

Afhængighed og relationer

De pårørendes perspektiv

Afhængighed og relationer

De pårørendes perspektiv

Helle Lindgaard

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2008

© forfatteren og Center for Rusmiddelforskning 2008
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København
ISBN: 87-89029-71-2

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

Indholdsfortegnelse

Forord	7
Sammenfattende resume	9
Afhængighed og relationer – baggrund	
1. Indledning	23
Formål	23
Begrebsdefinition	24
Rapportens opbygning.....	26
2. Problemets omfang	27
Antal danskere med et problematisk alkoholforbrug	27
Antal pårørende	28
3. Problemets karakter – konsekvenser af misbrug for misbruger, de pårørende og samfundet	33
Konsekvenser for misbruger	33
Pårørende.....	35
Familien.....	39
Partner	45
Børn	48
Forældre.....	60
Søskende.....	64
Samfundet.....	64
Samlet sammenfatning	66
4. Forståelsesteori og -model	69
Forståelsesrammer.....	69
Forståelses- og behandlingsmodeller	71
En forståelsesmodel.....	79
Afhængighed og Relationer – resultater	
5. Metode og procedure	85
Undersøgelsens formål.....	85
Undersøgelsesdesign	85
Metode.....	86
Institutionerne og deres tilbud til de pårørende	88
Populationen	91
Statistiske analysemetoder	98
Metodemæssige begrænsninger og forbehold.....	100

6. Social funktion	103
Social støtte	103
Konfliktniveau.....	106
Det relationelle funktionsniveau	109
Nære relationer – parforhold.....	123
Familiens funktionsniveau	124
Følelser og reaktioner over for den afhængige	126
Sammenfatning.....	131
7. Sundhed og trivsel	135
Psykisk sundhed	135
Psykisk sundhed – modtaget hjælp	136
Eget misbrug.....	137
Overgreb	138
Pårørendehjælp.....	140
Hvordan har du det?	141
Selvværd	145
Symptomer på psykisk belastning.....	145
Mestring – problemløsning (CSQ).....	147
Påvirkning af dig og dit liv – samlet	152
Sammenfatning.....	156
8. De pårørendes børn	161
Antal børn.....	161
Trivsel.....	161
9. De forskellige pårørendegrupper – interne forskelle	171
10. Pårørende sammenlignet med referencepopulationer	173
11. Pårørende sammenlignet med misbrugere	179
Litteratur	185

Forord

Alkoholproblemer påvirker ikke blot den, der har problemet, men også vedkommendes nære relationer. Der er således overordnet to grunde til også at tage de pårørende i betragtning: Først og fremmest fordi de pårørende påvirkes af alkoholproblemerne og som følge heraf kan have et selvstændigt behandlingsbehov; og dernæst fordi involvering af de pårørende i alkoholbehandlingen kan fremme et positivt behandlingsudfald.

Nærværende rapport er den første af i alt tre rapporter fra projekt ”Afhængighed og Relationer”. Rapporten beskriver problemets omfang og karakter, ligesom resultater fra undersøgelsen ”Afhængighed og Relationer” præsenteres i forhold til yderligere at belyse de pårørendes belastninger, også sammenlignet med den drikkende part og med referencepopulationer. Den anden rapport ”Afhængighed og Relationer – behandlingsperspektiver” beskriver, hvorfor det kan være vigtigt at inddrage de pårørende i behandlingssammenhænge, samt hvilke metoder der har vist sig effektive. Derudover præsenteres flere resultater fra undersøgelsen ”Afhængighed og relationer”, herunder de pårørendes forandringer i forbindelse med behandling, samt deres oplevede udbytte. Den tredje rapport ”Afhængighed og Relationer – den drikkende parts perspektiver” omhandler, som titlen antyder, situationen set fra den drikkende parts side.

I alle tre rapporter sammenfattes eksisterende viden på hvert af de tre områder, herunder en sammenfatning af undertegnede tidligere arbejde på området, ligesom der suppleres med resultater fra den nyere undersøgelse ”Afhængighed og relationer”.

Sidstnævnte er en spørgeskemaundersøgelse suppleret med data af mere kvalitativ art. I alt har 415 pårørende og 210 med alkoholproblemer deltaget i undersøgelsen. De pårørende bestod af partner, tidligere partner, voksne børn, forældre og venner.

Især skal fremhæves de kvalitative data, der kaster lys over områder, hvor kvantitative data ikke kan komme, og som tilføjer nuancer og dybere forståelse til feltet. F.eks. i forhold til de pårørendes mere specifikke problemfelt og udbytte af pårørende behandling.

En stor tak skal gives til de mange pårørende, der deltog i projektet. For deres tid og engagement. Rigtig mange brugte lang tid. Ikke bare på at besvare et omfattende spørgeskema, men også på at skrive indholdsrige og oplysende besvarelser på de mange åbne spørgsmål.

Uden alle disse pårørende havde projektet slet ikke eksisteret. Uden dem havde vi ikke fået ny viden og indsigt.

Også en stor tak til behandlingsstederne FamilieCenteret (Behandlingscenter Tjele) og Majorgården, der åbnede dørene for projektet, - ikke mindst til personalet, som beredvilligt gik ind i projektet, brugte tid og kræfter på at motivere og engagere de pårørende samt praktisk medvirkede ved dataindsamlingen.

Det er mit håb, at den præsenterede viden kan komme de mange pårørende til gode. Ikke mindst i forhold til at kaste lys på de vanskeligheder, de måtte have, og mulige indsatser i denne sammenhæng.

Helle Lindgaard

Sammenfattende resume

Projektets overordnede sigte er at give en bred indføring i forhold til temaet ”Alkohol og relationer” fra såvel de pårørendes som misbrugers perspektiv. Misbrug blev defineret som ”alkoholbrug af en sådan karakter og/eller omfang, at dette opleves problematisk for misbruger og/eller de pårørende”. Pårørendegruppen bestod af voksne børn, partnere, tidligere partnere, forældre, søskende, anden familie og venner.

Nærværende rapport er den første i en række af tre, der alle har til formål at belyse, hvorledes misbruger og pårørende på forskellig vis interagerer med og påvirker hinanden.

I denne første rapport søges problemets omfang estimeret, herunder antallet af såvel misbrugere som pårørende i Danmark.

Derudover afdækkes de forskellige pårørendegrupper, ligesom deres specifikke vanskeligheder i livet med en misbruger belyses nærmere. Dette gøres dels ud fra eksisterende, international og national litteratur, og dels ud fra spørgeskemaundersøgelsen ”Afhængighed og relationer” (sidstnævnte beskrives nærmere nedenfor).

Desuden præsenteres en række teoretiske forklaringsmodeller i forhold til at forstå, *at* og *hvordan* misbruger og de pårørende påvirker hinanden.

Der findes ikke eksakte opgørelser over antallet af misbrugere og deres pårørende i Danmark. Ud fra forskellige registre, undersøgelser og antagelser menes der dog at være omtrent 500.000 med et problematisk alkoholforbrug i Danmark. Idet det antages, at hver af disse i gennemsnit har mindst to nære pårørende, menes der at være cirka en million danskere, som i forskellig grad og på forskellige tidspunkter i deres liv vil være påvirket af livet med alkoholproblemer blandt deres nærmeste. Heraf formodes der at være ca. 200.000 – 250.000 børn. Estimaterne for antallet af pårørende bekræftes tillige af danske undersøgelser på området.

I forhold til viden om de pårørende er der efterhånden en ganske omfattende mængde litteratur. Ifølge denne er der overhovedet ingen tvivl om, at misbrug kan have en lang række psykiske, fysiske og sociale konsekvenser for de pårørende.

Der er således omfattende dokumentation for, at hele familien bliver påvirket, når far og/eller mor har alkoholproblemer. 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 funktion.

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.

Specifikt i forhold til partner finder vi et forhøjet niveau af utilfredshed, indbyrdes konflikt og skænderier samt øget fysisk og psykisk vold. Partner har derudover flere psykiske og sundhedsmæssige problemer sammenlignet med en normal population samt anvendelse af flere medicinske ressourcer. Samtidig gælder det, at misbruger påvirkes ikke bare af eget misbrug, men også af især partner og parforholdets funktion. Det gælder bl.a. i forhold til misbrugers ædruelighed, behandling og tilbagefald.

Hvad angår børn og voksne børn, er situationen ganske særlig. Børnene er de eneste blandt de pårørende, som er afhængige af de voksnes omsorg, og som ikke har noget valg i forhold til deres situation. Det er også de eneste, der risikerer alvorlige varige men som følge af forringede udviklingsbetingelser. Den ganske omfattende forskning på området viser da også, at børnene er i risiko for en lang række psykiske, fysiske og sociale problemer som børn og som voksne.

Forældre og søskende er til gengæld ikke undersøgt tilnærmelsesvist så grundigt som de øvrige pårørendegrupper. Der er dog ingen tvivl om, at de også kan være belastet som følge af livet med en misbruger.

Samtidig fremgår det, at der også kan være tale om en gensidig vekselvirkning, hvor ikke bare de pårørende bliver påvirket af misbruger, men at det omvendte faktisk også er tilfældet. Det gælder i forhold til misbrugers drikkeadfærd, men også i forhold til behandling og tilbagefald.

Endelig fremgår det, at misbrug har langt mere vidtrækkende konsekvenser for samfundet end hidtil antaget. Det er således vigtigt, at beregningsgrundlaget ved økonomiske betragtninger udvides. Det betyder, at beregninger ikke alene kan tage udgangspunkt i misbrugeren, men også i høj grad bør inddrage de pårørende og deres vanskeligheder på en lang række områder, der rækker udover de til misbruget snævert knyttede. Således viser amerikanske undersøgelser, at misbrugers pårørende har en brugsrate af sundhedssystemet på op til fire gange større end almenbefolkningen. Derudover må man være opmærksom på, at misbrugsproblemer har konsekvenser udover det sundhedsmæssige felt, også for de pårørende. Ofte vil der være psykiske, fysiske, privatøkonomiske, arbejds- og familiemæssige konsekvenser for de pårørende, som ligeledes bør inddrages i de overordnede samfundsmæssige økonomiske betragtninger, især i forhold til børnene,

hvor problemerne og dermed også udgifterne kan være af langvarig karakter.

Denne kompleksitet fremgår også af afsnittet om forståelsesteori og -modeller. Således er der flere forskellige overordnede forståelsesrammer til at forstå, at, og i givet fald hvordan, de pårørende påvirkes af misbrug. I afsnittet præsenteres fire tilgange: Den reaktive, den patologiske, den kausale og den samarbejdsbaserede tilgang. Disse tilgange udmøntes på forskellig vis i diverse forståelses- og behandlingsmodeller, herunder systemteori, kognitiv adfærdsterapeutisk teori og sygdomsteori. Derudover præsenteres stress-strain-coping-support teorien, der i modsætning til de øvrige teorier har et særligt fokus på de pårørende frem for på misbruger. Hvordan misbrug og relationer hænger sammen, og hvilke mekanismer der er i spil, belyses ud fra teorier om udbrændthed og traumer samt Batesons teori om ”det alkoholiske selv”. Endelig præsenteres en forståelsesmodel, der netop belyser kompleksiteten og de mange faktorer, der er i spil i forhold til en samlet forståelse.

I anden del af rapporten redegøres for resultater af undersøgelsen ”Afhængighed og relationer”. Formålet med denne undersøgelse var at afdække de forskellige pårørendegrupper og belyse deres specifikke vanskeligheder yderligere. Et særligt formål var at undersøge de pårørendes belastningsgrad i forhold til misbruger. Eftersom det kun er misbruger, der som udgangspunkt er berettiget til hjælp, ville det være interessant at undersøge rimeligheden i dette.

Selve undersøgelsen tager udgangspunkt i 415 pårørende og 210 misbrugere. Pårørendegruppen består hovedsageligt af partnere (44 %), tidligere partnere (8 %), voksne børn (28 %) og forældre (11 %). Derudover indgik i begrænset omfang søskende (5,5 %), venner og anden familie (i alt 2 %). Gennemsnitligt var de pårørende 44 år, og der er en overvægt af kvinder (73 %). De afhængige var lidt ældre, gennemsnitligt 54 år. Her er der til gengæld overvejende mænd (66 %).

Dataindsamlingen fandt sted i 2004-2006 og er foregået med spørgeskemaer bestående af standardiserede spørgeskemaer samt en række supplerende spørgsmål, herunder nogle åbne, mere kvalitative spørgsmål.

Pårørendegruppen blev indsamlet via alkoholbehandlingsinstitutionerne Majorgården og Behandlingscenter Tjele, medens gruppen af afhængige kommer fra Majorgården.

Populationen er en ”semi-klinisk” population. Det skal forstås sådan, at størstedelen af de pårørende har fået pårørendebehandlingen tilbudt gratis som et led i den afhængiges behandling. Det er således ikke nødvendigvis den pårørendes eget aktive valg at søge behandling. Kun enkelte af de pårørende kommer andetsteds fra og ganske få betaler selv.

Deltagelse i undersøgelsen var frivillig og anonym. Inklusionskriterierne var, at man skulle deltage i pårørendebehandlingen på enten Majorgården eller Behandlingscenter Tjele, og at man var over 17 år.

Det blev udleveret spørgeskemaer til de pårørende (Majorgården og Tjele) og de afhængige (på Majorgården) ved behandlingsstart, ved afslutning af behandlingsforløbet samt et halvt til et år efter endt behandling.

Undersøgelsens resultater ligger overordnet inden for følgende områder:

- *Social funktion - relationer* (social støtte (CSS), konfliktniveau (ASI), overansvarlighed, mærke og udtrykke følelser og behov, skyldfølelse, kontrol, ansvar og bekymring i forhold til misbruger, kommunikation, belastninger i parforhold/familie, parforhold (AAS), familiefunktion (SFI))
- *Psykisk og fysisk sundhed* (psykisk belastning (BSI), depression, angst, selvmordsadfærd, selvværd (Rosenberg), eget misbrug, spiseforstyrrelser, fysiske/psykiske/seksuelle overgreb, psykosomatik, lægeordineret medicin)
- *Børn* (psykiske, sociale, fysiske vanskeligheder, misbrug)

I forhold til social funktion viser sig et billede af en pårørendegruppe, der generelt er belastet i forhold til deres sociale funktionsniveau.

Vi har således en meget belastet gruppe af pårørende, hvad angår oplevelsen af social støtte, på mellem 4,5 % og 9,5 %. En gruppe, der sjældent eller aldrig oplever at kunne tale om deres tanker og følelser, og som sjældent eller aldrig har nogen, der vil lytte til dem. Som aldrig eller sjældent oplever at få sympati og støtte. Som altid eller næsten altid føler sig svigtet, og aldrig eller næsten aldrig er tilfreds med den støtte, de evt. måtte få.

Den seneste måned har de pårørende gennemsnitligt haft lidt over tre konfliktdage med den nærmeste familie. Igen ser vi en gruppe på ca. 5 %, der har haft alvorlige konflikter med familien hver, hver anden eller hver tredje dag den seneste måned. Tre ud af fire af de pårørende har følt sig belastet af familiekonflikter, heraf har langt de fleste følt sig svært belastet. Konflikter med andre end familien (som oftest venner, kolleger og arbejdsgiver) oplever de pårørende knap to dage om måneden. Kun cirka halvdelen har været ”konfliktfri”, medens knap to ud af hundrede oplever konflikter hver dag.

Omtrent halvdelen af de pårørende har været besværet af ”sociale problemer” defineret som problemer med ”andre end familien” samt mere generelle sociale problemer såsom ensomhed og manglende venner. Heraf er det omtrent halvdelen, der oplever at være meget besværet.

Den pårørendes relationelle funktionsniveau blev undersøgt i forhold til overansvarlighed, egenomsorg, evnen til at mærke og udtrykke behov og følelser, skyldfølelse samt kontrol, bekymring, ansvar og kommunikation i forhold til misbruger. Derudover blev der spurgt til formodede belastninger i forhold til børn, parforhold og familiefunktion.

Her viste det sig, at en fjerdedel af de pårørende stort set ikke er i stand til at mærke og udtrykke egne behov og følelser og derfor ej heller kan drage omsorg for sig selv. Næsten alle pårørende handler overansvarligt, det vil sige påtager sit opgaver og ansvar, som egentlig er andres. Ligeledes er det næsten alle pårørende, der oplever, at misbruger kræver og får meget opmærksomhed af den pårørende. Mere end hver tredje gør det stort set hele tiden. To ud af tre tager i en eller anden grad ansvar for misbruger (f.eks. dækker over, sygemelder, rydder op og lign.), en tredjedel gør det rigtig meget. Tre ud af fire har problemer med opgavefordelingen derhjemme, en fjerdedel oplever det stort set altid. Ligeledes tre ud af fire forsøger at kontrollere misbruger, en tredjedel gør det næsten hele tiden. To tredjedele er bekymret for misbruger, næsten halvdelen er det stort set konstant. Skyldfølelse i forhold til misbruget har en tredjedel af de pårørende i nævneværdig grad.

Stort set alle oplever, at misbruget har haft konsekvenser for deres parforhold og/eller familieliv. En tredjedel af de pårørende angiver en meget høj belastningsgrad.

I forhold til partner er det en tredjedel, der på forskellig vis føler sig usikker i forholdet, og henholdsvis ”overinvolverer” sig, ”distancerer sig”, eller har en ”ængstelig” tilknytningsstil.

Hver femte mener direkte adspurgt, at familien stort set ikke eller overhovedet ikke fungerer, ligesom ingen vurderer, at deres familie fungerer optimalt. Lidt mere end hver fjerde, næsten hver tredje, mener, at familien er adækvat, halvdelen at den er middel, hver fjerde at den er borderline og fem ud af hundrede at den er alvorligt dysfunktionel.

Her skal der huskes på, at de pårørende ikke alle bor sammen med misbruger, men at en del faktisk har en anden familie (voksne børn, forældre, søskende). Alligevel er andelen, der har problemer med nuværende familie, børn, parforhold etc. forholdsvis høj, hvilket vidner om, at livet med en misbruger har relationelle konsekvenser udover blot den specifikke relation med misbruger.

Et åbent spørgsmål om de pårørendes følelser og reaktioner overfor den afhængige viste en udpræget ambivalens. For nogle optræder de ambivalente følelser samtidig, medens det for andre i højere grad handler om, hvorvidt den afhængige er aktivt drikkende eller ædru. I det hele taget bevæger de pårørende sig i hele det tilgængelige følelsesregister, når de skal beskrive deres følelser, gående fra intens had til dyb kærlighed, ligesom følelserne på mange måder intensiveres, såvel de gode som de dårlige.

Vrede er en af de mest fremtrædende følelser, formodentlig også som et forsvar mod alle de svære følelser af sorg, svigt, magtesløshed, angst og bekymring. Men heldigvis fylder kærligheden også en del.

Mulighederne for at bearbejde problemer i åben kommunikation med misbruger, herunder at tale om misbrug og problemer knyttet dertil, er stort set umuligt for hver tredje af de pårørende.

Psykisk og fysisk sundhed besvares bl.a. ud fra et åbent spørgsmål om, hvordan de egentlig går og har det. Her fordeler de pårørendes svar sig i tre omtrent lige store grupper.

- En gruppe, der har det rigtig skidt, med depressionstendenser, identitetsforvirring, tomhed, menings- og modløshed, angst, vrede, indre uro, ensomhed og psykosomatik.
- En gruppe, der er ambivalent, og som bærer præg af at være i en slags "standby" tilstand, hvor den afhængige er i behandling eller lige har været det, og hvor denne nye situation endnu er ukendt og både skræmmende og fuld af muligheder.
- Og endelig en gruppe, der efter omstændighederne har det rimelig godt, og er i besiddelse af beslutsomhed og tro på fremtiden. For nogle handler det om at finde ud af livet sammen med den afhængige, for andre om at finde sig selv, uden den afhængige i sit liv.

Hver tredje angiver angst/anspændthed og/eller hukommelses-/koncentrationsbesvær. Hver sjette har oplevet depression og/eller kontroltab (f.eks. vrede eller gråd). Lidt mere end fem ud af hundrede har spiseforstyrrelser. Selvmordsadfærd har mellem tre og seks ud af hundrede. Seks ud af hundrede har haft selvmordstanker, tre ud af hundrede har truet med selvmord, og ligeledes tre ud af hundrede har forsøgt at begå selvmord en eller flere gange livet igennem.

Seks ud af hundrede angiver andre symptomer end de på forhånd definerede såsom søvnproblemer, træthed, uro og generelt lavt selvværd.

Sammenlignet med en referencepopulation viste det sig, at de pårørende har et stærkt signifikant højere symptomniveau på psykisk belastning på samtlige dimensioner.

En måling af selvværd viste, at hver tredje pårørende har lavt selvværd. Det vil sige, at de er utilfredse med sig selv, føler sig uduelige, nyttesløse og mislykkede, ligesom de føler et mindreværd i forhold til andre mennesker.

Generelt ses en intensivering af mange af de nævnte symptomer og oplevelser den sidste måned inden behandling. Hvad der er årsag og virkning kan være svært at afgøre. Måske er det den øgede belastning, der har medført ønsket om behandling for såvel den pårørende som den afhængige (for mange af de pårørende er den afhængige lige begyndt i behandling). Måske er det den forestående behandling, der har øget belastningen eller oplevelsen af belastningen. Eller det kan være usikkerhed forbundet med selve behandlingen og det, der måtte komme ud af det (såvel den pårørendes som den afhængiges behandling).

Hjælp til ovennævnte psykiske/følelsesmæssige problemer har op imod hver femte pårørende fået. Således er det hver femte, der har fået hjælp fra psykolog/psykiater, medens at hver tiende har modtaget lægeordineret medicin for et psykisk problem. Hjælp i misbrugsbehandlingsregi har kun fem ud af hundrede fået.

Derudover blev der spurgt til de pårørendes egne problemer med misbrug af forskellig art. Hver sjettede angiver, at de selv på et tidspunkt har haft eller stadig har eget misbrug. Halvdelen af disse angiver alkoholmisbrug. Det svarer til, at næsten hver tiende af de pårørende har eller har haft et problematisk alkoholforbrug, heraf har knap en fjerdedel det stadig. Hver sjettede pårørende har eller har haft et misbrug af piller, hver fjerde af hash, hver ottende af ”feststoffer” (ecstasy, amfetamin, crack, lsd og/eller kokain), medens fem ud af hundrede har haft et misbrug af hårdere stoffer (heroin, morfin, ketogan og/eller metadon). Nogle har misbrug af mere end ét stof. Hver fjerde angiver et ”andet misbrug” defineret som ludomani, spiseforstyrrelser, rygning og shopping. Af dem, der har eller har haft misbrug, har næsten halvdelen, fire ud af ti, fået hjælp til at komme ud af det. Af alle pårørende er det syv ud af hundrede, der har fået hjælp til et misbrugsproblem.

En mere indirekte tilgang til ”misbrugsadfærd” fremgår af de fire ”misbrugsrelaterede” mestringsstrategier (rygning, mad, alkohol, piller). Her viste det sig, at en fjerdedel af de pårørende drikker mere, end de plejer, når

de udsættes for stress. Fem ud af hundrede gør det altid eller ofte. Under alle omstændigheder er det foruroligende, at så mange af de pårørende faktisk, ligesom misbruger, anvender alkohol som en mestringsstrategi. Især i forhold til at støtte op om misbrugers ædruelighed og anvendelse af alternative, mere konstruktive mestringsstrategier. Endnu mere udbredt er det at spise mere eller mindre i stresssituationer. Det gør to tredjedele af de pårørende, en tredjedel altid eller ofte. Rygning som reaktion på stress benytter næsten halvdelen af de pårørende sig af, en tredjedel altid eller ofte. At tage beroligende medicin er den mindst udbredte mestringsstrategi blandt de pårørende. Knap ni ud af hundrede benytter sig af dette. To ud af hundrede ofte eller altid.

Fælles for alle de her nævnte mestringsstrategier er, at den pårørende, i stedet for at forholde sig til et evt. problem og forsøge at løse det konstruktivt, vælger at drikke, spise, ryge eller tage medicin for dermed at forsøge at ”bedøve” og fortrænge problemerne. Alle fire mestringsstrategier er dermed overordentligt destruktive mestringsstrategier, ikke kun fordi de på ingen måde løser problemerne, men også fordi de er sundhedsskadelige for det enkelte menneske. Foruroligende er det, at så mange pårørende benytter sig af alkohol som en mestringsstrategi.

En ganske stor del af de pårørende har været udsat for fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb. Hver fjerde har været udsat for voldelige overgreb, hver tredje har været udsat for psykiske overgreb, og næsten hver tiende har været udsat for seksuelle overgreb, som oftest fra en forælder eller en partner. Nogle overgreb har fundet sted i barndommen, nogle bare en enkelt gang, andre gentagne gange, og nogle overgreb er mere eller mindre en del af dagligdagen med en misbruger.

Der blev også spurgt, i hvilken grad de pårørende tidligere havde fået hjælp til livet med misbrug eller havde deltaget i misbrugers behandling. Knap hver sjette havde tidligere deltaget i eller fået en eller anden form for hjælp. Blandt partnere var det hver fjerde, der havde fået hjælp som par og/eller familie. Som barn af en afhængig var det til gengæld kun hver tiende.

Som oftest har de pårørende deltaget som ”appendiks” til misbrugers behandling, hvor fokus har været på misbruger og ikke på den pårørende. Derudover har det være korte pårørendekurser, selvhjælpsgrupper eller psykolog.

Endelig blev de pårørende i et åbent spørgsmål bedt om selv at angive, om og i givet fald hvordan de var påvirket socialt, følelsesmæssigt, helbredsmæssigt og/eller økonomisk af livet med en afhængig. Stort set alle er på-

virket på flere af de nævnte områder, men en hel del er det faktisk på samtlige områder. Følelsesmæssige og sociale vanskeligheder er som forventet meget udbredte. Det drejer sig om manglende selvværd, depressive tendenser, angst, ikke at kunne mærke og udtrykke behov og følelser. Og det er manglende evne til nære relationer, mistillid, svigt, ensomhed og isolation. Ligeledes fylder de helbredsmæssige problemer meget, også mere end forventet. Mange føler sig generelt nedslidte og trætte, en del har hovedpine og mavesmerter samt søvn- og hukommelsesbesvær. Nogle har kliniske diagnoser på depression, mavesår, for højt blodtryk, ligesom en del angiver vægtproblemer, enten som følge af manglende appetit, eller trøstespisning. Derudover angiver overraskende mange, at alkoholproblemerne tillige har påvirket deres arbejdsmæssige situation. Nogle har svært ved at finde overskud og koncentration, og nogle er slet ikke i stand til at arbejde (revalidering/sygemelding).

Næsten alle af de pårørende har børn (syv ud af ti). Hvad angår børnenes trivsel, er det hver fjerde pårørende, der har et eller flere børn, der har fået hjælp til fysiske/faglige problemer. Typisk indlæringsmæssige vanskeligheder. Næsten hver tredje har et eller flere børn, der har fået hjælp til psykiske/følelsesmæssige problemer.

Blandt dem, der har børn over 10 år¹, er det næsten hver fjerde, der angiver, at deres barn/børn har haft misbrugsproblemer. Typisk af alkohol, men også hash, feststoffer, snifning, piller og hårde stoffer.

På det åbne spørgsmål om børnenes trivsel hører vi om børnenes mange reaktioner på alkoholproblemerne i familien. Der er vrede børn, børn der er kede af det og sorgfulde over alt for mange svigt og en deraf følgende manglende tillid i forhold til far/mor/verden, bekymrede og forvirrede børn, usikre på tilbagefald og hvad fremtiden vil bringe. Og bange, usikre og forskrækkede børn, der er bange for den misbrugende forælder, når denne er påvirket, forskrækkede og usikre over for den nye situation med en forælder i behandling. Eller børn, der reagerer udad med vrede eller psykosomatik, f.eks. mavepine, spiseforstyrrelser eller skolefobi. En hel del børn, ikke mindst voksne børn, har brudt med den misbrugende part, om ikke andet så når denne er aktiv. Mindre børn trækker sig, væk eller ind i sig selv. Der er også nogle ældre/voksne børn, der mener, det er den ædru forælder, der bare er hysterisk eller måske oven i købet skyldig i problemernes tilstand. Desuden er der en del børn, der reagerer på den ædru forælder; det kan være dennes manglende omsorg, det kan være dennes frustrationer, træthed, afmagt, der smitter af på børnene. Endelig er der nogle pårørende, der ikke mener, deres børn har mærket noget, og nogle er tydeligt overraskede over

¹ Der var børn helt ned i tiårsalderen med misbrugsproblemer.

det modsatte, at deres børn havde gennemskuet situationen længe før deres forældre.

Sammenfattende kan vi således konkludere, at op imod hver tredje af de pårørende med børn har et eller flere børn, der på den ene eller anden måde mistrives i nævneværdig og behandlingskrævende grad.

Derudover blev de forskellige pårørendegrupper sammenlignet med henblik på at afdække eventuelle forskelle og ligheder. Her viste det sig, at der ikke er de store forskelle i belastning mellem de forskellige pårørende, men at alle er belastede af livet med en misbruger. Dog viste det sig, at partner, tidligere partner og voksne børn generelt er mere belastede end forældrene til en misbruger. Ikke sådan at forstå, at forældregruppen ikke har det svært. De har det bare gennemsnitligt mindre svært end partner, tidligere partner og voksne børn.

Sammenlignet med en referencepopulation viste det sig, at de pårørende generelt var stærkt signifikant mere belastet end den almene befolkning i forhold til psykisk belastning, parforhold og familiefunktion. Ydermere så vi, at familiefunktionen tillige var mere dysfunktionel end i en generel klinisk referencepopulation.

Endelig blev de pårørende sammenlignet med misbruger. Her viste det sig, at de pårørende som en samlet gruppe på stort set alle områder er lige så belastede og dårligt fungerende som misbruger. Mest bemærkelsesværdigt er det nok, at partner, tidligere partner og voksne børn har lige så mange symptomer på psykisk belastning som misbruger.

- **Vi formoder, at ca. 500.000 danskere har et problematisk alkoholforbrug.**
- **Vi formoder, at der er ca. en million danskere, som i forskellig grad og på forskellige tidspunkter i deres liv vil være påvirket af livet med alkoholproblemer blandt deres nærmeste.**
- **Vi formoder, at ca. 250.000 børn vokser op med misbrug blandt deres forældre.**
- **De pårørende kan være følelsesmæssigt, socialt, helbredsmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk belastet.**
- **Misbrug har langt mere vidtrækkende konsekvenser for samfundet end hidtil antaget, f.eks. har misbrugers pårørende en brugsrate af sundhedssystemet på op til fire gange større end almenbefolkningen.**

- Især for misbrugers børn har det store konsekvenser, ikke mindst fordi børnenes vanskeligheder kan følge dem ind i voksenalder – og til næste generation.
- Den psykiske belastning er lige stor, hvad enten man er pårørende eller misbruger.
- Der er tale om en gensidig vekselvirkning, hvor pårørende og misbruger påvirker hinanden gensidigt.

Man kan undre sig over, at pårørende ikke tilbydes hjælp på lige fod med misbruger, inddrages i behandlingen for deres egen skyld, for misbrugers skyld og for samfundets skyld:

- fordi de pårørende ikke bare påvirkes af, men også påvirker misbruger og dennes situation, ikke mindst drikkeadfærd, behandling og tilbagefald.
- fordi de pårørende har brug for det, og fordi misbruger har brug for det.
- fordi de pårørende og misbruger indgår i en gensidig vekselvirkning.
- fordi de pårørende i forvejen belaster det sundhedsmæssige og sociale system med diverse symptombehandling.
- fordi det er bedre at forebygge end behandle, det gælder især i forhold til børnene.

Afhængighed og relationer

Baggrund

1. 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 dennes nære relationer. Igennem de senere år er man inden for forskning omkring misbrug således blevet mere opmærksom på samspillet mellem det enkelte individ og samfundet, det lokale miljø og ikke mindst de pårørende. Ligeledes har også udviklingen inden for familiebehandlingsområdet påvirket synet på misbrug, sådan at misbrugsproblematikken ikke alene betragtes som et individuelt problem, men også som et relationelt problem, hvor især partner og børn i en eller anden grad vil være påvirket af misbruget.

Det betyder, at vi i dag ved, at pårørende 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.

Samtidig ved vi også, at de pårørende kan have indflydelse på misbruger og ikke mindst dennes behandlingsforløb og tilbagefald.

Det vil sige, at vi ikke længere er i tvivl om, at misbrugsproblemer 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 såvel misbruger som dennes familiemedlemmer, om end der stadig er plads til udvikling på feltet. Til gengæld er vi, om ikke håbløst, så i hvert fald, alarmerende bagefter i forhold til faktiske relationsorienterede indsatser og tilbud til misbruger og familien.

Formål

Nærværende rapport er den første af tre rapporter. Formålet med denne første rapport er at afdække problemfeltet i forhold til følgende temaer:

- Hvem er de pårørende, og hvor mange er der i Danmark
- Hvad er de pårørendes vanskeligheder fordelt på specifikke grupper af pårørende og med udgangspunkt i eksisterende forskning
- Teoretiske forklaringsmodeller i forhold til at forstå, *at* og *hvordan* misbrug påvirker de pårørende
- Belysning af undersøgelsen ”Afhængighed og relationer” samt hvorledes denne bidrager til det samlede billede af de pårørendes situation. I den forbindelse også sammenligninger af de forskellige pårø-

rende grupper internt samt af misbruger og de pårørende i forhold til belastningsgrad

Den anden rapport i trilogien kommer til at afdække den behandlingsmæssige side af problemstillingen. Hvorfor pårørende bør inddrages i alkoholbehandlingen og hvordan, i forhold til misbrugers såvel som de pårørendes behov og med henblik på såvel behandling som forebyggelse.

Den tredje rapport vil belyse temaet ”afhængighed og relationer” fra misbrugers perspektiv.

Begrebsdefinition

Det følgende vil overordnet omhandle pårørende til mennesker med alkoholproblemer. Der vil dog være visse overlap i forhold til stofmisbrug, og i mindre omfang vil dette felt indgå. Som udgangspunkt er det imidlertid alkoholmisbrugere og deres pårørende, der er det primære fokus, og hvor intet andet er nævnt, er det alkohol, der henvises til, også når der blot står ”misbruger”.

Det er valgt at anvende begreberne ”misbruger” og ”den afhængige” om et menneske med alkoholproblemer, selvom dette er en noget karikeret fremstilling. Begreber som ”den drikkende”, ”den der har alkoholproblemer” kunne også være valgt, men synes at være lige så misvisende og desuden mindre læsevenlige. ”Misbrug” og ”afhængighed” henviser således ikke altid til de dertil hørende diagnoser, men til alkoholproblemer af en sådan karakter, at dette har været skadende for de pårørende, hvad enten det så drejer sig om storforbrug, misbrug eller afhængighed.

Ser vi på de diagnostiske kriterier for alkohol misbrug ifølge Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder/DSM-IV (American Psychiatric Association/APA, 1994) fremgår det, at det ikke alene handler om mængden af alkohol, der indtages, men også om de negative følger af alkoholmisbrug for misbruger såvel som for de pårørende. Det handler altså i mindst lige så høj grad om, *på hvilken måde og i hvilken grad* misbruget påvirker misbruger og dennes relationer til sine nærmeste.²

DSM-IV definerer således alkoholmisbrug som alkoholbrug, der resulterer i:

² Det skal bemærkes, at DSM-IV diagnosekriterierne adskiller sig fra ICD-10 diagnosekriterierne, der i højere grad vægter det personlige aspekt, psyke og soma for misbruger.

1. Failure to fulfil major role obligations at work, school, or home (e.g. repeated absences or poor work performance, neglect of children or household)
2. Continued drinking even in situations where it is physically hazardous (e.g. driving an automobile or operating machinery)
3. Recurrent alcohol-related legal problems (e.g. arrests for disorderly conduct while drinking)
4. Continued drinking despite persistent or recurrent social or interpersonal problems it may cause (e.g. arguments with spouse, physical fights).

Når fokus netop er på de pårørende, ses også definitioner som:

“A clinical diagnosis of alcohol abuse can be assigned to an individual who consumes enough alcohol to disrupt major role obligations in the home” (Ripley, Cunion & Noble, 2006, s. 172).

Frid Hansen, der er psykolog og fagchef ved Borgestadklinikken i Norge, argumenterer ligeledes for, at det ikke er mængden af alkoholindtag, der er afgørende for, om der er tale om alkoholmisbrug, men de konsekvenser det har i bred forstand. Således definerer Frid Hansen (Hansen, 1990, s.737), 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

I nærværende rapport er således valgt en definition på alkoholproblemer, der ikke handler om mængde eller alene individuelle påvirkninger af misbruger, men i højere grad om måden der drikkes på og de relationelle konsekvenser heraf.

Pårørendefeltet dækker over en bred vifte af mulige relationer til misbruger. Som oftest vil der være tale om partner, (voksne) børn og forældre, men det kan også være søskende, venner, kolleger og anden familie. I det følgende vil pårørendebegrebet dække bredt med mindre andet er nævnt.

Rapportens opbygning

Rapporten består af i alt 11 kapitler fordelt på to overordnede afsnit, hvor første del er et baggrundsafsnit, medens anden del redegør for resultater fra undersøgelsen ”Afhængighed og relationer”. Efter nærværende indledning følger kapitel 2 med et forsøg på at estimere problemets omfang. Det vil sige antallet af såvel misbrugere som pårørende i Danmark. Konsekvenser af misbrug for både misbruger og de pårørende afdækkes med udgangspunkt i den på området vigtigste empiri i kapitel 3.

Til forklaring og forståelse af, *at* og *hvordan* misbrug påvirker de pårørende, præsenteres i kapitel 4 forskellige teoretiske modeller kombineret med psykologisk viden inden for beslægtede områder.

Anden del af rapporten består af kapitlerne 5-11. Her præsenteres resultater fra undersøgelsen ”Afhængighed og relationer” med henblik på yderligere at afdække de pårørendes situation og deres vanskeligheder inden for områderne social funktion, sundhed og børn. Afsnittet indledes med kapitel 5, der gennemgår undersøgelsens metode og procedure, statistiske analyser og forbehold. Derefter følger resultaterne vedrørende de pårørendes sociale funktion samt deres psykiske sundhed og trivsel. Kapitel 8 omhandler de pårørendes børn. I kapitel 9-11 foretages en sammenligning af de forskellige pårørendegrupper med henblik på at belyse eventuelle forskelle grupperne imellem. Ligeledes sammenlignes de pårørende med referencepopulationer. Endelig undersøges forskelle mellem misbruger og de pårørende i forhold til belastningsgrad.

2. Problemets omfang

Antal danskere med et problematisk alkoholforbrug

Vi ved ikke med sikkerhed, hvor mange voksne i Danmark der har alkoholproblemer, ligesom vi ikke ved, hvor mange pårørende der vil være påvirket. Dette skyldes, at der endnu ikke findes en dækkende registrering af feltet i Danmark, hverken af voksne danskere med alkoholproblemer eller deres pårørende.

Vi anslår imidlertid, at der er omkring en halv million danskere med et problematisk alkoholforbrug, og at hver af disse har mindst to pårørende. Dette betyder, at cirka en million danskere i forskellig grad og på forskellige tidspunkter i deres liv vil være påvirket af livet med alkoholproblemer blandt de nærmeste. Af disse regner vi med, at mindst 200.000 er 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 pårørende, der i kortere eller længere tid lever med dette som en livsbetingelse.

Til dette formål kan anvendes international forskning på området. Især ses resultater fra to store (over 40.000 personer) repræsentative, amerikanske undersøgelser fra henholdsvis 1991-92 og 2001-2002 (Grant et al., 2004). Disse undersøgelser viser, at 4,38 %/3,81 % af den voksne befolkning er afhængige af alkohol, og at 3,03 %/4,65 % 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 end 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, cirka 10 % af den danske befolkning, har et alkoholforbrug, der i forskellig grad kan være et problem ikke blot for den drikkende part selv, men også for eventuelle pårørende, såsom partner, børn, forældre og søskende.

Antal pårørende

Ligesom vi ikke med sikkerhed kender antallet af danskere med alkoholproblemer, ved vi heller ikke med sikkerhed, hvor mange blandt disse der har pårørende og i givet fald hvor mange og hvem (partner, børn, forældre etc.).

Hvis vi imidlertid antager, at hver af disse storforbrugere/misbrugere i gennemsnit påvirker to andre mennesker, betyder det, at omtrent en million danskere på et eller andet tidspunkt vil være påvirket af en andens drikkeadfærd. Dette tal bekræfter en undersøgelse foretaget af Trygfonden med udgangspunkt i Zaperas Danmarkspanel (Hede og Jacobsen, 2008). Den viser, at 20,1 % af den danske befolkning i forskellig grad er utrygge (gående fra meget utryg til kun lidt utryg) for, at nogen i familien har eller er på vej ud i et misbrug. Undersøgelsen er baseret på 4.180 interviews med et repræsentativt udsnit af den danske befolkning i alderen 15-65 år.

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 p.t. 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 det nuværende NAB-grundlag 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 der var aktive alkoholproblemer. Vi kan derimod fastslå, at mindst 35 % er gift/samlevende på det tidspunkt, de modtager behandling for deres alkoholproblem. Dertil kommer den del af de fraskilte, der stadig har kontakt til misbruger, ikke mindst i forhold til eventuelle fælles børn.

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 dér 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 forælders 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 nødvendigvis i ovennævnte statistik.

Ser vi på statistikken fra DanRIS-Alkohol (registrering fra Center for Rusmiddelforskning over danskere i døgnbehandling, nu delvist overtaget af

NAB), 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 to internetbaserede spørgeskemaundersøgelser lavet på foranledning af henholdsvis Trygfonden og TUBA (Hede og Jacobsen, 2008; TUBA, 2008).

Trygfondens undersøgelse viste, at hver femte i den danske befolkning i forskellig grad er utrygge (gående fra meget utryg til kun lidt utryg) for, at nogen i familien har eller er på vej ud i et misbrug. Knap 16 % angav, at det var deres opvækst-familie, der var belastet af misbrugsproblemer, heraf var en tredjedel belastet i alvorlig grad (Hede og Jacobsen, 2008).

TUBA's undersøgelse blev udført af Userneeds Danmarkspanel via et online spørgeskema, der blev sendt ud til panellisterne per e-mail. Alle, deltagere var sikret anonymitet. Userneeds benytter ikke selvrekuttering, hvilket betyder, at man ikke selv kan tilmelde sig Danmarkspanelet. Alle medlemmer af Danmarkspanelet er inviteret til at deltage i panelet i forbindelse med pop-up undersøgelser, som Userneeds har gennemført på en lang række forskellige hjemmesider i Danmark. Stikprøven er tilfældigt udvalgt og er i forhold til Danmarks Statistik repræsentativ på køn, alder og regional geografi. I alt besvarede 951 spørgeskemaet. Undersøgelsen viste, at 29 % i en eller anden grad på et eller andet tidspunkt i opvæksten har oplevet deres forældres alkoholforbrug som et problem. For 10 % var det næsten aldrig et problem, hvilket betyder, at 19 % oplever, at deres forældres alkoholforbrug var et problem af en vis størrelse (14 % af og til, 5 % stort set hele tiden), (TUBA, 2008).

Omregnet svarer disse 16-19 % til, at op imod 250.000 børn vokser op i en familie med alkoholproblemer. Et tal der ligeledes stemmer overens med vore hidtidige antagelser.

Sundhedsstyrelsen har nemlig 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 i Sundhedsstyrelsens regnestykke, 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.

Desuden har vi data på, at ca. 60.000 børn har en forælder, der har været indlagt på et hospital med en alkoholrelateret lidelse (Christoffersen, 1999). 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.

Det egentlige antal af børn, der vokser op med en far og/eller mor med alkoholproblemer formodes derfor at være højere end den nuværende (officielle) 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 være påvirket af disse problemer. I alt regner vi med, at op imod hver femte dansker på et eller andet tidspunkt vil være pårørende til en misbruger og i forskellig grad være påvirket af dennes adfærd.

3. Problemets karakter – konsekvenser af misbrug for misbruger, de pårørende og samfundet

I det følgende skal vi se på, hvilke konsekvenser et misbrug kan have for misbruger selv såvel som for misbrugers relationer. Til dette billede hører også en mere overordnet samfundsorienteret betragtning.

Konsekvenser for misbruger

For at forstå, hvilken indflydelse et misbrug kan have på misbrugers relationer, skal der først ganske kort redegøres for, hvordan misbruger selv påvirkes af sine alkoholproblemer.

Ifølge de tidligere nævnte DSM-IV kriterier ser vi toleranceforøgelse, abstinenser, manglende kontrol over alkoholforbruget, et stadigt øget tidsforbrug og fokus på alkohol, således at vigtige aktiviteter (herunder familie og børn) reduceres eller helt opgives, samt at individet fortsætter den destruktive adfærd på trods af viden om, at netop denne adfærd forværrer situationen (APA, 1994).

På længere sigt vil der være tale om fysiologisk påvirkning og på længere sigt varig nedbrydning af en lang række af kroppens organer (lever, bugspytkirtel, knogler) samt en øget risiko for cancer.

En dansk medicinsk teknologivurdering anslår, at mindst 16 % har fysiske lidelser, der skyldes alkohol (Nielsen et al., 2006).

Derudover vil der ofte opstå psykiske vanskeligheder, eller der kan ske en forværring af eksisterende 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 Sundhedsstyrelsens Medicinske Teknologivurdering (MTV) af alkoholbehandlingen i Danmark anslås det, at mindst 10 % har en depression, flere har en angstlidelse, ligesom mindst 10 % anslås at have en personlighedsforstyrrelse (Nielsen et al., 2006). En rapport fra Alkoholrådgivningen i Århus viser, at 62 % af klienterne der tidligere havde været i behandling for et psykisk/følelsesmæssigt problem, medens 41 % ved indskrivning indtog medicin for et psykisk problem (Sørensen, 2005).

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 dobbeltbelastning 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 forhold til partner, i forhold til den nærmeste familie (forældre og søskende), 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. Nogle gange ses også kriminell adfærd, som f.eks. vold og spirituskørsel, som i værste fald medfører alvorlige konsekvenser for andre mennesker med de deraf følgende problemer og måske fængselsstraf.

Specifikt i forhold til forældreverner på dette grundlag kan der selvfølgelig ikke generaliseres. Men som oftest vil der i forskellig grad mangle overskud til at varetage en forældrerolle. Efterhånden som alkoholproblemerne eskaleres, 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 skaber så mange problemer i familien, at dette bliver yderligere forstærkende for drikkeadfærd, ligesom alvorlige samvittighedskvaler desangående ligeledes kan forstærke drikkeadfærd.

En helt afgørende pointe er, at stort set ingen mennesker, og som oftest kun af patologiske årsager, er ligeglade med deres nære relationer. Især i forhold til børn er der ingen tvivl om, at forældre som udgangspunkt vil deres børn det bedste.

Når det ikke lykkes for misbruger at tage vare på sine nære relationer, skyldes det som oftest uvidenhed om konsekvenser af drikkeriet for andre mennesker, men også og især afhængighedens natur.

Misbruger bliver fraværende, sanserne bedøves, misbruget bliver det centrale, og virkeligheden forvrænges og benægtes. Misbruger bliver viklet ind i 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 misbruger er som oftest fanget ind af kræfter, der er så stærke, at de, for langt de fleste, går langt udover et almindeligt viljesmoment.

Det skal i denne forbindelse bemærkes, at ovenstående ikke beskriver en homogen gruppe. Tværtimod er misbrugere en meget heterogen gruppe, hvor forskellige faktorer spiller ind i forhold til sværhedsgraden og arten af alkoholisme. Det drejer sig bl.a. om forhold omkring starttidspunkt, drikkemønster, køn og co-morbiditet.

Samtidig ved vi, at misbrug(-er) påvirkes af de pårørende. Således er der dokumentation for, 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). Hertil 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 misbruger forbliver i behandlingsforløbet (Dobkin et al., 2002). Med andre ord vil positive relationer kunne øge chancen, for at misbruger bliver og forbliver ædru.

Vi ser altså at misbruger ikke blot påvirkes af sit eget misbrug, men også såvel negativt som positivt af de pårørende.

Konsekvenser for pårørende

I modsætning til ovenstående er litteraturen i forhold til de pårørendes situation veldefineret, solid og omfattende.

Som tidligere nævnt dækker pårørendebegrebet over en bred vifte af relationer, herunder især partner, børn og forældre, men også søskende, bedsteforældre, nære venner, kolleger og ”anden familie”.

At være pårørende til en misbruger kan derfor være et vidt begreb. Man kan være involveret i forskellig grad og på forskellig vis. Hvis man er partner, kan man være følelsesmæssigt og økonomisk afhængig, hvis man er forælder, kan man føle ansvar og måske også skyld, og hvis man er barn af en misbruger, kan man være dybt afhængig; følelsesmæssigt, socialt og økonomisk. For nogle børn kan det være et spørgsmål om overlevelse.

Pårørende får ofte problemer direkte knyttet til misbrugers adfærd, såsom krænkelser, trusler, vold, svigt, kaos og uforudsigelighed. Men også til de

mere indirekte påvirkninger, som følger af at være vidne til et andet menneskes selvskadende adfærd og de problemer, det medfører.

Ofte tager pårørende del i tildækningen af problemerne udadtil og bliver dermed aktiv deltager i misbrugers destruktive mønstre. Løsningsforsøg (om der er nogen) mislykkes igen og igen, og for hver gang kan de pårørende få psykiske og psykosomatiske reaktioner. Sådanne reaktioner kan vedvare eller opstå mange år efter, også selvom deres livssituation har ændret sig.

Nordlie har over en tidsperiode på otte år lavet en systematisk undersøgelse af 273 pårørende om deres fysiske sundhed (Nordlie, 2003). De pårørendes familiemedlemmer var hovedsageligt alkoholmisbrugere (80 %), medens de resterende havde andre misbrugsproblemer (piller og stofmisbrug). De pårørende var fordelt sådan, at hver fjerde var partner, hver tredje var voksent barn, hver fjerde var både voksent barn og partner, og hver ottende var forælder.

Undersøgelsen viste, at 96 % af alle familiemedlemmerne havde haft smerter i nakke, ryg og skuldre inden for det sidste år. Betydelig hovedpine (som var funktionsreducerende og varede to-tre sammenhængende dage mindst én gang om måneden) havde 64 %, mest hos de voksne børn hvor det var 72 %. To tredjedele (69 %) havde oplevet betydelige maveproblemer, igen mest hos de voksne børn. Brystsmerter og åndedrætsproblemer havde seks ud af 10 oplevet, som oftest forbundet med angst og hyperventilering. Dissociative tilstande (f.eks. lammelser, synsforstyrrelser) havde hver femte pårørende oplevet. Derudover havde tre fjerdedele af kvinderne (76 %) haft betydelige underlivsproblemer det sidste år.

Ikke overraskende havde dette ført til høj grad af (og ofte lange) sygemeldinger fra arbejdet samt et stort og regelmæssigt forbrug af vanedannende medicin, især benzodiazepiner og opiater. For nogle havde de somatiske symptomer tilsyneladende været indgangsdøren til medikamentafhængighed (ibid.).

Nordlie har tidligere afdækket psykiske vanskeligheder blandt de pårørende (Nordlie, 1995). Her fandt han, at mange pårørende var præget af følelser som skam, skyld, angst, selvforagt, depression og lavt selvværd (ibid.).

Svenkerud og Hansen (2005) undersøgte 144 pårørende, der var henvist til specialsundhedstjenesten ved Borgestadklinikken³ i Norge. Omtrent en

³ Borgestadklinikken er et norsk behandlings- og kompetencecenter for rusproblemer bredt.

tredjedel var forældre til misbrugere, en tredjedel var ægtefæller og en tredjedel var voksne børn. En meget lille gruppe var søskende. De fleste var pårørende til en med alkoholproblemer, men også stof- og pillemisbrug forekom, enten alene eller i kombination med alkohol.

En stor del af de pårørende angiver at have haft betydelige fysiske lidelser det sidste år. Dertil kommer de mange psykiske plager, såsom oplevelser af skam, begrænsninger i aktiviteter uden for hjemmet, negativ påvirkning af deres arbejds-/skoleliv, ligesom mange oplever at have økonomiske problemer knyttet til deres livssituation.

På Hopkins Symptom Check List (HSCL), som måler symptomer på angst, depression og somatik, lå gennemsnitscoren på 2,21, hvor den normale cut-off værdi er på 1.75. En overvejende del af gruppen (64%) svarede, at de oplevede deres livssituation som præget af usikkerhed i ganske stor eller svært stor grad. Kun 0,8 procent havde *ikke* oplevelsen af uforudsigelighed i hverdagen

En tredjedel af de pårørende havde det sidste halve år brugt medikamenter foreskrevet af læge (benzodiazepiner, antidepressiva, stærkt smertestillende, neuroleptika). (Svenkerud og Hansen, 2005).

En anden undersøgelse angik pårørende til stofmisbrugere i Norge med særligt fokus på deres arbejdssituation (Solvell, 2001). Undersøgelsen blev udført i den norske pårørendeforening for forældre til stofmisbrugere ("Landsforbundet Mot Stoff, LMS) og havde dermed ikke sit udgangspunkt i klinisk regi. I undersøgelsen deltog 82 pårørende, heraf var 60 % mødre, 21 % fædre, og resten var kvindelige ægtefæller og søstre. Hver fjerde var ikke i arbejde på undersøgelsestidspunktet, af disse var en tredjedel langtids syg. Halvdelen oplyste, at deres fravær fra arbejdet skyldtes deres barns livssituation (Solvell, 2001).

Solvell konkluderer, at det at være pårørende til en (stof-)misbruger kan få konsekvenser for den pårørendes arbejdsliv. Således var der ofte meget lidt overskud til at udvikle sig arbejds- og karrieremæssigt. Det handlede bare om at overleve og overhovedet at have et job. Mange af de pårørende beskrev, hvordan de oplevede, at familielivet kolliderede med deres arbejdsliv. At de oplevede at leve som en "lus mellem to negle", hvor de både skulle leve op til de forventninger, der var på deres arbejdsplads og de forventninger, der var i familien/med den pårørende. Ligeledes kan forholdet til kolleger være vanskeliggjort. F.eks. fordi den pårørende forsøger at hemmeligholde situationen i hjemmet, og/eller fordi den pårørende svigter i forhold til fælles arbejdsopgaver, som dermed belaster kolleger. I den forbindelse efterspørger de pårørende også mere viden og åbenhed omkring misbrug, ikke mindst i forhold til arbejdskolleger og ledere (ibid.).

Men en ting er, hvilke belastninger de pårørende er udsat for, noget andet er, hvad de gør for at mestre denne situation. Ifølge Velleman og kolleger (1998) er der overordnet tre forskellige mestringsstrategier, som de pårørende typisk benytter sig af. At støtte/deltage, at forholde sig passiv eller at bryde kontakten. Velleman og kolleger (1998) mener, at den mest destruktive mestringsstrategi for den pårørende selv og dennes sundhed er at forholde sig passivt/tolerere.

De mest udbredte behandlingsmetoder har da også som mål at henholdsvis ”deltage” eller ”bryde”. Strategien ”at bryde” eller i hvert fald ”slippe misbruger” ses især i Minnesota/12-trins regi, medens det at deltage aktivt på en konstruktiv måde for såvel misbruger som den pårørende i højere grad er målet for systemiske og adfærdsterapeutiske metoder. Dette vil blive behandlet nærmere senere i rapporten.

Overordnet ved vi altså, at de pårørende kæmper med mange og til dels alvorlige somatiske symptomer samt psykiske problemer (Nordlie, 1995; Nordlie, 2003). Vi ved også, at pårørende til (stof-)misbrugere, i forhold til deres arbejdsliv, giver udtryk for ikke at have overskud til nye udfordringer, og at de føler sig fanget mellem familielivet og arbejdspladsen (Solvoll, 2001).

Samtidig ser det ud til, at de pårørendes mestringsstrategier i forhold til misbruger kan være destruktive og uhensigtsmæssige for deres eget liv (Orford et al., 1998).

Til trods for at det ikke kan konkluderes entydigt, at de mange vanskeligheder, som de pårørende oplever, alle kan tilskrives livssituationen med misbrug i familien, er det et faktum, at en del af dem i forskellig grad har behov for hjælp.

Og de beder om det. En engelsk undersøgelse viste, at mellem en tredjedel og halvdelen af alle opkald til alkoholrådgivningscentre kommer fra partnere, familie og venner (Brisby et al., 1997).

I en undersøgelse fra TUBA var det halvdelen blandt de voksne børn af alkoholmisbrugere, der ville tage imod et tilbud om psykologhjælp (TUBA, 2008).

I det følgende vil forskellige grupper af pårørende blive gennemgået nærmere, herunder hvilke specifikke konsekvenser der kan være tale om.

Konsekvenser for familien

Når en 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. En familie defineres som udgangspunkt som far, mor og børn, om end begrebet i nogle tilfælde kan udvides til far, mor og voksne børn, eller fraskilte forældre og børn. Der er tale om alkoholproblemer blandt forældrene, men i nogle tilfælde vil der være overlap til familier, hvor det er et af børnene, der har misbrug. Endelig vil mange af de nedenfor beskrevne forhold i alkoholfamilien til en vis grad kunne overføres til andre "familielignende systemer", f.eks. nære venskaber og arbejdspladsen.

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, har vi allerede i afsnittet om forklaringsmodeller set, hvordan systemteorien kan bidrage. Det vil her blive uddybet nærmere i forhold til familien specifikt. I systemteorien (Steinglass et al., 1987; Steinglass & Kutch, 2004) taler man om, at det er hele familien, der bliver "alkoholisk". Det vil ifølge systemisk teori sige, at alkohol bliver "det centrale organiserende princip". Det betyder, at familiens værdier og aktiviteter defineres af misbruget og misbrugeren, der bliver omdrejningspunktet for familien. Det kan f.eks. være, at man ikke holder jul, eller holder fødselsdag på en ganske særlig måde, der tager hensyn til misbrugers 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 misbrugers drikkemønstre og familiens reguleringsmekanismer⁴. Der er således tale om en relation mellem misbrugeren 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 misbrugeren 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).

⁴ Familiens reguleringsmekanismer defineres som familiens identitet og familiens temperament. Man kunne også kalde det "familiens værdier og måde at være familie på".

Benægtelse og forvrænget kommunikation

I familier med alkoholproblemer vil misbruget og/eller dets konsekvenser meget ofte benægtes, ikke blot af misbrugeren 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 et al., 1987). Benægtelse optræder som en forsvarsmekanisme. En erkendelse af alkoholproblemerne og konsekvenserne heraf, for såvel misbrugeren selv som dennes familie, ville være smertefuld og medføre skam og skyld.

Benægtelse og løgne omkring misbrugers 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 mestringsstrategier⁵

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

⁵ 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.

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).

Ringe 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 uden for 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 forholds forstyrrelser 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, sådan 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 over for mindre søskende, men også over for 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, 2003), og der kan være en udpræget inkonsistent disciplin (Lawson et al., 1983). Også søskenderelationer 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), og forældrene indbyrdes (Senchak et al., 1995; Wilson, Bell & Arredondo, 1995; Velleman & Orford, 1990). Ligeledes ses ofte forhøjet niveau af depression, angst og psykosomatiske lidelser hos en ikke-alkoholisk forælder (Ray et al., 2007; Christensen, 2000; Brennan, Moos, & Kelly, 1994; Lennox, Scott-Lennox, & Holder, 1992).

Blandt andet som følge heraf er forældreomsorgen varierende og kan være utilstrækkelig eller helt fraværende (Lindgaard, 2002; Velleman & Orford, 1990), 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), både forældrene indbyrdes (Lindgaard, 2002; Rotunda, 1995), men også over for børnene og tilsyneladende især over for døtrene (Lindgaard, 2002; Stout & Mintz, 1996). Også gentagne trusler om fysisk vold fra forældrene kan forekomme (Stout & Mintz, 1996). Undersøgelser har vist, at op imod 80 % af partner-

voldssager er relateret til alkohol (Powers, 1986). Fysiske overgreb i forhold til børn involverer 20-30 % af forældre, som er storforbrugere (Creighton, 1984), og ofte er forælderen påvirket af alkohol under overgrebet (Powers, 1986).

Desuden ses i højere grad familieforstyrrelser/brud karakteriseret ved en højere skilsmisserate 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). Ikke blot de direkte udgifter forbundet med alkohol, men også de mange indirekte konsekvenser: tab af job, huslejen der ikke bliver betalt med deraf følgende manglende eller ringere bolig, ubetalte regninger i almindelighed, ulødig eller helt manglende kost.

Uforudsigelighed og bi-fasisk fungeren

En specifik stressfaktor i alkoholfamilien er uforudsigeligheden og den bi-fasiske fungeren.

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. Familieritualer 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)⁶. Samtidig ser det 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.

⁶ De dysfunktionelle familier uden alkoholproblemer blev defineret som ”familier, hvor interaktionen kan betegnes som værende dysfunktionel, men hvor alkohol- og/eller stofmisbrug ikke forekommer”.

Sammenfatning

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 misbrugeren. 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.

Konsekvenser for partner

Ovenfor så vi, hvordan familien som et samlet system blev påvirket af misbrug. Mere specifikt skal vi nu se på, hvad et misbrug kan gøre ved et parforhold. Såfremt der også er børn involveret, vil parforholdets funktion ligeledes kunne have afgørende betydning for hele familiens og især børnenes funktion. Derudover skal vi se, hvad et parforhold kan gøre for og ved et misbrug.

Nogle af de mest almindeligt forekommende problemer i parforholdet med alkoholproblemer er følgende:

- 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)
- Større uoverensstemmelse/uenighed og deraf følgende skænderier (Epstein & McCrady, 2002; O’Farrell, Murphy, Neavins & Van Hutton, 2000).
- Mindre brug af effektive kommunikations strategier, og mindre indsats i forhold til at arbejde sammen (McCrady & Epstein, 1995).
- Signifikant højere niveau af fysisk og psykisk vold. I nogle tilfælde overgreb og voldsrater fem til syv gange større end ikke-alkoholiske, demografisk matchede kontrolpar (O’Farrell, Murphy, Neavins, & Van Hutton, 2000).

- Partner rapporterer ofte forhøjet niveau af psykiske og sundhedsmæssige problemer sammenlignet med normal population, herunder forhøjet niveau af depression, angst og psykosomatiske lidelser samt anvendelse af flere medicinske ressourcer (Ray et al., 2007; Svenkerud & Hansen, 2005; Nordlie, 2003; Christensen, 2000; Brennan, Moos, & Kelly, 1994; Lennox, Scott-Lennox, & Holder, 1992; Holder & Hallan, 1986; Moos & Moos, 1984; Moos, Finney & Gamble, 1982).

Marshal (2003) undersøgte i et review 60 artikler og bogkapitler ud fra følgende to hypoteser:

1. Alkohol er maladaptivt og er en kronisk stressor, som forårsager ægteskabelig dysfunktion og efterfølgende opløsning.
2. Alkohol er adaptivt og anvendes for midlertidigt at lette stressorer, som forårsager ægteskabelig dysfunktion, stabilisere det ægteskabelige forhold og måske forhindre opløsning.

Resultatet af Marshals review (ibid.) viste en overvældende bevisbyrde for hypotese 1: at ægteskabeligt alkoholmisbrug er maladaptivt, og at storforbrug og problematisk forbrug er associeret med:

- lavere niveau af ægteskabelig tilfredshed
- højere niveau af maladaptivt ægteskabeligt interaktionsmønster
- højere niveau af ægteskabelig vold

Resultaterne blev observeret over adskillige ægteskabelige funktionsområder og adskillige undersøgelsesdesign, hvilket støtter styrken og reliabiliteten af denne effekt. Den maladaptive effekt observeres blandt mandlige og kvindelige alkoholiske parter samt ved misbrug blandt begge parter. En mindre delmængde af studierne viste, at let drikkemønster er associeret med adaptiv ægteskabelig funktion, især hvis det er begge parter, der drikker. Dog er mere forskning nødvendig for at bekræfte dette og for at identificere specifikke forhold omkring dette fænomen (ibid.).

I forhold til sammenhængen mellem alkohol og den ægteskabelige funktion var der flere teorier:

- a) Måske er det den ægteskabelige (dys-)funktion, der forårsager alkoholproblemer (Jacob, 1992).
- b) Måske er alkoholbrug og misbrug korreleret med ægteskabelig (dys-)funktion, men ikke dets årsag (Gelles, 1993).

- c) Eller alkoholbrug forårsager ændringer i det ægteskabelige forhold, som er hypotesen her (Marshal, 2003).

Der mangler forskning til bestemmelse af, hvilken hypotese/teori der er rigtig og evt. i hvilke tilfælde. Dog viser dette review (Marshal, 2003) stærk evidens for, at der er rimelig konsistent statistisk relation mellem de to variabler ”alkoholbrug” og ”ægteskabelig funktion”, men ikke hvad der er årsag og virkning (b).

Hvorom alting er, så ser vi, at ægteskabelige problemer (hvad enten de er udløst af alkoholproblemer eller ej) skaber stress, og at dette for nogle kan udløse eller øge deres alkoholindtag (Whisman et al., 2006; Testa & Leonard, 2001). Det kan være som et kærkomment påskud til at drikke, eller det kan være, fordi det opleves midlertidigt at ”løse” de ægteskabelige problemer.

Parforholdet kan således være en katalysator for at opretholde eller ødelægge forpligtelsen til afholdenhed ved at skabe et ”feed-back loop” fra parrets dysfunktion til alkoholmisbrug. Således angives ægteskabelige problemer også som hovedårsag til tilbagefald (Epstein & McCrady, 2002). Modsat associeres velfungerende parfunktioner med øget afholdenhed (Maisto, McKay & O’Farrell, 1998; O’Farrell et al., 1998), ligesom par- og familieproblemer ledsaget med succesfuld problemløsning har vist sig at forøge det alkoholiske medlems chancer for at genoptage afholdenhed efter tilbagefald (Maisto, McKay, & O’Farrell, 1995).

Ligeledes ses en sammenhæng mellem velfungerende parforhold og succesfulde behandlingsudfald (Maisto et al., 1998; Moos et al., 1990; Moos & Moos, 1984; Moos, Finney & Gamble, 1982; Orford et al., 1975). Med andre ord vil et velfungerende parforhold kunne øge chancen for, at misbruger forbliver ædru.

Der ses således en tydelig gensidig påvirkning mellem partner og misbruger, mellem parforhold og misbrug, både i forhold til begges funktionsniveau og i forhold til behandling.

Uanset hvad der er årsag og virkning, vil der som oftest være tale om en destruktiv, selvforstærkende cirkelreaktion, der progredierer, hvis ikke der så at sige ”stikkes en kæp i hjulet” og ydes hjælp. Dette vil blive behandlet nærmere i rapporten om mulige behandlingstiltag til pårørende.

Konsekvenser for børn

Som det fremgår af det foregående, vil alkoholproblemer i familien kunne betyde forringede opvækstbetingelser for børnene. En ganske omfattende mængde empiriske undersøgelser dokumenterer effekten af forældrealkoholisme på børnenes udvikling, herunder deres højere risiko for emotionelle, kognitive og/eller sociale konsekvenser for børnene (Ohannessian & Hesselbrock, 2004; Velleman, 2004, 2002; Lindgaard, 2002; Lieberman, 2000; Christensen, 2000, 1994; Moss 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; 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 koncentrationmæssige, samt diverse psykiske/følelsesmæssige problemer, sociale/adfærdsmæssige 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. Desuden 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 rygmarvsbræk (ibid.). Til forskel fra de to sidstnævnte kan Føtal Alkohol Syndrom i prin-

cippet 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, psykosomatik 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.

I nogle misbrugsfamilier ses akutte, meget dramatiske situationer i forbindelse med rusadfærd, hvilket bl.a. kan indebære gentagne trusler mod eget eller andres liv og/eller især for børnenes vedkommende vitale funktioner. Dette kan forårsage paresevarianter (lammelser), som også ses i forbindelse med andre store stressbelastninger (Vandvik & Skjeldal, 1994).

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; Hansen, 1994; West & Prinz, 1987).

Kognitiv udvikling/skolegang

Blandt andet som følge af de forringede opvækstbetingelser kan børnenes skolegang være mere kaotisk og problematisk (Lindgard, 2002; Herjanic & Reich, 1997; Hansen, 1994; Knop et al., 1985). Således er skolegangen ofte præget af faglige og/eller sociale problemer, stort skolefravær (enten fordi barnet pjækker, eller fordi barnet ikke tør/kan forlade den misbrugende forælder), ligesom adskillige skoleskift oftere forekommer. Derudover ses lavere IQ, koncentrationsbesvær 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 individuati-on. 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 ængsteligt 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 rollemodeller 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.

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, selvmordsadfærd, 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 selvstændig 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 intra-psykisk (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 ”posttraumatic 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 hypervagtksomhed, som forsvarsmekanismer over for barndomstraumer. Desuden oplevelsen 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 ambulansbehandling 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 ”problemløsningsstrategi” (Domenico & Windle, 1993).

Spiseforstyrrelser

Nært beslægtet med alkoholmisbrug er madmisbrug 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 ”problemløsningsstrategi”.

Mestring

Ofte ses forringede mestringsstrategier eller problemløsningsteknikker 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; 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 u hensigtsmæssige 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 forældrerollen, 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 rollemødder kan gøre det vanskeligt at få skabt et tilfredsstillende familieliv (ibid.).

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; Svenkerud og Hansen, 2005; Nordlie, 2003). Dette kan også ses som en direkte konsekvens af de mange belastende faktorer i VBA'ernes liv, såsom øget fysisk vold, omsorgssvigt, selvmordsadfærd og eget misbrug.

Obstipation er et betydeligt problem blandt såvel børn som voksne børn af misbrugere (Nordlie, 2003). Mange børn havde således været indlagt med akut abdomen, hvor man ikke har kunnet finde fysiske årsager til smerten. Man ved imidlertid, at emotionelle faktorer spiller en stor rolle ved mavesmerter, og i 60-70 % af tilfældene kan være årsag til akutte, gentagne mavesmerter hos børn (Øymar et al., 1993). I mange tilfælde bedres symptomerne i voksenalderen, men kan komme tilbage, hvis oplevelser fra barndommen genopleves, f.eks. i forbindelse med en partners 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).

Eksempler på undersøgelser blandt voksne børn af alkoholmisbrugere

En internetbaseret spørgeskemaundersøgelse foretaget af TUBA (2008) via Userneeds Danmarkspanel blandt 951 medlemmer af den danske befolkning viste, at knap 20 % i en eller anden grad og på et eller andet tidspunkt i opvæksten har oplevet deres forældres alkoholforbrug som et problem. Blandt dem svarer:

- 21 % at deres forældres alkoholbrug i forskellig grad har påvirket dem selv negativt.
- 25 % at det i forskellig grad har påvirket familien negativt.
- 44 % at deres forældres alkoholproblemer har haft negativ effekt på deres eget parforhold.
- 38 % at det har haft negativ indflydelse på deres eget forhold til venner.
- 36 % at det har haft negativ indflydelse på deres uddannelsesforløb.
- 20 % at det har haft negativ indflydelse på deres eget arbejdsforhold.

- 24 % at det har haft negativ indflydelse på forholdet til egne børn.
- 49 % at de ville tage imod et gratis psykologtilbud for at få bearbejdet problemer med forældrenes alkoholproblemer.

En norsk spørgeskemaundersøgelse af Svenkerud og Hansen (2005) foregik blandt 144 voksne pårørende, hvoraf de 36 % var voksne børn af alkoholmisbrugere. Af undersøgelsen fremgik, at:

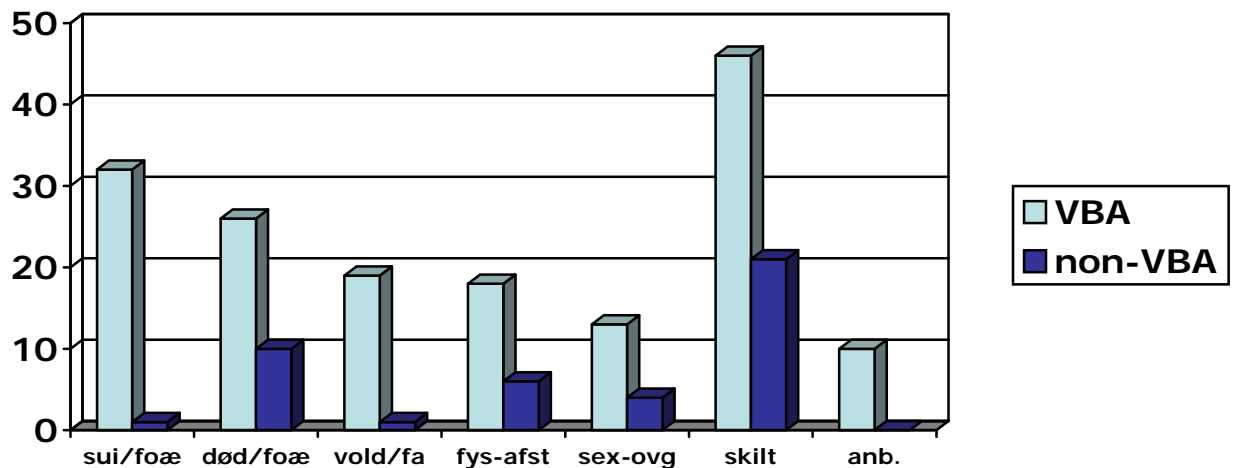
- 29 % har været udsat for vold fra forældre.
- 25 % har været udsat for trusler om vold fra forældre.
- 10 % har været udsat for seksuelle overgreb.
- 14 % at den misbrugende forælder er død.
- 31 %, at den misbrugende forælder har truet/forsøgt selvmord.
- 49 % at den misbrugende forælder har udsat dem for verbale/psykiske overgreb.
- 43 % oplever skam knyttet til deres livssituation.
- 20 % oplever social fordømmelse på grund af deres livssituation.
- 26 % oplever, at have mistet venner på grund af deres livssituation.
- 47 % oplever, at deres livssituation lægger begrænsninger på aktiviteter uden for hjemmet.
- 35 % at de har økonomiske problemer knyttet til deres livssituation.
- 53 % at deres skole-/arbejdssituation er påvirket negativt af deres livssituation.

En anden norsk spørgeskemaundersøgelse af Nordlie (2003) undersøgte 273 voksne pårørende til alkoholmisbrugere, heraf var 168 voksne børn. Af denne undersøgelse fremgik, at:

- 95 % havde oplevet muskel- og skeletsymptomer
- 68 % havde haft alvorlig hovedpine
- 75 % havde haft mavesmerter
- 48 % havde haft brystsmerter og/eller vejrtrækningsbesvær
- 16 % havde haft konversionssymptomer
- 79 % af kvinderne havde haft underlivsproblemer

En dansk undersøgelse viste, udover mange af de ovenfor nævnte forhold, også i hvor høj grad voksne børn fra alkoholfamilier belastes sammenlignet

med en kontrolgruppe, der bl.a. bestod af voksne børn fra familier med psykisk sygdom (Lindgaard, 2005, 2002). Som det fremgår af figur 3.1 og 3.2, er det tydeligt, at voksne børn fra alkoholfamilier er signifikant mere belastet end voksne børn, der ikke er vokset op med misbrug blandt forældrene. Det gælder i forhold til såvel opvækstbetingelser, som i forhold til funktion i deres voksne liv.



Figur 3.1 Voksne børns opvækstvilkår

Sui/foæ=forældres selvmordsadfærd

Død/foæ=forældres dødsfald

Vold/fa=vold i familie

Fys-afst=fysisk afstraffelse af barnet

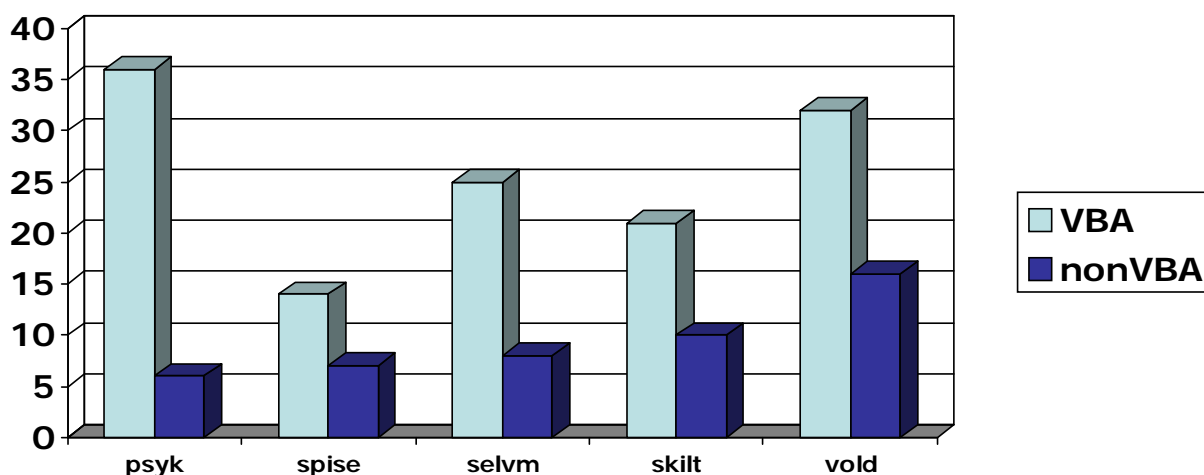
Sex-ovg=seksuelle overgreb ift barnet

Skilt=forældrene skilt

Anb=barnet anbragt uden for hjemmet

VBA=voksne børn af alkoholmisbrugere

Non-VBA=kontrolgruppe



Figur 3.2 Voksne børns voksenliv

Psyk=psykiske problemer

Spise=spiseforstyrrelser

Selvm= selvmordsadfærd (tanker, trusler, forsøg)

Skilt=egen skilsmisse

Vold=udsat for vold

VBA=voksne børn af alkoholmisbrugere

NonVBA=kontrolgruppe

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 (Lindgaard, 2005, 2002; Werner & Johnson, 2004; 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 processer⁷, 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. Disse vil blive inddraget i behandlingsrapporten.

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 mestingsstrategier blandt børnene.

Også på længere sigt ind i børnenes voksenliv ses en øget risiko for udvikling af problemer inden for 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

⁷ 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

række beskyttelses- og risikofaktorer, der kan forklare udvikling af henholdsvis problemadfærd og modstandsdygtighed.

Konsekvenser for forældre

I modsætning til familie, partner og børn er der meget sparsom litteratur om misbrugets konsekvenser for forældrene til en misbruger. Som et supplement inddrages derfor også litteratur om forældre til stofmisbrugende børn og til psykisk syge børn, med de forbehold der så må tages om overførbarehed til alkoholmisbrugsfeltet.

Nordlie (2003) undersøgte 273 pårørende behandlet ved Borgestadklinikken i Norge. Heraf var 12,5 % forældre til en misbruger (primært alkoholmisbrug). Alle forældre havde haft muskel- og skeletsymptomer. Omtrent halvdelen havde haft alvorlig hovedpine, abdominalsymptomer, brystsmertter/respirationsproblemer og for kvindernes vedkommende underlivsproblemer. Hver sjette havde haft konversionssymptomer.

I forhold til de fysiske symptomer kunne man selvfølgelig forvente, at forældregruppen som følge af deres alder havde en øget forekomst af fysiske symptomer. Dette var imidlertid ikke tilfældet. Kun i forhold til muskel- og skeletsymptomer var forældregruppen en anelse mere plaget end de øvrige pårørende, hvor gennemsnittet var 96 % (ibid.).

I en anden norsk pårørende-undersøgelse fra Borgestadklinikken udgjorde forældrene en tredjedel af den samlede pårørendegruppe på i alt 144 pårørende (Svenkerud & Hansen, 2005). For netop forældregruppens vedkommende drejede børnenes misbrug sig i overvejende grad om stofmisbrug (i modsætning til de øvrige pårørende, hvor misbruget overvejende handlede om alkohol). Her angav forældrene følgende belastninger som en direkte følge af deres livssituation med et misbrugende barn:

- 14 % har været udsat for vold fra barnet.
- 39 % har været udsat for trusler om vold fra barnet.
- 2 % har været udsat for seksuelle overgreb fra barnet.
- 5 % har mistet det misbrugende barn (dødsfald).
- 45 % har været vidne til barnets selvmordstrusler/forsøg.
- 75 % har været udsat for verbale overgreb fra barnet.
- 16 % har oplevet andre krænkelser.
- 43 % har oplevet skam som følge af livssituation.
- 23 % har oplevet social fordømmelse som følge af livssituation.
- 23 % har mistet venner som følge af livssituation.

- 80 % har oplevet begrænsninger på aktiviteter uden for hjemmet som følge af livssituation.
- 50 % har økonomiske problemer som følge af livssituation.
- 73 % har oplevet, at deres arbejdssituation er blevet påvirket negativt.

En kvalitativ undersøgelse byggende på interview med 18 forældre til unge med misbrug af alkohol, hash, amfetamin, ecstasy og heroin (Usher, Jackson & O'Brien, 2007) afdækkede følgende otte gennemgående temaer:

- En ofte lang *indledende periode med mistro* og formodninger om et misbrug, der gradvist afdækkes, indtil der ikke længere er nogen som helst tvivl.
- Adskillige mere eller mindre desperate forsøg på at *kontrollere, begrænse eller afværge* de unges uønskede adfærd, for til sidst at give op og for nogen helt bryde kontakten med deres søn/datter.
- *At forsøge at overleve* konsekvenserne ved den unges misbrug, konsekvenser der angår hele familien, og som er uafhængige af social stand. Det kan være den unges involvering i uheld (især trafikuheld), voldsepisoder, seksuelle overgreb, uønskede graviditeter og børn, kriminell adfærd eller fysisk og psykisk sygdom, selvmordstrusler og forsøg. Endelig kan der være de direkte fysiske og psykiske overgreb rettet mod forældrene direkte.
- *At leve med skyld og skam*. Forældrene oplever, at samfundet bebrejder dem, at deres børn har et misbrug. Hvad enten forældrene selv føler denne skyld eller ej, må de gang på gang forholde sig til, at andre forsøger at påføre dem skylden. Ligeledes er der en udpræget skamfølelse forbundet med at være forældre til en misbruger. Og ikke bare fra samfundets side stemples forældrene som ”dårlige forældre”, også det misbrugende barn kan bebrejde forældrene og i øvrigt også andre for deres uheldige situation.
- *Skadesreduktion*. Forældrene forsøger at minimere den skade, som deres unge misbruger er i risiko for som følge af misbruget. Det kan være med vaccination mod f.eks. hepatitis B, eller det kan være forskellige strategier med det formål at forhindre selvmord.
- *Sorg over det mistede barn*. Mange forældre udtrykte sorg over det barn, der engang var, eller det voksne barn, det kunne være blevet. Og hjælpeløsheden og magtesløsheden over ikke at kunne ændre på det.
- *At leve med skyld*. Det kan være skylden over, at barnet har misbrug, har det svært i livet og måske endda er meget sygt eller død af sit

misbrug, og hvad man som forældre kunne have gjort anderledes. Det kan også være skyldfølelser over at ”ønske barnet hen, hvor peberet gror”, og at barnet så ”går derhen”, med alt hvad det indebærer.

- *At vælge sig selv frem for sit barn.* For mange forældre har det på længere sigt så store konsekvenser for deres eget fysiske og psykiske helbred samt relationer med hinanden og andre, at de på et tidspunkt kan blive nødt til helt eller delvist at vælge barnet fra for selv at overleve eller for at beskytte eventuelle søskende.

Resultaterne, der bekræfter tidligere fund (Jackson & Mannix, 2003) indikerer, at forældrene virkelig gør en indsats for at hjælpe deres børn og selv overleve med egne konsekvenser, får meget lidt støtte i forhold til konsekvenserne af de unges misbrugsproblemer, møder meget skyld ikke blot fra samfundets side, men også fra den unge selv, og konstant er søgende efter svar på de mange spørgsmål knyttet til misbrugsproblemernes opståen, udvikling og behandling, ”hvordan”, ”hvorfor” og ”hvad nu”.

Dette fremgår også af en tidligere nævnt norsk undersøgelse foretaget i en pårørendeforening for forældre til stofmisbrugere⁸ (Solvell, 2001). Undersøgelsen viste, at det at være pårørende (og her i vid udstrækning forældre) til en misbruger kunne associeres til et dårligt fungerende arbejdsliv. Således var det hver fjerde, der ikke var i arbejde på undersøgelsestidspunktet, heraf en tredjedel langtidssygemeldt. Halvdelen oplyste, at deres fravær fra arbejdet skyldtes deres barns livssituation (ibid.).

Man kunne også vende sig mod psykiatrien og se på, hvad forældre til psykisk syge, voksne børn oplever af konsekvenser. Et felt, der slet ikke ligger så langt fra misbrugsområdet, også fordi en del misbrugere tillige har psykiske diagnoser.

Psykisk sygdom associeres med et substantielt niveau af funktionsnedsættelse, såsom sorg og lidelse, samt manglende eller ringe arbejds- og socialfunktion. Tilbagefald og kronisk sygdom er almindeligt med risiko for vedvarende sygelighed og død.

Sygdommens påvirkning angår ikke kun det syge individ, men også dennes pårørende, herunder især forældrene som primære omsorgspersoner. Således bliver familierne til psykisk syge (forældre, søskende, bedsteforældre) ofte belastet med kravet om emotionel, økonomisk og social støtte, ligesom de må mestre de psykiske, fysiske og sociale problemer, der

⁸ I undersøgelsen deltog primært forældre, men 19 % var dog ægtefæller og søskende.

rammer deres psykisk syge familiemedlem (Bulgur et al., 1993; Davis & Schultz, 1998; Miller et al., 1990; Mohr & Regan-Kubinski, 2001).

Et almindeligt tema blandt familiemedlemmer, især forældre, i forbindelse med psykisk sygdom, er tab og sorg. Sorg over tabet af en person, de engang kendte og sorg over tabet af håb, ønsker og drømme, sorg i forhold til begrænsninger eller ligefrem invaliditet forårsaget af sygdommen og sammenbrud i forhold til familie og sociale relationer. En sorg, der ofte er langvarig eller måske endda vedvarende, og som udvikles i takt med, at den psykiske lidelse udvikler sig (ibid.). Denne vedvarende sorg associeres med en række psykiske og fysiske sundhedsmæssige konsekvenser, (herunder en øget risiko for psykiske problemer og dårligt fysisk helbred (Miles, 1984), hvilket er i overensstemmelse med generel viden på området i forhold til emotionelle symptomer, stress og fysisk helbred.

En svensk undersøgelse af Pejler (2001) opsummerer følgende udsagn fra forældre om livet med deres psykisk syge voksne barn ved:

- Vedvarende og vedholdende omsorgsfunktion i forhold til de voksne børns behov
- Kronisk bekymring, sorg, smerte og tab
- Kulturel konflikt mellem omsorgssystem og familiesystem, hvor forældrene følte sig utilstrækkelige som forældre, men som også samtidig gav støtte, trøst og tryghed
- Følelser af skyld og skam
- Kampen for også at tage vare på sig selv
- Men også med håb for fremtiden.

En anden undersøgelse af forældre til unge med psykiske problemer viste samme billede (Harden, 2005a; Harden, 2005b). Her understreges især overgangen til den nye rolle, forældre skal indgå i, når de pludselig skal dele omsorgsfunktionen med det professionelle sundhedssystem, samtidig med at barnet går fra at være barn/ung til at være voksen.

Fælles for disse to undersøgelser er, at de voksne børn her ”overtages” af et omsorgs- og sundhedssystem. Det er ikke altid tilfældet med en misbruger. Ligeledes var ovennævnte voksne børn så syge, at der ikke var tvivl om deres placering i det psykiatriske system. Sådan er det heller ikke altid med en misbruger. Her er overgangen glidende, ligesom der er en langt højere grad af frivillighed, selv når det er med livet som indsats.

Sammenfattende kan vi dog konkludere, at forældre til et misbrugende barn ofte har en lang række fysiske og psykiske symptomer på belastning, gør en

stor indsats for at hjælpe deres børn, oplever meget lidt støtte og meget skyld, og i den grad føler sig på herrens mark i forhold til misbrugets opståen, udvikling og behandling samt deres egen rolle heri.

Konsekvenser for søskende

Hvorledes søskende påvirkes af deres bror eller søsters alkoholforbrug, er der tilsyneladende ingen litteratur omkring. Der er enkelte pårørendeundersøgelser, hvor søskende indgår i materialet, men da er søskende udeladt af resultatopgørelsen, fordi andelen er meget lille. Det gælder f.eks. en norsk undersøgelse fra Borgestad (Svenkerud & Hansen, 2005), hvor søskende kun udgjorde 8 % af alle pårørende og derfor ikke indgik i analyserne.

Men ud fra den efterhånden omfattende viden i forhold til pårørendegruppen som sådan, må også søskende formodes at blive påvirket. Dog er det endnu uvist i hvilken grad. Formodentlig er de ikke den mest belastede gruppe, sammenlignet med f.eks. partner, børn og forældre.

Konsekvenser for samfundet

At misbrug har konsekvenser for samfundet som sådan, er vel egentlig ikke nogen større overraskelse set i lyset af det foregående. Som sådan er det heller ikke til debat. De samlede årlige alkoholrelaterede udgifter anslås således 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 misbrugers familie, børn samt andre relationer og de økonomiske konsekvenser heraf indgår kun i stærkt begrænset omfang. Som det fremgår af det foregående, er det imidlertid ikke bare vigtigt, men også helt berettiget, at udbrede beregningsgrundlaget i de økonomiske betragtninger vedrørende misbrug i familie-sammenhænge (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 nedsat arbejdsfunktion eller arbejdsløshed, forøgelse af utilsigtede skader/uheld, lovovertrædelser som følge af alkoholindtag (f.eks. alkohol-involverede trafikuheld), øget aggressiv adfærd, herunder vrede, vold og overgreb mod andre (især børn/partner).

Derudover kan der være udgifter forbundet med partner/ægtefælles psykiske og fysiske vanskeligheder som følge af alkohol og alkoholrelaterede problemer i familien. Desuden kan der være øgede udgifter til varetagelsen af børnenes faglige, sociale og/eller psykologiske vanskeligheder, som de kommer til udtryk i børnehave og skole samt udgifter forbundet med anbringelse uden for hjemmet. F.eks. ved vi, at 44 % af alle anbringelser uden for 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 opmærksomme på, at mange af de mennesker, vi ser i det psykiatriske system, er vokset op med misbrug blandt forældrene. De kommer med posttraumatisk stresssyndrom, med angst og med depression. De kommer hos den privatpraktiserende læge og hos privatpraktiserende psykolog med udbrændthed, diverse psykosomatiske symptomer og problemer i parforhold, forælderrolle 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 misbruget.

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.

Nogle af brudstykkerne kommer fra en række amerikansk undersøgelser. Her viser det sig, at der er flere sundhedsmæssige udgifter i forhold til misbrugers familiemedlemmer (såvel voksne som børn) end til ikke-misbrugeres familiemedlemmer. Således har misbrugers familiemedlemmer en brugsrate af sundhedssystemet på op til fire gange større end blandt almenbefolkningen (Holder & Hallan, 1986; Lennox, Scott-Lennox, & Holder, 1992, Ray et al., 2007).

Ligeledes er misbrugers familiemedlemmer oftere diagnosticeret med en medicinsk lidelse⁹ end ikke-misbrugeres familiemedlemmer (Ray et al.,

⁹ Disse lidelser var bl.a. misbrug, depression, astma, diabetes, hovedpine, rygmerter, opmærksomheds- og adfærdsforstyrrelser.

2007). Familiemedlemmer til en misbruger belaster altså vores sundhedssystem og koster mere for samfundet end familiemedlemmer til en ikke-misbruger.

Ser vi på det samlede regnskab er udgifterne forbundet med misbrug altså formodentlig langt større end de estimerede 10 mia. kroner.

Samlet sammenfatning

Samlet kan vi konkludere, at misbrug kan have en lang række psykiske, fysiske og sociale konsekvenser for samtlige de pårørende.

Der er således omfattende dokumentation for, at hele familien bliver påvirket, når far og/eller mor har alkoholproblemer. 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.

Specifikt i forhold til partner finder vi et forhøjet niveau af utilfredshed, indbyrdes konflikt og skænderier, samt øget fysisk og psykisk vold. Partner har derudover flere psykiske og sundhedsmæssige problemer sammenlignet med en normal population samt anvendelse af flere medicinske ressourcer. Samtidig gælder det, at misbruger påvirkes ikke bare af eget misbrug, men også af især partner og parforholdets funktion. Det gælder bl.a. i forhold til misbrugers ædruelighed, behandling og tilbagefald.

Hvad angår børn og voksne børn, er situationen ganske særlig. Børnene er de eneste blandt de pårørende, som er afhængige af de voksnes omsorg, og som ikke har noget valg i forhold til deres situation. Det er også de eneste, der risikerer alvorlige varige men som følge af forringede udviklingsbetingelser. Den ganske omfattende forskning på området viser da også, at børnene er i risiko for en lang række psykiske, fysiske og sociale problemer som børn og som voksne.

Forældre og søskende er ikke til gengæld ikke undersøgt tilnærmelsesvist så grundigt som de øvrige pårørendegrupper. Der er dog ingen tvivl om, at de også kan være belastet som følge af livet med en misbruger.

Endelig har misbrug vidtrækkende konsekvenser for samfundet. Konsekvenser der rækker udover de til misbruket snævert knyttede konsekvenser. Det er således vigtigt i økonomiske betragtninger vedrørende misbrug at

udbrede beregningsgrundlaget. Det vil sige, at beregninger ikke alene kan tage udgangspunkt i misbrugeren, men også i høj grad bør inddrage partner, børn, søskende og forældre. Således viser amerikanske undersøgelser, at misbrugers familiemedlemmer har en brugsrate af sundhedssystemet, der er op til fire gange større end almenbefolkningens.

Derudover 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. Især i forhold til børnene er problemerne og dermed udgifterne af langvarig karakter.

4. Forståelsesteori og -model

I det foregående kapitel så vi, at det at være pårørende til en misbruger kan indebære forskellige former for byrder og skader, afhængigt af hvilken relation man har til den misbrugende part.

Dels er der den direkte påvirkning (fysisk, psykisk, social), som den pårørende er udsat for som følge af livet med en misbruger, herunder de belastende situationer og kaos, der følger af misbruget.

Og dels er der den mere indirekte påvirkning, der handler om at være vidne til at leve sammen med eller være tæt på et andet menneske med udpræget selvdestruktiv adfærd, og for nogle grænsende til det livsfarlige.

Vi så imidlertid også, at misbruger påvirkes af de pårørende, især af partner, der kan have såvel positiv som negativ indflydelse på både misbrugets udvikling og behandling.

Men hvordan kan vi forstå, *at* og *hvordan* misbrug og relationer hænger indbyrdes sammen? Det skal det følgende kapitel forsøge at belyse nærmere. Der vil ikke være tale om en fuldstændig afdækning af feltet, der bærer præg af stor kompleksitet, men blot brudstykker til det samlede billede.

At misbrug og relationer hænger sammen, illustreres af systemteori, kognitiv adfærdsterapeutisk teori og sygdomsmodellen, der ligeledes har forslag til, hvordan dette så kan konkretiseres i behandlingsøjemed. I den forbindelse præsenteres også ”stress-strain-coping-support” modellen, der, i modsætning til de øvrige, har særligt fokus på de pårørende frem for på misbruger.

Hvordan misbrug og relationer nærmere hænger sammen, og hvilke mekanismer der er i spil, kan vi bl.a. se ud af teorier om udbrændthed og traumer samt Batesons teori om ”det alkoholiske selv”.

Endelig præsenteres en forståelsesmodel af Ripley og kolleger (Ripley et al., 2006), der netop belyser kompleksiteten i feltet.

Forståelsesrammer

Først skal vi se på fire overordnede forståelsesrammer i forhold til relationen mellem pårørende og misbruger. Alle de fire tilgange udmøntes på forskellig vis i diverse forståelses- og interventionsmodeller. Der vil sjældent være tale om blot én af de nævnte tilgange. Som oftest vil flere indgå i den samme model.

- 1) Den reaktive tilgang
- 2) Den patologiske tilgang

- 3) Den kausale tilgang
- 4) Den samarbejdsbaserede tilgang

1) Den reaktive tilgang

I den reaktive tilgang anerkendes det, at familien kan have udviklet fysiske og psykiske forstyrrelser, formodentlig som en reaktion på misbrugsproblemerne.

Denne tilgang kan knyttes til stort set samtlige forståelses- og behandlingsmodeller.

2) Den patologiske tilgang

Nære pårørende til en misbruger anses her for at have deres egen unikke patologi, ofte under benævnelsen medafhængighed. Her anses familiemedlemmerne (som oftest en partner) som værende medvirkende til, at misbruket opretholdes. Således formodes det, at partneren, af personlige årsager (som oftest opvokset med en forælder med misbrug), har ”brug for” partners misbrugsadfærd og dermed (ubevidst) søger at fastholde den destruktive adfærd. Denne tilgang knyttes især til den sygdomsorienterede tilgang.

3) Den kausale tilgang

Her anses familien som et system, hvor misbrugsproblemerne er tegn på og/eller forårsaget af et dårligt fungerende familiesystem. Det vil sige, at det er familien, som en samlet helhed, der er involveret i misbrugsproblemerne. Derfor nytter det ifølge denne tilgang ikke at behandle misbruger og/eller misbrugsproblemet i sig selv, da dette blot er symptom på de dybere liggende problemer i familien. Hele familien må i behandling med det formål at etablere en konstruktiv familieinteraktion uden misbrugsproblemer. Denne tilgang tilhører især den systemiske tilgang (i meget rendyrket form) og vil blive beskrevet nærmere i det følgende.

4) Den samarbejdsbaserede tilgang

I denne tilgang anerkendes familien som offer for og lidende under misbrugsproblemerne, samtidig med at familien ses som en ressource i forhold til behandling af misbrugsproblemer. Således bygger denne tilgang på et arbejde sammen med familien med det formål at forbedre såvel familiens funktion som en reduktion af misbrugsproblemer. Denne tilgang kan især knyttes til den adfærdsterapeutiske tilgang, men afspejler tillige nogle af grundtankerne fra systemteorien, ligesom den i høj grad ses anvendt i ”stress-strain-coping-support” modellen.

Forståelses- og behandlingsmodeller

I det følgende præsenteres de tre hyppigst forekommende forståelses- og behandlingsmodeller samt en alternativ model. De nævnte modeller har på nogle områder enslydende antagelser og teknikker, men er samtidig fundamentalt forskellige i deres grundlæggende ideologier og i forhold til behandlingstilgange og mål. Modellerne udmøntes i mere eller mindre rene former i behandlingssystemet. Det er sjældent eksplicit, hvilken forståelsesmodel en behandling bygger på. Ligeledes ses også elementer fra to eller flere forståelsesmodeller indbygget i den samme behandlingsmodel.

Systemisk model

Systemteorien er en teori, der beskriver, hvorledes alkoholproblemer kan opstå, opretholdes og udvikles inden for familiesystemet. I den familiesystemiske model anskues familien som et socialt system, der er mere end blot summen af de enkelte familiemedlemmer. Det består også af interaktionen de enkelte medlemmer imellem, hvor familiens medlemmer tænkes at interagere med hinanden i mønstre, der er relativt stabile. Systemtanken indebærer, at enhver forandring et sted i familiesystemet tænkes at påvirke resten af familiesystemet. Et alkoholmisbrug menes således at sprede sig som ringe i vandet og påvirke ikke blot misbrugeren selv, men alle familiens medlemmer og deres indbyrdes interaktion. Påvirkningen anskues imidlertid cirkulært. Det vil sige, at familiemedlemmerne også virker ind på misbruger og misbruget. Ikke sådan at forstå, at familiemedlemmerne bliver skyldige i misbruget, men de bliver en del af hele det ”alkoholiske spil” (Steinglass et al., 1987).

I systemteorien taler man om, at alkohol bliver ”det organiserende princip” for familiens måde at interagere på. Det vil sige, at familien indretter de daglige rutiner og livet som sådan efter de alkohol-genererede krav. Dette for kortsigtet at skabe stabilitet i den ofte spændte situation på bekostning af en mere langsigtet planlægning og målsætning, byggende på grundlæggende familieverdier og fælles behov. Man taler også om homeostase eller ligevægt. Således vil familien forsøge at opretholde en vis form for ligevægt i systemet for derved at skabe ro. Når misbruger bliver ædru, vil dette påvirke resten af familien, men ikke nødvendigvis i den retning man kunne ønske sig. Familien kan være så fastlåst i de ”alkoholiske mønstre”, at de ligeledes har brug for hjælp til at ændre adfærd. Således kan misbrugers ændrede adfærd opleves som en uligevægt i systemet, hvilket kan få familien (uden at ville det) til at søge tilbage mod en kendt tilstand og adfærd. Derved fastholdes imidlertid den u hensigtsmæssige situation, ligesom fa-

milien kan blive tiltagende rigid og hæmmet, hvorved udvikling hindres (ibid.).

Derfor er det ifølge systemteorien helt afgørende, at hele familien inddrages i behandling. Således bliver formålet med behandlingen dels at skabe forandring i familiefunktionen, og dels forandring i drikkeadfærd (O'Farrell & Murphy, 1995; Steinglass et al., 1987).

Der kan opstilles tre familieområder, som er interessante i behandlingsøjemed:

- a. familiens problemløsnings-strategier
- b. daglige rutiner og familieritualer
- c. roller, alliancer og kommunikation

For hvert område er det centralt at se på, i hvilken grad familiens adfærdsmønster er blevet invaderet og/eller ændret i et forsøg på at imødekomme kravene fra alkoholmisbruger, samt hvilke konsekvenser denne adfærd har haft for familien.

Familiens problemløsningsstrategier vil ofte være følelsesbetonede og undvigende. Derfor har familien brug for at lære nye og konstruktive strategier, som er mere problemfokuserede.

Ligeledes vil familiens daglige rutiner og ritualer i forskellig grad være bygget op omkring misbruget i familien eller helt fraværende som følge af misbruget. Disse søges genopbygget med udgangspunkt i hele familiens ønsker, behov og værdier. Således at det ikke er alkoholmisbruget, der definerer familien og dens værdier, men familiemedlemmernes indbyrdes ønsker og behov.

Derudover vil familiemedlemmernes roller kunne være forstyrrede eller omvendte, sådan at forstå at børnene har overtaget voksenroller og –ansvar. Der kan være alliancer mellem den ædre forælder og børnene eller anden uhensigtsmæssighed i familien. Ligeledes kan kommunikationen på forskellig vis være forstyrret, den kan være indirekte, følelsesbetonet, dobbelttydig, hæmmet, selektiv (i forhold til f.eks. at udelukke misbruger) etc.

Den systemiske behandlingsmodel er således i højere grad defineret ved dets fokus (på familien som et system), end det er defineret ved inddragelsen af flere individer i behandlingen.

Kognitiv og adfærdsterapeutisk model

I den kognitive og adfærdsterapeutiske model fokuseres på tanke- og adfærdsprocesser. En grundantagelse er, at menneskets måde at tænke på har afgørende betydning for dets følelser og adfærd. Kognitiv og adfærdsterapeutisk behandling handler blandt andet om at opdage de automatiske og destruktive tankemønstre, der fører til, at personen drikker.

Adfærdsterapeutisk orienteret par- og familieterapi er en overføring af ”social learning theory” til adfærd i parforhold og familier. Her betragtes adfærd og miljø som faktorer, der gensidigt påvirker hinanden. Den bygger på adfærdsteoriens stimuli-respons model samt diverse kognitive processer. Drikkeadfærd anses for at blive forstærket af positive oplevelser knyttet til indtagelse af alkohol (f.eks. oplevelser af ro og velvære, samt øget social kompetence, Lipps, 1999).

Derudover antages en indbyrdes samhørighed mellem drikkeadfærd og familieinteraktion. Således vil parret med alkoholproblemer påvirke hinandens adfærd i enten positiv eller negativ retning. Ofte vil familien udvise uhensigtsmæssig adfærd, der på forskellig vis kan være medvirkende til at fastholde alkoholproblemerne. Familien udviser som regel følgende adfærd (Collins, 1990):

- forstærker indirekte drikkeadfærden ved f.eks. opmærksomhed eller omsorg
- beskytter det alkoholiske individ mod at opleve negative konsekvenser af drikkeriet
- straffer drikkeadfærd

I værste fald kan en ond cirkel opstå, hvor uønsket drikkeadfærd udløser skænderier, der så udløser fornyet eller øget drikkeadfærd etc. Denne onde cirkel kan med tiden blive selvforstærkende, således at forventninger om uønsket drikkeadfærd på forhånd kan udløse konflikter, ligesom forventninger om konflikter kan udløse den uønskede drikkeadfærd.

For at ændre denne uhensigtsmæssige adfærd vil den adfærdsterapeutiske alkoholbehandler:

- 1) Identificere specifikke adfærdssekvenser for at afdække stimuli-respons mønstre associeret med gentagne drikkeepisoder
- 2) Kategorisere disse responsmønstre (konsekvenser) som enten positive eller negative i forhold til belønning af drikkeadfærd

- 3) Introducere interventioner for at øge og belønne positiv¹⁰ adfærdsmæssig interaktion i forhold til partner og/eller familie og samtidig mindske negativt adfærdsmæssigt responsmønster relateret til drikning.
- 4) Til dette arbejde anvendes samme type af teknikker, som kendt fra den kognitive-adfærdsterapeutiske individuelle terapi (f.eks. O'Farrell, 1993):
 - overvågning af adfærd
 - etablering og indøvning af alternative adfærdsskvenser
 - etablering og indøvning af specifikke mål vedrørende positive belønningsmønstre.

Behandlingen kan foregå både individuelt og i grupper. Antabus kan også anvendes, idet dette via negativ forstærkning og straf virker på et adfærdsterapeutisk plan.

Den sygdomsorienterede model

I sygdomsmodellen anses alkoholisme for at være en kronisk, progressiv sygdom, der er biologisk/genetisk betinget med en psykologisk og socio-kulturel overbygning. Sygdommen betegnes som en "allergi", som individet ikke kan kureres for, og som er uden for individets kontrol. Det vil sige, at man som alkoholmisbruger ifølge sygdomsmodellen for altid må afstå fra at drikke (Steffen, 1993).

Den mest kendte sygdomsorienterede behandlingsmodel er "Minnesota behandling". Den blev udviklet i 1950'erne i USA og bygger på de første erfaringer fra AA-regi (selvhjælpsgrupper baseret på "12-trins programmet"¹¹).

Alkoholisme er imidlertid ikke blot en sygdom for alkoholiker, men også for dennes pårørende. Således betragtes alkoholisme som en "familie-sygdom", der udmøntes blandt de pårørende som "medafhængighed". Medafhængighed betegnes som et "genkendeligt mønster af personlighedstræk", der vil være at finde blandt langt de fleste pårørende til en misbruger (Cermak, 1986, s. 1). Cermak angiver en lang række af specifikke symptomer på medafhængighed, herunder overansvarlighed, relationsforstyrrelser, angst, depression, lavt selvværd samt destruktive eller utilstrækkelige mestringsstrategier (ibid).

¹⁰ Positive og negative konsekvenser refererer til adfærd, der hhv. mindsker og øger drikkeadfærd.

¹¹ 12-trins programmet består, som navnet antyder, af 12 trin. Disse skal gennemgås fortløbende i vejen mod helbredelse.

Et helt grundlæggende formål med den sygdomsorienterede alkoholbehandling er at få de pårørende til at indse, at de ikke kan ændre alkoholikers adfærd i konstruktiv retning, men må frigøre sig og i stedet tage vare på sig selv. Her adskiller den sygdomsorienterede behandlingsmodel sig fra de to ovennævnte, der begge på forskellig vis og i forskellig grad inddrager pårørende i behandlingen af alkoholproblemerne. I stedet opfordres de pårørende til at søge støtte blandt ligestillede i selvhjælpsgrupper i AA-regi (f.eks. Al-Anon, ACA).

Stress-strain-coping-support model

Fælles for ovennævnte modeller er, at familiemedlemmer i vid udstrækning opfattes som et appendiks til misbrugers behandling. Det primære mål er ofte misbrugers tilstand, hvad enten det drejer sig om afholdenhed eller reduktion i forbrug. Sekundært kan der så være mål, der handler om familien, parforhold, familieinteraktion eller de enkelte familiemedlemmers individuelle symptomatologi.

Aldrig, eller kun som et supplerende tilbud, arbejdes der med familiemedlemmerne som selvstændige individer med egne problemer som et resultat af livet med en aktiv misbruger.

Som en alternativ forståelsesmodel ser vi ”stress-strain-coping-support” modellen af forskergruppen fra University of Birmingham (Templeton et al., 2007). Her er fokus netop, at familien skal have hjælp til egne problemer.

Den går ud på følgende:

- 1) at leve med en misbruger er stressfuldt for familien (stress),
- 2) disse familiemedlemmer, som er bekymret for misbruget i familien, har stor sandsynlighed for at vise tegn på belastning (strain) i form af dårlig fysisk og psykisk sundhed,
- 3) disse familiemedlemmer må prøve at forstå, hvad det er, der er galt i familien, samt hvad de kan gøre for at prøve at afhjælpe situationen – med andre ord, hvordan de skal mestre denne situation (coping),
- 4) familiemedlemmerne kan enten blive støttet eller forhindret i at mestre situationen godt, afhængig af hvordan deres sociale netværk agerer (support).

Modellen foreslår, at stress og belastning, som tilsammen udgør den samlede påvirkning af de pårørende, kan modereres ved hensigtsmæssig mestring (coping) og høj grad af støtte fra omgivelserne (support). Omvendt

vil dårlig mestring og fravær af/ringe social støtte kunne føre til forværring af situationen (Velleman & Templeton, 2003).

Dette støttes også af interventionsstudier blandt pårørende til psykiatriske patienter, hvor social/netværksstøtte og træning i bedre mestring har vist sig at reducere stress blandt de pårørende (Solomon & Draine, 1995; Cuijpers & Stam, 2000; Stam & Cuijpers, 2001).

Interventioner med udgangspunkt i denne model arbejder på at udvikle behandling og hjælp med fokus på, hvad familiemedlemmerne har brug for for at kunne klare de mange problemer, som de oplever. Og selvom det ikke er det primære fokus, vil disse tiltag ofte have den ”bivirkning”, at de har positiv indvirkning på misbrugers drikkeadfærd.

Disse tiltag er blevet udviklet i både primær (Copello et al., 2000) og sekundær social- og sundhedssektor/system (Howells & Orford, 2006).

Udbrændthed og traumeteorier

Meget i tråd med ”stress-strain-coping-support” modellen ser vi teorierne om udbrændthed og traume anvendt i forhold til de pårørende. Ifølge Nordlie (1995) er livet med en misbruger ofte præget af ”små-katastrofer”, såsom voldsepisoder, trusler, skuffelser og brudte løfter. Faktisk mener han, at de dramatiske og akutte situationer i forbindelse med misbrug for nogle er at sammenligne med hændelser i forbindelse med store, langvarige katastrofesituationer som krig og naturkatastrofer. Her kan der også være episoder, som kan opleves at true eget eller andres liv. I lyset heraf skal vi se nærmere på fænomenet udbrændthed og traumeteorier.

Vi ved, at graden af stress, belastningens varighed og tilgængeligheden af støtte blandt andet er vigtige faktorer for mennesker, som oplever traumatiske og vanskelige livshændelser (Bang, 2003), i forhold til ikke at udvikle senskader såsom reduceret fysisk og psykisk helbred. Vi ved også, at behandlere, som arbejder med tunge, hjælpetrængende klienter, er i farezonen for at udvikle ”omsorgstræthed” eller udbrændthed, og at de for at varetage eget helbred må begrænse kontakten til de tungeste klienter (Bang, 2003).

Charles Figley (1998) arbejder med fænomenet ”udbrændthed” i forhold til familien. Han retter sig ikke specifikt mod misbrugsfamilier, men bredt mod pårørende til nogen med et stort omsorgs- og hjælpebehov. Figley an-

vender Pines og Aronsons definition på udbrændthed¹² som ”en tilstand af at være fysisk, emotionelt og mentalt nedslidt, forårsaget af lang tids involvering i en emotionelt krævende situation” (Figley, 1998, s.9).

Pårørende er ofte følelsesmæssigt nært knyttet til det misbrugende familie-medlem, ligesom kontakten kan være om ikke konstant, så i hvert fald hyppig. De yder omsorg og empatisk kontakt med den misbrugende part, ofte gennem mange år, og ofte uden at kunne tage en pause. Også selvom der kan være ædru perioder, idet angsten for det næste tilbagefald kan fylde meget, ligesom uforudsigeligheden generelt med en misbruger. De oplever således ofte høj grad af stress og har samtidig ofte et begrænset socialt netværk.

Derudover oplever de pårørende at være låst i situationen. De kan have svært ved at trække sig ud af den belastende kontakt. Og fordi det udløsende problem for situationen, rusmisbruget, ikke ejes af dem selv, oplever de pårørende at have meget lidt kontrol i forhold til at ændre på situationen (Kjøstvedt & Kristensen, 1996), hvilket netop defineres som den værst tænkelige stress-faktor/situation.

Ifølge Figleys teori vil det at være pårørende for nogle kunne sammenlignes med at have været udsat for en traumatisk hændelse, og de vil dermed være i risiko for udvikling af posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD). Han refererer til DSM-IV (APA, 1994) kriterierne for definition på en traumatisk hændelse som ”en hændelse uden for det normale register for erfaring, som ville være klart stressende for næsten alle; en alvorlig trussel mod eget liv eller fysisk integritet; alvorlig trussel eller skade mod ens barn, ægtefælle, eller anden nær familie eller venner; pludselig ødelæggelse af ens hjem eller nærmiljø; eller at se en anden blive alvorligt skadet eller dræbt i en ulykke eller grundet fysisk vold” (Figley, 1998, s. 7).

Det kan altså også være stress som følge af sekundær traumatisering, defineret som ”naturligt følgende adfærd og følelser som resultat af viden om en traumatiserende hændelse oplevet af signifikante andre – en stress, der følger af at hjælpe eller ønske at hjælpe en traumatiseret eller lidende person” (Figley, 1998, s. 7). I den forbindelse ser vi, at familiemedlemmer og professionelle hjælpere, som er i kontakt med traume-udsatte, har sammenfaldende symptomer med den traume-udsatte (Barnes, 1998, i Figley, 1998).

¹² Udbrændthed som begreb har været kritiseret for at være et modebegreb, der i virkeligheden blot dækker over andre tilstande, hovedsageligt depression. Her anvendes begrebet imidlertid ud fra Pines og Aronsons definition.

Om et individ udvikler PTSD afhænger af kognitive, adfærdsmæssige og biologiske faktorer i et komplekst samspil. Ligeledes afhænger det af situationsbetingede faktorer som traumets varighed, intensitet og nærhed. En af de helt afgørende faktorer, som antages at kunne forklare en øget sandsynlighed for udvikling af PTSD, er en undgående mestringsstil, idet denne vil kunne resultere i mangelfuld bearbejdning af traumatiske oplevelser (Eide & Johnsen, 2002).

Figley præsenterer altså en mulig teori til forståelse af de pårørendes situation. De udsættes for belastninger af forskellig art, intensitet og varighed, samtidig med at de forsøger at yde omsorg og hjælp til den ligeså belastede misbruger. For mange betyder dette udbrændthed og risiko for PTSD.

Så på den ene side har vi de pårørende med en lang række af skader som følge af livet med en misbruger. På den anden side har vi en misbruger, som både slås med sig selv og sine omgivers ønske om forandring. Ikke overraskende får vi ofte en destruktiv relation parterne imellem, som sjældent fører nogen steder hen. Til illustration af dette har vi f.eks. Batesons teori om ”det alkoholiske selv” (Bateson, 1992).

Bateson og ”det alkoholiske selv”

Batesons teori om ”det alkoholiske selv” handler netop om, hvad det er for et spil, der ofte kommer til at køre mellem misbruger og de pårørende (Bateson, 1992). Alkoholikeren tror, han kan styre sit alkoholforbrug (myten om selvkontrol). Dette er imidlertid ikke tilfældet, hvilket er tydeligt for hans omgivelser. Og her går så ofte startskuddet til det, der for nogle udvikler sig til en evindelig kamp mellem alkoholiker og de pårørende.

Alkoholikeren bevæger sig konstant mellem de to tilstande ædru og fuld, hvor han oplever at være henholdsvis *mod* de andre (en symmetrisk relation) og *med* de andre (en komplementær relation). I den symmetriske relation er alkoholikeren i konstant ”kamp og konkurrence” med sine omgivelser. Denne livsstilsstrategi er på lang sigt uholdbar og uudholdelig. Og rusen bliver et alternativ hertil.

Det er ikke svært at få øje på, at de pårørendes situation er temmelig kompleks. Hvis de konfronterer misbruger med dennes problematiske adfærd, vil dette forværre situationen, og hvis de ikke siger noget, sker der ingenting, eller problemerne eskalerer. Der opstår en ond cirkel kendet ved, at familiemedlemmernes tilstand forværres, samtidig med at alkoholismen progredierer.

Indledningsvist vil alkoholiker reagere på de pårørendes indsigelser ved at bevise, han godt kan holde sig ædru. I kortere perioder, for ædrueliche-

den vil netop overbevise ham om, at han godt kan styre det og dermed være begrundelse nok til at drikke igen. Til slut kan kampen mellem alkoholiker og de pårørende nå det absolutte toppunkt i den symmetriske konflikt, hvor alkoholiker føler sig så presset, at han nu må bevise, at han både kan styre alkohol og de pårørende! Og dermed er de pårørende for alvor sat ud af spillet, ligesom alkoholiker er det.

Det vil sige, at alkoholismens kraft og indflydelse på de pårørende ifølge Batesons teori er stærkere end relationernes kraft og indflydelse på alkoholiker, hvilket antyder, at de pårørende til enhver tid vil tabe denne kamp mod misbruger.

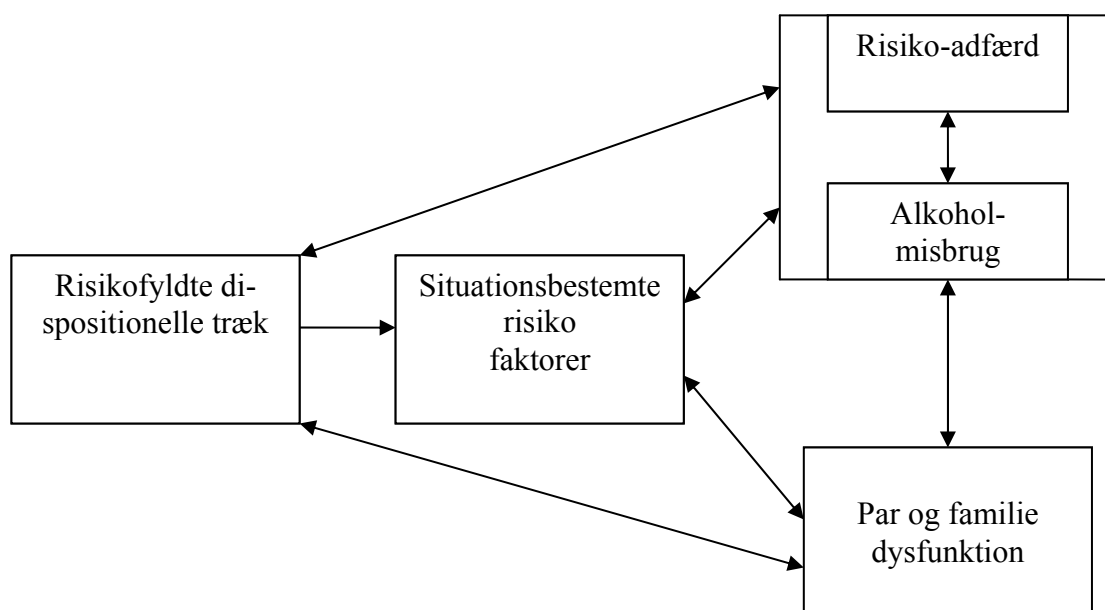
Nyere forskning på området tyder dog på, at dette ikke altid behøver at være tilfældet. At det i nogle tilfælde i højere grad handler om, *hvordan* de pårørende forsøger at motivere og påvirke. Netop ikke forsøger at presse, være bedrevidende, kontrollerende etc., ud fra devisen ”tryk avler modtryk”. At det ikke altid er et spørgsmål om kamp parterne imellem, men også kan være samarbejde og fælles udvikling.

Dette fremgik også af de ovenfor nævnte behandlingsmodeller, der alle på nær sygdomsmodellen opfordrer til fokus på og inddragelse af de pårørende i behandlingen af misbrug(-er).

En forståelsesmodel

Nedenfor præsenteres en model til forståelse af par- og/eller familiefunktion som følge af alkoholmisbrug. Modellen er udviklet af Ripley og kolleger (Ripley et al., 2006). Af modellen fremgår den omfattende kompleksitet området er præget af.

Således indgår såvel ”bio-psyko-sociale” komponenter såvel som ”person-situationelle” bidrag til forståelse af problemerne. Ligeledes er der både kausale og dobbeltrettede påvirkninger af hver af de viste grupper af faktorer, som hver især repræsenterer et stort antal af variable.



Figur 4.1 Mulig kausal model for alkoholmisbrug og par/familie dysfunktion (Ripley, Cunion, & Noble, 2006)

Dispositionelle karaktertræk er de faktorer, som et individ er i besiddelse af, såsom helbred, personlighedsfaktorer og demografiske variable. *Situationsbestemte* faktorer er de variable, som er uden for et individ såsom økonomiske muligheder, sociale holdninger over for alkohol og familie eller miljømæssige forstærkende faktorer til alkoholmisbrug eller familievold.

Træk-baserede korrelationer

De træk-baserede korrelationer er vanskelige at adskille fra alkoholproblemerne i forhold til effekten på de pårørende. F.eks. korrelerer personlighedstrækkene ”impulsivitet” og ”sensationssøgning” med alkoholmisbrug, samtidig med at de har ødelæggende effekt på familien (Newcomb & Earlywine, 1996; Wills, Vaccaro, & McNamara, 1994).

Af biologisk baserede træk ser vi f.eks. kognitive mangler og den deraf følgende forringede dømmekraft. Dette korrelerer ligeledes både med alkoholmisbrug (Yohman & Parsons, 1987) og ægteskabelige problemer.

Nogle risikotræk er modtagelige for terapi, såsom psykopatologi (Pan, Neidig & O’Leary, 1994) og sociale færdigheder (Holtzworth-Munroe, 2000); andre er ikke såsom kognitive mangler eller alder (Pan et al., 1994).

Situationsbaserede korrelationer

Udover de individuelle faktorer ser vi også, at specifikke situationer øger risikoen blandt par og familier for både alkoholmisbrug og familiedysfunk-

tion. Det gælder f.eks. fattigdom eller manglende muligheder i livet (McLaughlin, Leonard & Senchak, 1992) eller sociale holdninger såsom kønsdiskrimination (Goodrich, 1991).

Alkoholmisbrug

Alkoholmisbrug kan forværre såvel træk- som situationsbaserede faktorer. Alkoholmisbrug, især kronisk alkoholmisbrug eller alkoholaafhængighed, kan således skabe supplerende risikofaktorer såsom dårligt fysisk helbred. Ligeledes ses en forværring af de situationelle faktorer som følge af en slags "feed-back" effekt. Det gælder for eksempel i forhold til at fastholde et job.

Alkoholmisbrug som en subtype af risikoadfærd

Forskellig risikoadfærd, forstærket ved misbrug, kan føre til usund familiefunktion såsom ægteskabelige sidespring (Curtain, Patrick, Lang, Cacioppo, & Birnauer, 2001), ikke planlagte graviditeter, som kan føre til besværlige ægteskaber (Dozier & Barnes, 1997), og vold og social afvigelse (Simon, Sussman, Dent, Burton & Flay, 1995). Derfor må alkoholmisbrug forstås som en bestemt type af risikoadfærd med en mulig interaktion mellem alkoholmisbrug og anden risikoadfærd (Ripley et al., 2006).

Når vi derfor skal forsøge at forstå og forklare relationen mellem en misbruger og dennes pårørende, er det ikke helt så enkelt. Der er mange individuelle faktorer hos såvel den misbrugende part som hos de pårørende, ligesom det omgivende miljø bidrager til den samlede forståelse.

Af samme grund vil det også være nødvendigt med forskellige behandlingsmodeller tilpasset den enkelte misbruger og dennes relationer.

Afhængighed og relationer

Resultater

5. Metode og procedure

Undersøgelsens formål

Undersøgelsens primære formål er følgende:

- Først og fremmest en belysning af betydningen af alkoholmisbrug i familien. Ikke kun hvordan misbruget påvirker den afhængige, men også dennes nærmeste pårørende, især ægtefælle, børn og forældre. De områder, der søges afdækket for såvel de afhængige som de pårørende, er: Misbrugsprofil, psykisk og fysisk belastningsgrad, den relationelle tilstand, herunder familiefunktion og social støtte samt konfliktniveau. Desuden undersøges anvendelsen af mestringsstrategier, ligeledes for både de afhængige og de pårørende.
- Beskrivelse af forandringer hos de pårørende og de afhængige i forbindelse med behandling, herunder deres oplevelse af og tilfredshed med de enkelte behandlingstilbud.

Undersøgelsesdesign

Undersøgelsen er en deskriptiv og eksplorativ undersøgelse. Den består primært af kvantitativ forskningsmetodik, men suppleres desuden med data af mere kvalitativ art. Dataindsamlingen er foretaget via standardiserede spørgeskemaer samt supplerende spørgsmål vedrørende demografi, sundhed, sociale relationer samt børn. Desuden indgår en række åbne spørgsmål, der behandles kvalitativt.

Der er anvendt et multivariat korrelationelt undersøgelsesdesign. Det multivariate design betyder, at der inddrages ganske mange afhængige og uafhængige variable. Beskrivelsen af pårørendegruppen bliver således langt mere bred og nuanceret. Samtidig giver det mulighed for at undersøge indbyrdes korrelationer og styrkeforhold de enkelte grupper og faktorer imellem, ligesom de mange faktorer bidrager til belysning af heterogeniteten i pårørendegruppen.

Derudover anvendes gruppesammenligningsdesign i forløbsundersøgelsen, hvor de pårørende sammenlignes med sig selv ved interventionens start, afslutning og ved opfølgning 6-12 måneder efter endt intervention.

Endvidere bygger undersøgelsen på en forholdsvis stor population: i alt 415 pårørende, hvilket er afgørende, især i forhold til belysning af heterogeniteten, men også i forhold til opdeling i mindre grupper (partner, tidligere partner, voksne børn, forældre).

Metode

Dataindsamling og procedure

Data blev indsamlet fra 2004-2006 og foregik ved selvrapporteringsmetodik. Pårørendegruppen blev rekrutteret via alkoholbehandlingsinstitutionerne Majorgården og Behandlingscenter Tjele, medens gruppen af afhængige kommer fra Majorgården. Her blev suppleret med data fra DanRIS. Sidstnævnte er et nationalt register over danskere i alkoholdøgnbehandling¹³. Det har således været muligt at følge såvel den afhængige som dennes pårørende.

De to institutioner blev udvalgt ud fra, at de var med i DanRIS, at de på undersøgelsestidspunktet tilbød familiebehandling af et vist omfang og til en forholdsvis stor gruppe pårørende, og at de var villige til at deltage. Det er således ikke et bevidst valg, at begge institutioner er Minnesota behandlingsinstitutioner.

Deltagelse i undersøgelsen var frivillig og anonym. Dog havde begge institutioner klare forventninger til deltagelse i undersøgelsen.

Inklusionskriterierne for de pårørende var, at man deltog i pårørendebehandling på enten Majorgården eller Tjele, og at man var over 17 år.

Inklusionskriterierne for de afhængige var, at de var i behandling på Majorgården, og at de havde pårørende i samtidig pårørendebehandling på Majorgården.

Derudover inddrages misbrugsdata på de afhængige via DanRIS. Heri indgår derfor også afhængige fra Behandlingscenter Tjele.

Der blev udleveret skemaer til såvel pårørende som misbruger ved behandlingsstart, ved afslutning af behandlingsforløbet samt et halvt til et år efter endt behandling.

Instrumenter

Alle deltagere besvarede et spørgeskema indeholdende følgende selvrapporteringsinstrumenter: *Self-Report Family Inventory* (SFI, Beavers & Hampson, 1990; Christensen, 1996) anvendtes til belysning af familiens funktionsniveau i forhold til fem overordnede dimensioner (familiens psykiske sundhed, konfliktniveau, familiesamhørighed, lederskab og ekspres-

¹³ DanRIS-Alkohol er siden blevet overtaget af Sundhedsstyrelsen og hedder nu NAB. Heri indgår tillige den ambulante alkoholbehandling.

sivitet). Familiens score på psykisk sundhed omregnes til en overordnet kompetencescore til belysning af familiens grad af (dys-)funktion.

Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis, 1993; Derogatis & Lazarus, 1994; Zachariae, 1993) blev anvendt til belysning af individets symptomer på psykisk belastning. BSI'en angiver dels et mål for personens overordnede psykiske belastningsgrad "Global Severity Index" (GSI), og dels mål for følgende ni symptomdimensioner: somatisering, kompulsivitet, interpersonel sensitivitet, depression, angst, fjendtlighed, fobisk angst, paranoia og psykoticisme.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE, Rosenberg, 1965) belyser individets oplevelse af selvværd. *Coping Style Questionnaire* (CSQ, Roger, Jarvis & Narjarian, 1993; Elklit, 1995, 1996) undersøger individets brug af fire forskellige mestringsstrategier (rationel, emotionel, objektiviserende og undgående mestring). Denne blev yderligere udvidet med tre items vedrørende anvendelsen af alkohol, piller og/eller cigaretter i stressende situationer. Dette ud fra en hypotese om, at pårørende kan være i risiko for at anvende disse former for undgående mestring (kun anvendelsen af mad var inkluderet i det oprindelige skema).

Adult Attachment Scale-Revised (R-AAS, Collins & Read, 1990; Elklit, 1999a) anvendtes til belysning af deltagerens nære relationer. Individets relationer til andre blev belyst ud fra "nærhed", "angst" og "afhængighed" samt de fire tilknytningsformer "tryk", "nervøs", "svag" og "overinvolveret".

Sense of Coherence Scale (SOC, Antonovsky, 1993; Beckman & Goldberger, 1995) blev anvendt til at afdække individets grundlæggende livsindstilling. Om tilværelsen mestres succesfuldt, afhænger ifølge Antonovsky af, om hændelser opleves forståelige, håndterbare og meningsfulde. *The Crisis Support Scale* (CSS, Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992; Elklit, 1999b) belyste individets oplevelse af social støtte.

Addiction Severity Index indgik i DanRIS-databasen.

Generelt for disse skemaer gælder, at der var en del ubesvarede spørgsmål. Dette skyldes, at denne "anden del" af spørgeskemaet var endnu mere "frivillig" end første del. Det vil sige, at deltagerne fik mulighed for kun at besvare første del af skemaet og undlade sidste del med de standardiserede spørgeskemaer. Dette fordi skemaet er meget omfattende og for at undgå, at nogle faldt helt fra af denne grund. Det var vigtigt, at deltagerne også ville bruge tid anden og tredje gang, skemaet skulle udfyldes.

Den del, der vælger at deltage i sidste del af spørgeskemaet, defineres som "de, der har besvaret det første spørgsmål i den sidste halvdel af spørge-

skemaet". Det betyder, at der var 321 pårørende, der også valgte at deltage i denne del af undersøgelsen. Det er disse deltagere, der danner udgangspunkt for de udførte analyser. Der er lavet statistiske analyser i forhold til at afdække eventuelle forskelle mellem dem, der besvarer anden del af skemaet, og dem, der ikke gør. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Ud over de ovenfor nævnte standardiserede skemaer blev en række spørgsmål konstrueret til yderligere belysning af familie og sociale relationer (herunder eventuelle børn), forholdet til den afhængige (overansvarlighed, skyldfølelse, kontrol, egenomsorg, ekspressivitet samt kommunikation), sundhed (alkohol- og misbrugsproblematikker samt behandlingstilbud) og diverse demografiske faktorer. Blandt disse spørgsmål var også nogle af mere "kvalitativ art" med mulighed for uddybende kommentarer til spørgsmålene.

Institutionerne og deres tilbud til de pårørende

I undersøgelsen deltog to alkoholbehandlingsinstitutioner:

- Majorgården
- Behandlingscenter Tjele

Både Behandlingscenter Tjele og Majorgården er Minnesota behandlingsinstitutioner.

På begge institutioner tilbydes døgnbehandling til alkohol- og medicinafhængige. I begge behandlingsforløb indgår familiebehandling, hvor pårørende indbydes til at deltage. Det er således frivilligt for de pårørende at deltage i behandlingen. Derudover kan pårørende, der ønsker behandling, men som ikke har en afhængig i behandling, "købe" sig en plads på familiekurserne.

Begge familiekurser har de pårørendes trivsel som det primære fokus. Det er således ikke et mål at påvirke misbruger til en adfærdsændring.

Minnesota behandlingen bygger på sygdomsmodellens forståelse af misbrug og AA's 12-trin (AA = Anonyme alkoholikere). Ifølge sygdomsmodellen er afhængighed en kronisk og progressiv sygdom, som, hvis den ikke standses, i sidste instans er dødelig. Derfor er målet med behandlingen også afholdenhed.

Behandlingen anvender rådgivning snarere end terapi, ligesom kortvarige forløb tilstræbes, idet man mener, at misbruger ellers kan opbygge afhængighed til behandlingen.

I stedet henvises såvel misbruger som de pårørende til selvhjælpsgrupper i AA-regi, for derigennem at fastholde de nye adfærdsformer og ædruelighed ikke mindst. Der er grupper for såvel misbruger (AA) som de pårørende (Al-anon, ACA mv.) i stort set alle byer i Danmark. I AA arbejdes der videre på de 12 trin.

I forhold til de pårørende anvendes begrebet medafhængighed, der henviser til, at de pårørende bliver viklet ind i og bliver medansvarlige for misbrugerets opretholdelse. Derfor anser man det også for vigtigt, at arbejde med de pårørende.

Majorgården

Behandlingen på Majorgården består af en primærbehandling (misbruger), en familiebehandling (pårørende) og en efterbehandling (misbruger og pårørende).

Primærbehandlingen varer op til seks uger og består af såvel individuelt som gruppearbejde. Derudover indgår eksterne AA-møder, praktisk arbejde og socialt samvær. Et familiefokus inddrages ved foredrag samt en hel temadag om familier, børn, voksne børn, herunder bl.a. medafhængighed og kommunikation i familier. Endelig er der fokus på krop og sundhed, og i den forbindelse tilbud om motion, sund kost og rygeafvænnning.

Familiebehandlingen foregår ambulant og varer i fem dage. Den tilbydes i princippet alle pårørende, inklusive børn over 12 år, uafhængigt af om misbruger er i samtidig behandling på Majorgården. Behandlingen er gratis for op til fire pårørende, hvis misbruger er i døgnbehandling, og op til to pårørende, hvis misbruger er i dagbehandling. Derudover deltager også pårørende, som ikke har en misbruger i behandling på Majorgården. Det kan være ægtefæller (gifte såvel som fraskilte, hvor misbruger stadig er aktiv), eller ”voksne børn”, som er flyttet hjemmefra den aktive forælder, eller hvor forælderen er død. Det kan også være pårørende, hvor misbruger går i/har fået behandling andetsteds, hvor der ikke tilbydes familiebehandling. I disse tilfælde koster familieprogrammet penge.

Misbruger deltager ikke i familiebehandlingen. Til gengæld er der i misbrugers behandling indlagt familierelevante opgaver og foredrag (se ovenfor).

Familiebehandlingen består af foredrag, gruppe i plenum, film og opgaver, der diskuteres i små grupper. Der er i overvejende grad tale om ”psykoedukation”, ligesom erfaringsudveksling og spejling i gruppen vægtes.

Formålet er at give familiemedlemmer indsigt i, hvad afhængig er for noget, og hvordan man som pårørende kan skabe plads til egne behov.

Derudover gives redskaber til at komme videre med sit liv, uafhængigt af den afhængiges tilstand og dennes valg i sit liv.

Såfremt misbruger er i samtidig behandling på Majorgården tilbydes en individuel familiesamtale med misbruger, dennes terapeut og familierapeut. Derudover er der mulighed for tilkøb af yderligere par-/familiesamtaler.

Derudover er der forskellige gruppetilbud til de pårørende uafhængigt af misbruger og dennes behandling. Disse tilbydes også børn og unge.

Primær- og familiebehandling efterfølges af seks måneders ambulant og lokal efterbehandling en gang ugentligt. Dette gælder kun for partnere, og kun hvis misbruger også har været i behandling på Majorgården. Hver gruppe ledes af en terapeut. Der arbejdes videre med opgaver fra familieprogrammet og aktuelle emner for de enkelte grupper. Nogle par deltager i samme efterbehandlingsgruppe, andre i hver sin.

Derudover findes tilbud om videre forløb for ”voksne børn”, for børn i alderen 6-21 år og for forældre. Disse tilbud er ikke inkluderet i behandlingspakken og koster derfor penge.

Behandlingscenter Tjele

Behandlingen på Behandlingscenter Tjele består af primærbehandling og efterbehandling. Forløbet tilrettelægges individuelt, men har typisk en varighed på fem uger. Derudover er det muligt at få et særligt udslusningsforløb af typisk tre til seks måneders varighed ekstra. Endelig er det også muligt at være i ambulant dagbehandling frem for i døgnbehandling.

Arbejdet består af såvel individuelt som gruppearbejde. Derudover indgår foredrag og undervisning samt praktisk arbejde og socialt samvær. Som en del af primærbehandlingen er der AA-selvhjælpsgruppemøder hver aften. Efterbehandling består af 12 hele dage fordelt over seks måneder.

I forhold til familie og pårørende undervises der to gange i løbet af de fem uger, ligesom der er mulighed for parsamtaler såvel under som efter behandling. Undervisningen varetages af FamilieCenteret, også med det formål at fortælle den afhængige om de pårørendes behandlingstilbud.

Familiebehandlingen er et ugekursus (fem hverdage) på et særligt og dertil indrettet kursuscenter i Egtved, ”FamilieCenteret”. FamilieCenteret hørte i nærværende undersøgelsesforløb under MinnesotaGruppen Tjele-Taarup. Efter undersøgelsens ophør er FamilieCenteret imidlertid alene tilknyttet Behandlingscenter Tjele.

Tilbuddet blev på daværende tidspunkt tilbudt samtlige relevante pårørende med en afhængig i behandling på Behandlingscenter Tjele eller Taa-

rup behandlingscenter. Dog er kun én pårørende inkluderet i behandlingsprisen. Derudover er kurset åbent mod betaling for alle andre pårørende til en afhængig, hvad enten denne er i behandling eller ej.

Ugekurset udbydes for alle voksne pårørende, det vil sige partner, tidligere partner (såfremt der er fælles børn eller en af parterne af anden grund ønsker det), større børn, forældre og søskende til afhængige. Derudover udbydes børne- og ungdomskurser over to weekender for børn og unge mellem 9 og 20 år.

Kursusforløbene er sammensat af forskellige elementer som undervisning, gruppeterapi, individuelle terapeutiske samtaler og socialt samvær.

Formålet er at udstyre familiens medlemmer med redskaber til at se og ændre de roller, de har påtaget sig i livet med en afhængig. De lærer at sætte grænser og opbygge sociale relationer. Derudover arbejdes med tilbagefaldssignaler, samt hvorledes tilbagefald kan håndteres. Der undervises desuden i 1.trin i 12-trins-programmet, der handler om at erkende sin magtesløshed over for alkohol. Ligeledes opfordres der til at fortsætte i selvhjælpsgrupper i Al-anon.

Familiebehandlingen tilbød på undersøgelsestidspunktet også efterbehandling, bestående af tre dage. På efterbehandlingsdagene blev undervist i bl.a. forskellige aktuelle emner, ligesom de pårørendes oplevelser blev inddraget. Efterbehandlingen er nu blevet erstattet med en individuel samtale. Såfremt den pårørende ikke ønsker at gøre brug af familiekurset, tilbydes også individuelle samtaler.

Populationen

Pårørende

I undersøgelsen deltog i alt 415 pårørende. Deltagerne kom fra henholdsvis Tjele (N=250) og Majorgården (N=165). Der var ikke nævneværdige forskelle på populationerne fra Tjele og fra Majorgården. Derfor blev de to grupper slået sammen til én stor gruppe.

Nogle deltog kun delvist i undersøgelsen og udfyldte kun ét eller to skemaer. Nogle var ikke med fra starten, og andre faldt fra undervejs, se tabel 5,1. Dette kan overvejende forklares ved inkonsistent udlevering (Majorgården) og manglende returnering/modtagelse af én pakke med udfyldte spørgeskemaer (Tjele=20 skemaer). Der er altså i høj grad tale om forglemmelser/manglende udlevering fra institutionel side og derfor ikke nødvendigvis modvilje fra deltagerne.

Tabel 5.1: Fordeling af deltagernes spørgeskemabesvarelser

	Antal	Andel i procent
Kun skema PI ved behandlingsstart	228	54,9
Kun skema PII efter behandling	39	9,4
Kun PI + PII	102	24,6
Kun PI + PIII	1	0,2
Kun PII + PIII	12	2,9
PI + PII + PIII	33	8,0
Total	415	100

PI	PII	PIII
Umiddelbart inden/ved behandlingsstart	Umiddelbart efter/ved behandlingsafslutning	Opfølgning ½-1 år efter behandlingsophør

Figur 5.1: Indsamling af data**Tabel 5.2: Fordeling af pårørende der deltager over tid**

	Antal	Andel i procent
PI – ved behandlingsstart	363	87,5
PII – efter behandling	186	44,8
PIII - opfølgning	46	11,1
Total	415	-

Første del af undersøgelsen omhandler pårørendegruppens besvarelse af data ved indskrivning. Relevant for denne del af undersøgelsen er altså de 363 deltagere, der har besvaret spørgeskema PI ved indskrivning. Disse fordeler sig med 230 (63 %) og 133 (37 %) fra henholdsvis Tjele og Majorgården. Som det fremgår af tabel 5.3, afviger denne del af de pårørende ikke fra den samlede gruppe af pårørende i forhold til deres basisdata, ligesom statistiske tests har vist, at der generelt ikke er forskel på de pårørende uanset deres deltagelsesgrad og tidspunkt (se afsnit om statistiske tests).

Gennemsnitligt var de pårørende 44 år. Tre ud af fire var kvinder (73 %), medens godt en fjerdedel var mænd (27 %). Alle var af dansk oprindelse.

Tabel 5.3: Grunddata for pårørende

	Alle pårørende (N=415)	Pårørende der har besvaret PI (N=363)
Alder, gennemsnit	44 år	44 år
Alder, median	45 år	44 år
Alder, range	15-82 år	15-82 år
Kvinder	73 %	74 %
Mænd	27 %	26 %
Nationalitet/DK	100 %	100 %

Langt de fleste var samlevende/gift (69 %), en femtedel var alene (22 %) og 7 % boede alene, men var i et fast forhold. Data henviser ikke til boform. Således var nogle af de yngre deltagere stadig hjemmeboende (og dermed ikke alene som sådan), men uden parforhold/kæreste.

Tabel 5.4: Samliv

	Antal (N=415)	Andel i procent Pårørende/Alle (N=415)	Andel i procent Pårørende/PI (N=363)
Samlevende/gift	285	69,0	67,0
Alene i fast forhold	28	7,0	7,0
Alene	93	22,0	24,0
Andet	2	0,5	0,5
Ubesvaret	7	2,0	2,0

Grupper af pårørende

Ser vi på gruppen af pårørende og deres relation til den afhængige, er halvdelen af de pårørende ”partner/kæreste” til en misbruger (52 %). Disse fordeles sig med 42 % ”samlever eller ægtefælle” til en misbruger, 8 % ”tidligere ægtefælle/samlever” og 2 % ”ikke-samlevende kæreste”. Den næststørste gruppe består af de voksne børn, hvor en eller begge forældre er misbruger (28 %). Dernæst følger ”forældre-gruppen” (11 %) og ”søsken-de” (5,5 %) samt ”anden familie og venner/kollega” (2,5 %).

Tabel 5.5: Grupper af pårørende/Relation til den afhængige (individets egen rolle)

	Antal (N=415)	Andel i procent Pårørende/Alle (N=415)	Andel i procent Pårørende/PI (N=363)
Samlever/ægtefælle	173	42	42
Kæreste/ej samlevende	9	2	2,5
Tidl. ægtefælle/ samlevende	32	8	8
Søn/datter	116	28	29
Far/mor	46	11	10
Søskende	23	5,5	5,5
Anden familie	3	0,5	0,5
Ven, kollega etc.	8	2	2
Ikke oplyst	5	1	1

De følgende spørgsmål er kun besvaret, hvis deltageren har udfyldt spørgeskema ved indskrivning (PI). Det betyder, at de følgende data bygger på besvarelser fra de 363 deltagere, der deltog i denne del af undersøgelsen.

Uddannelsesmæssigt har langt de fleste deltagere (61 %) en gymnasial eller lignende grunduddannelse. Stort set samme andel har tillige en videreuddannelse (63 %).

Tabel 5.6: Uddannelse

	Antal (N=363)	Andel i procent (N=363)
Kun til og med 8. klasse	20	6
Kun til og med 9. klasse	30	8
Kun til og med 10. klasse	72	20
Gymnasium, hf, handels-/teknisk skole	223	61
Ubesvaret	18	5

Tabel 5.7: Videreuddannelse

	Antal (N=363)	Andel i procent (N=363)
Nej	109	30
Ja	228	63
Ubesvaret	26	7

Misbrug i opvækstfamilien

På spørgsmålet om, hvorvidt der var misbrug i opvækstfamilien eller i familien som sådan svarer halvdelen af deltagerne ”ja” (53,5 %). Dette vil jo være indlysende for de 116 (29 %), der er voksne børn af misbrugere, men for de resterende er det interessant, at de udover f.eks. en misbrugende partner også er vokset op med forældre med misbrug. En analyse heraf viser faktisk, at selvom vi udelukker de voksne børn, er det stadig 54,7 % af de pårørende, der har oplevet misbrug i familien, udover den aktuelle part.

Tabel 5.8: Misbrug i opvækstfamilien (N=363)

	Antal	Andel i procent
Ja	194	53,5
Nej	160	44,0
Uoplyst	9	2,5

Næsten ligeligt fordelt er misbruget mellem far og mor, idet 42 % svarer mor og 48 % svarer far. Hver femte angiver en søskende med misbrug og hver tiende, at der var andre i opvækstfamilien med misbrug. ”Andre” kategorien dækker over bedsteforældre, onkler/tanter/mostre, fætre/kusiner, nevøer, svoger og svigerfar. Nogle angiver mere end ét familiemedlem med misbrug.

Tabel 5.9: Hvem havde misbrug i opvækstfamilien (N=194)

	Antal	Andel i procent
Mor	82	42,0
Far	93	48,0
Søskende	37	19,0
Andre	23	10,0

Afhængige

I undersøgelsen ”Alkohol og relationer” deltog i alt 210 afhængige, alle fra Majorgården. Som udgangspunkt er det kun disse data fra Majorgården, der anvendes. Dette skyldes, at det kun er dem, der udfylder et spørgeskema som de pårørende. Data fra DanRIS-databasen inddrages kun for at supplere med de data, der ikke er blevet besvaret i spørgeskemaet (bl.a. omkring samliv, misbrug og konflikter). Disse blev med vilje ikke inddraget i spørgeskemaet, da det ville være omsonst at bede de afhængige besvare disse spørgsmål to gange. Det var imidlertid kun muligt at finde 163 af de 210 afhængige i DanRIS-databasen, – formodentlig fordi de har valgt at være

anonyme, og dermed ikke har opgivet navn/cpr-nummer, hverken i ”Alkohol og relationer”-undersøgelsen eller i DanRIS-databasen.

Det skal bemærkes, at hver af de afhængige godt kan have mere end en pårørende med i pårørendebehandling. Derfor vil der være flere pårørende end afhængige i undersøgelsen.

Nogle deltog kun delvist i undersøgelsen og udfyldte kun et eller to skemaer. Nogle var ikke med fra starten, og nogle faldt fra undervejs, se tabel 5.10.

Dette kan overvejende forklares ved inkonsistent udlevering af spørgeskemaer. Der er altså i høj grad tale om forglemmelser/manglende udlevering fra behandlingsinstitutionens side og derfor ikke nødvendigvis modvilje fra deltagerne.

Tabel 5.10: Fordeling af de afhængiges spørgeskemabesvarelser

	Antal	Andel i procent
Kun skema AI – ved behandlingsstart	62	29,5
Kun skema AII – efter behandling	83	39,5
Kun AI + AII	38	18,1
Kun AIII	1	0,5
Kun AII + AIII	16	7,6
AI + AII + AIII	10	4,8
Total	210	100

AI	AII	AIII
Umiddelbart inden/ved behandlingsstart	Umiddelbart efter/ved Behandlingsafslutning	Opfølgning 1 år efter behandlingsophør

Figur 5.2: Indsamling af data

Tabel 5.11: Grunddata for afhængige

	Afhængige på Majorgården, der besvarer AI (N=110)	Afhængige, der også indgår i DanRIS (N=163)
Alder, gennemsnit	54 år	50 år
Alder, median	55 år	51 år
Alder, range	34-80 år	25-73 år
Alder uoplyst	12 %	-
Kvinder	26 %	36 %
Mænd	66 %	64 %
Køn uoplyst	8 %	-
Nationalitet/DK	100 %	99 %

Der indsamles kun data for køn og alder ved AI. Det vil sige, at disse data mangler på de afhængige, der først deltager fra AII. Derudover er der nogle, der vælger anonymitet. Derfor savnes data på disse, herunder alder og køn.

DanRIS-data (der udgør 163 af de 210) formodes derfor at være tættere på den samlede gruppes data.

Gennemsnitligt var de afhængige mellem 50 og 54 år. I modsætning til de pårørende er størstedelen af de afhængige mænd (64-66 %). Stort set alle var af dansk oprindelse.

Nedenstående data stammer fra DanRIS, hvor alle afhængige på Majorgården udfylder et ASI-skema. Derfor indgår disse spørgsmål ikke i spørgeskemaet fra ”Afhængighed og relationer”.

Lidt over halvdelen af de afhængige var samlevende/gift (56,4 %), medens en tredjedel var alene (33,1 %).

Tabel 5.12: Samliv/afhængige i DanRIS

	Antal (N=163)	Andel i procent (N=163)
Alene	54	33,1
Samlevende/gift	92	56,4
Ubesvaret	17	10,5

Uddannelsesmæssigt har langt de fleste afhængige en gymnasial og/eller videreuddannelse.

Tabel 5.13: Grund-uddannelse/Afhængige i DanRIS

	Antal (N=163)	Andel i procent (N=163)
Kun til og med 8. klasse	14	8,6
Kun til og med 9. klasse	33	20,2
Til og med 10. klasse	84	51,5
Ubesvaret	32	19,7

Tabel 5.14: Videreuddannelse/Afhængige i DanRIS

	Antal (N=163)	Andel i procent (N=163)
Efterskole	2	1,2
Student	16	9,8
EFG basisår	3	1,8
Erhvervsfaglig uddannelse	41	25,2
Kort videregående uddannelse	15	9,2
Mellemlang videregående	42	25,8
Lang videregående uddannelse	15	9,2
Ubesvaret	25	15,3

Statistiske analysemetoder

Data er indtastet og bearbejdet i det statistiske pc-program SPSS 13.0. Afhængig af undersøgelsesredskab og -formål er anvendt forskellige statistiske analysemetoder.

En-sidet variansanalyse - One-way ANOVA

En-sidet variansanalyse one-way ANOVA er anvendt til afprøvning af sammenhænge eller forskelle mellem to variable. Såfremt antallet af kategorier knyttet til den uafhængige variabel var mere end to, anvendtes Tukey's post-hoc test (dog kun såfremt variansanalysen havde vist en forskel). Variansanalyse forudsætter normalfordeling, hvilket der indledningsvist er kontrolleret for. Hvor der ikke har været tale om normalfordeling, er i stedet anvendt non-parametriske tests.

Krydstabeller - Chi²-test

Chi²-test er anvendt til afprøvning af sammenhænge eller forskelle mellem to nominal-skala-variable. Testen suppleres med gamme(γ)-koefficienten,

der måler styrken af sammenhæng mellem to binære og/eller ordinale variable.

Partielle korrelationskoefficienter

I de tilfælde, hvor det var nødvendigt at kontrollere for andre faktoreres indflydelse på en funden sammenhæng (f.eks. alder eller køn), er der anvendt partielle korrelationskoefficienter. Kun hvor den fundne sammenhæng grupperne imellem bortfalder, og hvor den faktor, der er kontrolleret for, derfor kan formodes at have en indflydelse på forholdet, vil det blive bemærket.

Non-parametriske test for flere uafhængige populationer - Kruskal-Wallis
Kruskal-Wallis non-parametriske test for flere uafhængige populationer blev anvendt til at undersøge forskelle mellem pårørende fra de to behandlingsinstitutioner.

Mann-Whitney blev anvendt til at undersøge forskelle mellem de familier, der havde besvaret ved opfølgning, og de familier, der her havde undladt at besvare.

Wilcoxon's signed rank test for related samples

Wilcoxon's signed rank test for related samples (afhængige populationer) blev anvendt til at undersøge, om der var sket en statistisk signifikant ændring mellem de enkelte besvarelser (ved start, afslutning og opfølgning). Signifikansberegningen siger imidlertid kun noget om pålideligheden af et givet resultat. Til at undersøge effektstørrelsen anvendtes Cohen's "d" udregnet efter

$$d = \frac{M_1 - M_2}{Sd}$$

M1 = gennemsnitsværdien ved PI/A1 eller ved PII/AII*

M2 = gennemsnitsværdien ved PII/AII eller ved PIII/AIII*

Sd = den pooledes standardafvigelse ved PI og PII (eller PIII)*

$$Sd = \sqrt{\frac{Sd_1^2 + Sd_2^2}{2}}$$

* Afhængig af over hvilken periode udviklingen ønskes belyst (om det er fra start til slut, eller fra start til opfølgning, eller fra slut til opfølgning).

Ifølge Cohens tommelfingerregel vurderes effektstørrelserne som følgende (Hougaard et al., 1999):

$d = .80$ (stor effekt)

$d = .50$ (middel effekt)

$d = .20$ (lille effekt)

Student t-test for uafhængige stikprøver

I en sammenligning af nærværende undersøgelses resultater med resultater fra andre lignende undersøgelser blev der anvendt student t-test for uafhængige stikprøver. Det forudsættes i denne forbindelse, at variabelen i det mindste er på intervallskalaniveau. Teststørrelsen er udregnet efter følgende:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2 + s_2^2}{n}}}$$

Hvor: \bar{X} = middelværdien for henholdsvis gruppe 1 og 2

s = standardafvigelsen for X

n = antallet af observationer brugt til beregning af X

Signifikansniveau

Der er i det samlede statistiske arbejde valgt et maksimalt signifikansniveau på $p = 0.05$. I de fleste tilfælde er der dog tale om langt højere signifikansniveauer. Følgende signifikansniveauer optræder i resultatformidlingen og vil fremgå af tabellerne:

- 1) $p < .05$
- 2) $p < .01$
- 3) $p < .005$
- 4) $p < .001$
- 5) $p < .0005$
- 6) $p < .0001$

Metodemæssige begrænsninger og forbehold

Kausalitet og korrelation

Generelt for undersøgelsen gælder det, at det ikke er muligt at adskille kausale fra korrelerede forhold, således at der kun kan drages begrundede formodninger om årsagsforklaringer og prædiktive faktorer.

Dette gælder også i forhold til, at alkoholproblemer ofte sameksisterer med andre psykiske problemer, såsom depression, angst og antisociale per-

sonlighedsforstyrrelser samt diverse sociale problemer, der ligeledes indgår i det samlede billede af betingelser for de pårørende.

Selvrapportering

Anvendelsen af selvrapporteringsmetodik giver informationer, der bygger på den adspurgtes (selv-)opfattelse og (selv-)bevidste fremstilling. En mulig fejlkilde herved er en bevidst eller ubevidst fordrejning af ”virkeligheden”, hvilket især menes at være tilfældet med misbrugere (Rosenberg et al., 1993). Til gengæld kan man argumentere for, at det også er vigtigt at få misbrugers (og andres) egne oplevelser og fremstilling af sig selv i modsætning til f.eks. behandlers vurdering. Endelig kan forskellige forholdsregler tages i forhold til at øge validiteten, herunder at misbruger er ædru under besvarelsen, at deltagerne er velinformerede om formålet med undersøgelsen, og at der er en ikke-fordømmende holdning i forhold til deltagerens situation (Babor et al., 1990). Endelig kan spørgeskemametodik være mindre truende for deltagerne end f.eks. interview, hvilket kan formodes at betyde mindre forsvar og fordrejning (Cooney et al., 1995).

Retrospektive data

Den første dataindsamling er på Majorgården indsamlet i starten af behandlingsforløbet, men med retrospektiv tilgang. Det vil sige, at de pårørende og de afhængige blev bedt om at angive, hvordan det var, før de startede i behandling, altså op til et par uger tilbage i tid.

Det retrospektive design kan anklages for at give anledning til fejlagtige oplysninger. Dels som følge af erindringsforskydninger, forglemmelser og lignende, fordi der skal tænkes tilbage på noget, som er hændt. Og dels fordi respondentens følelsesmæssige tilstand på undersøgelsestidspunktet kan påvirke hukommelsen (f.eks. Bower, 1981). Der er imidlertid kun tale om ganske kort tid, hvorfor tidsforskydningen ikke tillægges større betydning.

Til gengæld kan situationen, hvor såvel den pårørende som den afhængige er i behandling, have indflydelse på erindringen om livet med misbrug. Her kan man imidlertid forestille sig udsving til begge sider, såvel ”over- som underdrivelse”. Overdrivelse, fordi der i forbindelse med behandling er øget fokus på problemstillingen. Denne øgede bevidsthed kan imidlertid også betyde, at problemstillinger og oplevelser, der ellers er fortrængte, kommer frem i lyset, således at vi er tættere på ”virkeligheden” på undersøgelsestidspunktet.

Underrapportering kan imidlertid også tænkes. Den pårørende er måske mere fortrøstningsfuld og optimistisk nu. Misbruger er i behandling, og

samtidig kan den pårørende have fået øget forståelse og omsorg for misbrugerens situation, hvilket kan farve besvarelsen i en mere positiv retning.

Til en vis grad er dette meget lig kritikken af spørgeskemametoden: at den viden, der indhentes, er en subjektiv vurdering af egen situation. I modsætning til f.eks. en behandlers vurdering. Begge vurderinger vil dog til enhver tid kunne påvirkes af andre faktorerers indflydelse.

Dette retrospektive design er ikke anvendt på Tjele, idet det her var muligt at kontakte de pårørende inden behandlingsstart. En sammenligning af Tjele og Majorgården viste ingen forskel på PI-data. Det formodes derfor, at det retrospektive design ikke har spillet en afgørende rolle.

Generalisering

Generalisering er ikke mulig, idet der er tale om pårørende, der er på vej i behandling. Man kunne forestille sig, at denne specifikke del af de pårørende har det dårligere end en gennemsnitlig pårørende, siden de går i behandling. Her er det imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at størstedelen af de pårørende er blevet tilbudt behandlingen i forbindelse med den afhængiges behandlingsforløb, og således ikke nødvendigvis selv har søgt et sådant.

Samtidig kan man også forestille sig pårørende, der er endnu dårligere og derfor ikke har de nødvendige ressourcer til at søge og/eller ville et behandlingsforløb. Under alle omstændigheder ved vi ikke, i hvilken grad vi kan generalisere.

Gruppen af afhængige er endvidere selekteret, idet den kun består af afhængige i Minnesota døgnbehandling og med en pårørende, vel og mærke en pårørende, der er villig til at indgå i et behandlingsforløb.

Derudover er der en overvægt af kvinder blandt de pårørende og en overvægt af mænd blandt de afhængige. Dette afspejler imidlertid den generelle tendens blandt henholdsvis pårørende og afhængige.

6. Social funktion

Social støtte

Deltagerne blev spurgt til deres egen oplevelse og vurdering af ”sociale støtte” før behandlingsforløbet på henholdsvis Majorgården og Tjele.

Af nedenstående fremgår det, at vi har en meget belastet gruppe, hvad angår social støtte, på mellem 4,5 % og 9,5 %. En gruppe, der aldrig eller næsten aldrig oplever at kunne tale om deres tanker og følelser, og at der er nogen, der vil lytte til dem. Som aldrig eller næsten aldrig oplever at få sympati og støtte. Som altid eller næsten altid føler sig svigtet og aldrig eller næsten aldrig er tilfreds med den støtte, de evt. måtte få (måske fordi de ingen støtte får).

Nogen der vil lytte

Lidt over halvdelen (57,5 %) synes altid eller næsten altid, at der er nogle, der er villige til at lytte, når de har behov for at snakke. En tredjedel (34 %) mener, at det kun er nogle gange, at der er nogle at snakke med, medens at fem ud af hundrede aldrig eller næsten aldrig har nogen at snakke med.

Tabel 6.1: Social støtte før behandling - lytte (N=363)

	Andel i % af alle pårørende
Altid, næsten altid	57,5
Nogle gange	34,0
Aldrig, næsten aldrig	5,0
Ubesvaret	3,5

Kontakt med andre pårørende

Omtrent halvdelen (47,5 %) har aldrig eller næsten aldrig kontakt med andre pårørende til alkoholafhængige før behandlingsforløbet. En tredjedel (29 %) har det nogle gange, og hver femte (20,5 %) har det altid eller næsten altid. Dette behøver ikke at være i behandlingsmæssig henseende (f.eks. selvhjælpsgrupper). Det kan også være familie og venner.

Tabel 6.2: Social støtte før behandling – kontakt andre pårørende (N=363)

	Andel i % af alle pårørende
Altid, næsten altid	20,5
Nogle gange	29,0
Aldrig, næsten aldrig	47,5
Ubesvaret	3,0

Tale om tanker og følelser

På spørgsmålet om, hvorvidt de før behandlingsforløbet er i stand til at tale om tanker og følelser, svarer halvdelen (52 %), at det kun er nogle gange. Lidt mere end en tredjedel (37 %) mener dog, at det kan de næsten altid eller altid. Næsten hver tiende (9,5 %) angiver, at de aldrig eller næsten aldrig kan tale om tanker og følelser.

Tabel 6.3: Social støtte før behandling – tale om tanker og følelser (N=363)

	Andel i % af alle pårørende
Altid, næsten altid	37,0
Nogle gange	52,0
Aldrig, næsten aldrig	9,5
Ubesvaret	1,5

Sympati og støtte

Halvdelen (52 %) siger, at de altid eller næsten altid bliver mødt med sympati og støtte fra andre mennesker. Stort set den resterende halvdel (40 %) angiver, at det kun sker nogle gange. Men fem ud af hundrede siger, at det aldrig eller næsten aldrig forekommer.

Tabel 6.4: Social støtte før behandling – sympati og støtte (N=363)

	Andel i % af alle pårørende
Altid, næsten altid	52,0
Nogle gange	40,0
Aldrig, næsten aldrig	4,5
Ubesvaret	3,5

Praktisk hjælp

At få hjælp til praktiske opgaver er ikke nødvendigvis relevant for alle. Især er der mange mænd, der kan synes, at dette spørgsmål ikke giver mening for dem. Der ses da også en meget anderledes svarfordeling af dette spørgsmål i forhold til de øvrige spørgsmål. Således er det kun godt hver sjette (17 %), der angiver, at de altid eller næsten altid får hjælp til praktiske opgaver. Halvdelen (50 %) får det nogle gange, medens det er hver fjerde (27 %), der aldrig eller næsten aldrig oplever det. Spørgsmålet er imidlertid en del af et standardiseret skema og kan som sådan derfor ikke tages ud.

Tabel 6.5: Social støtte før behandling – hjælp til praktiske opgaver (N=363)

	Andel i % af alle pårørende
Altid, næsten altid	17,0
Nogle gange	50,0
Aldrig, næsten aldrig	27,0
Uoplyst	6,0

Svigt

På spørgsmålet om oplevet svigt er der måske lidt overraskende ganske mange (43 %), der svarer aldrig eller næsten aldrig. Samme andel angiver, at de nogle gange har følt sig svigtet. Dog er det næsten hver tiende (8 %), der altid eller næsten altid har følt sig svigtet.

Til dette spørgsmål skal tilføjes, at tidligere undersøgelser har vist, at der er nogle, der slet ikke regner med støtte fra nogen som helst og derfor heller ikke oplever svigt. Det er typisk mennesker, der på et meget tidligt tidspunkt og/eller meget massivt har oplevet svigt og derfor ikke længere forventer nogen støtte.

Tabel 6.6: Social støtte før behandling – svigt (N=363)

	Andel i % af alle pårørende
Aldrig, næsten aldrig	43,0
Nogle gange	43,0
Altid, næsten altid	8,0
Uoplyst	6,0

Tilfredshed med modtaget støtte

Når de bliver spurgt om en overordnet vurdering af tilfredshed med den modtagne støtte, svarer fire ud af ti, at de altid eller næsten altid er tilfredse med støtten. Næsten halvdelen (45 %) svarer, at de nogle gange er tilfredse med den modtagne støtte, medens næsten hver tiende (8 %) svarer, at de aldrig eller næsten aldrig er tilfredse.

Tabel 6.7: Social støtte før behandling – tilfreds med modtaget støtte (N=363)

	Andel i % af alle pårørende
Altid, næsten altid	40,0
Nogle gange	45,0
Aldrig, næsten aldrig	8,0
Uoplyst	7,0

Nedenfor ses den hyppigst forekommende og gennemsnitlige besvarelse (hvor 1 = altid og 7 = aldrig).

	Gennemsnit	Median – den hyppigst forekommende besvarelse
Social støtte før behandling – lytte	2,45	2 = næsten altid
Social støtte før behandling – kontakt til andre pårørende	4,77	5 = nogle gange
Social støtte før behandling – tale om tanker og følelser	3,22	3 = nogle gange
Social støtte før behandling – udviser folk sympati og støtte	2,62	2 = næsten altid
Social støtte før behandling – hjælp til praktiske opgaver	4,28	4 = nogle gange
Social støtte før behandling – svigtet af folk, som du regnede med	3,01	3 = nogle gange
Social støtte før behandling – tilfreds med den støtte du modtog	3,06	3 = nogle gange

Konfliktniveau

Deltagerne blev spurgt, hvor mange dage inden for den sidste måned de havde haft alvorlige konflikter med familien. Konflikt blev defineret ved, at man havde været i kontakt med familien (partner, børn, forældre, svigerforældre og lignende), og at det var mere end blot uenighed.

En tredjedel svarer ikke på dette spørgsmål. Man kunne formode, at denne tredjedel ikke svarer, fordi de ikke har haft alvorlige konflikter og derfor finder spørgsmålet irrelevant. Ser vi på det efterfølgende spørgsmål om graden af konflikt, er det kun 5 %, der ikke svarer. Dette kunne bekræfte antagelsen. Således at de, der før undlod at svare, nu angiver ”ikke vigtig”. Vi ved imidlertid ikke noget om disse deltagere og deres motiver for ikke at svare, og som sådan angives deres (manglende) besvarelser som ubesvaret.

Gennemsnitligt har deltagerne i undersøgelsen haft 3,4 konfliktdage med familien den sidste måned. En tredjedel har ingen konfliktdage haft den sidste måned. Indregnes her andelen af ubesvarede, er det to tredjedele, der ikke har haft konflikter, men som sagt ved vi ikke, om det er en rigtig antagelse. Hver femte (21 %) har haft mellem 1 og 5 konfliktdage den sidste måned, syv ud af hundrede har haft mellem 6 og 10 konfliktdage, mens fem ud af hundrede har haft mere end 10 konfliktdage den sidste må-

ned. Igen ser vi en gruppe på ca. 5 %, der har haft alvorlige konflikter med familien hver, hver anden eller hver tredje dag den seneste måned. Taget i betragtning at ganske mange af de afhængige faktisk er i behandling på undersøgelsestidspunktet er dette påfaldende.

Tabel 6.8: Antal konflikt dage med familien den sidste måned (N=363)

	Andel i %
0	30,2
1-5	21
6-10	7
11-15	2
16-20	2
21-25	0,3
26-30	1
Ubesvaret	36,5

På spørgsmålet om, hvem konflikten har været med, svares der som oftest ægtefælle/partner (nuværende og tidligere), børn og forældre. Men også svigerfamilie, bedsteforældre og søskende.

Dernæst spørges der til, i hvilken grad den pårørende har været besværet eller bekymret pga. familiemæssige problemer de seneste 30 dage. Her er der som nævnt ovenfor kun fem procent, der ikke svarer.

Således er det knap hver fjerde (22,5 %), der ikke eller kun i ubetydelig grad har været besværet/bekymret. Omtrent lige så mange (22,1 %) har følt sig moderat besværet/bekymret, medens lidt over halvdelen (55,4 %) har følt sig betydeligt eller meget besværet/bekymret pga. familiemæssige problemer den sidste måned. Dette indikerer også, at det ikke nødvendigvis er antallet af konflikter, der er afgørende for, hvor belastet den pårørende føler sig.

Tabel 6.9: Konfliktgrad/belastningsgrad familien den sidste måned (N=363)

	Andel i %
Ikke besværet/ubetydeligt	19,3
Moderat	19,3
Betydeligt/meget besværet	56,0
Ubesvaret	5,4

Ligeledes spørges der til antallet af dage inden for den sidste måned, hvor vedkommende har haft alvorlige konflikter med andre end egen familie. Konflikt blev igen defineret som ”kontakt med den anden person” og som

mere end blot uenighed. Kategorien ”andre end familien” blev defineret som venner, kolleger og lignende.

Næsten halvdelen (43 %) svarer ikke på dette spørgsmål. Som i ovenstående kan det formodes, at denne store andel af ubesvarede er udtryk for, at spørgsmålet opleves irrelevant, altså at mange ikke oplever konflikter med andre end familien.

Gennemsnitligt oplever deltagerne knap to (1,74) konfliktdage med andre end familien om måneden. Således har næsten halvdelen (43,8 %) været ”konflikt-fri” i forhold til ”andre end familien” den sidste måned. Knap hver tiende har haft mellem 1 og 5 konfliktdage, medens kun fire ud af hundrede har haft mere end fem konfliktdage. Dog er det bemærkelsesværdigt, at 1,7 % oplever, at stort set hver dag er konfliktfyldt.

Konflikterne er som oftest med venner, kolleger og arbejdsgiver.

Table 6.10: Antal konfliktdage ”ikke-familie” den sidste måned (N=363)

	Andel i %
0	43,8
1-5	9,1
6-10	2,0
11-15	0,0
16-20	0,0
21-25	0,6
26-30	1,7
Ubesvaret	43,0

Dernæst spørges der til, hvor besværet/bekymret personen har været den sidste måned pga. sociale problemer. ”Sociale problemer” defineres som både problemer med ”andre end familien”, men også mere generelle sociale problemer såsom ensomhed og manglende venner. Næsten halvdelen (46,5 %) har ikke eller kun i ubetydelig grad været besværet/bekymret. Hver femte (21 %) har været moderat besværet/bekymret, medens hver fjerde (24,8 %) har været betydeligt eller meget besværet/bekymret den sidste måned pga. sociale problemer generelt.

Table 6.11: Konfliktgrad ”sociale problemer” – konflikter med andre end familien, dvs. venner, kolleger etc. samt ensomhed og lignende (N=363)

	Andel i %
Ikke besværet/ubetydeligt	46,5
Moderat	21,0
Betydeligt/meget besværet	24,8
Ubesvaret	7,7

Det relationelle funktionsniveau

De følgende besvarelser blev konstrueret med det formål at få et billede af den pårørendes relationelle funktionsniveau, især i forhold til misbruger, men også til dels generelt. Der er spørgsmål omkring egenomsorg, (over-)ansvarlighed, evnen til at mærke og udtrykke følelser og behov samt skyldfølelse, kontrol og bekymring specifikt i forhold til misbruger. Derudover blev der spurgt til, hvordan situationen formodes at have påvirket eventuelle børn, parforhold og familien som sådan, samt i hvilken grad der kan kommunikeres om det.

Svarene på spørgsmål omkring relationen til misbruger afhænger til dels af den pårørendes relation til misbruger. Således kan der tænkes at være forskel på om man er partner, forælder, søskende eller barn til en misbruger. Disse eventuelle forskelle undersøges ikke nærmere i nærværende rapport.

Mærke og udtrykke behov

Det første spørgsmål handler om evnen til at mærke og udtrykke behov på en adækvat måde, især i forhold til den afhængige.

Her er det hver fjerde (24 %), der slet ikke eller næsten ikke er i stand til at mærke og udtrykke behov på en adækvat måde. Lidt over halvdelen (51,5 %) mener, at det er de i rimelig grad, medens knap hver femte (18,7 %) synes, de er ret gode til det.

Tabel 6.12: Mærke og udtrykke behov – i stand til at udtrykke egne behov på adækvat måde i forhold til omgivelser, især misbruger (N=363)

	Andel i %
I meget høj grad, i høj grad	18,7
Rimeligt	51,5
Slet ikke, næsten ikke	24,0
Ubesvaret	5,8

For nogle er misbruger bare optaget af sig selv, og de oplever ikke at kunne trænge igennem:

- Verbalt er han meget stærk, så jeg går i stå.
- Han er manipulerende, træder på mine følelser, er egoistisk, jeg skal bare forstå og tilgive.
- Det er kun ham og hans mening, der tæller.
- Kan/vil ikke forstå mine problemer, har kun ét interessant problem: sig selv.
- Umuligt at udtrykke noget som helst til en fraværende person.

- Har prøvet, men trænger ikke ind.
- Det er ligesom at snakke til en mur.
- Det er svært, der er ikke plads til mig, min kæreste fylder utrolig meget.

Nogle prøver at beskytte misbruger:

- Prøver at beskytte min far, efter hans behandling er jeg bange for at belaste ham for meget.
- Det er svært, når man ved, der er en, der har det værre.

Og andre – især børn vokset op med misbrugende forældre – har aldrig lært det:

- Har altid været vant til at tilsidesætte mine egne behov, så er det svært at give udtryk for dem nu.
- Utryk for at formulere behov, så andre kan forstå dem, bange for konsekvenserne.
- Har altid været vant til at klare mig selv.
- Er meget behagesyg.
- Svært ved at mærke mig selv og sige til/fra, bange for reaktioner (vrede og afvisning).

Udtrykke følelser

At udtrykke sine følelser på en passende måde (f.eks. gråd og vrede) er et andet område, der spørges til. Igen er det hver fjerde (26,2 %), der har det rigtig svært. Halvdelen (51 %) kan det i rimelig grad, og hver femte (17,6 %) kan det i meget høj grad eller i høj grad.

Table 6.13: Udtrykke følelser – evnen til at udtrykke sine følelser (gråd, vrede) på adækvat måde (N=363)

	Andel i %
I meget høj grad, i høj grad	17,6
Rimeligt	51,0
Slet ikke, næsten ikke	26,2
Ubesvaret	5,2

Dette kan være svært, især i forhold til misbruger:

- Svært ved at udtrykke følelser, når problemerne benægtes.
- Lægger dæmper på, så ikke udløser skænderier.

- Ikke tydeligt nok til det paphoved!
- Den sidste tid har været hård: partner tordner af sted i udvikling, jeg kan ikke følge med.

Og især hvis man aldrig har lært det:

- Jeg tænker meget på ikke at gøre andre ondt.
- Passer altid på, det ikke bliver for meget.
- Gemmer det, ked af det indvendig.
- Jeg kan godt græde, men er bange for vreden.
- Ved ikke hvad der er passende, synes f.eks. det er upassende at gøre andre fortræd med min vrede.
- Vred indeni, tendens til gråd i stedet for vrede, og når jeg ikke kan overskue ting.
- Bliver nemt rigtig gal/vred. Min ked-af-det-hed er blevet afløst af masser af vrede.
- Kan blive både vred og ked af det, men ved ikke hvorfor.
- Kan blive urimeligt vred på mine børn (2 og 5 år).
- Viser ikke følelser, ved at det er nytteløst ...

Egenomsorg

Hver fjerde synes også, at egenomsorg, det at gøre noget for sin egen skyld og varetage egne interesser, er rigtig svært (22,3 %). Lidt over halvdelen (53,1 %), gør det nogle gange, hvorimod det er hver femte (20,4 %), der ofte formår at drage omsorg for sig selv.

Tabel 6.14: Egenomsorg – evnen til at gøre noget for egen skyld og varetage egne interesser (N=363)

	Andel i %
Meget ofte, ofte	20,4
Nogle gange	53,1
Slet ikke, sjældent	22,3
Ubesvaret	4,1

Hvis ikke misbruger fylder, er der børn, der skal tages vare på, og efter det er der ofte bare træthed:

- Der har slet ikke været plads til mig selv i alt det her.
- Jeg har ingen interesser mere, de, der var, blev altid aflyst.
- Svært at tænke på mig selv, er vant til at tænke på ham først.
- Nogle gange er det svært at komme ud, fordi jeg er så ked af det ...

- Jeg har tre børn mellem 15 mdr. og 8 år.
- Svært, vi har også D's tvillingepiger på 4 år.
- Det er svært, men vi har også et svært handicappet barn.
- Hårdt den sidste tid, jeg overlever dag for dag.
- Tendens til at tænke mere på andre end på mig selv, gør at jeg ofte føler mig tom indeni.
- Ved ikke hvad egne interesser indebærer
- Hvis andre er glade, er jeg glad.

Og så er der nogle, for hvem det at have egen interesser er det, der får dem til at overleve livet med en misbruger:

- Igennem flere år har jeg været nødt til at sørge for at have egne interesser.
- Drømmer mig væk med min hobby.
- Har sommetider brug for at puste ud og tager i biffen eller til venindehygge.
- Sidste halve år startet på slankehold, hvorefter jeg er fortsat med spinning 2 - 3 gange ugentligt.
- Er blevet bedre efter jeg har været i terapi.
- Er blevet bedre efter jeg har været i egen alkoholbehandling.

Overansvarlig

Overansvarlighed, at tage ansvar og opgaver på sig, som ikke er ens egne, er noget, man ofte kan iagttage i forhold til pårørende til en misbruger/afhængig. Det kan være i forhold til den afhængige part, men afspejler ofte også et mønster, der breder sig til opgaver i familien som sådan.

Det er der rigtig mange, der gør. Således er det otte ud af ti, der gør det i en eller anden grad. Op imod halvdelen (41,4 %) svarer, at de ofte eller stort set hele tiden tager ansvar og opgaver som egentlig er andres. Stort set lige så mange (39,2 %) gør det nogle gange, medens det kun er godt og vel hver syvende (14,9 %), der stort set aldrig eller sjældent gør det.

Tabel 6.15: Overansvarlig – tager ansvar og opgaver på sig, især i forhold til misbruger (N=363):

	Andel i %
Stort set aldrig, sjældent,	14,9
Nogle gange	39,2
Ofte, stort set hele tiden	41,4
Ubesvaret	4,7

For nogle er det en nødvendighed, fordi livet i familien og med børn skal fungere:

- Lige nu synes jeg, ansvaret ER mit.
- Da det bliver meget rodet, må jeg rydde væk for selv at kunne være her.
- Fordi jeg har prøvet at opretholde/kontrollere samvær med børn.
- Det er bare lettere at gøre tingene selv.
- Min mand lever som i en osteklokke.
- Var nødt til at tage ansvar for mit barnebarn.

For nogle er det ”gammel vane”:

- Mønster fra min opvækst: andre skal trives.
- Jeg kan ikke sige nej.

For nogle handler det om skyld:

- Kan godt føle skyld og synes, jeg skal gøre noget.
- Indtil for nylig ment, det var mit problem.
- Når alt brænder på, og når samvittighed og selvværd er i bund.

Og for andre er det bare nødvendighed:

- Været nødt til det: kæreste har ikke selv været i stand til det/haft overskud.
- Har skullet huske aftaler og lignende for ham, fordi han selv nemt glemte det.
- Føler mig nødsaget til fortsat at tage ansvar for mor på praktiske punkter.
- Kan føle, det er min pligt at hjælpe andre i nød og at sørge for, andre har det godt.
- Ikke fordi jeg havde lyst, men fordi min moral påbød mig det.

Skyldfølelse

I forhold til følelse af skyld, ser mønsteret pludselig anderledes ud. Her er det to ud af tre, der stort set ikke, eller i hvert fald kun i ringe grad, føler sig skyldige i misbruget. Hver tredje mener i middel grad, at det er deres skyld, medens det kun er knap 4 ud af 100 (3,9 %), der i høj eller meget høj grad synes, at misbruget er deres skyld. Dette spørgsmål kan meget vel tænkes

at opleves forskelligt, afhængig af hvilken relation man har til den afhængige (forælder, partner, voksent barn).

Tabel 6.16: Skyldfølelse – føler at misbruget er din skyld (N=363)

	Andel i %
Stort set ikke, i nogen grad	66,1
I middel grad	27,5
I høj grad, i meget høj grad	3,9
Ubesvaret	2,5

Nogle (især voksne børn) tænker, at der må være noget galt med dem, siden misbruger vælger alkohol frem for dem eller for at kunne være sammen med dem:

- Føler det har noget med mig at gøre, når mor vælger alkohol og eks-kæreste på stoffer i stedet for mig.
- Føler mor og eks skulle være fulde/skæve for at kunne holde ud at være sammen med mig.
- Han drak mest, når jeg var hjemme.

Nogle har fået skylden påduttet af misbruger:

- Fik ofte at vide af mor, at alkoholproblemerne var min skyld.
- Troede hun var psykisk syg, men hun gav mig skylden for dårligt humør og nedture.
- Aldrig følt alkoholproblemerne er min skyld, men han siger, mine børn tager al min tid.
- Jeg har været min mand utro for flere år siden, han bruger det som undskyldning for at drikke.

Nogle føler sig skyldige pga. noget de har gjort - eller ikke gjort:

- Har spurgt ham, om det er noget, jeg har gjort, som har bidraget til druk.
- Ikke min skyld, men måske har han ikke fået opmærksomhed nok, blevet ensom og har drukket?
- Han følte sig presset, når jeg gjorde opmærksom på problemer i forhold til vores økonomi.
- Føler mig skyldig, hvis vi kommer op at skændes....
- Hvis jeg tager fat i problemer eller lignende, går han i kælderen og drikker.

- Far drikker, når han bliver ked af det – så jeg prøver ikke at gøre ham ked af det.
- Vidste det ikke var min skyld, men følte mig til besvær, så jeg var sød og hjalp til.
- Førhen drak jeg med.
- Er MOR til den afhængige
- Vi har ofte taget et glas vin til maden

Nogle føler helt klart, at de kan udelukke egen skyld, fordi problemerne er opstået før deres tid, eller fordi der er andre mere plausible forklaringer:

- Han drak også, før jeg traf ham.
- Min mor drak også, før jeg blev født.
- Jeg ved, det er kemisk, føler på ingen måde skyld.
- Da jeg ikke selv drikker, mener jeg bestemt ikke, jeg har nogen skyld i det.
- Har gået på kursus før, haft stor glæde af det og fået mange ting på plads.
- Det er pga. hans opvækst med alkoholiske forældre.
- Han siger, det ikke er min skyld, men at der er meget alkohol i hans familie.
- Det er min mors barndom og kærester.
- Det er pga. hans job med lange møder og hans fritidsjob, hvor han er alene.

Andre føler sig ikke skyldige i misbrugets opståen, men i forhold til ikke at kunne stoppe det:

- Aldrig, men skyld over ikke at kunne stoppe mors misbrug.
- Ikke mit problem, men overvejede hvad jeg kunne gøre ved det.
- Spurgt om vi kunne have grebet ind tidligere.
- Ked af ikke at have kunnet hjælpe ham.

Kontrol af misbruger

At forsøge at kontrollere misbruger/-et gør tre ud af fire i en eller anden grad. Det er således mere end hver tredje (35,2 %), der nogle gange forsøger at kontrollere, hvilket stort set lige så mange gør ofte eller hele tiden (37,2 %). Hver fjerde (23,4 %) gør det stort set aldrig eller sjældent.

Tabel 6.17: Kontrol af misbruger/-et (N=363)

	Andel i %
Stort set aldrig, sjældent	23,4
Nogle gange	35,2
Ofte, stort set hele tiden	37,2
Ubesvaret	4,1

Mange gør det:

- Er meget på vagt, vi har ikke alkohol i huset.
- Tjekker altid, hvad min far har i huset.
- Hælder det ud, hvis jeg finder noget.
- Til familiekomsammen siger jeg til min far, at han skal huske at drikke vand.
- Ser, lytter, lugter om han har drukket – ALTID.
- Ringer hele tiden og tjekker, om han har drukket.

Nogle føler sig forpligtet til at forsøge at kontrollere misbruger i forhold til fælles børn eller børnebørn:

- Vil ikke, men føler det er nødvendigt pga. små børn.
- Tjekker meget, vil helst ikke have, han kommer fuld hjem: har to børn, og det er trættende i længden.
- Kontrollerer, når jeg er der, for at hjælpe med børnene.

Og andre gør det, fordi de af andre årsager synes, det er nødvendigt:

- Det er nødvendigt, ellers kan vi ikke fungere i samme stue.
- Prøver at forhindre druk og efterfølgende skænderi.

Mange har gjort det før, men er nu af forskellige årsager holdt op (misbruger ædru, flyttet, lært nyt, opgivet):

- Talte flasker og regnede på dagligt indtag og på, hvor han drak dem.
- Begrænsede hans penge.
- Ringede hele tiden for at tjekke, om han havde drukket.
- Da jeg boede hjemme, gjorde mor og jeg det meget: men det leder til frustrationer, da det er nytteløst.
- For halvandet år siden opgav jeg, vidste det var uholdbart, satte mig og ventede.
- Det HAR jeg forsøgt, det er SLUT.

- Jeg holdt op, da jeg flyttede hjemmefra, men tænker stadig meget på det, bekymret.
- Er blevet bedre, men er bange for tilbagefald.
- Troede jeg kunne hjælpe på den måde, har opgivet, blev snydt for tit.
- Har givet op, han kan lyve, så jeg tror, jeg tager fejl.
- Har jeg aldrig kunnet, han var ligeglad med alt og alle, når han drak.
- Prøvede i perioder, men medførte vrede.
- Holdt øje hele tiden, gik kun, når hun bad mig om noget.
- Ikke mere, men til gengæld er jeg kontrollerende og dominerende i andre forhold.

Bekymret for misbruger

Ikke overraskende er der en udpræget grad af bekymring for den afhængige blandt de pårørende. Det er således kun fire ud af hundrede, der stort set aldrig eller sjældent bekymrer sig om misbruger.

Resten, og det vil sige ni ud af ti, bekymrer sig i en eller anden grad. Hver fjerde (25,3 %) nogle gange, og to ud af tre ofte eller stort set hele tiden. Faktisk er det næsten halvdelen (42,4 %), der stort set konstant bekymrer sig om den afhængige.

Tabel 6.18: Bekymret for misbruger (N=363)

	Andel i %
Stor set aldrig, sjældent	4,4
Nogle gange	25,3
Ofte, stort set hele tiden	66,9*
Ubesvaret	3,3

* 42,4 % stort set hele tiden

Mange er bekymrede for misbruger (såvel den aktive, som den ædru):

- Elsker min far meget og synes, det er forfærdeligt for ham.
- Svært at stå på sidelinjen og se på, magtesløs.
- Han er så ligeglad med sit helbred, og jeg kan se, at det er skadeligt.
- Bange for at de (mine forældre) kommer så langt ud, at det ender med døden.
- Da han drak, var jeg konstant bekymret.
- Bekymret for tilbagefald.
- Kommer alkohol nogensinde ud af vores liv?
- Bekymret for hvornår han lærer at tage ansvar for sig selv (min søn).
- Kører når han har drukket, bange for at der skal ske ham eller andre noget.

- Bange for om hun har begået selvmord.
- Bange når telefonen ringer.
- Bekymret fordi han er far til min dreng, ellers ville jeg have sluppet.
- Tror aldrig det holder op, hun er jo trods alt min mor.
- Hun (min datter) har truet med selvmord, har fået abort med efterfølgende blodmangel, hun har fysisk og psykisk voldelige kæresten.
- Bekymret nu, hvor hun udvikler sig i forbindelse med behandling, og jeg ikke gør, kan jeg følge med?

Nogle er også bekymret for den ædru partner og/eller børn:

- Mere bekymret for min mor.
- Bekymret for afhængiges datter.
- Bekymrer mig mere om resten af familien.
- Bekymret for min søn.
- Meget bekymret især pga. børn: jeg kan ikke bryde den sociale arv, men hvad sker der med dem, hvis jeg bryder ned?

Nogle er også vrede:

- Det er børnenes far, jeg holder af ham, men er også vred over at han svigter mig og børnene.
- Jeg ville ønske, han var langt væk og slet ikke var til stede mere.
- Når min mor er aktiv, bliver jeg vred og lukker hende ude af mit liv, så må hun passe sig selv.
- Til tider ønsker jeg, han går og gør en ende på sit liv, for han siger han drikker, til det er slut.

Misbrugers krav på opmærksomhed

Helt i tråd med det foregående spørgsmål ser man ofte også, at misbruger gør krav på og får den pårørendes opmærksomhed i urimelig grad. Dette oplever otte ud af ti i forskellig grad. Mere end hver tredje oplever det ofte eller stort set hele tiden. Fire ud af ti mener det finder sted nogle gange, medens det er hver sjette (16,6 %), der stort set aldrig eller sjældent oplever, at misbruger er urimeligt opmærksomhedskrævende.

Tabel 6.19: Misbruger gør krav på opmærksomhed og får det (N=363)

	Andel i %
Stor set aldrig, sjældent	16,6
Nogle gange	41,0
Ofte, stort set hele tiden	37,7
Ubesvaret	4,7

- Verden drejer rundt om ham, vi tager hensyn, så fungerer det bedst.
- Humørsvingninger: vidste aldrig hvad der ventede, kunne ikke holde det ud.
- Han tager min plus familiens opmærksomhed.
- Han bliver ligefrem irriteret, hvis man ikke er opmærksom på hans problem.
- Han kunne ikke tåle, jeg havde kontakt med andre, så automatisk fik han al opmærksomhed.
- Han føler sig tilsidesat, vi har tre børn, som alle kræver mig.
- Far er jo ligesom et barn sommetider.
- Kræver aldrig min opmærksomhed, for han tåler mig ikke.
- Får han ikke opmærksomhed, taler han ikke til mig.
- Min far giver mig skyld, hvis jeg ikke vil snakke med ham.
- Man skal hele tiden være på – arbejde er en befrielse.
- Hvis han ringer, smider jeg alt, hvad jeg har i hænderne.
- Hun drænede mig fuldstændig!

Ansvar for misbruger

At tage ansvar for den afhængige henviser til f.eks. at rydde op efter drikkeri, dække over og undskylde vedkommende over for andre, sørge for at aftaler bliver overholdt, sygemelde osv.

Her ses en næsten ligelig fordeling de tre svarkategorier imellem. Således er det næsten hver tredje, der stort set aldrig gør dette. Lidt mere end en tredjedel gør det nogle gange, og hver tredje gør det stort set altid.

Tabel 6.20: Ansvar for misbruger (N=363)

	Andel i %
Stort set aldrig	31,6
Nogle gange	33,1
Stort set altid	29,8
Ubesvaret	5,5

Nogle gør der for at skåne mindre søskende eller fælles børn.

Nogle har gjort det som børn, så ingen skulle opdage det – og fjerne dem fra hjemmet og forældrene.

Nogle gjorde det engang, men ikke mere, fordi de ikke omgås misbruger for tiden, eller fordi misbruger er ædru.

Og nogle gør det i et forsøg på at ”beskytte” misbruger (og/eller sig selv?):

- Intet må gå galt, han er meget glad for sit arbejde.
- Føler mig som mor for ham, det vil jeg ikke, men er bange for noget vil ske ham, så jeg prøver at beskytte.
- Har ryddet op og hældt spiritus ud med tilladelse fra afhængige.
- Undskylder altid over for venner og familie.

Og endelig er der nogen, der har indset, at det ikke nytter noget:

- Har gjort det. Har opgivet og indset, at der skal andet til.
- Det er slut nu.
- Ikke mere, jeg har besluttet, at det vil jeg ikke.
- Træt af "mor-rollen", kan ikke mere.
- Har indset, at undskyldninger og hvide løgne er uholdbare.

Problemer med opgavefordeling i hjemmet

Problemer med opgavefordeling i hjemmet oplever 3 ud af 4 i en eller anden grad. Næsten halvdelen oplever det nogle gange, hver fjerde oplever det stort set hele tiden, medens ligeledes hver fjerde stort set aldrig oplever det. Det skal bemærkes, at ikke alle bor sammen med den misbrugende part.

Tabel 6.21: Problemer med opgavefordeling i hjemmet (N=363)

	Andel i %
Stort set aldrig	22,9
Nogle gange	40,8
Stort set hele tiden	22,8
Ubesvaret	13,5

- Gik hjemme med 3 børn, han drak om natten og sov om dagen.
- Forstår intet, kan intet, vil ikke - sover sig ud af det "hele".
- Vasker hans tøj, ordner hans hjem (vi bor ikke i samme hus mere).
- Der er ofte glemte aftaler eller regninger.

- Han gider ikke deltage, glemmer vores aftaler om at holde hjemmet sammen.
- Da jeg boede sammen med min eks, lod han mig ordne det hele, også økonomisk.

Tale frit med misbruger

Ofte ser man benægtelse, uklar, konfliktfuld eller helt fraværende kommunikation i familier med misbrug. Interessant er det f.eks., på hvilken måde kommunikationen mellem den afhængige og de pårørende forløber. Der spørges derfor til, i hvilket omfang der kan tales frit og ubesværet med misbruger.

Til dette svarer en tredjedel, at det kan de stort set ikke. Næsten halvdelen (44 %) mener, at det kun sker nogle gange, medens hver femte i høj grad eller meget høj grad oplever at kunne tale frit og ubesværet med misbruger.

Tabel 6.22: Tale frit med misbruger – i hvor høj grad man kan tale frit og ubesværet med misbruger (N=363)

	Andel i %
I meget høj grad	20,6
Nogle gange	44,0
Stort set ikke	30,6
Ubesvaret	4,7

Benægtelse:

- Efter at have snakket sammen, er det ”glemt” bagefter.
- Hver gang jeg har fundet flasker, har jeg konfronteret S, men han ville ikke tale om det.
- Problemer og sandheden erkendes ikke.
- Far mener ikke, han drikker.

Konfliktfuld kommunikation:

- Han gik i seng og sov, når jeg forsøgte eller blev hidsig og/eller slog.
- Vi taler ikke – vi skændes om det.
- Far taler for det meste ikke, føler man diskuterer, hvis man tager problemer op.
- Han blev aggressiv, jeg skulle blande mig udenom.

Fraværende eller afvisende:

- Han er svær at nå ind til.
- Som at tale til en dør.

- Men det er envejskommunikation fra min side.
- Vi misforstår ofte hinanden, så derfor lukker jeg af.
- Til tider er han modtagelig, men som medafhængig udsætter jeg selv vores situation.
- Han har nok i egne problemer, sjældent forståelse for mine.
- Afviger, vil ikke snakke, siger jeg selv kan klare det, han har travlt med meget andet.
- Når hun er beruset, kan vi ikke, når hun er ædru, vil hun ikke.

Belastninger i parforhold/familie

At opleve belastninger i parforholdet eller egen familie behøver ikke kun at omhandle dem, der har en partner med misbrug. Også f.eks. voksne børn af misbrugere kan opleve belastninger i deres parforhold/nuværende familie. Af nedenstående tabel fremgår det, at stort set alle oplever dette i middel til høj grad. Faktisk er det over halvdelen (55,1 %), der angiver, at de i høj eller meget høj grad oplever belastninger i parforhold/familie. Kun otte ud af hundrede oplever stort set ikke belastninger i parforhold (hvor mange af disse, der overhovedet har et parforhold, indgår ikke her).

Tabel 6.23: Belastninger i parforhold/familie (N=363)

	Andel i %
Stort set ikke, næsten ikke	8,3
I middel grad	28,4
I meget høj grad, høj grad	55,1*
Ubesvaret	8,3

* 28,9 % i meget høj grad

Mange belastninger i forhold til partner og børn:

- Jeg er alene, hver gang det er noget med børnene, han gider ikke rigtig kontakt.
- Hans humør og dovenhed påvirker mig og børnene.
- I forhold til søn (skole/bekymringer/frygt/frustration).
- Har oplevet svære belastninger i forhold til ægtefælle, yngste datter og mor.
- Hele familien er belastet af det.
- Forældres alkoholproblemer påvirker mit forhold til nuværende partner, jeg er ikke nærværende.
- Min kæreste er ikke alkoholiker, men svært ved at finde ud af det med mænd, længste forhold halvandet år.
- Har ikke haft en kæreste i fem år.

- Jeg har en ny mand, en ny start, men spøgelserne er der stadig.
- Kan ikke rigtig overskue at skulle være kæreste til min kæreste i øjeblikket.
- Vores ægteskab hænger i en tynd tråd.
- Har brugt al min energi på opslidende samtaler med ægtefælle, der bare projicerer det hele over på mig.
- Min kone og jeg tit uenige om, hvad der skal løses (i forhold til vores afhængige datter).
- Min mand mener, jeg skal droppe min mor, han mangler forståelse for mig og min situation.
- Det ligger hele tiden i baghovedet.
- Stor belastning: man kan ikke stole på ham, tillidsbrud og løgne.

Men også i forhold til familien som sådan:

- Min mands mor er også alkoholiker, han er frygtelig træt af, at være i det igen.
- Dårlig kommunikation os søskende imellem.
- Det var tit belastende i forbindelse med familiemiddage.
- Det er en stor belastning: både vores datter og svigersøn har alkoholproblemer.
- Splittelse af familien (mine øvrige søskende): uenighed i forhold til hvilke problemer, der skal takles.
- Mest i forhold til min søsters to børn: de mangler en mormor.
- Det gik ud over familien, med løgne og intriger.

Og så er der uforudsigeligheden:

- En belastning aldrig at vide, hvad man kommer hjem til.

Og en, der faktisk synes det er blevet værre efter behandling:

- Faktisk mere efter han er blevet ædru.

Nære relationer - parforhold (AAS)

Hvorledes den pårørende fungerer i forhold til partner blev også undersøgt med det standardiserede spørgeskema "AAS". Spørgeskemaet inddeles i følgende tre underskalaer:

Tilknytningsstil

Af AAS beregnes fire forskellige tilknytningsstile, ”sikkerhed”, ”overinvolvering”, ”distancering” og ”ængstelighed”. Blandt de pårørende er det to tredjedele (66,4 %), der har en tilknytningsstil, der kan beskrives ved ”sikkerhed”, det vil sige, at de føler sig ”sikre” i nære relationer. Men for den resterende tredjedel gælder det, at de henholdsvis ”overinvolverer” sig, ”distancerer sig”, eller har en ”ængstelig” tilknytningsstil i forholdet til deres partner.

Tabel 6.24: Tilknytningsstil (AAS)

	Pårørende	Andel i procent (N=268)*
Sikkerhed	178	66,4
Overinvolvering	32	11,9
Distancering	27	10,1
Ængstelighed	31	11,6
Total	268	100,0
Ubesvaret	53	
Total	321	

* Den beregnede ”tilknytningsstil” indregner ikke alle respondenter

Familiens funktionsniveau (SFI)

Også familiens funktionsniveau blev undersøgt med et standardiseret spørgeskema (SFI). Her refereres kun til spørgsmål 35 om familiens generelle funktionsniveau samt til den beregnede subskala for familiens funktionsniveau.

Hvorledes fungerer familien sammen

Som det fremgår af nedenstående, er det hver femte (19,9 %), der mener, at familien fungerer mindre godt eller overhovedet ikke. Halvdelen synes, det er rimeligt eller rigtig godt, og hver fjerde at det er ok.

Tabel 6.25: Hvorledes fungerer familien sammen

	Antal	Andel i procent (N=321)	Andel i procent af dem der svarer (N=308)
Min familie fungerer rigtig godt sammen	59	18,4	19,2
Min familie fungerer rimelig godt sammen	106	33,0	34,4
Min familie fungerer sammen	79	24,6	25,6
Min familie fungerer ikke så godt sammen	43	13,4	14,0
Min familie fungerer overhovedet ikke godt sammen	21	6,5	6,8
Total	308	96,0	100,0
Ubesvaret	13	4,0	
Total	321	100,0	

Subskalaer: Familiens funktionsniveau inddelt i fem forskellige funktionsgrader

SFI-scoren for ”psykisk sundhed/kompetence” opdeles i fem grupper, ”optimal”, ”adækvat”, ”middel”, ”borderline” og ”alvorligt dysfunktionel” til beskrivelse af individets oplevelse af familiens overordnede funktionsniveau og sundhed. Ingen vurderer deres familie som værende optimalt fungerende. Lidt mere end hver fjerde, næsten hver tredje, mener, at familien er adækvat, halvdelen at den er middel, hver fjerde at den er borderline, og fem ud af hundrede at den er alvorligt dysfunktionel.

Tabel 6.26: Familiefunktion – overordnet

	Antal	Andel i procent (N=321)
Optimal	0	0,0
Adækvat	92	28,7
Middel	154	48,0
Borderline	59	18,4
Alvorligt dysfunktionel	15	4,7
Total	320	99,7
Ubesvaret	1	,3
Total	321	100,0

Følelser og reaktioner over for den afhængige

De pårørendes følelser og reaktioner over for den afhængige er i udpræget grad ambivalente. I det hele taget bevæger de pårørende sig i hele det tilgængelige følelsesregister, når de skal beskrive deres følelser, gående fra intens had til dyb kærlighed. For nogle optræder de ambivalente følelser samtidigt, for andre er de knyttet til henholdsvis ædru og aktive perioder. Vrede er en af de mest fremtrædende følelser, sikkert også som et forsvar mod alle de svære følelser af sorg, svigt, magtesløshed, angst og bekymring.

Men heldigvis fylder kærligheden også en del. Det er som om følelserne på mange måder intensiveres, såvel de gode som de mindre gode.

Nedenstående udsagn er kun et lille udpluk af de mange udsagn. Således havde stort set alle pårørende besvaret dette og det følgende spørgsmål.

Ambivalens:

- Vrede og kærlighed i et stort rod.
- Had, kærlighed, beundring, afsky, afmagt, vrede, tryghed, håbløshed.
- Sorg, vrede, magtesløshed, frustration, had, kærlighed, afsavn, skyldfølelse.
- Jeg elsker ham og hader ham samtidig.
- Meget ofte splittet, man både elsker og hader på samme tid.
- Kærlighed - had, han sårer mig hele tiden, jeg græder meget.
- Meget delt: stærk kærlighed/had.
- Vrede og afmagt, men samtidig kærlighed fordi det er min mor.
- Ofte modsætninger: kærlighed/had, begejstring/skuffelse, tro/mistro, forhåbning/modløshed, afmagt.
- Kærlige følelser, men også irritation, bekymring og vrede.
- Kærlighed, vrede, sorg, afmagt, håbløshed, ensomhed.
- Kærlighed og sorg (stundom stærk vrede).
- Til tider meget blandede følelser, har strukket mig langt med tålmodighed.
- Ambivalent, loyal, har svært ved at mærke mig selv, vrede, magtesløs.
- Meget svingende: ømhed, medlidenhed, afmagt, vrede, afsky, sorg.
- Medlidenhed og irritation.
- Kærlighed, beskyttende adfærd, mange gode oplevelser, men også vrede og raseri.
- Holder af ham, men også vrede og afmagt.
- Det er synd, og alligevel er jeg meget gal.
- Stor kærlighed og tryghed, men også bekymret, vred, skuffet.
- Meget ambivalent, nogle gange resignation, andre gange håb.

- Kærlighed, men blandet med sorg, vrede, frustrationer, afmagt og stort håb om bedring.
- Blandede følelser, ved endnu ikke, hvor jeg står.

Mange af de ambivalente følelser handler om, at der er forskellige følelser afhængig af misbrugers status som henholdsvis ædru og aktiv drikkende.

Ædru/fuld:

- Vrede når hun er i misbrug, meget glad når hun ikke er det.
- Elsker far, glad for at han nu er i behandling, ked af det/vred over hans opførsel, når han er fuld.
- Afhænger meget af situationen; når far er ædru, elsker jeg ham meget højt.
- Had/kærlighed: elsker ham, når han er ædru, hader ham fuld.
- Magtesløs hvis han vil drikke, er meget glad for ham, når han er ædru.
- Elsker ham, når han er "normal", afskyr ham, når han er fuld og hysterisk.
- Varme/omsorg når hun er ædru, vrede/skuffelse når hun er fuld.
- Elsker hende overalt på jorden, afmægtig og meget vred når hun har drukket.
- Mistillid, vrede, afmagt, som i dag efter indlæggelse er vendt til håb.
- Vrede, som nu er glæde. Jeg vil ikke for noget i verden undvære min mand.
- Har været vred, frustreret, magtesløs, ulykkelig. Nu: lykkelig og fortrøstningsfuld.
- Glæde over de er ædru, momentvis bebrejdelse over fortid, momentvis tvivl om fremtid.

Vrede og andre store følelser:

- Medlidenhed, vrede, sorg, stolthed - hele følelsesregisteret.
- Vrede, medynk, magtesløshed, skam, skyld.
- Vrede, tristhed, frustration, sorg.
- Vrede, irritation, afmagt.
- Vrede, skælder ud, græder.
- Vrede og had.
- Had og angst.
- HAD.
- Vrede, afmagt, fordi han ødelagde min barndom og familielivet.
- Ofte meget vred når jeg tænker på, hvordan misbrug har ødelagt mit, min søns og andres liv.

- Afmagt, vrede, had, angst, føler han har ødelagt meget af mit liv.
- Meget vrede, føler mig snydt og bedraget.
- Vrede: ødelagt drøm om en familie; efter vi skiltes, gjorde han det svært for vores søn.
- Vrede, sorg, afmagt, svigt, prøver at vise det, men kan ikke nå ham.
- Råbte jeg ikke kunne holde til flere løgne, intriger og splittelse.
- Vrede, ligegyldighed, "forsvind", har fået nok af hende og hendes alkoholproblemer.
- Afmagt og had, ønskede ham død.

I kølvandet på vrede og had ser vi også en del, der udtrykker foragt, væmmelse og afsky over for den afhængige.

Væmmelse og foragt:

- *Afsky*, arrig, afmagt, frustreret, kærlig, skuffet.
- Had, vrede, *lede*, vil ikke kendes ved hende.
- Kærlighed, afmagt, skuffet, vred, frustration, *væmmelse*, irritation, omsorg, glæde over eget liv.
- Vrede, sorg, angst, afmagt, medlidenhed, frygt, *afsky*, had, mistro.
- *Ædru*: kærlighed; fuld: nærmest *foragt*.
- Far er sølle, *væmmes* ved ham, men holder også af ham.

Derudover er de pårørende bange. Det kan være for voldelige og/eller psykiske overgreb, eller det kan være for, hvad fremtiden skal bringe, eller simpelthen at den afhængige skal dø af sit misbrug. Som følge heraf er de ofte i konstant alarmberedskab; på vagt og mistænksomme.

Bange, på vagt og mistænksom:

- Jeg var bange for eksmand, da han flere gange var voldelig.
- Han overfaldt mig lige inden behandling; meget bange, ingen tillid, mistro og vrede.
- Angst og flugt, når angsten havde fortaget sig igen håb om ædruelighed for altid.
- Ked af det, frygter der altid sker noget dårligt; eksmand flipper ud over ingenting, jeg kan ikke gøre ham tilfreds.
- Bange, ensom, han har brugt alle pengene, bliver sur og gal, som om det var mig, der havde tabt dem.
- På vagt – vurderer hvordan humøret er.
- Negativ, ingen tillid, altid mistroisk og på vagt.
- Jeg elsker ham, men er tit på vagt, nervøs over for ham.
- Store følelser, men meget mistænksom over for den afhængige.

- Har det bedst uden ham, men så tænker jeg hele tiden på ham og bekymrer mig alligevel.

Og så er de med rette bekymrede og usikre på fremtiden.

Bekymring og usikkerhed for fremtiden:

- Elsker hende, men ved ikke rigtigt hvor jeg står mht. fremtiden.
- Bekymring, bange på hans vegne for at han skal miste kone og barn.
- Bange for hans sundhedstilstand.
- Bange for hans arbejde og sundhed.
- Det gør ondt at se ham mishandle sig selv med druk, bange for at miste ham.
- Elsker ham, ræd for han skal dø.

Rigtig mange fortæller om den magtesløshed, de oplever i forhold til den afhængige. At de ikke kan stoppe misbruget, at de ikke kan hjælpe, men bare se til, at den afhængige går til, men også at de føler sig uden indflydelse på noget, der influerer så meget på deres eget liv.

Magtesløshed:

- Magtesløs, bekymret, prøver at hjælpe/lytte/handle.
- Vrede over at jeg ikke har magt over situationen.
- Såret, ked af det, vred, mistet tillid, føler ikke jeg har kontrol over eget liv.
- Ondt af, gerne hjælpe men føles nyttesløst, frustreret, savner samvær.
- Jeg elsker ham, men jeg bliver ked af det, når jeg ikke kan få ham til at forstå tingene.
- Har efterhånden opgivet hende, er umulig at kommunikere med.
- Været vred, følt mig magtesløs, reageret ved at skælde ud og græde over for ham.
- Jeg bliver rasende og har lyst til at låse ham inde, for at han skal forblive ædru hele tiden.
- Afmagt, tillidsbrud, skuffelse, sorg over ikke at kunne hjælpe.
- Ofte sur og skælder ud, frustration over at man ikke kan hjælpe.
- Trist at se ham gå i forfald, ked af man ikke kunne gøre noget.
- Trist at se på en der er ved at gå i opløsning, ked af det, vred, fortvivlet over det kørte så langt ud.

Svigt oplever mange, det kan være i forhold til misbruger, at denne vælger at drikke frem for sine nærmeste, eller det kan være i forhold til systemet, at man som pårørende ikke får hjælp.

Svigt, at føle sig forrådt og misbrugt:

- Elsker ham, men svært ved at komme over vrede, sårede følelser, føler mig misbrugt, udnyttet, lyst til hævn på visse punkter.
- Afmagt, raseri, sorg over at han foretrak flasken frem for mig, flovhed, stress.
- Jeg føler mig svigtet til fordel for alkohol.
- Føler mig svigtet, det er ham, der får hjælp.

Ikke overraskende er parforholdet for mange sat på spil. Det kan være behandling som et ultimatum i forhold til at undgå skilsmisse. Det kan også bare være usikkerhed i forhold til, om der er mere tilbage i forholdet, eller om de orker at blive ved i længden.

Forholdet sat på spil:

- Holder stadig af, men orker pt. ikke at bo sammen, da det har været en stor belastning.
- Vrede og resignation, påtænker skilsmisse, har søgt anden bolig.
- Jeg har gjort min kone det klart, at jeg forlader hende, hvis hun ikke bliver afvænnet.
- Bitter, sur, flov, tæt på skilsmisse, men vil give det en chance og tror på det.
- Er meget i tvivl, om jeg stadig elsker ham.
- Bliver let irriteret, har ikke altid lyst til at dele bekymringer med hende.
- Lettelse over han er i behandling og bliver der, ro, tomhed indeni, træder vande: er jeg med eller står jeg af?
- Jeg elsker ham, men hvordan kan han gøre det?
- Vi elsker hinanden meget højt, men det belaster forholdet meget.
- Fine følelser trods alt, men nogle gange lidt anstrengt.
- Elsker ham, men kunne godt tænke mig et normalt liv.

Ligesom børnene søges beskyttet:

- "Kamp" for at min søn ikke skulle udsættes for mere.
- Urolig når datter ringer og siger, far har drukket igen - så er der længe til fyraften.
- Har forsøgt at være positiv, så min søn og familien kunne "se lys".
- Når han drak, blev jeg gal og skånedes børnene mod verbale øretæver.

Og så er der – på trods af alt – kærligheden:

- Som mor elsker man nok det barn mest, som har problemer, han og jeg græder sammen.

- Jeg elsker min søn og oplever et stærkt ønske om at komme ud af afhængigheden.
- Jeg elsker min mand, han er min bedste ven, og vi har det godt sammen.
- Tæt relation, elsker ham og føler mig elsket, kæreste, mand, bedste elsker, tæt ven.
- Jeg elsker hende over alt på jorden.
- Han er min far, og jeg elsker ham overalt på jorden, bliver ked af det når han drikker.
- Jeg elsker ham og håber, at vi nu vil kunne starte på en frisk.
- Elsker ham meget højt og vil forsøge at få vores ægteskab til at fungere.
- Elsker hende 100 %.
- Jeg er dybt forelsket i ham.
- Det er min hustru gennem 43 år, sætter hende meget højt, vi skal nyde alderdom og resten af livet sammen.

Sammenfatning

Af ovenstående fremgår det, at pårørende ofte og i vid udstrækning er belastet i forhold til deres sociale funktionsniveau.

Vi har således en meget belastet gruppe af pårørende, hvad angår oplevelsen af social støtte, på mellem 4,5 % og 9,5 %. En gruppe, der sjældent eller aldrig oplever at kunne tale om deres tanker og følelser, og som sjældent eller aldrig har nogen, der vil lytte til dem. Som aldrig eller sjældent oplever at få sympati og støtte. Som altid eller næsten altid føler sig svigtet og aldrig eller næsten aldrig er tilfreds med den støtte, de evt. måtte få (måske fordi de ingen støtte får).

Den seneste måned har de pårørende gennemsnitligt haft lidt over tre konfliktdage med den nærmeste familie. Igen ser vi en gruppe på ca. 5 %, der har haft alvorlige konflikter med familien hver, hver anden eller hver tredje dag den seneste måned.

Tre ud af fire af de pårørende har følt sig belastet af familiekonflikter, heraf har langt de fleste følt sig svært belastet.

Konflikter med andre end familien (som oftest venner, kolleger og arbejdsgiver) oplever de pårørende knap to dage om måneden. Næsten halvdelen har været ”konflikt-fri”, medens knap to ud af hundrede oplever konflikter hver dag.

Omtrent halvdelen af de pårørende har været besværet af ”sociale problemer” defineret som problemer med ”andre end familien” samt mere generelle sociale problemer såsom ensomhed og manglende venner. Heraf er det omtrent halvdelen, der oplever at være meget besværet.

Den pårørendes relationelle funktionsniveau blev undersøgt i forhold til ansvar, egenomsorg, evnen til at mærke og udtrykke behov og følelser, skyld, kontrol, bekymring og kommunikation. Derudover blev der spurgt til formodede belastninger i forhold til børn, parforhold og familiefunktion.

Her viste det sig, at en fjerdedel af de pårørende stort set ikke er i stand til at mærke og udtrykke egne behov og følelser, og derfor ej heller kan drage omsorg for sig selv. Næsten alle pårørende handler overansvarligt, det vil sige påtager sit opgaver og ansvar som egentlig er andres. Ligeledes er det næsten alle pårørende, der oplever, at misbruger kræver og får meget opmærksomhed af den pårørende. Mere end hver tredje gør det stort set hele tiden. To ud af tre tager i en eller anden grad ansvar for misbruger (f.eks. dækker over, sygemelder, rydder op og lignende), en tredjedel gør det rigtig meget. Tre ud af fire har problemer med opgavefordelingen derhjemme, en fjerdedel oplever det stort set altid. Ligeledes tre ud af fire forsøger at kontrollere misbruger, en tredjedel gør det næsten hele tiden. To tredjedele er bekymret for misbruger, næsten halvdelen er det stort set konstant. Skyldfølelse i forhold til misbruget har en tredjedel af de pårørende i nævneværdig grad.

Mulighederne for at bearbejde problemer i åben kommunikation med misbruger, herunder at tale om misbrug og problemer knyttet dertil, er stort set umuligt for hver tredje af de pårørende.

Stort set alle oplever, at misbruget har haft konsekvenser for deres parforhold og/eller familieliv. En tredjedel af de pårørende angiver en meget høj belastningsgrad. Her skal huskes på, at ikke alle er partner til/bor sammen med misbruger (f.eks. voksne børn, forældre), og alligevel har det konsekvenser for deres nuværende parforhold/familieliv.

I forhold til partner er det en tredjedel, der på forskellig vis føler sig usikker i forholdet, og henholdsvis ”overinvolverer” sig, ”distancerer sig”, eller har en ”ængstelig” tilknytningsstil.

Hver femte mener direkte adspurgt, at familien stort set ikke eller overhovedet ikke fungerer. På den beregnede SFI-score for familiens psykiske sundhed/kompetence er der ingen, der vurderer deres familie som værende ”optimalt fungerende”. Lidt mere end hver fjerde, næsten hver tredje, me-

ner, at familien er ”adækvat”, halvdelen at den er ”middel”, hver fjerde at den er ”borderline”, og fem ud af hundrede at den er ”alvorligt dysfunktionel”.

Et åbent spørgsmål om de pårørendes følelser og reaktioner over for den afhængige viste en udpræget ambivalens. For nogle optræder de ambivalente følelser samtidig, medens det for andre i højere grad handler om, hvorvidt den afhængige er aktivt drikkende eller ædru. I det hele taget bevæger de pårørende sig i hele det tilgængelige følelsesregister, når de skal beskrive deres følelser, gående fra intens had til dyb kærlighed, ligesom følelserne på mange måder intensiveres, såvel de gode som de dårlige.

Vrede er en af de mest fremtrædende følelser, formodentlig også som et forsvar mod alle de svære følelser af sorg, svigt, magtesløshed, angst og bekymring. Men heldigvis fylder kærligheden også en del.

Det vil sige, at vi i forhold til social funktion har en meget belastet gruppe af pårørende, der i andel af den samlede pårørendegruppe varierer fra 3,9 % (skyldfølelse i forhold til misbrug) til 66,9 % (bekymring for misbruger). Samtidig er størstedelen af gruppen af pårørende i en eller anden grad belastet på alle de adspurgte områder, kun med undtagelse af oplevelse af skyld, som kun en mindre andel følte.

7. Sundhed og trivsel

Psykisk sundhed

Som nævnt indledningsvist har de pårørende ofte psykiske vanskeligheder af forskellig art.

Deltagerne blev derfor spurgt til deres psykiske sundhed inden for den sidste måned og inden for det sidste år. Dette ud fra en række symptomer eller oplevelser, der kan knyttes til forskellige psykiske problemer, og som deltageren oplever at have haft i væsentlig grad. Det kan synes misvisende, at der er færre, der angiver at have oplevet de nævnte symptomer i hele livet end den seneste måned. Har man oplevet det den seneste måned, har man vel også oplevet det set over hele livet. Men sådan opleves det tilsyneladende ikke blandt deltagerne. Spørgsmålet om den seneste måned står først, og det ser ud som om, at deltagerne kun svarer bekræftende på ”hele livet”, såfremt symptomet *også* er forekommet tidligere i livet, altså udover den seneste måned. Kun i forhold til selvmordsadfærd forekommer dette oftere i et livsperspektiv end i den seneste måned.

Depression angiver hver sjette, at de har haft, såvel inden for den seneste måned som hele livet. Hver tredje angiver angst/anspændthed inden for den seneste måned, og hver fjerde mener at have oplevet dette i en kortere eller længere varende periode igennem hele livet. Ligeledes er det hver tredje, der har haft hukommelses-/koncentrationsbesvær den seneste måned, medens dette kun forekommer hos halvt så mange set over hele livet.

Hver sjette har i væsentlig grad den seneste måned oplevet kontroltab, f.eks. i forbindelse med vredesudbrud, medens dette kun er sket for lidt mere end hver ottende igennem hele livet.

Lidt flere end fem ud af hundrede har haft spiseforstyrrelser den seneste måned og hele livet. Selvmordstanker har tre ud af hundrede haft den seneste måned, medens dobbelt så mange har haft det igennem hele livet.

Selvmordstrusler forekommer og hos tre ud af hundrede, både den seneste måned og over et helt liv. To har forsøgt selvmord den sidste måned, medens tre ud af hundrede har gjort det en eller flere gange livet igennem. Seks ud af hundrede angiver andre symptomer end de på forhånd definerede såsom søvnproblemer, træthed, uro og generelt lavt selvværd.

Generelt set kan man sige, at mange af de symptomer og oplevelser, der har været gældende den sidste måned også har fyldt i længere tid. Men også at der til en vis grad ses en intensivering den sidste måned inden behandling. Hvad der er årsag og virkning kan være svært at afgøre. Måske er det den øgede belastning, der har medført ønsket om behandling for såvel den pårørende som den afhængige. Måske er det den forestående behandling,

der har øget belastningen eller oplevelsen af belastningen. Eller det kan være usikkerhed forbundet med selve behandlingen, og det der måtte komme ud af det (såvel den pårørendes som den afhængiges behandling).

Tabel 7.1: Sundhed - de sidste 30 dage og den sidste måned (N=363)

	Den sidste måned (andel i procent)	Hele livet (andel i procent)
Depression	17,6	16,0
Angst/anspændthed	35,3	24,0
Hukommelses-/koncentrationsbesvær	36,9	18,7
Kontroltab, vrede/vold	16,0	11,8
Spiseforstyrrelser	5,5	5,0
Selv mordstanker	3,3	6,6
Selv mordstrusler	3,0	2,8
Selv mordforsøg	0,6	3,3
Andet*	6,3	4,1
Ubesvaret	1,7	1,7

* Lavt selvværd, søvnproblemer, træthed, uro

Psykisk sundhed – modtaget hjælp

En anden måde at forsøge at estimere problem- eller belastningsgraden på er at spørge til, om og i hvilken grad de pårørende har modtaget hjælp for psykiske/følelsesmæssige problemer, f.eks. for at kunne takle livet med en afhængig. Dels den seneste måned og dels hele livet.

Samtidig fortæller det noget om udbuddet af hjælpeforanstaltninger til de pårørende.

Det er ikke overvældende meget hjælp, der er modtaget. Ud fra ovenstående tal formodentlig ikke som følge af manglende behov. Det kan selvfølgelig også være, fordi de nævnte problemer ikke er oplevet i belastende grad(?).

Det er værd at bemærke, at hver femte har modtaget hjælp fra psykolog/psykiater på et eller andet tidspunkt i livet, medens at hver tiende har modtaget lægeordineret medicin for et psykisk problem.

Hjælp fra et misbrugsbehandlingssted har kun omkring fem ud af hundrede fået.

Der skal erindres om, at dette ikke kan generaliseres til samtlige pårørende, idet der her er tale om pårørende, der er på vej i pårørendebehandling.

Tabel 7.2: Modtaget hjælp - de sidste 30 dage/hele livet (N=363)

	Andel i procent – de sidste 30 dage	Andel i procent – hele livet
Hjælp fra misbrugsbehandlings-sted	7,2	5,2
Psykolog/psykiater	11,8	21,8
Lægeordineret medicin for psykisk problem	6,3	9,1
Selvhjælpsgruppe	9,4	7,2
Andet*	5,5	8,0
Ubesvaret	1,9	1,9

* Familie, venner, voksne børn, alternativ behandling, bøger.

Eget misbrug

Der blev også spurgt, om de pårørende har haft eller har afhængighedsproblemer, enten nogle der er blevet behandlet som sådan, eller hvor den pårørende selv eller andre har vurderet, at det var for stort et forbrug eller misbrug.

Hver sjette angiver, at de selv på et tidspunkt har haft eller stadig har eget misbrug. Halvdelen af disse angiver alkoholmisbrug. Det svarer til, at næsten hver tiende af de pårørende har eller har haft et problematisk alkoholforbrug, heraf har knap en fjerdedel det stadig.

Hver sjette pårørende har eller har haft et misbrug af piller, hver fjerde af hash, hver ottende af ”feststoffer” (ecstasy, amfetamin, crack, lsd og/eller kokain), medens fem ud af hundrede har haft et misbrug af hårdere stoffer (heroin, morfin, ketogan og/eller metadon).

Nogle har misbrug af mere end ét stof.

Hver fjerde angiver et ”andet misbrug”, defineret som ludomani, spiseforstyrrelser, rygning og shopping.

Af dem, der har eller har haft misbrug, har næsten halvdelen, fire ud af ti, fået hjælp til at komme ud af det. Af alle pårørende er det syv ud af hundrede, der har fået hjælp til et misbrugsproblem.

Tabel 7.3: Eget misbrug (N=363)

	Andel i procent
Eget misbrug	16,3
Ikke eget misbrug	80,7
Ubesvaret	3,0

Tabel 7.4: Eget misbrug af hvad (N=59/363)**

	Ja (andel af pårørende med misbrug N=59)	Ja (andel af alle pårørende N=363)	Ja, men ikke mere (N=363)	Ja, stadig (N=363)
Alkohol	54,2	8,8	6,9	1,9
Piller	16,9	2,8	2,5	0,3
Hash	25,4	4,1	3,6	0,6
Ecstasy, amfetamin, crack, lsd, kokain,	11,9	1,9	1,7	0,3
Heroin, morfin, ketogan, metadon	5,1	0,8	0,8	0,0
Andet*	25,4	4,4	2,5	1,9

* Ludomani, spiseforstyrrelser, rygning, shopping

** Man kan have misbrug af mere end en kategori (f.eks. krydse af både i alkohol og piller)

Tabel 7.5: Fået hjælp til eget misbrug (N=59/363)

	Andel i procent af alle pårørende med misbrug (N=59)	Andel i procent af alle pårørende (N=363)
Fået hjælp til eget misbrug	40,7	7,4

Overgreb

En del af de pårørende har været udsat for overgreb af forskellig art. Således er det hver fjerde, der har været udsat for voldelige overgreb, medens hver tredje har været udsat for psykiske overgreb. Næsten hver tiende har været udsat for seksuelle overgreb, som oftest fra en forælder eller en partner.

Tabel 7.6: Været udsat for voldelige overgreb (N=363)

	Andel i procent
Voldelige overgreb	23,4
Ubesvaret	3,0

Halvdelen (43 %) af de pårørende, der har været udsat for voldelige overgreb, angiver at have været udsat for voldelige overgreb fra deres partner (nuværende og/eller tidligere). For nogle har det kun fundet sted en enkelt gang, for andre adskillige gange og for nogle har det fundet sted med flere forskellige partnere. Lidt over en tredjedel (32 %) har oplevet at blive slået af en eller begge forældre, biologiske såvel som stedforældre. For nogle har

det kun været få gange, for andre har det været jævnlige gennem hele barndommen. Ikke sjældent har de pårørende både været udsat for vold fra deres forældre og fra deres partner(-e).

Af besvarelserne fremgår også, at det ikke kun er den deltagende pårørende, der har været udsat for vold. Således fortæller nogle, hvordan de har lagt sig imellem f.eks. en forælder i forhold til søskende eller en eksmand i forhold til fælles børn; ”min eksmand, lige inden jeg stak af med børnene... han ville slå vores datter”.

Andre er i tvivl om alvoren, ”jeg fik tit med bøjlen men det var vist almindeligt at blive slået, da jeg var barn”, eller ”min mand slog mig kun et par gange, og det var ikke så hårdt”.

Syv har været udsat for vold på deres arbejdsplads, f.eks. fra tvangsbragte unge eller autistiske børn. Og elleve er blevet udsat for vold af ”tilfældige fremmede”.

Tabel 7.7: Været udsat for gentagne psykiske overgreb (N=363)

	Andel i procent
Psykiske overgreb	35,5
Ubesvaret	9,4

Over halvdelen (70 %) af de pårørende, der angiver at have været udsat for gentagne psykiske overgreb, angiver, at overgrebet er kommet fra en (eller flere) nuværende og/eller tidligere partner(-e), det gælder såvel kvindelige som mandlige partnere. For nogle er det dagligt, for andre er det særligt slemt i forbindelse med alkoholindtag. En fortæller: ”han siger, det er min og børnenes skyld, at han drikker ringer 8-10 gange dagligt”.

Knap halvdelen (55 %) angiver, at det er en eller begge forældre, der har udsat dem for psykiske overgreb; ...det var min far - jeg vidste aldrig, hvornår det kom”, eller ”min mor sagde hele tiden, hun ville begå selvmord”, og ”... min mor forsøgte hele tiden at begå selvmord”. For nogle har det været det meste af barndom og voksenalder, for andre har det være i perioder. Forbløffende mange angiver mor, som den der udøver psykiske overgreb. For en del har det både været forældre og partner, der har udsat dem for psykiske overgreb.

Få angiver søskende, en enkelt angiver datteren (som er den misbrugende part), nogle angiver skole- og arbejdsforhold. Igen er der et par stykker, som er i tvivl om hvad psykiske overgreb er, og om det er noget, de har været udsat for. Omvendt er der tre, der i det hele taget mener livet med en misbruger er et langt psykisk overgreb!

Tabel 7.8: Været udsat for seksuelle overgreb (N=363)

	Andel i procent
Seksuelle overgreb	9,1
Ubesvaret	5,5

Langt de fleste af dem, der har været udsat for seksuelle overgreb, har oplevet det i løbet af deres barndom. For nogle har det fundet sted så tidligt som i tre-fire års alderen, og for nogle har det været det meste af deres barndom. I to tilfælde er det far, der har begået overgreb, og i tre tilfælde er det en stedfar/mors kæreste. To har oplevet overgreb fra en bror. I to tilfælde er det bedstefar, her var børnene henholdsvis 8 og 10 år, da overgrebene fandt sted. Også morbror, fætre og andre familiemedlemmer angives som overgrebsmænd. Dette gælder i fem tilfælde og har fundet sted tidligt i børnenes liv og igennem længere tid.

Derudover er der ganske mange overgreb fra ikke-familiemedlemmer eller fremmede. Dette angiver ikke færre end 16 af de pårørende. Her er der tale om alt lige fra "smeden i byen", over "barnepiger" til "tilfældige fremmede". Disse overgreb har fundet sted i såvel barndom som voksenalder.

Fem angiver at have været udsat for overgreb fra deres partner (nuværende eller tidligere). Enkelte fortæller, hvordan de har følt sig tvunget for at få fred: "For at få ro eller lov til at sove eller for at få ham til ro...", eller "Jeg turde ikke sige fra, jeg var bange for, han så ville drikke mere...".

Endelig er der nogle, der simpelthen er helt i tvivl om, hvad seksuelle overgreb egentlig er

Pårørendehjælp

Der blev også spurgt til, i hvilken grad de pårørende til en misbruger tidligere havde fået hjælp eller deltaget i dennes behandling. Dette er ikke specielt udbredt. Knap hver sjette havde tidligere deltaget i eller fået en eller anden form for hjælp. Blandt partnere var det hver fjerde, der havde fået hjælp som par og/eller familie. Som barn af en afhængig var det til gengæld kun hver tiende.

Tabel 7.9: Som pårørende til en med afhængighedsproblemer fået hjælp eller deltaget i dennes behandling (N=363)

	Andel i procent
Pårørendehjælp/deltaget i afhængiges behandling	17,1
Ubesvaret	4,7

Det drejer sig om:

- deltagelse i den afhængiges antabusbehandling
- deltagelse i den afhængiges alkoholbehandling (en eller få samtaler)
- deltagelse i pårørende-tilbud i forbindelse med døgn- eller ambulant behandling (alt fra foredrag til ugekursus)
- selvhjælpsgrupper: Al-anon/ACA
- psykolog/terapeut/egen læge.

Tabel 7.10: Hvis du er partner/ægtefælle, har I så tidligere som par/familie fået hjælp (N=169)

	Andel i procent af alle partner/ægtefæller
Hjælp som par/familie	25,0
Ubesvaret	6,1

Det drejer sig om:

- led i alkoholbehandlingen
- psykolog/psykiater/læge (parterapi, ofte i håb om, at det kunne løse alkoholproblemerne).

Tabel 7.11: Som barn af afhængig fået hjælp som familie (N=106)

	Andel i procent af alle børn af afhængig
Hjælp som barn af afhængig/familie	10,4
Ubesvaret	5,7

Det drejer sig om:

- pårørende-tilbud ved alkoholbehandling
- familieværksted
- børnepsykiatrisk ambulatorium.

Hvordan har du det?

To hundrede pårørende besvarede spørgsmålet ”hvordan har du det for tiden”, som var et åbent spørgsmål. Dette spørgsmål indgik kun i spørgeskemaet til Tjele. Svarene fordeler sig i tre stort set lige store grupper, hvor én gruppe har det rigtig skidt, én gruppe er meget ambivalent, og én gruppe efter omstændighederne har det rimelig godt.

Gruppe 1: Har det meget dårligt

Denne gruppes besvarelser præges af udsagn inden for følgende temaer:

Tomhed: Total tomhed, misbruget væk, hvad skal nu fylde mit liv, føler mig tilsidesat.

Identitet: Ved ikke hvem jeg er, hvad jeg føler, og hvor jeg er på vej hen.

Depression: Ked af det, deprimeret, mistet gnisten og lysten til livet, græder meget, falder i dybt hul, modløs, meningsløshed, træthed, udbrændt, fortvivlelse og sorg, afmagt.

Følelseskaos: Humørsvingninger, ude af balance, følelsesmæssigt kaos.

Uro: Søvnbesvær/mareridt, uro, koncentrationsbesvær, forvirret.

Angst: Angst, bange for når han kommer hjem.

Vrede: Frustreret, vred.

Ensomhed: Ensomhed, savner kærlighed, ingen venner, svigt.

Psykosomatik: Ondt i maven.

Eksempler på udtalelser fra de pårørende:

- Kan ikke rigtig finde ud af, hvem jeg er for tiden, og hvor jeg står.
- Svært ved at koncentrere mig om mig selv og mine børn, urolig i forhold til min mand og hans druk, modløs.
- Falder ind imellem i et dybt hul, må så kæmpe mig op igen.
- Meget ked af det i perioder, men undertrykker det pga. børnene, frygt for forandring, konstant bekymret.
- Lettere anspændt, angst, bekymret, utryk ved at min alkoholiker pludselig ikke tager plads og fylder i mit liv.
- Humørsvingninger, mest frustreret, vred, ked af det over alt det med min far – virkelig frustreret.
- Jeg har det dårligt, har mareridt om da jeg fandt E livløs på gulvet – troede han var død.
- Udbrændt, hvad er der til mig, duer jeg til noget, deprimeret.
- Føler mig alene og tom. Jeg er bange. Har svært ved at mærke mig selv.
- Træt, deprimeret, lever på en løgn i forhold til kolleger, nemt til vrede, ”hurtig på aftrækkeren”.
- Ja, min far har taget sit liv, og min kæreste vil have, at jeg flytter, så..
- Uden lyst til meget andet end at lufte hundene – for det skal jo gøres.
- Dårligt, det hele er lige meget, har ikke lyst til noget, alt føles som en tung pligt, vil bare sove.
- Rigtig, rigtig fortvivlet indeni.
- Vred, afmægtig, ensom trods netværk, problemer med at klare mit arbejde og hverdagen, det vokser mig over hovedet.

- Meget ked af det, føler mig uelsket, svigtet, ensom, selvom jeg ikke er det i virkeligheden.
- Ked af det, jeg er ikke noget værd, usikker, tænker meget på min eks og fortiden. Humørsvingninger, tænker ikke på mig selv.
- Træt, træt af det, ikke parat til at starte på arbejde efter ferien, inde-sluttet, bitter.

Gruppe 2: Ambivalent

Det handler om at have det både godt og skidt, samtidig eller i perioder. At have det godt, men kun fordi den afhængige er i behandling eller på anden vis er ude af den pårørendes liv. At have det godt, men kun fordi den pårørende får medicin for psykiske problemer (f.eks. lykkepiller). Og det handler om at være glad for livet nu, samtidig med en massiv bekymring og angst for fremtiden, at den afhængige kommer hjem fra behandling, det nye, forandrede liv og angsten for tilbagefald. Endelig er der også nogle, der har store forventninger til den forestående behandling og derfor tror på en bedre fremtid.

Eksempler på udtalelser fra de pårørende:

- Godt, men ved at det hurtigt kan ændre sig.
- Blandet, nogenlunde.
- En følelsesmæssig rutsjebanetur/-ture, det ene minut er jeg glad, det andet ned i kælderens.
- Lettet, flov, ked af det, søvnbesvær, forvirret, men rolig, spændt på fremtiden.
- Godt, dog lidt usikker på fremtiden, min kones nye liv uden alkohol.
- Vi skal vinde kampen, jeg vil blive sammen med min mand, men jeg er bange og ked af det.
- Bekymret for hvordan det går, når P kommer hjem.
- Lettet over diagnosen, og at han er i behandling – men oplever samtidig at jeg nu falder sammen efter flere års kamp.
- Rigtig godt fordi S er i behandling, men er meget træt nu, hvor han er kommet af sted.
- Græder flere gange dagligt. Oplever meget sorg. Har lyst til at være alene, men også lettet over N er i behandling.
- Godt nok – mit velbefindende afhænger meget af min ægtefælles sindsstemning.
- Rigtig godt! Bortset fra når min søn (den afhængige) er ked af det og bange.

- Er ok, men kan blive forbandet over, at han stadig skal fylde så meget i vores familie.
- Fint, hvis jeg havde et afklaret forhold til min mand og ikke skulle se ham mere.
- Føler mig alene, også som opdrager for min søn, men glad for et liv uden den afhængige.
- Ok – har fået lykkepiller.
- Er begyndt til AI-anon møder, har givet håb for fremtiden og nyt perspektiv på problemerne.
- Bedre, efter at jeg er begyndt at arbejde med mig selv.

Gruppe 3: Har det overvejende godt

Denne gruppe har det, alt taget i betragtning, overvejende godt. Den pårørendes tilstand hænger meget sammen med den afhængiges tilstand. Det handler således meget om lettelsen ved at den afhængige nu er i behandling, eller om fysisk adskillelse fra den afhængige. Ligeledes afspejles en beslutsomhed i forhold til forandring til det bedre og en tro på fremtiden.

Eksempler på udtalelser fra de pårørende:

- Godt: min mand er i behandling, jeg kan give slip på ham og koncentrere mig om mig og børnene.
- Godt: L er i behandling, der er meget at se til (børn på 11 og 13 år og job, der skal passes), men det er praktiske ting.
- Fint - dejligt når andre tager over (den afhængige i behandling).
- Godt! Slapper af for første gang i lang tid, efter S er startet i behandling. Savner ham, men på den gode måde.
- Efter T er startet i behandling, stor lettelse og afslappet hverdag.
- Lige for tiden har jeg det rigtig godt. Han er gået i behandling, det har også hjulpet mig, kan jeg mærke.
- Jeg har det egentlig ok og er lettet over, at min søster er kommet i behandling.
- Har det godt efter vores datter endelig har fået den rigtige behandling.
- Fuld af håb og glæde over at se min datter afklaret og klar i hovedet.
- Efter behandling på Tjele for første gang fået rette behandling. Er dem dybt taknemmelig.
- Når det går min søn godt, har jeg det godt!
- Ok, er flyttet hjemmefra for et år siden, så det hele er kommet lidt på afstand.
- Pt. har jeg det fint, primært fordi han ikke er i mit liv.

- Rimeligt godt, især efter at jeg for ti dage siden sagde stop, min mand bor nu hos venner og må klare sig selv.
- For tiden ganske godt. Glæder mig til at få værktøj til at forstå og hjælpe med at takle afhængighedsproblemerne.
- Beslutning om kurset har løsnet op for tristhed og frustration. Har det bedre: det er ikke mig, der er skør mht. alkoholproblemerne.
- Har det faktisk rigtig godt nu, er blevet meget klogere siden min depression.

Selvværd

Hver tredje pårørende har lavt selvværd. Det vil sige, at de er utilfredse med sig selv, føler sig uduelige, nyttesløse og mislykkede, ligesom de føler et mindreværd i forhold til andre mennesker. Hver syvende har et middel selvværd, medens halvdelen har et højt selvværd.

Tabel 7.12: Selvværd

	Antal	Andel i procent (N=321)
Lavt	115	35,8
Middel	46	14,3
Højt	156	48,6
Total	317	98,8
Ubesvaret	4	1,2
Total	321	100,0

Symptomer på psykisk belastning (BSI¹⁴)

Af BSI-skemaet konstrueres følgende subskalaer:

Subskala BSI-somatisering

- reagerer med fysiske symptomer

Subskala BSI-kompulsiv

- forvirret, svært ved at huske, træffe beslutninger

Subskala BSI-sensibilitet

- bliver let såret, optaget af andres meninger om en selv

¹⁴ Afsnittet "Symptomer på psykisk belastning" er lånt fra kapitel 10 "Pårørende sammenlignet med referencepopulation". Dette skyldes, at resultaterne for BSI ikke giver mening uden referencepopulationen.

Subskala BSI-depression

- nedtrykt, selvmordstanker, håbløshed

Subskala BSI-angst

- nervøs, usikker, rastløs, pludselig angst uden grund, panikanfald

Subskala BSI-fjendtlighed

- irriteret, hyppige skænderier, ukontrolleret vrede

Subskala BSI-fobisk angst

- bange for åbne pladser, busser og lignende

Subskala BSI-paranoia

- andre er skyld i dine problemer, andre mennesker er ikke til at stole på, følt dig forfulgt

Subskala BSI-psykoticisme

- tror andre kan kontrollere dine tanker

Subskala BSI-total

- samlet mål for symptomer på psykisk belastning

Som det fremgår af tabel 7.13, afviger de pårørende fra referencepopulationen på samtlige symptomer på psykisk belastning. De pårørende har således et signifikant højere symptomniveau på psykisk belastning på samtlige dimensioner.

Tabel 7.13: Symptomer på psykisk belastning – BSI. Gennemsnitsværdier (og standardafvigelser i parentes) for pårørende og en ikke-psykiatrisk amerikansk referencepopulation, (student t-test for uafhængige prøver)

	Pårørende (N=321)	Reference-population (N=719)
Somatisering	.59 (.67)***	.29 (.40)
Kompulsiv	1.10 (.88)***	.43 (.48)
Interpersonel sensitivitet	1.02 (.93)***	.32 (.48)
Depression	.98 (.87)***	.28 (.46)
Angst	1.01 (.84)***	.35 (.45)
Fjendtlighed	.65 (.76)***	.35 (.42)
Fobisk angst	.25 (.45)**	.17 (.36)
Paranoia	.65 (.75)***	.34 (.45)
Psykoticisme	.63 (.68)***	.15 (.30)
Total (GSI)	.78 (.63)***	.30 (.31)

*Forskellen i forhold til referencepopulation er signifikant på *** $p < .0001$, ** $p < .001$, * $p < .01$ niveau (t-test)*

Mestring - problemløsning (CSQ)

Af tabel 7.14 fremgår, at ”rationel mestring” er den mestringsstrategi, de pårørende anvender mest. Men de mindre konstruktive mestringsstrategier ”emotionel” og ”undgående mestring” anvendes dog også ”nogle gange”. ”Distancerende mestring” anvendes ligeledes kun ”nogle gange”, hvilket ellers er en af de konstruktive mestringsstrategier, som det er en fordel at anvende i vid udstrækning. ”Misbrugsmestring”, der hører til kategorien ”undgående mestring” forekommer, om end ikke så ofte.

Nedenfor gennemgås, hvordan de enkelte mestringsstrategier kan karakteriseres, ligesom ”misbrugsmestring” analyseres nærmere.

Tabel 7.14: Mestringsstrategier (gennemsnitsværdier)

	Gennemsnit (N=321)	Median (N=321)
Rationel mestring	2,5	2,5
Emotionel mestring	2,9	3,0
Distancerende mestring	2,9	2,9
Undgående mestring	3,0	3,0
Misbrugsmestring	3,4	3,5

(Hvor: 1=altid, 2=ofte, 3=nogle gange, 4=aldrig)

Rationel mestring

Subskalaen ”Rationel mestring” består af følgende spørgsmål fra spørgeskemaet:

- Gør noget for at ændre situationen.
- Laver en plan for at håndtere problemet.
- Prøver at se det positive i situationen.
- Skaffer oplysninger der kan hjælpe med at handle.
- Tænker på hvad én, jeg respekterer, ville gøre.
- Analyserer problemet uden at blive følelsesmæssigt involveret.
- Prøver at se tingene fra andres synsvinkel.
- Minder mig selv om mine gode sider.
- Tror på at jeg kan magte situationen.
- Prøver ikke at lade følelserne styre.
- Prøver at finde en logisk måde at forklare problemerne på.
- Trækker på min erfaring fra lignende situationer.
- Giver sagen min fulde opmærksomhed.
- Tager ét skridt ad gangen.
- Ser tingene som en udfordring.
- Er realistisk i min måde at angribe situationen på.

Der er altså tale om mestring baseret på fornuftsmæssige overvejelser, køligt overblik, sund selvindsigt, realisme og et optimistisk livssyn.

Emotionel mestring

- Føler mig overvældet og magtesløs.
- Bliver trist og deprimeret.
- Føler at ingen forstår mig.
- Holder op med at dyrke interesser.
- Bliver ensom og isoleret.
- Undgår familie og venner.
- Føler hjælpeløshed – der er intet, man kan gøre.
- Lader mine frustrationer gå ud over mine nærmeste.
- Græder eller får lyst til at græde.
- Bliver ved med at gennemtænke problemet i håb om, at det forsvinder.
- Spiser mere (eller mindre) end sædvanligt.
- Føler mig værdi- og betydningsløs.
- Bliver irritabel og gal.
- Kritiserer mig selv eller giver mig selv skylden.
- Forbereder mig på det værst tænkelige.
- Søger sympati og forståelse hos andre.

Her er der tale om mestring baseret på en følelsesmæssig involvering, hvor individet opsluges, mister overblik og rationel tankegang, og bliver overvældet, magtesløs, handlingslammet, pessimistisk og (selv-)destruktiv.

Distancerende mestring

- Opfatter situationen for det, den er og ikke mere.
- Opfatter problemet som adskilt fra mig selv, så jeg kan håndtere det.
- Ser ikke problemet som en trussel.
- Er nærværende når jeg arbejder med problemet.
- Føler mig distanceret fra situationen.
- Løser problemet ved ikke at identificere mig med det.
- Reagerer neutralt over for problemet.
- Forsøger at sætte tingene i perspektiv – intet er alligevel så vigtigt.
- Føler mig afklaret, hvad problemet angår.
- Prøver at bevare min humoristiske sans – kan grine af mig selv og situationen.
- Beslutter mig for, at det ikke tjener noget formål at blive ked af det, og fortsætter som hidtil.
- Tager ikke noget personligt.
- Tænker på eller taler om problemet, som om det ikke var mit.
- Føler ro over for modgang.

Distancerende mestring er en strategi, hvor man først og fremmest kan finde ud af at adskille sig fra problemet og ikke lader sig vikle ind. Netop fra afstand kan man overskue og perspektivere problemets omfang og kerne, og på grundlag af fakta handle fornuftigt og konstruktivt. I denne proces indgår også en vis distance til sig selv, herunder humoristisk sans og selvironi.

Undgående mestring

- Dagdrømmer om fortiden, hvor tingene var bedre.
- Holder problemerne for mig selv, og lader ikke andre vide, hvor slemt det står til.
- Tager det roligt og håber det går væk af sig selv – ”tiden læger alle sår”.
- Distancerer mig så jeg ikke behøver handle.
- Lader som intet er i vejen, når nogen spørger.
- Dagdrømmer om, at det nok bliver bedre.
- Tror på skæbnen, at det nok ordner sig.
- Prøver at glemme.
- Beder til, at det ordner sig.

- Taler så lidt som muligt om det.
- Prøver at tænke på noget andet.
- Gør noget som får mig til at føle mig bedre tilpas.

Her løses problemer ikke, men forsøges så vidt muligt undgået. Det kan være ved dagdrømme, ved at overlade en løsning til tilfældighederne, skæbne eller ”religiøse kræfter”, eller ved benægtelse af problemernes eksistens.

Misbrugsmestring

Subskalaen misbrugsmestring, der hører til kategorien ”undgående mestring” konstrueres af følgende udsagn:

- Ryger mere end jeg plejer.
- Spiser mere (eller mindre) end sædvanligt.
- Drikker mere alkohol end sædvanligt.
- Tager medicin for at dulme ubehaget.

De fire ”misbrugsrelaterede” udsagn (rygning, mad, alkohol, piller), hvor kun det at spise mere end sædvanligt er med i den originale spørgeskema-udgave, viste følgende:

En fjerdedel (25,2 %) af de pårørende drikker mere end sædvanligt, når de udsættes for stress. Fem ud af hundrede gør det altid eller ofte. Under alle omstændigheder er det foruroligende, at så mange af de pårørende faktisk, ligesom misbruger, anvender alkohol som en mestringsstrategi. Især i forhold til at støtte op om misbrugers ædruelighed og anvendelse af alternative, mere konstruktive mestringsstrategier.

Endnu mere udbredt er det at spise mere eller mindre i stress-situationer.

Det gør to tredjedele af de pårørende, en tredjedel altid eller ofte.

Rygning som reaktion på stress benytter næsten halvdelen af de pårørende sig af, en tredjedel altid eller ofte.

At spise beroligende piller er den mindst udbredte mestringsstrategi blandt de pårørende. Knap ni ud af hundrede benytter sig af dette. To ud af hundrede ofte eller altid.

Fælles for alle de her nævnte mestringsstrategier er, at den pårørende i stedet for at forholde sig til et evt. problem og forsøge at løse det konstruktivt, vælger at drikke, spise, ryge eller tage piller for dermed at forsøge at ”bedøve” og fortrænge problemerne.

Alle fire mestringsstrategier er dermed overordentligt destruktive mestringsstrategier, ikke kun fordi de på ingen måde løser problemerne, men også fordi de er sundhedsskadelige for det enkelte menneske. Foruroligende er det, at så mange pårørende benytter sig af alkohol som en mestringsstrategi.

Tabel 7.15: Ryger mere end jeg plejer

	Antal (N=321)	Andel i procent
Altid	39	12,1
Ofte	59	18,4
Nogle gange	32	10,0
Aldrig	154	48,0
Total	284	88,5
Ubesvaret	37	11,5
Total	321	100,0

Tabel 7.16: Spiser mere end jeg plejer

	Antal (N=321)	Andel i procent
Altid	33	10,3
Ofte	69	21,5
Nogle gange	112	34,9
Aldrig	90	28,0
Total	304	94,7
Ubesvaret	17	5,3
Total	321	100,0

Tabel 7.17: Drikker mere alkohol end jeg plejer

	Antal (N=321)	Andel i procent
Altid	7	2,2
Ofte	10	3,1
Nogle gange	64	19,9
Aldrig	222	69,2
Total	303	94,4
Ubesvaret	18	5,6
Total	321	100,0

Tabel 7.18: Tager medicin for at dulme ubehaget

	Antal (N=321)	Andel i procent
Tid	3	0,9?
Ofte	4	1,2
Nogle gange	21	6,5
Aldrig	276	86,0
Total	304	94,7
Ubesvaret	17	5,3
Total	321	100,0

Påvirkning af dig og dit liv - samlet

Hvordan oplever du, at afhængighedsproblemerne har påvirket dig og dit liv (socialt, følelsesmæssigt, helbredsmæssigt, økonomisk)

I et åbent spørgsmål, blev de pårørende bedt om at angive, hvordan misbruget har påvirket dem. Stort set alle er ramt på samtlige de adspurgte områder; socialt, følelsesmæssigt, helbredsmæssigt og økonomisk. Områderne kan være svære at adskille, idet de på mange måder influerer på hinanden, f.eks. hænger den følelsesmæssige og sociale situation ofte tæt sammen. Følelsesmæssige og sociale vanskeligheder er som forventet meget udbredte. Ligeledes fylder de helbredsmæssige problemer meget, også mere end forventet.

Et spørgsmål der imidlertid ikke blev stillet var, hvordan alkoholproblemerne har påvirket den pårørendes arbejdsmæssige situation. Det er der overraskende mange, der angiver alligevel.

Overordnet:

- VOLDSOMT - på alle måder - det har fyldt alt.
- Ødelagt det liv, jeg havde håbet på at få.
- Jeg har svært ved at komme videre i mit liv.
- Overskygget mit liv totalt med alt, hvad det indebærer.
- Det slider noget og tankerne kredser altid om alkohol.
- Tager lidt af min livskvalitet, altid lige i baghovedet: hvad sker der nu?
- Føler mig lidt begravet socialt, følelsesmæssigt, helbredsmæssigt og økonomisk.
- Påvirket mig ekstremt meget da det har vendt op og ned på utrolig mange ting.
- Eksmands alkoholproblemer har ændret min personlighed og dermed mit liv socialt, følelsesmæssigt, økonomisk osv.
- Vores familie er blevet splittet alene pga. alkoholmisbrug.
- Min kones alkoholproblem og vores datters selvmord: ødelagt liv.

- Påvirket i alle fire henseender et så omfattende spørgsmål, at det ikke kan uddybes her.
- Svært at definere, det har haft så stor indflydelse på alt.
- Det er meget svært at sige, jeg har jo levet med misbruget altid ...

Socialt:

- Svært ved at få venner, lukker følelser inde, man føler sig anderledes.
- Svært ved at knytte mig, tror det er pga svigt som barn.
- Mistillid i forhold til kæreste pga. mange svigt.
- Tør ikke finde en ny kæreste – ved hvad type det bliver jeg falder for.. lidt bange for at give mig selv 100 % overfor kærester første års tid, svært ved at få venner.
- Svært ved at knytte mig til folk, søger en "forælder" i en kæreste (har aldrig kendt far).
- Har svært ved at bevare besindelsen, når jeg kan mærke at den nødvendige tryghed ikke gives, især i parforhold.
- Bange for svigt, overreagerer ved mangel på loyalitet.
- For tiden ikke i stand til at være i tæt forhold, giver tit op, er bange, især for ensomheden.
- Manglende tillid, svært ved at "give mig selv".
- Problemer i barndommen, har ikke fået lov at være barn, stoler ikke på andre før jeg kender dem.
- Svært ved at stole på nogen, bange for de ikke kan lide mig.
- Havde sjældent venner med hjem da jeg var barn, hadede far som teenager fordi han drak, troede som lille det var min skyld.
- Isoleret, ingen nære venner, følelsesmæssigt er jeg ødelagt, kan ikke finde ud af mig selv.
- Mindre sammen med venner, afdæmpede følelser, mistillid, svigt, manglende koncentration, mindre styrke mindre selvværd.
- Isolation, mistro til mig selv og til andre, mistet: selvværd, tro på livet, det sunde, kærlighed, tror det værste om alt og alle.
- Blevet meget indelukket, har mistet alle mine venner.
- Ikke mange venner mere, svært ved at vise mig i byen.
- Er begyndt at trække mig socialt, blevet følelsesmæssigt "kold", kun mit barnebarn vækker varme.
- Omgang med venner minimeret.
- Intet socialt liv til sidst, han har trukket glæden ud af vores liv, jeg er alene, alt er struktureret om hans misbrug.
- Kommer ikke sammen med venner og familie, som vi gjorde engang.

- Har ikke lyst til at invitere gæster, har let til gråd, føler mig meget stresset.
- Intet socialt overskud, holder mig fra andre.
- Er afskåret fra socialt samvær, har ikke kunnet hjælpe andre.
- Har ingen gæster, ingen glæder, er trist.
- Ingen rejser mere.
- Aldrig gåture sammen, må undskylde hende, når man er i byen.
- Svært ved at stole på folk, svært ved at være i selskaber, hvor der indtages alkohol.
- Har ikke afslappet forhold til alkohol i byen, vil helst ikke have noget, hvis min mand bliver fuld, bliver jeg utryg.

Følelsesmæssigt:

- Følelsesmæssigt er jeg helt ude af balance.
- Føler jeg er i fængsel; bange for at blive, bange for at gå, selvværd helt i bund.
- Ensom, ingen selvtillid, træt af mit liv; at holde facaden, ”over-spændt”. Gladest når jeg er alene.
- Svært ved at tro på mig selv, forladt, skal bevise jeg også er noget, savner glæde over mig selv.
- Svært ved at overskue livet: lukket øjnene for ting som økonomi og egne følelser, meget træt og svimmel.
- Mere indelukket, mangler energi, svært ved at se hvordan jeg kommer videre.
- Psykisk træt.
- Bryder let sammen.
- Bange, ved ikke hvem jeg er, vågner med hjertebanken – nogle gange grædende, vennerne er væk, økonomien helt i bund.
- Fem hårde år, bange for selvmord.
- Jeg føler mig angst og bange, kontrollerende, indadvendt.
- Ikke i kontakt med mig selv, kan ikke tænke selvstændigt og udtrykke følelser.
- Genert, årelang mangel på selvtillid, periodisk tristhed.
- Blevet voksen for tidligt. Tendens til at isolere mig, få venner, kontrol over følelser, er hård ved andre og mig selv.
- Ensom, ikke energi til at gøre noget på egen hånd udover at arbejde, lever gennem arbejde og børn.
- Lukker os inde, jeg giver hele tiden og glemmer mig selv.
- Brugt mange kræfter på at støtte, snakke osv., har slidt hårdt, bange for at han skulle tage sit eget liv.

- Fastholde mig i hjælperolle, ikke ligeværdige, problemer med at blive i mig selv, mærke mine egne behov.
- Til tider føler jeg, at jeg ikke kan mærke mig selv.
- Givet mig bekymringer, påtaget mig meget ansvar som forælder, følt mig kørt meget ned på det sidste.
- Vi får ikke barn nummer to - det er den største sorg (pga. adoptionsvanskeligheder).

Helbredsmæssigt:

- Nedslidt, træt, ked af det, udmattet.
- Ikke så meget sammen med venner mere, følelsesmæssigt kaos, forvirring, ondt i maven, kvælningsfølelser, usikker, kan ikke huske.
- Blevet isoleret, ulykkelig, mange smerter, et vildt husholdningsbudget.
- Jeg kan ikke sove, ikke styre min diabetes, klarer mig for små penge.
- Bange for at blive forladt, fik kræft som 19-årig, tror delvist det skyldtes tunge tanker og følelser.
- Depression og mavesår
- Påvirket mig enormt meget: Depression i efteråret, pt i terapi: lære at tænke på mig selv og ikke på mor.
- Humør styres af S's tilstand, har tabt mig, tror det skyldes bekymringer
- Jeg har taget på, trøstespiser.
- Socialt og følelsesmæssigt meget påvirket – har taget på, ingen eller meget lidt støtte.
- Jeg drak selv for meget, har taget på.
- Offerrolle, stress - forhøjet blodtryk.
- Højt blodtryk, stress, isolation.
- Mange tanker, højt blodtryk.
- Det påvirker psyke og blodtryk.
- Halvandet år med mavesmerter.
- Har haft ondt i maven.
- Træt, ked af det, ondt i maven.
- Hoved/mavepine, hukommelsesbesvær.
- Mavesmerter og hovedpine.
- Ofte forkølet og hovedpine.
- Migræne.

Mange angiver at være ramt økonomisk, men mest blot som en selvfølgelig side-bemærkning, derfor kun få uddybende udsagn.

Økonomisk:

- Konkurs, måtte låne af mor under påskud, ingen venner, mavesår og angstanfald.
- Stille og trist, tabt mig, ingen appetit, ludfattig – lever nu under fattigdomsgrænsen.
- Drak også selv for meget, anstrengt økonomi.
- Meget følelsesmæssigt påvirket, har fået mavesår og en masse gæld.
- Ødelagt mit liv følelsesmæssigt og økonomisk.
- Dårlig økonomi, kan ikke få det til at hænge sammen.
- Hjulpet ham økonomisk pga. misbrug, det har kostet en del.

Arbejds-mæssigt:

- Frustrerende og pinligt, vi deler klinik: Adskillige kunder har forladt klinikken pga. alkoholånde.
- Fundet mig i for meget, tillid er svært, beskytterrolle overfor mor, kan pt. ikke arbejde: fortiden fylder negativt.
- Ødelagt på alle områder, jeg kan ikke få noget til at fungere, kronisk syg, gæld, revalidering, har ikke arbejdet i mange år.
- Følelsesmæssigt belastende, går ud over mit arbejde (jeg er leder for 26 mennesker), for højt blodtryk.
- Det er meget svært i mit job at udvise styrke og begejstring.

Sammenfatning

På spørgsmålet om hvordan de egentlig går og har det, fordeler de pårørendes svar sig i tre omtrent lige store grupper. En gruppe, der har det rigtig skidt, med depressionstendenser, identitetsforvirring, tomhed, menings- og modløshed, angst, vrede, indre uro, ensomhed og psykosomatik. En gruppe, der er ambivalent, og som bærer præg af at være i en slags ”stand-by” tilstand, hvor den afhængige er i behandling eller lige har været det, og hvor denne nye situation endnu er ukendt og både skræmmende og fuld af muligheder. Og endelig en gruppe, der efter omstændighederne har det rimelig godt, og er i besiddelse af beslutsomhed og tro på fremtiden. For nogle handler det om at finde ud af livet sammen med den afhængige, for andre om at finde sig selv, uden den afhængige i sit liv.

Hver tredje angiver angst/anspændthed og/eller hukommelses-/koncentrationsbesvær. Hver sjette har oplevet depression og/eller kontroltab (f.eks. vrede eller gråd). Lidt mere end fem ud af hundrede har spiseforstyrrelser.

Selvmoedsadfærd har mellem tre og seks ud af hundrede. Seks ud af hundrede har haft selvmordstanker, tre ud af hundrede har truet med selvmord og ligeledes tre ud af hundrede har forsøgt at begå selvmord en eller flere gange livet igennem.

Seks ud af hundrede angiver andre symptomer end de på forhånd definerede såsom søvnproblemer, træthed, uro og generelt lavt selvværd.

Af skemaet BSI fremgik det, at de pårørende har et stærkt signifikant højere symptomniveau på psykisk belastning på samtlige dimensioner sammenlignet med en referencepopulation.

En måling af selvværd viste, at hver tredje pårørende har lavt selvværd. Det vil sige, at de er utilfredse med sig selv, føler sig uduelige, nyttesløse og mislykkede, ligesom de føler et mindreværd i forhold til andre mennesker.

Generelt ses en intensivering af mange af de nævnte symptomer og oplevelser den sidste måned inden behandling. Hvad der er årsag og virkning kan være svært at afgøre. Måske er det den øgede belastning, der har medført ønsket om behandling for såvel den pårørende som den afhængige. Måske er det den forestående behandling, der har øget belastningen eller oplevelsen af belastningen. Eller det kan være usikkerhed forbundet med selve behandlingen og det der måtte komme ud af det (såvel den pårørendes som den afhængiges behandling).

Hjælp til ovennævnte psykiske/følelsesmæssige problemer har op imod hver femte pårørende fået. Således er det hver femte, der har fået hjælp fra psykolog/psykiater, medens at hver tiende har modtaget lægeordineret medicin for et psykisk problem. Hjælp i misbrugsbehandlingsregi har kun fem ud af hundrede fået.

Derudover blev der spurgt til de pårørendes egne problemer med misbrug af forskellig art. Hver sjette angiver, at de selv på et tidspunkt har haft eller stadig har eget misbrug. Halvdelen af disse angiver alkoholmisbrug. Det svarer til, at næsten hver tiende af de pårørende har eller har haft et problematisk alkoholforbrug, heraf har knap en fjerdedel det stadig.

Hver sjette pårørende har eller har haft et misbrug af piller, hver fjerde af hash, hver ottende af ”fest-stoffer” (ecstasy, amfetamin, crack, LSD og/eller kokain), medens fem ud af hundrede har haft et misbrug af hårdere stoffer (heroin, morfin, ketogan og/eller metadon). Nogle har misbrug af mere end et stof.

Hver fjerde angiver et ”andet misbrug”, defineret som ludomani, spiseforstyrrelser, rygning og shopping.

Af dem der har eller har haft misbrug har næsten halvdelen, fire ud af ti, fået hjælp til at komme ud af det. Af alle pårørende er det syv ud af hundrede, der har fået hjælp til et misbrugsproblem.

En mere indirekte tilgang til ”misbrug” fremgår af de fire ”misbrugsrelaterede” mestringsstrategier (rygning, mad, alkohol, piller). Her viste det sig, at en fjerdedel af de pårørende drikker mere end sædvanligt, når de udsættes for stress. Fem ud af hundrede gør det altid eller ofte. Under alle omstændigheder er det foruroligende, at så mange af de pårørende faktisk, ligesom misbruger, anvender alkohol som en mestringsstrategi. Især i forhold til at støtte op om misbrugers ædruelighed og anvendelse af alternative, mere konstruktive mestringsstrategier.

Endnu mere udbredt er det at spise mere eller mindre i stresssituationer. Det gør to tredjedele af de pårørende, en tredjedel altid eller ofte. Rygning som reaktion på stress benytter næsten halvdelen af de pårørende sig af, en tredjedel altid eller ofte. At spise beroligende piller er den mindst udbredte mestringsstrategi blandt de pårørende. Knap ni ud af hundrede benytter sig af dette. To ud af hundrede ofte eller altid. Fælles for alle de her nævnte mestringsstrategier er, at den pårørende i stedet for at forholde sig til et evt. problem og forsøge at løse det konstruktivt, vælger at drikke, spise, ryge eller tage piller for dermed at forsøge at ”bedøve” og fortrænge problemerne.

En ganske stor del af de pårørende har været udsat for fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb. Hver fjerde har været udsat for voldelige overgreb, hver tredje har været udsat for psykiske overgreb og næsten hver tiende har været udsat for seksuelle overgreb, som oftest fra en forælder eller en partner. Nogle overgreb har fundet sted i barndommen, nogle bare en enkelt gang, andre gentagne gange og nogle overgreb er mere eller mindre en del af dagligdagen med en misbruger.

Stort set alle angiver at være påvirket socialt, følelsesmæssigt, helbreds-mæssigt og økonomisk. Følelsesmæssige og sociale vanskeligheder er som forventet meget udbredte. Ligeledes fylder de helbreds-mæssige problemer meget, også mere end forventet. Et spørgsmål der imidlertid ikke blev stillet var, hvordan alkoholproblemerne har påvirket den pårørendes arbejdsmæssige situation. Det er der overraskende mange, der angiver alligevel. Der blev også spurgt til i hvilken grad de pårørende tidligere havde fået hjælp til livet med misbrug eller havde deltaget i misbrugers behandling.

Knap hver sjette havde tidligere deltaget i eller fået en eller anden form for hjælp. Blandt partnere var det hver fjerde, der havde fået hjælp som par og/eller familie. Som barn af en afhængig var det til gengæld kun hver tiende.

Som oftest har de pårørende deltaget som ”appendiks” til misbrugers behandling, hvor fokus har været på misbruger og ikke på den pårørende. Derudover har det være korte pårørendekurser, selvhjælpsgrupper eller psykolog.

8. De pårørendes børn

Antal børn

En stor del af de pårørende har børn, således er det syv ud af ti, der svarer bekræftende på spørgsmålene om børn (N=258). De har mellem 1 og 8 børn, i gennemsnit 2,4 børn og de fleste har 2 børn. Således er det næsten halvdelen, der har to børn, medens det er hver femte, der har et barn, og ligeledes hver femte, der har tre børn. Fire eller flere børn har cirka hver sjette.

Tabel 8.1: Fordeling af antal børn (N=258)

	Andel i procent
1 barn	18,6
2 børn	43,4
3 børn	22,5
4 eller flere børn	15,5

Børn under 18 år, der ikke bor hjemme, har cirka fem procent. Det kan være børn, der kun bor hos den anden forælder, hos bedsteforældre, plejefamilie, venner eller i ungdomsbolig.

Tabel 8.2: Børn under 18, der ikke bor hjemme (N=258)

	Andel i procent af dem, der har børn
Børn uden for hjemmet*	5,5
Nej	87,5
Ubesvaret	7,0

* Hos den anden forælder, bedsteforældre, plejefamilie eller venner

Trivsel

Hvordan har de det så, disse børn? Børn der vokser op med en eller flere misbrugende forældre og/eller søskende. Børn der har forældre, som på forskellig vis tumler med andres misbrug, hos den anden forælder/en partner, hos deres egne forældre (børnenes bedsteforældre), hos søskende, eller hos andre familiemedlemmer.

Hver fjerde af de pårørende angiver, at et eller flere af deres børn har fået hjælp til faglige/fysiske problemer.

Tabel 8.3: Har et eller flere af dine børn fået hjælp til fysiske/faglige problemer (N=258)

	Andel i procent af dem, der har børn (N=258)
Pårørende, der har børn, der har fået hjælp til fysiske/faglige problemer	23,6
Nej	72,5
Ubesvaret	3,9

Det drejer sig om:

- Tale/høre-besvær
- Ordblindhed
- Børn der generelt har indlæringsproblemer og/eller koncentrationsbesvær og derfor svært ved at følge den almindelige skoleundervisning
- Børn, der har fysiske problemer og/eller adfærdsproblemer (ADHD, for tidligt født, hjernebetændelse, svær overvægt, nedsat hørelse).

Og følgende hjælpeforanstaltninger:

- Talepædagog
- Specialundervisning i dansk og/eller matematik
- Specialskole
- Specialklasse
- Gå en klasse om
- Julemærkehjem
- Efterskole.

Mere end hver fjerde og næsten hver tredje af de pårørende angiver, at et eller flere af deres børn har fået hjælp til følelsesmæssige, psykiske og/eller sociale problemer.

Tabel 8.4: Har et eller flere af dine børn fået hjælp til følelsesmæssige/psykiske/sociale problemer (N=258)

	Andel i procent af dem, der har børn (N=258)
Pårørende, der har barn/børn, der har fået hjælp til følelsesmæssige/psykiske/sociale problemer	29,1
Nej	66,7
Ubesvaret	4,3

Det drejer sig om vanskeligheder som:

- Depression
- Psykose
- Borderline
- Personlighedsspaltning
- Misbrug
- Skoletræthed
- ”Klassens klovn” (manglende selvværd)
- Kærestesvigt, pubertetsproblemer
- Mistrivselsproblemer og manglende koncentration
- Dødsfald blandt forældre, bedsteforældre, søskende
- Problemer med at sove
- Spiseproblemer
- Ensomhed
- Mindreværd
- Hjælp til at takle forældres alkoholproblemer
- Hjælp i forbindelse med forældres skilsmisse.

Og hjælpeforanstaltninger som:

- Skolepsykolog
- AKT-lærer
- Skolelærer
- Samtaler hos ”problemløser” på skolen
- Sorgbehandling i skolen, samtaler om at være anderledes
- Samtaler hos sundhedsplejerske og læge
- Familieværksted
- Psykolog
- Psykiater (+ medicinsk behandling)
- Tilbud fra alkoholbehandlingsregi
- Selvhjælpsgruppe i AA-regi
- Ungdomspsykiatrisk klinik
- Socialforvaltning
- Ungdomspension.

Udsagn fra forældrene som:

- De to store har psykiske problemer, da deres mor også drikker.
- Mobbning, nu flyttet til privatskole.
- Flyttede fra sin mor som 16-årig.

- Min afdøde søn havde adfærdsproblemer fra han var tre år.
- Klasselærer hjælper med samtaler, særlig opmærksomhed.
- Psykolog: hjælp i forbindelse med mors alkoholproblemer og til skoleskift og falde til hos min kone og mig.

Endelig spørges der til misbrug blandt de pårørendes børn. Dette vil naturligvis kun være aktuelt for de pårørende, der har børn gamle nok til misbrug. En nærmere analyse viste, at dette betød alle pårørende med børn over 10 år.

Tabel 8.5: Har et eller flere af dine børn nogensinde haft afhængigheds-/misbrugsproblemer (N=207)

	Andel i procent af dem, der har børn over 10 år (N=207)
Pårørende der ved de har barn/børn, der har (haft) afhængigheds-/misbrugsproblemer	22,7
Nej	75,4
Ubesvaret	1,9

Tabel 8.6: Hvis ja, af hvad (N=47/207)

	Ja, men ikke mere (N=47)	Ja, stadig (N=47)	I alt af dem, der har børn med misbrug (N=47)	Andel af dem, der har børn over 10 år (N=207)
Alkohol	36,2	34,0	70,2	16,4
Piller	6,4	6,4	12,8	2,9
Hash	19,1	10,6	29,8	7,2
Ecstasy, amfetamin., lsd, crack, kokain, speed	19,1	4,3	23,4	5,8
Heroin, morfin, ketogan, metadon	6,4	0,0	6,4	1,4
Andet*	2,1	8,5	10,6	2,9

* "Snifning", anoreksi, ludomani, cigaretter, "loveaholic"

Børnenes oplevelser

De pårørende blev også bedt om at beskrive, hvordan de tror/ved eventuelle børn oplever problemerne i familien. Her fordelte besvarelserne sig i følgende overordnede kategorier:

- Vrede
- Sorg, savn, svigt, manglende tillid
- Bekymring, forvirring
- Bange, usikre, forskrækkede
- Adfærdsmæssige reaktioner
- Afbrudt kontakt/afvisende
- Det er den ædru forælder, der er noget galt med
- Reaktioner på den ædru forælder
- Tilsyneladende ingen påvirkning
- Børn der ved meget mere end forventet.

Vrede:

- Min datter på 21 har været vred meget længe.
- Vrede på deres far, opfordret mig til at forlade ham.
- Vrede fordi de er blevet svigtet så tit, de tror ikke på ham mere, flove over for deres kammerater.
- Afmagt og skuffelse, ender tit med vrede.
- Vrede og bitre på deres far.

Sorg, savn, svigt, manglende tillid:

- Savner "Bedste", af og til meget kede af de ikke ser hende i lange perioder (måneder – år).
- Savner deres mor. Det er altid far, der dukker op til skolekomsammen/udflugter/familiebesøg.
- Stor sorg over reelt at have mistet deres mor – og stor vrede.
- Dybt bekymrede, stort svigt, oplever de har mistet en far, som de holdt meget af.
- Følt store svigt, følt sig ensomme og tilsidesat.
- Min datter på 17 år er ked af det, prøver at beskytte den afhængige.
- Min datter på 5 år har opdaget, at mormor er ikke til at regne med i forhold til aftaler.
- Kede af det over manglende og utroværdig far.

Bekymring og forvirring:

- Børn været meget bekymrede og årvågne.
- Forvirrede, kender ikke fremtiden.
- Bekymrede og overraskede over misbrugets omfang.
- Bekymrede for hinanden og fars drikkeri.
- De bliver forvirrede, de holder jo af os begge.
- Michael er bekymret over den evige magtkamp, der pågår i vores familie.

- Den 7-årige har svært ved at forstå den manglende kontakt med mormor.
- Bekymrede, tænkte på det altid.

Bange, usikre, forskrækkede:

- Hun kan ikke lide ham og er indimellem bange for ham.
- Børn oplever utrygheden og var bange for, der skulle ske noget med deres mor.
- Min søn på 5 år er bange for sin far, men prøver at behage
- Min søn på 13 år kan ikke lide fulde mennesker, stoler hverken på mig eller kæreste mere.
- De er usikre og nervøse ved Ida.
- De er følsomme, bliver nemt utrygge, når stemningen ændrer sig.
- Bange for deres far, jeg har forsøgt at beskytte dem mod skæld ud fra deres far.
- Tror de er bange for tilbagefald.

Adfærdsændringer:

- Barn halvandet år: meget udfarende og hidsig, der skal ikke så meget til, før vi begge farer op i en spids.
- Vores datter på otte år har været meget stille.
- Søn på to år: påvirket af, at far ikke altid er den samme.
- Barn på to år: mærker noget galt; barn på fire år: mærker far bliver mærkelig, fraværende og lugter, mor bliver urolig – deres leg bliver vildere!
- Datter på 10 år: begyndende spiseproblemer; søn på 13 år: psykosomatiske maveproblemer.
- Tre sønner som alle er forstyrrede.
- Datter psykosomatiske symptomer, mavesår.
- Ondt i ryggen, maven, vil ikke i skole, bange for at miste os.

Fravælger kontakt:

- Søn på ni år: ikke lyst til at se far særlig tit; søn på tre år: vil gerne se far.
- De isolerer sig.
- De tager afstand fra deres far.
- Gider ikke far, holdt sig fra hjemmet i halvt år, kontakter mig via telefon, synes vi skal blive skilt.
- Begge vores børn har afskrevet mor, hvis hun ikke bliver afvænnet.
- Yngste søn kommer sjældent hjem og vil helst ikke snakke med far.
- Vores store søn siger fra, afstand fra far, når han drikker.

- Vores datter på fem år vil ikke være hos ham, når han har drukket.
- Vores børn har efterhånden lært, at far aldrig overholder aftaler osv., jeg er blevet både mor og far.
- Min datter har forbudt sin far i sit hjem, når han drikker.
- Gider ikke høre på ham, trækker sig.
- Vores to sønner trak sig fra deres søster.
- Har stort set ingen kontakt til mormor, siger meget klart fra.
- Vores voksne børn ønsker ikke at se ham og har flere gange opfordret mig til at flytte.
- De er helst fri for samvær pga. løgnene.
- Vores fælles søn hadede at skulle ud til ham, kunne ikke lide at være hos ham.
- For min 17-årige datter er hendes mor ikke-eksisterende.
- Hjælpsomme over for mig, men bliver ikke hjemme.
- Hans børn vil ikke være sammen med ham.

Det er den ædru, der er galt på den:

- Børnenes oplevelser: far er ok, mor er bare hysterisk (især efter min mands ædruelighed, far havde ingen problemer).
- Han oplever, det er mig, som er træt, hans far har lært ham, jeg er mærkelig/hysterisk, men ikke kan gøre for det.
- Familien mener ikke altid, jeg gør nok.
- Vores søn på 23 år mener, jeg skulle have sørget for alkoholfrit hjem.
- Børnene på 12 og 10 år oplever, det er mig, der kan få deres far til at holde op med at drikke.
- Far er den svage, der skal passes på, så han ikke drikker igen, jeg er den stærke, som må klare alting.
- De synes, det er synd for deres far, fordi jeg tit skælder ud og er sur (pga. situationen).
- Oplever ham positiv, det er mig, der er humorsvingende, mig der bestemmer.
- Min datter mener, det er min skyld.
- Vrede rettet mod mig, som ikke er syg, mener det er mig, der skal løse problemerne.
- Kede af at morfar er alkoholiker, nogle gange synes de, jeg er for hård.
- De er vrede på mig, fordi jeg ikke lyttede til dem.

Reaktioner på den ædru forælders ændrede adfærd:

- Det fylder en stor del af min hverdag, og jeg bliver fjern, når man taler med mig.
- Har tre børn, nummer to oplever i høj grad, hvordan jeg har det.
- Mine drenge oplever Birte som stille og indelukket.
- De synes, at jeg bruger alt for meget energi og overskud på min søn (der er afhængig).
- Jeg vidste ikke, de var så medtagede; tror de synes, jeg er meget medafhængig.
- Hun er træt af at mægle imellem os, hun holder jo af os begge.
- Oplever far der bliver mindre og mindre nærværende, mor der dækker over problemerne.
- Det er svagt af mig, at jeg tager så lang tid om at komme ud af forholdet.
- Datter har lidt under, at al energi er på problemerne.
- Mit barn kan mærke spændinger hos mig.
- Datter synes ikke, hendes far er sød/god ved mig. At jeg hele tiden render efter ham som en hund.
- De synes, det er synd for mig, at jeg har nok at spekulere på, trækker sig lidt.
- De oplever mig som den svageste.
- De er kede af, at far drikker og tit er træt og sur, så ser de på mig og håber, jeg kan stoppe det.
- Barn på 11 mdr. mærker min utryghed.
- Jeg er mindre opmærksom over for børn og fraværende.
- Jeg er sur, opfarende.
- Oplever mig som træt og vred, far som ustabil.
- De er vrede på mig, fordi jeg ikke lyttede til dem.
- Forventer jeg skal handle: ”gør noget mor”.
- Datter er for lille til at vide, hvad det drejer sig om, men har mærket den ”negative energi”.

Og så er der børn, der tilsyneladende intet har (be-)mærket:

- Har ikke påvirket dem voldsomt, da de ikke har boet sammen med os.
- Mit barn er kun tre mdr. gammel, han har ikke mærket noget.
- Jeg er meget obs på dem, har sagt til børnenes far, at hvis han drikker får han ikke børnene.
- Min datter er kun tre år, hun ved ikke, morfar er alkoholiker.

Og børn, der vidste meget mere, end forventet:

- Vidste meget mere end jeg havde forestillet mig.
- Jeg var meget dårligere end børnene til at opdage, hvor galt det gik.
- De opdagede problemerne før jeg.

Sammenfatning

Næsten alle af de pårørende har børn (syv ud af ti), i gennemsnit 2,4 børn og mellem 1 og 8 barn pr. familie.

Hvad angår børnenes trivsel er det hver fjerde pårørende, der har et eller flere børn, der har fået hjælp til fysiske/faglige problemer. Typisk indlæringsmæssige vanskeligheder. Næsten hver tredje har et eller flere børn, der har fået hjælp til psykiske/følelsesmæssige problemer.

Dette er kun et estimat. Vi ved f.eks. ikke, hvor mange børn der har fået hjælp. Kun at mindst ét af den pårørendes børn har fået hjælp. Vi ved heller ikke noget om de børn, der ikke har fået hjælp, men som alligevel kan tænkes at have problemer.

Blandt dem, der har børn over 10 år, er det næsten hver fjerde, der angiver, at deres barn/børn har haft misbrugsproblemer. Typisk af alkohol, men også hash, feststoffer, piller og hårde stoffer.

Om dette er mere eller mindre end Danmarks befolkning i øvrigt vides ikke, da der ikke er fundet sammenlignelige data på dette område. Vi ved heller ikke, om det kan generaliseres til alle pårørende til misbrugere.

På det åbne spørgsmål om børnenes trivsel hører vi om børnenes mange reaktioner på alkoholproblemerne i familien. Der er vrede børn, børn der er kede af det og sorgfulde over alt for mange svigt og en deraf følgende manglende tillid i forhold til far/mor/verden, bekymrede og forvirrede børn, hvad med tilbagefald, hvad vil fremtiden bringe. Og bange, usikre og forskrækkede børn, der er bange for den misbrugende forælder, når denne er påvirket, forskrækkede og usikre over for den nye situation. Eller børn, der reagerer udad med vrede eller psykosomatik. En hel del børn, ikke mindst voksne børn, har brudt med den misbrugende part, om ikke andet så når denne er aktiv. Mindre børn trækker sig væk eller ind i sig selv. Der er også nogle børn, der mener, det er den ædru forælder, der bare er hysterisk eller måske oven i købet skyld i problemernes tilstand. Endelig er der en del børn, der reagerer på den ædru forælder; det kan være dennes manglende omsorg, det kan være dennes frustrationer, træthed, afmagt, der smitter af på børnene. Nogle pårørende mener ikke, deres børn har mærket noget, og nogle er tydeligt overraskede over det modsatte, at deres børn havde gennemskuet situationen længe før den ædru forælder.

Sammenfattende kan vi imidlertid konkludere, at op imod hver tredje af de pårørende med børn har et eller flere børn, der på den ene eller anden måde mistrives i nævneværdig og (be-)handlingskrævende grad.

9. De forskellige pårørende grupper – interne forskelle

Der er ikke de store forskelle mellem de enkelte pårørende grupper. Dog adskiller forældregruppen sig på enkelte områder, således at denne fremstår mindre belastet end partner, tidligere partner og voksne børn.

Det gælder på følgende områder:

- færre konflikter (i familien og i det hele taget)
- færre problemer med selvværd
- bedre mestringsstrategier (CSQ: mere rationel og distancerende, mindre emotionel)
- mere velfungerende i nære relationer (AAS)
- færre symptomer på psykisk belastning (BSI)
- bedre livsorientering (SOC: oplever livet mere meningsfuldt, håndterligt, forståeligt).

Dette skal ikke forstås sådan, at forældregruppen ikke har det svært. De har det bare samlet mindre svært end partner, tidligere partner og voksne børn. Det betyder heller ikke, at der ikke kan være specifikke tilfælde, hvor en forælder har det sværere end f.eks. en partner.

Fænomenet kan formodentlig forklares med, at forældregruppens relation til den afhængige er af en anden karakter. Godt nok er det smertefuldt at være forælder, når ens barn mistrives. Men en partner vil måske i højere grad dagligt være konfronteret med at få parforhold, børn og familien som sådan til at fungere. De voksne børn er i den særlige situation, at de ikke blot kan have svært ved livet med den afhængige lige nu, men derudover også kan have en ganske tung rygsæk af mere eller mindre alvorlige skader og minder fra en hel barndom.

Endelig kan der være en aldersfaktor i spil, sådan at forstå, at den lidt ældre forældregruppe, qua deres alder og anderledes livssituation, oplever og takler livet anderledes end partner og voksne børn. Der er imidlertid kontrolleret statistisk for alder, så det ikke kan være alderen i sig selv, der forklarer forskellene.

Sammenfattende kan vi dog konkludere, at der ikke er den store forskel på, hvilken relation man har til en misbruger. Alle er belastede af livet med misbrug, om end partner, tidligere partner og voksne børn generelt er mere belastede end forældrene til en misbruger.

10. Pårørende sammenlignet med referencepopulationer

I det omfang, det er muligt, sammenlignes de pårørende med forskellige referencepopulationer. Dels referencepopulationer fra en dansk undersøgelse fra 2002 (Lindgaard, 2002), og dels amerikanske referencepopulationer tilhørende de specifikke skemaer.

De danske referencepopulationer består dels af en klinisk gruppe og dels af en ikke-klinisk gruppe. Den kliniske gruppe består af voksne børn af misbrugere, der selv aktivt havde søgt behandling. Som oftest et længere varende, terapeutisk behandlingstilbud. Den ikke-kliniske population består af voksne, der ikke er vokset op i en familie med alkoholproblemer, men som ellers repræsenterer et forholdsvis bredt udsnit af den danske befolkning. Populationerne er gennemsnitligt noget yngre (32år/28 år) end pårørendegruppen fra nærværende undersøgelse, hvilket kan spille ind i forhold til sammenligningen.

De amerikanske referencepopulationer består af kliniske såvel som ikke-kliniske grupper. De specifikke data for de forskellige referencepopulationer gennemgås i hvert enkelt tilfælde.

Nære relationer - parforhold (AAS)

Af AAS-R beregnes fire forskellige tilknytningsstile, ”sikkerhed”, ”overinvolvering”, ”distancering” og ”ængstelighed”. Blandt de pårørende er det to tredjedele (66,4 %), der har en tilknytningsstil, der kan beskrives ved ”sikkerhed”, det vil sige, at de føler sig ”sikre” i nære relationer. Men for den resterende tredjedel gælder det, at de henholdsvis ”overinvolverer” sig, ”distancerer sig”, eller har en ”ængstelig” tilknytningsstil.

Hvis vi sammenligner med en ikke-klinisk, dansk referencepopulation, ser vi, at de pårørende er mere usikre, mere distancerende og en anelse mere ængstelige i deres tilknytningsstil. I referencepopulationen er det således kun en fjerdedel, der føler sig ”usikker” i forhold til partner.

Tabel 10.1: Tilknytningsstil (AAS)

	Pårørende	Andel i procent (N=268)*	Dansk reference- population (N=172)**
Sikkerhed	178	66,4	75,6
Overinvolvering	32	11,9	11,6
Distancering	27	10,1	3,5
Ængstelighed	31	11,6	9,3
Total	268	100,0	100,0
Ubesvaret*	53		
Total	321		

* Den beregnede ”tilknytningsstil” indregner ikke alle respondenter

** Det har ikke været muligt at beregne signifikansniveau

Selvværd

Hver tredje pårørende har lavt selvværd. Det vil sige, at de er utilfredse med sig selv, føler sig uduelige, nyttesløse og mislykkede, ligesom de føler et mindreværd i forhold til andre mennesker. Hver syvende har et middel selvværd, medens halvdelen har et højt selvværd.

Ved sammenligning med dansk referencepopulation ses tydeligt (om end det ikke har været muligt at beregne signifikansniveauer), at en langt større andel af de pårørende har et lavt selvværd, medens en tilsvarende mindre andel har højt selvværd.

Tabel 10.2: Selvværd

	Antal	Andel i procent (N=321)	Dansk reference- population (N=189)*
Lavt	115	35,8	22,0
Middel	46	14,3	15,0
Højt	156	48,6	63,0
Total	317	98,8	100,0
Ubesvaret	4	1,2	
Total	321	100,0	

* Det har ikke været muligt at beregne signifikansniveau

Symptomer på psykisk belastning (BSI)

Af BSI-skemaet konstrueres følgende subskalaer:

Subskala BSI-somatisering

- reagerer med fysiske symptomer

Subskala BSI-kompulsiv

- forvirret, svært ved at huske, træffe beslutninger

Subskala BSI-sensibilitet

- bliver let såret, optaget af andres meninger om en selv

Subskala BSI-depression

- nedtrykt, selvmordstanker, håbløshed

Subskala BSI-angst

- nervøs, usikker, rastløs, pludselig angst uden grund, panikanfald

Subskala BSI-fjendtlighed

- irriteret, hyppige skænderier, ukontrolleret vrede

Subskala BSI-fobisk angst

- bange for åbne pladser, busser o.lign.

Subskala BSI-paranoia

- andre er skyld i dine problemer, andre mennesker er ikke til at stole på, følt dig forfulgt

Subskala BSI-psykoticisme

- tror andre kan kontrollere dine tanker

Subskala BSI-total

- samlet mål for symptomer på psykisk belastning

Som det fremgår af tabel 10.3 afviger de pårørende fra referencepopulationen på samtlige symptomer på psykisk belastning. De pårørende har således et signifikant højere symptomniveau på psykisk belastning på samtlige dimensioner.

Tabel 10.3: Symptomer på psykisk belastning – BSI. Gennemsnitsværdier (og standardafvigelser i parentes) for pårørende og en ikke-psykiatrisk amerikansk referencepopulation, (student t-test for uafhængige prøver)

	Pårørende (N=321)	Referencepopulation (N=719)
Somatisering	.59 (.67)***	.29 (.40)
Kompulsiv	1.10 (.88)***	.43 (.48)
Interpersonel sensitivitet	1.02 (.93)***	.32 (.48)
Depression	.98 (.87)***	.28 (.46)
Angst	1.01 (.84)***	.35 (.45)
Fjendtlighed	.65 (.76)***	.35 (.42)
Fobisk angst	.25 (.45)**	.17 (.36)
Paranoia	.65 (.75)***	.34 (.45)
Psykoticisme	.63 (.68)***	.15 (.30)
Total (GSI)	.78 (.63)***	.30 (.31)

Forskellen i forhold til referencepopulation er signifikant på *** $p < .0001$, ** $p < .001$, * $p < .01$ niveau (t-test)

Familiens funktionsniveau (SFI)

T-test for uafhængige stikprøver viste, at der er stærkt signifikant forskel på familiefunktionen (SFI) mellem pårørendegruppens familier og en ikke-klinisk referencepopulation. Således er de pårørendes familiefunktion på samtlige områder meget mere dysfunktionel, end det er tilfældet i referencepopulationen. Til gengæld er der kun delvis forskel på pårørendegruppens familier og en klinisk referencepopulation. Her finder vi, at familiens overordnede funktionsniveau er dårligere i pårørendegruppen end i den kliniske referencepopulation. Medens konfliktniveauet er stærkt signifikant lavere i de pårørendes familier end i den kliniske referencepopulation. Det betyder, at de pårørendes familiefunktion er stærkt signifikant mere belastet end en ikke-klinisk referencepopulation. Desuden er de pårørendes familier tilsvarende eller mere belastet end en klinisk referencepopulation, dog med undtagelse af konfliktniveau, der er højere i den kliniske referencepopulation.

Tabel 10.4: Sammenligning af pårørende-gruppen med referencedata på henholdsvis en amerikansk ikke-klinisk og klinisk population. Højere scores på SFI indikerer mere dysfunktionel familieinteraktion.

	Pårørende-gruppen N=321	Amerikanske ikke-kliniske kompetente familier N=96	Amerikanske kliniske familier N=156
	Gennemsnit (SD)	Gennemsnit (SD)	Gennemsnit (SD)
Psykisk sundhed	2.99 (.81)	1.85 (.29)***	2.80 (.63)*
Konfliktniveau	2.63 (.82)	2.21 (.28)***	3.07 (.68)***
Samhørighed	3.17 (.75)	2.30 (.52)***	3.04 (.81)
Ekspressivitet	2.56 (.1.05)	2.03 (.41)***	2.57 (.75)

Forskellen i forhold til pårørende er signifikant på *** $p < .0001$, ** $p < .001$, * $p < .01$ niveau (t-test).

11. Pårørende sammenlignet med misbruger

Der er kun ganske få forskelle mellem de pårørende og misbrugerne, i forhold til hvor belastede de er. Dette til trods for det multivariate design med mange variable, der øger sandsynligheden for at finde de eventuelle forskelle, der måtte være. De forskelle, der imidlertid er, vil blive behandlet i det følgende. Kun signifikante forskelle behandles.

Der er forskel på pårørende og misbrugere, hvad angår alder og køn. Således er de pårørende signifikant yngre end misbrugerne (naturligt eftersom der er en del voksne børn), ligesom der er signifikant flere kvinder blandt de pårørende end blandt misbrugerne.

Det betyder, at samtlige fundne forskelle de to grupper imellem statistisk kontrolleres for alder og køn, sådan at det kan udelukkes at være alders- eller kønsforskellene, der er årsag til de observerede forskelle.

Det skal bemærkes, at pårørendegruppen er en meget sammensat gruppe bestående af såvel voksne børn af misbrugere, partnere, tidligere partnere, forældre og andre (venner/anden familie). Som det fremgår af kapitel 9 er der ikke de store forskelle de pårørende imellem. Dog adskiller forældregruppen sig signifikant fra de øvrige pårørende, idet forældrene nok er belastede, men ikke helt så belastede som de øvrige pårørende. Dette kan skyldes alders- og kønsforskelle, ligesom karakteren af den enkeltes relation til misbruger kan gøre en forskel. I denne sammenhæng vil disse nuancer kun indgå i det omfang, det spiller afgørende ind på resultatet.

Social funktion

Der er signifikant forskel mellem de pårørende og misbrugerne i forhold til visse oplevelser af den sociale støtte. Således oplever de pårørende i højere grad, at de er i stand til at tale om tanker og følelser, ligesom de i højere grad oplever sympati og støtte. Skyldfølelse er der ikke overraskende flere misbrugere, der har.

Psykisk funktion

Der er også signifikante forskelle i forhold til det psykiske funktionsniveau, dog kun i forhold til forældregruppen blandt de pårørende. Partner, tidligere partner og voksne børn har altså lige så mange symptomer på psykisk belastning som misbruger.

I forhold til forældrene er misbruger signifikant mere belastet på depression (BSIdep), angst (BSIanx), fobi (BSIfobi), psykoticisme (BSIpsyk) og på

den samlede BSI-score (BSIgsi). Selvværd har misbruger i signifikant mindre grad end hele pårørendegruppen.

Problemløsning

I forhold til problemløsning adskiller misbruger sig også fra de pårørende. Ikke overraskende anvender misbruger i signifikant højere grad det, man kunne kalde "misbrugsmestring". Det vil sige, at misbruger i højere grad drikker og ryger, når det opstår problemer. Til gengæld bruger de pårørende i signifikant højere grad medicin som problemløsning. Misbrugerne anvender også i højere grad "undgående mestring", der som "misbrugsmestring" handler om at forsøge at undgå de problemer, der måtte være i stedet for at forsøge at løse dem. På samme måde med "følelsesfokuseret mestring", hvor det imidlertid kun er forældregruppen, der anvender dette mindre end misbruger. "Distancerende mestring" er en konstruktiv problemløsningsstrategi, der består i at kunne distancere sig fra problemet og dermed fra et neutralt sted kunne overskue problemet og den rette løsning. Dette anvendes i højere grad af partner og voksne børn end af misbruger.

Nære relationer

AAS-spørgeskemaet er det ene af to skemaer, der beskriver en fælles oplevelse for de pårørende og den afhængige. Det gælder for de pårørende, der lever i et parforhold til en afhængig.

Her viser det sig, at misbruger har signifikant sværere ved at være i nære relationer med sin partner, ligesom misbruger oplever mere angst (f.eks. for at miste) i forholdet til partner. Dette gælder dog kun i forhold til forældregruppen. I forhold til den øvrige pårørendegruppe er der ingen forskel. Her er det lige svært.

Familiens funktionsniveau er det andet af to skemaer, der for nogle af de pårørende refererer til en fælles oplevelse. Det drejer sig om partner til en misbruger, hjemmeboende børn til forældre med misbrug samt forældre med hjemmeboende, misbrugende børn. Her var der ingen forskelle mellem de pårørende og den afhængiges oplevelse.

Livsorientering

I forhold til "livsorientering" er det sværere for misbruger at finde mening i tilværelsen. Igen gælder det imidlertid kun i forhold til forældregruppen.

De forskelle, hvor misbruger signifikant adskiller sig fra den samlede pårørendegruppe, består i følgende:

- **Social støtte:** Ringe oplevelse af at der er nogen at snakke med
- **Social støtte:** Ringe oplevelse af at få sympati og støtte
- **Skyldfølelse:** Mere skyldfølelse
- **Lavt selvværd:** Lavere selvværd
- **Problemløsning:** Ringe/manglende problemløsning, idet der i højere grad anvendes undgående- og misbrugsmestring

Tabel 11.1: Gennemsnitsværdier (og standardafvigelser i parentes) for pårørende og misbrugere

	Pårørende (N=350)	Misbrugere (N=110)
Tale om tanker/følelser	4.78(1.60)*	3.99 (1.55)
Sympati og støtte	5.38 (1.50)***	4.73 (1.60)
Skyldfølelse	2.22 (1.54)***	5.79 (1.36)
Selvværd	2.14 (.91)***	1.66 (.84)
Undgående mestring	2.97 (.42)***	2.70 (.44)
Misbrugsmestring	3.37 (.56)***	2.66 (.61)

Forskellen i forhold til misbrugere er signifikant på *** $p < .0001$, ** $p < .001$, * $p < .01$ niveau (t-test)

Tilbage står så alle de mange ligheder fundet i undersøgelsen. Overordnet kan man sige, at de pårørende er lige så belastet som misbrugere på langt de fleste undersøgte faktorer. Hvilke fremgår af nedenstående:

- social støtte: nogen der vil lytte
- social støtte: hjælp til praktiske opgaver
- social støtte: oplevelser af svigt
- social støtte: tilfredshed med modtaget støtte
- antal og grad af konflikter med familie
- antal af konflikter med andre end familie
- grad af sociale problemer (f.eks. ensomhed)
- evnen til at mærke og udtrykke behov
- evnen til at udtrykke følelser på passende måde (herunder vrede og sorg)
- evnen til at varetage egne interesser
- overansvarlighed
- oplevelse af belastninger i parforhold/familie
- at kunne tale frit med hinanden
- været udsat for voldelige overgreb
- været udsat for gentagne psykiske overgreb
- været udsat for seksuelle overgreb

- familieinteraktion (SFI)
- forholdet til partner (ASS)
- symptomer på psykisk belastning (BSI)
- livsorientering (at livet opleves håndterbart, forståeligt og meningsfuldt/SOC)

Sammenfatning

At det netop er på disse områder, der er forskel på misbruger og de pårørende, kan formodes at handle om misbruger som den agerende og i den til dels stereotype rolle som "den skyldige" eller "ansvarlige" og de pårørende som "ofre". Samtidig kan også benægtelsen spille ind.

Der tegner sig således et billede af, at misbruger i mindre grad har nogen at snakke med og i mindre grad oplever at få sympati og støtte. Det er alt andet lige lettere som "offer". Misbruger har også mere skyldfølelse og et lavere selvværd. Derudover magter misbruger i mindre grad at løse denne situation eller andre problemer i livet, men forsøger at undgå ("undgåelsesmestring"), som oftest med det "bedøvende" middel alkohol.

Taget i betragtning, hvor mange faktorer der er undersøgt, er der imidlertid kun ganske få forskelle mellem de pårørende og misbrugerne i forhold til deres psykiske og sociale funktionsniveau. Ligeledes er en del af disse forskelle kun signifikante mellem misbruger og forældregruppen blandt de pårørende.

Det betyder altså, at de pårørende som en samlet gruppe på en lang række områder må antages at være lige så belastet og dårligt fungerende som misbruger. Mest bemærkelsesværdigt er det nok, at partner, tidligere partner og voksne børn har lige så mange symptomer på psykisk belastning som misbruger.

Forældregruppen blandt de pårørende fremstår på nogle områder som mere velfungerende end resten af pårørendegruppen, hvorfor de på nogle områder også er mere velfungerende end misbruger, medens den øvrige pårørendegruppe ikke er.

Det skal pointeres, at der selvfølgelig kan være individuelle afvigelser fra den samlede gruppe og gennemsnittet. Således kan der være eksempler på pårørende, der er såvel mere som mindre velfungerende end misbruger, ligesom det omvendte kan være tilfældet.

Konklusionen må blive, at misbruger føler sig mere skyldig, mindre rustet til at løse problemerne og har mindre selvværd. Men den psykiske belast-

ning er ikke desto mindre lige så stor, hvad enten man er pårørende eller misbruger.

Litteratur

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science Medicine*, 36(6): 725-733.

Association, A. P. (1994). *Diagnostiske Kriterier fra DSM-IV*, Pilgrim Press.

Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vækst gjennom veiledning*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Barnes, M. F. (1998). Understanding the Secondary Traumatic Stress of Parents. In C. R. Figley, *Burnout in Families, The Systemic Costs of Caring*. London, Innovations In Psychology. CRC Press.

Bateson, G. (1992). The cybernetics of "self": A theory of alcoholism. In R. B. Miller, *The restoration of dialogue: Readings in the philosophy of clinical psychology*. Washington DC, American Psychological Association.

Beavers, W. R. & Hampson, R. B. (1990). *Successful families: Assessment and Intervention*. New York, W.W. Norton & Company.

Beckman, J. H. & Goldberger, L. (1995). *Psykologiske og psykosomatiske reaktionsmønstre hos Thulearbejdere*. Odense, Arts & Science.

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.

Berkowitz, A. & Perkins, H. W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2): 206-209.

Black, D., 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.

Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *Psychology Today*, 15(6).

Brennan, K. A., Shaver, P. R. & Tobey, A. E. (1991). Attachment styles, gender, and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8: 451-466.

Brennan, K. A., Moos, R. & Kelly, K. (1994). Spouses of late-life problem drinkers: functioning, coping responses, and family contexts. *Journal of Family Psychology*, 8: 447-457.

Brisby, T., Baker, S. & Hedderwick, T. (1997). *Under the Influence: Coping with Parents who drink too much - a Report on the Needs of the Children of Problem Drinking Parents*. London, Alcohol Concern.

Bulgur, M. W., Wandersman, A. & Goldman, C.R. (1993). Burdens and gratifications of caregiving: appraisal of parental care of adults with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63: 255-265.

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.

Carter, C., Nochajski, T. H., Leonard, K.E. & Blane, H. T. (1990). Research report: Communicative competence in sons of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 85: 1157-1163.

Cermak, T. L. (1986). *Diagnosing and Treating Co-dependence*. Minneapolis, Johnson Institute Books.

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., Pillow, D., Curran, P., Molina, B. & Barrera, M. (1993). The relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: A test of three mediating mechanism. *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 3-19.

Chassin, L., Barrera, M. & Montgomery, H. (1997). Parental alcoholism as a risk factor. In S. A. Wolchik & Sandler, I.N. (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention*. New York, Plenum Press.

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.

Christensen, H. B. (1994). *Børn i familier med alkoholmisbrug: En redegørelse for relationen mellem familieinteraktion og barnets psykosociale tilpasning*. Århus, Psykologisk skriftserie, Aarhus Universitet.

Christensen, H. B. (1996). Dansk oversættelse af Self-Report Family Inventory. Århus, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Christensen, H. B. (2000). *Børnefamilier med alkoholproblemer*. Århus, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Christoffersen, M. N. (1999). *Risikofaktorer i barndommen: En forløbsundersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme*. København, Socialforskningsinstituttet.

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. In R. L. Collins, Leonard, K.E., & Searles, J.S. (Eds.), *Alcohol and the Family: Research and Clinical Perspectives*. New York, The Guilford Press.

Collins, N. J. & Read, S. J. (1990). Adult Attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4): 644-663.

Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L. & Krishnan, M. (2000). Methods for reducing alcohol and drug related harm in non-specialist settings. *Journal of Mental Health*, 9(3): 329-343.

Copello, A., Velleman, R. D. B. & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24: 369-385.

Cork, R. M. (1969). *The Forgotten Children*. Ontario, CA, Addiction Research Foundation.

Creighton, S. (1984). *Trends in Child Abuse*. London, NSPCC.

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.

Cuijpers, P. & Stam, H. (2000). Burnout among Relatives of Psychiatric Patients Attending Psychoeducational Support Groups. *Psychiatric Services*, 51(3): 375-379.

Curtain, J. J., Patrick, C. J., Lang, A. R., Cacioppo, J. T. & Birbaumer, N. (2001). Alcohol affects emotion through cognition. *Psychological Science*, 12: 527-531.

Davis, D. J. & Schultz, C. L. (1998). Grief, parenting and schizophrenia. *Social Science Medicine*, 46: 369-379.

Deming, M. P., Chase, N. D. & Karesh, D. (1996). Parental alcoholism and perceived levels of family health among college freshman. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14(1): 47-57.

Derogatis, L. R. (1993). *BSI. Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis, USA, National Computer System, Inc.

- Derogatis, L. R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory and Matching Clinical Rating Scale. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey: 217-248.
- Devine, C. & Braithwaite, V (1993). The survival roles of children of alcoholics: Their measurement and validity. *Addiction*, 88: 69-78.
- 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.
- Dozier, A. L. & Barnes, M. J. (1997). Ethnicity, drug user status, and academic performance. *Adolescence*, 32: 825-837.
- 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. E. & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4): 475-509.
- Eide, J. & Johnson, B. H. (2002). Diagnosen akutt stresslidelse og forebygging av posttraumatisk stresslidelse. *Tidsskrift for Norske Psykologforening*, 39: 987-995.
- Elklit, A. (1995). *Dansk oversættelse af Coping Style Questionnaire*. Århus, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- Elklit, A. (1996). Coping styles questionnaire: A contribution to the validation of a scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 21(5): 809-812.
- Elklit, A. (1999a). *Dansk oversættelse af Adult Attachment Scale-Revised*. Århus, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

Elklit, A. (1999b). *Dansk oversættelse af Crisis Support Scale*. Århus, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

Epstein, E. E. & McCrady B. S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. In A. Gurman & Jacobson, N. (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy*. New York, Guilford Press: 597-628.

Fals-Stewart, W. & Birchler, G. R. (2001). A national survey of the use of couples therapy in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20: 277-283.

Figley, C. R. (1998). *Burnout in Families, The Systemic Costs of Caring*. London, CRS Press.

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.

Fisher, G. L., Jenkins, S.J., Harrison, T. C. & Jesch, K. (1992). Characteristics of adult children of alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 4: 27-34.

Gelles, R. J. (1993). Alcohol and other drugs are associated with violence - They are not its cause. In Gelles, R.J. & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence*. Newbury Park, CA, Sage.

Goodrich, T. J. (1991). *Women and power: Perspectives for family therapy*. New York, W.W. Norton.

Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F.S., Chou, S.P., Dafour, M.C. & Pickering, R.P. (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States 1991-1992 and 2001-2002." *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3): 223-234.

Hansen, F. (red.) (1994). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hansen, F. (1990). Rusmisbruk i et familieperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 27: 737-746.

- Hansen, S. E. (1985). Rusmisbruk i familieperspektiv. *Fokus på familien*, 13(83-90).
- Harden, J. (2005a). Uncharted Waters: The Experience of Parents of Young People With Mental Health Problems." *Qualitative Health Research*, 15(2): 207-223.
- Harden, J. (2005b). Parenting a young person with mental health problems: temporal disruption and reconstruction. *Sociology of Health & Illness*, 27(3): 351-371.
- Haugland, B. S. (1992). Ritualer og rutiner i familier med alkoholproblemer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 29: 735-759.
- Haugland, B. S. M. (2003). Paternal Alcohol Abuse: Relationship between child adjustment, parental characteristics, and family functioning. *Child Psychiatry and Human Development*, 34(2): 127-146.
- Havey, J. M., Boswell, D. L. & Romans, J. S. C. (1995). The relationship of self-perception and stress in adult children of alcoholics and their peers. *Journal of Drug Education*, 25(1): 23-29.
- Hede, A., & Jacobsen, J. (2008). *Tryghedsmåling 2007 – En analyse af danskernes tryghed og utryghed*. Downloaded 11.08.08 fra http://www.trygfonden.dk/Popup/tryghedsmaaling_2007.aspx Trygfonden
- Herjanic, B. & Reich, W. (1997). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 25(1): 21-31.
- Holder, H. D. & Hallan, J.B. (1986). Impact of alcoholism treatment on total health care costs: A six-year study. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 6: 1-15.
- Holzworth-Munroe, A. (2000). Social information processing skills deficits in maritally violent men: Summary of a research program. In Vincent J. P. & E. N. Jouriles (Eds.), *Domestic violence: Guidelines for research-informed practice*. London, Jessica Kingsley, W.W. Norton and Company.
- Hougaard, E., Valbak, K., & Sommerlund, B. (1999). Effektopgørelsesmetoder I naturalistisk psykoterapiforskning. *Agrippa*, 19: 54-69.

Howells, E. & Orford, J. (2006). Coping with a problem drinker: A therapeutic intervention for the partners of problem drinkers, in their own right. *Journal of Substance Abuse*, 11(1): 53-71.

Jackson, J. G. (1984). The personality characteristics of adult daughters of alcoholic fathers as compared with adult daughters of non-alcoholic fathers. *Dissertation Abstracts International*, 46: 338B.

Jackson, D. & Mannix, J. (2003). Then suddenly he went right off the rails: Mothers' stories of adolescent cannabis use. *Contemporary Nurse*, 14: 169-179.

Jacob, T. (1992). Family studies of alcoholism. *Journal of Family Psychology*, 5: 319-338.

Jacob, T., Windle, M., Seilhamer, R. A. & Bost, J. (1999). Adult children of alcoholics: drinking, psychiatric and psychosocial status. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13: 3-21.

Jarmas, A. L. & Kazak, A. E. (1992). Young adult children of alcoholics fathers: Depressive experiences, coping styles, and family systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2): 244-251.

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.

Joseph, S. A., Andrews, B., Williams, R. & Yule, W. (1992). Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster. *British Journal of Clinical Psychology*, 31: 63-73.

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(6&7): 897-916.

- Kerr, A. & Hill, W. (1992). An exploratory study of comparing ACOAs to non-ACOAs on current family relationships. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 9: 23-38.
- Kjøstvedt, E. & Kristensen, Ø. (1996). Regnbueprosjektet: Mot en teori for forståelse av barn fra misbrukerhjem. *Fokus*, 3: 162-166.
- Klosterman, 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. In Hilarsky, C., *Addiction, Assessment, and Treatment with Adolescents, Adults and Families*. Binghamton, NY, The Haworth Social Work Practice Press: 235-255.
- Knop, J., Teasdale, T., Schulsinger, F. & Goodwin, D. (1985). A prospective study of young men at risk for alcoholism: School behavior 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. In Imber-Black, E., *Secrets in Families and Family therapy*. New York, W.W. Norton & Company: 141-159.
- Lawson, G., Peterson, J.S., & Lawson, A. (1983). *Alcoholism and the Family: A Guide to Treatment and Prevention*. London, Aspen Systems Corporation.
- Lawson, A., & Lawson, G. (1998). *Alcoholism and the family: A guide to treatment and prevention*. Maryland, Aspen Publishers.
- Lennox, R. D., Scott-Lennox, J. A. & Holder, H. D. (1992). Substance abuse and family illness: Evidence from health care utilization and cost-offset research. *Journal of Mental Health Administration*, 19(1): 83-95.
- 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. In S. Wegscheider-Cruse & Esterly, R.W., *Alcoholism and the Family: A book of readings*. Hollywood, FL: Health Communication.

Lieberman, D. Z. (2000). Children of alcoholics: an update. *Current Opinion in Pediatric*, 12: 336-340.

Lindgaard, H. (2002). *Voksne børn fra familier med alkoholproblemer - mestrings og modstandsdygtighed*. Århus, 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, Viden- og dokumentationsenheden.

Lipps, A. J. (1999). Family Therapy in the Treatment of Alcohol Related Problems: A Review of Behavioral Family Therapy, Family Systems Therapy and Treatment Matching Research. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17(3): 13-23.

Maisto, S. A., McKay, J. R. & O'Farrell, T. J. (1995). Relapse Precipitants and Behavioral Marital Therapy. *Addictive Behaviors*, 20(3): 383-393.

Maisto, S. A., McKay, J. R. & O'Farrell, T. J. (1998). Twelve-month abstinence from alcohol and longterm drinking and marital outcomes in men with severe alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 59: 591-598.

Marshall, M. P. (2003). For better or for worse? The effect of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23: 959-997.

McCrary, B. S. & Epstein, E. E. (1995). Directions for Research on Alcoholic Relationships: Marital- and Individual-Based Models of Heterogeneity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(3 September): 157-166.

McLaughlin, I. G., Leonard, K. & Senchak, M. (1992). Prevalence and distribution of premarital aggression among couples applying for a marriage license. *Journal of Family Violence*, 7: 309-319.

Miles, M. S. (1984). Emotional symptoms and physical health in bereaved parents. *Nursing Research*, 34: 76-81.

Miller, F., Dworkin, J., Ward, M. & Barone, D. (1990). A preliminary study of unresolved grief in families of seriously mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 41: 1321-1325.

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.

Mohr, W. K. & Regan-Kubinski, M. J. (2001). Living in the fallout: parents' experiences when their child becomes mentally ill. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15: 69-77.

Moos, R. H. & Billings, A. G. (1982). Children of alcoholics during the recovering process: Alcoholic evidence against the uniformity myth. *Journal of Counselling Psychology*, 42(1): 65-70.

Moos, R. H., Finney, J. W. & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 43: 888-909.

Moos, R. H. & Moos, B. S. (1984). The process of recovery from alcoholism. III. Comparing functioning in families of alcoholics and matched control families. *Journal of Studies on Alcohol*, 45: 111-118.

Moos, R. H., Finney, J. W. & Cronkite, R. C. (1990). *Alcoholism Treatment: Context, Process, and Outcome*. New York, Oxford University Press.

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.

Newcomb, M. D. & Earleywine, M. (1996). Intrapersonal contributors to drug use: The willing host. *American Behavioral Scientist*, 39: 823-837.

Nielsen, A. S., Nielsen, B. & Petersen, P. (2000). Behandlingsbehov hos alkoholmisbrugere, hvis forældre havde et alkoholmisbrug. *Ugeskrift for læger*, 162: 4540-4544.

- Nielsen, A. S., Becker, U., Højgaard, B., Lassen, A. B., Willemann, M., Søgaard, J. & Grønbæk, M. (2006). *Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering*. København, Sundhedsstyrelsen.
- Nordlie, E. (1990). Somatiske symptomer hos rusmiddelbrukernes familier. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 11: 725-726.
- Nordlie, E. (1995). Alkoholbruk - familiemedlemmernes helseproblemer og reaksjoner. I Riise G., Berg J. E., Engelstad J.C.B., Jacobsen C.D. & Sørensen, B. N. (Red.). *Alkohol og Helse - Det bagatelliserte alvor*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Nordlie, E. (2003). Alkoholmisbruk - hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 1(123): 52-54.
- O'Farrell, T. J. (Ed.) (1993). *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*. New York, The Guilford Press.
- O'Farrell, T. J. & Murphy, C. M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2): 256-262.
- O'Farrell, T. J., Hooley, J., Fals-Stewart, W. & Cutter, H. S. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5): 744-752.
- O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Neavins, T. M. & Van Hutton, V. (2000). Verbal aggression among male alcoholic patients and their wives in the year before and two years after alcoholism treatment. *Journal of Family Violence*, 15(4): 295-310.
- Ohannessian, C. M. & Hesselbrock, V. M. (2004). Do alcohol expectancies moderate the relationship between parental alcoholism and adult drinking behaviors? *Addictive Behaviors*, 29(5): 901-9.
- Orford, J., Gutherie, S., Nicholls, P., Oppenheimer, E., Eggert, S. & Hensman, C. (1975). Self-reported coping behavior of wives of alcoholics and its association with drinking outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 36: 1254-67.

Orford, J. & Velleman, R. (1995). Childhood and adulthood influences on the adjustment of young adults with and without parents with drinking problems. *Addiction Research and Theory*, 3: 1-15.

Orford, J., & Velleman, R. (1990). Offspring of parents with drinking problems: drinking and drug taking as young adults. *British Journal of Addiction*, 85: 779-794.

Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A. & Velleman, R. (1998). Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93(12): 1799-1813.

Pan, H., Neidig, P. & O'Leary, K.D. (1994). Predicting mild and severe husband-to-wife physical aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 975-981.

Parker, D. A. & Harford, T.C. (1988). Alcohol-related problems, marital disruption and depressive symptoms among adult children of alcohol abusers in the United States. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(4): 306-313.

Pedersen, M. U., Vind, L., Milter, M. & Grønbaek, M. (2004). *Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige*. Århus og København, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet & Center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet.

Pejlert, A. (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents' narratives. *Health and Social Care in the Community*, 9(4): 194-204.

Powers, R. (1986). Aggression and violence in the family. In Campbell, A. & Gibbs, J. (Eds.), *Violent Transactions: the limits of personality*. Oxford, Blackwells: 27-45.

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.

Ripley, J. S., Cunion, A. & Noble, N. (2006). Alcohol abuse in marriage and family context: relational pathways to recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1/2): 171-184.

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. E. (1995). A profile of collegiate black adult children of alcoholics. *Journal of College Student Development*, 36(3): 228-235.

Roger, D., Jarvis, G. & Narjarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15(6): 619-626.

Roosa, M. V., 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.

Rosenberg, N., Mortensen, K.V., Hougaard, E., Lunn, S., & Theilgaard, A. (red.). (1993). *Klinisk psykologisk forskning. En indføring I metoder og problemstillinger*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey, Princeton University Press.

Rotunda, R. J., Sherer, 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.

Senchak, 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.

Shapiro, D. W., Weatherford, V., Kaufman, E. & Broenen, R.E. (1994). A control profile of adult children of alcoholics: A preliminary investigation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(2): 247-262.

- 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.
- Simon, T. R., Sussman, S., Dent, C. W., Burton, D. & Flay, B.R. (1995). Prospective correlates of exclusive or combined adolescent use of cigarettes and smokeless tobacco: A replication-extension. *Addictive Behaviors*, 20: 517-524.
- Solomon, P., & Draine, M.S.W. (1995). Subjective burden among family members of ill adults: Relation to stress, coping, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3): 419-427.
- Solvell, K. (2001). *Rom for handling*. Rapport fra prosjektet: Arbeidstakere som trenger særskilt oppmerksomhet på grunn av rusmisbruk i familien. Oslo, Landsforbundet Mot Stoff.
- SOSY-2000 (2000). *Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen*. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- Stam, H. & Cuijpers, P. (2001). BRIEF REPORT; Effects of Family Interventions on Burden of Relatives of Psychiatric Patients in The Netherlands: A Pilot Study. *Community Mental Health Journal*, 37(2).
- Steffen, V. (1993). *Minnesotamodellen i Danmark. Mellem tradition og fornyelse*. Holte, Socpol.
- Steinglass, P. (1979). The alcoholic family in the interaction laboratory. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 167(7): 428-436.
- Steinglass, P., Bennett, L., Wolin, S. J. & Reiss, D. (1987). *The alcoholic family*. New York, Basic Books.
- Steinglass, P. & Kutch, S. (2004). Family Therapy: Alcohol. In Galanter, M. & Kleber, H.D. (Eds.) *Textbook of Substance Abuse Treatment, 3rd edition*. Washington, DC, The American Psychiatric Publishing, Inc.: 405-415.
- Stout, M. L. & Mintz, L.B. (1996). Differences among nonclinical college women with alcoholic mothers, alcoholic fathers, and nonalcoholic parents. *Journal of Counselling Psychology*, 43: 466-472.

Sundhedsstyrelsen (1992). *Børn i familier med alkohol - og stofproblemer*. København, Forebyggelse og hygiejne.

Sundhedsstyrelsen (2003). *Alkohol, Narkotika, Tobak: Statistik 2002*. København, Sundhedsstyrelsen.

Svanum, S. & McAdoo, G. (1991). Parental alcoholism: an examination of male and female alcoholics in treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 52: 127-132.

Svenkerud, S. & Hansen, F. (2005). *Utprøvning af et kartleggings skjema for pårørende - systematisering av data fra tidsrommet 2000-2003*. Skien, Borgestadklinikken: 1-19.

Sørensen, S. M. (2005). *Målgrupperapport 2004 - Hvad kendetegner personer, der begynder i Århus Amts Alkoholrådgivning? Århus, Driftsområdet for Voksne Handicappede*.

Templeton, L. J., Zohhadi, S. E. & Velleman, R. D. B. (2007). Working with family members in a specialist drug and alcohol services: Findings from a feasibility study. *Drugs: education, prevention and policy*, 14(2): 137-150.

Testa, M. & Leonard, K.E. (2001). Impact of marital aggression on women's psychological and marital functioning in a newlywed sample. *Journal of Family Violence*, 16: 115-130.

Thormann, I. (2006). *Medfødte alkoholskader. Omsorg og behandling*. København, Hans Reitzels Forlag.

Thormann, I. & Guldberg, C. (1995). *Hånden på hjertet*. København, Hans Reitzels Forlag.

TUBA (2008). *TUBA-undersøgelse januar 2008*, upubliceret dokument, Århus: TUBA Danmark.

Tunnard, J. (2002). *Parental problem drinking and its impact on children*. Research in practice, Dartington Hall, Totnes, Devon, UK,

Tweed, S. H. & Ryff, C. D. (1991). Adult children of alcoholics: Profiles of wellness amidst distress. *Journal of Studies on Alcohol*, 52: 133-141.

Tweed, S.H., & Ryff, C.D. (1996). Family climate and parent-child relationships: Recollections from a nonclinical sample of adult children of alcoholic fathers, *Research in Nursing & Health*, 19(4): 311-321.

Usher, K., Jackson, D. & O'Brien L. (2007). Shattered dreams: Parental experiences of adolescent substance abuse. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16: 422-430.

Vandvik, I. & Skjeldal, O. (1994). Konversjonsforstyrrelser hos barn og ungdom. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 114: 1405-1408.

Velleman, R. (2004). Alcohol and drug problems in parents: an overview of the impact on children and implications for practice. In Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M.V. (Eds.), *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families*. Cambridge, Cambridge University Press: 185-202.

Velleman, R. D. B. & 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. D. B., Copello, A. & Maslin, J. (Eds.) (1998). *Living with drink: women who live with problem drinkers*. London, Longman.

Velleman, R. D. B. & Orford, J (1999). *Risk and resilience: adults who were the children of problem drinkers*. London, Harwood.

Velleman, R. D. B. & Templeton, L. J. (2002). Family interventions in substance misuse. In Petersen, T. & McBride, A. (Eds.), *Working with substance misusers: A guide to theory and practice*. London, Routledge: 145-153.

Velleman, R. D. B. & Templeton, L. J. (2003). Alcohol, Drugs and the Family: Results from a Long-Running Research Programme within the UK. *European Addiction Research*, 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. E. & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithica & London, Cornell University Press.
- Werner, E. E. & Smith, R. (1998). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, Adams, Bannister, Cox.
- Werner, E. E. & Johnson, J. L. (2004). The Role of Caring Adults in the Lives of Children of Alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 39(5): 699-720.
- West, M. & Prinz, R. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102: 204-218.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A. & Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital dissatisfaction and alcohol use disorder in a community sample. *Journal of Family Psychology*. 20: 164-167.
- Williams, O. B., & Corrigan, P. W. (1992). The differential effect of parental alcoholism and mental illness on their children. *Journal of Clinical Psychology*. 48(3): 406-414.
- Wills, T. A., Vacarro, D. & McNamara, G. (1994). Novelty seeking and related constructs as predictors of adolescent substance use. *Journal of Substance Abuse*, 6: 1-20.
- Wilson, C., Bell, R.W. & Arredondo, R. (1995). Temperament, family environment, and family history of alcohol abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 12(3): 55-68.
- Worobec, T. G., Turner, W. M., O'Farrell, T. J., Cutter, H. S., Bayog, R. D. & Tsuang, M. T. (1990). Alcohol use by alcoholics with or without a history of parental alcoholism. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 14: 887-892.
- Wright, L. S., Garrison, J., Wright, N. B. & Stimmel, D. T. (1991). Childhood unhappiness and family stressors recalled by adult children of substance abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(4): 67-80.
- Yohman, J. & Parsons, O. A. (1987). Verbal reasoning deficits in alcoholics. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 175: 219-223.

Zachariae, B. (1993). Dansk oversættelse af Brief Symptom Inventory. Århus, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

Øymar, K. F., G. & Rosendahl, K. (1993). Residiverende abdominalsmerter. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 113: 2566-2568.