



Examensarbete, 15 hp.
Kandidatexamen i folkhälsovetenskap
VT 2018

- ”Man ger mer än vad man tar”*
- En kvalitativ intervjustudie om medberoende i nära relationer

Anna Ladan och Sanel Demiraca

Sektionen för hälsa och samhälle

Högskolan Kristianstad | www.hkr.se

Författare

Anna Ladan och Sanel Demiraca

Titel

”Man ger mer än vad man tar” – En kvalitativ intervjustudie om medberoende i nära relationer

Handledare

Bengt Åhgren

Examinator

Petra Nilsson Lindström

Sammanfattning

Tidigare studier har visat på att i varje missbrukares liv, finns cirka fem anhöriga som riskerar att utveckla medberoende. Riskfaktorerna associerade med medberoende påverkar därför förekomsten av psykiska ohälsa och ökar risken för att utveckla andra sjukdomar såsom depression, ångest och känslomässiga problem. *Syftet* med studien var att undersöka hur medberoende i nära relationer kan utveckla självdestruktivt beteende och psykisk ohälsa. Med hjälp av en kvalitativ *metod* och intervjuer som datainsamlingsmetod blev syftet med denna studie genomförd. Studien grundades på semistrukturerade intervjuer där totalt sex informanter deltog. *Resultatet* i studien visade på liknande resultat genom alla intervjuer, såsom förekomsten av psykiska sjukdomar, självdestruktivt beteende och vikten av introjektiv identifikation. Dessa tre kategorier kompletterar varandra i den skrivna ordningen. Resultatet tyder på att det kan vara så att den medberoende inte kan utveckla psykisk ohälsa utan fenomenet introjektiv identifikation och självdestruktivt beteende. För att det ska utvecklas någon form av psykisk ohälsa skulle den medberoende personen behöva utveckla ett självdestruktivt beteende, och resultatet tyder på att det inte är möjligt utan introjektiv identifiering i kontexten nära relationer. Dock med hjälp av anknytningsteorin och copingstrategin, visade slutsatsen att inte alla medberoende utvecklade psykisk ohälsa. Förekomsten av psykisk ohälsa påverkas av individens tidiga anknytningsmönster och copingförmåga. Studien ledde till *slutsatsen* att psykisk ohälsa är ett stort problem bland individer med medberoende. Medberoende är inte fastställt som en sjukdom, trots att risken för att eventuellt utveckla psykisk ohälsa finns. Trots de följsjukdomar som medberoende medför är det ingen prioritering inom folkhälsopolitiken.

Ämnesord

Anhörig, introjektiv identifikation, medberoende, självdestruktivt beteende, psykisk ohälsa

Author

Anna Ladan och Sanel Demiraca

Title

“*You give more than you take*” - A qualitative interview study among co-dependency in close relations

Supervisor

Bengt Åhgren

Examiner

Petra Nilsson Lindström

Abstract

Previous studies have shown that in every drug addicted person's life there is about five relatives which risks developing co-dependency. Therefore, the riskfactors affect the relative's mental health and increase the risk of developing other illnesses such as depression, anxiety and emotional issues. The *aim* of the study was to investigate how co-dependency in close relationships can develop self-destructive behavior and mental illness. With the use of a qualitative *method* and interviews as a data collecting method, the aim for this study became fulfilled. The study was based on semi-structured interviews, performed by six participants. The *results* showed similar outcomes for all interviews, such as the prevalence for mental illness, self-destructive behaviour and the importance of introjective identification. These three categories complement each other in the order written. The results indicates that a co-dependent individual could not, without the phenomenon introjective identification and self-destructive behaviour acquire mental illness. However in order to acquire some kind of mental illness the co-dependent person would have to develop self-destructive behaviour, and the results showed that it is not possible without introjective identification in the context of a close relationship. Although, with the use of attachment theory and coping-strategy, the conclusion showed that not every co-dependent developed mental illness. The prevalence of illnesses was affected by the individuals early life attachment-pattern and coping skills. The study led to a *conclusion* that mental illness is a big issue among co-dependent individuals. Co-dependency is not a determined as a disease, despite the risk of possibly developing mental illness. It is still not a prioritization among public health authorities.

Keywords

Co-dependency, introjective identification, mental illness, relative, self-destructive behaviour

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Abstract	3
Förord	5
1. Inledning	6
2. Litteraturgenomgång	6
2.1 Folkhälsa.....	6
2.2 Psykisk ohälsa.....	7
2.2.1 Självdestruktivt beteende.....	7
2.3 Medberoende.....	8
2.4 Vuxna anhöriga.....	8
2.5 Introjektiv identifikation.....	9
2.6 Problemformulering.....	9
3. Syfte	10
4. Metod	10
4.1 Val av metod.....	10
4.2 Urval.....	10
4.3 Genomförande.....	11
4.4 Analys.....	11
4.5 Forskningsetiska principer.....	13
4.5.1. Informationskravet.....	13
4.5.2. Samtyckeskravet.....	13
4.5.3. Konfidentialitetskravet.....	13
4.5.4. Nyttjandekravet.....	13
5. Resultat	14
5.1 Psykisk ohälsa.....	14
5.2 Självdestruktivt beteende.....	15
5.3 Introjektiv identifikation.....	18
6. Diskussion	19
6.1 Resultatdiskussion.....	19
6.2 Metoddiskussion.....	21
7. Konklusion	23
8. Referenslista	24
9. Bilagor	28
9.1 Informationsbrev.....	28
9.2 Intervjuguide.....	29
9.3 Samtyckesblankett.....	30

Förord

Först och främst vill vi rikta ett stort tack till alla deltagande och intervjupersoner i studien som delade med sig av sina kunskaper och erfarenheter kring medberoende. Examensarbetet har varit en lång och lärorik process. Vårt gemensamma intresse kring området gynnade oss i samarbetet och engagemanget till studien. Båda har varit delaktiga i examensarbetet lika mycket då vi genom processens gång delade upp arbetets olika delar, som i slutändan bearbetades av oss båda. Samarbetet gynnades av att vi skrev hela uppsatsen tillsammans då vi även utnyttjade chansen till att diskutera ämnets olika delar på tu man hand. Arbetsprocessen har gått upp och ner, där motstridigheten bekämpats och med varandras medvind har motivationen byggts upp om på nytt. Vi brukar säga att den enes svaghet har varit den andres styrka, då Sanel stått för den språkliga delen och Anna har haft koll på formalia, vilket har givit en mer jämnt fördelad uppdelning.

Vi vill även tacka vår handledare Bengt Åhgren och examinatorn Petra Nilsson Lindström för kloka råd och gott stöd och vägledande genom hela examensarbetet.

2018-06-04, Kristianstad
Anna Ladan, Sanel Demiraca

1. Inledning

Ett medberoende påverkar relationer i familjer och de närståendes hälsa. Anhöriga såsom familjemedlemmar och andra personer med en nära relation till en missbrukare, påverkas av missbrukarens destruktiva beteenden, såsom våld, lögnery och andra vårdslösa beteenden. I sin tur drabbas den närståendes psykiska, psykosomatiska och känslomässiga hälsa (Giannouli & Ivanova 2016). Beräkningar som har gjorts tyder på att för varje missbrukare finns det cirka fem familjemedlemmar och andra individer i nära relation som riskerar att utveckla ett medberoende (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2006). Sociala skador såsom konsekvenser för den anhöriga i nära relation där alkoholmissbruk förekommer är svåra att mäta, eftersom att det inte är många anhöriga som söker hjälp (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2017). Enligt statistik från Socialstyrelsen (2017) är det fler kvinnor än män som får anhörigstöd. Det totala antalet personer som har sökt anhörigstöd har ökat i antal från år 2015 till 2016 (Socialstyrelsen 2017). Att vara medberoende innebär att en individ befinner sig i ett tillstånd där hen lever tillsammans med en missbrukare, exempelvis narkoman, alkoholist eller någon med ett annat destruktivt beteende (Peled & Sacks 2008). I en sådan miljö känner den medberoende ett behov av att hjälpa missbrukaren och hen anpassar sin personlighet, attityd och beteende gentemot den beroende. Detta i form av försvar av missbrukarens destruktiva beteenden även om detta påverkar personen själv och de anhöriga (Ivanova & Giannouli 2016). Sedan 1970-talet har forskning kring medberoende vuxit utifrån olika perspektiv. Hur det efter en längre tid påverkar människan negativt till följd av stresssymptom och olika sjukdomar såsom depression och ångestproblematik. Psykosomatiska sjukdomar till exempel högt blodtryck och magsår är ytterligare konsekvenser av medberoende (Björns 2010; Hellsten 1998; Söderling 2002). Medberoende är ett sjukdomsliknande tillstånd som inte klassas som en diagnos (Hellsten 1998; Sumanpreet 2016), däremot medför det konsekvenser och annan problematik för hälsan. Sumanpreet (2016) förklarar vidare hur ett medberoende är ett omedvetet beroende av att skydda en annan persons destruktiva beteenden, och att ens egna och familjens behov försummas. Detta beteende påverkar hälsan negativt. Pellmer, Wramner och Wramner (2012) belyser att människan exponeras för riskfaktorer många gånger under livet. Omgivningsmiljön är en av sådana riskfaktorer som kan indirekt ge upphov till sjukdom (Pellmer, Wramner & Wramner 2012), likadant som medberoende i nära relationer gör. Inom folkhälsopolitiska prioriteringar är inte medberoende inkluderat, vilket författarna anser bör vara ett viktigt tema att uppmärksamma då personer i nära relationer är utsatta för destruktiva förhållanden. Dessa destruktiva förhållanden kan medföra psykisk ohälsa i form av negativa upplevelser av sin omgivning (Schoenfeld & Cameron 2015).

2. Litteraturgenomgång

I detta avsnitt har författarna behandlat undersökningens problemområde kopplat till folkhälsovetenskap ur en fördjupad helhetsbild.

2.1 Folkhälsa

Folkhälsa är ett begrepp som används för att kunna beskriva ett lands, samhällets eller en grups allmänna hälsotillstånd. Folkhälsobegreppet har främst använts för att kunna beskriva sjuklighet, hälsorisker, levnadsvanor och dödlighet i avgränsade befolkningsgrupper. Hälsoarbete inom folkhälsa består av två delar; hälsofrämjande (promotion) och sjukdomsförebyggande (prevention). För att kunna förstå dessa två delar ses hälsoarbetet ur två kunskapsförhållanden, antingen ur ett salutogent eller ett patogent perspektiv. Det salutogena perspektivet innefattar positiva kunskaper om vad som gör att människor bibehåller hälsa och

det patogena handlar om kunskaper om riskfaktorer till vad som gör människor sjuka (Pellmer, Wramner & Wramner 2012). För att uppnå en jämlik och jämställd hälsa hos hela befolkningen är hälsans bestämningsfaktorer viktiga att utgå ifrån (Pellmer, Wramner & Wramner 2012). Då medberoende förekommer i relation till missbrukare uppmärksammades det elfte folkhälsopolitiska målområdet; Minskat bruk av ANDTS, alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel för pengar. För att lyckas med folkhälsomålet har delmål satts upp och uppmärksammats, några av dem är; att skjuta upp alkoholdebuten, att främja en tobaksfri livsstart, ett samhälle fritt från dopning och narkotika samt minska skadeverkningar av överdrivet spelande för pengar (Scriven 2013). Med detta sagt menar författarna att ett minskat missbruk av ANDTS kan bidra till att förekomsten av medberoende minskar.

Hälsoarbete och hälsoperspektivet kan illustreras i Bauers EUHPID-modell som visar på den psykiska, sociala och fysiska hälsostatusen hos en individ i samband med miljörelaterade och individuella bestämningsfaktorer. Modellen är uppdelad i två perspektiv, ett salutogent och ett patogent. Vidare är hälsoarbetet uppdelat i två huvuddelar, det promotiva och det preventiva (Bauer, Davies & Pelikan 2006). Det salutogena perspektivet användes i denna studie för att kunna ge ökad kunskap och medvetenhet kring medberoende. Det patogena perspektivet användes för att ge preventiv kunskap om riskfaktorer och dess konsekvenser kopplade till medberoende. Modellen i helhet blev en viktig komponent för att visa sambandet mellan levnadsvanor och hälsa.

2.2 Psykisk ohälsa

Medberoende medför olika psykiska diagnoser och symtom, de mest förekommande är depression, ångest och utmattningssyndrom som från början utvecklats av stress (Giannouli & Ivanova 2016; Sumanpreet 2016). Individer som växte upp med föräldrar i ett medberoende eller någon annan form av psykisk ohälsa, tenderar att själva utveckla ett medberoende. Med tiden leder detta sjukliga tillstånd till att personen själv utvecklar stresssymptom och mental ohälsa (Fuller & Warner 2000). Psykisk hälsa är en grundläggande faktor för en hälsosam livsstil, frånvaro av psykisk ohälsa och psykiska besvär, samt en god möjlighet att kunna ta hand om sig själv och sina egna behov. Även får människan möjligheter att klara av olika påfrestningar under livets gång (Folkhälsomyndigheten 2017). Däremot när påfrestningar blir för höga kan olika problem bli svårare att hantera. Likadant händer under ett medberoende. Stress är en vanlig faktor som snabbt kommer i uttryck för depression och hjärt-och kärlsjukdomar (Nestler, Peña, Kundakovic, Mitchell & Akbariam 2016). Familjer som lever under sådana riskförhållanden drabbas av negativa sociala och medicinska effekter, bland annat våld, olycksfall och psykisk ohälsa. Det skiljer sig inte stora olikheter mellan olika former av missbruk och beroenden. Genom att tolka detta ur ett helhetsperspektiv är hälsans olika bestämningsfaktorer till hjälp. De oförutsägbara och mest avgörande förhållanden är ärftliga bestämningsfaktorer, i samverkan med psykiska, sociala och ekonomiska faktorer (Pellmer, Wramner & Wramner 2012). De likheter som finns mellan olika former av beroende är intressanta delar att forska och fördjupa sig vidare inom, framförallt i relation till medberoende. Riskbeteenden i samband med hjärnans belöningsystem ger individen ett sätt att hålla vid denna typ av livsstil som tror sig vara någonting bra (Pellmer, Wramner & Wramner 2012; Steinberg 2008). Den anhöriga hjälper och tar hand om missbrukaren mer än sig själv. Denna överdrivna upptagenhet hos andras liv frambringar psykisk ohälsa (Fuller & Warner 2000).

2.2.1. Självdestruktivt beteende

Att utföra handlingar utan att tänka på möjliga konsekvenser är en form av självdestruktivt beteende (Horvath & Zuckerman 1993). En anhörig reflekterar inte över om ett destruktivt

beteende är bra eller dåligt och därför utför individen handlingar ändå (Steinberg 2008), i hopp om att hjälpa missbrukaren bli frisk. En form av destruktiv miljö saknar struktur och påverkar hälsan i negativ riktning (Ahrén & Lager 2012). Bruket av ANDTS, även kallat riskfaktorer, påverkar människors hälsa negativt. Dessa riskfaktorer blir en del av människors destruktiva levnadsvanor och beteenden. Hälsorelaterade riskfaktorer såsom utveckling av självdestruktiva beteenden påverkar människors hälsa negativt (Steinberg 2008). Denna typ av utveckling har sina rötter i tidig barndom och har betydelse för individens hälsa i senare ålder (Koupil 2012). Forskaren Ferenczi (1949) såg en koppling mellan trauma och självdestruktivitet. En individ som tidigare blivit utsatt för ett trauma reflekterar tillbaka till "förövaren", i detta fall den person som är i nära relation till den medberoende. Den medberoende reflekterar till en förvrängd bild av sig själv, därav uttrycker den medberoende samtidigt sin egna sorg, aggression och sanning som "förövaren" försöker bli av med (Ferenczi 1949). Den medberoende blir så småningom så upptagen av sitt eget scenario att han eller hon fastnar i ett självdestruktivt beteende (Gvion & Fachler 2015). I nära relationer finns det alltid en dynamik som ger rum åt introjektiv identifikation. Att kunna anknyta till sina anhöriga och på så sätt dela med sig ens sätt att leva på. Det sker konstant och därför kommer det alltid att finnas en risk för att ett självdestruktivt beteende utvecklas. Denna livsstil kan vara destruktiv för en anhörig som lever nära en missbrukare och därför kan det medföra andra diagnoser och symtom (Gostecnik, Repic, Cvetek & Cvetek 2009).

2.3 Medberoende

Begreppet medberoende började som sagt bli känt på 1970-talet i USA. Engelskans ord för medberoende är "co-dependency" och började användas inom alkoholistvården. Tidigare användes termen "co-alcoholic" vilket betyder "med-alkoholist", som senare blev till medberoende. Observationer genomfördes där det kom fram att människor som står nära en missbrukare också insjuknar (Hellsten 1998). I takt med att vårdarbetet för alkoholister utvidgades så fick även begreppet en ny innebörd då fler drogberoenden inkluderades inom samma kategori. "Det falska jaget" är en term som Hellsten (1998) beskriver vara något som bland annat barn utvecklar för att överleva en traumatisk händelse eller situation, till exempel barndomen. Detta fall förekommer när ett föräldraskap saknas då barnet inte kan bearbeta de känslor som uppstått i trauman, som leder till att barnet håller känslorna inom sig. Hellsten kallar tillståndet som har uppkommit genom "det falska jaget" till medberoende. En annan definition av medberoende är genom citatet:

"En människa i medberoende har låtit någon annan persons beteende påverka ens eget och som är beroende av att kontrollera den personens handlingar" (Beattie s. 34).

Genom att fördjupa sig i begreppet medberoende kommer författarna att kunna tolka problematiken i sin helhet. Även att förstå hur ett "falskt jag" hänger ihop med individer som lever i nära relationer skapar möjlighet till en bättre förståelse och helhetsbild av ett medberoende. Medberoende härstammar från känslor av skuld. Individen känner sig ansvarig för någon annans beteende trots att hen i tanken försöker göra gott. Därutöver tar personen på sig bördan genom att offra sina livsvanor för att gynna någon annans livskvalitet (Costa et al 2017).

2.4 Vuxna anhöriga

Att vara anhörig kan betyda olika saker. Oftast refereras detta begrepp till en nära släkting eller någon inom familjen. Anhörig kan i ett sammanhang innebära att en person tar hand om eller vårdar någon annan person med svårigheter att klara sig själv (Strandberg 2002). I ett annat

sammanhang kan en individ vara anhörig till någon med missbruksproblem. Socialstyrelsen avser en anhörig som en vuxen person som lever eller har levt i en nära relation tillsammans med en person med missbruk eller beroendeproblematik (Socialstyrelsen 2017). Hellsten (1998) belyser att en person med en medberoende är anhörig till missbrukaren. I denna undersökning avses den vuxna befolkningen vara över 18 år. Begreppet anhörig kommer att användas tillsammans med ordet medberoende under arbetets gång.

2.5 Introjektiv identifikation

Introjektiv identifikation är en av två grenar inom begreppet "identifikation". Identifikation kan tolkas som stammen på trädet av dessa två grenar. Ena grenen benämns som "projektiv identifikation" och den andra som "introjektiv identifikation". Dessa två grenar är motsatsen till varandra där den som är projektiv ger, och den som är interaktiv tar. Inom en släkt, familj eller i nära relation till någon finns det en viss dynamik vilket innebär att identifikation sker konstant (Gostecnik, Repic, Cvetek & Cvetek 2009). Det som är viktigt ur författarnas synvinkel är att fokusera på det introjektiva vilket innebär hur den som i fallet är medberoende tar till sig av den andre som projekterar sitt beteende och sina normer. Den medberoende vill förbättra missbrukarens situation vilket gör att individen införlivar dess sätt att tänka i ens eget (Gostecnik, Repic, Cvetek & Cvetek 2009). Den medberoende tror sig gynna missbrukarens situation. Att vara medberoende med en missbrukare innebär att personen också kommer "insjukna" i missbrukarens dåliga beteendemönster (Hellsten 1998). Det gör att personen som medberoende inte är medveten om att hen är i en destruktiv miljö, vilket leder till att personen själv omedvetet utvecklar ett självdestruktivt beteende (Steinberg 2008).

2.6 Problemformulering

Medberoende är som sagt inte klassat som en sjukdom, utan snarare ett tillstånd, trots att individer i destruktiva miljöer kan utveckla psykiska symtom (Hellsten 1998). Enligt Socialstyrelsens (2017) definition avser en vuxen anhörig vara en person som tar hand om eller vårdar en person med missbruk eller beroendeproblematik. Kopplas introjektiv identifikation i sammanhanget innebär det att den medberoende med tiden också kommer utveckla liknande problematik som missbrukaren (Gostecnik, Repic, Cvetek & Cvetek 2009). I nära relationer såsom familj, partnerskap och så vidare, sker identifikation konstant. I en destruktiv miljö innebär det att den medberoende kommer identifiera sig med den närstående och ta till sig av personens normer och beteenden. En individ införlivar någon annans sätt att tänka i sitt eget och tror det individen gör eller sättet hen är på är det normala och för den andres bästa. Att allt är normalt innebär en känsla av trygghet och på så sätt vill personen inte förändra situationen. Finns då en överdriven upptagenhet i någon annans liv innebär det att personen tar mer hand om någon annan än sig själv. Detta kan medföra psykisk ohälsa i form av att individen glömmer bort sitt eget mående (Fuller & Warner 2000).

Det folkhälsopolitiska målområdet som behandlar frågor gällande alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel faller inom samma kategori som medberoende då det inte skiljer sig mycket mellan olika former av missbruk och beroende. I en jämförelse av Sveriges alla kommuners missbruk- och beroendevård visade på ett bristfälligt stöd till anhöriga med missbruk i sin närhet (Socialstyrelsen 2013). Begreppet introjektiv identifikation är relativt okänt trots att det har en stor roll i nära relationer. Det används främst andra benämningar på liknande fenomen. Rollen det har i nära relationer är att inom destruktiva miljöer utvecklas ett självdestruktivt beteende (Gostecnik, Repic, Cvetek & Cvetek 2009). Saknas stödet att dra sig ur en sådan miljö finns det stor risk att det utvecklar psykisk ohälsa vilket är ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2016).

3. Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur ett medberoende i nära relationer kan utveckla självdestruktivt beteende och psykisk ohälsa.

4. Metod

4.1 Val av metod

Denna studie genomfördes med en kvalitativ metod i form av enskilda semistrukturerade intervjuer. Ahrne och Svensson (2015) belyser möjligheter att samla in kunskap och empiriska data genom att ställa frågor och diskutera med människor om vad, hur och varför de tänker kring olika saker, detta genom att utföra intervjuer. Genom kvalitativa metoder kan samhällsliga fenomen lättare förstås, till exempel normer, uttryck och nätverk inom en organisation, vilket även underlättar analysering av insamlade data. Utifrån det kvalitativa perspektivet betraktas verkligheten subjektivt, som innebär hur människor uppfattar omgivningen (Backman 2016), alltså den gruppen som ska studeras.

4.2 Urval

Arenorna var olika behandlingsmottagningar och behandlingscenter för drogmissbruk, anhörigstöd, beroende och medberoende på två olika orter i Skåne. Organisationerna var både från privat och offentlig sektor. Genom dessa arenor kunde författarna med hjälp av snöbollsurval hitta deltagare med rätt egenskaper som kunde ge svar på och öka förståelsen kring det fenomen som är tänkt att undersökas. Billinger (2005) beskriver att deltagarna i ett urval ska ha en tydlig koppling till det som är tänkt att undersökas. Urvalet till undersökningen skedde utifrån två förhållanden. Det ena var att ta kontakt med deltagare som arbetar med anhöriga med ett medberoende, samt att deltagarna arbetade med vuxna anhöriga över 18 år som utvecklat ett destruktivt beteendemönster eller psykisk ohälsa under många år i samband med att ha levt tillsammans med en missbrukare. Utifrån dessa förhållanden började författarna söka olika organisationer på nätet. Författarna fick först telefon- och mejlkontakt med en organisation från en offentlig sektor. Därefter var det ledningen i organisationen som hänvisade till ett antal personer som kunde delta i studien, utifrån vilka personer som var villiga att delta och hade tid. Eftersom att författarna inte själva kunde välja ut deltagare kunde de inte veta vilket kön de hade, vilket i studiens syfte ändå inte spelar någon roll. Då författarna hade ett specifikt syfte i studien fortsatte sökandet efter flera personer och organisationer att kontakta, via de deltagare som författarna fått kännedom om. Författarna fick vidare rekommendationer av informanterna om lämpliga och relevanta organisationer att kontakta. Dessa kontaktuppgifter hittades också på nätet och kontaktades av författarna. Denna typ av sökande av deltagare kan kopplas till vad Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) kallar för snöbollsurval då snöbollen rullar vidare och blir större i samband med att fler kontakter skapas. Personer i urvalet rekommenderar nya personer som möjligtvis vill delta i en studie, vilket även medför att forskaren själv inte kan påverka urvalet (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). Via snöbollsurvalet bokades det totalt sex intervjuer. Informanterna som deltog arbetade som terapeuter med anhöriga och medberoende (n=5) och föreläsare/författare om beroendeproblematik (n=1). Konkreta regler av hur ett urval görs finns inte inom kvalitativ metod, däremot är det viktigt att tänka på vilka informanter som väljs ut (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015).

4.3 Genomförande

Informanterna intervjuades enskilt genom semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att alla informanter fick samma huvudfrågor och att det ställdes olika följdfrågor utifrån vad varje informant svarade. Författarna valde att skapa en intervjuguide med totalt tolv frågor och nio huvudfrågor (Bilaga 2). Frågorna från intervjuguiden handlade bland annat om hur självdestruktiva beteenden utvecklas samt hur medberoende utvecklar psykisk ohälsa. De resterande frågorna var en form av inledningsfrågor för att kunna lära känna deltagarna bättre och skapa en trygg stämning. Huvudfrågorna var utformade som öppna frågor relaterade till studiens syfte samt att frågorna var anpassade att ställas efter en viss ordning och tema som författarna ville få svar på. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) menar att en sådan intervjuform skapar interaktion mellan intervjuare och informant där det finns möjligheter att utföra tolkningar och djupare analys av insamlade data.

Intervjuerna ägde rum på informanternas arbetsplats och under deras arbetstid. Författarna och informanterna fick tillgång till enskilda rum och ostörda platser på arbetsplatserna. Informanter som är anknutna till ett ställe de vanligtvis befinner sig på skapar en bekväm miljö och god stämning under intervjun (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). Intervjuerna ägde rum med några dagars mellanrum, i vissa fall med några veckor mellan. Intervjuerna var 30–60 minuter långa. Inför varje intervju var författarna pålästa om organisationernas arbete som dem fick tag på via organisationers hemsidor. Material som användes till intervjuerna var en inspelningsmikrofon, detta för att ha möjlighet till att spela in samtalen för att underlätta fokuseringen på informanten. Under intervjuerna fördes anteckningar när oväntade diskussioner kom på tal, för att möjligtvis memorera ett intressant tema och kunna gå tillbaka för att utveckla diskussioner. Den första intervjun var en provintervju som senare var till hjälp inför de andra intervjuerna, då författarna lättare kunde identifiera fel i frågorna och specificera de ytterligare.

En intervju genomfördes via telefonsamtal där svaren i form av anteckningar skrevs ned utan att samtalet spelades in, då författarna befann sig på ett kafé och använde hörlurar som komplement. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) menar att offentliga platser inte är lämpade för intervjuer då det kan uppstå störningar och buller i inspelningen, men att telefonintervjuer ändå kan fungera i nödfall. Andra nackdelar med telefonintervjuer är att de blir mer formella och det finns svårigheter att skapa ögonkontakt, däremot fungerar sådana intervjuer bra när forskaren har bestämda sakförhållanden och frågor (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015) som i denna studie.

4.4 Analys

För att analysera resultatet av undersökningen användes en innehållsanalys. Svensson (2015) belyser att induktiv innehållsanalys är ett sätt för att kategorisera det empiriska insamlingsmaterialet. Det innebär att om alla informanter ger liknande svar kan denna form av upprepning tillgodogöra en generell slutsats (Svensson 2015). Inspelning av samtalen underlättade transkriberingen som senare gjordes på datorn via transkriberingsprogrammet InqScribe, för att ha möjlighet att tolka och analysera materialet. En analys av ett insamlat empiriskt material i form av en process består av olika steg (Graneheim & Lundman 2003). Först lästes allt material grundligt för att skapa en helhetsuppfattning, sedan markerades all relevant text med olika färger för att kunna urskilja texterna beroende på vilket tema de innehåller. Därefter gjordes en innehållsanalys med hjälp av en tabell som visade en kontext bakom analysen. Tabellen är uppdelad i fem olika kolumner, bland dessa är meningsbärande enhet, kondenserad meningsenhet, kod, kategori och tema. Genom att abstrahera och tolka delar av resultaten kan delar plockas ut av relevant data som berör syftet (Graneheim & Lundman

2003). Denna text, mening eller citat, skrevs in i kolumnen för meningsbärande enhet och den blev därefter meningsfull för kondensering. Kondenserad meningsenhet är liknande till meningsbärande enhet men utan orelevant text och mer riktad till studiens syfte, det vill säga det allra viktigaste. Den tredje kolumnen, kod, syftar till att ytterligare smala ner kondenseringen för att få fram det absolut viktigaste i kolumnen om meningsbärande enhet (Graneheim & Lundman 2003). Genom denna typ av innehållsanalys har författarna kunnat utveckla tre olika teman: psykisk ohälsa, självdestruktivt beteende och introjektiv identifikation. Slutligen analyserades den empiriska data med mening att besvara studiens syfte vilket hamnar i den sista kolumnen om teman, som visas i tabellen nedan:

Tabell 1: Innehållsanalysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori	Tema
Det är inte ovanligt att den medberoende är sjukskriven från arbetet på grund av utmattningssyndrom eller andra psykiska påfrestningar till följd av långvarig stress	Inte ovanligt att utveckla psykisk ohälsa om en människa är medberoende	Psykisk ohälsa utvecklas från ett medberoende	Utveckling av medberoende	Psykisk ohälsa
<i>”Det svåraste som finns är att ändra på våra beteenden, (...) vi gör som vi alltid har gjort för att det känns bekvämt och tryggt, även om vi logiskt sett vet att det inte är rätt. [...] man hittar ursäkter att detta här är OK.” (I3)</i>	Den medberoende gör som hen alltid gjort då individen känner trygghet i det hen gör. Även om det logiskt inte är rätt hittar den medberoende ändå ursäkter till att rättfärdiga beteendet	Tryggheten i sitt beteende	Tryggheten i ett medberoende	Självdestruktiva beteenden
<i>”Vi går inte oberörda utifrån vår omgivning, (...) annars skulle inte medberoende finnas.” (I1)</i>	Människan påverkas av varandra och sin omgivning	Påverkan av varandra och omgivningen	Omgivningens påverkan	Introjektiv identifikation

4.5 Forskningsetiska principer

4.5.1. Informationskravet

Informationskravet innebär att forskaren ska informera deltagarna om undersökningens syfte (Vetenskapsrådet u.å.). Genom mejlade informationsbrev och ringda telefonsamtal fick författarna kontakt med yrkesverksamma personer inom den tänkta organisationen (Bilaga 1). Innan varje intervju förtydligades några saker för att skapa trygghet hos informanterna, såsom författarnas roller och syftet med studien, garanterad konfidentialitet i uppsatsen, frivillighet att delta i undersökningen, att samtalen skulle spelas in med informanternas samtycke samt att informanterna hade möjlighet att avbryta sitt deltagande utan vidare förklaring. Förtydligande för denna uppsats är att författarna varken ämnade att ta reda på information gällande enskilda individers hälsa eller en specifik arbetsplats, eller att skriva ut i uppsatsen vilka dem är. Fokus låg främst på deltagarnas perspektiv gällande syftet. Denna detaljerade beskrivningen kring undersökningen gavs ut vid första fysiska kontakt vilket var en nödvändighet för att säkerställa att informationstagaren kände sig säker, trygg och kände tillit för författarna som intervjuare. Studien undersöktes endast ur informantens perspektiv och inte fokuserat på en enskild organisation eller individ vilket också var en del av bakgrunden. Informationskravet har tillgodosetts med noggrannhet och försiktighet då informanterna hade sekretess för sina klienter.

4.5.2. Samtyckeskravet

Samtyckeskravet innebär att deltagaren själv hade rätt till att bestämma om medverkan i studien, även rätten att dra sig ur om hen ångrade sig utan att vidare behöva förklara varför (Vetenskapsrådet u.å.). Informanterna var över 15 år vilket innebär att de själva bestämde om sin medverkan i studien. Det var dock viktigt att författarna tillgodosåg informanten med detaljerat syfte och mål med undersökningen så att hen visste precis vad hen gett sig in på. Att delta i studien var frivilligt vilket innebär att de själva hade makten att inte ge samtycke till att delta. Författarna har tagit hänsyn till deltagarnas skriftliga samtycke till att ställa upp på intervju (Bilaga 3).

4.5.3. Konfidentialitetskravet

Författarna belyser att största konfidentialitet har getts till informanterna, vilket innebär att deltagarna inte ska kunna identifieras, samt att deras personuppgifter ska förvaras att obehöriga inte har tillgång till (Vetenskapsrådet u.å.). Konfidentialitet används till sådana här kvalitativa metoder där bara författarna som studenter vet vilka informanterna var och endast de hade deras personuppgifter, medan andra obehöriga människor inte vet vilka deltagarna var. Därför har inte författarna använt informanternas personliga namn i arbetet. Materialet från intervjuerna ska heller inte kunna nås av andra människor då endast författarna hade tillgång till materialet, det hölls hemligt från obehöriga genom lösenord på datorn där materialet sparats. På så vis garanterades deltagarnas integritet och konfidentialitet skyddades. Genom ömsesidig överensstämmelse kände informanterna trygghet om att alla uppgifter hölls konfidentiella och sekretessbelagda.

4.5.4. Nyttjandekravet

Nyttjandekravet innebär att insamlad data ska endast användas till syftet av studien och ingenting annat. Deltagarna ska även få information om att personuppgifter som samlats in gällande den enskilde individen inte får användas i annat bruk som kan påverka den berörda personen (Vetenskapsrådet u.å.). Information gavs om att all insamlade data, inspelningar och personuppgifter kommer att förstöras när studien blivit examinerad, samt att dessa uppgifter

inte kommer att användas till icke-vetenskapliga studier. Denna information fick deltagarna muntligt vid första fysiska kontakt.

5. Resultat

Det bearbetade materialet från intervjuerna delades upp i tre olika huvudkategorier; psykisk ohälsa, självdestruktivt beteende och introjektiv identifikation. Dessa huvudkategorier skapar ett gemensamt tema vilket i sin tur blir medberoende. Ordningen för huvudkategorierna valdes genom en övergripande inledning med psykisk ohälsa, för att sedan fördjupas ingående på självdestruktiva beteenden som därefter leder till introjektiv identifikation. Det finns klara nivåskillnader mellan huvudkategorierna då de kompletterar varandra i den ordningen som dem är satta i. Medberoende som tema underlättar för författarna att koppla resultatet med studiens syfte.

Som nämnt under punkt 4.6.3. har författarna behandlat informanternas personuppgifter konfidentiellt. Namnen på informanterna och arbetsplatserna kommer inte att nämnas i detta avsnitt, samt att svaren inte kommer att kunna kopplas till en specifik individ eller mottagning/center. Vid citat av en enskild informants yttrande, refereras detta till bokstavs- och siffersystem, exempel (I1) informant 1, (I2) informant 2 och så vidare. Ett förtydligande för detta system är att informanterna inte kommer att nämnas i den ordning intervjuerna ägde rum.

5.1 Psykisk ohälsa

Informanterna beskrev att det är genetiken och känsligheten som avgör vad som kommer i uttryck. Känslighet sa informanterna var den starkaste sårbarheten en människa har, när en påfrestning blir för stor för psyket tar den sig mest i uttryck och kan utveckla flera diagnoser och symtom. Ett medberoende sägs inte alltid behöva leda till psykisk ohälsa, dock är det beroende på hur långt ett medberoende har utvecklats. Psykiska besvär sägs av informanterna ändå kunna uppstå även om ett medberoende inte har utvecklats under en lång tid, men att varje enskild individ tolererar motstånd och utmaningar på olika sätt. Exempel på psykiska diagnoser och symtom som kan utvecklas av ett medberoende togs upp av informanterna: depression, ångest, panikångest, utbrändhet, psykosomatiska smärtor och besvär exempelvis magont eller håravfall. Vidare nämnde informanterna ätstörningar, stressrelaterade symtom, koncentrationsproblem, sömnrubbnings, spännings värk och kronisk huvudvärk. Alla informanter påpekade starkt att alla medberoende mår dåligt på ett eller annat sätt.

“Man är förbannad eller hatisk. Det är inte helt lätt att upptäcka. Det är som ett syndrom. När jag börjar fatta hur medberoende fungerar börjar jag titta vad är det som har utlöst det, det är att mamma varit psykisk sjuk eller pappa var alkoholist. Då kan jag börja, det är som att forska, som att vara detektiv i sitt eget liv. Vi gör ju ungefär på samma sätt med alla, man får backa från nu och bakåt. Börja berätta hur såg det ut på riktigt, hur kändes det att vara liten och rädd, när de slogs där hemma, mamma och pappa skrek, jag kröp under sängen. Jag måste prata om hur rädd jag var.” (I5)

Informanterna berättade att de medberoende hade mycket att hålla koll på, såsom att gå på högvarv hela tiden när de överdrivet omhändertar och tar ansvar för missbrukarens behov. Det är då den anhöriga utvecklade ett negativt och katastroftänkande om små problem som egentligen kunde lösas på enkelt sätt, till exempel att det uppstod ett stort bråk om någon drack upp det sista av mjölken. Att de överreagerade åt någonting som inte är en katastrof är något som hände i många fall i ett medberoende vilket har sin grund i stress, belyser informanterna.

Det är inte ovanligt att en person med ett medberoende var sjukskriven från arbetet på grund av utmattningssyndrom eller andra psykiska påfrestningar till följd av långvarig stress.

“Mycket att hålla reda på. Allt det här som kommer från njurarna, adrenalin, kortisol, noradrenalin, allt det där är på högvarv hela tiden. Torktummlaren i magen, då utvecklar jag själv negativt tänkande och katastroftänkande om framtiden. Det kan vara småsaker som händer, som medberoende går man fullständigt i spinn. När det egentligen är ett små problem.” (I4)

Informanterna berättade att de anhöriga som vet och har förstått att de inte mår bra, vill bli friska men inte haft rätt verktyg för att lyckas. Det blev svårt att hitta en väg ut ur ett medberoende. Vidare förklarade informanterna att de medberoende stannade kvar i ett sådant sjukligt tillstånd under en längre period, 20–30 år, detta gör det svårt att rädda situationen eftersom att det blivit till en vana att leva på det viset. Till slut hamnade den medberoende i en ond cirkel och individen går hela tiden tillbaka till sina normer och beteenden dem redan känner till. Informanterna beskrev hur ett medberoende på lång sikt leder till psykisk ohälsa eftersom att hjärnan överbelastas. Ett medberoende utvecklas successivt under en längre period, som ett missbruk.

“Det osunda blir det normala. De killar som söker gäng ex kriminella gäng, det finns vissa beteendemönster i det dysfunktionella, brist på tillit osv. Man vågar inte vara sig själv. Det tar man med sig in och sätter det som norm i de gängen, att det dysfunktionella är normen. Ibland till något ännu värre.” (I6)

5.2 Självdestruktivt beteende

Informanterna beskrev hur ett grundproblem leder till större och invecklade problem i en medberoendes framtida livssituation. Informanterna menar hur ett medberoende från start handlar om en biologisk ärftlighet. En av informanterna nämnde att den medberoende ärver en känslighet i sin personlighet med hjälp av anknytningsstilen som kan utvecklas till ett beroende, till exempel om personen kommer från en dysfunktionell familj, där föräldrarna missbrukade alkohol och bråkade mycket med varandra, skrek och slogs. Som barn i en sådan situation utvecklar individen olika känslor såsom bitterhet, ilska och sorg. Detta kaos växte barnet upp med och trodde sig var normalt och en norm för hur människor ska bete sig då barnet inte vet bättre än så. I vuxenlivet blir dessa människor “vuxna barn”, som söker efter sådana typer av problem såsom att bli tillsammans med någon som har ett missbruk. Då uppstår en rädsla av att inte få vara en del av det som kallas norm och normalt.

“99% av alla de som är i kriminella gäng, vill jag säga, kommer från dysfunktionella familjer. Det familjerna säger, titta på honom, istället för att titta inåt på sig själva, vad är det i nätverket som är problemet. När vi får hit sådana människor pratar vi med dem och så fattar de "aha" därför reagerar jag så, varit så arg, självdestruktiv.” (I1)

“Det finns exempel, (...) om vissa beteendemönster som är lika för alla, vuxna barn, eller att man är uppväxt med alkoholism, psykisk ohälsa och sådär. De beteendemönstren, ni kanske inte prickar in alla liksom men de flesta har över hälften som de känner igen sig i, wow jaha, det är inte jag som är tokig ingen fel på mig.” (I4)

Vidare berättade informanterna hur den medberoende omedvetet blir “kaosberoende” och vill skapa dramatiska situationer när det är lugnt hemma, till exempel att hitta på konflikter med andra personer. Som tidigare nämnt förklarade en av informanterna anknytningsstilen om hur

ett barn anknyter sig till sin förälder, detta mönster fortsätter senare i vuxen ålder eftersom att alla människor vill knyta an och skapa kontakt med andra människor. Det handlar även om att en medberoende ärver en viss typ av motståndskraft för att hantera en situation eller problematik, till exempel en svår uppväxt med föräldrar som är alkoholister. Även om en anhörig med ett medberoende inte växt upp med missbrukande föräldrar i en destruktiv familjemiljö utan haft en trevlig och lugn barndom, betyder det inte att ett beroende inte är ärftligt. Beroendet kan ändå ha ärvts från andra sidan släkten, det kan ändå ha uppkommit genetiskt. I sådana fall kan medberoende ändå utvecklas i vuxen ålder.

“Det är en teori som är användbar till detta är anknytningsstilen som den personen har för den grundar så tydligt då kan man förstå att den grundar sig när man är bara ett par år gammal, hur man anknyter till min person. Sen tar jag med mig det mönstret upp i annan ålder så behöver jag anknyta till en annan person för att vara deras hjälpare då är det jag gör. För vi alla människor vill knyta an. Det är viktigt att titta på, vad är min anknytningsstil, hur har den störts när jag har vuxit upp.” (I2)

“Det handlar inte om att lägga skuld på någon utan att hitta förklaringar hur hanterar jag detta var det som hände i mig. Vad mötte jag. Där är ens egen personlighet vad man är född med, sin egen känslighet, vilken resiliens, motståndskraft jag har för att hantera det. Det är olika för olika människor.” (I5)

Fortsättningsvis berättade informanterna hur en utveckling sker utifrån biologisk ärftlighet till att den medberoende väljer att stanna kvar i relationen med missbrukaren. Att individen på så vis utvecklar självdestruktiva beteenden är att stanna kvar i det dåliga förhållandet. Det vill säga att hen inte vågar förlora den personen som uppfyller ens tillvaro. Även att individen tyckte att hen hade en roll i livet att ta hand om den personen, om den medberoende lämnar den personen tappar hen sig själv på vägen. Informanterna beskrev hur ett sådant beteende är osunt, samt att den medberoende inte vet bättre eftersom hen tror sig göra rätta val. Den medberoende är rädd för vad som ska hända missbrukaren i framtiden, till exempel att missbrukaren inte vaknar upp nästa morgon och den typen av rädsla och oro är vanlig. Löften och tilliten backas inte upp av missbrukaren och därför förändras de till osanning. Detta blir en vardag och norm för den medberoende. Vidare berättade informanterna när en ny upplevelse träder fram tappar de anhöriga kontrollen, då känns situationen obekant och obehaglig. Då går individen hellre tillbaka till tryggheten hos missbrukaren som hen redan känner igen då den medberoende vet hur hen ska bete sig, även om det egentligen innebär att gå tillbaka till destruktiva vanor. En medberoende försöker ta hand om den missbrukande personen och få individen att sluta missbruka utan att lyckas. Informanterna beskrev hur den anhöriga tänker, att personen är mer rädd om sin partner, missbrukaren, än sig själv. Den kärlek som uppkommer för respektive partner är så stark att det bandet och mönstret inte kan brytas på enkelt sätt. Därför stannar den anhöriga kvar i ett destruktivt förhållande i många år, i hopp om att individen kommer att göra en skillnad för missbrukaren. Antingen för att hen tror sig vara den enda som kan hjälpa missbrukaren, eller att personen uppfyller sitt eget värde av vad hen själv kan göra för denna människan. Informanterna belyste hur de medberoende stannar kvar i en sådan destruktiv relation under en längre period som leder till ett medberoende, alltså har den ärftliga känsligheten utvecklats till ett sådant här beroende. Den medberoende känner ständigt ett behov av kontroll över missbrukaren och inte kan släppa denna besatthet, och att personen alltid känner behov av att se till att missbrukaren inte ska till exempel skadas, överdosera eller skämma ut sig framför andra människor. Informanterna förklarade hur detta överdrivna beteende till slut blir sjukligt för de medberoende. Att den medberoende aldrig vågar släppa kontrollen eftersom att hen måste vara hemma och se till att ingenting värre händer

missbrukaren. Den anhöriga låter inte missbrukaren ta sina egna konsekvenser, utan den medberoende tar dessa konsekvenser istället, till exempel om missbrukaren får böter eller skulder är det den anhöriga som betalar för denna. Vid förnekelse kan det kännas enklare att tro att hen gjort rätt hela vägen, att personen underlättat både för dig själv men också för missbrukarens nytta i hopp om att denne blir frisk.

“Det börjar med kärlek och medkänsla men förvandlas till att tycka synd om. Går in i de mönstren att ha kontroll, jag vet mer om vad som är bättre för denna personen än vad personen vet själv.” (I6)

“Det svåraste som finns är att ändra på våra beteenden, (...) vi gör som vi alltid har gjort för att det känns bekvämt och tryggt, även om vi logiskt sett vet att det inte är rätt. [...] man hittar ursäkter att detta här är OK.” (I3)

Informanterna nämnde situationer kring missbrukarens beroende och fortsatta konsekvenser för den medberoende. Det uppkommer skuldkänslor som tar över krafterna. Den medberoende skyller på sig själv i alla situationer, till exempel skuldkänslor för skilsmässan, flyttade till annan bostad eller något annat som triggade igång missbrukarens fortsatta beroende. Informanterna förklarade att liksom missbrukaren, har den medberoende ett belöningsystem att utgå ifrån, då det som den medberoende gör tror sig vara rätt för båda parterna, någonstans hittar personen sin belöning där. Informanterna menade även att när den medberoende försöker lösa kortsiktiga problem håller inte detta på lång sikt samt att ingen blir frisk från sitt beroende, men att lösa missbrukarens skulder tros vara ett tillräckligt agerande.

“När den som har ett medberoende gör någonting för missbrukarens nytta, trängs ens egna känslor åt sidan och man bryr sig inte om de känslorna för stunden. Man känner en belöning att man kan hjälpa en annan människa. Om man misslyckas att hjälpa en person uppstår skuldkänslor som man har svårt att släppa.” (I2)

“När vi är ute och pratar med de medberoende börjar det med kärlek, omtanke och medkänsla. Det förvandlas till någonting som är sjukligt till slut, som inte handlar om det utan det som uppfyller mitt eget ego, ger kortsiktiga belöningar, jag är den enda. Man börjar spela gud i andras liv. Det är bara jag som kan fixa den här personen.” (I3)

Skam är också en känsla som tar stor plats i den anhörigas tillvaro. Detta förklarade informanterna i relation till den medberoende som skäms att ens partner missbrukar alkohol och personen döljer detta för omgivningen eftersom att hen gärna vill visa omvärlden att de mår bra och lever ett lyckligt liv. Detta är den medvetenhet som existerar när den medberoende känner till problemet. När medvetenheten inte finns kommer förnekelse i uttryck, då känner individen varken skam eller skuld och visar sin omgivning att det inte finns några fel i relationen. Vidare bygger denna självuppoffring för någon annans nytta en form av låg självkänsla.

“Det vi gör här med de anhöriga, beroende och medberoende är att vi pratar sanning, hur har det sett ut, hur har det känts, hur har det varit på riktigt, inte som vi håller fasaden utåt i familjen för familjen blir lojal mot den beroende till slut också. De hjälper till att förneka det problemet "vi håller det så bra här" så är det egentligen kaos, slagsmål, fylla, gråt, depression, mår dåligt egentligen och så vidare. Alla är duktiga och ler.” (I4)

5.3 Introjektiv identifikation

Efter att ha ställt frågan till informanterna om de visste vad begreppet introjektiv identifikation innebär, var det inte alla som hade hört talas om det tidigare. De informanter som var bekanta med begreppet gav några reflektioner.

Informanterna berättade om individer växt upp med en norm som hen trodde sig vara "normalt" i en destruktiv hemmiljö, gör detta att personen är van vid att ta till sig familjemedlemmars dåliga beteenden. Vidare förklarade informanterna vikten av att vara uppbyggd utifrån och in, istället för inifrån ut, som innebär att den medberoende har tagit till sig andras beteenden istället för att vara sig själv med sin egen personlighet. Med andra ord innebär detta "det falska jaget" och resulterar i att individen söker bekräftelse på sig själv i vuxen ålder. Informanterna påpekade att genom introjektiv identifikation kan den medberoende relatera sitt beteende i förhållande till den beundrade personen. De medberoende anammar samma sätt som missbrukaren att förhålla sig till problem. I det fall att den medberoende börjar ljuga för missbrukarens nytta, ringer till hans arbetsplats för att sjukanmäla från sitt arbete när missbrukaren är berusad, att skydda relationen och familjen genom att sätta upp en fasad och ljuga för sina vänner och arbetskolligor att ens mående är bra när individen egentligen mår dåligt.

"Vi går inte oberörda utifrån vår omgivning, (...) annars skulle inte medberoende finnas." (I1)

"Om man utgår efter familjesituationer "har" man inte så många val, familjen är familjen. Där måste man stanna kvar. Även om den som missbrukar fortsätter att missbruka måste man ändå ha en relation till dem. Är det parrelationer ser vi efter ett tag att man bryter upp, för att den medberoende "kan" inte leva som ren med en missbrukare. Det går inte. Då måste båda missbruka." (I3)

Informanterna beskrev att de typiska beteenden blir svårare att undgå när de formas till vanor och senare mönster i framtiden, till exempel i framtida relationer. Det är något som slår in som säger åt en att vara här och göra om de vanorna. Det är mönster som individen varit med om tidigare i livet, många gånger från barnsben när den medberoende växt upp i en dysfunktionell familj. Informanterna berättade hur den medberoende lever in sig i missbrukarens problematiska livsstil menar informanterna att den medberoende har levt på det viset ända sedan barndomen. Det var några informanter som började koppla introjektiv identifikation med andra syndrom med samma princip. Stockholmssyndromet och identifikation med förövaren har koppling till medberoende där lojaliteten till missbrukaren är stor och avgörande. De förklarade att det menas att offret är lojal mot förövaren, alltså att den medberoende kliver in i missbrukarens värld och försvarar hans sjukliga beteende, likaså inom introjektiv identifikation. När denna lojalitet utvecklas på djupare nivå är det inte sympati längre utan empati. Lojalitet visas för individer personen tycker om, beundrar eller älskar, därför är det vanligt att det empatiska tänket utvecklas och blir patologiskt, det vill säga medberoende. Slutligen berättade informanterna att självuppoftning också räknas in i begreppet empati, alltså hur den medberoende offerar sina egna behov för missbrukarens skull.

"Man ger mer än vad man tar." (I2)

"(...) men fortfarande finns en lojalitet kvar att jag inte får prata för mycket illa om honom, (...) det finns en sådan där att jag vill skydda honom fortfarande mot sanningen. Fasaden var snygg." (I6)

6. Diskussion

6.1 Resultatdiskussion

Resultatet diskuteras utifrån tre kategorier; psykisk ohälsa, självdestruktiva beteenden och introjektiv identifikation. Resultatdiskussionen kopplas till tidigare forskning, folkhälsovetenskapligt samhällsperspektiv samt till teorierna; anknytningsteorin och copingteorin. Under diskussionen skapar författarna en bättre förståelse för hur ett medberoende i nära relationer kan utveckla psykisk ohälsa och självdestruktiva beteenden genom introjektiv identifikation.

Psykisk ohälsa är en av den vanligaste orsaken till arbetsrelaterad sjukfrånvaro och sjukskrivningar (Pellmer, Wramner & Wramner 2012). Resultatet visar att den medberoende går på högvarv varje dag eftersom att individen har stort ansvar för missbrukarens behov, samt att detta på lång sikt leder till utmattningssyndrom och psykiska påfrestningar på grund av långvarig stress. Till följd av stress blir den medberoende sjukskriven från arbetet. Resultatet visar ytterligare att alla människor med ett medberoende inte utvecklar psykiska sjukdomar beroende på hur stark motståndskraft individen har mot olika former av påfrestningar. Resultatet får stöd av Giannouli och Ivanova (2016) som framhåller att olika psykiska diagnoser och symtom såsom depression och ångest, utvecklas av långvarig stress. Påfrestningar relaterat till motståndskraft kan kopplas till teorin coping vilket Ahrén och Lager (2012) beskriver som hur människan hanterar påfrestningar under livets gång. En individ som har låg coping har även låg motståndskraft till att klara av psykiska påfrestningar i stressfulla miljöer (Ahrén & Lager 2012).

Fors (2014) skriver i en artikel om olika grader av känslighet. Hon nämner att känslighet beror på vad individen har med sig från sin bakgrundsmiljö, det vill säga från uppväxten. Resultatet visar att det är genetiken och känsligheten som avgör vad som kommer i uttryck hos individen. Känslighet är den starkaste sårbarheten en människa har, när en påfrestning blir för stor för psyket tar den sig mest i uttryck och kan utveckla flera diagnoser och symtom. Ett medberoende sägs inte alltid behöva leda till psykisk ohälsa, dock är det beroende på hur långt ett medberoende har utvecklats. Resultatet visar även att psykiska besvär ändå kunna uppstå även om ett medberoende inte har utvecklats under en lång period, men att varje enskild individ tolererar motstånd och utmaningar på olika sätt. Resultatet kan styrkas med hjälp av Folkhälsomyndigheten (2017) som belyser sambandet mellan psykisk ohälsa och att nivån på hälsan beror på hur väl en person handskas med problem. Hantering av motstånd under livets gång kopplas till coping-strategin där det också kan agera som en skyddsfaktor till utveckling av psykisk ohälsa (Ahrén & Lager 2012).

Självdestruktivt beteende är ett sätt för traumatiserade individer att återgå till en trygghet och välkända upplevelser (Psykologiguiden 2010). Resultatet visar ett mönster som återkommer bland de medberoende. Informanterna berättar att det finns ett starkt band som håller två personer i en nära relation tätt om varandra. I en sådan relation uppstår en rädsla för den medberoende att riskera förlora sin missbrukande partner. Den medberoende upplever rädsla för att separera eller förlora den trygghet som denna individ upplever. Den "starka kärleken" som informanterna berättar om är inte bara ett starkt band utan även ett biologiskt inre system som människor sedan födseln ärver och växer upp med. Resultatet kan kopplas till anknytningsteorin, som av rädsla triggas igång ett anknytningsbeteende genom att individen anpassar sig eller ansluter sig till den närstående för att upprätthålla det som upplevs normalt i relationen (Mikulincer & Shaver 2007).

Att kunna hantera en påfrestande situation är en stor förebyggande faktor för en individ (Rychtarik & McGillicuddy 2005). Studiens resultat visar att alla människor har olika hanteringsförmågor och att det har med ens personlighet, resiliens och motståndskraft att göra. Medberoende till missbrukare känner sig maktlösa när de inte har makten till att få missbrukaren att tillfriskna, att dem tappar kontrollen och inte vet hur de ska hantera en sådan påfrestande situation. Den medberoende försöker gå tillbaka till de trygga normerna och vanorna i form av att återfå denna kontroll eftersom att detta är det enda personen känner till, även om det är destruktivt för den medberoende själv. Det "falska jaget" som Hellsten (1998) beskriver, vill ha kontrollen medans personen i sig verkligen vill släppa taget. Hanteringsförmågan kopplas till coping-strategin som säger sig vara en förebyggande faktor för att en individ ska kunna hantera påfrestande situationer (Ahrén & Lager 2012). Om en individs coping är ineffektiv innebär det att påfrestande situationer blir svåra att hantera vilket gör situationen värre och ökar risken för negativa hälsokonsekvenser (Persson & Ørbæk 2014).

Anknytningsteorin och introjektiv identifikation är inte samma sak trots att dem påminner om varandra. Mönstret att söka sig till samma destruktiva miljö kopplas till introjektiv identifikation då den medberoende har möjlighet att välja vem hen vill identifiera sig med, som i studiens fall kan vara någon annan person som den medberoende beundrar. I resultatet tolkar författarna skillnaden mellan begreppen på så sätt att om den medberoende redan i tidig barndom fått ett bra anknytningsmönster minimerar det risken att individen blir medberoende i vuxen ålder jämfört med om hen redan kommer från en dysfunktionell familj som har dåliga anknytningsmönster. Genom minimering av risken innebär det att en individ minskar att påverkas som den introjektiva identifikationen har på individen om hen befinner sig i en destruktiv miljö samt i en nära relation. Anknytningsteorin har sin grund i individens arv då anknytningsstilen inte är ett medvetet val av en person (Mikulincer & Shaver 2007). Utifrån resultatet har författarna tolkat att anknytningsmönstret inte går att påverka om en individ är medberoende, dock kan individen välja vem hen vill knyta an till via introjektiv identifikation som sker i nära relationer. Författarna är medvetna om att anknytningsteorin kan säga emot introjektiv identifikation, därför är det viktigt att koppla ihop begreppen i rätt sammanhang för att de ska få rätt betydelse.

När en individ inte får stöd och bekräftelse under tidig barndom utvecklas istället ett falskt jag (Wennerberg 2007). Studiens resultat visar att den medberoende anpassar sig till den missbrukande i mån om att vara till hjälp och hoppas att personen ska bli av med sitt beroende. Som tidigare nämnt kommer en individ som växt upp i en destruktiv miljö söka sig till samma miljö i senare ålder. Den medberoende söker sig till det som känns tryggt och det individen vet om. Detta fenomen kopplade författarna till introjektiv identifikation på så sätt att den medberoende låter sig utsättas för identifikation med den missbrukande. Den dynamik som finns inom nära relationer är även den som ger rum åt introjektiv identifikation. Hamnar en person i en destruktiv hemmiljö som vuxen kan den introjektiva identifikationen komma till uttryck när personen lever i nära relation till någon (Gostecnik, Repic, Cvetek & Cvetek 2009). Anknytningsmönstret som den medberoende hade i tidig barndom följer med i vuxen ålder, vare sig det är ett bra eller dåligt mönster, eftersom att det är det enda personen känner till. Anknytningsstilen grundar sig på anknytningsteorin som innebär att en individ knyter an till nära och känslomässiga relationer (Mikulincer & Shaver 2007).

Att förneka ett beroende är vad som gör att individer fortsätter med destruktiva vanor trots skadeverkningar och konsekvenser (Rinn, Desai, Rosenblatt & Gastfriend 2002). Resultatet visar vikten av att vara uppbyggd utifrån och in, istället för inifrån ut, som innebär att den medberoende tar till sig andras beteenden istället för att vara sig själv med sin egen personlighet.

Det innebär att den medberoende målar upp en fasad för att skydda familjens integritet genom att ljuga för sina vänner, arbetskamrater eller andra utomstående om att ens eget mående är bra när det egentligen inte är bra. Genom att den medberoende blundar för problemet och väljer att inte handskas med det samt inte ser medberoende som ett problem, pågår denna livsstil under en längre period. Av att inte inse situationen kopplar författarna detta till copingteorin, då låg coping bidrar med sämre förmåga att kunna hantera svåra situationer (Persson & Ørbæk 2014). Vidare kan teorin kopplas till vad Hellsten (1998) beskriver som det "falska jaget". Det är en av anledningarna menar Hellsten (1998) till varför ett medberoende pågår under en längre period. I kombination med förnekelse ser inte den medberoende de psykiska symtomerna då personen är så invigd i situationen att hen tolkar det som normalt (Gostecnik, Repic, Cvetek & Cvetek 2009).

Författarna kan med hjälp av resultatet konstatera att det finns vissa bevis som tyder på att medberoende i nära relationer utvecklar psykisk ohälsa. Det är olika för alla människor men att vara medberoende är en riskfaktor till utveckling av psykisk ohälsa. Resultatet har gett författarna en insikt på vad som gör att en individ med ett medberoende tar till sig självdestruktiva beteenden samt vad som gör att personen bibehåller sådant beteende. Detta genom introjektiv identifikation som sker i nära relationer samt anknytningsmönstret den medberoende växt upp med. De självdestruktiva beteendena som den medberoende är fast i är också anledningen till att det på lång sikt kan utveckla psykisk ohälsa.

6.2 Metoddiskussion

Författarna använder sig utav induktiv manifest innehållsanalys med möjlighet att koppla empiriska data till olika teorier och på så vis utveckla djupare förståelse. Denna slutsats induceras i form av en eller flera teorier. Att kunna lämpa teorier i empirisk forskning ger det en chans att tolka data som något betydelsefullt (Svensson 2015). Urvalet av professionerna gynnar undersökningen då deltagarna är kunniga om beroende och medberoende. Semistrukturerade intervjuer i kombination med samma intervjuguide och huvudfrågor under intervjuernas gång stärker det empiriska materialet. De spontana följdfrågorna som ställdes utifrån varje enskild informants svar stärker empirin ytterligare då det blir enklare att koppla till sammanhanget och syftet med studien. Under datainsamlingen genomfördes en intervju i form av ett telefonsamtal. Fördelen är att författarna får chansen att vara rak på sak med att ställa frågor och därmed få mer konkreta svar. Det så kallade snöbollsurvalet kom till nytta när författarna sökte kontakter och deltagare till undersökningen på så sätt att de fick större kontaktyta till ytterligare informanter. Snöbollsurvalet medför även att valet av informanter blir brett samtidigt som forskaren själv kan påverka urvalet mer eller mindre (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). Eftersom att urvalet av professioner var blandat i denna studie medför det att det blir ett annat resultat då informanterna hade olika former av erfarenhet om medberoende. Att intervjua personer från olika organisationer och med olika professioner ger en bredare uppfattning ur ett helhetsperspektiv, samt en chans att förstå medberoende och dess förekommande problematik.

Det som påverkar resultatet med första intervjun var att författarna inte får ut så mycket som möjligt av det och dessvärre blir svaren glesa, men det ger dock en möjlighet att utveckla och specificera frågorna i intervjuguiden ännu bättre inför kommande intervjuer. Intervjuguiden påverkade resultatet på så sätt att det innehöll få frågor gällande psykisk ohälsa. Författarna belyser vikten av att lägga till ytterligare frågor kring psykisk ohälsa för att stärka resultatet och syftet med studien. Svagheten är också att en av intervjuerna genomfördes per telefon som endast varade 30 minuter då informanten inte hade längre tid på sig. Denna intervju ägde rum på ett kafé där buller och röster från förbigående personer störde samtalets kvalitet. Varje studie

har sin form av mättnadskänsla, som innebär att forskaren får samma svar upprepade gånger under flera intervjuer (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). I denna studie upplever författarna en relativ mättnadskänsla efter intervjuer med sex informanter. Trots det kan författarna inte bortse från att det möjligtvis hade kunnat bli ett annat resultat med fler informanter. Den första intervjun var som sagt en provintervju, då författarna inte var säkra på hur informanten skulle uppleva frågorna som ställdes. Dock samlades relevant material in som ändå kan kopplas till syftet. Därför väljer författarna att ha med materialet i resultatet. Då telefonintervjun och provintervjun gav glesare svar än resten av intervjuerna kunde trovärdigheten i resultatet stärkas ytterligare om fler informanter hade intervjuats.

För att säkerställa och bekräfta *tillförlitligheten* och studiens kvalitet ska resultatet ha ett bevisligt värde, alltså hur tillförlitligt det använda mätinstrumentet är i andra sammanhang (Shenton 2004). *Pålitlighet* innebär om det går det få fram samma resultat i samband med att göra om studien med samma kontext, deltagare och metod (Shenton 2004). Studiens resultat lutade sig inte på en specifik tid eller situation inom det undersökta området vilket gör det enklare att kunna göra om studien för samma syfte. Dock är nackdelen att situationen, beskrivningarna och genomförandet är låsta i det etnografiska nuet (Shenton 2004), som innebär att författarna av denna studie endast kan få detta exakta resultat. Andra som vill utföra studien med samma kontext, deltagare och metod kommer att använda sig utav snöbollsurval samt spontana följdfrågor i intervjuerna som kan variera stort och därmed kan även resultatet i slutändan bli annorlunda. *Konfirmerbarhet* innebär hur stor påverkan informanternas svar har på resultatet (Shenton 2004). Författarna ansåg att konfirmerbarheten var hög då intervjuerna utfördes med semistrukturerade frågor, där huvudfrågorna följdes från intervjuguiden som skulle besvara studiens syfte. Följdfrågorna som ställdes utvecklades från vad varje enskild informant svarade oberoende av huvudfrågorna. Dock kan spontana följdfrågor vara en nackdel då det har inträffat under intervjuerna att författarna ställde följdfrågor om andra teman som inte har med syftet att göra. *Överförbarhet* betyder hur resultatet kan tillämpas i andras studiers sammanhang. Inom kvalitativa undersökningar tillämpas ett litet antal informanter för varje studie vilket medför att resultatet blir svårt att appliceras på andra studier (Shenton 2004). Studiens överförbarhet fungerar i medberoende som sammanhang samt i kontexten nära relationer. Det vill säga att det inte går att överföra resultatet i ett annat sammanhang om kontexten saknas då studien syftar till att undersöka nära relationer. *Objektivitet* är en form av ett neutralt förhållningssätt till ämnet som undersöks (Shenton 2004). Det kan hända att informanten omedvetet berättar något ur ett subjektivt perspektiv som är motsats till objektivitet, till exempel en egen erfarenhet. Ur etiska perspektiv ville författarna hålla sig objektiva, detta för att fånga upp problematiken som helhet utan att ta hänsyn till informanternas åsikter. Nackdelen med objektivitet kan vara att egna erfarenheter som informanterna har, inte ingår i resultatet även om det kan gynna studiens syfte. *Trovärdighet* är ett högt rankat begrepp inom kvalitativa metoder som innebär hur ett resultat speglar sig med verkligheten (Shenton 2004). I relation till denna studie finns en medvetenhet om att allt resultat inte överensstämmer med verkligheten. Trots detta kan studien ge en bra helhetsbild över hur problematiken i fråga ser ut. Informanterna är inte förstahandskällor till problematiken vilket kan påverka trovärdigheten på så sätt att hela sanningen inte kommer fram. Informanterna blandar omedvetet in sina egna åsikter och tankar under intervjuerna vilket kan få materialet att bli subjektivt. Genom att belysa trovärdighetsaspekterna i en studie kan kvaliteten i analysen bedömas (Shenton 2004). Författarna i denna studie behandlar kriterierna och är medvetna om dess regler i diskussionen ovan.

7. Konklusion

Utifrån studiens resultat har författarna kommit fram till att medberoende i nära relation kan utvecklas till psykisk ohälsa genom introjektiv identifikation. Tillämpning av ett sådant beteende kan ske omedvetet vilket också innebär att de medberoende kan utveckla psykisk ohälsa utan att veta om det. Studiens huvudkategorier, psykisk ohälsa, självdestruktivt beteende och introjektiv identifikation gav en bättre förståelse kring medberoende i nära relationer. Psykisk ohälsa är ett stort samhällsproblem samt en prioritering inom folkhälsovetenskapliga målområden, därför ser författarna ett framtida värde i den utförda studien. Medberoende innefattar även hälsorisker och sjuklighet som beskrivs i relation till levnadsvanor inom folkhälsa. Författarna har fokuserat på introjektiv identifikation som sker dynamiskt i nära relationer och utifrån resultatet har det visat sig ha en avgörande faktor till varför de medberoende väljer att stanna kvar i en destruktiv miljö. Majoriteten av informanterna i studien hade ingen aning om vad introjektiv identifikation är vilket ansågs vara ett problem då det med synliga tecken är kopplat till individens levnadssätt. I studiens diskussion nämndes skillnaden mellan anknytningsteorin och introjektiv identifikation. Återigen är det viktigt att nämna då fokuset på introjektiv identifikation kan säga emot anknytningsteorin vilket författarna är medvetna om. Ett större fokus på begreppet introjektiv identifikation anser författarna något som bör inkluderas i framtida studier. Den tidiga uppväxten har även här en avgörande faktor till valet av miljö de medberoende drar sig till i vuxen ålder. Olika förslag till framtida studier är att fokusera på barn och unga i tidig utveckling som är utsatta för destruktiva miljöer och medberoende, detta för att i framtida fall kunna agera som en förebyggande faktor till psykisk ohälsa. Genom att utveckla människors copingstrategier redan från tidig barndom kan medberoende och psykisk ohälsa förebyggas i vuxen ålder, likaså kan vuxna människors goda hälsa upprätthållas. Då coping agerar som en skyddsfaktor till utvecklingen av psykisk ohälsa ger denna strategi en god hanterbarhet av psykiska påfrestningar. Att främja en god uppväxt fritt från alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel kan miljöerna människor lever i vara en förebyggande faktor för bland annat psykisk ohälsa. Ur ett samhällsperspektiv dras slutsatsen att större fokus bör läggas på anhöriga med medberoende som lever med individer med beroendeproblematik.

8. Referenslista

- Ahrén, J-C. & Lager, A. (2012). Ungdomars psykosociala hälsa. I Rostila, M. & Toivanen, S. (red.). *Den orättvisa hälsan*. Stockholm: Liber, ss. 280–298.
- Ahrne, G. & Svensson, P. (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss. 8–16.
- Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. 3 uppl., Lund: Studentlitteratur.
- Bauer, G., Davies, J-K. & Pelikan, J. (2006). The EUHPID health development model for the classification of public health indicators. *Health promotion international*, 21(2), ss. 153–159. doi: 10.1093/heapro/dak002.
- Beattie, M. (2001). *Codependent no more: How to stop controlling others and start caring for yourself*. Minnesota: Hazelden Foundation, s. 34.
- Björns, M. (2010). *Att "förstå" medberoende ur ett psykodynamiskt perspektiv*. Uppsats, Institutionen för klinisk vetenskap. Umeå: Umeå Universitet. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:408761/FULLTEXT01.pdf>. [2018-03-07].
- Billinger, K. (2005). Fokusgrupper: en datainsamlingsmetod. I Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (Red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur, ss. 169–177.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2006). *Drogutvecklingen i Sverige 2006*. <https://www.can.se/contentassets/ee14668f47064d88854e0b28478ae5e8/can-rapportserie-98-drogutvecklingen-i-sverige-2006.pdf>. [2018-05-03].
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2017). *Drogutveckling i Sverige 2017*. <https://www.can.se/contentassets/8178f9b67d894d10a6438816b204afb5/drogutvecklingen-i-sverige-2017.pdf>. [2018-05-03].
- Costa, B., Marcon, S-S., Paiano, M., Sales, C-A, Maftum, M-A. & Waidman, M-A-P. (2017). Feelings and codependent behavior in the family of illicit drug users. *Acta Scientiarum*, 39(2), ss. 175–181. doi: 10.4025/actascihealthsci.v39i2.27781.
- Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss. 34–54.
- Fenreczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adults and the child: The language of tenderness and of passion. *International journal of psycho-analysis*, 30, 225–230.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Statistik över vuxnas psykiska hälsa*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/vuxnas-psykiska-halsa/>. [2018-05-07].

- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Begrepp*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/psykisk-halsa/begrepp-psykisk-halsa/>. [2018-05-03].
- Fors, S. (2014). *Olika grader av känslighet*. <https://www.vlt.se/artikel/allmant/olika-grader-av-kanslighet>. [2018-05-31].
- Fuller, J-A. & Warner, R-M. (2000). Family stressors and predictors of codependency. *Genetic, social and general psychology monographs*, 126(1), ss. 5–22.
- Giannouli, V. & Ivanova, D. (2016). Codependency in mothers of addicted persons: Cross-cultural differences between Greece and Bulgaria. *European Psychiatry*, 33, ss. 622–623. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2332.
- Gostecnik, C., Repic, T., Cvetek, M. & Cvetek, R. (2009). The salvational process in relationships: A view from projective-introjective identification and repetition compulsion. *Journal of religion and health*, 48(4), ss. 496–506. doi:10.1007/s10943-008-9215-9.
- Graneheim, U-H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, ss. 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Gvion, Y. & Fachler, A. (2015). Traumatic experiences and their relationship to self-destructive behaviour in adolescence. *Department of psychology*, 14(4), ss. 406–422. doi: 10.1080/15289168.2015.1090863
- Hellsten, T. (1998). *Flodhästen i vardagsrummet*. Stockholm: Verbum.
- Horvath, P. & Zuckerman, M. (1993). Sensation seeking, risk appraisal and risky behavior. *Personality and Individual Differences*, 14, ss. 41–52. doi:10.1016/0191-8869(93)90173-Z.
- Ivanova, D. & Giannouli, V. (2016). Co-dependency in mothers of addicted persons: Data from Bulgaria. *European Psychiatry*, 33, s. 623. doi:[10.1016/j.eurpsy.2016.01.2333](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.2333).
- Koupil, I. (2012). Utvecklingen tidigt i livet: en möjlighet att minska sociala skillnader i hälsa. I Rostila, M. & Toivanen, S. (red.). *Den orättvisa hälsan*. Stockholm: Liber, ss. 266–278.
- Nestler, E-J., Peña, C-J., Kundakovic, M., Mitchell, A. & Akbariam, S. (2016). Epigenetic basis of mental illness. *The neuroscientist*, 22(5), ss. 447–463. doi:10.1177/1073858415608147.
- Peled, E. & Sacks, I. (2008). The self-perception of women who live with an alcoholic partner: Dialoging with deviance, strength and self-fulfillment. *Family relations*, 57(3), ss. 390–403. doi:10.1111/j.1741-3729.2008.00508.x.
- Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. 3 uppl., Stockholm: Liber.

Persson, R. & Ørbæk, P. (2014). Arbete, stress och hälsa. I Holmström, E. & Ohlsson, K. (red.). *Människan i arbetslivet - teori och praktik*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 15–48.

Mikulincer, M. & Shaver, P-R. (2007). I Pietromonaco, R-P., Uchino, B. & Dunkel Schetter, C-D. (red.). (2013). Close relationship process and health: Implications of attachment theory for health and disease. *Health psychology*, 32(5), ss. 499–513. doi: 10.1037/a0029349.

Psykologiguiden. (2010). *Självskadebeteende*. <https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/symtom-och-besvar/psykisk-ohalsa/sjalvskadebeteende>. [2018-05-31].

Rinn, W., Desai, N., Rosenblatt H. & Gastfriend, D-R. (2002). Addiction denial and cognitive dysfunction: A preliminary investigation. *The journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 14(1), ss. 52–57. doi: doi.org/10.1176/jnp.14.1.52.

Rychtarik, R-G. & McGillicuddy, N-B. (2005). Coping skills training and 12-step facilitation for women whose partner has alcoholism: Effects on depression, the partner's drinking, and partner physical violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(2), ss. 249–261. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.249.

Schoenfeld, T-J. & Cameron, H-A. (2015). Adult neurogenesis and mental illness. *Nature publishing group*, 40(1), ss. 113–128. doi:10.1038/npp.2014.230.

Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnett Hälsoarbete*. 3 uppl., Lund: Studentlitteratur.

Shenton, A-K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), ss. 63–75. doi: [10.3233/EFI-2004-22201](https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201).

Socialstyrelsen. (2015). *Utsatthet i unga år och psykisk ohälsa i vuxen ålder*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19889/2015-6-55.pdf>. [2018-05-04].

Socialstyrelsen. (2017). *Öppna jämförelser 2017: Missbruks- och beroendevården*. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/oppna-jamforelser-2017-missbruk-och-beroende-anvandarguide.pdf>. [2018-05-03].

Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om boendeinsatser och anhörigstöd*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20769/2017-12-16.pdf>. [2018-03-05].

Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28, ss. 78–106. doi:10.1016/j.dr.2007.08.002.

Strandberg, G. (2002). *Beroende av vård - Innebörden av fenomenet som det visar sig genom patienters, deras anhörigas och vårdares berättelser*. Diss. Umeå: University. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:764443/FULLTEXT01.pdf>.

Sumanpreet, K. (2016). A descriptive study to assess depression and codependency among wives of alcoholics in a selected rural community of Gurdaspur, Punjab. *Asian journal of nursing education and research*, 6(2), ss. 183–187. doi:[10.5958/2349-2996.2016.00033.1](https://doi.org/10.5958/2349-2996.2016.00033.1).

Svensson, P. (2015). Teorins roll i kvalitativ forskning. I Ahrne, G. & Svensson, P. (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber, ss. 208–219.

Söderling, L. (2002). *Varulvsdansen: en bok om medberoende*. Johanneshov: Bokförlaget Robert Larson.

Vetenskapsrådet. (U.å.) *Forskningsetiska principer*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>. [2018-02-16].

Wennerberg, T. (2007). Det falska självets biologi. *Insikten*, 3, ss. 1–9.

9. Bilagor

9.1 Informationsbrev

Hej!

Vi, Anna Ladan och Sanel Demiraca, är två studenter på Högskolan Kristianstad som läser sista året på det Folkhälsopedagogiska programmet. Just nu skriver vi vårt examensarbete i form av en undersökning om medberoende i nära relationer.

Studiens syfte är att undersöka hur ett medberoende i nära relation kan utvecklas till självdestruktiva beteenden och psykisk ohälsa.

Tanken är att vi ska intervjua behörig personal som på ett eller annat sätt arbetar eller har arbetat med anhöriga som lever i ett medberoende. Fokus kommer att ligga på personalens perspektiv gällande frågan. Vi kommer alltså inte fokusera på enskilda individer eller en specifik arbetsplats. Hela intervjun kommer att spelas in på band och hela intervjun kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att intervjuerna kommer aidentifieras och behandlas enligt Sekretesslagen. Intervjuerna förväntas ta 45–60 minuter. Vi uppskattar om ni kan rekommendera flera kollegor eller en annan arbetsplats som kan tänkas ställa upp på intervju.

Vi är tacksamma om ni vill ställa upp!

Har ni frågor om studien får ni gärna kontakta oss per mejl eller telefon.

Anna Ladan

Mejl: anna.ladan0226@stud.hkr.se

Tel: 0731 42 37 34

Sanel Demiraca

Mejl: sanel.demiraca0016@stud.hkr.se

Tel: 0707 74 19 13

Med vänliga hälsningar

Anna Ladan & Sanel Demiraca

9.2 Intervjuguide

1. Namn?
2. Utbildning?
3. Yrke och arbetsuppgifter?

4. Vad är din tolkning av ordet medberoende?
5. Beskriv typiska kännetecken av en anhörig med ett medberoende.
6. Hur mår den medberoende som tar kontakt med er första gången?
7. På vilka sätt kommer måendet till uttryck?
8. Vad är det som orsakar att en medberoende utvecklar självdestruktiva beteenden?
9. På vilka sätt tar den medberoende till sig missbrukarens beteenden?
10. Varför håller man kvar vid ett sådant beteende?
11. Hur kommer det sig att man sätter missbrukarens behov före sina egna?
12. I och med att den medberoende utvecklar självdestruktiva beteenden och sätter missbrukarens behov före sina egna, på vilket sätt kan detta vara en anledning till att de utvecklar psykisk ohälsa?

9.3 Samtyckesblankett

Projektets titel: <i>"Man ger mer än vad man tar"</i> En kvalitativ intervjustudie om medberoende i nära relationer	Datum: 2018-04-27
Namn: Sanel Demiraca och Anna Ladan Mejladress: sanel.demiraca0016@stud.hkr.se anna.ladan0226@stud.hkr.se Handledarens namn: Bengt Åhgren	Studerar vid Högskolan Kristianstad Utbildning: Folkhälsovetenskapliga programmet
Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.	
Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning: Datum: Deltagarens underskrift:	