



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan  
SOL 065  
Ht-2004

# ***ATT LEVA MED MISSBRUKARE***

**En studie om medberoende kvinnor från Sydostasien.**

Författare: Kim Hammarlund  
Handledare: Erica Carlström

*If you loved me you would see  
Something's wrong with you and me  
We're not the way we used to be  
You have changed, it's so strange  
Is it me, is it me?*

Martin Rubinstein  
och Richard Westerschulte

( Ditzler och Ditzler, 1993, s.11)

## **Abstract**

The purpose of this essay was to examine female immigrants of South East Asia who have lived together with a drug addict and how they were affected and let themselves be influenced by that, and to study their reactions to such situations.

The main questions were:

- How do the women describe their personal relationship matters with their husbands with focus on abuse / co-dependency?
- How do they show their co-dependency in actions?
- How do the women handle their co-dependency?

I chose a qualitative method because my purpose was to get a comprehension and hopefully find a pattern in the life situation in this specific target group. Regarding the collection of data I used both primary data in the frame of interviews with persons connected to the problem, and secondary data in the form of earlier studies in that field.

As the main result I found that these women lived in a severe stress. They were affected both psychically and physically by the abuse of their partners. They developed different strategies of survival to stand the reality and to save the family. It was very hard for these women to liberate themselves from their horrible situation. Factors that often contributed to that were their view of marriage and the limited economy they had.

# Innehållsförteckning

<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b><u>1.1 Problemformulering</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>1.2 Syfte</u></b> .....	<b>7</b>
<b><u>1.3 Frågeställning</u></b> .....	<b>7</b>
<b><u>1.4 Metod och urval</u></b> .....	<b>7</b>
<u>1.4.1 Val av metod</u> .....	7
<u>1.4.2 Urval</u> .....	9
<u>1.4.3 Tillvägagångssätt</u> .....	10
<u>1.4.4 Presentation av intervjupersoner</u> .....	11
<b><u>1.5 Fortsatt framställning</u></b> .....	<b>12</b>
<b>2. AVHANDLING</b> .....	<b>13</b>
<b><u>2.1 Definition av huvudbegrepp</u></b> .....	<b>13</b>
<u>2.1.1 Missbruk</u> .....	13
<u>2.1.2 Beroende</u> .....	13
<u>2.1.3 Medberoende</u> .....	14
<b><u>2.2 Drogproblemets dolda mönster</u></b> .....	<b>16</b>
<b><u>2.3 Teori och synsätt</u></b> .....	<b>17</b>
<u>2.3.1 Systemteori och psykodynamisk teori</u> .....	17
<u>2.3.2 Sjukdomsmodell</u> .....	18
<u>2.3.3 Anpassningsteori</u> .....	20
<b><u>2.4 Teman – Analys</u></b> .....	<b>21</b>
<u>2.4.1 Relation</u> .....	21
<u>2.4.2 Känslor och upplevelser</u> .....	24
<u>2.4.2.1 Villrådighet och rädsla</u> .....	24
<u>2.4.2.2 Misslyckande och skuld känslor</u> .....	25
<u>2.4.2.3 Psykisk och fysisk isolering</u> .....	25
<u>2.4.2.4 Galenskap</u> .....	26
<u>2.4.2.5 Trötthet och andra fysiska sjukdomar</u> .....	26
<u>2.4.2.6 Hopplöshet</u> .....	26
<u>2.4.3 Medberoende partners beteendemönster</u> .....	27
<u>2.4.3.1 Fixare</u> .....	27
<u>2.4.3.2 Räddare</u> .....	28
<u>2.4.3.3 Möjliggöraren</u> .....	28
<u>2.4.4 Överlevnadsstrategier</u> .....	30
<u>2.4.4.1 Tystnaden</u> .....	30
<u>2.4.4.2 Förnekelse</u> .....	30
<u>2.4.4.3 Utagerande</u> .....	31
<b>3. SLUTDISKUSSION</b> .....	<b>32</b>
<b><u>3.1 Sammanfattning</u></b> .....	<b>32</b>
<b><u>3.2 Diskussion</u></b> .....	<b>33</b>
<b>4. KÄLLFÖRTECKNING</b> .....	<b>36</b>
<b><u>Bilagor</u></b> .....	<b>38</b>

## Förord

Denna uppsats hade inte kunnat bli till om inte "Lien", "Tam" och "Noi" hade ställt upp på intervjuerna. Jag vill tacka er för er tillit och för att ni delat med er av era upplevelser från den svåra tid ni levde med era missbrukande män. Det var skakande berättelser som inte lämnat någon oberörd.

Jag vill tacka personalen på Öppenvård, behandlingshem och rehabiliteringscentra för er värdefulla information om anhörigas till missbrukare situationer.

Jag tackar min handledare, Erica Carlström, för dina värdefulla råd och synpunkter samt för din vänlighet.

Sist, men inte minst, vill jag tacka min familj som har stått ut med mitt ständiga "frånvarande" och som har ställt upp och hjälpt mig med praktiska saker.

# 1. INLEDNING

## 1.1 Problemformulering

Riyadh al- Baldawi (1994, s.9) skriver att drogmissbruk bland invandrare tills för några år sedan var ett problem som varken diskuterades i narkomanvården eller i samhället i övrigt. Det var flera omständigheter som bidrog till detta: Invandrare med missbruksproblem gjorde allt för att dölja sitt missbruk. Den svenska socialvården och narkomanvården blundade gärna för problemets existens. Man kunde eller ville inte se röken av invandrare som missbrukade droger. Man var rädd för att kallas för rasist och invandrarfientlig om man påtalade missbruket och man kände sig villrådig inför problemet: De gängse metoderna för uppsökande verksamhet och behandling fungerade inte lika väl i invandrargruppen som bland svenska missbrukare, man kände att man behövde mer kunskaper om invandrare och missbruk och man efterlyste så småningom hjälp av invandrare med relevanta kunskaper som kunde bidra till det uppsökande arbetet och i behandlingen.

Kursen ”Socialt arbete med drogmissbruk” handlar mest om problem kring missbrukare generellt. Det finns inte så mycket material som fokuserar på invandrare med missbrukproblematik och ännu färre, för att inte säga nästan ingen, litteratur om anhöriga till dessa.

SOU (1994:29) har tagit upp hur missbruket i familjen tar sig till uttryck för övriga familjemedlemmar. Anhöriga till missbrukare beskriver ofta hur de under lång tid tvingas leva med svåra problem med osäker ekonomi, social förnedring, minskning av sociala kontakter, bråk, försämrat samliv, dominans, svartsjuka etc. Trots att mycket tyder på att anhöriga till missbrukare ofta upplever dessa svårigheter har mycket få studier varit inriktade på området (s.44-45)

Via mitt extra jobb som tolk har jag kommit i kontakt med en del invandrarkvinnor och fått höra om deras tragiska tillvaro, som de menar är ett resultat av deras mäns drogmissbruk. De mår helt enkelt inte bra, men ingen av dessa har någonsin själv aktivt sökt hjälp från samhället. Just därför att de anhörigas problematik inte har fått sin uppmärksamhet har

intresset att närmare studera deras livssituation väckts hos mig. Jag vill lyfta fram dessa kvinnors öden: hur deras mäns missbruk har påverkat familjelivet och hur kvinnorna hanterar sina svårigheter.

I den litteratur som jag har läst nämns ofta begreppet ”medberoende” just i samband med hur en missbrukares partner kan påverkas av sin partners missbruk. Med mitt syfte i denna uppsats finner jag att begreppet ”medberoende människa” kan ge ett mer utförligt uttryck om kvinnorna än begreppet ”anhöriga” som jag i början tänkte använda. Begreppet ”medberoende människa” ska i fortsättningen användas för att benämna en kvinna som har levt eller lever tillsammans med missbrukare. Det finns ytterligare två begrepp vars betydelser också behöver tydliggöras: missbruk och beroende. Diskussioner kring definitionen av dessa begrepp följer i avhandlingen.

## **1.2 Syfte**

Mitt syfte är att studera invandrarkvinnor som lever eller har levt nära en drogmisbrukare och hur de påverkas och låter sig påverkas av detta.

## **1.3 Frågeställning**

- Hur beskriver kvinnorna samlevnaden med sina män med fokus på beroende/medberoende?
- Hur visar kvinnorna sitt medberoende i handling?
- Hur hanterar kvinnorna medberoendet?

## **1.4 Metod och urval**

### **1.4.1 Val av metod**

Jag har valt att göra en kvalitativ studie eftersom mitt syfte är att skaffa förståelse och förhoppningsvis kunna finna ett mönster i den specifika målgruppens livssituation.

”Vill man ha en noggrann beskrivning av ett fenomenets utbredning eller statistisk beräkning av sambandet mellan vissa fenomen väljer man en kvantitativ metod. Vill man däremot ha en

mer djupgående eller nyanserad beskrivning av fenomenet är den kvalitativa metoden mer lämplig.” (Kjær 1995, s. 39)

Vad gäller datasamlingen har jag använt mig av både primärdata i form av intervjuer med personer som är berörda av problemet samt sekundärdata i form av tidigare forskningar på området.

Den typ av intervju jag använt mig av kallas för den styrda eller den fokuserande intervjun (en typ av intervju som ligger mellan den helt strukturerade och den helt ostrukturerade intervjun) som innebär att man inte använder något frågeformulär, man har dock en viss struktur genom att man valt ut en rad olika teman som ska tacklas under intervjuens gång. (Bell 2000, s. 122) Som hjälp för intervjun har jag använt en intervjuguide som består av öppna frågor omkring teman som jag velat beröra. Jag har ställt vissa frågor men också lämnat utrymme för respondenten att prata omkring frågorna och de tankar som uppstår under intervjun. På så sätt har jag fått fram mer personlig information och därigenom också en djupare förståelse av det fenomen jag studerat.

Den kvalitativa metoden har stor giltighet (validitet), men låg tillförlitlighet (reliabilitet). Den stora giltigheten kan nås genom att man ställer flera olika frågor om samma ämne, genom att göra fördjupningar o.s.v. och se till att man får svar på just det som man frågar om och inget annat. Men när man använder öppna intervjuer har man inte möjlighet att kunna bedöma den totala intervjumängdens tillförlitlighet eftersom intervjuerna är genomförda på olika sätt. (Kjær 1995, s. 63-64)

Dessutom förekommer andra faktorer som kan påverka den kvalitativa intervjuens tillförlitlighet t.ex. själva intervjuarens personlighet eller arbetssätt, vilket Halvorsen (1992) kallar för intervjuareffekten (s. 89). De intervjuer med kvinnliga invandrare som jag utfört kan ge olika resultat om intervjuaren vore t.ex. en svenska eller en man, istället för en kvinnlig invandrare som jag är. Intervjupersonerna har gett en del mycket intima och privata svar, vilket jag antar beror på att de har funnit tillit eller samhörighet med mig. Hos en svenska eller en man kunde svaren haft en helt annan karaktär.

”Syftet med kvalitativ metod är inte att belysa hållbarheten i vissa teorier genom hypotesprövning utan att utveckla begrepp om ett fenomen och att skaffa sig största möjliga helhetsförståelse av alla aspekter hos fenomenet.” (Eneroth i Halvorsen 1992, s. 78)



Den kvalitativa metoden anses som ett lämpligt val då huvudsyftet med min uppsats är att studera livssituationen för anhöriga till missbrukare och därmed skaffa förståelse för deras medberoende.

### 1.4.2 Urval

Mina intervjupersoner består av tre invandrarkvinnor vars exmakar är drogmissbrukare. Kvinnorna kommer från Sydostasien, men från olika länder: Vietnam, Kambodja och Thailand. Det var i detta sammanhang väldigt svårt att få någon att ställa upp, då de personer som jag skulle intervjua måste representera det ämne som ligger i mitt syfte med uppsatsen. De skulle vara anhöriga till missbrukare.

Jag valde också att intervjua fem professionella personer som har många års erfarenheter med att arbeta med missbrukare och anhöriga. Bland deras klienter fanns många med invandrarbakgrund. Detta eftersom jag antog att det är de som har den största kunskapen om just den målgrupp som uppsatsen handlar om. Intervjuerna med de professionella personerna används dock inte som material i avhandlingen, då syftet i min uppsats är att skaffa förståelse av själva missbruksfruarnas livssituation. Jag anser att de professionella personerna inte kan, trots sina erfarenheter, stå för hur kvinnorna upplevt sitt liv med missbrukare. Deras kunskaper om anhörigas problematik kommer att utnyttjas som ett komplement i slutdiskussionen när ämnet ”vägen ut ur sitt medberoende” tas upp.

De sekundärdata som jag använt mig av är litteratur som innehåller tidigare samhällsvetenskaplig och medicinsk forskning samt Statens offentliga utredningar som på olika sätt belyste ämnet som jag valde. Författarna är forskare, läkare, psykologer, terapeuter och personer som är kunniga och har lång erfarenhet på området. Därmed anses källorna som trovärdiga. Den ringa litteratur som kan användas handlar huvudsakligen om svenskar. Om det rör invandrare är det folk från Mellanöstern eller Sydamerika det handlar om. Jag har inte lyckats hitta något material om människor från Sydostasien där mina huvudintervjupersoner kommer ifrån. Jag tycker emellertid att det fungerade att använda det material som fanns till hands och på något sätt tycker jag samtidigt att det tycks vara intressant att ta reda på om tidigare forskning stämmer med min målgrupp.

### 1.4.3 Tillvägagångssätt

Min första intervjuperson var en kvinna som jag hade kontakt med genom ett tolkuppdrag (fast i annat sammanhang). Kvinnan har en affär där jag ibland handlar. Jag tog kontakt med henne i hennes affär, presenterade idén med uppsatsen och bad om hennes medverkan.

Kvinnan fick själv bestämma tid och plats för intervjun. Det blev i affären eftersom kvinnan behövde befinna sig i närheten ifall något skulle hända. Där fanns emellertid ett avskilt och lugnt rum så att vi kunde sitta och prata ostört. Affärsinnehavaren kommer från Kampuchea, men under tiden som hon och hennes familj flydde undan Pol Pot regimens utrensningar bosatte de sig i Vietnam. Hon kan vietnamesiska (mitt modersmål) och även en del svenska, så intervjun skedde på dessa två språk.

Via affärsinnehavaren fick jag kontakt med den andra intervjupersonen. Den intervjun skedde på samma plats. Att jag tidigare hade tolkat några gånger för affärsinnehavaren kan, i viss mån, ha påverkat intervjun, positivt enligt mig. Det kan vara så att jag dels via tolkningen redan känner till en del om hennes situation, dels att jag jobbar som tolk för myndigheten, vilket kan innebära att hon hade större tillit för mig. Kvinnan var mycket öppen och berättade sitt livsöde detaljrikt och intimt. Den andra intervjupersonen var däremot ganska reserverad, men inte till den grad att hon svarade undvikande. Hon bad mig dock ett flertal gånger försäkra att hennes namn skulle förbli anonymt. Jag lovade henne en kopia av uppsatsen när den var färdig.

För att kunna få fler intervjupersoner bad jag mina kollegor (tolkar för olika språk) om hjälp. I början var det tre personer som ville ställa upp, men sedan lämnade två av dem återbud. Intervjun med den tredje personen skedde hemma hos min kollega. Min kollega ställde upp som tolk eftersom intervjupersonen talade ett annat språk. Det gick bra, men risken finns ju alltid att intervjun påverkas av den så kallade tolkeffekten, som i detta fall innebär att översättningen möjligen inte till fullo avspeglar det som sagts utav intervjupersonen.

Som tidigare nämns så har jag använt en intervjuguide med öppna frågor som hjälp vid intervjuerna. Jag började med att ställa de första frågorna, men intervjuerna ändrade snabbt karaktär. De utvecklades till samtal och så småningom till ”prat kvinnor emellan”. Det tycker

jag är mycket positivt. Det kändes naturligt med samtalen. Kvinnorna vågade öppna sig och jag fick mycket information. En enda sak som är mindre bra är att de även pratade mycket utanför ämnet jag arbetar med. Det var väldigt jobbigt när jag senare lyssnade igenom inspelningen eftersom det krävde både tid och koncentration att samla ihop all information.

Trots att intervjupersonerna frivilligt ställde upp på mina intervjuer och att jag hade garanterat dem anonymitet fann jag att dessa personer är väldigt utsatta och därmed behöver ett säkert skydd. Jag har därför inte bara ändrat deras namn utan också ålder och yrkesområde. Nationalitet ändrade jag däremot inte eftersom den rör vissa händelser i texten.

De professionella personerna kom jag i kontakt med genom tips från några socialsekreterare eller genom adresser till behandlingshem i telefonkatalogen, förutom en av dem som jag kände genom ett tidigare tolkuppdrag. Jag tog kontakt med dem via telefon och presenterade mig och mitt planerade arbete, och bad om att få intervjua dem. De flesta ställde upp. Vid intervjuerna med de professionella personerna använde jag också en intervjuguide. En skillnad mot intervjuerna med de anhöriga var att intervjuerna med dessa personer skedde under begränsad tid och svaren jag fick var mycket sakliga och koncentrerade.

Tips om litteraturer fick jag genom att titta i gamla C-uppsatser och genom hjälp av bibliotekspersonal i Lund och i Helsingborg. Själv har jag stått i timmar på biblioteken och rotat i bokhyllorna och letat fram böcker som jag ansåg vara relevanta för ämnet jag valt.

#### **1.4.4 Presentation av intervjupersoner**

Samtliga intervjupersoner och anhöriga presenteras under fingerat namn.

- Lien är i 30-årsåldern och skild. Hon kom till Sverige i slutet av 90-talet, är svensk medborgare men är av vietnamesisk härkomst. Hon är ensamstående mamma och har en son i 6-årsåldern. Hennes före detta man är heroinmissbrukare och är av vietnamesisk härkomst.
- Tam är i 40-årsåldern och skild. Hon kom till Sverige i början av 80-talet, är svensk medborgare men är av kampucheansk härkomst. Hon är ensamstående mamma med

tre barn. Det äldsta barnet är 17 år och det yngsta är 8 år. Hennes före detta man är heroinmissbrukare och är av vietnamesisk härkomst.

- Noi är i 40-årsåldern, kom till Sverige för två år sedan. Hon är thailändsk medborgare och gift med Ronny som är svensk. Hon har två stora barn från tidigare äktenskap. Dessa bor med sin far i Thailand. Hon har ett gemensamt barn med Ronny. Ronny är alkoholist.
- De professionella personerna var kuratorer, terapeuter och socialpedagoger som arbetar på Transkulturell Rehab, Ideva Familjecentrum, Rehabcenter Steget, Behandlingshem Promise och Öppenvårdsbehandling Livstaget, samliga förlagda i Helsingborg.

## **1.5 Fortsatt framställning**

Avhandlingsdelens första kapitel börjar med en diskussion kring begreppen: missbruk, beroende och medberoende. Därefter följer en kort beskrivning av det dolda drogproblemet bland invandrare. I nästa kapitel presenteras relevanta teorier kring ämnet. Sedan kommer det kapitel där jag behandlar olika teman. I varje tema redogör jag för mina intervjuer anknutna med teorier och sekundärdata som jag finner lämpliga. Egna kommentarer samt en analys följer efter varje tema. Uppsatsen avslutas med en slutdiskussion som börjar med en kortare sammanfattning utifrån uppsatsens syfte och frågeställning. Därefter en diskussion kring teman.

## **2. AVHANDLING**

### **2.1 Definition av huvudbegrepp**

#### **2.1.1 Missbruk**

Begreppet ”missbruk” används ofta i samband med berusningsmedel. I dagligt tal kan det vara lämpligt att begreppet ”missbruk” definieras som ”bruk som medför risk för skada” eller något liknande. ”Missbruk” är emellertid ett problematiskt begrepp, dels för att det som är missbruk för någon inte behöver vara missbruk för en annan, dels för att det ger intryck av en klar skillnad mellan bruk och missbruk. (Skog i Goldberg, red 2000, s. 381)

I den svenska narkotikadebatten framförs ofta en uppfattning som säger att ”allt icke-medicinskt bruk av narkotika är missbruk”. Man kan kanske påstå detta om man utgår ifrån antagandet att det är möjligt att få folk att sluta och/eller att aldrig börja använda illegala droger genom att klart markera att all konsumtion av narkotika är förkastligt beteende. Men om man anser att man måste förstå varför människor konsumerar droger för att kunna hitta effektiva motåtgärder, är ett sådant påstående till mer skada än nytta. (Goldberg 2000, s. 28)

Inom hälso- och sjukvården använder man det amerikanska DSM-systemet (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) och det officiella diagnossystemet ICD-10 (International Classification of Diseases) utvecklat av WHO i behandling av drogmissbrukare. Här har man kommit fram till vissa kriterier som en person, under den senast tolv månadersperioden ska ha uppfyllt för att få diagnos som missbrukare. (Johansson och Wirbing 2001, s. 22)

#### **2.1.2 Beroende**

Begreppet ”beroende” har, under en tid, använts i samband med läkemedelskonsumtion. Numera använder man ofta ordet även i samband med alkohol och narkotika. Ordet ”beroende” är mer neutralt än ordet ”missbruk” och skuldbelägger inte individen på samma sätt. Snarare läggs skulden på drogen som är beroendeskapande.

Alkoholläkare och psykoanalytiker Bo Löfgren menar att drogberoendet kan beskrivas fysiskt och psykiskt. Det fysiska beroendet karaktäriseras av att ett avbrott eller kraftig minskning av preparattillförseln medför abstinenssymptom – exempelvis skakningar, svettningar, krampanfall m.m. Det psykiska beroendet definieras som ett tillstånd av upprepad självtilförsel av en drog som kännetecknas bland annat av att man fortsätter med det även om det innebär att andra positiva värden offras. (Löfgren och Nelson-Löfgren 1992, s. 20-23)

Det finns många sätt att definiera begreppet ”beroende”. Inom tolvstegsmodellen betonar man starkt att alkoholism och annat drogberoende är en sjukdom.

Även Världshälsoorganisationen (WHO) definierar alkoholberoende som en sjukdom som karaktäriseras av att alkoholen får en mycket större roll i individens liv än tidigare.

(Johansson och Wirbing 2001, s. 21)

### **2.1.3 Medberoende**

Det finns ingen entydig definition av begreppet ”medberoende” utan begreppet definieras olika beroende på vem man frågar.

Gorski, en av USA:s främsta specialister när det gäller återfallsprevention, har tillsammans med Miller, beskrivit termen ”medberoende” som beteckning på alla som har förlorat kontrollen över sina liv till följd av att de levt tillsammans med en alkoholist eller annan drogberoende person. Den kan definieras som ett syndrom som är kroniskt och utvecklas på ett förutsägbart sätt. En människa som lider av medberoende utvecklar fysiska, psykiska och sociala symptom när hon försöker anpassa sig till och kompensera sig för de nedbrytande krafterna och stressen i sitt förhållande med en beroende. Efter hand som medberoendet fortskrider blir de stressrelaterade symptomen en del av vardagen. Symptomen kan också förstärka varandra. Det vill säga att förekomsten av ett symptom på medberoende utlöser automatiskt andra sådana symptom. Medberoendet börjar leva sitt eget liv, fristående från den beroendesjukdom som ursprungligen utlöste det. Medberoende fortsätter även om alkoholisten blir nykter och går med i AA eller om relationen avbryts. (Gorski och Miller 1995, s. 122, 123)

Enligt Gorski och Miller uppträder medberoendet i tre utvecklingsstadier:

1- Tidigt stadium: *Normala försök till problemlösning och anpassning*. Det normala sättet att reagera på bekymmer, kris och bristande funktion hos någon familjemedlem är att familjen försöker klara ut bekymren, lösa krisen och hjälpa den som inte fungerar som den ska; allt för att värna om familjen.

2- Mellanstadium: *Självdestruktivt beteende*. När de vanliga, kulturellt styrda reaktionerna på stress och kris inte ger någon lättnad i lidandet för familjemedlemmarna, anstränger de sig ännu mer. De gör samma sak som förut men oftare, intensivare och allt desperatere. De försöker vara mer stödjande, mer hjälpsamma, mer skyddande. De tar över ansvaret från de beroende och inser inte att detta gör honom ännu mer ansvarslös.

3- Sent stadium: *Familjens förfall och sammanbrott*. Reaktioner på beroendet fortsätter och ger upphov till ett speciellt upprepat beteendemönster av självdestruktiv karaktär i familjen. Detta beteende är fristående och självförstärkande och kvarstår även när det inte längre finns några symtom på beroende. Familjen har haft en ärlig önskan att hjälpa, men åtgärderna har misslyckats.

(ibid. s.123-124)

En annan specialist på området ”medberoende”, Subby, har definierat att medberoende är ”ett känslomässigt, psykologiskt och beteendemässigt tillstånd, som utvecklas till följd av en individs varaktiga exponering för och utövande av en uppsättning tvingande regler – regler som förhindrar det öppna uttryckandet av känslor liksom den direkta diskussionen av personliga och interpersonella problem.” (Subby i Beattie 2001, s. 38)

Beattie, ledare för kurser för medberoende i Hazeldens regi har definierat begreppet på följande sätt: ”En medberoende människa är en människa som har låtit en annan människas beteende påverka sig, och som är helt upptagen av att kontrollera denna människas beteende.” (Beattie 2001 s. 41)

En annan expert, Hellsten, säger att medberoende är en sjukdom eller ett sjukdomsliknande tillstånd som uppkommer då en människa lever nära en mycket stark företeelse och inte förmår bearbeta denna företeelse så att hon kan integrera den i sin personlighet utan att anpassa sig till den. (Hellsten 1999, s 53)

Hellsten tar upp de viktigaste kännetecknen för en person som lider av medberoende:

- Att styras utifrån
- Tvångsmässig kontroll
- Oförmåga till tillit
- Svag jagkänsla
- Att leva genom sina prestationer
- Det stora allvaret
- Att bli fysiskt sjuk
- Avsaknad av andlighet
- Isolering (ibid. s.78)

I följande avsnitt tar jag upp olika teorier, synsätt och tidigare forskning som jag finner kunna ge förklaring eller förståelse för intervjupersonernas situation och handling.

## ***2.2 Droget problemets dolda mönster***

I detta avsnitt ska jag titta närmare på vilka eventuella orsaker som leder till att invandrardrogmissbrukare och dess medberoende sällan söker hjälp av svenska sociala och medicinska myndigheter.

Al-Baldawi (1994) beskriver invandrarmissbruket i Sverige som ett samhällsproblem med specifika drag. Ett av dessa är det dolda mönstret. Al-Baldawi menar att det finns olika kulturella omständigheter som ligger bakom detta.

För det första så har invandrare ofta svårt att identifiera sig själva som drogmissbrukare. Det kan bero på synen på drogmissbruket i invandrarnas hemländer. I många länder kan missbruket leda till svåra konsekvenser för missbrukaren i både juridiskt, psykologiskt och socialt avseende i och med att fängelset är den enda institutionen som samhället erbjuder missbrukaren i vissa länder. Ett repressivt synsätt på drogmissbrukarens syn på sig själv och sitt beteende: Han drar sig in i det längsta för att erkänna problemet för sig själv och om han väl har gjort det skäms han för problemet. Skam och skuld leder till att han hellre gömmer sig än söker hjälp, som han anser att han inte är värd att få



För det andra är invandrare i allmänhet mycket rädda för att bli registrerade som missbrukare ifall de söker hjälp. Utifrån erfarenheter i sina ursprungsländer litar de inte på att sekretess mellan myndigheter finns och fungerar i praktiken i Sverige. Många tror att om de söker hjälp hos sociala myndigheter eller inom sjukvården så leder det till t.ex. en anmälan till polisen och att de därmed kan få någon form av straff.

För det tredje råder det brist på information om den svenska missbruksvårdens behandlingsideologi och arbetssätt vilket leder till att många invandrare inte känner till sådan vård. I vissa länder existerar den sociala och medicinska missbruksvården överhuvudtaget inte och i andra är den mycket svagt utvecklad. (Al-Baldawi 1994, s. 31-32)

Enligt Al-Baldawi (1994) bidrar dessa omständigheter till att invandrarnas missbruk är svårt att upptäcka och åtgärda. Drogproblemets dolda mönster ser olika ut i olika invandrargrupper beroende på graden av integration i det svenska samhället, missbrukets konsekvenser för individen i hemlandet, kulturspecifika attityder till droger i den egna etniska gruppen, samt inflytande av denna grupp på individen. (ibid. s. 32)

Eftersom det inte finns litteratur som skriver om missbruk i Sydostasien så har jag frågat intervjupersonerna om deras kunskaper om synen på missbruk i Thailand, Vietnam och Kampuchea. Enligt dem är användning av droger inte straffbar, däremot blir det straffbart om man sysslar med försäljning av droger. Om man trots sitt missbruk ändå kan sköta sitt liv så blir det inget märkbart med detta, men om man inte kan sköta sig får folk en negativ syn på en.

## **2.3 Teori och synsätt**

I detta avsnitt redogör jag för de teorier och synsätt som jag finner vara relevanta till att ge förståelse angående missbrukarfamiljens situation, samt medberoende partners beteende.

### **2.3.1 Systemteori och psykodynamisk teori**

Runfors och Wrangsjö, två experter i familjeterapi skriver att kunskaper om vad system innebär i familjesammanhang redan ligger inbäddad i var och ens livserfarenheter. De ligger i upplevelserna av att vara en del av en familj och i iakttagelser av andra familjer.

(Runfors/Wrangsjö 2000, s. 26). För en generell definition av begreppet system beskriver de så här:

Ett system är en helhet sammansatt av skilda och för helheten likvärdiga delar eller element som står i ett ömsesidigt beroendeförhållande till varandra. Genom det ömsesidiga beroendet kan inte någon del av systemet påverkas utan att alla andra delar av systemet påverkas. Ordet helhet innebär att delarna "hänger ihop" i sitt samspel med varandra och omgivningen på ett karaktäristiskt sätt som gör att deras samverkan erfars som en helhet. Denna koherens kan inte fångas genom en beskrivning av de enskilda delarnas egenskaper. Helheter är inte bara något mer än summan av delprocesserna utan också något kvalitativt annorlunda. Koherens betyder inte heller att delarna har en viss position visavi varandra, utan det är deras ständiga rörelser som förhåller sig till varandra på ett för helheten karaktäristiskt sätt. Detta flöde av samverkan mellan delarna brukar benämnas process. (s. 40)

Familjen är bara ett av flera mänskliga system. Mänskliga system är när ett antal människor har relationer till varandra under en tid på ett sätt som gör att ömsesidiga lojaliteter, beroende och funktionsuppdelning uppstår. Dessa människor upplever sig själva då som en helhet, d.v.s. de upplever att de hör ihop. Också människor som betraktar dem tycker att de hör ihop på ett speciellt sätt. När man talar om familjen som helhet handlar det om samverkan mellan processer. Medan processerna delvis kan iaktas hos individerna, kan deras samverkan endast iaktas i individernas samspel med varandra. Alla beståndsdelarna och alla de samverkande processerna dem emellan förhåller sig till varandra på ett unikt sätt, i ett karaktäristiskt mönster som inte kan skönjas hos de enskilda individerna. (ibid. s. 26, 27)

Johan Cullberg (2001), professor i psykiatri, skriver att den psykoanalytiska teorin sysslar med den enskilda människans förmåga och oförmåga till relation med andra människor. När det gäller familjen måste den betraktas som ett system och den psykoanalytiska teorin kompletteras med systemteorin. Om man betraktar familjen med ett systemteoretiskt synsätt är dess främsta karakteristika att:

- Helheten är större än summan av delarna.
- Svikt hos en medlem kan kompenseras av de övriga medlemmarna.
- En störning hos en medlem kommer också att störa de övriga medlemmarna.
- Kommunikation mellan medlemmarna sker på både verbal och icke-verbal nivå där den icke-verbala ofta har en större genomslagskraft. (Cullberg 2001, s. 102)

### **2.3.2 Sjukdomsmodell**

Johan Cullberg (2001) skriver att sjukdomsförklaring av alkoholisten började redan på 40- 50-talen. Man ansåg att alkoholisten led av något som skulle kunna jämföras med en allergi och som han inte kunde styra om han tog en droppe alkohol. Ur detta synsätt har idag en ny linje utvecklats som börjar sprida sig bland vårdfolk och politiker: Den alkoholmissbrukande har

fått ett patologiskt beroende och skall skyddas från det alkoholindränkta samhället. (Cullberg 2001, s. 380)

Även narkotika- och andra drogmissbruk har historiskt betraktats bl.a. som sjukdom. I slutet av 60-talet kom ett motsatt synsätt fram. Man såg då missbruket endast som ett symptom på psykiska och sociala problem. På senare år har sjukdomsmodellen åter fått vind i seglen. Man har visat att drogberoende personer har en långvarig och kanske rent av permanent dysfunktion i hjärnan. Missbruket och beroendet som det leder till får karaktären av en självständig, långvarig sjukdom som kännetecknas av drogbegär, kontrollförlust och ständiga återfall. (ibid. s. 389)

Utifrån synsättet att drogmissbruket är en sjukdom har familjesjukdomsmodellen byggts upp. Enligt denna modell ses missbruket som en sjukdom som drabbar hela familjen. Hos familjemedlemmarna består sjukdomen av de anpassningsstrategier och de reaktioner som de använder sig av för att skydda sig själva och för att hjälpa missbrukaren. Familjemedlemmarna övertar de rollfunktioner som missbrukaren inte kan ta på grund av missbruket. (SOU 1994:29, s. 47)

Beattie (2001) tar upp olika synpunkter från experterna på området om huruvida medberoende betraktas som en sjukdom eller ej. Vissa experter hävdar att medberoende inte är en sjukdom utan bara en normal reaktion på abnorma människor. Andra experter säger att medberoende är en sjukdom, en kronisk, fortskridande sjukdom. De menar att de medberoende vill ha och behöver sjuka människor omkring sig för att kunna vara lyckliga.

Beattie själv beskriver en medberoende människa som ett offer för sjukdomar. De låter sig påverkas av andra människors beteende och försöker påverka dessa genom bl.a. det tvångsmässiga hjälpanDET, äganderättskänsla, styrandet, omvårdnad, självförtryck. (Beattie 2001, s. 42)

Beattie menar vidare att medberoende anses som en sjukdom på grund av att den är progressiv. Allteftersom människor omkring blir sjukare kan medberoende människor börja reagera mer intensivt. Det som började som en oroskänsla kan leda till isolering, depression, känslomässiga eller fysiska sjukdomar eller självmordstankar.

En annan orsak till att medberoende skulle kunna kallas för sjukdom är att medberoendebeteenden blir vanemässiga. Medberoende människor upprepar vanor utan att tänka. (ibid s. 44)

### **2.3.3 Anpassningsteori**

Familje- och psykoterapeuterna Piltz och Gústavsdóttir skriver att i varje familj där det finns ett problem kommer familjemedlemmarna att anpassa sig till detta. Till en början är det nödvändigt med anpassningen men när denna handling varar en längre tid kan den vidmakthålla eller försvåra problemet. Den kan i och med det skapa nya problem. En långvarig anpassning kan innebära att familjen vänjer sig vid det samspel som utvecklats kring problemet och även finna vissa fördelar med det. Piltz och Gústavsdóttir menar att när en medberoende människa försöker anpassa sig till missbruket genom att t.ex. ta på sig för stort ansvar eller dölja problemet för omgivningen kan han/hon oavsiktligt underlätta och möjliggöra missbruket. Enligt Piltz och Gústavsdóttir grundas denna tolerans på förhoppning om att till sist ändå kunna hjälpa missbrukaren. Människan har en otrolig förmåga att anpassa sig till olika förhållanden och kan ibland tappa greppet om vad som är rimligt och vad som är normalt i det. (Piltz och Gústavsdóttir 1992, s. 60)

Enligt Hellsten (1999) anpassar den medberoende människan, i missbrukarfamiljen, sig till missbrukssituationen därför att han/hon inte har kunnat bearbeta den i sin egen personlighet. Hellsten tror att den anpassningen har sin grund i personens barndom som ofta har varit traumatisk. Det kan handla om att barnet har mist föräldraskap i olika förhållanden. I missbrukarfamiljen kan förlusten av föräldraskap vara total. Det uppkommer då en situation där en stor del av människans jag verkligen binds vid skammen. För en personlighet som är bunden vid skammen börjar livet innebära mycket svåra identitetsstörningar. Människans personlighet har byggts upp av de tre destruktiva grundreglerna: ”du skall inte tala, du skall inte känna, du skall inte lita på någon”. Det är fråga om en människa som varit tvungen att anpassa sig istället för att få växa och styras av sitt inre, sina egna behov och känslor. (Hellsten 1999, s. 47-48)

## 2.4 Teman – Analys

I detta avsnitt behandlar jag olika teman som berör medberoende människor själva eller deras livssituation. Jag ska redogöra för mina intervjuer anknutna med relevanta teorier och sekundärdata. En analys och egna kommentarer följer efter varje tema.

### 2.4.1 Relation

Under detta tema kommer jag återge hur mina intervjupersoner upplever relationen med en missbrukare.

För de tre kvinnor som jag har intervjuat var samlivet med sina män till en början väldigt fint. De träffades, förälskade sig i varandra, gifte sig. De var lyckliga. Mannen var snäll och älskade sin fru. Men när dessa kvinnor gifte sig hade de ingen aning om att deras män var missbrukare. Den idylliska familjebilden och den kärleksfulla relationen mellan makarna förändrades snabbt i samband med att missbruket trädde fram.

Lars Söderling, expert inom områdena rehabilitering och familjeterapi, skriver att när droger mer och mer tar överhanden tycker missbrukaren att familjen börjar bli allt mer fientlig mot honom. Frun skäller på honom, barnen visar inte respekt och lyder inte som han förväntar sig. Det uppstår ofta gräl och våld i missbrukarfamiljen. Aggressiviteten kan också yttra sig på ett otrevligt sätt i form av ständigt återkommande hånfulla skämt, misstänksamhet och verbala kränkningar. (Söderling, s. 59ff)

Både Lien, Tam och Noi berättade att gräl har blivit vanligt i familjen. Även om de hade lärt sig prata försiktigt med mannen, så blev han vansinnig när de sa något som hotade hans förnekandebygge eller bortförklaringar. Enligt Lien och Tam förekom det inte fysiskt våld i deras familj, men Tam kände sig ändå kränkt på grund av sin mans ständiga anklagelser:

Han hånar mig var gång jag har något fint på mig och säger elaka saker såsom att jag varken kan bli yngre eller vackrare med sådana kläder och inte heller kommer jag kunna locka någon man. Det gjorde mest ont när jag var med barn och han anklagade mig för otrohet.

Situationen var svår för Noi (från Thailand). Ronny, Nois man, anklagade Noi för att tjäna pengar via prostitution, när hon egentligen jobbade extra som massör. Han slog henne (en gång) när han var full, men blev ångerfull och snäll när han nyktrade till. Noi hade svårt att dölja sin ilska när hon berättade:

Det var fruktansvärt. Han drack sig full varje kväll och ville då ofta ha sex med mig. Men jag kände inte att det fanns någon ömhet, ingen kärlek i det hela. Det var något mycket ”mekaniskt” och därför avstod jag ofta från detta. Vet du vad han sa då? ”Jag köpte hit dig, så du måste göra dina plikter.” Jag var både arg och ledsen. Jag har kämpat i nästan två år för jag trodde på hans godhet. Han var ju snäll när han var nykter, men nu har droppen runnit över och därför lämnar jag honom.

Johansson och Wirbing, två experter som har lång erfarenhet inom områdena läkemedels- och drogberoende beskriver tillvaron i familjerna där det finns stora drogproblem som instabil och oförutsägbar. Regler och rutiner, förväntningar och krav kan förändras i takt med att missbrukaren är påverkad eller abstinent. Detta kräver anpassning och medför att anhöriga fokuserar sin uppmärksamhet på den som har drogproblem istället för att fundera på sina egna behov. (Johansson och Wirbing 2001, s.188)

Kvinnorna berättade att det verkligen var skrämmande när de fick uppleva hur deras män förvandlades till helt andra människor när de var påverkade av drogen. Lien och Tam berättade att deras män, som rökte heroin, ofta flydde familjen och höll sällskap med andra missbrukare. Då missbruket upptäcktes, flyttade männen sin verksamhet hem och livet blev ”ett riktigt helvete” för kvinnorna. När mannen hade fått sin dos, låg han bara där helt nerdrogad. Tam och Lien sade att det alltid förekom en rädsla att deras män skulle dö. Det enda de gjorde var att städa efter männen. Det som var av högsta prioritet var att vakta männen så att det inte hände dem något. Allt annat fick vänta. Trots detta kände de en känsla av förakt för männen. De kärleksfulla och charmiga män som kvinnorna en gång hade förälskat sig i och gift sig med förvandlades nu till sjukliga och smutsiga varelser. Lien berättade att det värsta som hände var då mannen inte kunde få tag på sin drog. Han förvandlades till ett riktigt monster, som om han blev helt galen. Han skrek åt henne, slog henne inte, men slog sönder möbler och försvann sedan. Barnen blev skrämda och sprang iväg och gömde sig. Allt i huset var vänt upp och ner.

Noi, vars man var alkoholist, upplevde samma känsla som Lien och Tam. Hon sade att hennes man, under ruset, ofta var kritisk, elak och aggressiv mot henne och hon kände sig äcklad av hans närvaro.

Att männen flydde från sina familjemedlemmar via sitt missbruk kändes mycket besvärande för familjemedlemmarna. Kvinnorna berättade att männen ofta höll sig borta från hemmet. När de väl var hemma, om de inte öppet använde drogen så gick de bara och lade sig eller gick halvdrogade och pysslade med sitt som om de övriga i familjen inte existerade. Kvinnorna kände sig övergivna.

En annan sak som de tre kvinnorna gemensamt upplevde var att deras män blev mycket ångerfulla, när de var opåverkade, och bad om förlåtelse. De skyllde på drogens påverkan och menade att de inte visste vad de gjorde.

Alkoholläkaren och psykoanalytikern Löfgren (1992) skriver att i en relation där en person är nykter och en är berusad fungerar man under olika villkor. Den som är berusad kan använda ansvarsundvikande beteende för att få säga och göra lite vad som helst med hänvisning till sitt berusade tillstånd. Övriga familjemedlemmar måste alltid stå för sina ord och handlingar medan missbrukaren har möjlighet att byta fot. Samvaron blir ojämlig. De nyktra måste alltid ta särskild hänsyn till missbrukaren. När han är påverkad är det ingen idé att prata med honom utan man ska bara tycka synd om honom. När han är nykter måste man vara försiktig så han inte börjar missbruka igen. Det finns ingen lucka där man kan få tala ut, det är heltäckande. (Löfgren och Nelson-Löfgren 1992, s. 437)

Samtliga kvinnor hade upplevt att de förlorat sin man på grund av hans missbruk: ”Han tänker bara på sig själv”, ”Man når aldrig fram till honom”, ”För honom gäller bara drogen, familjen har ingen betydelse längre”, ”Han håller inte vad han lovat. Det går inte att lita på honom. Det enda man kan förutsäga är att det är oförutsägbart”.

På frågan om vad det var som höll kvinnorna kvar i en sådan relation under så lång tid fick jag liknande svar från alla tre kvinnorna. Först handlade det om deras känslor till sina män. De älskade dessa män en gång och trodde att om de bara kunde bry sig mer om sin man, ge mer stöd till honom och hjälpa honom så skulle han en dag sluta med sitt missbruk och familjen skulle bli lycklig igen.

Sedan var det synen på äktenskap som de hade lagt sig till med under sin uppväxt och som hade rotat sig djupt i dem. ”Som fru ska man stödja sin man i alla väder och hålla ihop familjen vad som än händer. Folk har ingen vacker syn på en skild kvinna.” (Lien)

Situationen var skrämmande för Tam som redan skiljt sig en gång. Tam berättade att fast det var hennes första man som lämnade henne för en annan kvinna så var det hon som fick skulden. Hon måste vara en dålig kvinna som inte kunde hålla ihop familjen. Och nu hände det igen. Tam kände sig låst och hade många gånger tanken att det bara var döden som kunde befria henne. För Noi var situationen mindre allvarlig. I Thailand har man inte lika hård syn på skilsmässa, men man uppskattar inte heller att den sker.

Att vara invandrare var en annan faktor som bidrog till att kvinnorna var rädda för en eventuell separation. Hur skulle de klara sig när de inte kunde språket bra, inte hade någon utbildning, inget jobb samt redan levde i ett dåligt förhållande ur ekonomisk synvinkel? (För att inte tala om Noi som var helt beroende av sin man ekonomiskt.) Rädslan för ensamheten var också en anledning till att kvinnorna höll fast vid den plågsamma relationen. Förutom Lien, som har en syster, har de andra ingen släkt i Sverige.

#### Analys / kommentar:

Genom kvinnornas berättelse kan man se att familjelivet har påverkats negativt av missbruket. Det är svårt att ha en strukturerad och förutsägbar vardag när man lever i ett förhållande där en partner är drogmissbrukare. I Tams, Liens och Nois fall har missbruket förstört deras förväntningar på ett lyckligt familjeliv. Det rådde ständigt kaos i familjen. Relation mellan makarna var i gungning på grund av missbruket. Kärlek, tillit och respekt ersattes av förakt, misstänksamhet och förnedring.

Jag finner att det finns likheter mellan det som framkommit i kvinnornas berättelser med tidigare studier bland svenskarna om missbrukares beteenden och förhållanden i familjer med missbruksproblem. Det som skiljer i fallet med kvinnor från Sydostasien är att orsaker till att de stannar kvar länge i sitt dåliga förhållande ofta präglas av den kultur de burit i sig samt den ekonomiska situation de befinner sig i.

### **2.4.2 Känslor och upplevelser**

I detta tema kommer jag att ta upp de känslor och upplevelser som intervjupersonerna har haft under den tid de levt tillsammans med sin missbrukande man. Jag kommer också att använda tidigare studier som underlag för att belysa kvinnornas känslor och upplevelser.

#### **2.4.2.1 Villrålighet och rädsla**

Joyce och James Ditzler (1993) som har många års erfarenhet av att hjälpa missbrukare att återupprätta sina liv skriver att förvirring och rädsla skapas då man lever med en människa som är tillgiven ena minuten och en oförutsägbar främling nästa. Oavsett vilken typ av missbruk det rör sig om, missbruk av alkohol, droger eller mat, är beteendet i stort sett detsamma. (Ditzler och Ditzler 1993, s. 39)

Rädslan tycktes ständigt förekomma under den tid Tam, Lien och Noi levt med sina män. Tam sa att hon var rädd hela tiden. Många gånger kändes det som om hjärtat skulle explodera



när mannen visade tecken på att ett nytt utbrott skulle ske. Hon var rädd att lämna honom ensam och hon var rädd att komma hem och finna honom i ännu ett anfall av missbruk. Noi var rädd varenda kväll då mannen kom hem efter jobbet. Det som ofta väntade henne var berusning, kärlekslösa samlag och förnedring. Lien var rädd för kaoset i familjen. Hon var rädd för allt bråk och alla oförutsägbara utbrott som mannen ställde till med. Samtidigt var hon rädd att mannen skulle dö.

#### **2.4.2.2 Misslyckande och skuld känslor**

Ditzler och Ditzler (1993) skriver att den fruktansvärda känslan som ständigt förekommer i varje missbrukarfamilj är känslan av att ha misslyckats. Människor som är fästa vid en missbrukare gör ingenting åt sig själva eller sin situation för att de känner sig så värdelösa och totalt misslyckade. Allt man gör blir fel. Varje beslut man fattar vänds emot en för att man ska känna att man har misslyckats. (Ditzler och Ditzler 1993, s. 88)

Misslyckade tyckte alla tre kvinnorna att de kände sig ganska ofta. I årtal hade de försökt att på olika sätt få sina män att sluta med sitt missbruk. De pysslade om honom, bad honom ödmjukt, höll hemmet fint, tänkte ut olika gemensamma aktiviteter, tog hand om barnen så att de inte skulle störa honom, gjorde sig vackra, men allt förgäves. De misslyckades med att ”klara av” honom, misslyckades med att hjälpa, misslyckades med att skapa ett gott förhållande medan männen tvärtemot lyckades med att få kvinnorna att tro att det var kvinnornas fel att männen missbrukade. Ronny sa ofta till Noi att ”om du vore vackrare, hade jag kanske inte behövt ta hjälp av spriten”, eller som Liens och Tams män sa: ”Det är just ditt tjat som håller mig borta från hemmet.”, ”...hur kunde jag klara livet, du är ju en börda...” Skuld känslorna hade inte försvunnit helt när jag intervjuade dem. Tam sa att ”om jag kunde ha varit snällare och hjälpt honom mer så kanske det hela inte hade slutat så här”. Lien trodde att om hon kunde ha fått ett ordentligt jobb och förbättrat familjens ekonomi så skulle inte mannen tycka att hon var en börda.

#### **2.4.2.3 Psykisk och fysisk isolering**

Tam, Lien och Noi berättade att de kände sig fruktansvärt ensamma och isolerade under åren som de levte tillsammans med sina missbrukande män. Det handlade om både känslomässig och fysisk ensamhet och isolering. Som författarna Ditzler och Ditzler har skrivit: ”Det handlar inte bara om att missbrukaren är fysiskt frånvarande en stor del av tiden, ute för att fylla på förråden eller bara ute med andra missbrukare, utan det handlar också om den

känslomässiga ensamhet det innebär att veta att den du älskar fortfarande finns där ute någonstans, men är försvunnen i missbrukets dimslöjor.” (Ditzler och Ditzler 1993, s. 90)

Det som var gemensamt för kvinnorna var att de var så lyckliga i början av sitt äktenskap. Männerna älskade sina fruar och uppskattade familjelivet. Men snart försvann den goda tiden. Männerna hade haft fullt upp med sig själva och med sitt missbruk. Kvinnorna hade gjort allt för att få tillbaka männens uppmärksamhet och kärlek, men det var aldrig någon idé. Deras missbrukande män höll sig ofta borta från hemmet och när de var hemma kände kvinnorna sig ännu mer ensamma och övergivna, för att de aldrig kunde kommunicera med männen på riktigt.

#### **2.4.2.4 Galenskap**

Kvinnorna berättade att de många gånger kände som om de höll på att bli galna på grund av männens ständiga påståenden om vad de hade gjort eller inte hade gjort. Att männen vände svart till vitt gjorde att kvinnorna till sist tvivlade på sin fattningsförmåga, sitt minne och till och med sitt sunda förnuft.

Missbrukaren kan vara charmerande mot utomstående och en sannskyldig djävul hemma, så till den grad att den andra partnern börjar tro att han/hon lever med en schizofren. Om man ifrågasätter hans beteende för man höra att man bara inbillar sig. Det blir som en mardröm. (Ditzler och Ditzler 1993, s. 89)

#### **2.4.2.5 Trötthet och andra fysiska sjukdomar**

Det var mycket slitsamt att leva med en missbrukare, tyckte samtliga intervjupersoner. Efter årtal med oro, besvikelser, psykiska och fysiska påfrestanden tog krafterna slut. Kvinnorna var ständigt trötta och orkade knappt någonting, inte ens tänka och känna. Dessvärre drabbades de samtidigt av andra fysiska sjukdomar. Lien fick matsmältningsproblem och sömnsvårigheter och tappade drygt 10 kg de sista månaderna i sitt äktenskap.

#### **2.4.2.6 Hopplöshet**

J. & J. Ditzler (1993) beskriver hopplösheten som en känsla av att allt är oundvikligt, att ingenting går att förändra – man tappar tron på framtiden. (s. 43) Både Lien, Tam och Noi hade kommit till detta stadium. De hade slitit ut sig, låtit sig själva bli förödmjukade och utnyttjade m.m. bara för att få männen att sluta med sitt missbruk och för att allt skulle bli som förr igen, men det blev aldrig någon förändring, bara värre och värre med åren. Tam berättade att:

Livet hade blivit en mardröm för mig. Jag kände mig oduglig och värdelös och i en sådan situation trodde jag att bara döden skulle få slut på det hela. Jag hade faktiskt övervägt olika sätt att göra slut på mig. Det hände att jag gick ensam hela natten på stranden och tänkte att jag bara behövde fortsätta mot havet så skulle allt elände försvinna. Det var bara barnen som höll mig kvar i livet. Jag vet inte om du tycker att jag är grym eller inte, men faktum är att jag en gång tänkte ta alla barnen med mig till döden. Om jag inte längre fanns på jorden vad hände då med mina barn? De skulle ha hamnat i ett riktigt helvete om de fått leva med en sådan far.

### Analys/Kommentar

Missbruket påverkar och skadar anhöriga både känslomässigt och fysiskt. Beroendet och medberoendet har ställt till mycket problem i intervjupersonernas familjer. Kaos, våld, svek, isolering och ekonomisvårigheter är bara några följder av missbruket. Sådana bördor har med tiden naggat kvinnornas kropp och själ. Rädslan, känslan av misslyckande, ensamhet, galenskap, depression och fysiska sjukdomar såsom trötthet, magkatarr, sömnsvårigheter är bara några symptom som drabbar kvinnorna. Det är svårt att förstå att just dessa kvinnor skulle få skulden för männens missbruk. Missbrukare erkänner knappt att de gjort fel och skyller alltid ifrån sig. De anser att det är kvinnans fel att mannen missbrukar.

### **2.4.3 Medberoende parters beteendemönster**

I detta tema kommer jag att ta upp intervjupersonernas beteende under den tid de levt med sina missbrukande män. Jag kommer också att använda lämpliga tidigare studier för att få bättre förståelse för personernas handlingar.

#### **2.4.3.1 Fixare**

Om hustrun till en missbrukare skriver Lars Söderling (1999) att hon hela tiden har i tankarna att hon ska klara av det hela. Hon ska rädda familjen och få mannen att sluta dricka. Hon behöver bara anstränga sig lite till och göra allt som krävs så kommer mardrömmen att upphöra och allt blir som förr igen. Genom omänskliga ansträngningar håller hon det hela tiden flytande. Hon sjukanmäler mannen när han är bakfull. Hon ber om ursäkt och förklarar när han burit sig åt som ett svin på festen. Hon säljer sina ärvda smycken för att rädda honom ur en ekonomisk fylleknipla. Hon vänder och vrider på både slantar och tygtrasor för att det ska gå ihop. Och hon får ensam ansvara för barnens uppfostran... (Söderling 1999, s. 61)

Jag känner, mer eller mindre, igen de handlingar som Söderling tagit upp i intervjupersonernas berättelser. Lien måste pantast sina smycken för att rädda mannen ur knipan. Noi måste jobba extra som massör för sina landsmän för att kunna klara ekonomin trots att det var svartjobb. Tam måste ensam ta ansvar för uppfostrandet av sina tre barn då det

enda som betydde något för mannen var drogen. Sedan var dessa kvinnor tvungna att anstränga sig med att försöka sköta alla familjeärenden ordentligt. De gjorde allt detta för att de trodde att männen skulle bli glada och kunna se hur mycket familjen betydde för dem och därmed överväga att sluta med sitt missbruk.

#### **2.4.3.2 Räddare**

Trots att hustrun till missbrukaren inte säger sig stå ut med hans missbruk känner hon sig ansvarig för mannens liv, skriver Bo Löfgren. (1992, s. 441) Löfgren menar att det är lätt att säga till hustrun att hon inte kan vara ansvarig för en annan vuxen persons liv, men i praktiken kan ansvaret inte avfärdas så lätt. Hon har lurats in i rollen som ”räddare”. Missbrukaren har hållhakar på henne som gör att hon inte kan överge den rollen – försöker hon göra sig fri börjar han missbruka ännu våldsammare eller hotar med självmord. (ibid. s. 441)

Självordshot hade inte förekommit i Liens, Tams och Nois fall, men deras dåvarande män fick kvinnorna att tro att mannens liv låg i deras händer. Tam berättade att

Han kom hem, ofta efter att ha varit borta en lång period, helt nedbruten och smutsig och sa att det bara var jag som kunde rädda hans liv. Han sa att han var djupt ångerfull för allt som hände och bad mig att hjälpa honom med att få slut på missbruket. Jag kontaktade goda vänner och fick tag på några tabletter tillverkade av örter. Jag hade ingen aning om hur jag skulle göra, men jag visste att jag var tvungen att rädda honom. Det var en fruktansvärd upplevelse. Jag trodde att det var jag som snart skulle dö och inte han. Det var helt enkelt för mycket för mig. Men vad hjälpte det? Efter några månader försvann han igen. Jag hjälpte honom fem-sex gånger till under tiden vi var gifta, men sedan fick jag nog. Det var barnen som led mest under denna tid.

Situationen var nästan samma hos Lien. Efter några gånger då mannen brutit sitt löfte och fått återfall, gav även Lien upp. I Nois fall bad hennes man aldrig om sådan hjälp.

#### **2.4.3.3 Möjliggöraren**

Att kvinnorna försökte ställa upp för sina män och på olika sätt dölja deras missbruk berodde på att de trodde att de styrde den andra partners missbruk via sina egna beteenden. De trodde att de hade agerat fel: de hade inte älskat på rätt sätt och hade förbisett sina mäns behov.

Då intervjun skedde trodde Lien, Tam och Noi inte att de orsakade sina mäns missbruk för de visste nu att missbruket hade startat långt innan makarna hade träffats. Men under äktenskapets första tid trodde de det. Noi berättade att

Jag trodde då att det var något fel på mig som gjorde att min man drack. Han var så kärleksfull och visade inga tecken på att han var alkoholiserad i början. Jag trodde att jag inte hade skött mig fint som den fru han hade önskat. Det kan ligga en sanning i detta. Jag brydde mig inte lika mycket om mitt utseende som jag gjorde innan giftermålet. Han blev besviken på mig och sökte sig till spriten.

Lien och Tam hade liknande tankar som Noi. Tam ansåg sig som en mycket högt krävande person som krävde att allting skulle vara perfekt. Kanske blev det för mycket för honom så

han inte orkade med och flydde in i missbruket. Lien trodde inte att hon direkt orsakade sin mans missbruk utan att orsaken låg i äktenskapet. Mannen skämdes att han inte kunde vara den äkta man som han skulle vara, som kunde ta hand om sin familj. Han hade aldrig något riktigt jobb och levde på socialbidrag (synen på en äkta man i Vietnam, och i Sydostasien, är att mannen är huvudförsörjare).

Då partnern hindrar att missbruket upptäcks och därmed gör det möjligt för missbrukaren att fortsätta går hon från sin roll som försvarsadvokat till en roll som "möjliggörare". Hon "räddar" missbrukaren från att bli upptäckt och "hjälp" således den sjuke mot boten. (Holfve 1989, s. 13)

Kvinnorna sa att de dolde sin mans missbruk för att de oroade sig för familjens rykte. De hoppades att ingen kände till att de hade problem. De var ju rädda för vad andra skulle tycka och tänka.

#### Analys/Kommentar

Man kan se efter detta tema hur kvinnorna låter sig påverkas av missbruket. Missbruket i sig innebär negativa klanger som skadar familjens anseende. För kvinnor från Sydostasien är det oerhört viktigt att behålla familjens goda rykte. Detta tillhör traditionen, därför var kvinnorna beredda att göra allt för att dölja sanningen. De gjorde sig till fixare, räddare och även möjliggörare. Jo, alla roller som det krävdes för att de skulle "lösa" missbrukarproblemet på egen hand – att de skulle kunna få mannen att sluta med sitt missbruk och rädda sin familj. Det som är gemensamt för kvinnorna är att de tog på sig skulden för sin mans missbruk. Detta kan också vara förklaring till varför kvinnorna ställde upp av hela sitt hjärta för männen. Alla kvinnornas insatser för familjen och för sina missbrukande män ledde tyvärr bara till att det blev lättare för missbrukaren att fortsätta med missbruket. Allt slit ledde bara till att missbrukarna inte kunde se sitt problem.

Kvinnorna sitter fast i en fälla som är mycket svår att ta sig ur. Som Söderling (1999) skriver "Om hon funderar på att ge sig av finner hon att hon inte vet vart hon ska ta vägen. Hon kan inte hantera ett vanligt, normalt och förutsägbart liv och hon kan inte heller känslomässigt klara situationen. Hennes livskamrat är hennes plågoande. Den avskyvärda människa som hon är gift med är samtidigt hjälplös som ett barn utan henne. Hon har blivit medberoende." (Söderling 1999, s. 63)

## **2.4.4 Överlevnadsstrategier**

Detta tema handlar om olika strategier som intervjupersonerna utvecklade för att kunna stå ut med sin situation.

### **2.4.4.1 Tystnaden**

Lars Söderling (1999) skriver att en vanlig företeelse i missbrukarfamiljen är aggressiviteten. Denna kan också yttra sig på ett otrevligt sätt i form av ständigt återkommande sarkasmer, misstänksamhet, spydigheter och andra verbala kränkningar. För att undvika detta tar familjemedlemmar omärkligt för vana att vara försiktiga med vad de säger; vara tysta eller helt enkelt hålla sig undan. (Söderling 1999, s. 60)

Som jag nämnt i ett tidigare tema försökte intervjukvinnorna att alltid vara försiktiga med vad de skulle säga till männen, men det var till ingen nytta. De fick ändå ta emot håfulla skämt, kränkningar och elaka kommentarer. Om de sa något tillbaka, blev det bara bråk. Till sist lärde de sig att stänga öronen..

I sin bok "Missbrukarnas barn" skriver Rita Christensen (1993) att tystnadsregeln också innebär att familjemedlemmarna inte talar om vad som händer i familjen varken sinsemellan, eller med utomstående. Tystnaden gäller inte bara beteende och händelser utan också känslor. Tystnaden är viktig för att familjesystemet ska fungera i ett oförändrat tillstånd. (Christensen 1993, s. 101)

På frågan om tystnadsregler familjemedlemmar emellan hade Lien, Tam och Noi skilda meningar. De sa (förutom Lien som har en syster i Sverige) redan under intervjun att de hade önskat att ha någon att prata med, såsom föräldrar eller syskon, när det hela blev outhärdligt. Det hjälpte säkert, trodde de. Men viktigt var att hålla utomstående utanför. Huvudsaken var att familjens anseende skulle bevaras.

### **2.4.4.2 Förnekelse**

Ditzler och Ditzler (1993) skriver att förnekelse är ett försvar som vi människor använder för att försvara oss själva mot smärta, övergivenhet, ångest och förluster. När verkligheten blir för otäck för att vi skall kunna acceptera den, skriver vi helst om scenerna ur vårt förflutna, vårt nu och till och med vår framtid, så att de kan passa oss bättre. Vi tror att vi kan klara oss

genom att förneka vårt beteende, likaså våra mäns, våra barns. (Ditzler och Ditzler 1993, s. 12)

Att undvika erkännandet av att något inte stod rätt till i familjen hade alla intervjupersoner erfarenhet. Det tog så lång tid innan de kunde inse det. Tam berättade att hon hade lagt märke till mannens underliga beteende långt innan: att han ofta var borta, hans sätt att kommunicera, hans utseendeförändring m.m. men hon ville inte ta itu med det, inte ens när hon fick information från en bekant om sin mans missbruk. Hon hade redan andra problem att tänka på. Tam måste konfronteras med sanningen då hennes man hade gått så djupt in i missbruket och ställde till med mycket problem hemma. Lien hade också försökt att ignorera att hennes man hade missbruksproblem tills den dag polisen kom hem till henne. Hennes man blev anhållen för narkotikainnehav. Noi visste att hennes man drack, men ville tro att ”det var helt normalt, han drack som alla svenska män”. Det hände även när sanningen hade trätt fram att kvinnorna på något sätt ville undvika den. Lien använde sömntabletter för att ”kunna sova djupt och glömma allting”. Noi sökte ännu fler jobb för att ”få tiden att gå och inte behöva tänka så mycket”. Tam hade ett annat knep som kommer att visas i följande strategi.

#### ***2.4.4.3 Utagerande***

Psykologen Gary G. Forrest (1987) för fram vissa beteenden som medberoende utvecklar i ett senare stadium som han kallar utagerande. Han skriver att de flesta närstående till personer med allvarliga missbruksproblem till slut tillgriper någon form av utagerande. Det är en psykologisk term för det impulsiva, omogna och ibland gravt ansvarslösa beteende som en person tar till för att klara av inre känslomässig stress. Vidare tar han upp några former av utagerande: missbruka tillsammans med missbrukaren, högljudda gräl, fysiska angrepp, geografiska förflyttningar och utomäktenskapliga förbindelser.

Dessa handlingar kan på något sätt hjälpa medberoende att stå ut med den situation hon befinner sig i. Det var den sistnämnda formen av utagerande som Tam använde som strategi för att kunna överleva den fruktansvärda stress som hon utsatts för. Ingen av intervjupersonerna hade någonsin deltagit i missbruket tillsammans med sin man, men Lien berättade att ”om det inte varit så att han redan hade lämnat mig så hade jag starka planer på att börja missbruka tillsammans med honom. Då skulle jag bli likadan som honom och inte ständigt behöva känna mig besviken”.

### Analys/Kommentar

När man lever länge i ett förhållande som präglas av svek, oro, våld förnedring, förtvivlan... kommer man för eller senare att utveckla olika strategier för att kunna överleva.

Intervjupersonerna hade tagit till sig några av de mest användbara strategier som förnekelse, tystnad, utagerande för att kunna klara av sin fruktansvärda situation. Överlevnadsstrategier kan vara effektiva för just som det heter att överleva den aktuella svåra situationen. För ett eftersträvande av en förändring krävs det professionell hjälp utifrån.

## **3. SLUTDISKUSSION**

### **3.1 Sammanfattning**

Genom uppsatsarbetet har det kommit fram att missbruk som någon familjemedlem fört med sig in i familjen har skapat en enorm påverkan på övriga familjemedlemmars fysiska och psykiska hälsa, känslor och handlingar. Detta kan ha sin förklaring i att familjen ses som ett system där det sker ömsesidiga beroenden som innebär att när någon del av systemet påverkas så påverkas alla andra delar av systemet också

Det handlar först och främst om förhållandena i familjen. Det är svårt, för att inte säga omöjligt, att ha en strukturerad och förutsägbar vardag i ett förhållande där en partner är drogmissbrukare. Det råder ständigt kaos i familjen. Relationen mellan makarna blir förstörd. Kärlek, tillit och respekt ersätts med förakt, misstänksamhet och förnedring. Partners drogberoende påverkar även den anhöriges känsla och hälsa. De symptom som kvinnorna uppvisar är rädsla, upplevelse av misslyckande, skuld-känslor, psykisk och fysisk isolering, depression, trötthet och olika fysiska sjukdomar som produkter av den situation de lever i.

Som reaktion på en stressfylld situation betar sig anhöriga på de sätt varpå de tror de kan lösa problemen. Det sker inte sällan en omänsklig anpassning till missbruket hos familjemedlemmarna, för att i mesta möjliga mån kunna undvika negativa konsekvenser. Den missbrukande mannen lyckas ofta få kvinnan att tro att hon orsakar hans missbruk. Kvinnan utvecklar olika roller som "fixare", "räddare" för att skydda missbrukaren, vilka sedan oavsiktligt övergår till rollen som "möjliggörare", allt i tron att det är hennes fel att han



missbrukar. Alla kvinnans insatser för familjen och för sin missbrukande man leder tyvärr bara till att det blir lättare för missbrukaren att fortsätta med sitt missbruk. Kvinnan befinner sig i ett sjukdomstillstånd som kallas ”medberoende” enligt ”familjesjukdomsmodellen”. Hon lever nära en mycket stark företeelse och förmår inte att bearbeta denna, utan anpassat sig istället till den.

För att kunna överleva sin fruktansvärda situation utvecklar kvinnan olika strategier som ”tystnad”, ”förnekelse” och ”utagerande” som tyvärr bara fungerar som tillfällig hjälp. För en hållbar förändring krävs det professionell hjälp.

Från de sydostasiatiska kvinnornas berättelser framkommer det att det finns andra viktiga faktorer som påverkar deras handlingar: Synen på kvinnans respektive mannens roll i ett äktenskap, familjens goda rykte samt svåra ekonomiska problem. Dessa bidrar till att de är tvungna att stanna länge i den fruktansvärda situationen och försöker lösa problemen på egen hand. Detta kan vara en av förklaringarna till varför missbruksproblematik sällan upptäcks i invandrarfamiljer. Som Al-Baldawi tar upp i tidigare avsnitt ”Drogproblemets dolda mönster”: ”Skam och skuld leder till att han hellre gömmer sig än söker hjälp...”

Jag vill här påpeka att trots att det har, genom uppsatsarbetet, kommit fram ett gemensamt mönster vad gäller missbrukets påverkan på kvinnornas livssituation, på deras känslor, hälsa och handlingar kan detta inte leda till någon generell slutsats om medberoendet bland sydostasiatiska kvinnor då min uppsats endast bygger på berättelser från tre kvinnor.

### **3.2 Diskussion**

I detta avsnitt kommer jag att föra en diskussion kring det sociala nätverkets betydelse för anhöriga och om hur vägen ut ur medberoendet ser ut, då jag finner detta både nödvändigt och intressant att belysa.

Kvinnorna i min uppsats saknar det sociala nätverket. Förutom Lien som har en syster, som också har sina egna problem, har de andra ingen släkt här i Sverige. Alla har få vänner, för att inte säga inga. Arbetskamrater har de inte eftersom de inte har haft något jobb. Praktiserat har de visserligen, men bara under kortare perioder. Kontakten med grannarna fungerar ofta dåligt

av olika anledningar: Språkskillnad, självisolering eller grannens misstänksamhet mot ”den skumma familjen”...

Jag finner dock att kvinnorna i sin stressituation har ett stort behov av att ha någon att tala ut med om sina problem innan de blir så allvarliga att de leder till ett destruktivt beteende. SOU (1994:29, s.24) har tagit upp Pattisons (1979) forskning om det sociala nätverkets betydelse som säger: ”Ett gott socialt nätverk kan reducera stress och förhindra att stress omvandlas till ångest, medan ett dåligt fungerande socialt nätverk kan verka direkt uppehållande på symptomen.”

Alltså behöver kvinnorna ett gott socialt nätverk för att en positiv förändring ska kunna ske. Jag inser att det är mycket svårt för dessa kvinnor att själva bygga ett sådant nätverk. Även om de själva vill göra det, har de inte någon större möjlighet till det, utan de behöver hjälp från samhället. Jag tror att om man i det sociala arbetet har mer uppmärksamhet på invandraranhörigas problematik så kan man hjälpa dem i tid. Man kan till exempel hjälpa dem med motivation till språkläsning, ordna olika aktiviteter bland invandrare och svenskar, skapa meningsfull praktik som i förlängningen kan leda till arbete, ordna någon kontaktperson osv. Man ska inte vänta tills det är för sent: Familjen splittras, kvinnan mår psykiskt dåligt och om man bara skickar henne till en psykiater utan vidare hjälp så är det mer till skada än nytta. En av intervjupersonerna berättade för mig att hon blev skickad till en psykiater som fick henne att ”öppna” sig. Men vad hände sen? Hon var alldeles ensam på kvällarna med ”fyra väggar och tre småbarn” och kände sig ännu mindre värd för att hon nu hade blivit ”en riktigt psykiskt sjuk person”. Man kan se att det kostar samhället mycket, men ändå inte leder till någon hjälp om inte hjälpen kommer i tid.

De insatser som kommer i tid från socialtjänsten kan vara mycket effektivare för anhöriga för att ta sig ur sitt medberoende om dessa samtidigt får hjälp från olika behandlingsmottagningar där personalen har lång erfarenhet med att arbeta med beroende- och medberoendeproblematik. Ofta går det inte till så. Via intervjuer med personal på behandlingsmottagningarna har det kommit fram att invandraranhöriga ofta inte vet att sådan hjälp finns. Även om de vet om detta så söker de inte själva hjälpen. Det finns olika förklaringar till detta. De flesta behandlingsmottagningar tar inte klienter privat utan via företag eller socialtjänsten. Invandrare är ofta i detta sammanhang arbetslösa, så de kan inte få behandling där via företag. Man menar också att människor med invandrarbakgrund har en

annan familjeförankring än vad man har här i Skandinavien. Man hjälps åt på ett helt annat sätt i familjen och familjen är mycket närmare för en invandrare än den är för en svensk eller skandinav. Det är på gott och ont. Invandrarfamiljer håller problemen inom familjen för att lösa dem där eftersom de ofta tror att detta går. Man uppsöker inte socialtjänsten om man inte tvingas till det. Man vill inte ha med myndigheter att göra.

De professionella på behandlingsmottagningar har samma syn på medberoende. De menar att oavsett vilken religion man har, vilken kultur man bär med sig, är man väldigt medberoende när man länge levt tillsammans med en missbrukare. De är alltså också sjuka och behöver egentligen lika mycket stöd och hjälp som den som har missbruksproblem. Här jobbar man inte bara med symtomet (missbrukaren själv), utan man jobbar vid källan – med hela familjen. Man arbetar efter den enskildes egna behov, önskningar och förutsättningar. Detta sätt att arbeta är tidskrävande och slukar mycket resurser. Enligt personalen köper socialtjänsten eller kommunen deras tjänster som ett sista alternativ efter det att man har prövat många andra behandlingsmetoder, men inte lyckats lösa problemet. Detta väcker en fråga: Är det på grund av kunskapsbrist om de anhörigas problematik som socialtjänsterna hanterar problemet på detta sätt eller är det en fråga om ekonomin ?

Min mening är att man vinner mer i längden både på det mänskliga och ekonomiska planet om man från början satsar på en grundlig behandling av de utsatta människorna istället för att satsa på tillfälliga åtgärder.

## 4. Källförteckning

- Al-Baldawi, Riyadh (1994). *Exil, kultur och drogmissbruk*. Stockholm: Narkomanvårdkliniken Sabbatsbergs sjukhus. ISBN 91-630-2543-4
- Beattie, Melody (2001). *Bli fri från ditt medberoende*. Stockholm: Nordstedt Förlag AB.
- Bell, Judith (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Christensen, Rita (1993). *Missbrukarnas barn*. Prisma, Stockholm
- Cullberg, Johan (2001). *Dynamisk psykiatri*. WS Bookwell, Finland: Natur och kultur. Sjätte upplagan.
- Ditzler, Joyce och Ditzler, James (1993). "Om du verkligen älskade mig...". Stockholm: Proprius.
- Forrest, Gary G. (1987). *Hur man klarar att leva med någon som har alkoholproblem..* Helsingborg: Forum.
- Goldberg, Ted (2000). *Narkotikan avmystifierad – Ett psykosocialt perspektiv*. Solna: Academic Publishing of Sweden. Andra upplagan
- Goldberg, Ted red. (2000). *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Gorski, Terence T. och Miller, Merlene (1995). *Vid sunda vätskor*. Täby: Larsons förlag.
- Halvorsen, Knut (1992). *Samhällsvetenskaplig metod..* Lund: Studentlitteratur.
- Hellsten, Tommy (1999). *Flodhästen i vardagsrummet*. Göteborg: Cordia/Trots Allt. 3:e pocketupplagan.
- Holfve, Lena (1989). *Botten upp*. Kungälv: Goterna.
- Johansson, Katarina och Wirbing, Peter (2001). *Riskbruk och missbruk* Stockholm: Natur och kultur.
- Kjær Jensen, Mogens (1995). *Kvalitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren, Bo och Nelson-Löfgren, Inger (1992). *Alkohol – rus, missbruk, behandling*. Stockholm: Prisma.
- Piltz, Karl Gustaf och Gústavsdóttir, Kristín (1992). *Den osynliga familjen – Samarbetspartner eller syndabock*. Göteborg: Ask och Embla.

- Runfors, Miriam och Wrangsjö, Björn (2000). *Familjemönster*. Borås: Natur och kultur. Tredje upplagan.
- SOU (1994:29). *Barn, föräldrar, alkohol*. Stockholm: Fritzes.
- Söderling, Lars (1999). *Styrketårar – Alkoholismens ansikten*. Täby: Larsons förlag.

## **Bilagor**

### **Intervjufrågor till anhöriga**

1. Berätta om er personliga bakgrund: ålder, civilstånd och livssituation?
2. Berätta om din uppväxtmiljö. Hur upplevde du den? Har du någon närstående som är eller varit beroende?
3. Hur såg ditt liv ut innan du träffade din före detta man?
4. Hur träffades du och din man?
5. Har din före detta man använt droger hela tiden du känt honom? (alkohol, narkotika...)
6. Hur upptäckte du att din man missbrukade?
7. Hur reagerade du då?
8. Pratade du med någon annan om problemet?
9. Förändrades du som person under den tid du levde med din före detta man? Hur påverkade missbruket din hälsa fysiskt och psykiskt?
10. Hur såg relationer mellan dig och din man ut då? Har han någon gång varit våldsam mot dig och/eller barnen?
11. Hur tycker du att barnen har påverkats av att växa upp i en familj med missbruk?
12. Påverkade missbruket din egen relation till barnen? I så fall hur?
13. Hur såg familjens sociala umgänge ut?
14. Vad gjorde du för att klara av situationen?
15. Har du sökt hjälp? Hur det har gått?
16. Vad var det som gjorde att ni gick skilda vägar?
17. Hur har separationen påverkat dig och barnen?
18. Vilken relation har ni till varandra idag?
19. Hur ser din tillvaro ut idag?

## **Intervjufrågor till de professionella**

1. Berätta om er verksamhet. Vilka riktar den sig till?
2. På vilket sätt kommer ni i kontakt med missbrukare och deras anhöriga?
3. Vilka arbetsuppgifter har ni ?
4. Hur arbetar ni med anhöriga som söker hjälp?
5. Har ni invandrarpatienter? Hur många?
6. Vilka behandlingsmetoder använder ni i er verksamhet?
7. Finns det någon skillnad mellan invandrarpatienter och svenska patienter vad gäller behandlingsmetod?
8. vilka mönster och strukturer kan utläsas i missbruksfamiljer, såväl svenska som invandrare? Finns det någon skillnad?
9. Hur upplever ni anhörigas situationer?
10. Hur ser ni på barnens situation i missbruksfamiljerna?
11. Hur ser ni på relation mellan man och kvinna i familjen?
12. Vilken grundsyn har ni på de anhörigas problematik?
13. Finns det generella beteenden hos anhöriga till missbrukare?
14. Är det vanligt att invandranhöriga känner besvikelse över sitt liv i Sverige?
15. Hur ser familjestrukturen och processen ut i en missbruksfamilj?