

Familier med alkoholproblemer og deres børn - en sammenfatning



Af Helle Lindgaard, cand. Psych. Ph.D

Arbejdsnotat
Februar 2008

TUBA Danmark, Frederiksgade 75,1, 8000 Århus C, www.tuba.dk

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	2
2. Hvad ved vi om familier med alkoholproblemer	3
2.1. Problemets omfang	3
2.2. Problemets karakter	5
2.2.1. Påvirkning af den enkelte misbruger	5
2.2.2. Påvirkning af familien, herunder ægtefælle/partner	6
2.2.3. Påvirkning af børnene	9
2.2.4. Påvirkning af børnene på længere sigt ind i voksenalder, langtidseffekt	11
2.3. Psykologisk teori til forklaring og forståelse af de voksne børns problemfelt	14
3. Hvorfor skal vi arbejde med misbrugers familie og børn	17
3.1. Familiens behandlingsbehov, forebyggelse og social arv	17
3.2. Optimering af alkoholbehandlingen	18
3.3. Gensidig vekselvirkning	18
3.4. Økonomiske betragtninger	19
4. Hvilke metoder er effektive og hvilken effekt har indsatser rettet mod familien ...	20
4.1. Behandling der med udgangspunkt i familien har til formål at motivere misbrugeren til at ændre alkoholadfærd og/eller at gå i behandling	21
4.2. Behandling der har til formål at forbedre både misbrugs- og familierelaterede effektmål	23
4.3. Behandling der har til formål at reducere indvirkning og skade på familien	25
4.4. Behandling der har til formål at reducere indvirkning og skade på børn	27
4.5. Samlet opsummering af de evidensbaserede metoder og deres effekt	31
5. Hvad sker der, hvis vi ikke giver misbrugers familie og børn hjælp og/eller arbejder relationsorienteret	32
6. Hvilke indsatser/tilbud er der til misbrugers familie og børn	32
7. Udfordringer og visioner for fremtiden	33
7.1. Handling	33
7.2. Behandling	33
7.3. Forebyggelse	34
7.4. Forskning: Videns- og evidensudvikling samt formidling	35
8. Sammenfatning	35
9. Appendiks	37
10. Litteraturliste	40

Indledning ***

Det er efterhånden ganske mange årtier siden vi begyndte at opdage og interessere os for, hvad et misbrug kan betyde, ikke blot for misbruger selv, men også for misbrugers nære relationer. Det betyder, at vi i dag ved, at familiemedlemmer til en misbruger påvirkes samt hvilke problemer ikke mindst børnene er i risiko for at få, og hvordan det går disse børn på længere sigt i voksenalderen. Det vil sige, at vi ikke længere er i tvivl om, at alkoholproblemer ikke blot er et individuelt problem, men også i høj grad et relationelt problem.

Vi ved også efterhånden en del om, hvad vi så stiller op med denne problemstilling, hvordan vi forebygger og behandler problemer blandt familiemedlemmerne, om end der stadig er plads til udvikling på feltet. Til gengæld er vi, om ikke håbløst, så i hvert fald, alarmerende bag efter i forhold til faktiske indsatser og tilbud til familiemedlemmerne.

Selvom TUBA er et tilbud til unge og voksne børn fra familier med alkoholproblemer er der i nærværende arbejdsnotat valgt en meget bred præsentation af problemstillingen. Misbrugere og deres familier præsenteres og behandles ofte fragmenteret og det er yderst uheldigt. Der er netop brug for en helhedsorienteret forståelse og indsats for at komme problemet til livs.

Det betyder naturligvis ikke, at vi kun skal arbejde helhedsorienteret. Netop i forhold til de voksne børn, kan det være hensigtsmæssigt med isolerede behandlingstilbud, der kun indbefatter dem og ikke resten af opvækstfamilien. I forhold til en forståelse af de voksne børns situation er det imidlertid af overordentlig stor værdi, at se perspektivet i en større helhed.

Det betyder, at der, udover en præsentation af børnenes mulige problemfelt, som børn såvel som voksne, også tages udgangspunkt i børnenes opvækstbetingelser og hvilke indsatser, der her kunne og burde have været iværksat for at forebygge eller i hvert fald reducere den situation børnene befinder sig i, når de som unge og voksne henvender sig til TUBA.

TUBA og lignende tilbud vil aldrig miste deres berettigelse; der vil altid være børn fra misbrugsfamilier, vi ikke ser og ikke får ydet tilstrækkelig eller rigtig hjælp til. Ligele-

des vil der også altid være børn, som først i ungdoms- og voksenalderen oplever at mangle kompetencer og livsduelighed.

Men forhåbentlig kan andelen af disse unge og voksne børn reduceres, i og med vi bliver bedre til at nå børnene, mens de endnu er børn og dermed får forebygget en del af de vanskeligheder, vi ser hos gruppen af voksne børn.

Fokus for notatet vil derfor overordnet være børn fra familier, hvor far og/eller mor har alkoholproblemer. Der vil dog være overlap i forhold til børn, der vokser op med forældre med stofmisbrug. Det er valgt at anvende begrebet "misbruger" om en forælder med alkoholproblemer, selvom dette er en noget karikeret fremstilling og ikke henviser til diagnosen "misbrug". Begreber som "den afhængige", "den drikkende", "den forælder, der har alkoholproblemer" kunne også være valgt, men synes at være lige så misvisende og desuden mindre læsevenlige. "Misbrug" henviser således ikke til diagnosen "misbrug", men til alkoholproblemer af en sådan karakter, at dette har været skadende for familien.

Flere steder i notatet vil begrebet "familieorienteret alkoholbehandling" være anvendt. Dette henviser ikke, som man ellers kunne formode nødvendigvis til familiebehandling i traditionel forstand. "Familieorienteret alkoholbehandling" er en "paraply-betegnelse" og dækker over en bred vifte af mulige indsatser overfor misbruger og dennes nære relationer. Disse kan inkludere misbruger og familien i forskelligt omfang; alene, parvis og/eller hele familien. Der kan f.eks. være tale om par-terapi eller børnegrupper. Formålet med behandlingen er således ikke nødvendigvis drikkeophør, men kan helt eller delvist også handle om familiemedlemmernes funktion.

Der skal henledes opmærksomhed på, at notatet er bestilt af TUBA-Danmark, men at indholdet af notatet er baseret på et allerede eksisterende, uvildigt og forskningsbaseret arbejde. Det skal således understreges at forfatter af notatet ikke har politiske eller økonomiske interesser i området, men udelukkende arbejder på et videnskabeligt grundlag.

2. Hvad ved vi om familier med alkoholproblemer ***

2.1. Problemets omfang

Vi ved ikke med sikkerhed, hvor mange voksne i Danmark, der har alkoholproblemer, ligesom vi ikke ved hvor mange børn, der vokser op i en familie med alkoholproblemer. Dette skyldes, at der endnu ikke findes en dækkende registrering af feltet i Danmark, hverken af voksne danskere med alkoholproblemer eller deres børn.

Vi formoder imidlertid, at der er omkring en halv million danskere med et problematisk alkoholforbrug og mindst 200.000 børn, der vokser op i en familie med alkoholproblemer.

Disse tal fremkommer på forskellig vis. En måde er at tage udgangspunkt i antallet af voksne med alkoholproblemer og derudfra estimere det formodede antal af børn, der så vokser op med dette som en livsbetingelse. Til dette formål kan anvendes international forskning på området. Især ses resultater fra en stor repræsentativ, amerikansk undersøgelse fra 1991-92 (Grant et al., 1992, 1994). Denne undersøgelse viser, at 4,38% af den voksne befolkning er afhængige af alkohol, og at 3,03% har et misbrug af alkohol, dvs. at forbruget skaber fysiske og/eller psykiske problemer, dog uden der kan tales om afhængighed (ibid.).

Disse tal anvendes i forskellige sammenhænge på den danske befolkning bl.a. i Sundhedsstyrelsens status for år 2002 (Alkohol, Narkotika, Tobak 2003:20). Overføres resultaterne til den danske befolkning, betyder det, at ca. 180.000 danskere kan betegnes som afhængige af alkohol, medens ca. 125.000 har et misbrug af alkohol. En stor dansk sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2000 (SOSY-2000) vurderede, at i alt 500.000 danskere havde et alkoholforbrug der er større en Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser på 21 og 14 genstande for henholdsvis mænd og kvinder og dermed kunne betegnes som storforbrugere. Det betyder, at der må formodes at være ca. 195.000 risiko-forbrugere (Pedersen et al., 2004).

180.000 afhængige af alkohol
 125.000 misbrugere af alkohol
 195.000 risiko-forbrugere

 500.000 storforbrugere i alt

Under alle omstændigheder viser den danske undersøgelse, at cirka en halv million danskere har et alkoholforbrug, der i forskellig grad kan være et problem ikke blot for den misbrugende part selv, men også for eventuelle pårørende, såsom partner, børn, forældre og søskende.

Ligesom vi ikke med sikkerhed kender antallet af danskere med alkoholproblemer, ved vi heller ikke med sikkerhed hvor mange blandt disse, der har partner og børn.

Det vi har data på er, at ca. 60.000 børn har en forælder, der har været indlagt på et hospital med en alkoholrelateret lidelse (Christoffersen, 2000). Det må imidlertid formodes kun at være toppen af isbjerget, da det kun er de sværeste alkoholmisbrugere (med et massivt og/eller længerevarende misbrug), der udvikler behandlingskrævende alkoholrelaterede lidelser. Vi taler altså om 60.000 børn, der vokser op med mindst én dybt alkoholiseret forælder.

Når vi taler om følger for de pårørende til en misbruger drejer det sig imidlertid ikke alene om mængden af alkohol, der indtages. Det handler i langt højere grad om på hvilken måde og i hvilken grad misbruget påvirker misbruger og dennes relationer til sine nærmeste (partner og børn).

Således definerer Frid Hansen (norsk fagchef ved Borgerestadklinikken i Norge), at der eksisterer et alkoholproblem når:

- brugen af alkohol virker forstyrrende ind på de opgaver og funktioner, som skal varetages i familien
- de følelsesmæssige bånd mellem mennesker belastes og forstyrres af en andens brug af alkohol

Sundhedsstyrelsen har tidligere lavet et regnestykke til estimering af antallet af børn, der lever med en forælder med alkoholproblemer (Sundhedsstyrelsen, 1992). Dengang antog man, at 250.000 danskere havde et stort alkoholforbrug. Derudover antog man, at 60% af disse har børn mellem 0-18 år og i gennemsnit har 1,5 barn. Dermed endte man ud med, at ca. 225.000 børn vokser op med en mor og/eller far med et betydeligt alkoholforbrug.

Hvis vi i stedet anvender den nyeste estimering på 500.000 storforbrugere fra ovenstående, vil vi i stedet have ca. 450.000 børn med en mor og/eller far, der har et på den ene eller anden måde har et problematisk forbrug af alkohol.

Når det indledningsvist blev angivet, at der ikke findes en registrering af danskere med alkoholproblemer er det ikke helt sandt. Der er faktisk påbegyndt en registrering af danskere i behandling for deres alkoholproblemer. Denne registrering ligger i Sundhedsstyrelsens regi og hedder "Nationalt Alkohol Behandlingsregister" (NAB). Registreringen er imidlertid endnu mangelfuld af flere årsager.

Dels er ikke alle kommuner med i registreringen endnu. Dette skyldes data-tekniske problemer. Således mangler f.eks. data fra landets andenstørste kommune, Århus kommune.

Dels er deltagelse frivillig for den enkelte dansker, hvilket betyder, at man ikke nødvendigvis har alle i behandlingssystemet med ligesom der på nogle spørgsmål kan være en manglende besvarelse på op til 20%. Det gælder bl.a. nogle af de spørgsmål, der vedrører børn.

Endelig er det jo kun en registrering af danskere i behandling for deres alkoholproblem. Alle dem, der ikke er i behandling, ved vi endnu intet om.

Fra NAB ved vi imidlertid følgende om danskere i behandling:

35% er gift/samlevende
3% enke/enkemand
36% er fraskilt/separeret
12% er uoplyst

Dvs. at mindst 74% er eller har været i et parforhold. Dog ikke nødvendigvis samtidig med at vedkommende havde et aktivt alkoholproblem. Vi kan derimod fastslå, at mindst 35% er gift/samlevende på det tidspunkt, de modtager behandling for deres alkoholproblem.

Mindst 17% har hjemmeboende børn under 18 år på behandlingstidspunktet. Men hele 20% har ikke besvaret dette spørgsmål, hvilket er problematisk. Tal fra alkoholrådgivningen i Århus (fra 2004/Sørensen 2005) viser, at 71% af klienterne i behandling der, har børn. Hjemmeboende børn har 33% af kvinderne og 15% af mændene. Her får vi altså et billede af, hvor mange, der reelt har børn, der på et eller andet tidspunkt og i forskellig grad kan have været påvirket af forælde-

rens misbrug. Hvor mange børn, hver af de alkoholmisbrugende forældre har, ved vi imidlertid ikke. Desuden ved vi fra data fra alkoholrådgivningen i Århus, at der gennemsnitligt går 13 år, før misbruger søger behandling for sine alkoholproblemer, og at misbruger på det tidspunkt i gennemsnit er 45 år. I en stor del af disse år har børnene med stor sandsynlighed lidt under alkoholproblemerne i hjemmet. Det betyder også, at når misbruger endelig erkender og søger behandling for sine alkoholproblemer, kan nogle af børnene meget vel være blevet ældre end 18 år og dermed ikke længere figurere i denne statistik!

Dertil kommer alle de fraskilte med delebørn, der ikke bor hos den misbrugende forælder, men som har samkvem med denne. Disse børn tilbringer måske hver anden weekend alene med en alkoholmisbrugende forælder. De figurerer heller ikke i ovennævnte statistik.

Ser vi på statistikken fra DanRIS-alkohol (registrering fra Center for Rusmiddelforskning over danskere i døgnbehandling), fremgår det, at 35,4% af dem, der har været indskrevet i døgnbehandling i perioden fra 1999-2008 har hjemmeboende børn under 18 år. Igen fortæller statistikken ikke noget om hvor mange fraskilte, enlige forældre, der har samkvem med børn under 18 år og hvor mange, der har børn over 18 år, som var under 18 år medens alkoholmisbruget stod på. Endelig fremstiller ovennævnte data kun de alkoholmisbrugere, som har været i døgnbehandling og som har ladet sig registrere (hvilket er frivilligt). Ligesom ikke alle døgninstitutioner er med.

Det tætteste vi kommer en egentlig måling af antallet af danske børn, der vokser op i en familie med alkoholproblemer, stammer fra en anonym spørgeskemaundersøgelse lavet på foranledning af TUBA i 2008. Undersøgelsen baseres på en tilfældig udvalgt gruppe repræsentativ i forhold til køn, alder og geografi. Den viste, at 20% af voksne danskere mellem 20 og 40 år er vokset op med forældre med et problematisk alkoholforbrug. Det svarer til at op imod 250.000 børn vokser op i en alkoholfamilie. Et tal der stemmer overens med vore hidtidige antagelser.

Det egentlige antal af børn, der vokser op med en far og/eller mor med alkoholproblemer formodes derfor at være højere end den nuværende antagelse på 60.000 børn. Formodentlig drejer det sig om mindst 200.000 børn, der i en eller anden grad og på et eller andet tidspunkt vil være påvirket af en fars og/eller mors alkoholproblemer.

Derudover vil også partner/ægtefælle, søskende, forældre og venner til et menneske med alkoholproblemer i for-

skellig grad være påvirket af disse problemer.

2.2 Problemets karakter

I modsætning til ovenstående usikkerhed vedrørende antallet af børn fra alkoholfamilier, har vi til gengæld

ganske omfattende og solid viden om hvilke vanskeligheder en forælders alkoholproblemer kan afstedkomme for familien og ikke mindst børnene.

2.2.1. Påvirkning af den enkelte misbruger

For at forstå hvilken indflydelse et misbrug kan have på familien, skal der først ganske kort gøres rede for hvorledes misbruger påvirkes af sine alkoholproblemer.

Først og fremmest vil der være tale om en fysiologisk påvirkning af en lang række af kroppens organer (lever, bugspytkirtel, knogler) samt en øget risiko for cancer). Dernæst vil der som oftest opstå psykiske vanskeligheder. Det kan være nedtrykthed, skyld- og skamfølelser, lavt selvværd, selvmordstanker og -adfærd, ukontrollable vredesudbrud, eller det kan være deciderede psykiatriske diagnoser som depression, angst, psykoser og skizofreni. I nogle tilfælde kan de psykiske vanskeligheder være opstået forud, således at alkoholproblemerne blot er en form for "problemløsning" eller måske decideret "selvmedicinering". Under alle omstændigheder vil der faktisk ofte være tale om dobbelt-belastning i form af både misbrug og psykiske vanskeligheder.

Ikke sjældent, og især på længere sigt, ses konsekvenser i det sociale liv, i nogle tilfælde en decideret social deroute, der først ender på bunden. Der kan være problemer i forældrenes indbyrdes forhold, i forhold til den nærmeste familie, isolation i forhold til venner, manglende engagement i nærmiljø (herunder daginstitution, skole). Misbruger kan miste sit job, måske pga. alkoholproblemerne. Det kan give problemer i forhold til bolig eller decideret fald i levestandard, ligesom alkoholforbruget i sig selv kan gøre et alvorligt indhug i familiens økonomiske formåen. Som drengen, der af sin far var blevet lovet en ny cykel i fødselsdagsgave, fordi de andre drenge i skolen drillede ham med den alt for lille børnehavcykel, der for længst var "forsvundet under benene på ham". Men da fødselsdagen oprandt, havde faderen drukket pengene op, og drengen måtte slukøret konstatere, at cyklen alligevel ikke stod der. Hvis drengen havde levet længe med faderens alkoholproblemer, ville han alligevel ikke have forventet en ny cykel, og til sidst ville han end

ikke længere håbe på det. Eller som kvinden, der skulle svare på, hvad der havde ændret sig efter mandens behandling for alkoholmisbrug, svarede: "I år holdt vi jul og jeg fik en julegave".

Nogle gange ses også kriminel adfærd, som f.eks. vold og spiritus-kørsel, som i værste fald medfører alvorlige konsekvenser for andre mennesker med de deraf følgende problemer og måske fængselsstraf.

Specifikt i forhold til forældreevner på dette grundlag kan der selvfølgelig ikke generaliseres. Men som oftest vil der i forskellig grad mangle overskud til at varetage en forælderrolle. Efterhånden som alkoholproblemerne eskalere, vil alkohol og den dermed forbundne adfærd rykke mere og mere i centrum for misbrugeren. Det vil ikke være barnets tarv, barnets behov og følelser, der er udgangspunkt, men alkohol og alkoholadfærd. I den forbindelse er det vigtigt at bemærke, at det ikke alene handler om fysisk omsorg i form af madpakke og varm mad hver dag. Det handler i langt højere grad om at kunne rumme og se barnet, at kunne takle konflikter på en hensigtsmæssig måde, at kunne støtte barnet i den til tider svære udviklingsproces osv. Og det kræver frem for alt, at man som forælder er nærværende og kan være ansvarsfuld voksen. Hele tiden, eller i hvert fald det meste af tiden.

Der kan endvidere blive tale om en ond cirkel, hvor den manglende formåen som forælder og ægtefælle kan give alvorlige samvittighedskvaler, der så igen forstærker drikkeadfærd.

Misbruger bliver fanget ind et spind af benægtelse, løgne og forvrængningerne af virkeligheden, især omkring egen alkoholadfærd, men også i forhold til konsekvenser, herunder svigt af mere generel karakter.

En helt afgørende pointe er, at stort set ingen forældre, og som oftest kun af patologiske årsager, er ligeglade med deres børn. Forældre vil deres børn det bedste. Når

dette ikke lykkes for forældre med alkoholproblemer, skyldes dette som oftest uvidenhed om konsekvenser af drikkeriet for deres børn, men også og især alkoholaf-

hængighedens natur. Forældrene er fanget ind af kræfter, der er så stærke, at de, for langt de fleste, går langt udover et almindeligt viljesmoment.

2.2.2. Påvirkning af familien, herunder ægtefælle/partner

Når én eller begge forældre har alkoholproblemer vil dette have en lang række konsekvenser for familien. Empiriske studier og kliniske observationer viser en række faktorer, der karakteriserer familier med alkoholproblemer.

Den alkoholiske familie

Til forståelse og forklaring af de psykologiske mekanismer der er på spil i forhold til hvorfor og hvordan en familie påvirkes af alkoholproblemer hos en eller begge forældre inddrages systemteorien (Steinglass et al., 1987; Steinglass & Kutch, 2004). Her taler man om, at det er hele familien, der bliver "alkoholisk". Det vil ifølge systemisk teori sige, at alkohol bliver "det centralt organiserende princip". Det betyder, at familiens værdier og aktiviteter defineres af misbruget og misbrugerens, der bliver omdrejningspunktet for familien. Det kan f.eks. være, at man ikke holder jul, eller holdes fødselsdag på en ganske særlig måde, der tager hensyn til misbrugerens adfærd og behov.

Om dette sker og i hvilken grad afhænger af, om der er overensstemmelse, det man kalder "goodness-of-fit", dvs. et sammenfald mellem misbrugerens drukkemønster og familiens reguleringsmekanismer¹. Der er således tale om en relation mellem misbrugerens og dennes familie, og hvad de hver især bidrager med på godt og ondt til denne relation. Således vil også individuelle karakteristika ved familiemedlemmerne og misbrugerens påvirke alkoholismen og familiens funktion, ligesom der også må inddrages kontekstuelle faktorer for at forstå, hvorledes ægtefælle og børn påvirkes af alkoholismen. Det kan f.eks. handle om, hvordan, hvor og hvornår der drikkes samt hvem der drikker (mor, far eller begge). Der kan også være en forælder, der formår at opretholde familiens interaktion og beskytte børnene. Eller en social støtte i familiens nære miljø (f.eks. en bedsteforælder).

Benægtelse og forvrænget kommunikation

I familier med alkoholproblemer vil misbruget og/eller dets konsekvenser meget ofte benægtes, ikke blot af misbrugerens selv, men til tider også af en eventuel ikke-misbrugende partner. Denne benægtelse kan sprede sig til den generelle kommunikation i familien, således at hele interaktionsformen i familien bliver præget af løgne, forvrængninger, tvetydigheder og tavshed (Tweed & Ryff, 1996; Krestan & Bepko, 1993, Lawson et al., 1983; Steinglass, 1981). Benægtelse optræder som en forsvarsmekanisme. En erkendelse af alkoholproblemerne og konsekvenserne heraf, for såvel misbrugerens selv som dennes familie, ville være smertefuld og medføre skam og skyld.

Benægtelse og løgne omkring misbrugerens erkendelse af sit problem kan tillige medføre en forvrængning og tavshed omkring følelser i familien. Det benægtede er "skjult" og ikke-eksisterende. Det kan derfor ikke diskuteres, ligesom der ikke kan reageres eller handles på det.

Udover at problemerne knyttet til misbruget derfor ikke kan løses, betyder det også, at intimiteten i familien forstyrres. Familiens følelsesmæssige udtryk kan svinge mellem dyb tavshed og forvrængede følelsesudbrud, idet autentiske følelser ikke kan udtrykkes, men enten må fortrænges eller transformeres til andre udtryksformer eller andre problemområder (Krestan & Bepko, 1993). F.eks. kan sorg og smerte komme til udtryk som vrede, eller gemmes til en anden mere "ufarlig" situation, f.eks. en søskendekonflikt. Følelserne kan også vendes indad og blive til selvbebrejdelser og/eller psykosomatiske symptomer som angst og depression.

Forringede mestringsstrategier²

Benægtelsen og den forvrængede kommunikation betyder også som nævnt ovenfor, at familiens muligheder for at ændre på tingenes tilstand begrænses. Den forvræn-

¹ Familiens reguleringsmekanismer defineres som familiens identitet og familiens temperament. Man kunne også kalde det "familiens værdier og måde at være familie på".

² Mestringsstrategier kan også kaldes "livs- og problemløsningsstrategier". Mestring er de kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser individet gør for at mestre livet som sådan og de problemer der opstår.

gede virkelighedsopfattelse betyder, at familien ikke kan handle i forhold til virkeligheden og dermed heller ikke ændre på virkeligheden (Krestan & Bepko, 1993), ligesom deres udviklingsmuligheder som sådan begrænses (Rotunda et al., 1995).

Måden at løse problemer på, deres mestringsstrategier, bliver i stedet præget af undgående og følelsesbetonet mestring frem for en distancerende og problemorienteret mestring. Det vil sige, at i stedet for at forsøge at løse problemerne, vil man i højere grad kunne se en tendens til at problemerne benægtes eller forsøges undgået. I værste fald ses følelser af hjælpeløshed og afmagt, hvor familien helt mister evnen til at kunne se mulig indflydelse på eget liv som sådan.

Derudover kan de forringede mestringsstrategier også forklares ved, at konstruktiv mestring som udgangspunkt ikke eller kun i ringe grad er til stede blandt de voksne, hvilket især gælder den misbrugende part (Brennan, Moos, & Kelly, 1994).

Ringes eller manglende samhørighed

Af den begrænsede kommunikation følger ofte en isolation og manglende samhørighed de enkelte familiemedlemmer imellem (Tweed & Ryff, 1996; Wilson, Bell & Arredondo, 1995; Clair & Genest, 1987; Callan & Jackson, 1986; Moss & Billings, 1982; Steinglass, 1979). Ofte vil de øvrige familiemedlemmer overtage ansvaret for familiens ve og vel og ekskludere den alkoholiserede part fra den funktionelle familieenhed (Krestan & Bepko, 1993), en isolation, der yderligere begrænser familiens problemløsningsadfærd.

For at kunne opretholde benægtelsen og af angst for at afsløre "hemmeligheden", kan det desuden være nødvendigt at lukke af for kontakten til mennesker udenfor familien. Oplevelser af skam og skyld forstærker yderligere denne isolation udadtil. Grænserne mellem familien og verden udenfor ligger på et kontinuum gående fra rigide og uigennemtrængelige grænser til meget gennemtrængelige eller ikke eksisterende grænser. Dette har betydning for familiens samhørighed, således at de rigide grænser skaber følelser af isolation, medens at let gennemtrængelige grænser åbner for ydre forholdsforstyrrelser af familiens skrøbelige samhørighed (Collins, 1990).

Forstyrret, omvendt eller fraværende lederskab og familiestruktur

Lederskab, forstået som en beslutningsdygtig og ansvarlig ledelsesstruktur, kan i alkoholfamilier være forstyrret på forskellig vis. Er misbruget blevet "det centralt organiserende princip", kan dette betyde, at familie- og ledelsesstruktur defineres på grundlag af og under hensyn til misbruger. Det vil sige, at lederskabet kan være neurotisk indviklet eller omvendt, således at børnene bliver de ansvarlige, eller det kan være direkte fraværende, så ingen tager beslutninger og ansvar i familien (Lerner, 1986; Kaufman, 1985).

Mangelfuldt følelsesmæssigt engagement i barnet, uopmærksomhed på barnets følelser og manglende nærvær kan være en følge af den centrering, der kan forekomme i alkoholfamilien. Der kan være forvirring omkring rolleadfærd, hvem der er ansvarlig for hvad og hvornår (Lawson & Lawson, 1998). Grænserne mellem voksne og børn kan være uklare, eller i værste fald kan rollerne være ombyttede. Børnene kan pålægges et alt for stort ansvar, til tider det fulde ansvar for såvel praktiske som følelsesmæssige forhold, både overfor mindre søskende, men også overfor den misbrugende forælder (Chase, Deming, & Wells, 1998; Velleman & Orford, 1990). Til tider kan ansvaret også være i forhold til den ikke-misbrugende forælder, der kan bruge barnet som en fortrolig eller som praktisk medhjælp. Familiereglerne kan være forstyrrede, ritualer og rutiner kan være helt eller delvist fraværende (Haugland, 1992), og der kan være en udpræget inkonsistent disciplin (Lawson et al., 1983). Også søskende relationer kan være forstyrrede, karakteriseret ved svage/manglende relationer eller ved patologisk intense relationer (Lerner, 1986; Cork, 1969).

Forhøjet stress- og konfliktniveau

I familier med alkoholproblemer ser der generelt ud til at være et forhøjet stress- og konfliktniveau (Lindgaard, 2002; Nielsen et al., 2000; Tweed & Ryff, 1996; Havey et al., 1995; Chassin et al., 1993; Roosa et al., 1993; Velleman & Orford, 1990), sådan at forstå at der udover alkoholproblemerne i sig selv tillige er flere stressende livsbegivenheder som sådan. Således er der flere konflikter imellem forældre og børn (Wright et al., 1991; Reich et al., 1988), og forældrene indbyrdes (Senchak et al., 1995; Wilson, Bell & Arredondo, 1995; Velleman & Orford, 1990). Parforholdet er ofte præget af et højt niveau af utilfredshed, ustabilitet og konflikt (Fals-Stewart & Birchler, 2001; Senchak et al., 1995; Wilson et al., 1995; Leonard & Senchak, 1993; Velleman & Orford, 1990; Dunn et al., 1987). Der er også solid dokumenta-

tion for, at en evt. ikke-alkoholisk forælder er psykosocialt belastet med et forhøjet niveau af depression, angst og psykosomatiske lidelser og anvendelse af flere medicinske ressourcer (Christensen, 2000; Brennan, Moos, & Kelly, 1994; Moos & Moos, 1984; Moos, Finney & Gamble, 1982).

Blandt andet som følge heraf er forældreomsorgen varierende og kan være direkte utilstrækkelig (Lindgaard, 2002; Velleman & Orford, 1990; Perrin, 1985), der kan være tale om omvendt omsorgsfunktion (Velleman & Orford, 1990) ligesom følelsesmæssig og fysisk omsorgssvigt ikke er usædvanligt (Lindgaard, 2002; Velleman & Orford, 1990). Der kan forekomme fysisk og/eller psykisk vold samt seksuelle overgreb (Lindgaard, 2002; Lawson & Lawson, 1998; Stout & Mintz, 1996; Reich et al., 1988), både forældrene indbyrdes (Lindgaard, 2002; Rotunda, 1995), men også overfor børnene og tilsyneladende især overfor døtrene (Lindgaard, 2002; Stout & Mintz, 1996). Også gentagne trusler om fysisk vold fra forældrene kan forekomme (Stout & Mintz, 1996).

Desuden ses i højere grad familieforstyrrelser/brud karakteriseret ved en højere skilsmisstrate og tidlige dødsfald blandt forældre og/eller søskende (Lindgaard, 2002; Nielsen et al., 2000; Wilson et al., 1995). Meget ofte vil forældrene true med, forsøge og/eller begå selvmord (Lindgaard, 2002; Nielsen et al., 2000; Finn et al., 1997). Desuden ser der ud til at være flere psykiatriske vanskeligheder i familien (Lindgaard, 2002; Wilson et al., 1995). Endelig forekommer også i højere grad økonomiske problemer i alkoholfamilien (Wright et al., 1991).

Uforudsigelighed og bi-fasisk fungerer

En specifik stressfaktor i alkoholfamilien er uforudsigeligheden og den bi-fasiske fungerer. Uforudsigeligheden består i den alkoholiserede forælders foranderlige og måske irritable humør, at denne ikke altid er til at stole på, udskyder eller ikke deltager i familiens aktiviteter (Velleman & Orford, 1990). Ligeledes er det heller ikke altid forudsigeligt, hvornår den misbrugende forælder drikker (ibid.).

At alkoholfamilien er bi-fasisk fungerende betyder, at interaktionen i familien afhænger af, om den misbrugende forælder er ædru eller fuld, og derfor findes i mindst to udgaver. Det vil f.eks. betyde, at en familieadfærd, der er hensigtsmæssig i ædru fase, ikke er hensigtsmæssig når den misbrugende forælder har drukket. Det betyder også at regler, der gælder den ene dag, ikke nødvendigvis gælder i samme situation den næste dag. Familieritu-

aler og rutiner, som billeder på familiens samværsformer, vil i så fald være indrettet i forhold til den alkoholiserede forælders tilstand, og familiens interaktion vil på den måde være bi-fasisk fungerende (Haugland, 1992). Disse to forhold betyder, at familien hele tiden skal være opmærksom på misbrugers tilstand for at kunne justere sin adfærd i forhold til dette.

Sociale relationer og social støtte

Bl.a. som følge af ovennævnte isolation samt et ofte begrænset fysisk og mentalt overskud, vil der i alkoholfamilier ofte være en generel forringelse af den sociale støtte samt et indskrænket socialt netværk (Lindgaard, 2002; Rodney, 1995; Domenico & Windle, 1993). Det gælder såvel internt i familien, som eksternt. Det betyder, at der i ringere grad er nogen, der hjælper og støtter såvel følelsesmæssigt som i forhold til praktiske opgaver. Der er måske heller ingen eller kun i begrænset omfang nogen at tale med om tanker og følelser.

Anbringelse/tvangsfjernelse

I nogle tilfælde rækker forældrenes ansvar og omsorg for børnene ikke. I de tilfælde må børnene i stedet anbringes andetsteds. Det kan foregå frivilligt eller ved tvang, ligesom opholdet kan være af midlertidigt eller mere permanent karakter. Anbringelsen kan være i familiepleje, på døgninstitution, på kost- og efterskoler, på socialpædagogiske opholdssteder, eller på eget værelse. Afhængigt af alder samt problemernes omfang og karakter. Konsekvenserne heraf for børnenes udvikling vil ikke blive inddraget nærmere i denne sammenhæng.

Alkoholfamilien sammenlignet med andre dysfunktionelle familier

Interaktionen i familier med alkoholproblemer er, som allerede antydnet ovenfor, og i øvrigt fra mange sider beskrevet som værende belastet og dysfunktionel (F.eks. Lindgaard, 2002; Christensen, 2000; Deming et al., 1996; Rodney, 1995; Wilson et al., 1995). I en dansk undersøgelse af alkoholfamilier var således stort set alle alkoholfamilierne (98%) i forskellig grad, hvad man må betegne som dysfunktionelle (Lindgaard, 2002).

Sammenlignet med andre dysfunktionelle familier er den alkoholiske familie gennemsnitligt mere dysfunktionel end en kontrolgruppe af dysfunktionelle familier uden alkoholproblemer (Lindgaard, 2002)³. Samtidig ser det

³ De dysfunktionelle familier uden alkoholproblemer blev defineret som "familier, hvor interaktionen kan betegnes som værende dysfunktionel, men hvor alkohol- og/eller stofmisbrug ikke forekommer".

ud til at give flere psykosociale vanskeligheder for børn, der er vokset op i en dysfunktionel familie med alkoholproblemer, end for børn vokset op i en dysfunktionel familie uden alkoholproblemer (ibid.). Endvidere tyder en del forskning på, at børnenes vanskeligheder i højere grad skyldes familiens grad af dysfunktion, end alkoholproblemerne i sig selv.

Opsummering

Der er omfattende dokumentation for, at hele familien bliver påvirket når far og/eller mor har alkoholproblemer. Familien kan betegnes som værende "alkoholisk", når familiens interaktion er organiseret omkring alkoholismen, således at familiens aktiviteter er defineret af og organiseret omkring misbruget og misbrugerens. I hvilken

grad vil afhænge af, i hvilket omfang alkoholproblemerne får lov at påvirke familien og dennes interaktion.

Familiens påvirkning kan være karakteriseret ved benægtelse, isolation, manglende social støtte og begrænset rum for følelsesmæssige udtryk. Ofte oplever familien en udpræget uforudsigelighed i forhold til misbruger samt en bi-fasisk fungeren. Derudover ses manglende eller forstyrret lederskab, uansvarlighed og omsorgssvigt, fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb samt et generelt højere konfliktniveau. Endvidere kan familiens problemløsningsadfærd blive påvirket, således at familien ikke har overskud og/eller evner til at løse problemer, men i stedet føler hjælpeløshed og afmagt, hvilket yderligere begrænser familiens udviklingsmuligheder.

2.2.3. Påvirkning af børnene

Som det fremgår af det foregående, vil alkoholproblemer i familien kunne betyde forringede opvækstbetingelser for børnene. Som følge heraf vil alkoholproblemerne i familien på forskellig vis kunne have emotionelle, kognitive og/eller sociale konsekvenser for børnene (Velleman, 2004, 2002; Lindgaard, 2002; Lieberman, 2000; Christensen, 2000, 1994; Moos et al., 1995; Christensen, 1992; West & Prinz, 1987). Disse konsekvenser kan optræde i forskellig grad og på forskellige tidspunkter i barnets liv. Således vil nogle konsekvenser kunne optræde allerede i barndommen, medens andre først vil vise sig i voksenalderen, f.eks. når der skal etableres egen familie (Lindgaard, 2002; Hansen, 1985; Cermak & Brown, 1982; Moos & Billings, 1982). Nogle vil vokse med barnet enten til en forværring eller en bedring i voksenalderen.

Medfødte alkoholskader

Udover de problemer, der kan opstå som følge af alkoholproblemernes indflydelse på barnet og familien, ses også skader opstået allerede i fosterstadiet (Thormann, 2006; Thormann & Guldborg, 1995). Såfremt det er moderen, der har alkoholproblemer, og dette finder sted under graviditeten, ses ofte medfødte og vedvarende skader hos barnet (ibid.). Disse kaldes Føtal Alkohol Syndrom (F.A.S.). Skaderne består som oftest af generel væksthæmning, i fosterstadiet såvel som efter fødslen, samt hjerneskader (skader på centralnervesystemet). Hjerneskaderne kan udmøntes i en lang række af vanskeligheder, herunder sproglige, motoriske, indlærings- og koncentrationsmæssige, samt diverse psykiske/følelsesmæssige problemer, sociale/adfærds-

mæssige problemer og decideret retardering i forskellig grad. Samtidig ses karakteristiske ansigtstræk. Udover disse skader forekommer også en øget risiko for andre organiske skader. Det drejer sig om behandlingskrævende hjertefejl, misdannelser af nyrer og mave/tarmfunktion samt ydre kønsorganer. Syns- og høreskader, læbe- og ganespalte samt forringet sutte- og synkerefleks. Og endelig forskellige misdannelser i kropsskelettet, fingre, tæer, led og negle. De nævnte skader vil kunne være til stede i forskelligt omfang og grad, afhængigt af moderens alkoholindtag (hvor meget, hvor hyppigt og hvornår i fosterets udvikling) samt fosterets genetiske og biologiske sårbarhed (ibid.).

Føtal Alkohol Syndrom er den hyppigste årsag til mental retardering, og overgår således såvel Downs Syndrom (mongolisme) som rygmarvsbrok (ibid.). Til forskel fra de to sidstnævnte kan Føtal Alkohol Syndrom i princippet forebygges fuldstændigt. Et barn født med F.A.S. vil have et stærkt forringet udgangspunkt, ligesom skaderne vil kunne virke forstærkende på de belastende faktorer barnet senere kan møde som følge af alkoholproblemerne i familien.

Psykisk funktionsniveau og psykopatologi

Generelt ses en forringelse af børnenes psykiske funktionsniveau (Velleman, 2004, 2002; Christensen, 2000; Orford & Velleman, 1990). Af en dansk undersøgelse fremgår det, at 10 % af børnene har symptomer, der er så alvorlige, at de vurderes at være behandlingskrævende i børnepsykiatrisk regi (mod 5% i en repræsentativ

population af danske børn) (Christensen, 2000). Især ser de ud til at have tendens til depression og angst, herunder lavt selvværd og selvmordstanker, samt spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd.

Adfærdsmæssige forstyrrelser

En anden følge af at vokse op i en familie med alkoholproblemer er en øget risiko for udvikling af adfærdsmæssige forstyrrelser (aggressiv adfærd, hyperaktivitet) og i værste fald antisociale træk samt forskellige former for kriminel adfærd (Christensen, 2000; West & Prinz, 1987).

Kognitiv udvikling/Skolegang

Blandt andet som følge af de forringede opvækstbetingelser kan børnenes skolegang være mere kaotisk og problematisk (Lindgaard, 2002; Herjanic & Reich, 1997; Knop et al., 1985). Således er skolegangen ofte præget af faglige og/eller sociale problemer, ligesom adskillige skoleskift oftere forekommer. Derudover ses lavere IQ og et generelt lavere akademisk standpunkt (Sher et al., 1991; Werner, 1992, 1998).

Dette kan ifølge Jacob og kolleger (1999) skyldes nedsatte neurokognitive funktioner hos barnet, dels som følge af prænatale skader (jf. ovenstående om medfødte alkoholskader), dels manglende stimulering og tilknytning især i småbarnsalder, dels en kaotisk opvækst og dels en følge af, at den kognitive kapacitet kan være bundet i følelsesmæssige og/eller praktiske opgaver i hjemmet. Alle faktorer, der forringer de biologiske såvel som miljømæssige betingelser for kognitiv udvikling. Derudover ses også omgang med afvigende kammeratgrupper i konflikt med uddannelsessystemet, og til tider også med loven (ibid.).

Andre udviklingsforstyrrelser

Udover ovennævnte ses også andre udviklingsforstyrrelser. F.eks. en forceret og alt for tidlig modningsproces (Velleman & Templeton, 2003; Velleman & Orford, 1999; Orford & Velleman, 1995).

Ligeledes kan overgangen fra barndom til voksenalder være besværlig med deraf følgende problemer, f.eks. manglende separation og individuation. Det forekommer

således ofte, at børnene bevarer en overdreven omsorgs- og ansvarsfunktion for forældrene, længe efter at børnene er blevet voksne og har stiftet egen familie (ibid.).

Sociale relationer og social støtte

Blandt andet som følge af den mangelfulde relation til den alkoholiserede forælder kan udviklingen af sociale færdigheder forstyrres. Børnene kan være mere ængstelig tilknyttet, med enten overdreven intimitet eller mangel på samme (Lindgaard, 2002; Rodney, 1995; Domenico & Windle, 1993). Ofte er oplevelsen af social støtte meget ringe, enten fordi den slet ikke er der eller fordi børnene ikke er i stand til at gøre brug af den. Børnene føler sig svigtede og overset, ligesom de ofte slet ikke har forventninger om social støtte (Lindgaard, 2002). At børnene ikke kan gøre brug af en eventuel eksisterende social støtte kan skyldes manglende sociale færdigheder og/eller manglende socialt overskud som følge af problemerne og ansvaret i familien.

Forringede mestringsstrategier

En følge af opvæksten i en kaotisk og uforudsigelig alkoholfamilie kan være en øget risiko for udvikling af forringede mestringsstrategier blandt børnene (Lindgaard, 2002; Devine & Braiteswaite, 1993; Clair & Genest, 1987). De anser oftere – og ikke uden grund – problemerne i deres familie som uforanderlige, eller som nogle de bare må acceptere. I værste fald udvikles en "tillært hjælpeløshed". Dette har betydning for, hvorledes barnet takler problemer og stress i livet som sådan. Som oftest vil børnene udvikle emotionelle og undgående mestringsstrategier, de vil have færre forskellige strategier, ligesom de ofte vil have en mere rigid tilgang til anvendelsen af disse (ibid.). Ligeledes kan børnene mangle rollemødder for konstruktiv mestring, idet forældrene måske ikke selv er i stand til at mestre livet på en hensigtsmæssig måde. Især den misbrugende part udviser med sit misbrug en særlig uhensigtsmæssig problemløsningsadfærd.

2.2.4. Påvirkning af børnene på længere sigt ind i voksenalder, langtidseffekt

En lang række af de nævnte vanskeligheder vil kunne følge barnet helt ind i voksenalderen, ligesom nogle vanskeligheder først vil vise sig på længere sigt. Børn fra familier med alkoholproblemer vil således også som voksne have en øget risiko for emotionelle, kognitive, sociale og/eller psykiatriske problemer (Lindgaard, 2005, 2002; Belliveau & Stoppard, 1995; Kashubeck, 1994; Sher et al., 1991).

Psykisk funktionsniveau og psykopatologi

Ifølge omfattende kliniske og empiriske studier har voksne børn fra alkoholfamilier (VBA) en øget risiko for en lang række psykiske vanskeligheder, herunder angst, depression, selvmords-adfærd, lavt selvværd samt spiseforstyrrelser (Lindgaard, 2005, 2002; Belliveau & Stoppard, 1995; Mintz et al., 1995; Wilson et al., 1995; Bush et al., 1995; Jones & Zalewsky, 1994, Domenico & Windle, 1993; Webb et al., 1992; Jarmas & Kazak, 1992). I den mildere ende ses en lavere oplevelse af velvære og en generelt dårligere psykosocial tilpasning. Dog ses også psykopatologi, ligesom VBA hyppigere har søgt og/eller fået psykologisk rådgivning. I en dansk undersøgelse var det hver tredje VBA, der rapporterede psykiske vanskeligheder mod bare fem ud af hundrede i kontrolgruppen (Lindgaard, 2005).

Tilsyneladende kan især fædres alkoholisme have langtidseffekt på døtres personlighedsudvikling. Således har døtre, som vokser op med en alkoholisk far, en tendens til at udvikle specifikke personlighedstræk. De udviser mere skyldfølelse, føler sig mere ansvarlige for andres adfærd og er mere "dominante" med udpræget behov for at kontrollere relationer og situationer (Jackson, 1984). Blandt de internaliserede problemer er ringe selvværd en af de absolut mest dominerende (f.eks. Carter et al., 1990; Domenico & Windle, 1993). Igen ser det ud til mest at være kvinder, der rammes af lavt selvværd og oftest kvinder med en alkoholisk far (Berkowitz & Perkins, 1988).

Lignende fund gjorde Jarmas & Kazak (1992), der fandt at unge vokset op med en alkoholisk forælder i højere grad udviste skyldfølelse og lavt selvværd, ligesom de havde et mere aggressivt forsvar end unge fra familier uden alkoholproblemer.

Udover lavt selvværd ses også en generelt lavere selvoplevelse forstået som en forringet evne til at mærke sig selv, herunder en manglende evne til at udvikle en selv-

stændig identitet med de deraf følgende følelser af usikkerhed og angst (f.eks. Black et al., 1986).

Af dette følger, at VBA i højere grad forsøger at tilfredsstille andre og opfylde deres behov frem for at tage vare på sig selv og egne behov. I det hele taget ses en tendens til i ringere grad at kunne udtrykke egne følelser og behov, ligesom det kan være svært at bede om det, som er ønsket eller behøvet.

Ikke sjældent ses en depressiv symptomatologi blandt VBA. Ifølge Black et al. (1986) var det næsten halvdelen af VBA, der rapporterede depression mod kun godt en fjerdedel i kontrolgruppen. Ofte er det døtrene, der rammes af depression, medens sønnerne i højere grad udvikler alkoholproblemer. Desuden ses en udpræget tendens til selvmordsadfærd (tanker om selvmord, trusler om selvmord, forsøg på selvmord) blandt VBA (Lindgaard, 2005).

Derudover kan iagttages et højere niveau af angst blandt VBA (f.eks. Webb et al., 1992), ligesom VBA specifikt er mere socialt angste end voksne børn fra familier uden alkoholproblemer (Williams & Corrigan, 1992).

Kontrol, især i form af "rigid overkontrol", men også i et vist omfang "impulsiv underkontrol", er ligeledes et hyppigere træk ved VBA end hos andre voksne uden en alkoholisk opvækstfamilie. Det gælder såvel intrapsykisk (selvkontrol) som interpersonelt (relationskontrol), (f.eks. Fisher et al., 1992; Shapiro et al., 1994).

Endvidere ses hyppigere personlighedstræk som "tvangsadfærd", "paranoia", "affektive forstyrrelser", "passive-aggressive træk", "borderline forstyrrelser", "antisociale træk". Desuden beskrives VBA med et højere aktivitetsniveau og impulsivitet (Wilson et al., 1995).

At være VBA bliver også defineret som "post-traumatisk stress disorder" (PTSD). PTSD betragtes således som en brugbar model til at forstå mange af de karakteristika, som man finder blandt VBA, herunder tvangsmæssig genoplevelse af barndomstraumer, udvikling af psykisk følelseløshed og hypervagtsomhed som forsvarsmekanismer overfor barndomstraumer. Desuden opleves af "overlevelsesskyld", hvis det lykkes dem at separere sig succesfuldt fra deres opvækstfamilie (ofte manifesteret som kronisk depression). Udvikling af PTSD ses som en følge af traumatiske livsbegivenheder, herunder oplevelser af svigt, fysiske, psykiske og seksuelle overgreb samt forældres selvmordsadfærd.

Alkohol- og stofmisbrug

Vi ved også, at der er en stor risiko for, at børn af misbrugere selv udvikler alkoholproblemer og/eller andet misbrug (f.eks. Lindgaard, 2005, 2002; Lieberman, 2000; Finn et al., 1997; Rodney, 1995; Wilson et al., 1995). Op til ti gange så høj er risikoen i forhold til børn, som er vokset op i familier uden alkoholproblemer (Lieberman, 2000). Desuden ser det ud til, at når de udvikler misbrug, er dette af voldsommere karakter (Nielsen et al., 2000; Svanum & McAdoo, 1991; Worobec et al., 1990), indtræder tidligere (Velleman & Orford, 1999; Worobec et al., 1990), og oftere er ledsaget af andet misbrug og flere fysiske og psykiske problemer end blandt alkoholmisbrugere, der ikke er vokset op i en familie med alkoholproblemer (Nielsen et al., 2000; Jacob et al., 1999). Af en dansk undersøgelse (Nielsen et al., 2000) fremgik det således, at 40% af alkoholmisbrugere i ambulans behandling i Fyns Amt selv var vokset op i en familie med misbrugsproblemer. Især ser det ud til at sønner af alkoholmisbrugere er i højere risiko for udvikling af eget misbrug (Lindgaard, 2005, 2002; Parker & Harford, 1988). Derudover ses en øget tendens (især blandt kvinder) til at involvere sig i kærlighedsforhold til misbrugere (Lindgaard, 2005, 2002), ligesom de voksne børn i øvrigt kan blive dybt og smertefuldt involveret med personer og sager, som belaster deres fysiske og/eller psykiske velbefindende. Endelig ses en øget tendens blandt VBA til at anvende alkohol som en "problemløsnings-strategi" (Domenico & Windle, 1993).

Spiseforstyrrelser

Nært beslægtet med alkoholmisbrug er mad-misbrug eller spiseforstyrrelser såsom "anoreksi", "bulimi" og "tvangsoverspisning". Dette ses ligeledes hyppigere blandt VBA (f.eks. Lindgaard, 2005; Mintz et al., 1995; Wilson et al., 1995). I det hele taget ses en forringet evne til at identificere følelser og fornemmelser af sult eller mæthed samt en øget tendens til at anvende spisning, som en "problemløsnings-strategi".

Mestring

Ofte ses forringede mestringsstrategier eller problemløsnings-teknikker blandt VBA (f.eks. Lindgaard, 2005, Chassin et al., 1997). Meget anvendt er "følelsesfokuseret mestring" eller "undgående mestring". I modsætning hertil ses den mere konstruktive "problemfokuserede mestring", hvor det aktuelle problem søges løst eller ændret. Ved "undgående mestring" søges problemet eller den problematiske situation undgået eller fortrængt, medens den følelsesfokuserede mestring søger at ændre egen følelsesmæssig reaktion på et givet problem. Som

barn af en alkoholiseret forælder vil denne mestringsstrategi som oftest være den eneste mulige, og dermed en sund reaktion. Vanskelighederne forbundet med at være barn i en alkoholfamilie vil som oftest være uden for barnets rækkevidde, dels pga. barnets manglende kompetencer, dels pga. benægtelsen i familien. Som voksen er denne mestringsstrategi imidlertid en meget upassende strategi og udtryk for en form for hjælpeløshed og følelse af afmagt, det voksne barn vil ikke kunne være "aktør i eget liv". Samtidig vil den følelsesfokuserede og undgående mestring som oftest være den form for mestring, de voksne i alkoholfamilien benytter, ikke mindst misbruger. Derved vil barnet ikke have rollemødder for en konstruktiv mestringsform.

Social funktion/Relationer

Derudover ses en øget risiko for forstyrrelser i det relationelle system. De voksne børn kan have vanskeligheder med separation fra deres opvækstfamilie, både i forhold til at slippe ansvaret for forældrene/den alkoholiske forælder, men også i forhold til at selvstændiggøre sig og finde sin egen identitet (Crespi & Rueckert, 2006; Velleman & Templeton, 2003). Ikke blot kan de være forvirrede om egen identitet, men også usikre og måske helt fremmede i forhold til egne følelser, behov og grænser (Crespi & Rueckert, 2006; Rearden & Markwell, 1989; Black et al., 1986). På den baggrund er det måske ikke så sært, at de kan have svært ved at have stabile forpligtelser i forhold til arbejde og i nære relationer. De kan have problemer med intimitet, tillid og afhængighed i nære relationer, samt have et overdrevent og til tider umuligt behov for kontrol og forudsigelighed. De oplever i højere grad ubehag ved følelsesmæssige relationer til andre, har sværere ved at have tillid og give sig hen til et andet menneske, ligesom de er bange for at blive svigtet og forladt (Crespi & Rueckert, 2006; Lindgaard, 2005, 2002). Heraf følger flere skilsmisser/brudte parforhold, samt ringere kvalitet i par-, forældre- og familieforhold (Lindgaard, 2005, 2002; Rodney, 1995; Domenico & Windle, 1993; Kerr & Hill, 1992). Ifølge Chase og kolleger (1998) kan der blandt VBA ses en øget tendens til "parentification". Det vil sige, at individet relaterer sig til sin partner, som var det dennes forælder. Denne højst uhensigtsmæssige adfærd skyldes, at de altid har været vant til rollen som den ansvarlige, som den der skulle være forælder for både mindre søskende og den misbrugende forælder. I forhold til børn ses en større bekymring omkring forælderrollen, mere magtesløshed i forhold til egne børn, samt et lavere niveau af individuation i forældre-barn forholdet.

Samtidig kan en manglende kontakt og erfaring med verden uden for opvækstfamilien (som en følge af isolation) have medført et forvrænget og måske urealistisk billede af, hvad en "normal" familie er. Dette kan ligeledes give de voksne børn problemer, når de selv skal stifte familie, hvor urealistiske forventninger og manglende rollemodeller kan gøre det vanskeligt at få skabt et tilfredsstillende familieliv (ibid.).

Vi ved også, at der er en stor risiko for at børn af misbrugere selv udvikler alkoholproblemer og/eller andet misbrug (f.eks. Lindgaard, 2005, 2002; Lieberman, 2000; Finn et al., 1997; Rodney, 1995; Wilson et al., 1995). Op til ti gange så høj er risikoen i forhold til børn, som er vokset op i familier uden alkoholproblemer (Lieberman, 2000). Desuden ser det ud til, at når de udvikler misbrug, er dette af voldsommere karakter (Nielsen et al., 2000; Svanum & McAdoo, 1991; Worobec et al., 1990), indtræder tidligere (Velleman & Orford, 1999; Worobec et al., 1990), og oftere ledsaget af andet misbrug og flere fysiske og psykiske problemer end blandt alkoholmisbrugere, der ikke er vokset op i en familie med alkoholproblemer (Nielsen et al., 2000; Jacob et al., 1999). Af en dansk undersøgelse (Nielsen et al., 2000) fremgik det således, at 40% af alkoholmisbrugere i ambulantly behandling i Fyns Amt selv var vokset op i en familie med alkoholproblemer. Især ser det ud til at sønner af alkoholmisbrugere er i højere risiko for udvikling af eget misbrug (Lindgaard, 2005, 2002; Parker & Harford, 1988). Derudover ses en øget tendens (især blandt kvinder) til at involvere sig i kærlighedsforhold til misbrugere (Lindgaard, 2005, 2002), ligesom de voksne børn i øvrigt kan blive dybt og smertefuldt involveret med personer og sager, som belaster deres fysiske og/eller psykiske velbefindende.

Fysisk helbred

Også ringere fysisk helbred ser ud til at kunne være en konsekvens af en opvækst i en familie med alkoholproblemer (Lindgaard, 2005, 2002; Sarason, 1980). Dette kan imidlertid ses som en konsekvens de mange belastende faktorer i VBA'ernes liv, såsom øget fysisk vold, omsorgssvigt, selvmordsadfærd og eget misbrug.

Uddannelse og kognitiv funktion

Endelig kan de voksne børn have svært ved at begå sig på arbejdsmarkedet, dels som følge af den måske forstyrrede skolegang og det dermed ringere uddannelsesniveau, dels på grund af de manglende sociale færdigheder, og dels på grund af de mange andre ovenfor

nævnte problemer, som de voksne børn ofte må slås med (Sher et al., 1991).

En dansk undersøgelse viste, udover mange af de ovenfor nævnte forhold, også i hvor høj voksne børn fra alkoholfamilier belastes sammenlignet med en kontrolgruppe, der bl.a. bestod af voksne børn fra familier med psykisk sygdom (Lindgaard, 2005, 2002). Se mere herom i appendiks.

Heterogenitet – indikationer på modstandsdygtighed

Det skal samtidig påpeges, at der er stigende dokumentation for, at ikke alle børn fra alkoholfamilier påvirkes i samme grad og på samme områder, hverken som børn eller voksne (Werner & Johnson, 2004; Lindgaard, 2005, 2002; Tunnard, 2002; Cleaver et al., 1999; Velleman & Orford, 1999; Werner & Smith, 1998, 1992; Mintz et al., 1995; Rotunda et al., 1995; Tweed & Rhyff, 1991; West & Prinz, 1987).

Op imod halvdelen af børnene udvikler således ikke, eller kun i ringe omfang, de ovenfor nævnte problemer og er tilsyneladende det, man kan kalde "modstandsdygtige". Det vil sige, at de på trods af en opvækst i en familie med alkoholproblemer tilsyneladende ikke, eller kun i begrænset omfang, udvikler problemadfærd. Det betyder ikke nødvendigvis, at børnene ikke er mærket af opvæksten, men at de på forskellig vis har formået at "overleve". Børns udvikling er altså diskontinuerlig. Det er dermed muligt at bryde den onde cirkel og den destruktive udvikling. Et faktum der har stor betydning i vores forståelse af forebyggelse og intervention.

Af ovenstående følger, at der må findes forskellige medierende og modererende faktorer og processer⁴, der kan forklare udvikling af henholdsvis problemadfærd og modstandsdygtighed. Disse faktorer er af stor værdi, både i forhold til behandling af børnenes problemer i barndommen såvel som voksenalderen, men også i forhold til forebyggelse af problemernes opståen og udvikling på længere sigt. Når vi ved, hvad der fremmer modstandsdygtighed, kan disse faktorer således indarbejdes i forebyggelses- og behandlingsindsatser (se mere afsnit 4.4.)

⁴ Medierende og modererende faktorer er risiko- og beskyttelsesfaktorer, der forklarer udvikling af henholdsvis problemadfærd og modstandsdygtighed. En mediator er en variabel, der forklarer sammenhængen mellem alkoholisme hos forældre og problemer hos børnene (f.eks. høj konfliktniveau). En moderator påvirker retningen og/eller styrken af sammenhængen

Opsummering

At vokse op i en familie med alkoholproblemer kan potentielt have en lang række negative psykiske, sociale, kognitive og/eller fysiske konsekvenser for børnene.

Børnenes psykiske funktionsniveau er generelt forringet, ligesom de har en øget risiko for udvikling af psykopatologi. Børnene har ligeledes øget risiko for udvikling af adfærdsmæssige forstyrrelser, kognitive vanskeligheder samt en generelt forstyrret skolegang. Den sociale støtte og omsorg samt sociale relationer i det hele taget kan være helt fraværende eller af meget ringe kvalitet. Derudover ses en øget risiko for udvikling af forringede mestringsstrategier blandt børnene.

Også på længere sigt ind i børnenes voksenliv ses en øget risiko for udvikling af problemer indenfor det psykiske, sociale, kognitive og fysiske felt. Blandt disse er

angst og depression, suicidal adfærd, spiseforstyrrelser og et generelt lavt selvværd. Derudover forstyrrelser i de sociale relationer, især i forhold til par- og familieforhold samt i forhold til egen forælderrolle. Endvidere ses et generelt lavere akademisk standpunkt blandt voksne børn fra alkoholfamilier. Endelig er der forøget risiko for udvikling af egne misbrugsproblemer blandt de voksne børn. Et misbrug, der desuden ofte indtræder tidligere, er tungere og ledsaget af flere fysiske og psykiske problemer.

Samtidig er der dog tale om en heterogen gruppe med forskellige symptomer, og i forskelligt omfang. Således vil cirka halvdelen af børnene ikke udvikle vanskeligheder af alvorlig karakter. Det betyder, at der findes en række beskyttelses- og risikofaktorer, der kan forklare udvikling af henholdsvis problemadfærd og modstandsdygtighed.

2.3. Psykologisk teori til forklaring og forståelse af de voksne børns problemfelt

Teoretisk kan ovennævnte problemer forklares og forstås udfra Selv-, Objektrelations- og Tilknytningsteori. Ikke mindst i forhold til at kaste lys på det, der er et af TUBA's vigtigste formål; at hjælpe unge mennesker i deres søgen efter identitet, individuation og selvstændighed. Det følgende afsnit vil kun være et kort resumé af teorien på området. For en dybere tilgang henvises til Lindgaard (2002).

Udviklingen af en sund og sammenhængende identitet forudsætter et emotionelt responderende og empatisk psykologisk miljø, hvilket igen fordrer, at mindst én af forældrene, eller en alternativ voksen omsorgsperson, kan være tilgængelig som empatisk spejlende, idealiserbart objekt for barnets selv. Desværre ser vi ofte, at ikke blot den misbrugende forælder, men også den ædru forælder, fanges ind af alkoholmisbruget og de medfølgende problemer, i en sådan grad, at der kan være begrænset overskud og plads til barnets udvikling. Barnets egenskaber, følelsesmæssige tilstande og oplevelser skal spejles så fuldstændigt som muligt, sådan at barnets selv anerkendes og accepteres. Sker dette ikke vil de dele af barnets selv, der er uacceptable for forældrene, blive fortrængt og i værste fald vil barnet udvikle et "falsk selv". Det skal pointeres, at intet barn vil kunne anerkendes og spejles fuldstændigt, men at der for alle børn i forskellig grad vil være tale om "uopdagede" dele af selvet. En del af en sund udvikling er også, at barnet i

tilpas grad og på barnets præmisser "frustreres" og langsomt opdager begrænsninger i verden udenfor det selv.

Forældre der derimod ikke i tilstrækkelig grad formår at imødekomme barnets følelser og behov, men i stedet pålægger barnet at respondere på forældrenes egne følelser og behov, vil påvirke barnets naturlige selvudvikling. Barnet vil som et forsvar "gemme" det "sande selv", "the person who is me, who is only me" (Winnicott, 1975), i dybere lag af psyken og i stedet på overfladen skabe et "falsk selv". "Det sande selv" fortrænges, for således gemt kan det beskyttes mod forældrenes adfærd. "Det falske selv" opstår for at kunne fortsætte bevidste handlinger med den ydre verden, dvs. beholde det, forældrene definerer som kærlighed og for at give det sande selv den beskyttelse, det med rette føler, det har brug for. På længere sigt kan dette imidlertid blive en "selvopfyldende profeti", idet de dele af selvet, der bliver gemt væk, dermed mister muligheden for at blive mødt, også på længere sigt.

I VBA-litteraturen ses ofte billeder på "det falske selv" defineret ved roller som "helten", "syndebukken", "det tabte barn" og "maskotten". Helten ("det overansvarlige barn") har en overudviklet sans for ansvar, perfektionisme og præstation. Det forsøger herved at tilføre familien en positiv værdi og flytte familiens og andres fokus fra alkoholproblemerne. Præstationen er imidlertid hul, rettet mod at skabe værdi for familien og ikke for individet selv.

Konsekvensen vil ofte være at det voksne barn bliver selvkritisk, får lavt selvværd, føler sig såret, ensomt og utilstrækkeligt og i længden brænder ud. Syndebukken ("det udad-reagerende barn") søger som i ovenstående at trække opmærksomheden væk fra dysfunktionen i familien, om end på en mere negativ måde. I værste fald ses misbrug af forskellig art og/eller kriminel adfærd, samtidig med at det voksne barn har skyldfølelse og føler sig som en fiasko. Det tabte barn ("tilpasseren") trækker sig fra familien både følelsesmæssigt og fysisk, og forsøger ikke at give familien yderligere byrder og problemer ved ikke at forlange noget af den. Det voksne barn kan virke indesluttet, fjernt og uafhængigt, men værner i virkeligheden om et sårbart indre følelsesliv, ofte med stor ensomhed til følge. Maskotten ("trøsteren") leverer sjov og latter for derved at henlede familiens opmærksomhed på noget andet end alkoholproblemerne. Men igen er dette blot på overfladen, idet det voksne barns indre er alt andet end sjovt.

Umiddelbart tjener rollerne, som billeder på det falske selv, til at minimere stressoplevelser. Men på længere sigt medvirker de til at opretholde familiens dysfunktion, ligesom det voksne barn risikerer at blive fastlåst i rollen og i det falske selv.

Heraf følger en fragmenteret eller forvirret identitetsudvikling. Uden adgang til det sande selv, vil det voksne barn have svært ved at mærke og udtrykke egne følelser og behov, og vil dermed også være mere sårbar overfor misbrugende og grænseoverskridende adfærd. Samtidig vil det falske selv i sagens natur vedblive at være ustabil og aldrig føles helt rigtigt for det voksne barn. Angst, depression og følelser af tomhed, meningsløshed og fremmedgørelse kan ses som det sande selv's gøren opmærksom på sin eksistens. Brug af alkohol og andre rusmidler samt anden kompulsiv adfærd ses ofte som forsøg på at fortrænge disse følelser.

Et sundt selv kan "stå selv". Det kan indgå i autentiske, stabile, nære relationer til andre samtidig med, at det kan tolerere forskelle og adskilthed fra andre mennesker. Det usunde, ustabile, udifferentierede selv kan ikke stå selv og kan som sådan bibeholde en vedholdende, intens følelsesmæssig tilknytning til opvækstfamilien og dens behov på bekostning af egen individualitet. Det sunde selv er karakteriseret ved en følelse af ensartethed og kontinuitet i intrapsyke og interpsyke processer, medens det skadede selv er fragmenteret, ustabil, afhængig af ros og bekræftelse fra andre.

Forældrene skal kunne fungere både som "selv-objekter" og som "selv-regulerende andre". Dvs. som stedfortræ-

dere for de selvregulerende funktioner barnet endnu ikke har udviklet, men som det på længere sigt skal udvikle, bl.a. med forældrene som rollemodeller. Den tidligere forældre-barn relation "mønstre" således også barnets forventninger til, ikke blot hvordan selv, men også hvordan andre opleves. Positiv interaktion med forældre påvirker barnets indre repræsentationer af selvet som værdifuldt og af andre mennesker som lydhøre og omsorgsfulde. Som udgangspunkt vil ethvert barn fra fødslen være udstyret med en fundamental tillid til, at der vil blive taget vare på det og at verden er et trygt sted at være. Der kan imidlertid ske brud på denne "tillidskontrakt", der på ingen måde er bindende for omsorgspersonen. Ifølge tilknytningsteorien vil sådanne tidlige tilknytningsskader kunne påvirke ikke blot barnet, men også det voksne barns relationer. Således har man fundet, at de egenskaber, der er nødvendige for at udvikle tilknytning hos børn, er de samme egenskaber, der kræves for at udvikle et vellykket parforhold mellem voksne. Får barnet ikke den basale omsorg, det har brug for, vil det få en oplevelse af verden som et grumt sted at være, en oplevelse af, at det ikke nytter noget at bede om noget, det får alligevel ingenting og en oplevelse af ikke at være værdifuld.

De mangler i selvet som de voksne børn i forskellige sværhedsgrader kan få med sig, opererer ofte også på en cirkulær måde. Således kan man se u hensigtsmæssig loyalitet blandt VBA, idet de kan have svært ved separation fra deres opvækstfamilie. Selvom de måske blev og stadig bliver behandlet dårligt, og selvom de faktisk er voksne og skal leve deres eget liv. Ustabil selvværd skaber en uvillighed blandt de voksne børn til at gå ind i nye aktiviteter eller relationer, som ellers kunne forstærke selvet og følelsen af selvværd. Den oplevede fiasko med at skabe nye, mere sunde tilknytninger vanskeliggør yderligere de voksne børns anstrengelser for at frigøre sig fra de utilfredsstillende, smertefulde relationer med familiemedlemmer og/eller andre. Når de voksne børn ikke er i stand til at frigøre sig fra deres destruktive familierelationer, vil dette yderligere beskadige deres selvværd. Denne uforløste udsættelse for destruktive relationer kan forværre deres håbløshed til at gælde hele omverdenen. En håbløshed, der forstærker behovet for at undertrykke det sande selv og fremmer ustabile relationer og psykisk isolation, hvilket igen fører til problemer med selvværd.

Ser vi nu på de tidligere nævnte specifikke forhold i en alkoholfamilie, vil barnets vanskeligheder i voksenalderen

kunne ses som en direkte forlængelse af vanskelighederne i barndommens opvækstfamilie.

I familier med alkoholproblemer ser vi ofte benægtelse af såvel misbruget som følelser i familien som sådan. Følgerne heraf kan være en manglende tillid til rigtigheden og værdien af egne perceptioner samt mistro til egen vurderingsevne. Disse mangler vil kunne drages med ind i voksenlivet. Således også evnen til at føle og tolke følelser, egne såvel som andres og dermed evnen til empati og indføling med andre mennesker. Benægtelsen som en form for "selvbedrag" vil kunne optræde også i voksenalderen, hvilket vil kunne begrænse og fordreje selv-udforskningen og den psykologiske udvikling. Ligeledes kan benægtelsen af virkeligheden blive et træk i den generelle bearbejdelse af problemer, således at der i højere grad anvendes undgåelsesmestring og ustabile forsvarsmekanismer i pressede situationer.

Benægtelsen kan også betyde en skæv eller begrænset "spejling", der medfører en ligeledes skæv eller begrænset selvopfattelse, med deraf følgende udvikling af et "falsk selv" ledsaget af oplevelser som fremmedgørelse, depression og angst. Det siger sig selv, at relationer med udgangspunkt i "det falske selv", herunder parforhold og etablering af egen familie, vil være vanskelige og utilfredsstillende.

Et andet træk ved familien med alkoholproblemer er den ringe eller manglende samhørighed med deraf følgende isolation, såvel internt i familien som udadtil. Det vil sige, der kan være en begrænset tilgængelighed og anvendelse af interpersonelle ressourcer, altså relationer med andre mennesker. Dette kan tages med ind i voksenlivet, sådan at det voksne barn heller ikke bliver i stand til at gøre brug af interpersonelle ressourcer i voksenalderen. Trækket kan endvidere brede sig sådan, at det voksne barn i det hele taget vil være karakteriseret ved manglende sociale evner.

Den manglende kontakt og erfaring med virkeligheden uden for familien kan medføre et forvrænget og måske urealistisk billede af, hvad en "normal" familie er, hvilket kan give dem problemer den dag, de selv skal stifte familie, hvor for store forventninger og manglende rollemodeller kan gøre det vanskeligt at få skabt et tilfredsstillende familieliv.

Det forstyrrede eller manglende lederskab i familien, hvor barnet i nogle tilfælde har været ansvarlig for hele eller dele af familiens funktion, kan ligeledes give barnet skader ind i voksenlivet. Det voksne barn kan have svært ved at frigøre sig fra ansvaret for opvækstfamilien og kan investere så meget psykisk energi og tid, at der ikke vil

være overskud og plads til etablering af egne voksne relationer, herunder egen familie. Den manglende separation fra forældrene kan endvidere have konsekvenser for det voksne barns helt grundlæggende udvikling af identitet, selvstændighed og integritet.

På baggrund af oplevelser af uforudsigelighed og et højt konfliktniveau i barndommen kan barnet udvikle uhenigtsmæssige kognitive skemaer (tankemønstre), der tages med ind i voksenalderen, som en generel oplevelse af "hjælpeløshed". Det voksne barn oplever ikke at have indflydelse på hændelser i eget liv. I stedet for en løsningsfokuseret konfrontation af problemer vil disse blive søgt undgået eller benægtet. Ligeledes kan ses en konstant og automatisk forventning af katastrofer, især når noget godt er hændt.

Det modsatte ses også, idet det voksne barn har påtaget sig skylden for problemerne i opvækstfamilien. Barnet har i et forsøg på at opnå en oplevelse af kontrol, internaliseret (overført) de skræmmende og destruktive sider af forældrene til sig selv. Derved kan forældrene opleves som "gode", medens det er barnet, der er den "onde". Dette er en forsvarsmekanisme, der oprindeligt gav barnet en følelse af tryghed og indflydelse på eget liv, men som samtidig giver åbenlyse problemer på længere sigt. Ikke sjældent breder denne skyldfølelse sig til en generel følelse af skyld og ansvar for andres smerte – også når dette ikke er tilfældet. Denne adfærd bidrager yderligere til en beskadigelse af selvet i retning af skyldfølelse, selvkritik og selvhad.

Uforudsigelighed, manglende kontroladfærd hos den misbrugende part og overudviklet kontroladfærd hos den ikke-misbrugende forælder, kan ligeledes få betydning for det voksne barns kontroladfærd. Med redskaber som "ledelse", "manipulation", "benægtelse" eller "tvang", er bevarelsen af kontrol således en altafgørende faktor for mange voksne børn. Tilsvarende fremkalder oplevelser af tab af kontrol eksistentiel angst og mindreværd. Når omstændighederne er truende, vil det voksne barn karakteristisk forsvare sig selv psykologisk med en meget stærk viljestyrke, og den slående styrke, hvormed dette sker, repræsenterer en vigtig arv fra oplevelserne i en alkoholfamilie. Denne kontroladfærd skal altså ses som en accept mere end afvisning af opvækstfamiliens værdisystem. Kontroladfærden imiteres dels af den drikkende forælder (underkontrol) og dels af den ædru forælder (overkontrol).

Den reelle frygt for at miste den misbrugende forælder vil ligeledes kunne fylde uhenigtsmæssigt meget i det voksne barns liv. Dette kan betyde psykologiske stress-tilstande af angst, depression og afmagt. Oplevelsen af

sig selv som skyldig og ansvarlig samt angsten for at miste, kan også forklare den manglende separation fra forælderen.

En opvækst i en familie med alkoholproblemer kan altså, afhængig af i hvilken grad og på hvilken måde alkohol har invaderet forældrenes og familiens funktion, have konsekvenser for børnenes udvikling af identitet og selv. Dette bliver især tydeligt i det øjeblik, hvor barnet eller det unge menneske for alvor har brug for det; når barnet skal selvstændiggøre sig og frigøre sig fra opvækstfamilien i ungdomsårene. Uden en oplevelse af sig selv, af identitet, af det særlige, der er mig, har det unge menneske ikke noget at "stå selv med". Uden at kunne mærke og udtrykke sig selv, egne følelser og behov er der

ingen retning eller pejlesnor i livet. Dertil kommer den manglende evne til at knytte nære bånd med andre mennesker og dermed skabe nye relationer, herunder også lavt selvværd og skamfølelse. Og endelig er der den reelle frygt for, hvordan det skal gå i opvækstfamilien, det gælder den misbrugende forælder såvel som en evt. ikke-misbrugende forælder og søskende.

Som det imidlertid også er antydnet, vil det sande selv ikke være forsvundet, blot gemt og måske umiddelbart glemt. Men gennem et terapeutisk arbejde kan der skabes kontakt til denne del af den psykiske struktur. Sådan at det voksne barn får noget at "stå selv med", får kontakt indad til egne følelser og behov, såvel som udad til nye, sunde relationer, samt retning i livet.

3. Hvorfor skal vi arbejde med misbrugers familie og børn



3.1. Familiens behandlingsbehov, forebyggelse og social arv

Som nævnt ovenfor ved vi, at en misbrugers nære relationer påvirkes af og ofte også lider under tilstedeværelsen af alkoholproblemerne. Generelt gælder det, at familiedlemmerne kan være mindst lige så fysisk og psykisk belastede af misbruget som misbrugeren selv, ligesom de kan have ligeså meget brug for hjælp. Det gælder ikke mindst børnene, der i værste fald risikerer at få problemer resten af livet. Det betyder altså, at misbrugers familie og børn kan have et selvstændigt behandlingsbehov.

Man kan spørge sig selv, hvor misbrugers familie så ikke får hjælp på lige fod med misbruger. Måske skyldes det, at man fejlagtigt antager, at familiens situation er ligefrem proportional med misbrugers og derfor automatisk bedres når misbruger behandles.

Her er det vigtigt at være opmærksom på, at de vanskeligheder familiemedlemmerne måtte have, ikke nødvendigvis "går over", fordi den misbrugende part får hjælp og måske stopper med at drikke. Dels kan der være tale om så alvorlige skader, at de ikke bare forsvinder af sig selv, det gælder familiens interaktion såvel som specifikke skader på børnene. Dels kan der være tale om så alvorlige og omfattende problemer i familien, at misbruget blot er ét blandt mange problemer og måske snarere er et symptom på noget dybere. Og dels er det et fak-

tum, at ikke alle misbrugere behandles (= "kureres") efter blot ét (eller for den sags skyld flere) behandlingsforløb, men kan tage op til flere kortere eller længerevarende tilbagefald.

Derudover kan der være tilfælde, hvor misbrugeren ikke erkender sit misbrug eller ikke ønsker behandling/ændring af tilstanden. Her lades familien og især børnene i alvorlig grad i stikken, såfremt de ikke kan tilbydes hjælp uafhængigt af misbruger. Endvidere kan børnene have problemer af en sådan grad eller karakter, at dette ikke "repareres" alene som følge af drikkeophør, men kræver en mere omfattende og direkte indsats over for børnene.

Især i forhold til børnene kan et forebyggende element være særligt vigtigt og relevant. Som tidligere nævnt er det børnenes helt grundlæggende udvikling, der er i fare for at fejle, hvilket kan have konsekvenser helt ind i børnenes voksenliv. Samtidig så vi, at børnenes udvikling er diskontinuerlig og at negativ udvikling derfor kan brydes. Ved at arbejde familieorienteret har man mulighed for en tidligere, og mere målrettet indsats i forhold til børnenes situation, hvorved børnenes problemudvikling i større eller mindre grad kan forebygges. Et af problemerne i forhold til børnene er at de i vid udstrækning ikke opdages, de negligeres eller de symptombehandles. Ved at inddrage børnene i misbrugsbehandlingen vil vi i højere grad kunne få øje på dem, og kunne handle målrettet,

årsagsbestemt og forebyggende på børnenes vanskeligheder.

I den forbindelse er det vigtigt også at bemærke, at børnene kan have varige, behandlingskrævende skader som følge af forældrenes misbrug helt ind i voksenalder. Samt at nogle af børnenes vanskeligheder først vil blive tydelige

og behandlingskrævende ved indgangen til eller i voksenalderen.

Det er altså ikke gjort med at tilbyde hjælp til misbruger. Familien og ikke mindst børnene bør ligeledes inddrages og/eller tilbydes hjælp uafhængigt af misbruger.

3.2. Optimering af alkoholbehandlingen

Der er imidlertid også en anden grund til at en familieorienteret indsats kan være en god idé. For faktisk påvirkes misbruger også af familien og de nære relationer. Således er det dokumenteret, at familierelationens kvalitet kan påvirke alkoholmisbruget (Roberts & McCrady, 2003) og at velfungerende parforhold associeres med øget afholdenhed (Maisto, McKay & O'Farrell, 1998; O'Farrell, Hooley et al., 1998). Dertil kommer, at positive par- og familieforhold kan relateres til positive behandlingsudfald (Moos & Moos, 1984; Moos, Finney & Gamble, 1982), ligesom tilstedeværelsen af social støtte ved behandlingsstart øger chancen for, at misbrugeren forbliver i behandlingsforløbet (Dobkin et al., 2002).

Ikke overraskende ser vi derfor også indenfor evidensforskningen, at familieorienterede alkoholbehandlings-

metoder er blandt de ti mest effektive alkoholbehandlingsmetoder.

Det vil med andre ord sige, at man i nogle tilfælde kan forbedre alkoholbehandlingen ved at inddrage misbrugers pårørende og arbejde mere relationsorienteret frem for individorienteret.

I det hele taget er der undersøgelser, der viser, at man ved at arbejde med familiemedlemmer uafhængigt af misbruger, som en "bi-effekt" kan påvirke misbrugers alkoholadfærd i gunstig retning og i nogle tilfælde endda kan få misbruger til at gå i behandling (Copello et al., 2005). Også selvom det er uden misbrugers deltagelse (ibid.).

3.3. Gensidig vekselvirkning

Ser vi på psykologiske forklaringsmodeller og -teori, er det især systemteorien, der kan bidrage til en forståelse af feltet. Udfra denne teori ses familien som et socialt system, hvor enhver forandring ét sted i systemet vil påvirke resten af systemet. Et familiemedlems alkoholproblem vil således sprede sig som ringe i vandet og påvirke, ikke blot den alkoholmisbrugende part, men også resten af familiens medlemmer og familiens funktion som sådan (Lindgaard, 2002). Ligeledes vil familien kunne påvirke den misbrugende part såvel positivt som negativt.

Der er altså tale om en gensidig vekselvirkning mellem misbruger og dennes relationer, hvor alle parter vil kunne profitere af en mere relationsorienteret tilgang.

Der er derfor god grund til også at inddrage misbrugers nære relationer i forhold til behandling såvel som forebyggelse med gevinst for både den misbrugende part og de pårørende. En behandling der ligeledes bør tilbydes uafhængigt af om misbruger måtte ønske behandling.

3.4. Økonomiske betragtninger

Om det er økonomisk rentabelt at hjælpe mennesker, og ikke mindst børn, i nød burde egentlig ikke være et spørgsmål. Men det er det. Hvordan sådan et regnestykke kan se ud er imidlertid ikke helt så enkelt.

De samlede årlige alkoholrelaterede udgifter anslås at ligge på cirka 10 mia. kr. Heraf går ca. 1/3 del (ca. 3,1 mia. kr.) til sundhedsrelateret behandling, medens kun 3% går til direkte behandling af alkoholproblemerne (Nielsen et al., 2006).

Men alkoholproblemernes konsekvenser for misbruger familie, børn samt andre relationer og de økonomiske konsekvenser heraf, indgår kun i stærkt begrænset omfang. Med ovenstående in mente er det imidlertid vigtigt i økonomiske betragtninger vedrørende misbrug i familiesammenhænge at udbrede beregningsgrundlaget (Copello et al., 2005; Klostermann et al., 2005; Edwards & Steinglass, 1995). Det vil sige, at beregninger ikke alene kan tage udgangspunkt i misbrugeren, men også i høj grad i familien, først og fremmest partner og børn, men også søskende og forældre.

Desuden må man være opmærksom på, at misbrugsproblemer har konsekvenser, der rækker udover det sundhedsmæssige felt. Ofte vil der være psykologiske, sociale og økonomiske konsekvenser, som ligeledes bør inddrages i de økonomiske beregninger. Der kan f.eks. være lovovertrædelser som følge af alkoholindtag (f.eks. alkohol-involverede trafikuheld), der kan være arbejdsløshed og de sociale/økonomiske konsekvenser heraf.

Derudover kan der være udgifter forbundet med partner/ægtefælles psykiske og fysiske vanskeligheder som følge af alkohol- og alkoholrelaterede problemer i familien (f.eks. vold). Desuden kan der være øgede udgifter til varetagelsen af børnenes faglige, sociale og/eller psykologiske vanskeligheder, som de kommer til udtryk i børnehaver og skole samt udgifter forbundet med anbringelse udenfor hjemmet. F.eks. ved vi, at 44% af alle anbringelser udenfor hjemmet helt eller delvist skyldes misbrug blandt forældrene.

Og netop i forhold til børnene er problemerne og dermed udgifterne af langvarig karakter. Vi er i stigende grad blevet opmærksom på, at mange af de mennesker vi ser i det psykiatriske system er vokset op med misbrug blandt forældrene. De kommer med post-traumatisk-stress-syndrom, med angst og med depression. De

kommer hos den privat-praktiserende læge og hos privat-praktiserende psykolog med udbrændthed, diverse psykosomatiske symptomer og problemer i parforhold, forældrerolle og nære relationer. Og de kommer i misbrugsrådgivningerne med egne eller partners alkohol- og stofmisbrug.

Og faktisk ser det ud til at være en fordel at adressere mange af disse problemer til børnenes opvækst med misbrug, for derved at nå ind til kernen og årsagen til mange af de voksne børns symptomer, i stedet for langvarige, uholdbare symptombehandlinger. Ligeledes fastholder disse symptombehandlinger netop børnenes følelser af skyld, og at det er dem, der er noget galt med.

Det er således temmelig komplekst, hvis vi skal lave en eksakt beregning af de økonomiske omkostninger ved alkoholmisbrug, i hvert fald, hvis vi skal inddrage det fulde spektrum af omkostninger, der dermed også skulle indeholde skader på de pårørende som følge af misbruket.

Netop fordi regnestykket i sin helhed er så kompliceret at lave, findes der stort set ingen forskning på området og det, der findes repræsenterer blot brudstykker af det samlede regnestykke.

Et af brudstykkerne kommer fra en amerikansk undersøgelse. Denne viste, at der er flere sundhedsmæssige udgifter i forhold til misbrugers familiemedlemmer (såvel voksne som børn) end til ikke-misbrugerens familiemedlemmer. Ligeledes er misbrugers familiemedlemmer oftere diagnosticeret med en medicinsk lidelse⁵ end ikke-misbrugerens familiemedlemmer (Ray et al., 2007). Familiemedlemmer til en misbruger belaster altså vores sundhedssystem og koster mere for samfundet, end familiemedlemmer til en ikke-misbruger.

Et andet brudstykke til det samlede regnskab fremgår af en anden amerikansk undersøgelse, der viste at "adfærdsterapeutisk par-terapi", udover at behandle alkoholmisbruget, også reducerede vold i hjemmet, hospitals- og fængselsophold. Derved sparedes udgiften mere end fem gange ved at give adfærdsterapeutisk parterapi, frem for den traditionelle (og umiddelbart billigere) individuelle alkoholbehandling (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a). Det vil altså sige, at hvis vi også ser på udgifterne til sekundære følger ved alkoholmisbrug, f.eks. i forbindelse med vold i hjemmet, er det billigere at give familieorienteret alkoholbehandling. For selvom et sådant

⁵ Disse lidelser var bl.a. misbrug, depression, astma, diabetes, hovedpine, rygsmerte, opmærksomheds- og adfærdsforstyrrelser.

tilbud kan være umiddelbart dyrere, tjenes dette ind ved en reduktion i udgifter til sekundære skader.

Når vi derfor skal se på om vi som samfund har råd til at tilbyde behandling til misbrugers familie og børn, er regnestykket ikke helt så enkelt. Der er formodentlig en øget udgift for den enkelte behandlingsenhed, men set i

et større perspektiv burde det være indlysende, at pengene spares i andre af "kommunens kasser". Måske skulle vi i højere grad stille os spørgsmålet, om vi har råd til at lade være!

4. Hvilke metoder er effektive og hvilken effekt har indsatser rettet mod familien ***

På trods af at det efterhånden er erkendt og videnskabeligt dokumenteret, at alkoholproblemer påvirker ikke blot den misbrugende part, men også dennes familie, er der stadig kun forholdsvis sparsom viden og erfaring i forhold til behandling og forebyggelse på området.

Hovedparten af den eksisterende litteratur på området er koncentreret omkring misbruger og dennes behandling. Det vil sige, at viden på området i langt de fleste tilfælde angår indsatser i forhold til misbruger og effekten i forhold til denne, medens at familiemedlemmer kun i begrænset omfang indgår som målgruppe og som oftest kun sekundært.

Afhængig af behandlingens formål kan den relationsorienterede alkoholbehandling deles op i følgende overordnede områder:

Behandling, der gennem inddragelse af familie/andre relationer har til formål at motivere misbrugeren til behandlings-start/adfærdændring

Behandling, der gennem inddragelse af familie og misbruger har til formål at forbedre både misbrugsrelaterede effektmål og familiens velbefindende

Behandling, der har til formål at medføre reduktion af indvirkning og skade på familien

Første punkt handler egentlig ikke så meget om familiemedlemmernes ve og vel – og så alligevel. For disse behandlingsformer viser sig faktisk også at have positiv indflydelse på familien. Så selvom det overordnede fokus måske ikke direkte er på familiens velbefindende, så smitter det i allerhøjeste grad af på dem. Og det gør det jo også af den grund, at det er familiemedlemmerne man arbejder med.

Ofte vil de tre behandlingsområder heller ikke i virkeligheden være så skarpt adskilt, således at indsatser kan indeholde elementer fra flere af de nævnte områder.

Inddragelse af familiemedlemmer kan ske på forskellig vis og på forskellige tidspunkter, afhængig af misbruger og det enkelte familiemedlem. Det kan ske forud for en evt. alkoholbehandling (pkt. 1), under alkoholbehandlingen (pkt. 2 og 3), sammen med misbruger og/eller parallelt med misbrugers behandling (pkt. 2 og 3), under hele et evt. alkoholbehandlingsforløb eller blot i en del af dette (pkt. 2 og 3), ligesom tilbud til familien kan være uafhængigt af misbrugers behandlingsforløb (pkt. 3).

Den følgende gennemgang af evidensen på området tager primært udgangspunkt i alkoholfamilien bestående af forældre og hjemmeboende børn. Herved udelukkes evidensen på indsatser rettet mod voksne børn af alkoholmisbrugere, forældre til voksne misbrugere, søskende til voksne misbrugere og andre relationer til voksne alkoholmisbrugere. Dette skyldes at nærværende notat bygger på allerede eksisterende arbejde, herunder en evidensrapport om familieorienteret alkoholbehandling. Derudover findes der kun begrænset viden om indsatser overfor voksne børn, forældre, søskende og andre pårørende til voksne alkoholmisbrugere. Til gengæld er der forholdsvis omfattende litteratur om fordelene ved at inddrage forældre (og andre sociale relationer) i forhold til unge misbrugere. Dette vil imidlertid heller ikke fremgå af det følgende.

At behandlingsindsatserne skal være evidens-baserede betyder også, at nogle ellers lovende tiltag ikke vil blive omtalt, fordi de ikke lever op til evidenskravene.

Kun de mest veldokumenterede metoder vil blive omtalt her, idet der ellers henvises til "Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter" (Lindgaard, 2006). Samme steds kan læses mere om, hvad de enkelte metoder går ud på.

4.1. Behandling der med udgangspunkt i familien har til formål at motivere misbrugeren til at ændre alkoholadfærd og/eller at gå i behandling

Det overordnede formål er at skabe ændringer i familie-medlemmernes adfærd, således at misbruger motiveres til at begynde i misbrugsbehandling og/eller ændre drikkeadfærd (reduceret forbrug eller drikkeophør). Ligeledes indgår støtte til vedligeholdelse af opnået succes, samt træning i tilbagefaldsforebyggelse. Der arbejdes ud fra den hypotese, at misbruger kan påvirkes i ønsket retning. Derudover er alle metoder kendetegnet ved, at et eller flere familiemedlemmer starter i behandling (uden misbruger), for derigennem at påvirke misbruger. I enkelte behandlingsmetoder er indbygget hjælp til partner, såfremt behandlingen ikke lykkes (misbruger ikke ændrer adfærd).

Den mest fremtrædende behandlingsform er CRAFT ("Community Reinforcement and Family Training", Meyers & Miller, 2001; Meyers et al., 1999; Miller et al., 1999; Sisson & Azrin, 1986; Hunt & Azrin, 1973), der har som hovedformål at lære familiemedlemmet forskellige mestningsstrategier i forhold til at styrke egen situation, forholdet til den alkoholiske part samt strategier i forhold til at belønne ønskelig adfærd fra den alkoholiske part. Udover at demonstrere gode resultater, er CRAFT-metoden manualbaseret, ligesom metoden er forholdsvis kortvarende. Desuden er den afledt af CRA (Community Reinforcement Approach), der i adskillige meta-analyser af generel alkoholbehandling fremtræder blandt de bedste behandlingsmetoder (Miller et al., 2003; Finney & Monahan, 1996; Holder et al., 1991).

Desuden ses UFT ("Unilateral Family therapy", Thomas & Ager, 1993), der har udgangspunkt i den systemiske teori. Det vil sige, at man bygger på den antagelse, at ændringer ét sted i familien vil brede sig til resten af systemet, også uden at hele familien er til stede i behandlingen. Den største forskel i forhold til CRAFT er, at man i UFT anvender mere direkte metoder i sin påvirkning af misbrugeren (fx konfrontationer, anmodninger). I CRAFT er man mere afventende i forhold til, at misbruger selv indser, erkender og udtrykker ønske om ændring. Derudover ses metoder som "Pressures to change" (Barber & Crisp, 1995), ARISE ("A Relational Intervention Sequence for Engagement", Garrett et al., 1999; Garrett et al., 1998), "Yates' behandlingsmetode til pårørende" (Yates, 1988) og "The Johnson Intervention" (Johnson, 1986). Disse er dog endnu ikke

Metoderne er især anvendelige i forhold til familier til misbrugere, der endnu ikke har erkendt deres problematiske forhold til alkohol, eller behandlingsresistente misbrugere. Der arbejdes som oftest med en ægtefælle/partner til en misbruger, men også forældre og søskende kan inddrages. Tidsforløb beskrives sjældent og afhænger af behandlingsmetoden. Et review (Copollo et al., 2005) angav en behandling, der forløb over 6 måneder fordelt over 12 gange (CRAFT). Et andet review (Thomas & Corcoran, 2001) angav 5-6 sessioner for "Pressures to change", 7,2 sessioner i gennemsnit for CRAFT og 6 måneder for UFT. Behandlingen kan foregå både individuelt og i grupper samt i en kombination af disse.

Den helt store fordel ved metoder som disse er, at man har muligheder for langt tidligere at sætte ind, end med traditionel alkoholbehandling, hvor man må vente til misbruger selv erkender problemet. Som oftest er de pårørende ikke lang tid om at se alkoholproblemerne og behovet for hjælp, medens misbruger i gennemsnit kan bruge 13 år på at nå dertil. Det vil sige, at man med disse metoder kan iværksætte alkoholbehandling langt tidligere, inden misbruget har nået at udvikle sig for meget, og især inden familien og børnene har taget alvorligt skade.

Effekt af behandling

Samtlige reviews, der undersøger alkoholbehandling gennem familien (Copello et al., 2006; Copello et al., 2005; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O'Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995), finder at arbejdet med familien uafhængigt af misbruger kan føre til, at misbruger begynder i behandling. Resultaterne afliver således myten om, at familien ikke kan hjælpe misbruger. Sådan at forstå, at familiemedlemmerne indirekte hjælper misbruger, ved at ændre deres egen adfærd eller direkte hjælper ved at anvende den rette, forstærkende adfærd og derigennem motiverer misbruger til behandling. Som en sidegevinst ved behandlingen ses også forbedringer i familiemedlemmernes funktion, herunder reduktion i fysiske og psykologiske symptomer, ligesom der ses en reduktion i familiens overordnede konfliktniveau og en forbedring af familiens samhørighed (Miller et al., 1999). Værd at bemærke er det, at disse

forbedringer også kan iagttages, selvom misbruger ikke begynder i behandling (ibid.).

CRAFT behandlingen har god effekt på såvel drikkeadfærd som indtrædelse i behandling. Således viste det sig, at op imod 2/3 af misbrugerne starter i behandling (Miller, 2003). Endvidere har det vist sig, at også selvom misbruger ikke selv går i behandling, kan forbruget ned-sættes, når familiemedlemmerne modtager CRAFT-behandling (Copello et al., 2005). I modsætning til Al-Anon tiltag, hvor det kun sjældent sker, at misbruger efterfølgende går i behandling, ligesom drikkeadfærd sjældent reduceres (ibid.). Modsat CRAFT er det et centralt tema i Al-Anon, at familiemedlemmer ikke kan påvirke misbruger og i stedet skal frigøre sig og tage vare på sig selv. Desuden har CRAFT positiv effekt på parforhold (Thomas & Corcoran, 2001) samt familien (ibid.).

UFT-behandlingen viste ligeledes positiv indflydelse på drikkeadfærd (start i behandling og/eller reduktion i alkoholindtag) (Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). Derudover gav UFT behandlingen reduktion i ægtefælles vanskeligheder (Edwards & Steinglass, 1995) ligesom der var en sammenhæng med forbedringer i parforholdet (Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). Lignende fund er der i forhold til "Pressures to change", der også viste sig, at

have positiv indflydelse på drikkeadfærd, parforhold og ægtefællens psykiske funktionsniveau (Thomas & Corcoran, 2001). En meta-analyse viste en medium effekt størrelse i forhold til, at misbruger indtræder i behandling som følge af ensidig parterapi (UFT) (Edwards & Steinglass, 1995).

Der er imidlertid visse metodiske svagheder forbundet med de inkluderede studier. De fleste studier bygger på små undersøgelsesgrupper, nogle studier mangler kontrolgrupper, hvilket vanskeliggør generalisering. I forhold til belysning af effekt på familiemedlemmerne mangler en ensretning i forhold til hvad der måles på og hvordan. Ligeledes mangler der kvalitative studier til belysning af forandringsprocesser. Til gengæld er samtlige resultater forholdsvist enslydende. Desuden er undersøgelserne gentaget på forskellige familiemedlemmer, ligesom der er foretaget adskillige, strenge, kontrollerede evalueringer.

Opsummering

På trods af visse metodiske svagheder er der grundlag for at konkludere, at interventioner rettet mod familiemedlemmer kan få misbruger til at begynde i behandling og reducere alkoholforbrug. Desuden ses positiv effekt på familien, også selvom misbruger ikke starter i behandling. Især metoderne CRAFT og UFT har solid dokumenteret effekt.

Effekter af familieorienteret alkoholbehandling (uden misbruger) hvis formål er at motivere misbruger til ændring af drikkeadfærd/start i behandling:

Familieorienteret behandling af familien (uden misbruger) kan: motivere misbruger til at starte i behandling og reducere misbrugers alkoholforbrug
--

Familieorienteret behandling af familien (uden misbruger) kan: reducere familiemedlemmernes fysiske og psykiske symptomer på belastning, reducere familiens konfliktniveau og øge familiens samhørighed øge parforholdets kvalitet ovennævnte effekter opnås uafhængigt af om misbruger går i behandling
--

Der er solid dokumentation for effekten af følgende metoder: CRAFT/Community reinforcement and family training UFT/Unilateral Family Therapy
--

4.2. Behandling der har til formål at forbedre både misbrugs- og familierelaterede effektmål

Fælles for disse metoder er, at de alle har til formål at reducere alkoholforbrug og alkoholrelaterede problemer for misbruger samt forbedre familiefunktion og de enkelte familiemedlemmers funktionsniveau. Dette ud fra en antagelse om, at disse forhold hænger sammen og har indflydelse på hinanden. Målet søges opnået ved at misbruger og et eller flere familiemedlemmer modtager behandling sammen og/eller i parallelle forløb.

Den mest fremtrædende og bedst dokumenterede metode er adfærdsterapeutisk par terapi (APT, Roberts & McCrady, 2003; Epstein et al., 2002; O'Farrell & Fals-Stewart, 1999; O'Farrell et al., 1998), der optræder i forskellige udgaver. Fælles for dem alle er, at en partner/ægtefælle inddrages i fælles behandling med misbruger ud fra adfærdsterapeutiske principper. Nogle APT-modeller indeholder en adfærdsmæssig kontrakt parret imellem. Denne kontrakt kan dreje sig om misbrugers indtagelse af antabus eller misbrugers afholdenhed. Ligeledes kan tilbagefaldsforebyggelse eller en efterbehandlingsdel inkluderes.

Desuden ses "Familie systemisk terapi" (Rohrbaugh et al., 1995; Steinglass et al., 1987), der fokuserer på at ændre familiens interaktion for derigennem at eliminere misbrugets "vækstbetingelser". Endelig ses i tiltagende grad forskellige netværksterapier anvendt (Galanter, 2004, 1993a, 1993b; Copello et al., 2002), der kan involvere såvel familie som øvrigt netværk.

Metoderne er gavnlige i de tilfælde, hvor misbruger (stadig) har en familie, der er motiveret og ressourcestærk nok til behandling. Der arbejdes som oftest med en ægtefælle/partner til en misbruger, men også forældre og søskende kan inddrages, ligesom børn kan indgå i behandlingen. Behandlingen er som oftest forholdsvis kort og forløber over 10-15 uger (Thomas & Corcoran, 2001). Behandlingen kan foregå både i individuelle parforløb eller i gruppeforløb (Center For Substance Abuse Treatment, 2004; Thomas & Corcoran, 2001). Et enkelt review angiver også et fler-familie gruppeforløb (Thomas & Corcoran, 2001). Dette er imidlertid så dårligt beskrevet og med så ringe metodik, at det ikke vil indgå i den følgende gennemgang.

Effekt af behandling

Alle ovennævnte metoder har vist gode effekter i forhold til såvel alkoholadfærd som familiefunktion. Således fremstår de alle som værende bedre end eller ligeså

gode som behandling, der ikke involverer familiemedlemmer (Copello, Templeton & Velleman, 2006; Copello, Velleman & Templeton, 2005; Klostermann, Fals-Stewart, Gorman, Kennedy & Stappenbeck, 2005; O'Farrell, & Fals-Stewart, 2003a; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O'Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). Resultater fra en meta-analyse af studier som sammenligner familie-involverende behandling med individuel behandling eller venteliste viser en medium effektstørrelse i forhold til at foretrække familieinvolverende behandling frem for individuel behandling eller venteliste (O'Farrell & Fals-Stewart, 2001). En anden meta-analyse (Miller et al., 2003) viser, at familie-involverende behandling (APT) ligger blandt de ti mest effektive metoder i forhold til misbrugsrelaterede effektmål. De fleste studier viser tillige, at den familieinvolverende behandling også på længere sigt (op til to år efter endt behandling) er mere effektiv end ikke-familieinvolverende behandling i forhold til afholdenhed (Copello et al., 2006; Copello et al., 2005; Thomas & Corcoran, 2001).

Imidlertid er der i nogle studier visse metodiske svagheder: få deltagere, ingen eller kun svage kontrolgrupper og begrænsede opfølgingsrater over kortere tidsforløb. Dog fremgår det af et nyere review (Copello et al., 2006), at den metodiske kvalitet i de seneste studier er øget nævneværdigt. Således er der nyere studier med store undersøgelsesgrupper, gode opfølgingsrater og behandling leveret i rutine behandlings-setting indenfor et pragmatisk design (ibid.). Disse studier bekræfter i vid udstrækning den tidligere forskning.

Samtidig er der behandlingsmetoder, der træder frem og ikke er underlagt ovennævnte metodiske svagheder. Først og fremmest er der en stigende dokumentation for effekten af adfærdsterapeutisk par terapi (APT). Således giver APT mere afholdenhed og færre alkohol-relaterede problemer, større tilfredshed i parforholdet, færre separationer og skilsmisser end standard eller individuel behandling (Copello et al., 2005; Klostermann et al., 2005; Miller et al., 2003; O'Farrell, & Fals-Stewart, 2003a; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O'Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). I et review (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a) indgik 15 studier, der sammenlignede APT med standard eller individuel behandling. I 12 ud af de 15

studier var APT bedst. I de resterende tre studier blev APT sammenlignet med andre behandlingsmetoder. Her viste det sig, at APT var bedre end individuel behandling for nogle klienter, og at familiesystemisk terapi var bedre end APT i forhold til at få par med mere alvorligt forstyrrede kommunikationsmønstre til at engagere sig i behandlingen. De viste også, at APT med tilbagefaldsforebyggelse havde bedre effekt end standard APT (ibid.). APT har også positiv indflydelse på andre områder udover alkoholadfærd og parforhold. Således viser APT afgørende reduktion i graden af vold i hjemmet, ligesom hospitals- og fængselsophold reduceredes. Dette sparer over 5 gange udgiften ved at give APT-behandling (ibid.). Derudover er APT mere effektiv i forhold til at forbedre børnenes psykosociale funktionsniveau sammenlignet med individuel behandling (ibid.).

APT eksisterer i forskellige udgaver. Den APT-metode, der har den mest solide dokumentation for effekt, indeholder en adfærdsmæssig kontrakt, der har til formål at fremme afholdenhed og adfærd direkte associeret med afholdenhed. I et review viste denne metode positivt udfald i 11 ud af 12 studier. "Disulfiram-kontrakten" er den specifikke type af kontrakt, der har de bedste udfald. I de tilfælde, hvor disulfiram ikke er muligt foreslås metoden erstattet med CALM-metoden og dens "ædrueligheds kontrakt" (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a). Her handler det i stedet for en kontrakt vedrørende indtagelse af antabus, om en kontrakt vedrørende misbrugers intentioner i forhold til afholdenhed og specifik adfærd knyttet til afholdenhed (ibid.).

Et nyere studie af en forkortet udgave af APT (k-APT) viste, at k-APT er ligeså effektivt som standard adfærdsterapeutisk par terapi og stadig mere effektivt end individuel terapi (Fals-Stewart et al., 2005).

I ovennævnte review (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a) indgik også 7 studier vedrørende familie systemisk terapi (FST). To studier fandt bedre effekt i forhold til drikkeadfærd for FST end for individuel behandling eller venteliste, mens ét ikke gjorde. Fire studier sammenlignede FST med andre typer af familiebehandling. Her fandt tre studier, at der ikke var forskel, medens ét fandt at FST

var bedre end APT for par med alvorlige kommunikationsforstyrrelser.

Et enkelt studie med et sygdomsorienteret udgangspunkt fandt, at det ikke gjorde nogen forskel om man til APT tilføjede AA eller AI-Anon som et efterbehandlingstilbud. Om end dette muligvis kunne forklares af, at deltagerne ikke benyttede AA-tilbudet tilfredsstillende, måske fordi behandlerne ikke var AA-motiverende/uddannede (ibid.).

Af et nyere review (Copello et al., 2006) fremgik det, at "Social adfærd og netværksterapi" ("Social behavior and network therapy"/SBNT) er ligeså effektiv en behandlingsform som individuel alkoholbehandling (motivational enhancement therapy/MET) og ligeledes ligeså omkostningseffektiv.

I samme review (Copello et al., 2006) indgik en sammenligning af alkoholfokuseret partner involvering, API, og individuel behandling. Fælles for begge behandlingsmetoder var, at de fokuserede på kontrolleret drikning i stedet for afholdenhed. Undersøgelsen viste, at involvering af partner i behandlingen (API) i højere grad medførte ændret alkoholadfærd i den ønskede retning (ibid.).

Opsummering

Således er der grundlag for at konkludere, at interventioner rettet mod misbruger og dennes familie, især adfærdsterapeutisk par terapi, og især adfærdsterapeutisk par terapi med en adfærdsmæssig kontrakt og med tilbagefaldsforebyggelse, er bedre end eller lige så gode som behandling, der ikke involverer familiemedlemmer. En korttids udgave af adfærdsterapeutisk par terapi ser ud til at være lige så effektiv som standard adfærdsterapeutisk parterapi. Der er ikke umiddelbar evidens for en tilføjelse af AA eller AI-Anon til APT. Der er sparsom dokumentation for effekten af familie systemisk terapi, mens dokumentationen for effekten af "Social adfærd og netværksterapi" ser lovende ud. Også på længere sigt (op til to år efter behandling) er behandlingsmetoderne mere effektive end ikke-familieorienteret alkoholbehandling (Copello et al., 2005). Sammenfattende medfører behandlingerne drikkeophør eller reduktion i forbrug samt færre alkoholrelaterede problemer. Derudover har behandlingen positiv indflydelse på andre områder udover alkoholadfærd, herunder parforhold, vold i hjemmet samt børnenes psykosociale funktionsniveau.

Effekter af familieorienteret alkoholbehandling hvis formål er at forbedre både misbrugs- og familieorienterede effektmål:

Familieorienteret behandling med fokus på såvel misbrug som familiefunktion: er ligeså effektiv eller bedre end individuel behandling/venteliste i forhold til drikkeophør kan reducere alkoholrelaterede problemer (hospitalsophold, kriminalitet, vold)

Familieorienteret behandling med fokus på såvel alkohol som familiefunktion: kan reducere familiemedlemmers fysiske og psykiske symptomer på belastning forbedre parforholdet reducere (vold i hjemmet og verbale konflikter) forbedre familieinteraktionen (samhørighed, konflikt, omsorg)
Der er solid dokumentation for effekten af følgende metode: Adfærdsterapeutisk parterapi (APT), især med adfærdsmæssig kontrakt og tilbagefaldsforebyggelse
Der er sparsom til moderat dokumentation for effekten af følgende metoder: Korttids adfærdsterapeutisk parterapi Social Behavior and Network Therapy (SBNT) Netværksterapi Familiesystemisk terapi (især kommunikationsforstyrrede par)

4.3. Behandling der har til formål at reducere indvirkning og skade på familien

I dette afsnit gennemgås behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade på familien⁶ og som så vidt muligt tilbydes familiemedlemmer for deres egen skyld. Som tidligere nævnt er forskning på dette område yderst sparsom. Derfor er der i en vis udstrækning inddraget resultater fra undersøgelser af behandling, hvor familien ikke nødvendigvis er den primære målgruppe for behandling. Interventionerne er sparsomt beskrevet, ligesom det ofte kan være svært gennemskueligt, hvilke elementer i behandlingen, der har været specifikt rettet mod familien.

Copello og kolleger (Copello et al., 2000a, 2000b) har på baggrund af stress-strain-coping-support modellen (SSCS), udviklet en behandlingsmodel specifikt for familiemedlemmer til alkoholmisbrugere. Modellen tager udgangspunkt i den stress familien oplever som følge af alkoholproblemerne og har som primært formål at udvikle familiens mestringsstrategier og sociale støtte, således at de kan blive bedre til at håndtere alkoholproblemerne i familien. Desuden ses behandlingsmetoder med udgangspunkt i den sygdomsorienterede forståelsesmodel. For eksempel en psyko-educational tilgang udviklet af Dittrich og kolleger (Dittrich, 1993). Formålet med denne metode er at identificere og ændre uhensigtsmæssig adfærd blandt familiemedlemmerne, sådan som det defineres indenfor sygdomstanken samt reducere angst og depression og øge selv-værd. Ligeledes byggende på sygdomstanken ses selvhjælpsgrupper i AA-regi, "Al-anon" og "Families Anonymous".

Derudover er der eksempler på mindre behandlingstiltag, såsom "Coping skills training", "Stress-håndtering", "Støttende rådgivning", "Alkoholfokuseret par terapi", "Samtidig gruppe behandling" og "Family casework". Disse er ikke beskrevet nærmere i den inkluderede litteratur. Endvidere ses metoder indenfor netværksterapi og ensidig familierterapi. Det skal bemærkes, at metoder, der har til formål at motivere misbruger til behandling ligeledes indgår (CRAFT, UFT). Dette skyldes, at målet for denne form for familierterapi har en indbygget dobbelthed. Det primære mål er måske nok at motivere misbruger til behandlingsstart, men vejen dertil går bl.a. igennem en oprustning af familiens kompetencer. Derudover ses også i nogle tilfælde en "plan B". Hvis det ikke lykkes at påvirke misbruger, kan behandlingsmålet i stedet være at hjælpe familien til at kunne mestre livet med en misbruger eller til et brud med misbruger. Således ændres fokus fra at være et fælles mål for både familie og misbruger til kun at være en behandling rettet mod familien. Som oftest vil behandlingsmetoder, der har til formål at intervenere i forhold til familien være en del af eller et supplement til misbrugers behandling. Derfor indgår ligeledes APT og FST i rækken af inkluderede behandlingsmetoder.

Sammenfattende er metoderne til familiebehandlingen karakteriseret ved at have fokus på at lære familiemedlemmerne at håndtere situationer og øget stress i forbindelse med livet i en familie med alkoholproblemer. Dette bl.a. ved at arbejde med udvikling af mestringsstrategier og social støtte samt undervisning i hensigtsmæssig adfærd i forhold til alkoholmisbruger. Et mål for behand-

⁶ Det bemærkes, at flere af de nævnte metoder ikke har familien, som det primære fokus for behandling.

lingen er således, at familiemedlemmerne kan reducere symptomer på belastning og øge selvværd.

Effekt af behandling

Resultaterne fra samtlige studier er positive og viser at behandling kan føre til forbedrede mestringsstrategier, øget social støtte og reduktion i voldsepisoder samt fysiske og psykiske symptomer blandt familiemedlemmerne (Copello et al., 2006; Copello et al., 2005, O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O'Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995).

Dette fremgik især af interventioner udviklet ud fra SSCS-modellen, men også den psykoedukationelle, sygdomsorienterede tilgang viste gode resultater for familiemedlemmerne, ligesom støttende rådgivning, stresshåndtering og alkoholfokuseret parterapi (ibid.). Kvalitative data viste endvidere, at familiemedlemmerne satte stor pris på muligheden for at tale om og reflektere over deres situation, samt overveje hvordan positive forandringer kan opnås (ibid.). En sekundær effekt var, at behandlingen af familien i nogle tilfælde tillige medførte forandringer i misbrugers alkoholadfærd, og at dette igen har positiv indvirkning på familien (ibid.). Yderligere viste en undersøgelse, at der som følge af den familieorienterede behandling skete en ændring i behandlingssystemet i forhold til holdninger til og motivation for at arbejde med familien for familiens egen skyld (ibid.).

For CRAFT, der bl.a. er rettet mod en motivation af misbruger til behandling, havde behandlingen positiv effekt for familien uafhængigt af om misbruger startede i behandling. Den positive effekt bestod i forbedringer for familien i forhold til vrede, depression, familiekonflikt og familie samhørighed (ibid.).

Der er sparsom dokumentation for effekten af familieinterventioner hos Al-Anon og Families Anonymous. Bl.a.

på grund af anonymiteten er der kun få studier af metoden. Disse viser imidlertid, at medlemmer af Al-Anon reducerer brugen af kontrollerende adfærd i forhold til misbruger. I forhold til symptomer på belastning ses blandt kvinder gift med alkoholmisbruger en reduktion i forhold til depression, vrede, familiekonflikt og tilfredshed med parforhold. Denne virkning ses uafhængigt af, om misbruger ændrer adfærd. Desuden ses positiv indvirkning på ægtemænds drikkeadfærd, når deres koner deltager i Al-Anon selvhjælpsgrupper (ibid.).

Af et nyere review (Copello et al., 2006) refereredes en undersøgelse, der sammenlignede "Coping Skills Training" (CST), 12-trins programmet (TTP) og et "Forsinket behandlings forløb" (FBF). Både CST og TTP medførte reduktion i depression sammenlignet med FBF, også et år efter behandlingen. Desuden var CST især virksomt i forhold til en reduktion i interpersonel vold hos parret (ibid.).

Der er visse metodiske svagheder i den ældre forskning på området (få studier, få deltagere, mangel på kontrolgrupper og lave follow-up rater). Der er dog i den nyere forskning strammet meget op med mange deltagere, inddragelse af kontrolgrupper og opfølgning helt op til et år efter behandling (Copello et al., 2006).

Opsummering

Ifølge adskillige reviews er der, på trods af visse metodiske svagheder, dokumentation for effekten af interventioner rettet mod familiemedlemmerne for deres egen skyld (Copello et al., 2006; Copello et al., 2005; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O'Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). Familiens symptomer på stress, depression og andre psykologiske problemer kan reduceres ved forholdsvist korte familieorienterede interventioner (ibid.). Derudover ses forbedrede mestringsstrategier og øget social støtte (ibid.).

Effekter af familieorienteret alkoholbehandling hvis formål er at reducere indvirkning og skade på familien:
Familieorienteret behandling med fokus på reducere af skade på familien kan:
reducere fysiske og psykiske symptomer på belastning blandt familiemedlemmer
reducere vold i familien
forbedre familieinteraktionen (konflikt, samhørighed)
forbedre familiens mestringsstrategier
øge social støtte i familien
reducere misbrugers alkoholforbrug
Der er sparsom til moderat dokumentation for effekten af følgende metoder:

Stress-strain-coping-support modellen
 Sygdomsorienteret model/selvhjælpsgrupper i AA-regi
 Coping Skills Training
 CRAFT/UFT
 Adfærdsterapeutisk par terapi (APT)
 Familiesystemisk terapi

4.4. Behandling der har til formål at reducere indvirkning og skade på børn

I dette afsnit belyses behandling og forebyggelsesindsatser, der har til formål at reducere indvirkning og skade i forhold til børn der vokser op med forældres alkoholproblemer. Der er således fokus på børnenes nuværende liv såvel som mere langvarige konsekvenser for deres fremtidige liv som voksne, herunder udvikling af eget misbrug. Man ved, at børn fra familier med alkoholproblemer har forøget risiko for udvikling af en lang række af psykosociale problemer, også på længere sigt, bl.a. egne misbrugsproblemer. Alligevel er området ikke særlig udviklet, hvad angår interventioner rettet mod børn i form

af behandling og/eller forebyggende tiltag. Kun sjældent bliver børnene inddraget i den i litteraturen beskrevne behandling, ligesom der forholdsvist sjældent bliver målt på og/eller registreret forandringer i børnenes symptomer eller mestring. Ligeledes er børnenes selvstændige behov indtil for nylig i vid udstrækning ikke blevet tilgodeset i behandlingssystemet. Som følge heraf er der meget lidt litteratur, der beskriver interventioner rettet mod børn eller studier af behandling rettet mod familien, der måler på børnerelaterede effektmål.

Følgende behandlingsmetoder er identificeret i den inkluderede litteratur:

Familiebehandling
Community reinforcement and family training/Community reinforcement approach (CRAFT/CRA)
Adfærdsterapeutisk par terapi (APT)
Børnegrupper
Selvhjælpsgrupper i AA-regi for børn/børnefamilier (Alateen/teenagegrupper, Families Anonymous/familiegrupper, ACA/voksne børn af misbrugere-grupper)
Skole-programmer (SMAAP, STAR, "The images within")

Den sidste form for familieorienteret alkoholbehandling er rettet mod børnene og deres vanskeligheder. Behandlingen kan være indarbejdet i interventioner rettet mod misbruger eller tilbydes uafhængigt af denne. Den kan være direkte rettet mod børnene eller en indirekte følge af andet arbejde med familien/forældrene.

Generelt er metoderne rettet direkte mod behandling af børn i alkoholfamilier karakteriseret ved at have fokus på at lære børnene at håndtere belastende situationer og øget stress i forbindelse med livet i en familie med alkoholproblemer. Dette bl.a. ved at arbejde med udvikling af mestringsstrategier og social støtte samt undervisning i hensigtsmæssig adfærd i forhold til alkoholmisbruger. Derudover er der de allerede præsenterede familieorienterede metoder, der i højere grad er kendetegnet ved at arbejde med forældrenes eller familiens interaktion for derigennem at hjælpe børnene.

Den direkte hjælp kan være individuelle såvel som gruppeterapeutiske forløb, ligesom selvhjælpsgrupper kan være en mulig hjælpeforanstaltning, især for unge og voksne børn. I gruppesammenhænge kan mødet med ligesindede og ligestillede for mange være en lettelse. Følelsen af at være "unormal" kan om ikke elimineres, så udbredes til at gælde for en ganske stor gruppe, således at normalitetsbegrebet perspektiveres. Der kan deles oplevelser, følelser og tanker, der for nogle har været så tabubelagte, at de aldrig tidligere er blevet delt. Skyld og skam kan bearbejdes, og i den forbindelse destruktive tanker og oplevelser af fortidige og nutidige situationer. Dette vil kunne medføre en mere positiv selvoplevelse, ligesom problemløsnings-strategier kan formodes at blive mere konstruktive. Gruppen kan således være kilde til såvel støtte som rådgivning. For nogle vil individuelle forløb imidlertid være at foretrække, især med henblik på

en dybere bearbejdning af barndommens traumer. Hvilken behandlingsform der er mest ideel afhænger af det enkelte individ, dets sociale kapacitet, omfanget af egne problemer og graden af belastninger i opvæksten.

Da målet med behandlingen er skadesreducerende og forebyggende mere end det er alkoholorienteret, inddrages i denne gennemgang ligeledes behandlingsmetoder, der umiddelbart ligger udenfor det man kunne kalde "familieorienteret alkoholbehandling" (f.eks. børnegrupper og skoleprogrammer). Interventionerne er kun sparsomt beskrevet i litteraturen, hvorfor det er vanskeligt fyldestgørende at redegøre for behandlingernes mere specifikke indhold.

Et review af Copello og kolleger (2005) beskriver en undersøgelse, der specifikt omhandler forebyggelsesprogrammer for børn. Denne viser, at tiltag på området stort set ikke eksisterer, at det, der primært er, har fundet sted i USA og at sådanne programmer er ufyldstgørende i forhold til virkningsfuldhed og effektivitet (ibid.). Generelt er der fire overordnede komponenter i de eksterende forebyggelsestiltag:

- "social støtte"
- "information"
- "færdigheds-træning"
- "mestring af emotionelle problemer"

Af undersøgelsen fremgår, at skoleprogrammer er de mest udbredte, om end der findes meget lidt evaluering eller forskning, der undersøger effekten. Der nævnes tre skoleprogrammer "SMAAP", "STAR" og "The Images Within". Derudover kan nævnes CRAFT og APT, der som det primære formål har misbrugers problemer i sigte, men også ser på hvorledes interventionerne på forskellig vis har effekt på familien og børnene (ibid.). Endelig er der selvhjælpsgrupper for børn/unge i AA-regi, AI-Ateen (ibid.).

Effekt af behandling

Som følge af den begrænsede forskning på området, begrænset i såvel mængde som kvalitet, er der meget lidt litteratur, der beskriver metoder og undersøger effekten af behandling rettet mod børnene. Der er dog nogen dokumentation for effekt samt resultater, der giver anledning til videre forskning på området. Man kan tale om behandling rettet direkte mod børnene (f.eks. børnegrupper) og behandling indirekte rettet mod børnene (f.eks. forældre i parbehandling). Den følgende gennemgang vil være opdelt i disse to grupperinger.

Et review (Copello et al., 2005) nævner tre amerikanske skoleprogrammer, der alle har fokus på børn fra alkoholfamilier. De tre skoleprogrammer "SMAAP", "STAR" og "The Images Within" viser alle positive resultater. Disse inkluderer positiv indflydelse på social støtte, depression, selvværd, ensomhed, mestring, "hjælp-søgnings-adfærd" og øget viden om alkoholmisbrug (ibid.).

Der er også i mindre grad dokumentation for, at gruppebehandling for børn virker positivt (ibid.). Den her beskrevne behandling indeholder elementer som mestring og forbedring af sociale evner og er en intervention for børn, hvis forældre ikke er i behandling (ibid.). Behandlingen havde som mål at hjælpe børn påvirket af deres forældres alkoholproblemer (ibid.). Denne behandling havde succes med at inddrage svært-at-behandle familier i forandringsprocessen. Det fremgår også, at børnene der fik behandling blev mindre angst, deres mestring forbedredes, i nogle tilfælde sås også forbedringer i forhold til skolegang (fravær), fagligt udbytte og venskab, ligesom mange var i stand til at udtrykke og "opløse" langvarige negative følelser om deres situation. Forældrene rapporterede som følge af behandlingen forbedringer i deres (forældrenes) funktionsniveau i forhold til bedre mestring, en øget forståelse for den indflydelse alkoholproblemerne havde haft på deres børn samt en øget forpligtelse i forhold til at reducere en sådan indvirkning i fremtiden. Over tid sås endvidere en øget deltagelse af forældre i behandlingen. I mange tilfælde medførte dette forbedringer i familiefunktionen med bedre kommunikation, indførelse af faste familieritualer (indtagelse af måltider sammen), fælles forældre-barn aktiviteter, ligesom mange børn oplevede at have generhvervet følelsen af "barndom". Endelig havde behandlingen indflydelse på forældrenes drikkeadfærd. Således forblev to tredjedele af forældrene afholdende eller genoprettede hurtigt afholdenhed ved tilbagefald. Der er dog vigtigt at bemærke, at der var en direkte sammenhæng mellem forældre som ikke var i stand til at erkende indflydelsen af drikkeriet på deres børn og engagement i behandlingen (ibid.). Det fremgik ikke af review, hvordan man havde rekrutteret børnene⁷.

⁷ Netop rekruttering af børn til behandling er et springende punkt. Således er forældres tilladelse og engagement i forbindelse med børneinterventioner et afgørende problem og forudsætning i forhold til behandlingens etablering, fortsatte eksistens og børnenes udbytte. Ellers vil børnenes loyalitet overfor deres forældre kunne bremse børnenes deltagelse. Det er derfor af afgørende betydning, at der er etableret et trygt og tillidsfuldt samarbejde med forældrene inden en evt. børne-intervention.

Betydningen af forældrenes engagement i behandlingen fremgår også af en anden undersøgelse (Nye, Zucker & Fitzgerald, 1999). Her undersøgte man samspillet mellem på den ene side forældrenes engagement i behandlingen og på den anden side forældre og behandler forventninger samt tilfredshed. Dette samspil undersøgtes i forhold til forandringer i børnenes adfærd og "autoritær forældrestil" (ibid.). Man anvendte et familiebaseret interventionsprogram, der havde til formål at forebygge adfældsproblemer blandt førskole sønner af alkoholiske fædre i forhold til at forandre denne mulige risikosituation. Forældrenes forventninger ved behandlingsstart påvirkede det tidlige engagement i programmet, hvilket kunne forudsige udfaldet for såvel børn som forældre. Forældre og terapeut tilfredshed under behandlingen var associeret med hinanden og med forældrenes forventninger om, at programmet ville fortsætte med at give ændringer for deres barn. Forældre engagement var en særlig afgørende faktor for resultatet ved behandlingens afslutning i forhold til positive forandringer hos barnet (ibid.).

Udover behandlingsmetoder rettet direkte mod børnene ses også mere indirekte metoder, hvor barnet påvirkes igennem en behandling, der i højere grad er rettet mod misbruget, forældrene eller familien som en helhed. Generelt ser det ud til at børnene kan profitere af den alkoholiske forælders behandling. Således nævnes i et review (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a), at børn af alkoholiske fædre, der modtog enten "Adfærdsterapeutisk par terapi" (med Projekt CALM's ædruelighedskontrakt), IBT (individuel baseret behandling) eller PACT (par-baseret psykoedukativ opmærksomheds kontrol behandling) alle profiterede af fædrenes behandling ved behandlingens afslutning, et halvt år og et år efter. Dog havde børn af fædre i APT behandling bedre funktionsniveau end børn af fædre i individuel behandling eller parpsykoedukation, ligesom det kun var APT, der gav reduktion i antallet af børn med klinisk signifikante vanskeligheder (ibid.). Dette måske også fordi APT havde større positiv indflydelse på såvel misbruger som forælderrelation. Således resulterede APT i større fremskridt i forældrenes indbyrdes forhold og i fædrenes alkoholforbrug (Kelley & Fals-Stewart, 2002). Det bemærkes, at der i ingen af de ovenfor nævnte interventioner (APT, IBT, PACT) var direkte fokus på forælderrollen og/eller barnets situation. Fremskridtene må derfor formodes at være en følge af forbedringer i parforhold og alkoholforbrug.

Ligeledes viste en undersøgelse, at sønner af ædru alkoholiske forældre var ligeså velfungerende som sønner af

ikke-alkoholiske forældre, ligesom de havde færre fysiske og psykologiske problemer end børn fra familier, hvor den alkoholiske forælder havde taget tilbagefald (Moos, Finney & Cronkite, 1990). Ligeledes fandt man et generelt højere familiemæssigt funktionsniveau (f.eks. familiesamhørighed, kommunikation og organisering) og færre familie stressorer (f.eks. færre forældrekonflikter) blandt ædru alkoholfamilier og ikke-alkoholfamilier sammenlignet med tilbagefalds-alkoholfamilier (ibid.). På grundlag af resultaterne konkluderer Moos og kolleger (ibid.): "Alkoholmisbrug har altgennemtrængende effekter på ægtefæller og børn, men disse effekter reduceres eller forsvinder helt når det alkoholiske familiemedlem restitueres" (s. 226).

O'Farrell & Feehan (1999) lavede en kort oversigt over forskning i henholdsvis familiebehandling og individuel behandling ved alkoholisme med fokus på betydning for børnene. Heraf fremgår det, at "Adfærdsterapeutisk par terapi" kan relateres til reducere i familie-stressorer, forbedret ægteskabelig funktion, reduceret vold i hjemmet og verbale konflikter, reduceret risiko for separation og skilsmisse, forbedringer i vigtige familie processer relateret til sammenhæng, konflikt og omsorg, og reducere i emotionelle problemer blandt ægtefæller. Disse familiefaktorer er blevet knyttet til børns mentale helbred og psykosociale funktionsniveau i mere generelle studier af børns udvikling og psykopatologi (ibid.). På grundlag heraf gøres antagelser om, at behandling for alkoholmisbrug, der har positiv effekt på familien og parforholdet, også må formodes at have positiv og forebyggende effekt på børnene (ibid.). Således kan man formode, at man ved at reducere alkoholmisbrug, forbedre den indbyrdes kommunikation i familien og reducere konfliktniveauet derigennem kan skabe forbedrede livsomstændigheder for børnene (ibid.). Dog ikke sådan at forstå, at den indirekte behandling kan stå alene. Det må formodes, at børnene i nogle tilfælde, vil have brug for mere direkte behandlings- og støtteforanstaltninger. Det er således uklart i hvilken grad børnene profiterer af henholdsvis misbrugers behandling og ændring af alkoholadfærd, behandling af forældrenes indbyrdes forhold og interventioner rettet mere direkte mod børnene.

Udover viden om specifikke metoders effekt og evidens, ved vi også noget om, hvad der generelt ser ud til at kunne forebygge børns problemudvikling og/eller afhjælpe eksisterende problemer. Fra omfattende forskning ved vi at især følgende faktorer kan virke beskyttende for børns oplevelser af følgevanskeligheder ved alkoholproblemer samt fremmende for udvikling af modstandsdygtighed (f.eks. Kuntsche & Kuendig, 2006; Werner &

Johnson, 2004; Lindgaard, 2002; Werner & Smith, 1998, 1992):

- tilfredsstillende familieinteraktion, herunder gode forældreevner
- tilfredsstillende social støtte
- gode problemløsnings-strategier
- udnyttelse af kognitive evner, herunder positive skoleoplevelser

Især familiefaktorer ser ud til at spille en afgørende rolle. Således viser det sig, at en velfungerende familieinteraktion er en af de vigtigste faktorer i forhold til at forebygge problemudvikling blandt børn fra familier med alkoholproblemer, både i barndom og voksenalder (Lindgaard, 2002; Velleman & Orford, 1999), ligesom tilstedeværelsen af voksen social støtte, der ikke nødvendigvis behøver at være en forælder, kan være afgørende (Werner & Johnson, 2004). Men alle faktorer er vigtige i arbejdet med familier med alkoholproblemer i forhold til børnenes udvikling. For yderligere viden herom se "Voksne børn fra familier med alkoholproblemer – mestring og modstandsdygtighed" (Lindgaard, 2002).

Opsummering

På trods af metodiske svagheder som bl.a. få studier, mangel på data om børnenes situation, og datausikkerhed som følge af indsamlingsmetode (indsamlet af forældrene), er der generelt sparsom til moderat dokumentation for positive effekter af interventioner direkte eller indirekte rettet mod børn i alkoholfamilier. Især ser det ud til, at parbaseret alkoholbehandling, der har fokus på både misbrug og parfunktion, har positiv indflydelse på børnene. Derudover gøres der antagelser om, at behandling, der har positiv indflydelse på familien/parforholdet, må formodes tillige at have positiv indflydelse på børnenes situation. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på forældrenes engagement samt positive forventninger og tilfredshed i forhold til behandlingen har betydning for børnenes udbytte af behandlingen. Der er også i mindre grad dokumentation for, at gruppebehandling for børn virker positivt. Børnenes symptomer på belastning og deres mestringsstrategier ser således ud til at kunne henholdsvis reduceres og forbedres ved indsatser rettet mod børnene, hvad enten det er ved indirekte eller direkte metoder.

Effekter af familieorienteret alkoholbehandling med fokus på børn:

Familieorienteret alkoholbehandling med fokus på børn kan:

Reducere børnenes psykosociale funktionsniveau

Øge børnenes mestringsstrategier

Øge børnenes selvværd

Reducere børnenes skolefravær, øge fagligt udbytte

Øge børnenes venskaber, social støtte

Opløse børnenes langvarige negative følelser

Øge familiefunktionen

Øge forældres mestring og motivere til behandling/reducere alkoholforbrug

Der er sparsom til moderat dokumentation for effekten af følgende metoder:

Adfærdsterapeutisk par terapi (APT)

Børnegrupper

Forebyggende skoleprogrammer

Familiebehandling

4.5. Samlet opsummering af de evidensbaserede metoder og deres effekt

For den misbrugende part:

<p>Effekter af familieorienteret alkoholbehandling for den misbrugende part/alkoholbehandlingen:</p> <p>Familieorienteret alkoholbehandling: er ligeså effektiv eller bedre end individuel behandling kan motivere misbruger til at starte i behandling kan fastholde misbruger i behandling kan reducere/stoppe alkoholforbrug kan forlænge effekten af behandling kan forebygge tilbagefald efter behandling kan reducere alkoholrelaterede problemer (sundhedsproblemer, kriminalitet, vold) gør en tidligere indsats mulig</p>
<p>Der er solid dokumentation for effekten af følgende metode: Ensidig familierapi (UFT og CRAFT) Adfærdsterapeutisk parterapi (APT), især med adfærdsmæssig kontrakt og tilbagefaldsforebyggelse</p>
<p>Der er sparsom til moderat dokumentation for effekten af følgende metoder: Korttids adfærdsterapeutisk parterapi Social Behavior and Network Therapy (SBNT) Netværksterapi Familiesystemisk terapi (især kommunikationsforstyrrede par)</p>

For familier og børn:

<p>Effekter af familieorienteret alkoholbehandling for familier og børn, herunder indsatser rettet direkte mod børnene (og ikke nødvendigvis sammen med familien/misbruger) :</p> <p>Familieorienteret alkoholbehandling kan: reducere familiemedlemmernes fysiske og psykiske symptomer på belastning forbedre familieinteraktionen (konfliktniveau, samhørighed, omsorg) øge parforholdets kvalitet reducere vold i hjemmet og verbale konflikter forbedre familiens mestring øge social støtte i familien reducere børnenes psykosociale funktionsniveau øge børnenes mestringsstrategier øge børnenes selvværd reducere børnenes skolefravær, øge fagligt udbytte øge børnenes venskaber, social støtte opløse børnenes langvarige negative følelser</p>
<p>Der er sparsom til moderat dokumentation for effekten af følgende metoder: CRAFT/UFT Adfærdsterapeutisk par terapi (APT) Stress-strain-coping-support-modellen Familiesystemisk terapi Coping Skills Training Selvhjælpsgrupper i AA-regi Børnegrupper Forebyggende skoleprogrammer</p>

5. Hvad sker der, hvis vi ikke giver misbrugers familie og børn hjælp og/eller arbejder relationsorienteret

Dette vil naturligvis hovedsageligt bygge på spekulationer, idet vi ikke har forskning, der belyser netop dette spørgsmål.

Man kan tilnærmelsesvist sige, at det på mange måder er den situation vi befinder os i lige nu, hvor vi kun tilbyder behandling til de familiemedlemmer, der har råd til selv at betale eller dem, der tilfældigvis bor i en kommune, hvor man har tilbud til de pårørende i offentlig regi.

Det vi ved er, at vi har en hel del kompenserende foranstaltninger og udgifter til pårørende til alkoholmisbrugere. Disse vil formodentlig kunne nedbringes ved en tidlig og mere målrettet indsats. Ikke mindst i forhold til børnene, såvel på kort som lang sigt.

Derudover kan vi med mange af de for gruppen beskrevne vanskeligheder, med rimelig sikkerhed forvente en forværring af symptomerne over tid, hvis ikke vi griber ind og stopper udviklingen.

Endelig vil vi med en manglende indsats miste muligheden for en målrettet indsats i forhold til en negativ "social arv", ikke mindst i forhold til en videreførelse af misbrug til næste generation.

Og sidst men ikke mindst vil det være i strid med evidensen på området. Her står det klart, at mange misbrugere og deres familier vil kunne profitere af en familieorienteret alkoholbehandling.

6. Hvilke indsatser/tilbud er der til misbrugers familie og børn

Ét er familiens og børnenes behandlingsmæssige behov og ønsker, noget helt andet er de reelle muligheder. Som det ser ud i dagens Danmark, er mulighederne som familiemedlemmer begrænsede, f.eks. hvis man "kun" er barn af en misbruger og ikke selv har udviklet eget misbrug (endnu!). Behandlingssystemet (og det politiske system) har desværre en lang tradition for primært at fokusere på misbruger, og i vid udstrækning at overse de belastninger, familiemedlemmerne kan være udsat for i alkoholmisbrugende familier. Problemet er, at kun misbruger er en defineret kerneydelse i alkoholbehandlingssystemet, medens familiemedlemmer må symptombehandles andre steder i systemet.

Der findes ikke aktuelt en systematisk oversigt over tilbud til de pårørende til en alkoholafhængig/misbruger. Hjemmesiden www.HOPE.dk har en udmærket oversigt over behandlingsmuligheder rundt om i Danmark. I forbindelse med Sundhedsstyrelsens projekt "Børnefamiliesagkyndige til støtte for børn i familier med alkoholproblemer" er der imidlertid tilknyttet en evaluering. I denne ligger bl.a. en kortlægning af kommunernes tilbud til alkoholfamilier i Danmark (Rambøll Management, 2006). Af denne fremgår det, at der er en positiv udvikling i gang, men at der er et betydeligt potentiale for videreudvikling på området (ibid.). Udviklingen må formodes i meget høj grad at bære præg af iværksættelsen

af ovennævnte projekt. Hvor meget og om denne udvikling er midlertidig eller vil bestå udover projektets forløbsperiode er imidlertid uvist.

Overordnet gælder det, at der er meget stor variation imellem tilbudene til de pårørende i de forskellige kommuner. Mange af tilbudene er endvidere projektfinansierede og dermed midlertidige, ligesom nogle tilbud udbydes i privat regi og derfor ofte skal betales af klienten selv.

Udover de ambulante, offentlige tilbud findes også private tilbud på området, f.eks. på private døgnbehandlingsinstitutioner. Således er der til nogle alkoholbehandlingsforløb i døgnregi knyttet et tilbud til partnere, familie og/eller børn. Disse tilbud er af meget varieret karakter, fra enkelte parsamtaler til længerevarende familierapeutiske forløb med inddragelse af børn. Desuden ses mere uddannelsesprægede kursusforløb. I mange tilfælde er tilbudene led i misbrugers behandlingsforløb og inkluderer kun én pårørende, hvorimod de resterende familiemedlemmer må betale selv. Enkelte tilbud kan også benyttes uafhængigt af, om misbrugeren er i behandling på den enkelte institution. I privat regi ses også selvhjælpsgrupper. Disse er især knyttet til AA-bevægelsen og Minnesota behandling, selvom også andre selvhjælpsgrupper findes.

Specifikt for gruppen "unge og voksne børn af misbrugere", er tendensen, at der, såfremt der overhovedet er et tilbud, som oftest tilbydes gruppe-behandling og kun i begrænset omfang. Tilbudene til voksne børn af misbrugere er således ikke kun begrænset i forhold til, hvor

meget der tilbydes, men også i forhold til, hvem der kan profitere af det. Det vil ikke være alle voksne børn, der kan profitere af et gruppeforløb, eller nøjes med et par samtaler, ligesom ikke alle har mulighed for at betale selv.

7. Udfordringer og visioner for fremtiden



Der er en del udfordringer til den fremtidige indsats overfor alkohol, afhængighed og relationer.

Efter de foregående afsnit burde det være indlysende, at familier med alkoholproblemer kan have brug for hjælp. Ikke mindst børnene, der er forsvarsløse og uden reelle valgmuligheder i forhold til den urimelige situation, de er sat i. Det gælder også på længere sigt, når barnet er blevet voksen, og måske ikke har fået den fornødne hjælp, mens tid var.

Desværre er der ikke helt så meget opmærksomhed og vilje på området, som man kunne ønske sig. Det gælder i forhold til hele alkoholområdet som sådan, såvel som i forhold til de mange involverede og berørte parter. Set

over et mere "historisk perspektiv" er der dog udvikling i området.

Derudover er der en tendens til, at handling på området bremses af en uhensigtsmæssig struktur, hvor ansvaret for børnene ofte placeres i kommunens familie-afdeling, medens at ansvaret for den misbrugende part placeres i kommunens alkoholrådgivning. Derved skilles indsats, viden og kompetencer ad, hvilket kan være uheldigt.

Med hensyn til de voksne børn, er situationen om muligt endnu mere begrænset. Her er "løbet ligesom kørt", og de er i vid udstrækning overladt til at klare sig selv.

Udfordringen består derfor (stadig) i at forstå, hvorfor, men også hvor, hvornår og hvordan indsats på området skal foregå.

7.1. Handling

Første skridt videre i processen er "handling". Børn går ikke i stykker på diagnosen "alkoholafhængighed". Børn går i stykker på vejen derhen (Hansen, 2007). Børn i misbrugsfamilier venter og venter ... på at nogen skal gøre noget. Og alt for ofte sker det ikke. Nogle gange fordi vi ikke ser det, men oftest fordi vi ikke handler på det, vi ser. Og det kan der være mange grunde til.

Alkohol er en del af vores kultur, stort set alle danskere drikker (vi har endda adskillige rekorder) og overgangen til en problematisk alkoholadfærd er glidende og kan være svært gennemskuelig. Samtidig er der ofte en stigmatiserende holdning til mennesker, der ikke kan kontrollere deres alkoholindtag. Dels er der et viljesmoment ("man kan jo bare lade være"), hvorved der påføres skyld og skam. Dels er der billedet af "bumsen på bænken", der føjer yderligere skam til et menneske med alkoholproblemer. Alt sammen med til at alkoholproblemer omgøres af tabuisering, hemmeligholdelse og benægtelse. Det kan altså være svært at få øje på et alkoholpro-

blem, ligesom det kan være svært at tale om, ikke mindst pga. misbrugers benægtelse.

Endelig er det en udbredt opfattelse, at alkoholadfærd (og børneopdragelse for den sags skyld) er en privat sag, man ikke hverken som fag- eller privatperson skal blande sig i. Måske fordi vi ikke ved, hvordan man taler med et andet menneske om alkoholproblemer eller deres adfærd som forældre. Måske fordi vi ikke tør at tale om alkohol og forældreadfærd. Måske fordi vi ikke synes, man kan blande sig i andres privatliv eller alkoholforbrug. Vi drikker jo alle i et eller andet omfang, og hvornår er det for meget? Ligesom forældreopgaven til tider kan være en svær størrelse for os alle.

Netop derfor er det en vigtig pointe, at så mange som muligt er involveret i "handling". Jo flere der kender til denne problemstilling og er i stand til at handle på den, jo flere børn kan vi få øje på og jo tidligere kan vi handle på det, vi ser. Det betyder udvikling af viden og kompetence hos en lang række af de fagpersoner, der møder børnene i deres daglige virke, f.eks. pædagoger, lærere,

sundhedsplejersker, privatpraktiserende læger og psykologer.

7.2. Behandling

En forudsætning for og naturlig følge af "handling" er "behandling" eller "hjælp" af en eller anden art. Hvis ikke der findes behandling, kan handling kun udføres i begrænset omfang. Hvis ikke en pædagogs bekymring for et barns trivsel i en alkoholfamilie kan følges op af behandling af en eller anden form, vil en sådan handling næppe finde sted. Og hvad nytter det, at et ungt menneske erkender sine vanskeligheder, men ikke har mulighed for at få hjælp til at løse det og komme videre?

Det er derfor vigtigt, at der findes (be-) handlingsmuligheder til misbrugers relationer, også uafhængigt af misbruger. Det betyder, at f.eks. en ædru partner og (voksne) børn kan tilbydes hjælp, selvom misbruger ikke har erkendt sit problem og/eller ikke ønsker behandling for sit misbrug. Som nævnt ovenfor vil en indsats i forhold til misbrugers nære relationer samtidig kunne have en gavnlig effekt i forhold til misbruger.

Disse (be-)handlingstilbud bør som udgangspunkt være i en misbrugsrelateret sammenhæng, således at familier kan tilbydes en helhedsorienteret (be-)handling. Når det drejer sig om børn er det vigtigt at have fokus på hele familiens samlede situation.

Da en del af børnene ikke umiddelbart udviser symptomer, og gruppen, der gør, samtidig er meget heterogen, kan det være vanskeligt at få øje på børnene, hvis man udelukkende leder efter barnets symptomer og ikke retter fokus mod hele familien. Samtidig kan der være børn, der udviser symptomer, som ikke umiddelbart forbindes med en forælders alkoholproblemer, selvom

dette er den egentlige eller i hvert fald medvirkende årsag.

For unge og voksne børn af misbrugere er det imidlertid ikke så afgørende om behandlingen foregår i en misbrugsrelateret sammenhæng, blot er det vigtigt, at der er faglig viden om misbrug. Faktisk kan det nogle gange her være en fordel, at behandling kan foregå et "anonymt" sted, der ikke signalerer "alkoholmisbrug" til omverdenen.

Den fremtidige udvikling på behandlingsfeltet bør derfor først og fremmest dreje sig om en integrering af et relationsorienteret perspektiv i den eksisterende misbrugsbehandling, og der må være særlige tilbud rettet mod børnene og deres familier.

Derudover må der åbnes op for, at familien kan modtage hjælp uafhængigt af misbruger, det gælder ikke mindst partner og børn.

Et første skridt på vejen kunne være at få defineret alkoholmisbrugers nære relationer, som en kerneydelse i alkoholbehandlingsregi, på lige fod med misbruger. Endelig er det vigtigt, at der er tilbud til de unge og voksne børn, der ikke fik den fornødne hjælp som børn og/eller først som voksne har fået synlige vanskeligheder.

Generelt for feltet gælder det, at der er brug for udvikling af differentierede tilbud, der kan matche de mange forskellige individer og problemstillinger, således at så mange som muligt kan finde et tilbud, de kan profitere af.

7.3. Forebyggelse

Forebyggelse er et andet vigtigt område, især i forhold til børnenes udvikling af problemer, både på kort og lang sigt.

Dette bør ske dels ved at behandle misbruger og dels ved at tilbyde behandling til misbrugers relationer, for derved at reducere skader på de mennesker, der er omkring misbruger, ikke mindst eventuelle børn.

Det er vigtigt at få brudt den negative sociale arv, ikke kun i forhold til misbrug, men også i forhold til alle andre områder af et funktionelt børne- og voksenliv.

For selvom voksne børn af misbrugere ikke selv har udviklet misbrug, kan de have en lang række andre vanskeligheder, der kan have konsekvenser for deres funktioner i arbejdsliv, parforhold og forældreskab. Det betyder også, at selvom de voksne børn ikke selv har udviklet misbrug, kan de tumle med så store vanskeligheder af

anden art, at dette kan påvirke deres forældreevner og dermed få konsekvenser for deres børn, således at problemerne forplanter sig til næste generation.

Der er således to vigtige indsatsområder i forhold til forebyggelse af børns problemudvikling:

- De børn, der aktuelt lever i en familie med alkoholproblemer
- De børn, der har levet i en familie med alkoholproblemer og nu selv står som forældre for næste generation

Derudover kan man selvfølgelig tale om forebyggelse af problemudvikling blandt de øvrige relationer til misbrugere, herunder partner, forældre, søskende m.v. Samt om forebyggelse af misbrugers udvikling af misbrugsrelaterede skader. Også her vil en inddragelse af misbrugers relationer med fordel kunne inddrages.

7.4. Forskning: Videns- og evidensudvikling samt formidling

Endelig er der brug for en fortsat udvikling af hele feltet omkring afhængighed og relationer. Det drejer sig om viden om problemernes karakter og omfang, samt udvikling og dokumentation af effektive, evidensbaserede indsatser og behandlingsmuligheder. Ligeså vigtigt er det at denne viden formidles til såvel praksis som den almene befolkning. Dels for at så mange som muligt er i stand til at handle adækvat i forhold til problemstillingen. Og dels for at få almengjort og normaliseret alkoholproblemer, sådan at stigmatisering og tabuisering kan reduceres.

Især bør der rettes et øget fokus på børnenes udvikling på kort og lang sigt ind i voksenalder, samt forebyggelse og behandling specifikt til denne målgruppe. Således har vi brug for at vide, hvordan vi på bedste vis kan arbejde med børnene (og deres familier) for derved at forebygge problemudvikling på længere sigt, samt hvorledes vi bedst intervenserer i forhold til de børn, unge og voksne børn, der har udviklet problemer, så der er effektive tilbud som alle kan profitere af.

8. Sammenfatning ***

Der er således solid dokumentation for, at en misbrugers nære relationer påvirkes af tilstedeværelsen af alkoholproblemer. Det gælder ikke mindst børnene. Således viser det sig, at alkoholfamilien som oftest vil være belastet og dysfunktionel i mere eller mindre grad, karakteriseret ved benægtelse, isolation, begrænset emotionelt rum, uforudsigelighed og bifasisk fungeren, manglende eller forstyrret lederskab, uansvarlighed og forsømmelse, fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb samt et generelt højere konfliktniveau. Som følge heraf vil alkoholproblemerne i familien på forskellig vis kunne have psykiske, fysiske og/eller sociale konsekvenser for familiens medlemmer, ikke mindst børnene. Problemerne kan optræde i forskellig grad og på forskellige tidspunkter i børnenes liv og således også have langsigtede konsekvenser for børnenes voksne liv. Det drejer sig om angst, depression, selvmordsadfærd, spiseforstyrrelser, selvskadende adfærd og et generelt lavt selvværd. Ofte ses forringede problemløsnings-strategier, hvor problemer ikke søges løst, men i stedet undgås eller benægtes. Der kan være adfærdsforstyrrelser, kriminel adfærd eller

psykopatologi, ligesom der kan være forstyrrelser i de sociale relationer i forhold til venner, parforhold, familie og forælderrolle. Og endelig er der forøget risiko for udvikling af egne misbrugsproblemer, et misbrug der ofte indtræder tidligere og er mere massivt.

Derudover er der dokumentation for, at en inddragelse af familien i alkoholbehandlingen generelt kan påvirke såvel misbrugsadfærd som familiefunktion i en gunstig retning og at den familie- og relationsorienterede alkoholbehandling i nogle tilfælde er bedre end individuel alkoholbehandling.

Ligeledes er det vigtigt, at et skadesreducerende perspektiv inddrages. Det betyder, at et positivt behandlingsudfald handler om andet og mere end blot drikkeadfærd. Reduktion i sociale omkostninger, ikke mindst i forbindelse med familiemedlemmers psykiske, fysiske og sociale påvirkning, er et andet vigtigt behandlingsudfald. Hvis alkoholmisbrug er et samfundsmæssigt anliggende, burde dette nok også i en vis udstrækning gælde mis-

brugerens nære familie. Ikke mindst fordi forældres misbrug ser ud til at gå i arv til børnene, at forældres misbrug ser ud til at give børnene betydelige psykosociale vanskeligheder, også på længere sigt, samt at behand-

ling af familiens medlemmer (med eller uden misbruger) i visse tilfælde kan motivere misbruger til at søge behandling, optimere misbrugers behandlingsforløb og forebygge tilbagefald.

9. Appendiks

Nedenstående refererer til en dansk undersøgelse, der er beskrevet nærmere i "Voksne børn fra familier med alkoholproblemer – mestring og modstandsdygtighed" (Lindgaard, 2002). Formålet var at undersøge og beskrive faktorer, der kan belyse forholdene for de mange børn, der vokser op i en familie med alkoholproblemer, herunder de langsigtede konsekvenser dette kan have for børnenes voksenliv.

Undersøgelsen var en anonym spørgeskemaundersøgelse, og der deltog 127 voksne børn fra alkoholfamilier, medens der var 189 deltagere i kontrolgruppen. Kontrolgruppen bestod af alle andre end voksne børn fra alko-

holfamilier, hvilket betød, at der også var voksne børn vokset op med en psykisk syg forælder.

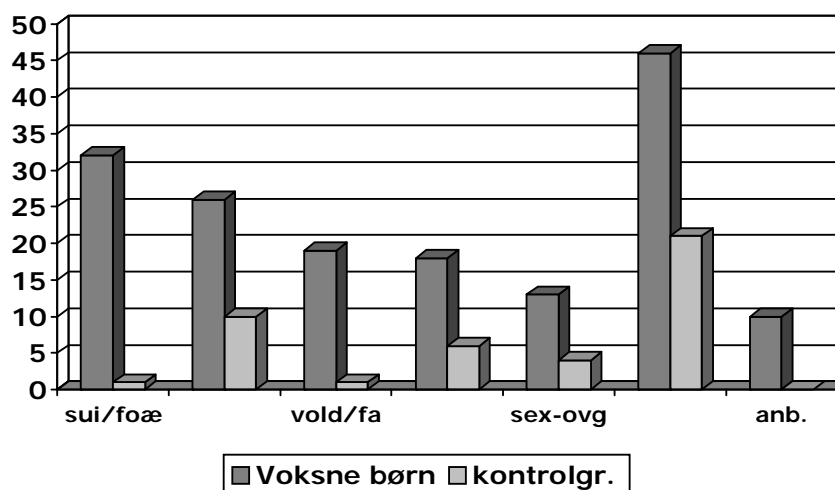
Som det fremgår af nedenstående figurer er der mange og temmelig store forskelle på de voksne børn fra alkoholfamilier og kontrolgruppen. Alle de nævnte forskelle er signifikante, de fleste stærkt signifikante. Det er altså ganske overbevisende, hvor meget børn i misbrugsfamilier belastes.

Undersøgelsen viste imidlertid også en udpræget heterogenitet blandt de voksne børn fra alkoholfamilier. Således er det bestemt ikke alle voksne børn, der belastes af alle nedenstående vanskeligheder.

Opvækstvilkår for voksne børn fra alkoholfamilier sammenlignet med en kontrolgruppe (procentvis fordeling)

Opvækstvilkår	Voksne børn fra alkoholfamilie (N=127)	Kontrolgruppe (N=189)
Forældrene skilt	46 %	21 %
Selv mord, forældre (truet, forsøgt, begået)	32 %	1 %
Psykisk lidelse, forældre	49 %	9 %
Dødsfald, forældre	26 %	10 %
Boet på institution eller mange forskellige steder/personer	10 %	0 %
Vold i familien (forældre, søskende)	19 %	1 %
Gentagen fysisk afstraffelse fra et familiemedlem	18 %	6 %
Seksuelle overgreb fra et familiemedlem	13 %	4 %
Faglige problemer i skolen	28 %	12 %
Sociale problemer i skolen	46 %	25 %
Skoleskift mere end én gang	62 %	34 %

Børnenes opvækstvilkår (procentvis fordeling)

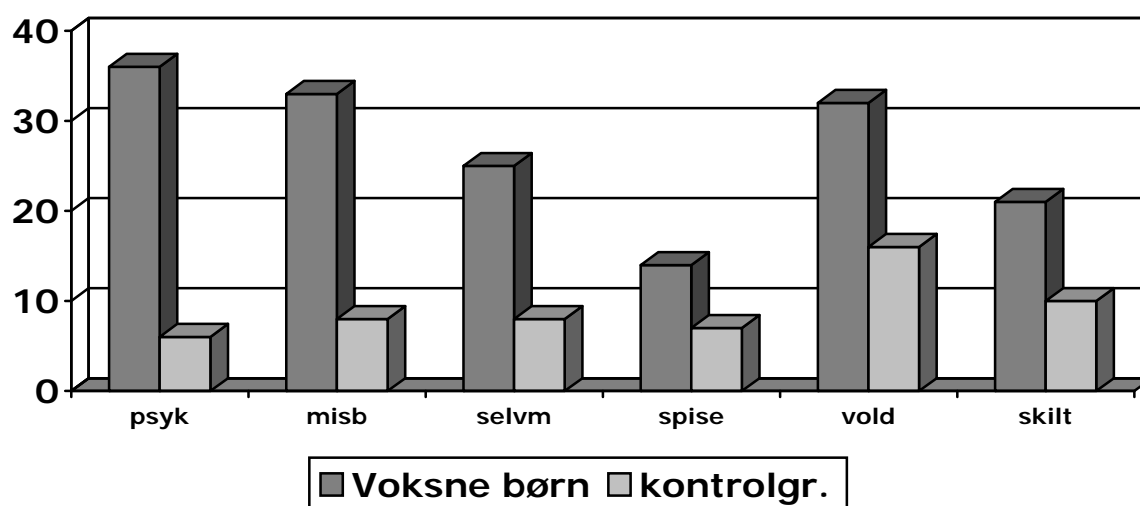


Familiefunktion i opvækstfamilie for henholdsvis voksne børn fra alkoholfamilier og en kontrolgruppe (procentvis fordeling)

Familiefunktion	Voksne børn fra alkoholfamilie (N=127)	Kontrolgruppe (N=189)
Optimal	0 %	0 %
Tilstrækkelig	2 %	31 %
Middel	25 %	43 %
Borderline	44 %	22 %
Alvorlig dysfunktionel	28 %	4 %

Problemfelt i voksenalder	Voksne børn fra alkoholfamilie (N=127)	Kontrolgruppe (N=189)
Psykiske problemer (depression, angst o.l.)	36 %	6 %
Spiseforstyrrelse	14 %	7 %
Truet med selvmord	17 %	6 %
Forsøgt selvmord	13 %	4 %
Egen skilsmisse	21 %	10 %
Udsat for voldeligt overfald	13 %	4 %
Udsat for brand	10 %	4 %
Abort	24 %	15 %
Fået psykologhjælp	62 %	21 %
Deltaget i selvhjælpsgruppe	49 %	8 %
Indtaget lægeordineret medicin for et følelsesmæssigt problem	27 %	6 %
Modtaget behandling: Psykolog, selvhjælpsgruppe, læge/medicin for psykisk problem	79 %	27 %

Børnenes voksenliv (procentvis fordeling)



Skoleproblemer for voksne børn fra alkoholfamilier sammenlignet med en kontrolgruppe (procentvis fordeling)

Skoleproblemer	Voksne børn fra alkoholfamilie (N=127)	Kontrolgruppe (N=189)
Faglige problemer i skolen	28 %	12 %
Sociale problemer i skolen	46 %	25 %
Skoleskift mere end én gang	62 %	34 %

Problemfeltet i voksenalder for henholdsvis voksne børn fra alkoholfamilier og en kontrolgruppe (procentvis fordeling)

Selværd i voksenalder for henholdsvis voksne børn fra alkoholfamilier og en kontrolgruppe (procentvis fordeling)

Selværd	Voksne børn fra alkoholfamilie (N=127)	Kontrolgruppe (N=189)
Lavt selværd	43 %	22 %
Middel selværd	15 %	15 %
Højt selværd	42 %	63 %

Alkohol og andet misbrug for henholdsvis voksne børn fra alkoholfamilier og en kontrolgruppe (procentvis fordeling)

Alkohol og andet misbrug	Voksne børn fra alkoholfamilie (N=127)	Kontrolgruppe (N=189)
Alkohol	33 %	7 %
Hash	43 %	22 %
Ecstasy, amf., kokain, LSD, crack	20 %	6 %
Nerve-sove medicin	29 %	8 %
Heroin, morfin, ketogan, metadon	9 %	1 %
Partner med alkoholmisbrug	36 %	14 %

10. Litteraturliste

- Barber, J.G., & Crisp, B.R. (1995). The "pressures to change" approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*, 90, 269-76.
- Bellivieu, J., & Stoppard, J. (1995). Parental alcohol abuse and gender as predictors of psychopathology in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 20(5), 619-625.
- Black, C., Bucky, S., & Wilder-Padilla, S. (1986). The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an alcoholic. *International Journal of Addiction*, 21, 213-231.
- Brennan, P., Moos, R. & Kelly, K. (1994). Spouses of late-life problem drinkers: functioning, coping responses, and family contexts. *J Fam Psychol*, 8, 447-457.
- Bush, S., Ballard, M., & Fremouw, W. (1995). Attributional style, depressive features, and self-esteem: Adult children of alcoholic and non-alcoholic parents. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 177-185.
- Callan, V.J., & Jackson, D. (1986). Children of alcoholic fathers and recovered alcoholic fathers: Personal and family functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(2), 180-182.
- Cermak, T., & Brown, S. (1982). Interactional group therapy with adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 32, 375-387.
- Chase, N., Deming, M. & Wells, M. (1998). Parentification, parental alcoholism and academic status among young adults. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 105-114.
- Chassin, L., Barrera, M., & Montgomery, H. (1997). Parental alcoholism as a risk factor. I: S. Wolchick & I. Sandler (Eds.). *Handbook of Children's coping: Linking theory and intervention*. New York: Plenum Press.
- Christensen, H.B. (2000). *Børnefamilier med alkoholproblemer*. Center for Rusmiddelforskning.
- Christensen, H.B. (1994). *Børn i familier med alkoholmisbrug: En redegørelse for relationen mellem familieinteraktionen og barnets psykosociale tilpasning*. Psykologisk Skriftserie, Aarhus Universitet.
- Christensen, E. (1992). *Børn i familier med alkohol- og stofproblemer. Forebyggelse og hygiejne*, 18. København: Sundhedsstyrelsen.
- Christensen, E. (1994). Når mor eller far drikker: Interview med børn og forældre i familier med alkoholmisbrug. København: Socialforskningsinstituttet, 94(2).
- Christoffersen, M.N. (2000). Risikofaktorer i barndommen. Langtidsvirkninger af forældres misbrug. Social Forskningsinstituttet, Reprint (7).
- Clair, D., & Genest, M. (1987). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(4), 345-355.
- Cleaver, H., Unell, U., Aldgate, J. (1999). *Children's needs – parenting capacity: the impact of parental mental illness, problems alcohol and drug use and domestic violence on children's development*. London: Department of Health.

- Collins, R.L. (1990). Family treatment of alcohol abuse: Behavioral and systems perspectives. I R.L. Collins, K.E. Leonard, & J.S. Searles (Eds.). *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives*, 338-355. New York: Guilford.
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., & Barrett, C. on behalf of the UKATT Research Team. (2002). Social behaviour and network therapy: basic principles and early experiences. *Addict Behav*, 27, 345-366.
- Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L., Krishnan, M. (2000a). Methods for Reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *J Mental Health*, 9, 319-33.
- Copello, A., Templeton, L., Krishnan, M., Orford, J., & Velleman, R. (2000b). A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research*, 8, 471-484.
- Copello, A., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 271-276.
- Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24, 369-385.
- Cork, R. (1969). *The Forgotten Children*. Ontario, CA: Addiction Research Foundation.
- Crespi, T.D. & Rueckert, Q.H. (2006). Family therapy and children of alcoholics: Implications for continuing education and certification in substance abuse practice. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15(3), 33-44.
- DanRIS (2008). Dansk Registrerings- og Informationssystem. Aarhus Universitet: Center for Rusmiddelforskning. www.danris.dk
- Deming, M., Chase, N., & Karesh, D. (1996). Parental alcoholism and perceived levels of family health among college freshman. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14(1), 47-57.
- Devine, C., & Braithwaite, V. (1993). The survival roles of children of alcoholics: Their measurement and validity. *Addiction*, 88, 69-78.
- Dittrich, J. (1993). Group programs for wives of alcoholics. I: T.J O'Farrell (ed.). *Treating alcohol problems: marital and family interventions*. New York: Guilford Press, 78-114.
- Dobkin, P., De Civita, M., Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional support in treatment retention and outcomes among out-patient adult substance abusers. *Addiction*, 97, 347-356.
- Domenico, D., & Windle, M. (1993). Intrapersonal and Interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 659-666.
- Dunn, N.J., Jacob, T., Hummon, N., & Seilhamer, R.A. (1987). Marital stability in alcoholic-spouse relationships as a function of drinking pattern and location. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 99-107.
- Edwards, M., & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital & Family Therapy*, 21(4), 475-509.
- Epstein, E., McCrady, B., Epstein, E.E., McCrady, B.S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. I: A. Gurman, N. Jacobsen (eds.). *Clinical handbook of marital therapy*, 3rd edition, New York: Guilford Press, 597-628.

- Fals-Stewart, W., & Birchler, G. (2001). A national survey of the use of couples therapy in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 277-283.
- Fals-Stewart, W., & Birchler, G. (2002). Behavioral couples therapy with alcoholic men and their intimate partners: The comparative effectiveness of bachelor's and master's level counsellors. *Behavior Therapy*, 33, 123-147.
- Fals-Stewart, W., Kelley, M.L., Cooke, C.G., & Golden, J. (2003). Predictors of the psychosocial adjustment of children living in households in which fathers abuse drugs: The effects of postnatal social exposure. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1013-1031.
- Fals-Stewart, W., Klosterman, K., Yates, B.T., O'Farrell, T.J., & Birchler, G.R. (2005). Brief relationship therapy for alcoholism: a randomised clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychol Addict Behav*, 19(4), 363-371.
- Finn, P., Sharkansky, E., Viken, R., West, T., Sandy, J., & Bufferd, G. (1997). Heterogeneity in the families of sons of alcoholics: The impact of familial vulnerability type on offspring characteristics. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 26-36.
- Finney, J.W., & Monahan, S.C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 229-243.
- Galanter, M. (2004). Network therapy. I: M. Galanter, & H. Kleber (eds.). *Textbook of Substance Abuse Treatment*, 3rd edition. Washington D.C., The American Psychiatric Publishing, Inc., 353-363.
- Galanter, M. (1993a). Network therapy for addiction – a model for office practice. *Am J Psychiatry*, 150, 28-36.
- Galanter, M. (1993b). Network therapy for substance misuse – a clinical trial. *Psychotherapy*, 30, 251-8.
- Garrett, J., Landau, J., Shea, R., Stanton, M.D., Baciewicz, G., & Brinkman-Sull, D. (1998). The ARISE intervention – using family and network links to engage addicted persons in treatment. *J Subst Abuse Treat*, 15, 333-43.
- Garrett, J., Stanton, D., Landau, J., Baciewicz, G., Brinkman-Sull, D., & Shea, R. (1999). The "concerned other" call: using family links and networks to overcome resistance to addiction treatment. *Subst Use Misuse*, 34, 363-82.
- Grant, B.F., Harford, T.C., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M., & Pickering, R.P. (1992). Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1992. *Alcohol Health Research World*, 18, 243-248.
- Grant, B.F., Peterson, A., Dawson, D.A., & Chou, S.P. (1994). Source and accuracy for the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey (NLAES). NIAAA, Bethesda, MD.
- Hansen, S.E. (1985). Barn fra alkoholmisbrukende familier. *Fokus på Familien*, 13, 83-90.
- Haugland, B. (1992). Ritualer og rutiner I familier med alkoholproblemer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 24, 547-556.
- Havey, J., Boswell, D., & Romans, J. (1995). The relationship of self-perception and stress in adult children of alcoholics and their peers. *Journal of Drug Education*, 25(1), 23-29.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1997). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnorm Child Psychol*, Feb;25(1), 21-31.

- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W.R. & Robonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Hunt, G.M., & Azrin, N.H. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Jacob, T., Windle, M., Seilhamer, R., & Bost, J. (1999). Adult children of alcoholics: drinking, psychiatric and psychosocial status. *Psychology of Addictive Behavior*, 13, 3-21.
- Jarmas, A.L., & Kazak, A.E. (1992). Young adult children of alcoholic fathers: Depressive experiences, coping styles, and family systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 244-251.
- Johnson, V.E. (1986). *Intervention: how to help those who don't want help*. Minneapolis: Author.
- Jones, D., & Zalewski, C. (1994). Shame and depression proneness among female adult children of alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 29(12), 1601-1609.
- Kashubeck, S. (1994). Adult children of alcoholics and psychological distress. *Journal of Counselling & Development*, 72, 538-543.
- Kaufman, E. (1985). Family systems and family therapy of substance abuse: An overview of two decades of research and clinical experience. *The International Journal of the Addictions*, 20, 897-916.
- Kelley, M.L., & Fals-Stewart, W. (2002). Couples-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol*, 70(2), 417-427.
- Kerr, A., & Hill, W. (1992). An exploratory study comparing ACOAs to non-ACOA's on current family relationships. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9, 23-38.
- Klostermann, K., Fals-Stewart, W., Gorman, C., Kennedy, C., & Stappenbeck, C. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Rationale, methods, findings, and future directions. I: C. Hilarsky (ed.). *Addiction, assessment, and treatment with adolescents, adults, and families*. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2(1/2).
- Knop, J., Teasdale, T., Schulsinger, F., & Goodwin, D. (1985). A prospective study of young men at risk for alcoholism.: School behaviour and achievement. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(6), 273-278.
- Krestan, J., & Bepko, C. (1993). On lies, secrets and silence: The multiple levels of denial in addictive families. I: E. Imber-Black (ed.). *Secrets in families and family therapy*. NewYork: W.W. Norton & Company, 141-159.
- Kuntsche, E.N., & Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting use in adolescence. *Substance Use & Misuse*, 41(1), 71-86.
- Lawson, A., & Lawson, G. (1998). *Alcoholism and the family: A guide to treatment and prevention*. 2nd ed. Aspen Publishers, Inc.: Maryland.
- Lawson, G., Petersen, J., & Lawson, A. (1983). *Children of alcoholics*. I: G.Lawson, J. Petersen, & A. Lawson. *Alcoholism and the family: A guide to treatment and prevention*. Rockville, M.D.: Aspen.
- Leonard, K.E., & Senchak, M. (1993). Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. *Journal of Studies on Alcohol*, 11, 96-108.

- Lerner, R. (1986). Children of alcoholics: Their special needs. I: s. Wegsneider-Cruse & R. Esterly (Eds.). *Alcoholism and the Family: A book of Readings*. Hollywood, FL: Health Communication.
- Lieberman, D.Z. (2000). Children of alcoholics: an update. *Curr Opin Pediatr*, 12, 336-340.
- Lindgaard, H. (2002). Voksne børn fra familier med alkoholproblemer: mestring og modstandsdygtighed. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Lindgaard, H. (2005). Familier med alkoholproblemer – gør det en forskel for børnenes voksenliv? *Nordisk Psykologi*, 57(2), 107-130.
- Lindgaard, H. (2006). Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter. København: Sundhedsstyrelsen.
- Maisto, S., McKay, J., & O'Farrell, T. (1998). Twelve-month abstinence from alcohol and long-term drinking and marital outcomes in men with severe alcohol problems. *Journal of Studies in Alcohol*, 59(5), 591-598.
- Meyers, R.J., & Miller, W.R. (eds). (2001). *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., & Tonigan, J.S. (1999). Community Reinforcement and family Training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 1-18
- Miller W.R. (2003). A collaborative approach to working with families. *Addiction*, 98, 5-6.
- Miller, R.J., Meyers, R.J., & Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L., & Hettrema, J.E. (2003). What Works? A summary of alcohol treatment outcome research. I: Hester, R.K., & Miller, W.R. (eds). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, 3rd ed.
- Mintz, L., Kashubeck, S., & Tracy, L. (1995). Relations among parental alcoholism, eating disorder and substance abuse in nonclinical college women: Additional evidence against the uniformity myth. *Journal of Counselling Psychology*, 42(1), 65-70.
- Moos, R.H., & Billings, A.G. (1982). Children of alcoholics during the recovering process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behavior*, 7, 155-163.
- Moos, R.H., Finney, J.W., Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *J. Stud. Alcohol* (43), 888-909.
- Moos, R.H., Finney, J.W., Cronkite, R. (1990). *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press.
- Moos, R.H., & Moos, B.S. (1984). The process of recovery from alcoholism. III. Comparing functioning in families of alcoholics and matched control families. *J. Stud. Alcohol* (45), 111-118.
- Moss, H.B., Mezzich, A., Yao, J.K., Gavalier, J., & Martin, C.S. (1995). Aggressivity among sons of substance-abusing fathers: Association with psychiatric disorder in the father and son, paternal personality, pubertal development, and socioeconomic status. *American Journal of Drug and Alcohol abuse*, 21, 195-208.

- Nielsen, A.S., Becker, U., Højgaard, B., Lassen, A.B., Willemann, M., Søgaard, J., & Grønbæk, M. (2006). Alkoholbehandling. En medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Medicinsk Teknologivurdering, 8(2).
- Nielsen, A.S., Nielsen, B., & Petersen, P. (2000). Behandlingsbehov hos alkoholmisbrugere, hvis forældre havde et alkoholmisbrug, *Ugeskrift for læger*, 162, 4540-4544.
- Nyboe, J. (2005). Børn i familier med alkoholmisbrug – kortlægning af de eksisterende tilbud. København, VFC Socialt Udsatte.
- Nye, C.L., Zucker, R.A., & Fitzgerald, H.E. (1999). Early family-based intervention in the path to alcohol problems: rationale and relationship between treatment process characteristics and child and parenting outcomes. *J Stud Alcohol Suppl*, 13, 10-21.
- O'Farrell, T.J. (ed.). (1993). *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. New York: Guilford.
- O'Farrell, T.J., & Cutter, H.S. (1984). Behavioral marital therapy for male alcoholics: Clinic procedures from a treatment outcome study in progress. *American Journal of Family Therapy*, 12, 33-46.
- O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (2003a). Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 121-146.
- O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (2003b). Marital and family therapy. I: R. Hester, & W. Miller (eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective Alternatives*, 3rd. Edition.
- O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (2001). Family-involved alcoholism treatment: An update. I: M. Galanter (ed.). *Recent Developments in Alcoholism, 15: Services Research in the era of managed care*. Klüver Academic/Plenum Publishers, New York.
- O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (1999). Treatment models and methods: family models. I: B.S. McCrady, E.E. Epstein (Eds.). *Addictions: a comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press, 287-305.
- O'Farrell, T.J., & Feehan, M. (1999). Alcoholism treatment and the family: Do family and individual treatments for alcoholic adults have preventive effects for children? *J Stud Alcohol Suppl*, 13, 125-9.
- O'Farrell, T.J., & Murphy, C.M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *J Consult Clin Psychol*, 63, 256-262.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S.G., Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communications from before to after treatment. *Behav Ther*, 16, 147-68.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S.G., Choquette, K.A., Floyd, F.J., Bayog, R.D. (1992). Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the 2 years after treatment. *Behav Ther*, 23, 529-549.
- O'Farrell, T.J., Hooley, J., Fals-Stewart, W. & Cutter, H. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 744-752.
- O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., Cutter, H.S.G., Brown, E.D., Bayog, R., McCourt, W., Lowe, J., Chan, A., & Denealt, P. (1996a). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of behavioural marital therapy with and without relapse prevention sessions for alcoholics and their spouses. *Behavior Therapy*, 27, 7-24.

- O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., Cutter, H.S.G., Floyd, F.J., Bayog, R., Brown, E., Lowe, J., Chan, A., & Denealt, P. (1996b). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of behavioural marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8, 145-166.
- Orford, J., & Velleman, R. (1995). Childhood and adulthood influences on the adjustment of young adults with and without parents with drinking problems. *Addict Res*, 3, 1-15.
- Orford, J., & Velleman, R. (1990). Offspring of parents with drinking problems: drinking and drug taking as young adults. *Br J Addict*, 85, 779-94.
- Parker, D., & Harford, T. (1988). Alcohol-related problems, marital disruption and depressive symptoms among adult children of alcohol abusers in the United States. *J Stud Alcohol*, 49, 306-313.
- Pedersen, M.U., Vind, L., Milter, M., & Grønbaek, M. (2004). Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige. Århus, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet og Statens Institut for Folkesundhed, Center for Alkohol-forskning.
- Perrin, T. (1985). Inadequate, inconsistent...nonexistent parenting: A dilemma for children from alcoholic families. I M. Miller (Ed.). *Changing legacies: Growing up in an Alcoholic Home*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Rambøll Management (2006). *Børn i familier med alkoholproblemer – 1. kortlægning*. København, Sundhedsstyrelsen.
- Ray, G.T., Mertens, J.R., & Weisner, C. (2007). The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Medical care*, 45(2), 116-122.
- Rearden, J., & Markwell, B. (1989). Brief report: Self-concept and drinking problems of college student's raised in alcohol-abused homes. *Addictive Behaviors*, 14, 225-227.
- Reich, W., Earls, F., & Powell, J. (1988). A comparison of the home and social environment of children of alcoholic and non-alcoholic parents. *British Journal of Addiction*, 83, 813-839.
- Roberts, L., & McCrady, B. (2003). *Alcohol problems in intimate relationships: identification and intervention: a guide for marriage and family therapists*. Washington: National Institute on Alcohol Abuse.
- Rodney, H. (1995). A profile of collegiate black adult children of alcoholics. *Journal of College Student Development*, 36(3), 228-235.
- Rohrbaugh, M., Shoham, V., Spungen, C., & Steinglass, P. (1995). Family systems therapy in practice: A systematic couples therapy for problem drinking. I B. M. Bongar & L.E. Beutler (Eds.): *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*. Oxford textbooks in clinical psychology, 1, 228-253. New York: Oxford University Press.
- Roosa, M., Tein, J., Groppenbacher, N., Michaels, M., & Dumka, L. (1993). Mother's parenting behaviour and child mental health in families with a problem drinking parent. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 107-118.
- Rotunda, R., & O'Farrell, T.J. (1997). Marital and family therapy of alcohol use disorders: Bridging the gap between research and practice. *Professional Psychology*, 28, 246-252.
- Rotunda, R.J., Scherer, D.G., & Imm, P.S. (1995). Family systems and alcohol misuse: Research on the effects of alcoholism on family functioning and effective family interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 1, 95-104.

- Sarason, I. (1980). Life-stress, self-preoccupation, and social support. I: I. Sarason, & C. Spielberger (eds.). *Stress and Anxiety*. New York: Hemisphere Publishing.
- Senchack, M., Leonard, K.E., Greene, B.W., & Carroll, A. (1995). Comparisons of adult children of alcoholic, divorced and control parents in four outcome domains. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(3), 147-156.
- Sher, K. (1991). Children of alcoholics: a critical appraisal of theory and research. *Clin Psychol Rev*, 14, 87-90
- Sher, K., Walitzer, K., Wood, P., & Brent, E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 427-448.
- Sisson, R.W., & Azrin, N.H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 15-21.
- Steinglass, P. (1981). The alcoholic family at home. *Archives of General Psychology*, 38, 578-584.
- Steinglass, P. (1979). The alcoholic family in the interaction laboratory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167(7), 428-436.
- Steinglass, P., Bennett, L., Wolin, S., & Reiss, D. (1987). *The alcoholic family*. New York: Basic Books.
- Steinglass, P., & Kutch, S. (2004). Family Therapy: Alcohol. In: M. Galanter & H.D. Kleber (eds.): *Textbook of substance abuse treatment*. The American psychiatric publishing, s. 405-415.
- Stout, R.W., & Mintz, L.B. (1996). Differences among nonclinical college women with alcoholic mothers, alcoholic fathers and non-alcoholic parents. *Journal of Counselling Psychology*, 43, 466-472.
- Stout, R.L., McCrady, B.S., Longabough, R., Noel, N.E., & Beattie, M.C. (1987). Marital therapy enhances the long-term effectiveness of alcohol treatment. *Alcohol Clin Exp Res*, 11, 213.
- SOSY-2000 (2000). Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen. Statens Institut for Folkesundhed. www.si-folkesundhed.dk/sosy/
- Sundhedsstyrelsen (1992). *Børn i familier med alkohol- og stofproblemer*. København: Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og hygiejne, 18:92.
- Sundhedsstyrelsen (2003). *Alkohol, Narkotika, Tobak: Statistik 2002*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Nye tal fra Sundhedsstyrelsen: Alkoholbehandlingen i Danmark 2006*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sørensen, S.M. (2005). Målgrupperapport 2004 – Hvad kendetegner personer, der begynder i Århus Amts Alkoholrådgivning? Driftsområdet for Voksne Handicappede, Århus: Århus Amts Trykkeri, s. 1-27.
- Svanum, S., & McAdoo, G. (1991). Parental alcoholism: an examination of male and female alcoholics in treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 127-132.
- Thomas, C., & Ager, R. (1993). Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In: O'Farrell, T. (ed.). *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*, pp. 3-33. New York: Guilford Press.

- Thomas, C., & Corcoran, J., (2001). Empirically based marital and family interventions for alcohol abuse: A review. *Research on Social Work Practice*, 11(5), 549-575.
- Thormann, I. (2006). *Medfødte alkoholskader. Omsorg og behandling*. Hans Reitzels Forlag.
- Thormann, I., & Guldberg, C. (1995). *Hånden på hjertet. Omsorg for det lille barn i krise*. Hans Reitzels Forlag.
- Tunnard, J. (2002). *Research in practice: parental problem drinking and its impact on children*. Darington Hall, Totnes, Devon, UK; Research in Practice.
- Tweed, S.H., & Rhyff, C.D. (1991). Adult children of alcoholics: profiles of wellness amidst distress. *J Stud Alcohol*, 52, 133-41.
- Velleman, R. (2004). Alcohol and drug problems: an overview of the impact on children and the implications for practice. I: Gopfert, M, Webster, J., Seeman, M. (eds.). *Seriously Disturbed and mentally ill parents and their children*, 2nd edition, chapter 13. Cambridge: Cambridge University Press, 185-202.
- Velleman, R. (2002). The Children of problem drinking parents: an executive summary. Executive Summary series; Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Executive Summary series, 70, 1-5.
- Velleman, R., & Orford, J. (1999). *Risk and resilience: adults who were the children of problem drinkers*. London: Harwood.
- Velleman, R., & Orford, J. (1990). Young adult offspring of parents with drinking problems: Recollections of parents' drinking and its immediate effects. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 297-317.
- Velleman, R., & Templeton, L. (2003). Alcohol, Drugs and the Family: Results from a Long-Running Research Programme within the UK, *Eur Addict Res*, 9, 103-112.
- Webb, D., Robinson, B., & Moreland, L. (1992). Self-concept, anxiety, and knowledge exhibited by adult children of alcoholics and adult children of non-alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 38, 106-114.
- Werner, E., & Johnson, J.L. (2004). The role of caring adults in the lives of children of alcoholics. *Subst Use Misuse*, 39(5), 699-720.
- Werner, E., & Smith, R. (1998). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister, Cox.
- Werner, E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithica & London: Cornell University Press.
- West, M. & Prinz, R. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychol Bull*, 102, 204-218.
- Wilson, S.E., Bell, R.W., & Arredondo, R. (1995). Temperament, family environment and family history of alcohol abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12(3), 55-68.
- Worobec, T., Turner, W., O'Farrell, T., Cutter, H., Bayog, R., & Tsuang, M. (1990). Alcohol use by alcoholics with or without a history of parental alcoholism. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 14, 887-892.
- Wright, D., & Heppner, P. (1991). Coping among nonclinic college-age children of alcoholics. *Journal of Counselling Psychology*, 38(4), 465-472.

Yates, F. (1988). The evaluation of a "co-operative counselling" alcohol service which uses family and affected others to reach and influence problem drinker. *Br J Addict*, 83, 1309-19.