction Treatment for Women*. San Francisco: Joey-Bass.

Cuskey, W.R., Premkumar, T. & Siegel, L. (1972). Survey of opiate addicts among females in the US between 1850 and 1970. *Public Health Review* 1, 5-39.

Dahl, H. (1999). *Døgnbehandlingen på Kråsiglund: Minnesota-behandling i et tværfagligt miljø*. Slutrapport. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Dahl, H.V. (2007). The methadone game: control strategies and responses. In: Fountain, J., Korf, D.J. (eds.) *Drugs In Society. European Perspectives*. Radcliffe Publishing, Oxford, New York, 102-115.

Dahl, H.V. (2008). Metadonkontrol: hvorfor, hvordan og hvorledes. Dansk metadonpraksis belyst fra aktøernes perspektiv. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift, NAT*, 25(5): 377-392.

Dahl, H.V. & Hecksher, D. (2007). *Graviditet og misbrug - belyst ud fra kvindernes perspektiv*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Dahl, H.V. & Pedersen, M.U. (2006). *Kvinder i motivations- og stofmisbrugsbehandling i Vestre Fængsel og Horserød Statsfængsel*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Dahl, H., Pedersen, M.U. & Hecksher, D. (1999). *Udvikling af et nærbehandlingsmiljø: En evaluering af Fredericia Kommunes inddragelse af tidligere misbrugere i behandlingen af stofmisbrugere*. Århus: Center for Rusmiddelforskning: Aarhus Universitet.

Ellinwood, E.H., Smith W.G & Vaillant, G.E (1966). Narcotic addiction in males and females: a comparison. *International Journal of the Addictions* 1 (2):33-45.

EMCDDA (2005). *Differences in patterns of drug use between women and men*. European drug situation. Technical data sheet.

Eriksen, S. (1999). Alcohol as a Gender Symbol. *Scandinavian Journal of History*, 24(1):45-73.

Ettorre, E. (1992). *Women and Substance Use*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Finkelstein, N. (1994). Treatment issues for alcohol and drug dependent pregnant and parenting women. *Health and Social Work*, 19(1): 7-15.

Forth-Finnegan, J.L. (1991). Sugar and spice and everything nice: gender socialization and women's addiction – a literature review. I: C. Bepko, (Ed.), *Feminism and Addiction*. New York: The Haworth Press, Inc., s.19-48.

- Friedman, J. & Alicea, M. (2001). *Surviving Heroin. Interviews with Women in Methadone Clinics*. Gainesville: University Press of Florida.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gordon, S.M. (2007). Barriers to Treatment for Women. *Counselor*, August, 2007.
- Gossop, M., Powis, B., Griffiths, P., Strang, J. (1994). Sexual behavior and its relationship to drug-taking among prostitutes in south London. *Addiction*. 89(8).
- 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 Outcomes in Women. A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence* 86: 1-21.
- Grella, C.E., Polinsky, M.L., Hser, Y. & Perry, S.M. (1999). Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 17(1 & 2): 37-44.
- Grella, C.E., Scott, C.K., Foss, M.A. & Dennis, M.L. (2008). Gender Similarities and Differences in the Treatment, Relapse, and Recovery Cycle. *Evaluation Review*, 32:113-137.
- Haastруп, S. (1973). *Young Drug Abusers. 350 Patients Interviewed at Admission and Followed up Three Years Later*. København: Munksgård.
- Hagan, T., Finnegan, L. & Nelson-Zlupko, L. (1994). Impediments to comprehensive treatment models for substance-dependent women: Treatment and research questions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26: 163-171.
- Hansen, F. & Svenkerud, S., (2006). *Gravide innlagt på tvang 1996-2005*. Borgestadklinikken.
- Haavio-Mannila, E. (Ed.) (1989) *Women, Alcohol, and Drugs in the Nordic Countries*. Nordiska nämnden för alkohol- og drogforskning, NAD publikation 16.

- Health Canada (2005). *Best Practices. Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems*. Canada's Drug Strategy Division.
- Hecksher, D. & Hesse, M. (2009). Women and substance use disorders. *Mens Sana Monograph: Women's Issues*, 14, January, 8 s. (In press).
- Hedrich, D. (2000). *Problem Drug Use: Focus on Community-based Interventions*. Strasbourg: Pompidou Group.
- Henderson, D.J. (1998). Drug abuse and incarcerated women: A research review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15: 579-587.
- Henderson, S., (Ed.) (1990). *Women, HIV, Drugs: Practical Issues*. London: Institute for the Study of Drug Dependency.
- Hepburn, M. (2002). Providing care for pregnant women who use drugs: The Glasgow women's reproductive health service. I: H. Klee, M. Jackson & S. Lewis, (Eds.) *Drug Misuse and Motherhood*. London: Routledge.
- Hepburn, M. (1993). Drug Misuse in Pregnancy. *Current Obstetrics and Gynaecology*. 3.
- Holstein, B.E. & Jersild, T. (1976). *932 kriminelle stofmisbrugere – fem år senere*. Forskningsrapport nr. 2. Kriminalpolitisk forskningsgruppe. Justitsministeriet.
- Holsten, F. (1985). The female drug abuser: has she a shorter way out? *The Journal of Drug Issues*, 15(3): 383-392.
- Hser, Y.I., Anglin, M.D. & Booth, M.W. (1987). Sex differences in addict careers. 1. Initiation of use. *American Journal of Drug and alcohol Abuse* 13(1 & 2): 33-57.
- Jessup, M.A., Humphrey, J.C, Brindis, C.D. & Lee, K.A. (2003). Extrinsic Barriers to Substance Abuse Treatment among Pregnant Drug Dependent Women. *Journal of Drug Issues*, 33(2):285-304.
- Johnson, H. (2004). *Key Findings from the Drug Use Careers of Female Offenders Study*. Australian Government & Australian Institute of Criminology.

Järvinen, M. & Rosenqvist, P. (Red.)(1991). *Kön, Rus och Disciplin - en nordisk antologi*, Nordiska nämnden för alkohol- og drogforskning, NAD publikation 20.

Kandall, S.R. (1996). *Substance and Shadow. Women and Addiction in the United States*. London: Harvard University Press.

Kelly, P.J., Blacksin, B. & Mason, E. (2001). Factors affecting substance abuse treatment completion for women. *Issues in Mental Health Nursing*, 22: 287-304.

Klein, D., Crim, D. & Zahnd, E. (1997). Perspective of pregnant substance-using women: Findings from the California Perinatal Needs Assessment, *Journal of Psychoactive Drugs*, 29, 1: 55 - 66.

Leigh, B.C. (1995). A thing so fallen, and so vile: Images of drinking and sexuality in women. *Contemporary Drug Problems* 22: 415-434.

Logan, T.K., Walker, R., Cole J. & Leukefeld, C. (2002). Victimization and Substance Use Among Women: Contributing Factors, Interventions, and Implications, *Review of General Psychology* 6(4): 325-397.

Maeve, M.K. (2000). *Speaking unavoidable truths: understanding early childhood sexual and physical violence among women in prison*. *Issues in Mental Health Nursing*, 21:473-498.

Maher, L. & Daly, K. (1996). Women in the Street-Level Drug Economy: Continuity or Change? *Criminology* 34(4): 465-491.

Marcellus, L. & Kerns, K. (2007). Outcomes for children with prenatal exposure to drugs and alcohol: A social-determinants of health approach. I: S.C. Boyd & L. Marcellus, (Eds.) (2007) *With Child. Substance Use During Pregnancy: A Woman-Centered Approach*. Halifax: Fernwood Publishing.

Marsh, J. (1982). Public issues and private problems. *Journal of Social Issues*. 38:153-165.

Mattingly, C. (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots. The Narrative Structure of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

- McClellan, D., Farabee, D. & Crouch, B.M. (1997). Early victimization, drug use, and criminality. A comparison of male and female prisoners. *Criminal Justice and Behavior*. 24:455-476.
- McDonald, M. (1994). Introduction: A Social-anthropological View of Gender, Drink and Drugs. I: McDonald, M (Ed.) *Gender, Drink and Drugs*. Oxford: Berg, s.1–13.
- Modanaro, J. (1987). Strategies for Aids prevention: motivating health behaviour in drug-dependent women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(2) 143-149.
- Murphy, D.L. (1987). Heterosexual contacts of intravenous drug abusers: implications for the next spread of the AIDS epidemic. *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 7: 89-97.
- Murphy, S. & Rosenbaum, M. (1999). *Pregnant Women on Drugs: Combatting Stereotypes and Stigma*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- NAD (1980) *Barns socialisation och alkoholbruk : rapport från ett nordiskt seminarium 3.-5.9.1980 i Esbo, Finland*. Nordiska nämnden för alkohol- og drogforskning, NAD publikation 2.
- NAD (1983) *Kvinnoforskning Kring Rusmedel: Rapport Från Ett Nordiskt Forskarseminarium. I Leangkollen, Norge 1982*. Nordiska nämnden för alkohol- og drogforskning, NAD publikation 8.
- NAD (1986) *Kvinnoforskning Kring Rusmedel 2: Rapport Från Ett Nordiskt Forskarseminarium*. Nordiska nämnden för alkohol- og drogforskning, NAD publikation 14.
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. & Dore M.M. (1995). Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women. *Social Work* 40(1): 45-54.
- Palmer, C. & Horowitz, M., (Eds.) (1982). *Shaman Woman, Mainline Lady: Women's Writings on the Drug Experience*. New York: William Morrow and Company, Inc.

- Payne, S. (2007). *Caring not Curing: Caring for Pregnant Women with Problematic Substance Use in an Acute Care Setting, I*: S.C. Boyd & L. Marcellus, (Eds.) (2007) *With Child. Substance Use During Pregnancy: A Woman-Centered Approach*. Halifax: Fernwood Publishing.
- Pedersen, M.U. (1998). *Stofmisbrugere i døgnbehandling. Delrapport 3*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U. (1999). *Stofmisbrugere efter døgnbehandling. Delrapport 5*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U. (2000). *Stofmisbrugere før, under, efter døgnbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U. (2001): *Substitutionsbehandling, Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U. (2005). *Heroin-afhængige i metadonbehandling. - Den medicinske og psykosociale indsats*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U. & Dahl, H.V. (2003). *Ambulant stoffri nærbehandling. Fredericia Projektet*. Århus: Center for Rusmiddelforskning: Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U., Rask, C., Thyme, G. & Dahl, H. (1997) *Døgnbehandlingsindsatsen på Opbygningsgården, Hjulsøgård, Kråsiglund og Gunderuplund*. Delrapport I (Evalueringsmetoden) og II (Behandlerne og Behandlingskulturene). Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pedersen, M.U. & Hecksher, D. (2008). *Døgnbehandling af alkoholafhængige. Forløb, Tilbagefald og køn*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Pelissier, B. & Jones, N. (2005). A Review of Gender Differences among Substance Abusers. *Crime & Delinquency* 51(3): 343-372.



Plant, M.L., Plant, M.A., Peck, D.F. & Setters, J. (1989). The Sex Industry, Alcohol and Illicit Drugs: implications for the spread of HIV infection. *British Journal of Addiction*, 84: 53-59.

Pontoppidan, K. (1883). *Den Kroniske Morfinisme*. Kjøbenhavn: Thieles Bogtrykkeri.

Power, R.M. (1988) The Influence of AIDS on Patterns of Intravenous Drug Use - Syringe and Needle Sharing Among Illicit Drug Users in Britain. I: R.J. Battjes & R.W. Pickens ((Eds.) *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*, Research Monograph 80. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 75-99.

Prather, J.E. & Fidell, L.S. (1978) Drug use and abuse among women: an overview. *International Journal of Addiction*, 13(6):863-885.

Prendergast, M.L., Wellisch, J. & Falkin, G.P. (1995) Assessment of and services for substance-abusing women offenders in community and correctional settings. *The Prison Journal*, 75 (2): 240-256.

Raine, P. (2001) *Women's perspectives on drugs and alcohol: the vicious circle*. Aldershot: Ashgate.

Reed, B.G. (1987) Developing women-sensitive drug dependence treatment services: Why so difficult? *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(2):151-163.

Reinarman, C. & Levine, H.G., (Eds.) (1997) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. Berkeley: University of California Press.

Retterstøl, N. (Ed.) (1980) Drug Issues: The Scandinavian Perspective. *Journal of Drug Issues*, 10(4).

Rosenbaum, M. (1997) Women, Research and Policy. Part 1.I: Lowinson et al. (Eds.) *Substance Abuse, a Comprehensive Textbook*. Baltimore: Williams & Wilkins, 654-665.

Rosenbaum, M. (1981) *Women on Heroin*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Sandmaier, M. (1980) *The invisible Alcoholics*. New York: McCraw-Hill.

Sargent, M. (1992) *Women, Drugs and Policy in Sydney, London and Amsterdam*. Aldershot: Avebury.

Siegel, L. (1997) The Pregnancy Police Fight the War on Drugs. I: C. Reinerman & H.G. Levine (Eds.), *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*.

Stocco, P., Llopis Llácer, J. J., DeFazio, L., Calafat, A. & Mendes, F. (2000) *Women drug abuse in Europe: gender identity*. IREFREA & European Commission. Venezia.

Stocco, P., Llopis Llácer, J. J., De Fazio, L., Facy, F., Mariani, E., Legl, T., de Carvalho Lourenço, M., Castillo, A. & Rebollida, M. (2002) *Women and opiate addiction: a European perspective*. IREFREA & European Commission. Palma de Mallorca.

Storgaard, A. (2000a) *Straf og misbrugsbehandling under samme tag*. Århus: Center for Rusmiddelforskning: Aarhus Universitet.

Storgaard, A. (2000b): *Straf og misbrugsbehandling under samme tag*. Supplement. Århus: Center for Rusmiddelforskning: Aarhus Universitet.

Sundhedsstyrelsen (2005) *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel*. København.

Taksdal, A. (1997) *Kvinderettet rusbehandling*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet/Social- og helse-departementet.

Taylor, A. (1993) *Women Drug Users. An Ethnography of a female Injecting Community*. Clarendon Press. Oxford.

Trulsson, K. (1999) Moderskap och missbruk. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*. 16(6): 335-351.

Tuten, M. & Jones, H.E. (2003) A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 70: 327-330.

- UNODC (2004) *Substance abuse treatment and care for women, Case studies and lessons learned*. United Nations Office on Drugs and Crime. United Nations Publications. Vienna.
- Vaglum, P. (1979) *Unge stoffmisbrukere i et "terapeutisk samfunn". Forløp under og etter behandling. En klinisk psykiatrisk undersøkelse*. Oslo.
- Waldorf, D. (1973) *Carreers in Dope*. Englewoods Cliffs: Prentice Hall.
- Wallen, J. (1992). A comparison of male and female clients in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9: 243 - 248.
- Waterston, A. (1999) *Love, Sorrow, and Rage: Destitute Women in a Manhattan Residence*. Philadelphia: Temple University Press.
- Wellisch, J., Anglin, M.D. & Prendergast, M.L. (1994) Treatment Strategies for Drug-Abusing Women Offenders. In: J. Inciardi, (Ed) *Drug Treatment and the Criminal Justice System*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 5-25.
- Wells, D.V. & Jackson, J.F. (1992) HIV and chemically dependent women: Recommendations for appropriate health care and drug treatment services, *International Journal of Addictions*, 27(5): 571-585.
- Widerberg, K. (2000) Køn og samfund. I: Andersen, H. & L. B. Kaspersen. (red.) *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag: 517-539.
- Wilke, D. (1994) Women and alcoholism: How a male-as-norm bias affects research, assessment, and treatment. *Health & Social Work*, 19(1), 29-35.
- Young, I. (1994) Punishment, Treatment, Empowerment: Three Approaches for Pregnant Addicts. *Feminist Studies*, 20(1): 33-57.