

# Afhængighed og relationer

## Behandlingsperspektiver



# Afhængighed og relationer

## Behandlingsperspektiver

Helle Lindgaard

Center for Rusmiddelforskning  
Aarhus Universitet  
2009

© forfatteren og Center for Rusmiddelforskning 2009  
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København  
ISBN: 978-87-89029-74-7

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

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Indledning</b> .....	<b>9</b>
Formål .....	9
Begrebsafklaring .....	10
Rapportens opbygning.....	12
<b>2. Problemets omfang og karakter</b> .....	<b>15</b>
Problemets omfang.....	15
Problemets karakter.....	15
Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv .....	18
<b>3. Hvorfor skal vi arbejde relationsorienteret?</b> .....	<b>25</b>
Pårørendes selvstændige behandlingsbehov, forebyggelse og social arv... 25	
Forebyggelse og optimering af alkoholbehandlingen.....	27
Systemteori og gensidig vekselvirkning .....	28
Økonomiske betragtninger .....	29
Hvad sker der, hvis vi ikke giver de pårørende hjælp og/eller arbejder relationsorienteret.....	31
<b>4. Behandlingsmetoder – effekt og evidens af relationsorienterede indsatser</b> .....	<b>33</b>
Behandling, der med udgangspunkt i de pårørende, har til formål at motivere den drikkeende til at ændre alkoholadfærd og/eller at gå i behandling.35	
Behandling, der har til formål at forbedre både drikkerrelaterede effektmål og de pårørendes trivsel .....	39
Behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade på de pårørende .....	47
Behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade specifikt på børn/unge .....	52
Samlet opsummering af de evidensbaserede metoder og deres effekt .....	59
<b>5. Eksisterende indsatser/tilbud til de pårørende</b> .....	<b>63</b>
<b>Afhængighed og relationer – Resultater</b>	
<b>6. Metode og procedure</b> .....	<b>67</b>
Undersøgelsens formål.....	67
Undersøgelsesdesign .....	67
Metode.....	68
Institutionerne og deres tilbud til de pårørende .....	70
Populationen.....	73
Statistiske analysemetoder .....	80
Metodemæssige begrænsninger og forbehold.....	82

<b>7. Ændringer i forbindelse med behandling (PI-PII) .....</b>	<b>87</b>
Samlede ændringer .....	87
Social funktion og relationer .....	90
Sundhed .....	98
Kvalitative udsagn .....	99
Den drikkendes status og indflydelse .....	121
Opsamling .....	122
<b>8. Ændringer i perioden efter behandling (PII-PIII) .....</b>	<b>127</b>
Ændringer efter behandling .....	127
Ændringer ifølge de pårørendes subjektive vurdering .....	128
Den drikkendes status og indflydelse .....	133
Opsamling .....	134
<b>9. Behandlingsudbytte og vurdering .....</b>	<b>137</b>
Behandlingsstedet .....	137
Samlet udbytte af tilbuddet .....	138
Oplevede forandringer .....	139
Størst udbytte .....	142
Hvad er savnet, eller hvad kunne være anderledes .....	144
Opsamling .....	145
<b>10. Behandlingsresume .....</b>	<b>147</b>
<b>11. Diskuterende sammenfatning .....</b>	<b>153</b>
<b>12. Udfordringer og visioner .....</b>	<b>171</b>
Handling .....	171
Behandling .....	174
Skadesreduktion og forebyggelse .....	176
Fortsat videns- og evidensudvikling samt formidling .....	176
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>179</b>

## Forord

At alkoholproblemer har konsekvenser, ikke blot for den drikkende part, men også for dennes nære relationer, er efterhånden en anerkendt opfattelse såvel nationalt som internationalt.

Alligevel er det, som om denne erkendelse ikke følges op af handling, således at de pårørende lades i stikken, ikke blot af netværket omkring dem, men også af de professionelle, der kunne og burde have hjulpet dem. Og det kan der være mange årsager til.

Der er overordnet flere gode grunde til også at inddrage de pårørende i betragtninger vedrørende problematisk alkoholbrug. Først og fremmest fordi de pårørende påvirkes af alkoholproblemerne og som følge heraf kan have et selvstændigt behandlingsbehov. Behov der, såfremt de ikke betragtes helhedsorienteret, risikerer at blive symptombehandlet uden længerevarende effekt, eller måske slet ikke behandles før det er for sent. Ligeledes er der ganske vigtige forebyggelsesperspektiver, ikke mindst i forhold til eventuelle børn. Og endelig fordi involvering af de pårørende i alkoholbehandlingen kan motivere den drikkende part til at søge behandling (- også tidligere), fremme et positivt behandlingsudfald og forebygge tilbagefald, ofte i højere grad end individuel alkoholbehandling kan.

Nærværende rapport er den anden af i alt tre rapporter fra projekt ”Afhængighed og Relationer”. Rapporten beskriver, hvorfor det kan være vigtigt at inddrage de pårørende i alkoholbehandlingssammenhænge, samt hvilke metoder der har vist sig effektive og evidensbaserede. Derudover præsenteres resultater fra projekt ”Afhængighed og Relationer”, der belyser de pårørendes forandringer i forbindelse med behandling samt deres oplevede udbytte af behandlingen.

Den første rapport ”Afhængighed og Relationer – de pårørendes perspektiv” beskriver, hvem og hvor mange de pårørende er, samt hvilke vanskeligheder de kan have som følge af et liv med alkoholproblemer blandt de nærmeste.

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, ligesom der suppleres med resultater fra projekt ”Afhængighed og relationer”. Formålet er ikke at argumentere for en bestemt ideologi eller metode, men at give et overblik over feltet, om end belyst ved to specifikke

og næsten ens behandlingsmetoder, der kun repræsenterer en lille bid af de mange mulige metoder og indsatsområder. En bredere belysning præsenteres i et nyt projekt ”Familieorienteret alkoholbehandling”, som forventes færdigt i 2011.

Selve undersøgelsen er en spørgeskemaundersøgelse suppleret med data af mere kvalitativ art. I alt har 415 pårørende og 210 med alkoholproblemer deltaget i undersøgelsen. De pårørende består 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 pårørendebehandling, herunder forslag til optimering af behandlingen.

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. Og 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



## **Indledning**

I rapporten ”Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv” så vi, at de pårørende kan være mindst lige så berørte og kan have lige så meget brug for hjælp som den, der har alkoholproblemer (Lindgaard, 2008). Således så vi belastninger følelsesmæssigt, socialt, helbredsmæssigt, økonomisk og arbejdsmæssigt. Det gælder for partner, forældre og børn, men også for nære venner og anden familie. Især i forhold til børnene ses langsigtede og alvorlige konsekvenser. Dels fordi det er børnenes grundlæggende udvikling, der er i spil, dels fordi op imod halvdelen af børnene har psykosociale vanskeligheder helt ind i voksenalderen (Lindgaard, 2005). Der ser desuden ud til at være en forøget risiko for, at børn fra familier med alkoholproblemer selv udvikler misbrugsproblemer i voksenalderen, og at disse er tungere og af mere destruktiv karakter (Lindgaard, 2005; Nielsen et al., 2000).

Nyere forskning har endvidere vist, at de økonomiske omkostninger for samfundet er langt mere vidtrækkende end tidligere antaget. F.eks. ved vi nu, at familiemedlemmer til en misbruger har flere helbredsmæssige problemer og koster mere for vort sundhedsvæsen sammenlignet med familiemedlemmer til en ikke-misbruger (Ray, Mertens & Weisner, 2007). Der til kommer udgifter til de psykiske og sociale problemer.

Mange af disse skader kan formodentlig til en vis grad forebygges ved en tidlig, målrettet indsats over for de pårørende, ligesom et vist behandlingsbehov er tydeligt.

Vi så også antydning af, at der er tale om en gensidig vekselvirkning, hvor ikke blot de pårørende påvirkes af den drikkende, men hvor også den drikkende påvirkes af de pårørende, det gælder i forhold til drikkeadfærd, behandling og tilbagefald.

Der ser altså ud til at være gode grunde til at arbejde relationsorienteret i forhold til alkoholproblemer, både for den drikkende såvel som for de pårørendes skyld.

## **Formål**

Nærværende rapport er den anden i en række af i alt tre rapporter. Den første beskriver selve pårørendefeltet; hvem de er, hvor mange de er, hvilke vanskeligheder de kan have, og hvorledes vi kan forstå, at og hvordan de pårørende påvirkes. Desuden præsenteres resultater fra undersøgelsen ”Afhængighed og relationer” i forhold til en nærmere belysning af de pårørendes situation, deres indbyrdes forskelle samt sammenligning med den drikkende part og andre referencepopulationer.

Den tredje rapport omhandler det relationelle perspektiv set fra den drik- kendes vinkel.

Denne rapport har til formål at afdække den behandlingsmæssige side af problemfeltet i forhold til følgende temaer:

- hvorfor skal vi arbejde med de pårørende
- hvordan kan vi arbejde med de pårørende, i forhold til såvel den drikkes som de pårørendes behov og med henblik på både be- handling og forebyggelse
- resultater fra undersøgelsen ”Afhængighed og relationer” i forhold til observerede og oplevede ændringer blandt de pårørende i forbindelse med pårørendebehandling samt de pårørendes vurdering af pårøren- debehandlingen.

Det skal understreges, at der ikke er tale om en decideret evaluering af på- rørendebehandlingen på Majorgården og Tjele Behandlingscenter.

Der vil ikke være analyser af specifikke elementer i behandlingen eller effekt af behandlingen sammenlignet med andre behandlingsmetoder eller ingen behandling.

Der vil ene og alene være tale om en deskriptiv redegørelse for observe- rede og subjektivt oplevede forandringer i forbindelse med behandlingen.

I den forbindelse kan der ikke entydigt uddrages kausaliteter i forhold til, at afgøre om og på hvilke måder det er pårørendebehandlingen specifikt, der har gjort en forskel for de pårørende. Således kan der være så mange andre faktorer i spil, som det ikke har været muligt at undersøge i nærvæ- rende undersøgelse.

Tilbage står dog det faktum, at der ses ganske store ændringer i forbin- delse med pårørendebehandlingen, også uafhængigt af den drikkes ad- færd.

### **Begrebsafklaring**

Det følgende omhandler de mange mennesker, som påvirkes af livet med et (eller flere) menneske(r) med alkoholproblemer. Det vil i denne sammen- hæng primært dreje sig om partner, børn, forældre og søskende. I undersø- gelsespopulationen indgår derudover også ikke-samboende kærester, nære venner og andre nære familiemedlemmer såsom bedsteforældre. Disse var dog kun sparsomt repræsenteret og vil i gennemgangen derfor ikke blive omtalt nærmere.

I rapporten vil de berørte parter udover den drikkende part blive omtalt som ‘pårørende’, ‘nære relationer’ eller som familiemedlemmer. Der vil

være visse overlap i forhold til stofbrug og -misbrug, og i mindre omfang vil dette indgå. Som udgangspunkt er det imidlertid problematisk alkoholbrug og -misbrug, der er det primære fokus, og hvor intet andet er nævnt, er det alkohol, der henvises til.

Der er i nærværende rapport arbejdet meget bevidst med ordvalg og formuleringer. Således er der i overvejende grad valgt formuleringer som 'den drikkeende' og 'problematisk alkoholbrug'. Begreber som 'misbruger' og 'den afhængige' er så vidt muligt forsøgt undgået. Ikke for at 'udvande' begreberne eller negligere problemets alvor. Men dels for at undgå den ofte karikerede og stigmatiserende fremstilling af et menneske med alkoholproblemer, der i den grad baner vejen for tabuisering, hemmeligholdelse og skam. Dels for at understrege og skabe plads til den mangfoldighed, der også kendetegner feltet, og dels for at åbne op for en tidligere erkendelse og indsats i forhold til alkoholproblemer. 'Problematisk alkoholbrug' henviser således ikke nødvendigvis til diagnosticeret 'misbrug' eller 'afhængighed', men til alkoholproblemer af en sådan karakter, at dette har været skadeligt for den drikkeende og/eller de pårørende, hvad enten det så drejer sig om storforbrug, misbrug eller afhængighed.

For så vidt anden forskning og litteratur refereres, anvendes den dertil hørende sprogbrug loyalt.

Ser vi på de diagnostiske kriterier for alkoholmisbrug ifølge Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder/DSM-IV (American Psychiatric Association/APA, 1994) fremgår det også, at det drejer sig om de negative følger af alkoholmisbrug for den drikkeende part såvel som for de pårørende. Heraf fremgår det også, at det ikke alene drejer sig om mængden af alkohol, der indtages. Det handler i mindst lige så høj grad om *på hvilken måde* og *i hvilken grad* alkoholindtaget påvirker den, der drikker, og dennes relationer til sine nærmeste.<sup>1</sup>

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

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)

---

<sup>1</sup> 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.

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 kan tales om et skadeligt alkoholforbrug, 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 valgt en definition på alkoholproblemer, der ikke handler om mængde eller alene individuelle påvirkninger af den drikke part, men i højere grad om måden der drikkes på og de relationelle konsekvenser heraf.

Flere steder i rapporten vil begrebet ‘relationsorienteret alkoholbehandling’ være anvendt. ‘Relationsorienteret alkoholbehandling’ er en ‘paraplybetegnelse’ og dækker over en bred vifte af mulige indsatser over for den drikke part og dennes nære relationer. Disse kan inkludere den drikke part og relationer i forskelligt omfang; alene, parvis og/eller hele familier. Der kan f.eks. være tale om parterapi eller børnegrupper. Formålet med behandlingen er således ikke nødvendigvis drikkeophør, men kan helt eller delvist også handle om familiemedlemmernes funktion.

### **Rapportens opbygning**

Rapporten består af i alt 12 kapitler, hvor nærværende indledning udgør det første. I kapitel 2 gives et kort resume af resultaterne fra rapporten ”Af-

hængighed og relationer – de pårørendes perspektiv” i forhold til antallet af pårørende og deres mulige vanskeligheder.

I kapitel 3 redegøres for rationale for at arbejde med de pårørende. Det handler om de pårørendes selvstændige behandlingsbehov, om forebyggelse og specifikt i forhold til børnene om social arv. Det handler også om den, der drikker, og optimering af dennes behandling, om den gensidige vekselvirkning mellem den drikkende og de pårørende samt om økonomiske betragtninger.

Effektive og evidensbaserede behandlingsmetoder refereres i kapitel 4, mens en kort afdækning af de eksisterende tilbud til pårørende i Danmark findes i kapitel 5.

I kapitel 6–10 præsenteres de resultater fra undersøgelsen ”Afhængighed og relationer”, der angår de pårørendes behandling. Det drejer sig om ændringer i forbindelse med behandlingen i forhold til social, psykisk og fysisk funktion. Der vil være såvel kvantitative som kvalitative resultater.

Ligeledes indgår de pårørendes vurdering og udbytte af pårørendebehandling. I dette afsnit indgår også en gennemgang af undersøgelsens metode og procedure, statistiske analyser og forbehold.

I kapitel 11 sammenfattes og diskuteres undersøgelsens fund, hvorefter rapporten i kapitel 12 afsluttes med udfordringer og visioner for fremtiden.

Det tilstræbes, at de tre rapporter kan læses uafhængigt af hinanden. Det betyder imidlertid, at der vil være et vist overlap, især i de indledende kapitler.



## 2. Problemets omfang og karakter

Det følgende er et resume af et lignende, men mere fyldestgørende kapitel i den første rapport ”Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv”. For en nærmere redegørelse henvises til denne rapport. Derudover suppleres med yderligere viden relevant for behandlingsperspektivet i denne rapport.

### Problemets omfang

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

Forskellige beregninger viser imidlertid, at der formodentlig er omkring en halv million danskere med et problematisk alkoholforbrug. Med udgangspunkt heri antages der at være omkring en million pårørende (partner, børn, forældre og søskende) i Danmark konfronteret med de negative konsekvenser af et nært familiemedlems alkoholproblemer. Heraf antages der at være 200.000 til 250.000 børn<sup>2</sup>.

### Problemets karakter

På grundlag af en meget omfattende, veldefineret og solid litteratur finder vi, at alkoholproblemer 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 en eller begge forældre har alkoholproblemer. Familiens påvirkning kan være karakteriseret ved benægtelse, ikke bare af misbruget, men helt generelt, isolation i forhold til hinanden og i forhold til andre, manglende social støtte og begrænset rum for følelsesmæssige udtryk såsom vrede og ked-af-det-hed. Ofte oplever familien en udpræget uforudsigelighed samt en bi-fasisk fungeren, der betyder, at familien lever på to forskellige måder afhængig af om den drikkende er ædru eller aktiv. Derudover ses manglende eller forstyrret lederskab, hvor en eller begge forældre ikke magter ansvaret som voksne og i stedet i forskellige grader overlader voksenopgaver og ansvar til børnene. Ofte ses omfattende svigt, der i nogle tilfælde kan karakteriseres som decideret omsorgssvigt og neglect. Endvi-

---

<sup>2</sup> For en nærmere redegørelse for estimatets fremkomst, se rapporten ”Alkohol og afhængighed – de pårørendes perspektiv”.

dere ses fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb samt et generelt højere konfliktniveau. Endelig 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, ligesom det kan fastholde brugen af alkohol som 'problemløsning'.

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.

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 de forringede udviklingsbetingelser, der skal danne grundlaget for resten af deres liv. Den ganske omfattende forskning på området viser da også, at børnene er i risiko for en lang række psykiske, fysiske og sociale problemer i barndom såvel som i voksenalder.

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

Også på længere sigt ind i børnenes voksenliv ses en øget risiko for udvikling af problemer 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 viser sig også en stigende dokumentation for, at ikke alle børn fra alkoholfamilier påvirkes i samme grad og på samme områder, hverken som børn eller voksne.



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 processer<sup>3</sup>, 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, hvad der får børnene til at overleve, kan disse faktorer indarbejdes i forebyggelses- og behandlingsindsatser.

Forældre og søskende er til gengæld ikke undersøgt tilnærmelsesvist så grundigt som de øvrige pårørende grupper. Deres vanskeligheder ser dog ud til i vid udstrækning at ligne de øvrige pårørendes, om end forældrenes belastningsgrad tilsyneladende er en anelse mindre. Således viser litteraturen, 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.

Endelig har alkoholproblemer vidtrækkende konsekvenser for samfundet. Konsekvenser der rækker udover de til alkohol snævert knyttede konsekvenser. Det er derfor vigtigt i økonomiske betragtninger vedrørende alkoholproblemer at udbrede beregningsgrundlaget. Det vil sige, at beregninger ikke alene kan tage udgangspunkt i den drikkende part, men også i høj grad bør inddrage partner, børn, søskende og forældre. Således viser amerikanske undersøgelser, at en misbrugers familiemedlemmer har en brugsrate af sundhedssystemet på op til fire gange større end almenbefolkningen.

---

<sup>3</sup> 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. højt konfliktniveau). En moderator påvirker retningen og/eller styrken af sammenhængen.

Derudover må man være opmærksom på, at misbrugsproblemer har konsekvenser 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.

Samtidig gælder det, at den drikkende påvirkes – ikke bare fysisk og psykisk af eget alkoholbrug, men også af de pårørende.

Således er det dokumenteret, at familierelationens kvalitet kan påvirke alkoholmisbruget (Roberts & McCrady, 2003), og at velfungerende parforhold associeres med øget afholdenhed (Maisto et al., 1998; O'Farrell et al., 1998). Hertil kommer, at positive par- og familieforhold kan relateres til positive behandlingsudfald (Moos & Moos, 1984; Moos et al., 1982), ligesom tilstedeværelsen af social støtte ved behandlingsstart øger chancen for, at misbrugeren forbliver i behandlingsforløbet (Dobkin et al., 2002).

Også forældre kan påvirke og spille en afgørende rolle i forhold til forebyggelse og behandling af unge med misbrug.

Der ses således en tydelig gensidig påvirkning mellem de pårørende og den drikkende part, især parforholdet med alkoholproblemer, både i forhold til alle parterers funktionsniveau og i forhold til en vellykket behandling.

### **Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv**

Resultaterne fra første del af undersøgelsen gengivet i den første rapport ”Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv” viste ligeledes, at de pårørende generelt er socialt og sundhedsmæssigt belastet.

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 inden behandling 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 den drikkende part. 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 den drikkende part 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 den, der drikker, (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 den, der drikker, en tredjedel gør det næsten hele tiden. To tredjedele er bekymrede for den, der drikker; næsten halvdelen er det stort set konstant. Skyldfølelse i forhold til den drikkende part har en tredjedel af de pårørende i nævneværdig grad.

Stort set alle oplever, at alkoholproblemerne 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 adspurgte, 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 den drikkende part, 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 alkoholproblemer har relationelle konsekvenser udover blot den specifikke relation med den, der drikker.

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 drikkende part 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 intenst 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 den drikkende part, herunder at tale om alkoholproblemer 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 '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 der, har alkoholproblemer, for andre om at finde sig selv uden den drikkende part 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 drikkende part (for mange af de pårørende er den der, drikker, 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 drikendes behandling).

Hjælp til ovennævnte psykiske/følelsesmæssige problemer har op imod hver femte pårørende modtaget. 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 '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 den, der har alkoholproblemer, anvender alkohol som en mestringsstrategi. Især i forhold til at støtte op om den drikkendes 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 (og dennes omgivelser). 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 alkoholproblemer.

Der blev også spurgt til, i hvilken grad de pårørende tidligere havde fået hjælp til livet med den drikkende part eller havde deltaget i dennes 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 misbruger var det til gengæld kun hver tiende, hvilket er tankevækkende.

Som oftest har de pårørende deltaget som 'appendiks' til den drikkendes behandling, hvor fokus har været på den, der drikker, 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 alkoholproblemer blandt de nærmeste. Stort set alle er påvirket på flere af de nævnte områder, men en hel del er det faktisk på samtlige områder. Følelsesmæssige og sociale vanskeligheder er som forventet meget udbredt. 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 pårørende, at alkoholproblemerne i familien 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 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.

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 drikkende 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 drikkende 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 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 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 alkohol. Dog viste det sig, at partner, tidligere partner og voksne børn generelt er mere belastede end forældrene til en drikkende part. 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 referencepopulationer 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 den drikkende part. Her viste det sig, at de pårørende som en samlet gruppe på stort set alle områder er lige så belastede og dårligt fungerende som den, der drikker. Mest bemærkelsesværdigt er det nok, at partner, tidligere partner og voksne børn har lige så mange symptomer på psykisk belastning som den, der drikker.

Det er denne gruppe af pårørende, vi i nærværende rapport skal følge, med henblik på at belyse, hvordan det er gået, efter at de, og for nogles vedkommende også den drikkende part, har været i behandling.



### **3. Hvorfor skal vi arbejde relationsorienteret?**

Der er faktisk flere gode grunde til at arbejde relationsorienteret, når der er tale om alkoholproblemer. Først og fremmest handler det om, at de pårørende kan have problemer, der i forskelligt omfang kræver behandling. Dernæst handler det om, at forebygge fremtidige problemer blandt de pårørende, ikke mindst i forhold til børnene.

For nogle pårørende drejer det sig om hjælp til at leve et liv med en, der drikker, det kan være en partner, en forælder eller mindre børn. For andre pårørende, f.eks. voksne børn og nogle partnere, vil det i højere grad være hjælp til en løsrivelse fra den drikkende part.

Dertil kommer den drikkes situation, hvor de pårørende kan have en negativ indflydelse på alkoholproblemerne. Her kan et arbejde, der inkluderer de pårørende, være ikke bare gavnligt, men for nogle også afgørende i forhold til den drikkes drikkeadfærd, behandling og tilbagefald.

I det hele taget er der tale om en gensidig vekselvirkning, der betyder, at den drikende part og de pårørende påvirker hinanden indbyrdes. Ofte vil parterne være viklet ind i hinanden sådan, at det ikke er muligt at skille ad, hvad der egentlig er årsag og virkning. Under alle omstændigheder vil såvel den drikende som de pårørende som oftest profitere af en samlet behandlingsindsats.

#### **De pårørendes behandlingsbehov, forebyggelse og social arv**

Som nævnt tidligere ved vi, at den drikende parts nære relationer påvirkes af og ofte også lider under tilstedeværelsen af alkoholproblemerne. Generelt gælder det, at de pårørende kan være mindst lige så fysisk og psykisk belastede af alkoholproblemerne som den drikende part selv, ligesom de kan have lige så meget brug for hjælp. Det gælder ikke mindst børnene, der i værste fald risikerer at få problemer resten af livet. Det betyder altså, at de pårørende kan have et selvstændigt behandlingsbehov.

Man kan spørge sig selv, hvorfor de pårørende så ikke får hjælp på lige fod med dem, der drikker. Måske skyldes det, at man fejlagtigt antager, at de pårørendes situation er ligefrem proportional med den drikkes og derfor automatisk bedres, når den, der drikker, behandles.

Her er det imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at de vanskeligheder, de pårørende måtte have, ikke nødvendigvis 'går over', fordi den drikende part får hjælp og måske stopper med at drikke. Dels kan der være tale om så alvorlige skader, at de ikke bare forsvinder af sig selv, det gælder i den indbyrdes relation såvel som individuelle skader på de pårørende. Dels kan

der være tale om så alvorlige og omfattende problemer i relationen, at alkoholproblemerne blot er et blandt mange problemer, og måske snarere er et symptom på noget dybere. Og dels er det et faktum, at ikke alle med alkoholproblemer behandles (= 'kureres') efter blot et (eller for den sags skyld flere) behandlingsforløb, men kan tage op til flere kortere eller læn- gerevarende tilbagefald, hvor de pårørende rives med i faldet.

Derudover kan der være tilfælde, hvor den, der drikker, ikke erkender sit problem eller ikke ønsker behandling/ændring af tilstanden. Her lades de pårørende og måske især børnene i alvorlig grad i stikken, såfremt de ikke kan tilbydes hjælp uafhængigt af den drikke part. Endvidere kan de pårørende have problemer af en sådan grad eller karakter, at dette ikke 'repa- reres' alene som følge af drikkeophør, men kræver en mere omfattende og direkte indsats.

Især i forhold til børnene kan et forebyggende element være særligt vig- tigt og relevant. Som tidligere nævnt er det børnenes helt grundlæggende udvikling, der er i fare for at fejle, hvilket kan have konsekvenser helt ind i børnenes voksenliv. Samtidig så vi, at børnenes udvikling er diskontinuer- lig, at cirka halvdelen af børnene ikke har nævneværdige problemer og der- for kan betegnes som værende modstandsdygtige<sup>4</sup>. Vi ved også, at en lang række risiko- og beskyttelsesfaktorer kan forklare udviklingen af henholds- vis problemadfærd og modstandsdygtighed. Med den viden kan vi rent fak- tisk sætte ind forebyggende i forhold til børnene, og for en del forhindre problemudvikling, og for nogle bryde en 'sociale arv'.

Problemet kan være at få øje på og adgang til børnene. At børnene i vid udstrækning ikke opdages, de negligeres, eller de symptombehandles. Ved at arbejde familieorienteret får vi mulighed for i højere grad at kunne få øje på dem og kunne handle, tidligere, mere målrettet og årsagsbestemt, hvor- ved børnenes problemudvikling i større eller mindre grad kan forebygges. I den forbindelse er det vigtigt også at bemærke, at børnene kan have vari- ge, behandlingskrævende skader, som følge af forældrenes alkoholproble- mer, helt ind i voksenalder, samt at nogle af børnenes vanskeligheder først vil blive tydelige og behandlingskrævende ved indgangen til eller i voksen- alderen.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Målt på et givet tidspunkt. Det er ikke nødvendigvis de samme børn, der er velfunge- rende ved næste måling. Dermed kan andelen af velfungerende børn set i et livsperspek- tiv meget vel tænkes at være mindre.

<sup>5</sup> For en nærmere beskrivelse af indsatser i forhold til børn, se rapporten "Familieorien- teret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlings effekter" (Lind- gaard, 2006).

Det er altså ikke gjort med at tilbyde hjælp til den, der drikker. De pårørende og ikke mindst børnene bør ligeledes inddrages og/eller tilbydes hjælp uafhængigt af den drikkende part.

### **Forebyggelse og optimering af alkoholbehandlingen**

Der er imidlertid også en anden grund til, at en relationsorienteret indsats kan være en god idé. For faktisk påvirkes den, der drikker, også af familien og de nære relationer. Således er det dokumenteret, at familierelationens kvalitet kan påvirke alkoholmisbruget (Roberts & McCrady, 2003), og at velfungerende parforhold associeres med øget afholdenhed (Maisto, McKay & O'Farrell, 1998; O'Farrell, Hooley et al., 1998). Således kan de ægteskabelige forhold være en katalysator for at opretholde eller ødelægge forpligtelsen til afholdenhed ved at skabe et 'feed-back loop' fra parrets dysfunktion til alkoholmisbrug (ibid).

I en metaanalyse af familietilgange til alkoholbehandling var der tre faktorer, der medierede effekten af behandling i forhold til at opretholde afholdenhed (Edwards & Steinglass, 1995). Disse faktorer er:

- Køn (kvindelige alkoholmisbrugere rapporterede større effekt af par/familie interventioner)
- Investering i og forpligtelse på parforholdet
- Opfattet støtte fra ens ægtefælle

Dertil kommer, at positive par- og familieforhold kan relateres til positive behandlingsudfald (Maisto et al., 1998; Moos et al., 1990; Moos & Moos, 1984; Moos, Finney & Gamble, 1982), lige som tilstedeværelsen af social støtte ved behandlingsstart øger chancen for, at misbrugeren forbliver i behandlingsforløbet (Dobkin et al., 2002).

Ligeledes med et højt niveau af følelsesudtryk (verbal kritik og overinvolvement), som O'Farrell og kolleger undersøgte (O'Farrell et al., 1998). De fandt, at alkoholmisbrugere, som havde ægtefæller med et højt niveau af 'følelsesudtryk' ved behandlingens start, havde de dårligste behandlingsudfald ved 12 måneders opfølgning sammenlignet med alkoholmisbrugere med ægtefæller med et lavt niveau af 'følelsesudtryk'.

Endelig har ægteskabelige problemer været angivet som hovedårsag til tilbagefald (Epstein & McCrady, 2002). Og modsat har par- og familieproblemer ledsaget med succesfuld problemløsning vist sig at forøge det drikkes medlems chancer for at genoptage afholdenhed efter tilbagefald (Maisto, McKay, & O'Farrell, 1995).

På baggrund heraf vil en oplagt antagelse være, at effektiviteten af alkoholbehandlingen kunne øges med inddragelse af parterapi.

Ikke overraskende ser vi derfor også inden for evidensforskningen, at relationsorienterede alkoholbehandlingsmetoder er blandt de ti mest effektive alkoholbehandlingsmetoder.

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

Derudover er der undersøgelser, der viser, at man ved at arbejde med familiemedlemmer uafhængigt af den drikke part som en 'bi-effekt' kan påvirke alkoholadfærden i gunstig retning, og i nogle tilfælde endda kan få den, der drikker, til at gå i behandling (Copello et al., 2005).

Også i forhold til unges brug og misbrug af alkohol og stoffer er der omfattende evidens for, at familiefaktorer er vigtige. Det gælder forebyggelse såvel som behandling (Velleman et al., 2005).

### **Systemteori og gensidig vekselvirkning**

Ser vi på psykologiske forklaringsmodeller og -teori, er det især systemteorien, der kan bidrage til en forståelse af feltet. Ud fra denne teori ses familien som et socialt system, hvor enhver forandring et sted i systemet vil påvirke resten af systemet. Et familiemedlems alkoholproblem vil således sprede sig som ringe i vandet og påvirke, ikke blot den drikke part, men også resten af familiens medlemmer og familiens funktion som sådan (Steinglass et al., 1987). Ligeledes vil familien kunne påvirke den drikke part såvel positivt som negativt.

Derudover betyder drikkeophør ifølge systemteorien ikke nødvendigvis forbedret familiefunktion. Familien kan have taget så meget skade af alkoholproblemerne, at den ikke af sig selv kan restituere alene ved et drikkeophør. For eksempel kan alkoholproblemerne udgøre en stabiliserende faktor for familiens funktion (Whisman et al., 2006; Testa & Leonard, 2001). Fjernes denne stabiliserende faktor (uden at noget sættes i stedet), opstår kaos og dysfunktion i familien. Her kan familien altså ligefrem komme til at modarbejde en adfærdsændring for at bibeholde/genoprette stabilitet i familiens interaktion. Familien kan også have været dysfunktionel før alkoholproblemernes indtræden i familien, således at alkohol måske ikke er det egentlige problem, men blot en forværende faktor. Man kan med rette spørge: Hvad er det egentlig, vi skal behandle?

- Et parforhold/familie, der fungerer dårligt, fordi der er alkohol
- Eller et dårligt parforhold/familie, der stabiliseres med alkohol

Hvis alkohol tjener til at stabilisere et dårligt fungerende parforhold, kan vi ikke bare fjerne alkohol uden at sætte noget i stedet. Dette er særlig vigtigt, når vold indgår. Forskning viser, at vold især forekommer i moderat drikkende parforhold, medens man i den tunge og lette ende af drikkeadfærd ikke ser det så tit. Hvis vi trapper den drikkende part gradvist ned, vil han/hun bevæge sig via et moderat niveau, måske med risiko for vold.

Det er lidt 'hønen og ægget', og i mange tilfælde vil det være irrelevant, hvad der kom først; man må fokusere på begge forhold, både alkoholproblemerne og den dysfunktionelle familieinteraktion. Men især i forhold til vold er det ikke ligegyldigt.

Under alle omstændigheder er der ofte god grund til også at inddrage den drikkes parts nære relationer i forhold til behandling såvel som forebyggelse med gevinst for både den drikkende part og de pårørende. En behandling, der ligeledes bør tilbydes, uafhængigt af om den, der drikker, måtte ønske behandling.

### **Økonomiske betragtninger**

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

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

Men alkoholproblemernes konsekvenser for den drikkes familie, børn samt andre relationer og de økonomiske konsekvenser heraf indgår kun i stærkt begrænset omfang. Med ovenstående in mente er det imidlertid vigtigt i økonomiske betragtninger vedrørende alkoholproblemer i familiesammenhænge at udbrede beregningsgrundlaget (Copello et al., 2005; Klostermann et al., 2005; Edwards & Steinglass, 1995). Det vil sige, at beregninger ikke alene kan tage udgangspunkt i den, der drikker, 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 alkoholproblemer har konsekvenser, der rækker udover det sundhedsmæssige felt. Ofte vil der være psykologiske, sociale og økonomiske konsekvenser, som ligeledes bør inddrages i de økonomiske beregninger. Der kan f.eks. være lovovertrædelser som følge af alkoholindtag (f.eks. alkoholinvolverede trafikuheld), der kan være arbejdsløshed og de sociale/økonomiske konsekvenser heraf.

Derudover kan der være udgifter forbundet med partner/ægtefælles psykiske og fysiske vanskeligheder som følge af alkohol- og alkoholrelaterede problemer i familien (f.eks. vold). Desuden kan der være øgede udgifter til varetagelsen af børnenes faglige, sociale og/eller psykologiske vanskeligheder, som de kommer til udtryk i 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 opmærksom på, at mange af de mennesker, vi ser i det psykiatriske system er vokset op med misbrug blandt forældrene. De kommer med post-traumatisk-stress-syndrom, med angst og med depression. De kommer hos den privatpraktiserende læge og hos privatpraktiserende psykolog med udbrændthed, diverse psykosomatiske symptomer og problemer i parforhold, forældrerolle og nære relationer. Og de kommer i misbrugsrådgivningerne med egne eller partners alkohol- og stofmisbrug.

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

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

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

Et af brudstykkerne kommer fra en amerikansk undersøgelse. Denne viser, at der er flere sundhedsmæssige udgifter i forhold til misbrugers familiemedlemmer (såvel voksne som børn) end til ikke-misbrugers familie-

medlemmer. Ligeledes er misbrugers familiemedlemmer oftere diagnosticeret med en medicinsk lidelse end ikke-misbrugeres familiemedlemmer<sup>6</sup> (Ray et al., 2007). Familiemedlemmer til en misbruger belaster altså vores sundhedssystem og koster mere for samfundet end familiemedlemmer til en ikke-misbruger.

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

Når vi derfor skal se på, om vi som samfund har råd til at tilbyde behandling til en misbrugers familie og børn, er regnestykket ikke helt så enkelt. Der er formodentlig en øget udgift for den enkelte behandlingsenhed, men set i et større perspektiv burde det være indlysende, at pengene spares i andre af ‘kommunens kasser’. Måske skulle vi i højere grad stille os spørgsmålet, om vi har råd til at lade være.

### **Hvad sker der, hvis vi ikke giver de pårørende hjælp og/eller arbejder relationsorienteret?**

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

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

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

---

<sup>6</sup> Disse lidelser var bl.a. misbrug, depression, astma, diabetes, hovedpine, rygmerter, opmærksomheds- og adfærdsforstyrrelser.

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

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

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



## **4. Behandlingsmetoder**

### **– effekt og evidens af relationsorienterede indsatser**

Relationsorienteret alkoholbehandling handler ikke kun om drikkeophør, men også om skadesreduktion i forhold til de pårørende såvel som til den drikkende part. Succesfuld behandling kan således også handle om skadesreduktion i forhold til de pårørende.

Ifølge Thomas & Corcoran (2001) kan relationsorienterede indsatser ses som et kontinuum: Familien kan inddrages før den drikkende part og påvirke den, der drikker, til at søge behandling. Hvis den drikkende vælger behandling, eller måske allerede er i behandling, kan familien inddrages samtidigt og/eller i parallelle forløb. Dette kan forbedre såvel familieinteraktion/parforhold som alkoholsituation, ligesom forbedret familieinteraktion /parforhold hænger sammen med øget afholdenhed. Hvis den, der drikker, ikke motiveres til behandling, kan familien evt. fortsætte i et behandlingsforløb med fokus på håndtering af denne situation (ibid.).

I det følgende belyses nogle af de mest veldokumenterede interventionsmuligheder rettet mod alkoholproblemer og de pårørende i forhold til effekt og evidens.

Afhængig af, hvad der er interventionens primære formål, deles der op i følgende overordnede områder:

- Behandling, der gennem inddragelse af pårørende har til formål at motivere den drikkende part til behandlingsstart/adfærdsændring
- Behandling, der gennem inddragelse af pårørende og den, der drikker, har til formål at forbedre både alkoholrelaterede effektmål og de pårørendes trivsel
- Behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade på de pårørende
- Behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade på børn/unge

De fire områder vil ikke altid være så skarpt adskilt, men kunne indgå i forskellig grad i forskellige indsatser.

Ligeledes kan inddragelse af de pårørende ske på forskellig vis og på forskellige tidspunkter, afhængig af den drikkende og den enkelte pårørende. Det kan ske forud for en evt. alkoholbehandling (pkt. 1), under alkoholbehandlingen (pkt. 2, 3 og 4), sammen med den drikkende part og/eller parallelt med den drikkes behandling (pkt. 2, 3 og 4), under hele et evt.

alkoholbehandlingsforløb eller blot i en del af dette (pkt. 2, 3 og 4), ligesom tilbud til de pårørende kan være uafhængigt af den drikkendes behandlingsforløb (pkt. 3 og 4).

Hovedparten af den eksisterende litteratur på området er imidlertid koncentreret omkring den drikkende part og dennes behandling (pkt. 1 og 2). Det vil sige, at viden på området i langt de fleste tilfælde angår indsatser i forhold til den, der drikker, og effekten i forhold til denne, medens at de pårørende kun i begrænset omfang indgår som målgruppe og som oftest kun sekundært.

Det betyder også, at den viden, vi har om effekten af behandling i forhold til de pårørende, primært omhandler den drikkendes partner. Derudover findes der kun begrænset viden om indsatser over for og effekter i forhold til børn, voksne børn, forældre, søskende og andre pårørende til voksne alkoholmisbrugere. Til gengæld er der forholdsvis omfattende litteratur om fordelene ved at inddrage forældre (og andre sociale relationer) i forhold til unge misbrugere, men igen med primært fokus på den unge og dennes situation.

De effektmål, der hyppigst anvendes i forhold til den drikkende part, er følgende:

- start i behandling
- fastholdelse i behandling
- ophør med at drikke (i kortere eller længere tid)
- reduktion i forbrug (evt. til et på forhånd aftalt niveau)
- forebyggelse af tilbagefald

I forhold til de pårørende måles som oftest på:

- reduktion i de pårørendes fysiske og/eller psykiske symptomer
- ændring i mestringsstrategier
- ændring i familieinteraktion

Kun de mest veldokumenterede metoder vil blive omtalt her. Generelt er der i den ældre litteratur visse metodiske svagheder. Disse er der imidlertid i vid udstrækning kompenseret for i den nyere litteratur. Således fremstår feltet i dag med veldokumenterede, solidt evidensbaserede behandlingsmetoder.

For en nærmere gennemgang af de enkelte metoders evidens henvises til evidensrapporten ”Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudie-

um af familiebehandlings effekter” (Lindgaard, 2006).

I det følgende vil begreberne ’misbrug’ og ’misbruger’ i vid udstrækning blive anvendt, eftersom det er dette ordvalg, der som oftest anvendes i den refererede litteratur.

### **Behandling, der med udgangspunkt i de pårørende har til formål at motivere den drikkende part til at ændre alkoholadfærd og/eller at gå i behandling**

Det primære formål er egentlig dobbelt: at hjælpe de pårørende til en mere ’konstruktiv adfærd’ for derigennem at motivere den, der drikker, til at begynde i behandling og/eller ændre drikkeadfærd (reduceret forbrug eller drikkeophør). Ligeledes indgår støtte til vedligeholdelse af opnået succes samt træning i tilbagefaldsforebyggelse. Der arbejdes på grundlag af systemisk teori ud fra den hypotese, at den drikkende part kan påvirkes i ønsket retning, også selvom vedkommende ikke selv deltager i behandling. Det vil sige, at alle metoder er kendetegnet ved, at en eller flere pårørende starter i behandling (uden den der drikker) for derigennem at påvirke den drikkende part. I enkelte behandlingsmetoder er indbygget en efterfølgende hjælp til partner, såfremt behandlingen ikke lykkes (den drikkende part ikke ændrer adfærd).

Den mest fremtrædende behandlingsform inden for denne gruppe er ’CRAFT’ (’Community Reinforcement and Family Training’, Meyers & Miller, 2001; Meyers et al., 1999; Miller et al., 1999; Sisson & Azrin, 1986; Hunt & Azrin, 1973). Der er mindst tre overordnede formål:

- at forbedre familiens helbred, velfærd og sikkerhed
- at engagere misbrugeren i behandling
- at formindske misbrugerens misbrugsproblemer

Udover at demonstrere gode resultater, er CRAFT-metoden manualbaseret, ligesom metoden er forholdsvis kortvarende. Desuden er den afledt af CRA (Community Reinforcement Approach), der i adskillige meta-analyser af generel alkoholbehandling fremtræder blandt de mest effektive alkoholbehandlingsmetoder (Miller et al., 2003; Finney & Monahan, 1996; Holder et al., 1991).

Hvor den oprindelige CRA-metode består i en generel opbygning af sociale, familie- og erhvervs-mæssige aspekter af hverdagslivet for misbrugeren, er CRAFT-metoden specifikt udviklet til familien.

Hovedformålet er at få misbruger til at ændre adfærd og/eller indtræde i behandling. Dette ved overordnet at lære de pårørende forskellige me-

stringsstrategier og adfærd i forhold til at styrke egen situation, forholdet til den misbrugende part samt strategier i forhold til at belønne ønskelig adfærd fra misbruger. Mere specifikt lærer de ikke-alkoholiske familiemedlemmer at:

- reducere risiko for fysisk misbrug og andre farlige situationer (= udløsende for misbrug)
- med positiv forstærkningsadfærd at belønne ikke-drikkende adfærd, dæmpe drikning og planlægge konkurrerende ikke-drikkende aktiviteter
- øge positiv kommunikation i relationer (især parforhold)
- involvere sig i aktiviteter uden for hjemmet (sociale relationer udover misbruger) for derved at reducere afhængighed i forholdet til misbrugeren (øge den pårørendes selvstændighed og 'sætte misbrugeren fri')
- opfordre misbrugeren til at søge professionel behandling på et strategisk rigtigt tidspunkt

Derudover ses 'UFT' ('Unilateral Family therapy', Thomas & Ager, 1993). Her indeholder behandlingen typisk følgende elementer:

- indledende vurdering
- alkoholundervisning
- forbedring af relationen/parforholdet (ved at arbejde med blot den ene part)
- neutralisering af gammel alkohol-kontroladfærd
- frigørelse i forhold til overansvarlig adfærd
- adfærd, der på forskellig vis skal få misbrugeren til at begynde i alkoholbehandling (f.eks. konfrontation, anmodning eller kontrakt)
- støtte til vedligeholdelse af opnået succes
- træning i tilbagefaldsforebyggelse
- hvis relevant: hjælp til pårørende (ofte partner) i forhold til at frigøre sig fra misbrugeren

Den største forskel i forhold til CRAFT er, at man i UFT anvender mere direkte metoder i sin påvirkning af misbrugeren (fx konfrontationer, anmodninger). I CRAFT er man mere indirekte og afventende i forhold til, at misbruger selv indser, erkender og udtrykker ønske om ændring. Når det sker, deltager parret (helst inden for 24 timer) i en rådgivningssession.

Desuden er der metoder som 'Pressures to change' (Barber & Crisp, 1995),

‘ARISE’ (‘A Relational Intervention Sequence for Engagement’, Garrett et al., 1999; Garrett et al., 1998), ‘Yates’ behandlingsmetode til pårørende’ (Yates, 1988) og ‘The Johnson Intervention’ (Johnson, 1986). Disse er dog endnu ikke tilstrækkeligt evidensbaserede.

Metoderne er især anvendelige i forhold til de pårørende, hvor den drikke- kende part endnu ikke har erkendt sit problematiske forhold til alkohol, el- ler behandlingsresistente misbrugere. Der arbejdes som oftest med en ægte- fælle/partner til den drikke- kende part, men også forældre og søskende kan inddrages. Tidsforløb beskrives sjældent og afhænger af behandlingsmeto- den. Et review (Copello et al., 2005) angav en behandling, der forløb over 6 måneder fordelt over 12 gange (CRAFT). Et andet review (Thomas & Cor- coran, 2001) angav 5-6 sessioner for ‘Pressures to change’, 7,2 sessioner i gennemsnit for CRAFT og 6 måneder for UFT. Behandlingen kan foregå både individuelt og i grupper samt i en kombination af disse.

Den helt store fordel ved metoder som disse er, at man har mulighed for langt tidligere at sætte ind end med traditionel alkoholbehandling, hvor man må vente, til den, der drikker, selv erkender problemet. Som oftest er de pårørende ikke lang tid om at se alkoholproblemerne og behovet for hjælp, medens den drikke- kende part kan bruge 10-15 år på at nå dertil. Det vil sige, at man med disse metoder kan iværksætte alkoholbehandling langt tidligere, inden alkoholproblemerne har nået at udvikle sig for meget, og især inden familien og børnene har taget alvorligt skade.

### *Effekt af behandling*

Samtlige reviews, der undersøger alkoholbehandling gennem pårørende (Copello et al., 2006; Copello et al., 2005; O’Farrell & Fals-Stewart, 2003a; O’Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O’Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995) finder, at arbejdet med de nære pårørende uafhængigt af misbruger kan føre til, at misbruger begynder i behandling. Resultaterne afliver således myten om, at pårørende ikke kan hjælpe misbruger. Sådan at forstå, at de pårørende indirekte hjælper misbruger ved at ændre deres egen adfærd, eller direkte hjælper ved at anvende den rette, forstærkende adfærd og derigennem motiverer misbru- ger til behandling. Derfor ses også forbedringer i de pårørendes egen triv- sel, herunder reduktion i fysiske og psykologiske symptomer, ligesom der ses en reduktion i den nære families overordnede konfliktniveau og en for- bedring af familiens samhørighed (Miller et al., 1999). Værd at bemærke er det, at disse forbedringer også kan iagttages, selvom misbruger ikke be- gynder i behandling (ibid.).

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

UFT-behandlingen viste ligeledes positiv indflydelse på drikkeadfærd (start i behandling og/eller reduktion i alkoholindtag) (Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). Derudover gav UFT-behandlingen reduktion i ægtefælles vanskeligheder (Edwards & Steinglass, 1995), ligesom der var en sammenhæng med forbedringer i parforholdet (Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). Lignende fund er der i forhold til 'Pressures to change', der også viste sig at have positiv indflydelse på drikkeadfærd, parforhold og ægtefællens psykiske funktionsniveau (Thomas & Corcoran, 2001). En meta-analyse viste en medium effektstørrelse i forhold til, at misbruger indtræder i behandling som følge af ensidig partearbejde (UFT) (Edwards & Steinglass, 1995).

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

### *Opsummering*

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

**Effekter af relationsorienteret alkoholbehandling (uden den drikkende part), hvis formål er at motivere den, der drikker, til ændring af drikkeadfærd/start i behandling**

**Relationsorienteret behandling (uden den drikkende part) kan:**

- motivere den, der drikker, til at starte i behandling
- reducere den drikkende parts alkoholforbrug

**Relationsorienteret behandling (uden den drikkende part) kan:**

- reducere familiemedlemmernes fysiske og psykiske symptomer på belastning
- reducere familiens konfliktniveau
- øge familiens samhørighed
- øge parforholdets kvalitet

*Ovennævnte effekter opnås uafhængigt af, om den drikkende part går i behandling*

**Der er solid dokumentation for effekten af følgende metoder:**

- CRAFT (Community reinforcement and family training)
- UFT (Unilateral Family Therapy)

**Behandling, der har til formål at forbedre både alkoholrelaterede effektmål og de pårørendes trivsel**

Formålet med disse metoder er, som antydnet i overskriften, at reducere alkoholforbrug og alkoholrelaterede problemer for den, der drikker, samt forbedre familiefunktion (såfremt der er tale om en familie) og de enkelte pårørendes funktionsniveau. Dette ud fra en antagelse om, at disse forhold hænger sammen og har indflydelse på hinanden. Målet søges opnået ved, at den drikkende part og en eller flere af de pårørende modtager behandling sammen og/ eller i parallelle forløb. Disse metoder er især rettet mod familien med en drikkende forælder, men kan også inddrage andre pårørende og øvrigt netværk.

Igen vil begreberne 'misbrug' og 'misbruger' i det følgende blive anvendt i overvejende grad, idet det er den refereredes litteraturs ordvalg.

Den mest fremtrædende og bedst dokumenterede metode er adfærdsterapeutisk parterapi (APT, Roberts & McCrady, 2003; Epstein et al., 2002; O'Farrell & Fals-Stewart, 2006; O'Farrell & Fals-Stewart, 1999; O'Farrell et al., 1998), der optræder i forskellige udgaver. Fælles for dem alle er, at en partner/ægtefælle inddrages i fælles behandling med en misbruger ud fra adfærdsterapeutiske principper. Nogle APT-modeller indeholder en adfærdsmæssig kontrakt parret imellem. Denne kontrakt kan dreje sig om misbrugers indtagelse af antabus eller misbrugers afholdenhed. Ligeledes kan tilbagefaldsforebyggelse eller en efterbehandlingsdel inkluderes.

Behavioural marital therapy (BMT), Behavioural couples therapy (BCT) og Alcohol focused behavioural marital therapy (ABMT) er alle baseret på

den kognitive adfærdsterapeutiske teori (Roberts & McCrady, 2003; Epstein et al., 2002). Det fælles overordnede formål er:

- at reducere problemer i parforholdet/familien og motivere til positiv adfærdsændring i parforholdet
- at reducere alkoholproblemer

Der bygges på den antagelse, at problemer i parforholdet kan have negativ indflydelse på drikkeadfærd, ligesom en positiv parrelation kan fremme positiv ændring af drikkeadfærd.

Behandlingen vil typisk indeholde følgende elementer:

- kognitive adfærdsterapeutiske strategier med det formål at skabe ændringer i alkoholadfærd, og som vil bibringe misbrugerens mestringsstrategier til brug i både alkoholspecifikke situationer og generelle livssituationer
- strategier, der har til formål at lære familien at forholde sig konstruktivt til situationen ved at,
  - o støtte misbrugerens anstrengelser/indsats for at ændre sig
  - o reducere adfærd, der har til formål at beskytte misbrugerens mod misbrugsrelaterede konsekvenser,
  - o kommunikere om alkoholrelaterede emner
- strategier, der har til formål at forbedre parrets indbyrdes forhold ved at fremme positiv samtale og forbedre deres kommunikations- og problemløsningsfærdigheder
- i nogle tilfælde adfærdsmæssige kontrakter parret imellem til støtte for misbrugerens indtagelse af medicin (antabus) eller misbrugerens forbliven ædru (parret forpligter sig på en daglig 'afholdenhedstillsnaks'. En kort ordveksling, hvor misbrugerens bekræfter sine intentioner om ikke at drikke/tage antabus, og hvor partner udtrykker sin positive støtte for misbrugerens anstrengelser)

Indledningsvist vil behandlingen især handle om et fokusskifte fra negative følelser og interaktioner om fortid og mulig fremtidig drikkeadfærd til positiv interaktion med udgangspunkt i nutid. Senere lægges vægt på udvikling af kommunikationsfærdigheder, problemløsningsstrategier, forhandling om aftaler vedrørende adfærdsændringer samt fortsatte behandlingsstrategier (Klostermann et al., 2005).

Ligeledes kan tilbagefaldsforebyggelse eller en efterbehandlingsdel inkluderes (Thomas & Corcoran, 2001). Denne består i 15 ekstra sessioner. Den



har til formål at hjælpe parret med at identificere højrisiko situationer og tidlige advarsler om mulige tilbagefald, samt hvorledes parret effektivt kan mestre enhver drikkeadfærd (ibid.). Desuden kan uløste ægteskabelige problemer fra gruppebehandlingen forinden behandles her, ligesom parret kan øve sig i at anvende de evner, de har lært i parterapien.

‘The Counselling for Alcoholics’ Marriages’ (CALM) er endnu en adfærdsterapeutisk behandlingsmodel udviklet af O’Farrell og kolleger (O’Farrell et al., 1998). Den adskiller sig fra ovenstående modeller ved at indeholde en kontrakt vedrørende drikkeophør i stedet for indtagelse af antabus. Der arbejdes ud fra følgende overordnede komponenter:

- indledende engagement
- parsessioner
- multi-par gruppesessioner
- tilbagefaldsforebyggelse

Derudover forekommer også overlap med mange træk fra familiesystemisk behandling. F.eks. brugen af motiverende interview med det formål at opbygge parrets forpligtelse til behandling, kontrakt vedrørende drikkeophør og et fokus på at fremme parrets problemløsningsstrategier som et nøgle-redskab i forhold til at styrke parforholdsevnerne.

Centralt for CALM-modellen er hypotesen om, at et stabilt parforhold forstærker parrets forpligtelser på behandlingen generelt, ligesom det formodes at øge behandlingens holdbarhed på længere sigt. Til dette formål anvendes kognitive teknikker, der:

- træner parret i at genkende og belønne positiv adfærd,
- underviser i kommunikationsfærdigheder (f.eks. reflektiv lytning, direkte udtryk af følelser, forhandling som led i effektiv problemløsning)
- guider en ‘partnerkontrakt’ omkring afrusning, hvor parret i fællesskab forpligter sig på specifikke ansvarsopgaver til dette formål.

Desuden arbejdes der med parrets indsigt og problemløsningsstrategier (gennem bl.a. rollespil og hjemmearbejde) med det formål at reducere årsager til stress i familie- og parforhold ud fra en formodning om, at det til gengæld reducerer risiko for tilbagefald.

Derudover ses ”Familiesystemisk terapi” (Rohrbaugh et al., 1995; Steinglass et al., 1987), der er manualbaseret af Shoham og kolleger (Shoham et al., 1998). Ifølge systemteorien vil enhver forandring et sted i familiesystemet påvirke resten af familiesystemet. Et alkoholmisbrug påvirker

således ikke blot misbrugeren selv, men også de øvrige familiemedlemmer og deres indbyrdes interaktion. Heri ligger også, at familiemedlemmerne virker ind på misbruger og misbruget, og således bliver en del af det alkoholiske spil. Det antages altså, at familiens interaktion kan være medvirkende til misbrugets beståen. Derfor fokuseres der på at ændre familiens interaktion for derigennem at eliminere misbrugets 'vækstbetingelser'. Da det er hele familien, der har organiseret sig omkring alkoholmisbruget, er det også hele familien, der skal behandles. Dog vil det indledende arbejde som oftest foregå med forældrene, men med børnenes perspektiv in mente. Et af de primære formål i det indledende arbejde er at fastslå, i hvilken grad og på hvilke områder alkohol har invaderet familiens liv i forhold til følgende tre temaer:

- familiens problemløsningsstrategier
- daglige rutiner og familieritualer
- roller, alliancer og kommunikation

Dette søges afdækket gennem alle familiemedlemmers oplevelser, især i forhold til forskelle i ædru og aktive faser.

Et andet vigtigt aspekt er tilgangen til afrusning. I traditionel familiesystemisk alkoholbehandling er det primære mål for afrusning ikke blot drikkeophør, men også etablering af et alkoholfrit familiemiljø. Dette består bl.a. af en skriftlig afrusningskontrakt udviklet i samarbejde mellem familie og terapeut, identificering af potentielle tilbagefaldsrisci, samt udvikling af strategier til brug i disse risici situationer.

Målet er dog ikke nødvendigvis total afholdenhed. Det er op til den enkelte familie/det enkelte par at blive enige om.

Endelig ses i tiltagende grad forskellige netværksterapier anvendt (Galanter, 2004, 1993a, 1993b; Copello et al., 2002). Disse bygger på en social, systemisk model og bruger forskellige familieinterventioner med misbruger som den primære patient. Et vigtigt element i behandlingen er involvering af signifikante andre fra misbrugers sociale netværk. Det kan være familiemedlemmer såvel som øvrigt netværk, herunder venner, kolleger og/eller professionelle relationer (f.eks. medarbejdere fra omsorgstilbud). Familien ses som en central komponent og inddrages så vidt muligt i behandlingen i forhold til at:

- opnå mere nøjagtige historiske data vedrørende misbrugers (alkohol-)historie
- øge sandsynligheden for, at misbruger engageres i behandlingen

- øge indvilgelsesraterne, især i forhold til antabus og afrusningsstrategier
- øge den sociale støtte for misbrugeren, især i efterafrusningsperioden, herunder forebygge tilbagefald
- give uafhængig rådgivning til familiemedlemmer angående deres egne mestringsstrategier og psykologiske følgetilstande relateret til effekten af det kroniske misbrug på familielivet

Ovennævnte mål nås typisk ved at etablere et samtidigt program for familien, både parallelt med og integreret i misbrugersens behandlingsprogram. F.eks. familiesessioner (ofte uden misbrugeren).

En anden populær tilgang er brugen af 'fler-familiegruppeterapi'. Som navnet antyder, er det gruppeterapi med flere familier samtidig. Der fokuseres på temaer, der formodes at være relevante for de ikke-alkoholiske familiemedlemmer, inklusive støttende tilgange gearret til at hjælpe familierne med at klare almindelige besværligheder, de møder i livet med en misbruger. I nogle tilfælde mødes grupper for ægtepar og/eller børn samtidig med grupper for misbrugere. I andre tilfælde inkluderes de alkoholiske familiemedlemmer i gruppen, men fokus forbliver på det sociale system. Der kan anvendes elementer fra kognitiv adfærdsterapi, netværksstøtte og CRA.

Alle ovennævnte metoder er gavnlige i de tilfælde, hvor misbruger (stadig) har en familie (eller et netværk), der er motiveret og ressourcestærk nok til at bidrage og deltage i behandling. Der arbejdes som oftest med en ægtefælle/partner til en misbruger, men også forældre, søskende og andre relationer kan inddrages, ligesom børn kan indgå i behandlingen. Behandlingen er som oftest forholdsvis kort og forløber over 10-15 uger (Thomas & Corcoran, 2001). Behandlingen kan foregå både i individuelle parforløb eller i gruppeforløb (Center For Substance Abuse Treatment, 2004; Thomas & Corcoran, 2001).

### *Effekt af behandling*

Alle de nævnte metoder har vist gode effekter i forhold til såvel alkoholadfærd som de pårørendes trivsel. Således fremstår de alle som værende bedre end eller lige så gode som behandling, der ikke involverer pårørende (Copello, Templeton & Velleman, 2006; Copello, Velleman & Templeton, 2005; Klostermann, Fals-Stewart, Gorman, Kennedy & Stappenbeck, 2005; O'Farrell, & Fals-Stewart, 2003a; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O'Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). Resultater fra en meta-analyse af studier, som sammen-

ligner relationsorienteret behandling med individuel behandling eller venteliste, viser en medium effektstørrelse i forhold til at foretrække relationsorienteret behandling frem for individuel behandling eller venteliste (O'Farrell & Fals-Stewart, 2001). En anden meta-analyse (Miller et al., 2003) viser, at relationsorienteret behandling (APT) ligger blandt de ti mest effektive metoder i forhold til misbrugsrelaterede effektmål. De fleste studier viser tillige, at den relationsorienterede behandling også på længere sigt (op til to år efter endt behandling) er mere effektiv end ikke-relationsorienteret behandling i forhold til afholdenhed (Copello et al., 2006; Copello et al., 2005; Thomas & Corcoran, 2001).

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

Samtidig er der behandlingsmetoder, der træder frem og ikke er underlagt ovennævnte metodiske svagheder. Først og fremmest er der en stigende dokumentation for effekten af adfærdsterapeutisk parterapi (APT). Således giver APT mere afholdenhed og færre alkoholrelaterede problemer, større tilfredshed i parforholdet, færre separationer og skilsmisser end standard eller individuel behandling (Copello et al., 2005; Klostermann et al., 2005; Miller et al., 2003; O'Farrell, & Fals-Stewart, 2003a; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O'Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). I et review (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a) indgik 15 studier, der sammenlignede APT med standard eller individuel behandling. I 12 ud af de 15 studier var APT bedst. I de resterende tre studier blev APT sammenlignet med andre behandlingsmetoder. Her viste det sig, at APT var bedre end individuel behandling for nogle klienter, og at familiesystemisk terapi var bedre end APT i forhold til at få par med mere alvorligt forstyrrede kommunikationsmønstre til at engagere sig i behandlingen. De viste også, at APT med tilbagefaldsforebyggelse havde bedre effekt end standard APT (ibid.). APT har også positiv indflydelse på andre områder udover alkoholadfærd og parforhold. Således viser APT afgørende reduktion i graden af vold i hjemmet, ligesom hospitals- og fængselsophold reduceredes. Dette sparer over fem gange udgiften ved at give APT-behandling (ibid.). Derudover er APT mere effektiv i forhold til at

forbedre børnenes psykosociale funktionsniveau sammenlignet med individuel behandling (ibid.). Dette viste også en nyere undersøgelse (Lam et al., 2008), hvor man kombinerede APT med 'Parent Skills Training' (en slags rådgivning i forhold til forældreverner). Her viste det sig, at APT med forælderådgivning var langt den bedste i forhold til børnenes funktionsniveau sammenlignet med almindelig APT og individuel alkoholbehandling.

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

Det positive udfald ser i høj grad ud til at handle om den drikkendes motivation på det pågældende tidspunkt.

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

Senest har forskningen på området drejet sig om forbedring af langtidseffekt. I et forsøg på at øge langtidseffekten har man suppleret med tilbagefaldsforebyggelse efterfølgende standardbehandlingen ABCT. McCrady og kolleger (2004) fandt, at fire sessioner med tilbagefaldsforebyggelse (heraf de tre inden for seks måneder efter behandling) ikke førte til bedre udfald, hverken i forhold til parforhold eller i forhold til drikkeadfærd, i modsætning til standard ABCT eller ABCT med AA-inddragelse.

O'Farrell og kolleger (1996a) fandt til gengæld, at 15 tilbagefalds-sessioner over en etårig periode havde en positiv effekt, både i forhold til parforhold og alkoholadfærd; især var tilbagefalds-sessioner afgørende for par med meget dårlige parforhold.

I ovennævnte review (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a) indgik også syv studier vedrørende familiesystemisk terapi (FST). Resultaterne her er temmelig modsatrettede, og det kan være svært at drage en endelig konklusion. To studier fandt bedre effekt i forhold til drikkeadfærd for FST end for in-

dividuel behandling eller venteliste, mens et ikke gjorde. Fire studier sammenlignede FST med andre typer af familiebehandling. Her fandt tre studier, at der ikke var forskel, medens et fandt, at FST var bedre end APT for par med alvorlige kommunikationsforstyrrelser.

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

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

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

### *Opsummering*

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

**Effekter af relationsorienteret alkoholbehandling, hvis formål er at forbedre både alkoholrelaterede effekt mål og de pårørendes trivsel**

**Relationsorienteret behandling med fokus på såvel alkohol som de pårørendes funktion:**

- er lige så effektiv eller bedre end individuel behandling/venteliste i forhold til drikkeophør
- kan reducere alkoholrelaterede problemer (hospitalsophold, kriminalitet, vold)

**Relationsorienteret behandling med fokus på såvel alkohol som de pårørendes funktion kan:**

- reducere de pårørendes fysiske og psykiske symptomer på belastning (herunder også børn)
- forbedre parforholdet
- reducere vold i hjemmet og verbale konflikter
- forbedre familieinteraktion (samhørighed, konflikt, omsorg)

**Der er solid dokumentation for effekten af følgende metode:**

- adfærdsterapeutisk parterapi (APT), især med adfærdsmæssig kontrakt og tilbagefaldsforebyggelse

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

- korttids adfærdsterapeutisk parterapi
- Social Behavior and Network Therapy (SBNT)
- Netværksterapi
- Familiesystemisk terapi (især kommunikationsforstyrrede par)

**Behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade på de pårørende**

De følgende metoder har det formål at reducere indvirkning og skade på de pårørende og tilbydes så vidt muligt de pårørende for deres egen skyld.

Som tidligere nævnt er forskning på dette område yderst sparsom. Derfor er der i en vis udstrækning inddraget resultater fra undersøgelser af behandling, hvor de pårørende ikke nødvendigvis er den primære målgruppe for behandling. Interventionerne er sparsomt beskrevet, ligesom det ofte kan være svært gennemskueligt, hvilke elementer i behandlingen der har været specifikt rettet mod familien.

Copello og kolleger (Copello et al., 2000a, 2000b) har på baggrund af stress-strain-coping-support modellen (SSCS) udviklet en behandlingsmodel specifikt for familiemedlemmer til alkoholmisbrugere. Modellen tager udgangspunkt i den stress, familien oplever som følge af alkoholproblemerne og tager udgangspunkt i følgende fem trin:

- at give familiemedlemmerne mulighed for at tale om problemet

- at give familiemedlemmerne relevant information om alkoholproblemer
- at udforske, hvordan familiemedlemmer agerer på alkoholproblemer
- at udforske og udbygge den sociale støtte
- at diskutere mulighederne for fremtidig henvisning til specialisthjælp

Behandlingen har til formål at hjælpe de pårørende til at udvikle konstruktive mestringsstrategier samt udbygge deres sociale netværk for derved at reducere deres symptomer på belastning. Et sekundært formål er, at forandringer hos familiemedlemmerne kan medføre forandringer hos den drikende, hvilket så igen virker tilbage på familiefunktionen og familiemedlemmernes velbefindende.

Desuden ses behandlingsmetoder med udgangspunkt i den sygdomsorienterede forståelsesmodel (f.eks. Dittrich, 1993). Her anses 'alkoholisme' for at være en sygdom, som 'alkoholmisbrugeren' ikke kan kureres for, og som er uden for dennes kontrol. En konsekvens heraf er, at misbruger ikke kan tåle at drikke og derfor for altid må afstå herfra. Men alkoholismen anses også for at være en 'familiesygdom', så familien på forskellig vis vil være påvirket og en del af det. Et helt grundlæggende formål med behandlingen er derfor at få familien til at indse, at de ikke kan påvirke alkoholmisbrugerens adfærd i konstruktiv retning, men må frigøre sig og i stedet tage vare på sig selv.

Den mest udbredte sygdomsorienterede behandlingsmetode er 'Minnesota behandling'. Behandlingsprogrammer med udgangspunkt i sygdommodellen tilbyder ofte separat behandling for pårørende uden inddragelse af alkoholmisbrugeren. Dog kan også ses inddragelse af pårørende, nogle gange i konfrontationsagtige sessioner i forbindelse med alkoholmisbrugerens behandling. Følgende elementer er sædvanligvis en del af den sygdomsorienterede familiebehandling:

- undervisning i 'alkoholisme' som en 'familiesygdom'
- undervisning om 'medafhængighed' og dysfunktionel familieadfærd karakteristisk for familiesygdommen
- identificere og reducere medafhængig adfærd (overansvarlighed, kontroladfærd), som er destruktiv for den pårørendes selvværd og forstærker den drikkes drikkeadfærd
- fremme løsrivelse og selvstændighed
- lære at besvare konstruktivt frem for destruktivt på uønsket adfærd



- henvisninger til selvhjælpsgrupper i AA-regi (Al-Anon, Al-Ateen, ACA, Families Anonymous)
- individuel eller gruppeterapi

Ligeledes byggende på sygdomstanken ses selvhjælpsgrupper i AA-regi; ”Al-Anon”, ”Al-Ateen”, ”ACA” og ”Families Anonymous”. Selvhjælpsgrupperne ses ofte som et supplement til behandlingsmodeller, der bygger på sygdomsteorien. Således vil det sædvanligvis være et krav for deltagere i sygdomsorienteret behandling, at misbrugeren deltager i en AA-gruppe, medens at familien og andre pårørende på mere frivillig basis opfordres til at deltage i AA’s pårørendegrupper. Dette for at hjælpe den drikkende og de pårørende til at leve med denne kroniske sygdom. Dels for at fastholde og støtte den, der drikker, afholdenhed også efter behandling, og dels for at hjælpe de pårørende ud af deres medafhængighed. AA-grupperne består af et fællesskab af ’ligemænd’, der deler et fælles problem, og som mødes jævnligt uden terapeutisk styring, men ud fra nogle faste regler, bl.a. udvikling gennem de 12 trin i tolvtrinsprogrammet.

En vigtig grundtanke er, at de pårørende ikke kan hjælpe den, der drikker. I stedet må familiemedlemmerne:

- erkende deres magtesløshed i forhold til misbrug og i stedet tro på ’en højere magt’
- frigøre sig fra den, der drikker, og i stedet tage vare på sig selv (og evt. børn)
- søge hjælp og støtte i selvhjælpsgrupper i AA-regi

Derudover er der eksempler på mindre behandlingstiltag, såsom ’Coping skills training’, ’Stresshåndtering’, ’Støttende rådgivning’, ’Alkoholfokuseret parterapi’, ’Samtidig gruppebehandling’ og ’Family casework’. Endvidere ses metoder inden for ’netværksterapi’. Det skal bemærkes, at metoder, der har til formål at motivere den drikkende til behandling, ligeledes indgår (CRAFT, UFT). Dette skyldes, at målet for denne form for behandling har en indbygget dobbelthed. Det primære mål er måske nok at motivere den, der drikker, til behandlingsstart, men vejen dertil går bl.a. igennem en oprustning af de pårørendes kompetencer. Derudover ses også i nogle tilfælde en ’plan B’. Hvis det ikke lykkes at påvirke den drikkende part, kan behandlingsmålet i stedet være at hjælpe de pårørende til at kunne mestre livet med den, der drikker, eller til et brud med den drikkende. Således ændres fokus fra at være et fælles mål for både pårørende og den drikkende part til kun at være en behandling rettet mod de pårørende. Som oftest vil behandlingsmetoder, der har til formål at intervenere i forhold til de

pårørende, være en del af eller et supplement til den drikkendes behandling. Derfor indgår her ligeledes APT og FST i rækken af inkluderede behandlingsmetoder.

Sammenfattende er metoderne til pårørendebehandlingen karakteriseret ved at have fokus på at lære de pårørende at håndtere situationer og øget stress i forbindelse med livet med en misbruger. Dette bl.a. ved at arbejde med udvikling af mestringsstrategier og etablering af social støtte samt undervisning i hensigtsmæssig adfærd i forhold til den drikkende part. Et mål for behandlingen er således, at de pårørende kan reducere symptomer på belastning og øge selvværd.

### *Effekt af behandling*

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

Dette fremgår især af interventioner udviklet ud fra SSCS-modellen, men også den psykoedukationelle, sygdomsorienterede tilgang viser gode resultater for de pårørende ligesom støttende rådgivning, stresshåndtering og alkoholfokuseret parterapi (ibid.). Kvalitative data viser endvidere, at de pårørende sætter stor pris på muligheden for at tale om og reflektere over deres situation samt overveje, hvordan positive forandringer kan opnås (ibid.). En sekundær effekt er, at behandlingen af de pårørende i nogle tilfælde tillige medfører forandringer i den drikkendes alkoholadfærd, og at dette igen har positiv indvirkning på de pårørende (ibid.). Yderligere viser en undersøgelse, at der som følge af den relationsorienterede behandling sker en ændring i behandlingssystemet i forhold til holdninger til og motivation for at arbejde med pårørende for de pårørendes egen skyld (ibid.).

For CRAFT, der bl.a. er rettet mod en motivation af misbruger til behandling, har behandlingen positiv effekt for de pårørende uafhængigt af om misbruger starter i behandling. Den positive effekt består i forbedringer for de pårørende i forhold til vrede, depression, konflikt og samhørighed i familien (ibid.).

Der er sparsom dokumentation for effekten af familieinterventioner hos Al-Anon og Families Anonymous. Bl.a. på grund af anonymiteten er der kun

få studier af metoden. Disse viser imidlertid, at medlemmer af Al-Anon reducerer brugen af kontrollerende adfærd i forhold til den drikkende. I forhold til symptomer på belastning ses blandt kvinder gift med alkoholmisbruger en reduktion i forhold til depression, vrede, familiekonflikt samt øget tilfredshed med parforhold. Denne virkning ses uafhængigt af, om den drikkende part ændrer adfærd. Desuden ses positiv indvirkning på ægte-mænds drikkeadfærd, når deres koner deltager i Al-Anon selvhjælpsgrupper (ibid.).

I et nyere review (Copello et al., 2006) refereres en undersøgelse, der sammenligner 'Coping Skills Training' (CST), tolvtrinsprogrammet (TTP) og et 'Forsinket behandlingsforløb' (FBF). Både CST og TTP medfører reduktion i depression hos partner til den drikkende sammenlignet med FBF, også et år efter behandlingen. Desuden er CST især virksomt i forhold til en reduktion i interpersonel vold hos par (ibid.).

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

### *Opsummering*

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

### **Effekter af relationsorienteret alkoholbehandling hvis formål er at reducere indvirkning og skade på de pårørende**

#### **Familieorienteret behandling med fokus på reducere af skade på familien kan:**

- reducere fysiske og psykiske symptomer på belastning blandt familiemedlemmer
- reducere vold i familien
- forbedre familieinteraktionen (konflikt, samhørighed)
- forbedre familiens problemløsningsstrategier
- øge social støtte i familien

#### **Familieorienteret behandling med fokus på reducere af skade på familien kan:**

- reducere den drikkende parts alkoholforbrug

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

- stress-strain-coping-support modellen
- sygdomsorienteret model/selvhjælpsgrupper i AA-regi
- Coping Skills Training
- CRAFT/UFT
- Adfærdsterapeutisk parterapi (APT)
- Familiesystemisk terapi

### **Behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade specifikt på børn/unge**

I dette afsnit belyses behandling og forebyggelsesindsatser, der har til formål at reducere indvirkning og skade i forhold til børn, der vokser op med forældres alkoholproblemer. Der er således fokus på børnenes nuværende liv såvel som mere langvarige konsekvenser for deres fremtidige liv som voksne, herunder udvikling af eget misbrug. Man ved, at børn fra familier med alkoholproblemer har forøget risiko for udvikling af en lang række af psykosociale problemer, også på længere sigt, bl.a. egne misbrugsproblemer. Alligevel er området ikke særlig udviklet, hvad angår interventioner rettet mod børn/unge i form af behandling og/eller forebyggende tiltag. Kun sjældent bliver børnene inddraget i den i litteraturen beskrevne behandling, ligesom der forholdsvist sjældent bliver målt på og/eller registreret forandringer i børnenes symptomer eller mestrings. Ligeledes er børnenes selvstændige behov indtil for nylig i vid udstrækning ikke blevet tilgodeset i behandlingssystemet. Som følge heraf er der endnu forholdsvis sparsom litteratur, der beskriver interventioner rettet mod børn eller studier af behandling rettet mod familien, der måler på børnerelaterede effektmål.

Behandlingen vil ofte være indarbejdet i interventioner rettet mod den drikkende part, men kan også tilbydes uafhængigt af denne. Ligeledes kan den være direkte rettet mod børnene eller en indirekte følge af andet arbejde med familien/forældrene.

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

Den direkte hjælp kan være individuelle såvel som gruppeterapeutiske forløb, ligesom selvhjælpsgrupper kan være en mulig hjælpeforanstaltning, især for unge og voksne børn. I gruppesammenhænge kan mødet med ligesindede og ligestillede for mange være en lettelse. Følelsen af at være 'unormal' kan om ikke elimineres, så udbredes til at gælde for en ganske stor gruppe, således at normalitetsbegrebet perspektiveres. Der kan deles oplevelser, følelser og tanker, der for nogle har været så tabubelagte, at de aldrig tidligere er blevet delt. Skyld og skam kan bearbejdes, og i den forbindelse destruktive tanker og oplevelser af fortidige og nutidige situationer. Dette vil kunne medføre en mere positiv selvoplevelse, ligesom problemløsningsstrategier kan formodes at blive mere konstruktive. Gruppen kan således være kilde til såvel støtte som rådgivning. For nogle vil individuelle forløb imidlertid være at foretrække, især med henblik på en dybere bearbejdning af barndommens traumer. Hvilken behandlingsform, der er mest ideel, afhænger af det enkelte individ, dets sociale kapacitet, omfanget af egne problemer og graden af belastninger i opvæksten.

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

Et review af Copello og kolleger (2005) beskriver en undersøgelse, der specifikt omhandler forebyggelsesprogrammer for børn og unge (Cuijpers, 2005). Denne viser, at tiltag på området er sparsomme, at det, der primært er, har fundet sted i USA, og at sådanne programmer som oftest er ufyldstgørende i forhold til dokumentation af effektivitet (ibid.). Generelt er der fire overordnede komponenter i de eksisterende forebyggelsestiltag:

- 'social støtte'
- 'information'
- 'færdighedstræning'
- 'mestring af emotionelle problemer'

Af undersøgelsen fremgår, at skoleprogrammer er de mest udbredte, om end evaluering og forskning på området er sparsom. Der nævnes tre skoleprogrammer 'SMAAP', 'STAR' og 'The Images Within'.

Ét program 'Strengthening Families Program' fremhæves dog som yderst veldokumenteret og solidt (Foxcroft et al., 2003). Det er et familiebehandlingsprogram, rettet mod forældre og deres børn (behandlet såvel sammen som individuelt), med det formål at forebygge børnenes udvikling af misbrug.

Derudover kan nævnes CRAFT og APT, der som det primære formål har den drikkendes problemer i sigte, men også ser på hvorledes interventionerne på forskellig vis har effekt på familien og børnene (Cuijpers, 2005). Endelig er der selvhjælpsgrupper for børn/unge i AA-regi, Al-Ateen (ibid.).

Udover viden om specifikke metoders effekt og evidens ved vi også noget om, hvad der generelt ser ud til at kunne forebygge børns problemudvikling og/eller afhjælpe eksisterende problemer. Fra omfattende forskning ved vi, at især følgende faktorer kan virke beskyttende for børns oplevelser af følgevanskeligheder ved alkoholproblemer samt fremmende for udvikling af modstandsdygtighed (f.eks. Kuntsche & Kuendig, 2006; Werner & Johnson, 2004; Lindgaard, 2002; Werner & Smith, 1998, 1992):

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

Især familiefaktorer ser ud til at spille en afgørende rolle. Således viser det sig, at en velfungerende familieinteraktion er en af de vigtigste faktorer i forhold til at forebygge problemudvikling blandt børn fra familier med alkoholproblemer, både i barndom og voksenalder (Velleman et al., 2005; Lindgaard, 2002; Velleman & Orford, 1999), ligesom tilstedeværelsen af voksen social støtte, der ikke nødvendigvis behøver at være en forælder, kan være afgørende (Werner & Johnson, 2004).

Familiens betydning fremgår også af et review af forebyggelsestiltag til børn og unge i forhold til misbrug (Velleman et al., 2005). Heri opsumme-

rer Velleman og kolleger, at følgende familiemæssige faktorer kan påvirke/forebygge de unges misbrugsadfærd:

- forældre som rollemodel (egen misbrugsadfærd)
- familierelationer (f.eks. disciplin og kommunikation) versus familiestruktur (f.eks. enlige forældre, søskende)
- familiesamhørighed (nærhed og tilknytning mellem forældre og børn)
- familiekommunikation
- forældreevner
- forældre-‘supervision’ (at vide hvor børnene er, og hvad de laver)

Den stærkeste familiefaktor er forældre som rollemodeller, således at forældre med eget misbrug har den stærkeste (negative) indflydelse i forhold til børnenes senere udvikling af eget misbrug (Fornay et al., 1989; Glynn, 1981).

Især fremhæves ‘Strengthening Families Program’ (Foxcroft et al., 2003). Det er et meget grundigt evalueret amerikansk forebyggelsesprogram, rettet mod forældre og deres børn, med det formål at forebygge udvikling af alkohol- og stofproblemer blandt børnene. Det anvendes dog også til forældre med børn, der har udviklet et misbrug og til forældre med misbrug og deres børn. Faktisk er det oprindeligt udviklet af Kumpfer til forældre med misbrug og deres børn, men siden videreudviklet af Spoth og Molgaard med stor succes. Programmet løber over 14 uger og inkluderer behandling for forældre og børn alene og sammen (Velleman et al., 2005). Derudover ses ‘in-home-family-support’, ‘adfærdsterapeutisk forældretræning’, ‘familieevnetræning’, ‘familieundervisning’ og ‘familieterapi’ (Kumpfer et al., 2003).

De bedste metoder til forebyggelse af unges misbrug involverer såvel forældre som de unge, både alene og sammen. Således fandt Kumpfer og kolleger (Kumpfer et al., 2003), at familiebaseret forebyggelse havde to til ni gange større effekt end tilgange, der udelukkende fokuserer på barnet (ibid.).

### *Effekt af behandling*

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

(f.eks. forældre i parbehandling). Den følgende gennemgang vil være opdelt i disse to grupperinger.

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

Der er også i mindre grad dokumentation for, at gruppebehandling for børn virker positivt (ibid.). Den her beskrevne behandling indeholder elementer som mestring og forbedring af sociale evner og er en intervention for børn, hvis forældre ikke er i behandling (ibid.). Behandlingen havde som mål at hjælpe børn påvirket af deres forældres alkoholproblemer (ibid.). Denne behandling havde succes med at inddrage 'svært-at-behandle familier' i forandringsprocessen. Det fremgår også, at børnene, der fik behandling, blev mindre angst, deres mestring forbedredes, i nogle tilfælde sås også forbedringer i forhold til skolegang (fravær), fagligt udbytte og venskaber, ligesom mange var i stand til at udtrykke og 'opløse' langvarige negative følelser om deres situation. Forældrene rapporterede som følge af behandlingen forbedringer i deres (forældrenes) funktionsniveau i forhold til bedre mestring, en øget forståelse for den indflydelse, alkoholproblemerne havde på deres børn, samt en øget forpligtelse i forhold til at reducere en sådan indvirkning i fremtiden. Over tid sås endvidere en øget deltagelse af forældre i behandlingen. I mange tilfælde medførte disse forbedringer i familiefunktionen med bedre kommunikation, indførelse af faste familieritualer (indtagelse af måltider sammen), fælles forældre-barn aktiviteter, ligesom mange børn oplevede at have generhvervet følelsen af 'barndom'. Endelig havde behandlingen indflydelse på forældrenes drikkeadfærd. Således forblev to tredjedele af forældrene afholdende eller genoprettede hurtigt afholdenhed ved tilbagefald. Der er dog vigtigt at bemærke, at der var en direkte sammenhæng mellem forældre, som ikke var i stand til at erkende indflydelsen af drikkeriet på deres børn, og engagement i behandlingen (ibid.). Det fremgik ikke af review, hvordan man havde rekrutteret børnene<sup>7</sup>.

---

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



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

Udover behandlingsmetoder rettet direkte mod børnene ses også mere indirekte metoder, hvor barnet påvirkes igennem en behandling, der i højere grad er rettet mod alkoholproblemerne, forældrene eller familien som en helhed.

Generelt ser det ud til, at børnene kan profitere af den drikkende forælders behandling. Således nævnes i et review (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a), at børn af alkoholiske fædre, der modtog enten 'Adfærdsterapeutisk parterapi' (med Projekt CALM's ædruelighedskontrakt), IBT (indivuel baseret behandling) eller PACT (parbaseret psykoedukativ opmærksomhedskontrol behandling), alle profiterede af fædrenes behandling ved behandlingens afslutning et halvt år og et år efter. Dog havde børn af fædre i APT behandling bedre funktionsniveau end børn af fædre i individuel behandling eller par-psykoedukation, ligesom det kun var APT, der gav reduktion i antallet af børn med klinisk signifikante vanskeligheder (ibid.). Dette måske også fordi APT havde større positiv indflydelse på såvel den drikkende part som forældrerelation. Således resulterede APT i større fremskridt i forældrenes indbyrdes forhold og i fædrenes alkoholforbrug (Kelley & Fals-Stewart, 2002). Det bemærkes, at der i ingen af de oven for nævnte interventioner (APT, IBT, PACT) var direkte fokus på forælderrollen og/eller barnets situation. Fremskridtene må derfor formodes at være en følge af forbedringer i parforhold og alkoholforbrug.

Ligeledes viste en undersøgelse, at sønner af ædru alkoholiske forældre var ligeså velfungerende som sønner af ikke-alkoholiske forældre, ligesom de havde færre fysiske og psykologiske problemer end børn fra familier, hvor

den alkoholiske forælder havde taget tilbagefald (Moos, Finney & Cronkite, 1990). Ligeledes fandt man et generelt højere familiemæssigt funktionsniveau (f.eks. familiesamhørighed, kommunikation og organisering) og færre familiestressorer (f.eks. færre forældrekonflikter) blandt ædru alkoholfamilier og ikke-alkoholfamilier sammenlignet med tilbagefaldsalkoholfamilier (ibid.). På grundlag af resultaterne konkluderer Moos og kolleger (ibid.): ”Alkoholmisbrug har altgennemtrængende effekter på ægtefæller og børn, men disse effekter reduceres eller forsvinder helt, når det alkoholiske familiemedlem restitueres” (s. 226).

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

### *Opsummering*

På trods af metodiske svagheder som bl.a. få studier, mangel på data om børnenes situation og datausikkerhed som følge af indsamlingsmetode (indsamlet af forældrene) er der generelt sparsom til moderat dokumentation for positive effekter af interventioner direkte eller indirekte rettet mod børn i alkoholfamilier. Især ser det ud til, at par-baseret alkoholbehandling, der har fokus på både alkoholproblemer og par-funktion, har positiv indflydelse på børnene. Derudover gøres der antagelser om, at behandling, der har positiv indflydelse på familien/parforholdet, må formodes tillige i for-

skelligt omfang at have positiv indflydelse på børnenes situation. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at forældrenes engagement samt positive forventninger og tilfredshed i forhold til behandlingen har betydning for børnenes udbytte af behandlingen. Der er også i mindre grad dokumentation for, at gruppebehandling for børn virker positivt. Børnenes symptomer på belastning og deres mestringsstrategier ser således ud til at kunne henholdsvis reduceres og forbedres ved indsatser rettet mod børnene, hvad enten det er ved indirekte eller direkte metoder.

Endelig ses gode resultater med forebyggelse af børnenes udvikling af eget misbrug, især hvis der arbejdes med såvel forældre som børn, både sammen og alene. Faktisk viste det sig, at forebyggelsesprogrammer, der også involverede forældrene, havde to til ni gange større effekt end tilgange, der udelukkende fokuserer på barnet.

<b>Effekter af relationsorienteret alkoholbehandling med fokus på børn/unge</b>
<p><b>Familieorienteret alkoholbehandling med fokus på børn kan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- forbedre børnenes psykosociale funktionsniveau</li> <li>- forbedre børnenes problemløsningsstrategier</li> <li>- øge børnenes selvværd</li> <li>- reducere børnenes skolefravær</li> <li>- øge børnenes faglige udbytte</li> <li>- forbedre børnenes venskaber, sociale støtte</li> <li>- opløse børnenes langvarige negative følelser</li> </ul>
<p><b>Familieorienteret alkoholbehandling med fokus på børn kan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- øge familiefunktion</li> <li>- forbedre forældrenes problemløsning</li> <li>- motivere til forældrenes behandling</li> <li>- reducere forældrenes alkoholforbrug</li> </ul>
<p><b>Der er sparsom til solid dokumentation for positiv effekt på børn med følgende metoder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- børnegrupper</li> <li>- forebyggende skoleprogrammer (SMAAP, STAR, 'The Images Within')</li> <li>- adfærdsterapeutisk parterapi (APT)</li> <li>- Familiebehandling ('Strengthening Families Program')</li> </ul>

### **Samlet opsummering af de evidensbaserede metoder og deres effekt**

Som det fremgår af det foregående, er der adskillige evidensbaserede metoder, der kan anvendes i forhold til pårørende og alkoholproblemer. Mange er primært rettet mod den drikkende part, nogle er rettet mod begge parter, og nogle er rettet primært mod de pårørende. Alle har de på forskellig vis gavnlig effekt i forhold til såvel den, der drikker, som de pårørende. Uanset formålet er det tydeligt, at mange af de nævnte behandlinger har enslydende elementer, ligesom mange behandlingsindsatser 'i det virkelige

liv' ofte består af flere forskellige behandlingsmetoder.

Endnu mangler vi at afklare, hvilke metoder og specifikke behandlingselementer der er hensigtsmæssige til hvilke misbrugere og hvilke pårørende. Det er således usandsynligt, at alle vil have gavn af den samme behandling, hvilket også afspejles i de indimellem modsatrettede resultater. Også derfor er det vigtigt, at der er flere mulige tilbud til såvel den drikkende part som de pårørende.

### **Opsummering af behandlingsmetoder for den drikkende part:**

<b>Effekter af relationsorienteret alkoholbehandling for den drikkende part/alkoholbehandlingen</b>
<b>Relationsorienteret alkoholbehandling:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- er ligeså effektiv eller bedre end individuel behandling</li><li>- kan motivere den, der drikker, til at starte i alkoholbehandling</li><li>- kan fastholde den, der drikker, i alkoholbehandling</li><li>- kan reducere/stoppe alkoholforbrug</li><li>- kan forlænge effekten af alkoholbehandling</li><li>- kan forebygge tilbagefald efter alkoholbehandling</li><li>- kan reducere alkoholrelaterede problemer (sundhedsproblemer, kriminalitet, vold)</li><li>- gør en tidligere indsats mulig</li></ul>
<b>Der er solid dokumentation for effekten af følgende metoder:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ensidig familieterapi (UFT og CRAFT)</li><li>- adfærdsterapeutisk parterapi (APT), især med adfærdsmæssig kontrakt og tilbagefaldsforebyggelse</li></ul>
<b>Der er sparsom til moderat dokumentation for effekten af følgende metoder:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- korttids adfærdsterapeutisk parterapi</li><li>- 'Social behavior and network therapy' (SBNT)</li><li>- Netværksterapi</li><li>- Familiesystemisk terapi (især kommunikationsforstyrrede par)</li></ul>

## Opsummering af behandlingsmetoder for pårørende, familier, børn og unge:

### Effekter af relationsorienteret alkoholbehandling for pårørende, familier, børn og unge, herunder indsatser rettet direkte mod børnene (og ikke nødvendigvis sammen med den drikkende part)

#### Relationsorienteret alkoholbehandling kan:

- reducere de pårørendes fysiske og psykiske symptomer på belastning
- forbedre relationer og familieinteraktion (konfliktniveau, samhørighed, omsorg)
- øge parforholdets kvalitet
- reducere vold i hjemmet og verbale konflikter
- forbedre familiens problemløsning
- øge social støtte i familien
- reducere børnenes psykosociale funktionsniveau
- forbedre børnenes problemløsningsstrategier
- øge børnenes selvværd
- reducere børnenes skolefravær, øge fagligt udbytte
- forbedre børnenes venskaber, social støtte
- opløse børnenes langvarige, negative følelser
- forebygge børns udvikling af eget misbrug

#### Der er solid til sparsom dokumentation for effekten af følgende metoder:

- familiebehandling ('Strengthening Families Program')
- CRAFT/UFT
- Adfærdsterapeutisk parterapi (APT)
- Stress-strain-coping-support modellen
- Familiesystemisk terapi
- Coping Skills Training
- Selvhjælpsgrupper i AA-regi
- Børnegrupper
- Forebyggende skoleprogrammer



## 5. Eksisterende indsatser/tilbud til de pårørende

Et er familiens og børnenes behandlingsmæssige behov og ønsker, noget helt andet er de reelle muligheder. Som det ser ud i dagens Danmark, er mulighederne som familiemedlemmer begrænsede, f.eks. hvis man 'kun' er barn af en, der drikker, og ikke selv har udviklet eget misbrug (endnu!). Behandlingssystemet (og det politiske system) har desværre en lang tradition for primært at fokusere på den drikkende part, og i vid udstrækning at overse de belastninger, pårørende kan være udsat for i livet med alkoholproblemer. Problemet er, at kun den drikkende part er en defineret kerneydelse i alkoholbehandlingssystemet, medens familiemedlemmer må (symptom-)behandles andre steder i systemet.

Der findes ikke aktuelt en systematisk, opdateret oversigt over tilbud til de pårørende. Hjemmesiden [www.hope.dk](http://www.hope.dk) har dog en udmærket oversigt over behandlingsmuligheder rundt om i Danmark.

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens projekt "Børne-familiesagkyndige til støtte for børn i familier med alkoholproblemer" er der imidlertid tilknyttet en evaluering. I denne ligger bl.a. en kortlægning af kommunernes tilbud til alkoholfamilier i Danmark (Rambøll Management, 2006). Af denne fremgår det, at der er en positiv udvikling i gang, men at der er et betydeligt potentiale for videreudvikling på området (ibid.). Udviklingen må formodes i meget høj grad at bære præg af iværksættelsen af ovennævnte projekt. Hvor meget, og om denne udvikling er midlertidig eller vil bestå udover projektets forløbsperiode, er imidlertid uvist.

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

Endelig er problemet, at det efter strukturreformen i vid udstrækning er kommunen, der definerer behandlingsbehovet, hvilket ikke nødvendigvis afspejler borgernes behov, alkoholbehandlingsenhedens erfaringer med området eller den evidensbaserede viden.

Udover de ambulante, offentlige tilbud findes også private tilbud på området, f.eks. på private døgnbehandlingsinstitutioner. Således er der til nogle alkoholbehandlingsforløb i døgnregi knyttet et tilbud til partnere, familie og/eller børn. Disse tilbud er af meget varieret karakter, fra enkelte parsamtaler til længerevarende familierapeutiske forløb med inddragelse af børn. Desuden ses mere 'lærings-prægede' kursusforløb. I mange tilfælde er til-

buddene led i misbrugers behandlingsforløb og inkluderer kun én pårørende, hvorimod de resterende familiemedlemmer må betale selv. Enkelte tilbud kan benyttes uafhængigt af, om misbrugeren er i behandling på den enkelte institution. I privat regi ses også selvhjælpsgrupper. Disse er især knyttet til AA-bevægelsen og Minnesotabehandling, selvom også andre selvhjælpsgrupper findes (f.eks. IOGT).

Tendensen er, at der, såfremt der overhovedet er et tilbud, som oftest tilbydes gruppebehandling og kun i begrænset omfang. Tilbuddene er således ikke kun begrænset i forhold til, hvor meget der tilbydes, men også i forhold til, hvem der kan profitere af det. Det vil ikke være alle pårørende, der kan profitere af et gruppeforløb eller nøjes med et par samtaler, ligesom ikke alle har mulighed for at betale selv.



**Afhængighed og relationer**

**Resultater**



## 6. Metode og procedure

### Undersøgelsens formål

Undersøgelsens primære formål er følgende:

- Først og fremmest en belysning af betydningen af alkoholmisbrug i familien<sup>8</sup>. Ikke kun hvordan misbruget påvirker den, der drikker, men også dennes nærmeste pårørende, især ægtefælle, børn og forældre. De områder, der søges afdækket for såvel den drikkende part 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 den drikkende part og de pårørende.
- Beskrivelse af forandringer hos de pårørende og den drikkende part 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 heterogenite-

---

<sup>8</sup> Eftersom der er tale om døgnbehandlings-institutioner vil der i vid udstrækning være tale om diagnosticeret misbrug/afhængighed. I det følgende omtales den drikkende part derfor også som 'den afhængige'/ 'misbruger'.

ten, 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 alkoholdøgnbehandling<sup>9</sup>. 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.

Der blev udleveret skemaer til såvel pårørende som den drikkende part 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

---

<sup>9</sup> DanRIS-Alkohol er siden blevet overtaget af Sundhedsstyrelsen og hedder nu NAB (Nationalt Alkoholbehandlingsregister). Heri indgår tillige den ambulante alkoholbehandling.

funktionsniveau i forhold til fem overordnede dimensioner (familiens psykiske sundhed, konfliktniveau, familiesamhørighed, lederskab og ekspresivitet). 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 psykotisme.

*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 spørgeskemaet'. 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<sup>10</sup>**

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 i sig selv at påvirke misbruger til en adfærdsændring.

Minnesotabehandlingen 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 ik-

---

<sup>10</sup> Det bemærkes, at det følgende beskriver institutionerne og deres tilbud på undersøgelsestidspunktet og derfor ikke nødvendigvis er tidssvarende.

ke 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 større 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 rygeafvænning.

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 afhængighed 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 familierapeuten. 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 Taarup Behandlingscenter. Dog er kun en 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 en stor gruppe.

Nogle deltog kun delvist i undersøgelsen og udfyldte kun et eller to skemaer. Nogle var ikke med fra starten, og andre faldt fra undervejs, se tabel 6.1. Dette kan overvejende forklares ved inkonsistent udlevering (Majorgården) og manglende returnering/modtagelse af en pakke med udfyldte spørgeskemaer (Tjele=20 skemaer). Der er altså i høj grad tale om forglemmel-

ser/manglende udlevering fra institutionel side og derfor ikke nødvendigvis modvilje fra deltagerne.

**Tabel 6.1: Fordeling af deltagernes spørgeskemabesvarelser**

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

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

**Figur 6.1: Indsamling af data**

**Tabel 6.2: Fordeling af pårørende der deltager over tid**

	Antal	Andel i procent
<b>PI – ved behandlingsstart</b>	363	87,5
<b>PII – efter behandling</b>	186	44,8
<b>PIII - opfølgning</b>	46	11,1
<b>Total</b>	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 6.3, 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 6.3: Grunddata for pårørende**

	Alle pårørende (N=415)	Pårørende der har besvaret PI (N=363)
<b>Alder, gennemsnit</b>	44 år	44 år
<b>Alder, median</b>	45 år	44 år
<b>Alder, range</b>	15-82 år	15-82 år
<b>Kvinder</b>	73 %	74 %
<b>Mænd</b>	27 %	26 %
<b>Nationalitet/DK</b>	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 6.4: Samliv**

	Antal (N=415)	Andel i procent Pårørende/Alle (N=415)	Andel i procent Pårørende/PI (N=363)
<b>Samlevende/gift</b>	285	69,0	67,0
<b>Alene i fast forhold</b>	28	7,0	7,0
<b>Alene</b>	93	22,0	24,0
<b>Andet</b>	2	0,5	0,5
<b>Ubesvaret</b>	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 'søskende' (5,5 %) samt 'anden familie og venner/kollega' (2,5 %).

**Tabel 6.5: Grupper af pårørende/Relation til den afhængige (individets egen rolle)**

	<b>Antal (N=415)</b>	<b>Andel i procent Pårørende/Alle (N=415)</b>	<b>Andel i procent Pårørende/PI (N=363)</b>
<b>Samlever/ægtefælle</b>	173	42	42
<b>Kæreste/ej samlevende</b>	9	2	2,5
<b>Tidl. ægtefælle/ samlevende</b>	32	8	8
<b>Søn/datter</b>	116	28	29
<b>Far/mor</b>	46	11	10
<b>Søskende</b>	23	5,5	5,5
<b>Anden familie</b>	3	0,5	0,5
<b>Ven, kollega etc.</b>	8	2	2
<b>Ikke oplyst</b>	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 6.6: Uddannelse**

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

**Tabel 6.7: Videreuddannelse**

	<b>Antal (N=363)</b>	<b>Andel i procent (N=363)</b>
<b>Nej</b>	109	30
<b>Ja</b>	228	63
<b>Ubesvaret</b>	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 6.8: Misbrug i opvækstfamilien (N=363)**

	<b>Antal</b>	<b>Andel i procent</b>
<b>Ja</b>	194	53,5
<b>Nej</b>	160	44,0
<b>Uoplyst</b>	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 et familiemedlem med misbrug.

**Tabel 6.9: Hvem havde misbrug i opvækstfamilien (N=194)**

	<b>Antal</b>	<b>Andel i procent</b>
<b>Mor</b>	82	42,0
<b>Far</b>	93	48,0
<b>Søskende</b>	37	19,0
<b>Andre</b>	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 6.10.

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 6.10: Fordeling af de afhængiges spørgeskemabesvarelser**

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

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

**Figur 6.2: Indsamling af data**

**Tabel 6.11: Grunddata for afhængige**

	<b>Afhængige på Majorgården, der besvarer AI (N=110)</b>	<b>Afhængige, der også indgår i DanRIS (N=163)</b>
<b>Alder, gennemsnit</b>	54 år	50 år
<b>Alder, median</b>	55 år	51 år
<b>Alder, range</b>	34-80 år	25-73 år
<b>Alder uoplyst</b>	12 %	-
<b>Kvinder</b>	26 %	36 %
<b>Mænd</b>	66 %	64 %
<b>Køn uoplyst</b>	8 %	-
<b>Nationalitet/DK</b>	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 6.12: Samliv/afhængige i DanRIS**

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

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

**Tabel 6.13: Grunduddannelse/Afhængige i DanRIS**

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

**Tabel 6.14: Videreuddannelse/Afhængige i DanRIS**

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

### Statistiske analysemetoder

Data er indtastet og bearbejdet i det statistiske 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 Tukeys 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 - Chi<sup>2</sup>-test*

Chi<sup>2</sup>-test er anvendt til afprøvning af sammenhænge eller forskelle mellem to nominal-skala-variable. Testen suppleres med gamme( $\gamma$ )-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 faktorerers 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 Cohens '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 personlighedsforstyrrelser 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 velinformeret 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 'oversom 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 misbrugers 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.

### *Frafald*

Der er tale om et forholdsvist stort frafald, om end ikke usædvanligt. Således er der et frafald på 49 % ved målingen efter behandling. Dette gælder dog ikke ved opfølgning ½-1 år efter behandling. Her er frafaldet på 75 %. Dette skyldes i overvejende grad, at Tjele kom senere med i projektet, og derfor kunne ikke alle deltagere nå at være med i opfølgningen. Således fik kun cirka halvdelen (42 %) af de pårørende fra Tjele tilsendt opfølgningsskema.

Samtidig kommer nye deltagere til ved PII/AII. Dette gælder kun på Majorgården og skyldes formodentlig en ikke altid lige organiseret uddeling af spørgeskemaer og en høj grad af frivillighed i forhold til de pårørendes deltagelse i projektet.

Der er derfor lavet statistiske analyser for at afdække eventuelle forskelle på deltagerne afhængig af deres deltagelsestidspunkt, herunder også om der

er forskel på dem, der falder fra, og dem, der fortsætter i forhold til grunddata. Dette er ikke tilfældet. Og dette til trods for det multivariate design med ganske mange variable, der kunne øge sandsynligheden for forskelle.

**Tabel 6.15: Frafald blandt de pårørende over tid**

	Antal	Andel i procent	Frafald i procent fra måling til måling
<b>PI – ved beh.start</b>	363	87,5	-
<b>PII – efter beh.</b>	186	44,8	48,8
<b>PIII - opfølgning</b>	46	11,1	75,3
<b>Total</b>	415	-	-

#### *Forandringer i forbindelse med behandling*

Det vides ikke, hvad der har skabt de forandringer, der kan iagttages i forbindelse med behandling. Det kan således ikke afgøres, om de rapporterede ændringer er en følge af behandlingen eller af andre forhold i de pårørendes liv. Man kan f.eks. også forestille sig, at misbrugers ædruelighed eller behandling kan have indflydelse. Der er derfor lavet statistiske undersøgelser af nogle af disse forhold.

Statistiske analyser viser, at misbrugers tidligere eller nuværende behandling ikke gør nogen forskel for den pårørendes situation umiddelbart efter egen pårørendebehandling. Vi ved imidlertid ikke, i hvilket omfang misbrugers ædruelighed spiller ind, og hvordan misbruger i det hele taget spiller ind på længere sigt.

At dømme efter de kvalitative udsagn har de pårørende gennemgået store ændringer, og nogle har udviklet sig bemærkelsesværdigt. Med udgangspunkt i disse udsagn ser en del ud til at kunne tilskrives de pårørendes behandling, men det bør dokumenteres nærmere med kvantitative data i en randomiseret undersøgelse.



## **7. Ændringer i forbindelse med behandling**

I det følgende redegøres for resultaterne fra den del af projekt ”Afhængighed og relationer”, der omhandler ændringer i forbindelse med behandlingen. Det vil sige de ændringer, der kan iagttages umiddelbart efter behandling og ved opfølgningen ½-1 år efter behandling.

De pårørende fra de to institutioner Tjele og Majorgården behandles samlet. Grundet frafaldet fra PI til PII er der for få pårørende på de enkelte institutioner til, at disse med rimelighed kan behandles statistisk alene. Dette gælder også for de enkelte pårørendegrupper, der ligeledes behandles samlet.

Der er sket ganske mange ændringer ved målingen umiddelbart efter behandling. Kun signifikante ændringer angives.

Som allerede nævnt kan det ikke med sikkerhed afgøres, hvad der er årsag til de iagttagede ændringer i de pårørendes trivsel. Om det er de pårørendes behandling, misbrugers behandling/adfærdsændring eller helt andre faktorer i de pårørendes liv. Dog er det værd at bemærke, at der er ganske mange ændringer og at langt de fleste er stærkt signifikante, ligesom kvalitative udsagn i vid udstrækning bekræfter antagelsen om effekt af pårørendebehandlingen.

Endvidere er der lavet statistiske tests af misbrugers indflydelse på resultaterne. Disse analyser belyses afslutningsvist i kapitlet. Samtidig gøres der fornuftsmæssige betragtninger undervejs i forhold til pårørendebehandlings formodede effekt på de pårørendes trivsel.

### **Samlede ændringer**

Som det fremgår af tabel 7.1 er der sket mange og stærkt signifikante forandringer med de pårørende fra de startede i behandling og til de afslutter behandling. De vil enkeltvis blive gennemgået nedenfor.

**Tabel 7.1: Alle ændringer ved behandling (fra PI til PII)**

	<b>Pårørende før behandling/PI (N=128)</b>	<b>Pårørende Efter behandling/PII (N=128)</b>
<b>Social støtte – kontakt</b>	3.36 (2.17)	4.33 (1.90)***
<b>Social støtte – tale om tanker og følelser</b>	4.91 (1.57)	5.54 (1.28)***
<b>Social støtte – svigt</b>	3.23 (1.73)	2.88 (1.65)*
<b>Social støtte – tilfredshed</b>	4.73 (1.56)	5.49 (1.43)***
<b>Familie konflikter – antal</b>	4.09 (6.71)	1.95 (3.63)*
<b>Konfliktgrad/bekymring</b>	3.67 (1.33)	2.66 (1.25)***
<b>Sociale problemer/bekymring</b>	2.64 (1.37)	2.11 (1.17)***
<b>Udtrykke behov</b>	3.77 (1.81)	4.89 (1.63)***
<b>Udtrykke følelser</b>	3.57 (1.77)	4.61 (1.58)***
<b>Egen omsorg</b>	3.60 (1.51)	5.21 (1.45)***
<b>Overansvarlighed</b>	5.02 (1.72)	3.48 (1.71)***
<b>Skyldfølelse</b>	2.20 (1.50)	1.65 (1.17)***
<b>Kontrol af misbruger</b>	4.69 (2.12)	2.36 (1.58)***
<b>Bekymret for misbruger</b>	5.93 (1.34)	3.66 (1.74)***
<b>Misbrugers krav på opmærksomhed</b>	4.96 (1.79)	3.48 (1.66)***
<b>Ansvar for misbruger</b>	4.39 (2.18)	2.05 (1.74)***
<b>Opgavefordeling i hjemmet</b>	4.19 (1.96)	2.75 (1.78)***
<b>Belastninger i parforhold</b>	5.62 (1.45)	3.38 (1.92)***
<b>Tale frit med misbruger</b>	3.78 (1.91)	4.64 (1.96)**
<b>Eget misbrug</b>	.15 (.36)	.02 (.13)***



**Tabel 7.2: Alle ændringer ved behandling for standardiserede skemaer/subskalaer (fra PI til PII)**

<b>Standardiserede skemaer/subskalaer</b>	<b>Pårørende - før behandling (N=109)</b>	<b>Pårørende - efter behandling (N=109)</b>
<b>Familiens funktionsniveau (Sfi35)</b>	2.60 (1.13)	2.27 (1.18)**
<b>Familiens psykiske sundhed (SFI-health)</b>	3.00 (.84)	2.84 (.77)*
<b>Familiens konfliktniveau (SFIconflict)</b>	2.63 (.83)	2.43 (.86)**
<b>Selvværd</b>	1.95 (.92)	2.32 (.85)***
<b>Emotionel mestring</b>	2.84 (.54)	3.01 (.52)***
<b>Misbrugsmestring</b>	3.36 (.60)	3.49 (.49)*
<b>Rygning ved stress (Csq37)</b>	3.12 (1.20)	3.28 (1.03)*
<b>”Spiseforstyrrelse” ved stress (Csq38)</b>	2.73 (1.06)	2.96 (.95)*
<b>AAS-dep</b>	2.98 (.97)	3.35 (.99)**
<b>Psykisk belastning - BSI-somatisering</b>	.70 (.73)	.48 (.63)***
<b>Psykisk belastning - BSI-kompulsivitet</b>	1.22 (.90)	.95 (.83)**
<b>Psykisk belastning - BSI-sensitivitet</b>	1.17 (1.00)	1.00 (1.00)*
<b>Psykisk belastning - BSI-depressivitet</b>	1.13 (.90)	.84 (1.00)**
<b>Psykisk belastning - BSI-angst</b>	1.13 (.85)	.90 (.88)**
<b>Psykisk belastning - BSI-fjendtlighed</b>	.77 (.86)	.50 (.61)**
<b>Psykisk belastning - BSI-psykoticisme</b>	.70 (.71)	.54 (.75)**
<b>Psykisk belastning - BSI-gsi – total</b>	.87 (.66)	.67 (.65)***
<b>Social støtte (CSS-total)</b>	4.43 (.85)	4.76 (.85)***

En ren kvantitativ optælling blandt de forskellige pårørende viser, at det især er partner, der oplever forandringer i forbindelse med behandling. Dernæst følger voksne børn, tidligere partner og forældre.

Set i lyse af, at partner og voksne børn er omtrent lige belastede ved behandlingsstart, er der altså noget, der tyder på, at de voksne børn har brug for noget mere/andet.

**Tabel 7.3: Ændringer fordelt på de forskellige grupper af pårørende**

	Antal items hvor de pårørende oplever forandring
<b>Partner</b>	39
<b>Voksne børn</b>	21
<b>Tidligere partner</b>	12
<b>Forældre</b>	9

**Social funktion og relationer***Kontakt med andre pårørende*

Kontakten til andre pårørende er tydeligt ændret efter behandling. Således har tre ud af fire kontakt med andre pårørende, efter de har været i pårørendebehandling. Før behandlingen var det ca. halvdelen, der havde det. Dette må formodes bl.a. at afspejle de pårørendes deltagelse i selvhjælpsgrupper. I Minnesota-regi opfordres såvel misbruger som de pårørende til at deltage i selvhjælpsgrupper i AA-regi.

**Tabel 7.4: Social støtte før og efter behandling – kontakt med andre pårørende (N=128) – procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>Altid, næsten altid</b>	20,5	30,0
<b>Nogle gange</b>	29,0	45,5
<b>Aldrig, næsten aldrig</b>	47,5	22,5
<b>Ubesvaret</b>	3,0	2,0

*Tale om tanker og følelser*

At kunne tale med nogen om tanker og følelser ændres også i forbindelse med behandling. Næsten alle mener at kunne dette efter behandlingen, og hvor det før var en tredjedel, der kunne det altid/næsten altid, er andelen efter behandling næsten fordoblet.

**Tabel 7.5: Social støtte før og efter behandling – tale om tanker og følelser (N=128) – procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>Altid, næsten altid</b>	37,0	60,5
<b>Nogle gange</b>	52,0	34,5
<b>Aldrig, næsten aldrig</b>	9,5	3,0
<b>Ubesvaret</b>	1,5	2,0

### *Oplevelser af svigt*

Oplevelser af svigt er blevet mere sjældne. Således er der flere der aldrig/næsten aldrig oplever svigt efter behandlingen. Samtidig er der færre, der oplever det nogle gange eller altid.

**Tabel 7.6: Social støtte før og efter behandling - svigt (N=128) – procentvis fordeling**

	<b>Før behandling</b>	<b>Efter behandling</b>
<b>Aldrig, næsten aldrig</b>	43,0	51,0
<b>Nogle gange</b>	43,0	39,0
<b>Altid, næsten altid</b>	8,0	6,5
<b>Ubesvaret</b>	6,0	3,5

### *Tilfredshed med modtaget støtte*

Også tilfredsheden med modtaget støtte rykker sig i forbindelse med behandling. Det kan være kvantiteten og kvaliteten af støtte. Således er der 50 % flere, der altid eller næsten altid er tilfreds med modtaget støtte. Samtidig er der færre, der kun nogle gange/aldrig føler sig støttet tilfredsstillende.

**Tabel 7.7: Social støtte før og efter behandling – tilfreds med modtaget støtte (N=128) – procentvis fordeling**

	<b>Før behandling</b>	<b>Efter behandling</b>
<b>Altid, næsten altid</b>	40,0	58,0
<b>Nogle gange</b>	45,0	34,5
<b>Aldrig, næsten aldrig</b>	8,0	3,5
<b>Ubesvaret</b>	7,0	4,0

### *Social støtte – samlet*

Målt samlet er oplevelsen af den sociale støtte blevet signifikant bedre efter behandling.

### *Konfliktgrad*

Antallet af dage med alvorlige konflikter i den nærmeste familie er blevet færre efter behandling. Således er der flere, der slet ingen konflikter har, og færre, der har mange konflikter.

**Tabel 7.8: Antal konfliktdage med familien før og efter behandling (N=128)**  
– procentvis fordeling

	<b>Før behandling</b>	<b>Efter behandling</b>
<b>0</b>	30,2	35,8
<b>1-5</b>	21,0	20,2
<b>6-10</b>	7,0	3,6
<b>11-15</b>	2,0	3,6
<b>16-20</b>	2,0	-
<b>21-25</b>	0,3	-
<b>26-30</b>	1,0	-
<b>Ubesvaret</b>	36,5	36,6

#### *Belastningsgrad i familien*

Familiemæssig belastningsgrad er tydeligt blevet mindre efter behandling. Næsten halvdelen angiver således at være ubetydeligt eller slet ikke besværet, hvilket er mere end en fordobling siden før behandlingen. Samtidig ses en halvering af andelen, der føler sig meget besværet.

**Tabel 7.9: Konfliktgrad/belastningsgrad i familien før og efter behandling (N=128)** – procentvis fordeling

	<b>Før behandling</b>	<b>Efter behandling</b>
<b>Ikke besværet/ubetydeligt</b>	19,3	47,1
<b>Moderat</b>	19,3	27,6
<b>Betydeligt/meget besværet</b>	56,0	21,6
<b>Ubesvaret</b>	5,4	3,7

#### *Sociale problemer*

At være besværet af konflikter med andre end familien samt ensomhed og lignende er det næsten halvdelen, der er før behandling. Efter behandling er denne andel reduceret til en tredjedel.

**Tabel 7.10: Konfliktgrad ‘sociale problemer’ – konflikter med andre end familien, dvs. venner, kolleger etc. samt ensomhed og lignende før og efter behandling (N=128)** – procentvis fordeling

	<b>Før behandling</b>	<b>Efter behandling</b>
<b>Ikke besværet/ubetydeligt</b>	46,5	63,5
<b>Moderat</b>	21,0	23,1
<b>Betydeligt/meget besværet</b>	24,8	11,2
<b>Ubesvaret</b>	7,7	2,2

### *Mærke og udtrykke behov*

At være i stand til at kunne mærke og udtrykke behov på en passende måde i forhold til sine omgivelser og især i forhold til misbruger er noget, der virkelig rykker sig i forbindelse med behandling. Således er det efter behandling næsten alle, der oplever at kunne mærke og udtrykke behov. Inden behandlingen var det en fjerdedel, der ikke kunne. Især er andelen, der er blevet rigtig god til det, mere end fordoblet.

Dette må formodes i en vis udstrækning at kunne tilskrives pårørendebehandlingen.

**Tabel 7.11: Mærke og udtrykke behov – i stand til at udtrykke egne behov på adækvat måde i forhold til omgivelser, især misbruger (N=128) - procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>I meget høj grad, i høj grad</b>	18,7	41,1
<b>Rimeligt</b>	51,5	46,2
<b>Slet ikke, næsten ikke</b>	24,0	8,2
<b>Ubesvaret</b>	5,8	4,5

### *Udtrykke følelser*

Evnen til at udtrykke sine følelser (gråd, vrede) på passende måde ændres ligeledes. Før behandlingen er det hver fjerde, der ikke kan det. Efter behandling er denne andel mere end halveret. Det betyder, at næsten alle nu føler sig i stand til i en eller anden grad at kunne udtrykke følelser på passende vis. Samtidig er andelen, der er rigtig god til det, næsten fordoblet. Dette må ligeledes formodes at kunne tilskrives pårørendebehandlingen.

**Tabel 7.12: Udtrykke følelser – evnen til at udtrykke sine følelser (gråd, vrede) på adækvat måde (N=128) – procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>I meget høj grad, i høj grad</b>	17,6	29,8
<b>Rimeligt</b>	51,0	55,9
<b>Slet ikke, næsten ikke</b>	26,2	9,7
<b>Ubesvaret</b>	5,2	4,5

### *Egen omsorg*

At kunne gøre noget for sin egen skyld og varetage egne interesser følger nogenlunde samme udvikling som de foregående. Således ses mere end en fordobling af andelen, der ofte/meget ofte kan drage omsorg for sig selv. Samtidig er der tre gange færre, der slet ikke/sjældent gør noget for egen skyld.

Også udviklingen i denne evne må i en vis udstrækning kunne tilskrives pårørendebehandlingen.

**Tabel 7.13: Egen omsorg – evnen til at gøre noget for egen skyld og varetage egne interesser (N=128) – procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>Meget ofte, ofte</b>	20,4	45,5
<b>Nogle gange</b>	53,1	44,0
<b>Slet ikke, sjældent</b>	22,3	6,7
<b>Ubesvaret</b>	4,1	3,7

#### *Overansvarlig*

At tage ansvar og opgaver på sig, som egentlig ikke hører til én, gør ganske mange stort set hele tiden før behandling. Således er det næsten halvdelen, der har denne adfærd. Efter behandling er andelen blevet næsten tre gange mindre. Samtidig er andelen der kun gør det sjældent blevet mere end fordoblet.

**Tabel 7.14: Overansvarlig – tager ansvar og opgaver på sig, især i forhold til misbruger (N=128) – procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>Stort set aldrig, sjældent,</b>	14,9	34,3
<b>Nogle gange</b>	39,2	45,5
<b>Ofte, stort set hele tiden</b>	41,4	15,6
<b>Ubesvaret</b>	4,7	4,5

#### *Skyldfølelse*

Før behandlingen er det hver tredje pårørende, der føler sig skyldig i misbruget. Efter behandling er denne andel faldet til det halve. Igen må dette formodes at være en følge af pårørendebehandlingen.

**Tabel 7.15: Skyldfølelse – føler at misbruget er din skyld (N=128) - procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>Stort set ikke, i nogen grad</b>	66,1	79,8
<b>I middel grad</b>	27,5	12,7
<b>I høj grad, i meget høj grad</b>	3,9	2,9
<b>Ubesvaret</b>	2,5	4,5

### *Kontrol af misbruger/-et*

Før behandlingen er det to tredjedele, der forsøger at kontrollere misbruger. Efter behandling er det nu kun halvt så mange, nemlig en tredjedel, der gør det. Samtidig er der næsten tre gange flere, der sjældent gør det. Måske fordi misbruger ikke længere er aktiv misbruger (om end dette ikke nødvendigvis får de pårørende til at holde op med at kontrollere i forhold til tilbagefald), måske fordi pårørendebehandlingen har lært dem, at denne adfærd er uhensigtsmæssig.

**Tabel 7.16: Kontrol af misbruger/-et (N=128) – procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>Stort set aldrig, sjældent</b>	23,4	60,5
<b>Nogle gange</b>	35,2	26,9
<b>Ofte, stort set hele tiden</b>	37,2	6,7
<b>Ubesvaret</b>	4,1	6,0

### *Bekymret for misbruger*

At være bekymret for misbruger fylder rigtig meget i de pårørendes liv. Således er det før pårørendebehandlingen stort set alle pårørende, der bekymrer sig om deres misbruger i rimelig grad, halvdelen stort set hele tiden. Efter behandlingen er denne andel imidlertid blevet fire gange mindre, ligesom det er mere end hver fjerde, der stort set aldrig gør det, mere end seks gange så mange som før behandling.

**Tabel 7.17: Bekymret for misbruger (N=128) – procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>Stor set aldrig, sjældent</b>	4,4	28,4
<b>Nogle gange</b>	25,3	47,8
<b>Ofte, stort set hele tiden</b>	66,9*	17,9*
<b>Ubesvaret</b>	3,3	6,0

\* 42,4 % ”stort set hele tiden før”, 10,4 % ”stort set hele tiden” efter

### *Misbruger gør krav på opmærksomhed – og får det*

At misbruger gør krav på den pårørendes opmærksomhed og får det, er også temmelig almindeligt. En tredjedel gør det stort set hele tiden før behandlingen, medens denne andel efter behandling er blevet fire gange mindre.

**Tabel 7.18: Misbruger gør krav på opmærksomhed og får det (N=128) - procentvis fordeling**

	<b>Før behandling</b>	<b>Efter behandling</b>
<b>Stor set aldrig, sjældent</b>	16,6	32,1
<b>Nogle gange</b>	41,0	51,5
<b>Ofte, stort set hele tiden</b>	37,7	9,7
<b>Ubesvaret</b>	4,7	6,7

#### *Ansvar for misbruger*

At tage ansvar for misbruger, herunder at dække over og undskylde vedkommende, er også kendt adfærd blandt de pårørende. Før behandlingen er det to tredjedele, der gør det, medens det efter behandlingen er tre gange færre, der dækker over misbruger.

**Tabel 7.19: Ansvar for misbruger (N=128) – procentvis fordeling**

	<b>Før behandling</b>	<b>Efter behandling</b>
<b>Stort set aldrig</b>	31,6	70,9
<b>Nogle gange</b>	33,1	12,6
<b>Stort set altid</b>	29,8	8,9
<b>Ubesvaret</b>	5,5	7,5

#### *Opgavefordeling i hjemmet*

Problemer med opgavefordeling i hjemmet oplever tre ud af fire i en eller anden grad før behandlingen. Efter behandlingen er denne andel næsten halveret, medens dobbelt så mange nu stort set aldrig oplever problemer i opgavefordelingen i hjemmet. Det skal bemærkes, at ikke alle bor sammen med den misbrugende part, hvilket forklarer de mange ”ubesvaret”.

**Tabel 7.20: Problemer med opgavefordeling i hjemmet (N=128) – procentvis fordeling**

	<b>Før behandling</b>	<b>Efter behandling</b>
<b>Stort set aldrig</b>	22,9	47,0
<b>Nogle gange</b>	40,8	31,4
<b>Stort set hele tiden</b>	22,8	6,7
<b>Ubesvaret</b>	13,5	14,9

#### *Belastninger i parforholdet eller i egen 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 oplever 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, en tredjedel gør det i meget høj grad. Efter behandlingen er det fire gange færre, der i høj grad oplever belastninger i deres parforhold/familie, ligesom fire gange så mange, nemlig en tredjedel, stort set ikke gør det efter behandling.

**Tabel 7.21: Belastninger i parforhold/familie (N=128) – procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>Stort set ikke, næsten ikke</b>	8,3	35,9
<b>I middel grad</b>	28,4	39,5
<b>I meget høj grad, høj grad</b>	55,1*	14,2
<b>Ubesvaret</b>	8,3	10,4

\* 28,9 % ”i meget høj grad” før behandling, 7,5 % ”i meget høj grad” efter behandling.

### *Familie*

Målt på SFI-skalaen ses også en tydelig forbedring af familiens funktion efter behandlingen. Således er de pårørendes familier blevet signifikant bedre fungerende, mindre dysfunktionelle og mindre konfliktfyldte.

### *Parforhold*

AAS, der måler parforholdsfunktion viser, at de pårørende efter behandling er blevet mere trygge i deres parforhold. Det kommer til udtryk ved at de er blevet mindre bange for at knytte sig til deres partner, ligesom de i højere grad tør at gøre sig afhængig af denne uden angst for at blive svigtet.

### *Kommunikation*

Ofte ser man benægtelse, uklar eller fraværende kommunikation i familier med misbrug. I forhold til at kunne tale frit og ubesværet med misbruger (også om misbrug) er det en tredjedel, der før behandling svarer, at det kan de stort set ikke, medens hver femte i høj grad eller meget høj grad oplever at kunne tale frit og ubesværet med misbruger. Efter behandling er der sket henholdsvis en fordobling og halvering, således at det nu er mere end hver tredje, der i meget høj grad kan tale frit og ubesværet med misbruger.

**Tabel 7.22: Tale frit med misbruger – i hvor høj grad man kan tale frit og ubesværet med misbruger (N=128) – procentvis fordeling**

	Før behandling	Efter behandling
<b>I meget høj grad</b>	20,6	38,8
<b>Nogle gange</b>	44,0	37,3
<b>Stort set ikke</b>	30,6	17,9
<b>Ubesvaret</b>	4,7	6,0

## Sundhed

Eget misbrug falder drastisk i forbindelse med pårørendebehandlingen. Der var som nævnt i den første rapport ”Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv” overraskende mange pårørende med eget misbrug. Denne tendens ser ud til at være om ikke elimineret, så i hvert fald minimeret. Således er det kun to ud af hundrede, der efter pårørendebehandling stadig har eget misbrug.

**Tabel 7.23: Eget misbrug (N=128) – procentvis fordeling**

	<b>Før behandling</b>	<b>Efter behandling</b>
<b>Eget misbrug</b>	16,3	2,2
<b>Ubesvaret</b>	3,0	5,2

Der ses en temmelig stærk udvikling i forhold til den pårørendes oplevelser af voldelige/psykiske/seksuelle overgreb. Således er der efter behandling kun ganske få, der angiver at have været ude for overgreb. Kun psykiske overgreb finder stadig sted for hver tiende pårørende. Dette kan imidlertid ikke tolkes som en udvikling i forbindelse med behandlingen, idet omfanget af overgreb før behandling dækker hele livet.

Derfor angives alene resultaterne fra efter behandling som en status på den aktuelle situation.

**Tabel 7.24: Været udsat for voldelige overgreb (N=128) – procentvis fordeling**

	<b>Efter behandling</b>
<b>Voldelige overgreb</b>	0,7 (1 person)
<b>Ubesvaret</b>	5,2

**Tabel 7.25: Været udsat for gentagne psykiske overgreb (N=128) – procentvis fordeling**

	<b>Efter behandling</b>
<b>Psykiske overgreb</b>	9,7
<b>Ubesvaret</b>	5,2

**Tabel 7.26: Været udsat for seksuelle overgreb (N=128) – procentvis fordeling**

	<b>Efter behandling</b>
<b>Seksuelle overgreb</b>	0,7
<b>Ubesvaret</b>	5,2

### *Mestring*

Efter behandlingen anvender de pårørende ikke så meget den destruktive mestringsstrategi 'emotionel mestring', ligesom de i mindre grad anvender misbrugsmestring, når der er problemer. Det gælder især det at ryge mere, og det at spise mere/mindre i pressede situationer.

### *Selvværd*

Også de pårørendes selvværd er blevet stærkt signifikant bedre efter behandling.

### *Symptomer på psykisk belastning*

Symptomerne på psykisk belastning er blevet signifikant mindre på en lang række områder. Det betyder med andre ord, at de pårørende efter behandling ikke er så belastet psykisk, som de var før behandling.

### **Kvalitative udsagn**

Det følgende handler om de kvalitative udsagn fra de pårørende efter pårørendebehandlingen. Stort set alle har svaret på disse spørgsmål, og ganske mange af disse besvarelser er gengivet, fordi de så beskrivende og oplysende vidner om de forandringer, der har fundet sted efter behandlingen. Besvarelserne opdeles efter behandlingssted og, for overskuelighedens skyld, i emner.

Tiden efter behandling er meget præget af usikkerhed over for 'det nye liv'. Et nyt liv, der rummer både muligheder og risici. Nogle fortæller, at de har fået nye redskaber, som de først skal til at lære at bruge, men at de er optimistiske og forventningsfulde. Andre, at den misbrugende part først lige er blevet ædru eller er i gang med at blive det, og at der i det også ligger noget ukendt og et forandringspotentiale.

Mange fortæller om at lære at tro på det gode, og at de forbedringer, de har set, også kan vare ved.

Angsten for tilbagefald fylder en del.

Og for nogle er det sandheden om livet med en afhængig, der ikke vil forandre sig, og det smertefulde i det. De skal først nu til at finde ud af, hvad de skal stille op med det og deres egen fremtid.

### *Har du ændret adfærd overfor misbruger*

De pårørende blev spurgt, om de samlet mener at have ændret adfærd over for misbruger. Til dette svarer seks ud af ti, at det har de.

Rigtig mange fortæller om øget selv-styrke, at de er blevet bedre til at mærke og udtrykke egne følelser og behov, sætte grænser for misbruger, og om nødvendigt holde afstand til misbruger. For mange er forholdet til misbruger blevet forbedret, byggende på ligeværdighed og kærlighed, og der tales mere åbent om problemer. Der tages hensyn ud fra en forståelse af misbrug og misbruger, ikke på grundlag af medlidenhed eller angst. Nogle har også lært at give slip og afgive ansvar. Men det er tydeligvis også rigtig svært. For nogle er parforholdet enten truet eller ophørt, ligesom bekymringer for tilbagefald fylder temmelig meget. Faktisk ødelægger angsten for tilbagefald glæden og nuet for en del, ligesom det skaber afstand og uærlighed i relationen til misbruger.

### ***Tjele***

#### *At holde afstand*

- Undgår at være sammen
- Snakker kun med ham, når han er ædru
- Har bedt hende om at forlade hjemmet, så længe hun drikker, hun bor pt. hos sine forældre
- Trækker mig ud af hendes liv. Gør hvad jeg har lyst til og lader hende gøre, hvad hun vil
- Prøver at tage ansvar for mig selv og ikke kontakte ham
- Jeg holder afstand til mine forældre i øjeblikket

#### *Parforhold på retur*

- Nærheden er væk efter afvænningen
- Jeg er blevet foruroligere ligeglad, gnisten i ægteskaber er ved at forsvinde
- Vi skal skilles

#### *Bekymringer for tilbagefald*

- Jeg er mere bekymret nu, om han tager tilbagefald
- Jeg er blevet mere forsigtig med, hvad jeg fortæller hende, ville føle mig svigtet, hvis hun fik tilbagefald
- Passer på med at sige og gøre ting, der kan udløse tilbagefald
- Bange for at sige noget stødende, der kan udløse tilbagefald
- Prøver at få tingene til at glide, så lidt problemer som muligt
- Tier stille, går ikke ind i diskussioner
- Jeg taler ham efter munden for at undgå konflikter
- Gider ikke diskussioner, prøver ikke at skabe problemer

### *Al begyndelse (og forandring) er svær*

- Svært at sætte grænser, som jeg har lært, f.eks. i forhold til hvad jeg gider høre på
- Selvom min mor er ædru nu, bliver jeg nervøs, når hun gør ting, hun også gjorde, da hun var aktiv
- Forsøger at trække mig ved uenighed, se det positive og handle derudfra, men det er svært
- Siger fra, passer bedre på mig selv, forsøger at virke stærk over for ham, men alene græder jeg, han var jo manden i mit liv

### *Øget selv-styrke*

- Fokuserer på mit liv, og hvad jeg vil
- Bliver ikke længere følelsesmæssigt påvirket, kan sige fra, siger: det er dit valg, hvordan du vil leve dit liv
- Har valgt ikke at se ham, før jeg har arbejdet mere med mig selv i terapi
- Jeg prøver at være positiv
- Prøver at tænke på mig selv
- Giver mere slip, mærker hvor jeg står, bliver i mig selv, hvis jeg ikke kan ændre på det, lader jeg det ligge
- Mere bevidst om mine egne behov, siger fra tidligere end før, lever mere i nuet
- Mærker efter mine behov og grænser, siger stop ved gammel adfærd, mere direkte i min kontakt, mindre ansvar, mindre mægler
- Jeg sætter grænser og mener det
- Har fået mere temperament
- Jeg er endelig blevet vred, ja nærmest rasende, men jeg kan kontrollere vreden
- Jeg bliver vred, jeg ignorerer
- Jeg er blevet bevidst om, at jeg har andre valg med hensyn til egne relationer
- Udtrykker utilfredshed og har mere harmoni i hverdagen, situationsfornemmelse
- Mere åben og fri
- Mere bevidst om egne behov, prøver at slippe kontrollen
- Viser mere tillid
- Jeg er mere åben for dialog, er mere selvsikker og tryk

### *Forbedrede relationer, forståelse og hensyn*

- Mere ligeværdig, kan bedre tale sammen
- Bedre kommunikation og nærhed

- Vi har fået talt ud og laver nu aftaler
- Vi snakker sammen
- Meget positivt, vi skal ud at rejse sammen
- Min mand har meget brug for ro, jeg lader ham være, accepterer han har det svært, jeg ved nu hvorfor
- Mere afslappet og positiv over for min mand, efter han har gennemført behandlingen, og mere interesseret i min egen udvikling
- Lyver ikke mere for min mor, siger sandheden til min egen familie
- Tænker over hvad jeg siger, tonefald osv.
- Jeg er mere kærlig og øm overfor ham, har mere respekt og tillid til ham
- Stoler mere på min mand, er mere åben, glad og tillidsfuld
- Roser ham
- Giver min far lidt fred, retter ikke på ham
- Mere åbenhed, afgiver ansvar og opgaver
- Vi har igen et naturligt forhold til hinanden, så jeg kan være mig selv igen
- Undgår spiritus, når min datter er på besøg

#### *At give slip*

- Jeg er ikke ansvarlig for de problemer, han har skabt
- Hun får lov at leve sig eget liv
- jeg er ikke så beskyttende mere
- Kan bedre give slip
- Har givet slip på ham
- Prøver at afgive ansvar, det er ikke mit ansvar, om han kommer til møde osv.
- Er holdt op med at løse hans ting for ham, både praktiske og sociale – og det er rigtig rart
- Jeg giver ham plads til at være sig selv, holder mig til mine egne problemer
- Ved nu, at hun skal lære at klare sig selv

#### ***Majorgården***

##### *At holde afstand*

- Vil ikke tage ansvar, ej kontakt, så jeg kan tage mig af mig selv
- Jeg vil kun være sammen med hende, når hun er ædru

##### *Parforhold på retur*

- Frustreret, trækker mig, sorg, vrede

- Mindre nærhed
- Vi er flyttet fra hinanden

#### *Bekymringer for tilbagefald*

- Snakker kun med ham om gode ting, undgår dårlige emner
- Forsøger at undgå diskussioner

#### *Al begyndelse (og forandring) er svær*

- Stadig med 'fløjlshandsker', ved det er forkert, arbejder på det
- Jeg drikker ikke mere selv, men har humørsvingninger, prøver at kontrollere det
- Tager mere hensyn, men stoler ikke på ham endnu

#### *Øget selv-styrke*

- Jeg har endelig fået sagt fra SELV, tidligere lod jeg mine søskende gøre det
- Tænker mindre over det, jeg siger, bekymrer mig ikke, om hun er ked af det som før
- Jeg er, som jeg er og lægger ikke skjul på noget
- Mere kontakt og ærlig, gør opmærksom på mine følelser og behov
- Siger fra, tænker på mig selv, gør det jeg har lyst til uden dårlig samvittighed
- Jeg bliver gal og skuffet
- Jeg skælder ud og bliver gal
- Jeg er mere rolig

#### *Forbedrede relationer, forståelse og hensyn*

- Jeg tager nu hensyn til hende ved ikke at indtage alkohol eller have alkohol fremme, når hun er der
- Ikke kontrollerende
- Mere opmærksom på hvad jeg gør og siger i relation til min kone
- Ikke kontrollerende, tror mere på, at han selv tager ansvar
- Hun har klaret det så fint, kan nu snakke helt naturligt om det
- Mere ærlig, spørger interesseret til, hvordan han har det
- Er lidt mere påpasselig med, hvad jeg siger

#### *At give slip*

- Lader ham tage ansvar, støtter ham i sundere valg
- Over mig i ikke at tage over, sige hvad jeg synes, han skal gøre

### *Har du ændret adfærd overfor dine børn*

Blandt dem, der har børn, er det syv ud af ti, der mener, at de efter behandling har ændret adfærd over for deres børn.

Bemærk, at nogle har voksne børn, og for nogle er det børnene, der er misbrugere!

De rapporterede ændringer handler meget om kommunikation, at der nu tales åbent og ærligt om alkoholproblemerne i familien, men også om følelser i det hele taget. Der er kommet mere overskud og balance ind i familien, hos børnene og i særdeleshed i forældreskabet. For nogle betyder dette mere glæde, omsorg og frem for alt mere plads til børnene. Børnene rykker simpelthen op i prioritet. For andre handler det i højere grad om at turde stå ved sig selv som forælder, at ”stramme op”, tage sit ansvar som forælder alvorligt i forhold til at sætte grænser og lave regler. Og så bliver der givet plads til, at også den med alkoholproblemer kan få plads i forholdet til sine børn.

### *Tjele*

#### *Kommunikation – ærlig og åben*

- Mere fri til at tale om alt, deres følelser for deres far og drikkeriet, dækker ikke længere over ham over for børnene, har fortalt dem, at han er syg
- Nærhed og ærlighed, vi taler sammen om, hvad vi skal gøre, og hvordan vi kommer videre
- Taler mere åbent om farfars alkoholproblemer
- Jeg er mere ærlig og snakker med børnene om, hvad vi skal gøre
- Taler mere åbent om problemerne
- Vi har fortalt børnene, hvordan vi laver aftaler (min mand og jeg), og hvad vi gør, hvis de brydes
- Jeg er blevet mere opmærksom på deres reaktioner, har oplyst institution og skole

#### *Mere overskud, mere plads til børnene*

- Mere overskud, gør brug af min datters kompetencer, vi holder familiemøder, hvor alle kommer til orde og laver opgavelister
- Overskud til at se mine børn rigtigt, er mere nærværende, kan bedre takle problemer
- Jeg bruger mere tid sammen med dem og har mere fokus på dem
- Vi er alle blevet mere glade



- Jeg er blevet en gladere og sjovere mor, jeg har overskud
- Ikke så stresset og skælder ikke ud mere, er mere i balance med mig selv
- Min datter er nu min første prioritet
- Er bedre til at være nærværende og snakke om tingene
- Mere nærværende
- Har mere tålmodighed
- Prøver ikke at involvere dem i mine problemer, prøver at lytte uden at belære

#### *At stå ved sig selv – på godt og ondt*

- Tænker mere over at være ærlig og at være mig selv
- Jeg sætter grænser og mener det
- Før bekræftede jeg dem i, at de havde haft en dårlig opvækst, jeg havde skyldfølelser og fandt mig i alt. Det gør jeg ikke mere. To af dem er blevet vrede, og jeg har ingen kontakt med dem
- Har meddelt mine (voksne) børn, at de får ansvaret tilbage, min datter er rasende, men jeg står fast

#### *At komme i balance med sine følelser*

- Kan blive vred, men også styre det
- Jeg er ikke så vred mere

#### *At give slip – også på ansvar og i forholdet mellem den drikkende forælder og børn*

- Jeg giver mere slip
- Prøver at give mere slip og ikke være så over-ansvarlig
- Ser mine børn som de voksne individer, de er og lader dem selv tage ansvar. Vil ikke mægle imellem dem og deres far. Lytter mere og er mere ligeværdig
- Prøver ikke at blande mig i mine børns samtaler med min mand

### ***Majorgården***

#### *Kommunikation – ærlig og åben*

- Mere ærlighed
- Bedre til at kommunikere og have kontrol med uhensigtsmæssig adfærd
- Taler mere åbent
- Er mere ærlig

### *Mere overskud, mere plads til børnene*

- Flere kram, fortæller dem oftere, hvor meget jeg holder af dem
- Mere omsorgsfuld
- Prøver at beskytte dem
- Bedre til også at sige nej, ikke bare være omsorgsperson, passer også på, hvad jeg taler med dem om
- Strammere regler, mere interesseret i dem
- Er blevet mere bevidst og sætter grænser
- Bliver hurtigere sur og skælder ud

### *Hvordan tror/ved du, dine børn oplever problemet nu (herunder hvordan de oplever dig og den, der har afhængighedsproblemer)*

En stor del af børnene har tydeligvis fået det meget bedre efter forældrenes behandling. De er mere glade, rolige og trygge nu. Men det er også tydeligt, at for en lige så stor del af børnene er det stadig rigtig svært at være børn i disse familier, hvad enten det så er mindre børn eller voksne børn. Nogle har ingen kontakt til den misbrugende part. En del er angste for tilbagefald, tilbageholdende, afventende og iagttagende. For disse børn er det tydeligvis ikke nok, at deres forældre har været i behandling, hvad enten det så er som misbruger eller som pårørende. Disse børn skal enten have tid til at komme sig og erfare, at misbruger forbliver ædru og igen er til at stole på. Eller børnene skal have mere hjælp.

### ***Tjele***

#### *Ingen kontakt*

- De har ingen kontakt til deres afhængige bror eller deres mor
- Han tager afstand fra misbruger
- De har ingen kontakt til ham mere, efter han er begyndt at drikke igen

#### *Afventende/iagttagende*

- De er afventende
- Min mands voksne børn er afventende
- De er iagttagende og kontrollerende, selv barnebarnet på 10 år følger morfar som en skygge (han må ikke købe vin)

### *Bange for tilbagefald*

- Glæde over at kunne tale med deres far, som nu lytter til dem. Glade for at far igen kan deltage i familien. Men alle er de bange for tilbagefald.
- Mine børn oplever, at problemerne nu er løst, men stadig en lille utryghed mht. tilbagefald.
- De oplever mig mere stærk og konsekvent. Deres far er som i gamle dage, men de har mistet respekten for ham og har svært ved at tro på, at han ikke får tilbagefald
- De oplever mig som stærkere, mere bevidst. Min mand har haft et tilbagefald, så vi er banket lidt tilbage
- Mistro til om ædrueligheden holder
- De oplever mig stærkere, men ved, at problemet stadig er iblandt os
- De er bekymrede for mig, svært ved at tro på alt det gode, de ser

### *De støtter mig*

- De er glade for, at jeg gør noget ved problemet og mig selv
- Jeg oplever stor støtte fra mine børn, men de har ingen respekt for afhængige
- Mine børn er voksne, men de accepterer mit liv, håber og tror jeg vælger det rette

### *De støtter mig ikke*

- Børnene synes, jeg er hysterisk, deres far drak kun socialt
- Min datter kan ikke klare, at jeg er blevet så stærk

### *De er stadig påvirkede*

- Alle mine fire børn er påvirket af at have levet en utryg barndom
- Min søn er kun to år, men jeg tror, han kan fornemme den dårlige stemning, selvom vi prøver at gemme skænderierne, til han sover.
- Mine børn mangler viden om alkohol og at høre om det fra andre end far og mor, de skal begge på teenage-weekend på Tjele/Familiecenteret
- De føler sig svigtet og har ikke meget tillid tilbage
- De føler, jeg svigter dem ved at blive sammen med deres far, når han drikker
- Jeg er ked af det og bliver hurtigere vred
- Voksne børn, er meget kede af det, kan mærke, at jeg mener det, jeg siger til deres far
- Min datter har det meget svært, det er hendes søster, der er afhængig

- min voksne datter er dybt ulykkelig og frustreret over sin afhængige bror
- Oplever ikke de store forandringer endnu, det er en langsom og meget tidskrævende proces

#### *De har det bedre*

- De er blevet mere glade og optimistiske, snakker mere. De kan mærke, at jeg er blevet en mere glad og udadvendt far
  - Min ældste på fem år er bekymret, spørger meget, men også mere afslappet og åben – jeg troede ikke, han anede så meget. Den mellemste på tre år er blevet roligere.
  - De er mere rolige nu, mere årvågne og opmærksomme på stemningen i hjemmet
  - Mine børn oplever mig som gladere og mere positiv
  - Mine to voksne piger er mere trygge ved situationen nu
  - Mine børn tror på det
  - Min søn er ked af det, men har ikke mere skyldfølelse
  - De ønsker meget større åbenhed omkring sygdommen end tidligere
  - Min datter oplever mig mere nærværende og fokuseret
  - De er ikke så bekymrede som før, mere glade
  - Tror, de oplever en afklaring over, at jeg endelig har afsluttet forholdet, men også en vis bekymring over for deres stedfar
  - Glade for at have fået deres 'gamle' mor igen, alt er blevet bedre igen
  - De er mere åbne og tillidsfulde nu, kommer oftere og spørger og hjælper også til
  - Meget åbne om problemerne, de synes, det er sejt og dejligt, at han har været i behandling
  - De er glade for, at deres far er i behandling
  - De er mere forstående
  - Mere ro i hjemmet, de oplever, at deres forældre igen har tillid til hinanden
  - De er mere frie og glade, skal ikke skjule problemerne for deres kammerater, bruger mere tid på at snakke med os
  - Min søn er lettet, forholdet forbedret meget.
  - De er glade igen
  - Vores forhold er blevet tættere og mere åbent
- *ikke mindst i forhold til den drikkende forælder*
- De er lettede, føler ikke længere, der er et tabu mellem dem og deres far samt i forhold til omgivelserne

- Går mere til deres far, har fået kærlighed og tillid til ham, ved, han er syg.
- De oplever deres far mere træt, men også mere glad
- De oplever mig mere rolig, og min mand som en, man kan tale med
- Børnene har fået bedre kontakt til deres far, efter vi er flyttet
- Den yngste på 13 år er glad for sin far og ikke klar over problemet, den ældste på 21 år er glad for sin far, men har været klar over problemet længe

### ***Majorgården***

#### *Ingen kontakt*

- De har ikke set morfar i flere år
- Vores søn vil ikke se os
- Min datter tager afstand fra sin far, når han drikker

#### *Afventende/iagttagende*

- De er lettede, men også svært at tro for meget på det, afventende

#### *Bange for tilbagefald*

- Glade for, at det går bedre, men også meget nervøse for tilbagefald
- Lidt angste, stadig bekymrede, ligesom jeg

#### *De støtter mig*

- Min datter bakker op om sin bror og mig, problemet føles meget mindre nu, han har været ædru i fire måneder nu
- Vores datter er en utrolig stor støtte

#### *De er stadig påvirkede*

- de er meget bekymrede, både for deres søster og for mig
- Savn og bekymring
- Ved aftaler med børnene melder han sig syg pga. druk, børnene bliver så skuffede, det gør ondt
- Min datter vil gerne være sammen med mig, men vil ikke være alene med sin far
- Svigt og usikkerhed
- De er skamfulde over deres mor, teenager prøver bare at glemme
- De er meget bekymrede
- Måske er de bange, måske vrede, men de holder det inde
- Det går godt med min søn, men ikke med min datter, som har boet meget hos min mor, der også havde misbrug

*De har det bedre – også på den ‘svære måde’*

- De viser mere vrede
- Ro i familien, datter skriver meget om fars afhængighed, hun har det godt med at udtrykke sig sådan
- En stor befrielse
- De oplever, hvor godt deres forældre har det nu
- De er blevet gladere
- De bakker meget op og er glade, deres far har været ædru i tre måneder
- Mere afslappede, mere respekt og kærlighed til os
- Der er mere åbenhed imellem min datter og jeg
- Er varsomme, men spørger eller jeg snakker med dem

*- ikke mindst i forhold til den drikkende forælder*

- Mine voksne børn er begge blevet positive over for deres far

*Hvilke forandringer har det givet for jer som par/familie*

Nogle oplever ingen forandringer eller en forværring, ofte som følge af tilbagefald. En del er eller skal skilles. Nogle prøver, men synes, det er rigtig svært.

Og så er der heldigvis en hel del, der synes, det er blevet meget bedre. Mange fortæller om forbedrede relationer i parforhold såvel som i familien. De fortæller om øget kærlighed, samhørighed, nærhed, respekt og åbenhed. Om at tale sammen, om alt og ordentligt. Og mange om at have fået ro. Om ny ansvarsfordeling og nye roller. Om at gøre ting sammen som par og/eller familie. Om at få venner – igen. Om børnenes øgede trivsel. Og om ny indsigt og nye redskaber til forandring, herunder glæden ved netværk (AA-regi). Om at have lært noget og ændret sig som person.

***Tjele***

*Ingen forandringer til det bedre*

- Megen mistro
- Vi føler os splittet
- Jeg har brug for hjælp til mig selv, alt er kaos

*Skilsmisse på godt og ondt*

- Vi kan ikke bo sammen så længe, han drikker
- Vi skal måske skilles
- Vi er ved at gå fra hinanden

- Vi taler nu om skilsmisse, dette bliver realitet, hvis der sker mange tilbagefald
- Vi skal skilles, jeg flytter, så snart jeg har fået noget at bo i
- Vi er nu separeret og bor hver for sig
- Efter at vi har endt vores forhold, er vi som familie kommet tættere på hinanden

*Skal først til at prøve det af*

- Ikke de store forandringer endnu, håber det kommer nu, hvor jeg har fået værktøjer at bruge

*Først gik det godt – så gik det galt*

- Nærhed, samhørighed, lige nu lidt skrøbeligt pga. tilbagefald
- Først fornyet håb, så utryghed efter start i AA, hvor min kone var tæt på en affære med mandlig AA'er, der står på spring
- I starten var vi alle glade for hans beslutning, men det er faldet tilbage i samme mønster for ham

*Bedre, men det er svært*

- Et bedre samliv som ægtefæller, men vi er stadig sårbare over for problemer i hverdagen
- Mere afslappet, men ingen ubetinget succes
- Vores ægteskabelige forhold er blevet mere lykkeligt, forhold til nogle af børnene stadig kompliceret
- Jeg håber – engang imellem

*Bedre – især mere ro*

- Ro!
- Mere ro
- Ro og fred
- Ro, håb og nyt fællesskab
- Mere ro i hverdagen
- Fred og ro samt tro på fremtiden

*Bedre – fordi vi er to*

- Det er så nyt, men at vi nu er to om alting, er en stor forandring
- Mere ro, vi arbejder på at få det bedre, vi skal i parterapi
- Mere fri, da der ikke skal skjules så meget, mere harmoni, rytme i hverdagen. Viser kærlighed til hinanden igen

- Mere klarhed, håb, vi har begge en følelse af, at det er nødvendigt, hvis vi skal fortsætte som par
- Nu tættere på hinanden
- Min mand har fundet sit 'gamle jeg' frem, og det styrker vores forhold, gør mig glad
- Bedre sexliv, vi snakker bedre sammen, mere tillid

*Bedre, fordi vi er en familie*

- Meget opmærksomme på, hvordan hver især har det, nyder nuet og at vi igen er sammen som familie
- Mere sammenhold, mere samtale om alkohol, hvilken skade det gør i en familie, at det er en sygdom, man skal have hjælp til
- Stor forandring, fået gode redskaber til at håndtere situationen, opdaget netværk for både alkoholiker og pårørende
- Mere par og familie på den måde, jeg ønsker det, alle har fået nye roller i familier, ansvarsområder er nu mere jævnt fordelt
- Mere ærlighed, åbenhed, respekt for forskellighed, accept af alle følelser
- Nu skal vi ikke hele tiden have opmærksomhed på misbrugers humør
- Som familie er det bedre nu, min mand interesserer sig for børn og børnebørn
- De dårlige forhold til børn og venner forsvundet
- Håb om bedre fremtid sammen med børn og børnenes fremtid alene

*Bedre, fordi vi nu gør ting sammen som familie*

- Taler mere sammen, spiller spil, hygger, er bare mere sammen, og så har vi fået en hund ....
- Kan snakke sammen uden at komme op at skændes, gør flere ting sammen, går ture osv.
- Vi kan foretage os ting, aktivere vores børn, være sammen som familie
- Er ved at genopbygge familien, vi har det sjovt igen, laver ting sammen i og uden for hjemmet
- Deltager i meget uden for hjemmet, som vi gjorde, før misbruget tog overhånd
- Er meget mere sammen, griner, snakker og laver mere sammen nu  
Der er kommet ro i familien

*Bedre, fordi vi taler sammen*

- Vi er blevet bedre til at tale om det
- Færre skænderier, taler mere dæmpet sammen



- Vi taler mere sammen, meget om bekymringerne for den afhængige
- Større glæde, større åbenhed fra samlever om alkoholproblemerne
- Det er, som om der er blevet løftet et tæppe, vi snakker mere om problemerne nu
- Det har givet mere ro at tage en dag af gangen, vi taler også pænt til hinanden
- Taler mere sammen, er ærlige og åbne om de problemer, der kan opstå
- Vi snakker nu åbent om min mands sygdom

*Bedre, fordi jeg har lært noget*

- Jeg er blevet bedre til at sige fra
- Jeg drikker ikke mere
- Fået indsigt, ved nu, hvordan tingene hænger sammen
- Lidt mere luft, ikke længere så nærtagende, lidt mere selvstændig
- Mere klar på mig selv, min baggrund og mine relationsmåder. Fået redskaber til at erkende, forstå og komme videre

*Bedre, fordi det er*

- En ny begyndelse

Og så er det specielt at være voksent barn, forælder og/eller søskende til en misbruger.

*At være voksent barn*

- Mere harmoni i egen familie, mere uafhængig af forældre, er dog stadig knyttet til dem og vil hjælpe, men kun til en vis grænse
- Vi er blevet tættere, men lige nu kan jeg ikke holde ud at være for meget sammen med forældre og søster
- Forløsende at få sat diagnose på mors tilstand, givet mere ro, ved at det ikke er mig, der er ved at blive vanvittig

*At være forælder*

- Vi skal som forældre til en afhængig til at lære at leve igen og ikke bare overleve
- Min datter har det dårligt, men vi holder sammen og støtter hende så godt, vi kan
- Mere bevidste om ikke at påtage mig skyld, taler meget med min mand om det (han er ikke far til afhængige)

## ***Majorgården:***

### *Ingen forandringer til det bedre*

- Endnu ikke de store forandringer
- Far købte øl og drak igen, børnene kede af, at venner så ham købe, snakker meget med dem, de er glade for forandring
- Han har haft to tilbagefald på seks uger: familien har trukket sig indtil videre, barnebarn ikke på besøg pt.
- Jeg tror ikke på hende, lever mit eget liv
- Indesluttethed, lever ikke så meget et liv uden for hjemmet
- Savner daglig glæde, alt er blevet så alvorligt
- Ikke så meget overskud til en med problemer, fokuseret på min søster og hendes problemer
- Vores forhold er gået lidt i stå
- Forholdet er ikke blevet bedre, han benægter 'tørdruk', jeg siger tydeligt fra i forhold til dette

### *Bedre, men det er svært*

- Forbedringer på alle planer, men også udfordring til mig som medafhængig
- Vi er åbnet mere op, men det har også givet en del spændinger
- Udfordring, han skal lære at fungere i familien igen, samt socialt og på arbejdsmarkedet

### *Bedre – især mere ro*

- Givet mere ro og harmoni
- Ro i familien, samhørighed
- Ro, orden, lidt mere overblik
- Ro, bedre kommunikation

### *Bedre – fordi vi er to*

- Mere tolerance imellem os, løser vores problemer voksent
- Vi holder mere sammen, mere allierede end nogensinde, nyder hinanden mere intenst
- Roligere liv, arbejder på at finde sammen igen, mere fællesskab, gør mere i fællesskab
- Bedre stemning og sammenhold, mere fred, forstår hinanden bedre
- Bedre dialog/samtale, åbnet øjnene for egne problemer hver især

### *Bedre i forhold til børnene*

- Forsvarer ham over for børnene, de holder af ham
- Lettelse, nu har børnene lyst til at være sammen med deres far, før var det af pligt/hensyn til mig
- Børnene og jeg er tættere, vi er blevet bedre til at tale med hinanden, hjælper hinanden mere i det daglige
- Passer godt på mine børn
- Tænker mere over opdragelse, strengere regler, lytter mere

### *Bedre, fordi vi taler sammen*

- Mere åbenhed
- Vi prøver at være åbne over for hinanden
- Taler om problemerne nu, når vi har lyst, det er ikke mit ansvar, jeg er mere afslappet
- Der ligger ikke længere på samme måde et 'lig i skabet'

Og så er det specielt at være voksent barn til en misbruger.

### *At være voksent barn*

- Har fået forståelse for, at det er en sygdom, før tænkte jeg, at de (forældrene) bare skulle tage sig sammen
- Erkendelse: familien bliver ikke bedre, mine forældre ønskede ikke behandling
- Vi er mere afslappet sammen, opblomstret kærlighed til min far

### *Hvilke følelser og reaktioner har du for tiden over for den, der har afhængighedsproblemer*

Her er de pårørende delt i tre nogenlunde lige store grupper. En gruppe er overvejende negativ. Her fylder vrede, had, skuffelse, bitterhed og fortrydelse. Der er følelser som smerte, tristhed, sorg og savn. Og der bekymringer for fremtiden samt afmagt og opgivelse.

En anden gruppe er udpræget ambivalent. De udtrykker stærke modsatrettede følelser, såsom kærlighed og vrede, empati og had, glæde og sorg, håb og bekymring, tillid og mistro, stolthed og afsky. Det kan være samtidige følelser eller perioder, der afløser hinanden.

En endelig er der en gruppe af pårørende med overvejende positive følelser, som de allerede nævnte, men uden forbehold af overskyggende art. Især ses kærlighed, stolthed, sympati, tolerance, følelsesmæssig balance og ro. Samt optimisme, tillid og håb.

## **Tjele**

### *Overvejende negative:*

- Bekymret, lidt vrede
- Mangler nærhed
- Når jeg tænker på vores ægteskab, fylder det dårlige meget, gift 27 år med voldelig alkoholiker, skilt, han døde af sit druk
- Han kan stadig såre mig, jeg vender det indad og bliver selvdestruktiv
- Frygt for, at han falder i, irritation, bange for, at han skylder noget
- Bekymring, forundring, tristhed, vrede, opgivende, savner svar på alle hvorfor'erne
- Føler mig ikke respekteret, min ægtefælle er en superegoist
- Elsker hende ikke mere
- Skuffelse, vrede, tab, sorg, savn
- Vi opfatter tit en situation meget forskelligt, det kan skræmme mig
- Jeg vil skilles, misbruget har kun en lille andel heri, glæder mig til at blive mig selv
- Jeg er vred på ham over, hvad han har gjort mod hver enkelt af os børn, samt hvad han har gjort mod mig
- Jeg går og venter på, at min mand skal åbne op for følelserne, men jeg tror, det ender med, at jeg må begynde ....
- Ingen følelser, han lever sit eget egoliv og svinger sin familie
- Jeg er så vred over at have været misbrugt et meget langt forløb (utroskab og skilsmisse)
- Ikke meget kontakt til den afhængige mere, og derfor heller ikke de store følelser
- Skuffet, ked af det, savner at høre fra ham, føler mig holdt udenfor, nu da min søn ikke længere bor hjemme
- Sorg, afmagt, smerte
- Opgivende
- Følelser af et såret hjerte, at jeg har brug for at være alene, han skal holde sig væk fra mig
- Jeg gider ikke rigtig se ham

### *Ambivalente:*

- Varme, kærlighed, presser lidt for meget for at få gengældelse fra hende, bekymret for fremtiden, i tvivl om min kones følelser
- Vrede og stor omsorg – meget mærkeligt, eftersom han har ødelagt en stor del af mit liv
- Medfølelse, men også afstandtagen
- Jeg er vred på ham, og samtidig har jeg lidt ondt af ham

- Stolt, glad over, at han har gennemført at blive og forblive ædru, at vi kan tale ligeværdigt, men også usikkerhed, holder det?
- Ingen kærlighed, men holder af ham (tror det skyldes, at han overfaldt mig meget voldsomt lige inden behandlingen)
- Vred pga. vold mod min mor engang, lidt ondt af ham og lidt stolt over ham, vil altid være angst for næste gang
- Træt af situationen, glad håbeful for en anderledes fremtid
- Forlod hjemmet i seks dage pga. tilbagefald, men efter de sidste fire dage tror jeg på det igen
- Ambivalente følelser, nogle gange vil jeg skilles, nogle gange tror jeg på det
- Ikke rigtig nogen følelser, det går fint, men er heller ikke særlig meget hjemme
- Jeg tror nogle gange, han har drukket, men kan ikke gøre noget ved det, vælger derfor at tro ham, vi taler om problemet
- Fremskridtene er små, og det går langsomt, derfor bliver jeg indimellem opgivende
- Varme, men er også bekymret for hendes udvikling. Bange for at blive vred/skuffet
- Det svinger stadig meget, jeg er dårlig til at håndtere situationer, når vi kommer i gammel adfærd
- Vrede og afmagt over, at han er faldet i igen, men har dog lært noget af at være på kursus
- Varme og kærlighed, ved 'tørdrikning' irritation
- Blandede følelser, ville ønske, vi kunne gå tilbage til gamle dage, hvor alt bare var sjovt
- Vi arbejder på større tillid, men det tager tid
- Omsorgsfulde og varme følelser, men jeg bliver af og til ret træt af at høre om AA
- Elsker hende utrolig meget, men synes, at hun snakker meget om sig selv
- Elsker ham, men har hele tiden i baghovedet, at det kan gå galt igen, vælger at leve i nuet og nyde en dag af gangen
- Meget glad, håber på god fremtid sammen, men bange for tilbagefald: kan det virkelig passe? Er helvedet stoppet?
- Holder af ham, men han er egoistisk, det var næsten nemmere, da han drak, så skulle man ikke tage hensyn hele tiden
- Mest kærlighed og glæde, men også en mistro
- Lidt sur over manglende initiativ, jeg er glad for ham, men vi har lang vej
- Ked af det, bekymret, men lader ham have et evt. udspil

- Blandede følelser. Positiv og ind i mellem negativ, men glæde og beundring over, at han stadig kan være ædru, støtter ham
- Trist, skuffet over, at jeg gjorde det igen, håber han vælger livet. Jeg har lært meget på Egtved: jeg skal passe på mig selv
- Positiv, men skeptisk, ikke så bange for at tale om problemer, dog stadig ikke nemt
- 'Gammel kærlighed ruster ej', alt er godt igen
- Ked af det, det er synd, hun er en sød og hjælpsom pige, svært at forholde sig til, er endnu så nyt
- Ambivalent, holder af ham, men vil samtidig have ham på afstand, da jeg ellers ikke kan komme videre med mit liv
- afslappet – til dels
- Jeg har altid elsket min kone højt, men føler mig usikker nu

*Positive:*

- Elsker vores søn overalt på jorden, håber og tror på han kommer ud på den rigtige side
- Jeg elsker ham meget højt, og vi har det rigtig godt sammen
- Jeg er stolt over hans måde at takle sin sygdom på
- Jeg har valgt at blive i vores forhold, da han har lovet at forblive ædru alkoholiker resten af livet
- Forståelse for ham og hans problem, føler kærlighed og støtter ham
- Stærkt på vej til at blive positiv!
- Mere tolerant
- Lettere at være sammen med min søster og bror, ikke at vi taler om problemer, men jeg kan bedre give slip på hendes problemer
- Gamle følelser blomstrer stille og roligt op igen. Jeg er stolt over, han har stået dette igennem
- Større nærhed, tiltro til et positivt udfald, tiltro til dem, der arbejder med min datter
- Fået min datter tilbage efter fire års mareridt, hun er så sød og kærlig, som hun var inden misbrug
- Beundring, optimisme
- Jeg er lykkelig over hendes udvikling på Taarup, det gør underværker
- Vi har fået et rigtig godt forhold til hinanden
- Vi har igen et harmonisk ægteskab, alt er bare herligt igen
- Positiv, stolt, afslappet, glad
- Glad på hendes vegne, hun har fundet sig selv, fået mod på livet, elsker hende, ligeværdigt forhold, vi støtter hinanden

- Jeg skal vænne mig til, at han kan selv, at han tager aktivt del i familien. En stor lettelse ikke at have ondt i maven af nervøsitet
- Jeg er ikke bange for tilbagefald, er meget mere afklaret
- Efter at have lært, at det er en sygdom, er vreden forsvundet og blevet til sympati
- Gode følelser, hun har ikke drukket i to måneder
- Positive følelser, mere afslappet, hidser mig ikke op mere
- Jeg er glad for ham igen
- Meget mere afklaret, en god ven, som jeg har levet sammen med i over 30 år
- Føler mig tættere på ham, føler mig hørt og set, at vi også kan tale om mig og mine problemer
- Afslappet og tolerant
- Vi har det meget bedre sammen end tidligere og ønsker ikke længere skilsmisse
- Mine følelser er, som da vi blev gift for 24 år siden
- Vi har det godt sammen, jeg har bedt ham om undskyldning, sagt at jeg tilgav ham, det er et personligt valg, han styrer det selv
- Mere optimistisk mht. fremtiden, måske bliver der et forhold, også på længere sigt
- Kun gode følelser
- Har altid været glad for ham, er det endnu mere nu, da han hele tiden er glad, positiv og ædru
- Jeg er positiv og åben og nyder fællesskabet
- Ro, mere afklaret

### ***Majorgården:***

#### *Overvejende negative:*

- Vred, mangler forklaringer han selv skulle have givet, ved ikke, hvad jeg skal tale med ham om
- På overfladen ligeglad, får ikke noget ud af at være bitter eller vred
- Pga. møde: vred indeni, men høflig og tilbageholdende: har ikke snakket siden mødet
- Ikke gode relationer
- Træt af ham! vred! skuffet! drak to dage efter udskrivning, alt tilbage ved det gamle
- Vrede, had, ligegyldighed, frustration, forvirring, ensomhed, ked af det hed
- Periodisk ligegyldighed, samtidig savn
- Vred, skuffet, ked af hvor meget det går ud over mand, børn & svigerforældre

- Jeg ønsker ingen kontakt, da han ikke kan stoppe drikkeri
- Vrede og afsky
- Varsom, skeptisk, utryg
- Undrer mig, at hun går op i blomsterne, men ikke i familien
- Skuffet over tilbagefald og alle de løgne, der bliver fortalt
- Jeg er bange for, han ikke forbliver ædru

*Ambivalente:*

- Hun kan rende og hoppe! Men hun er stadig min mor, så helt så enkelt er det nu ikke!
- Afmagt og tvivl - på den anden side tro, håb og kærlighed
- Følelser = uændrede, men taler mere sammen og gør ting sammen
- Høflighed, forsøg på nærhed, det tager tid
- Taler om søvnproblemer, det går ok, men stadig angst for tilbagefald
- Skeptisk, men prøver at være glad og positiv
- Bekymret for, om hun nogensinde holder helt op, hun er stadig mismodig: mistet sit job
- Lidt tilbageholdende, men prøver at være åben og ærlig
- Savner ham, såret indimellem, til tider vred
- Holder af ham, men er ikke klar til at vise mine følelser for ham endnu
- Jeg er lidt bekymret indimellem
- Beskyttertrang, ømhed, men også irritation
- Bekymring, stolthed, kærlighed
- Jeg er ikke helt sikker på mine følelser, men håber det bedste
- Virvar: vred, kærlig, afventer, opgiver, frygt for fremtid, stort håb om god fremtid
- Vred, bitter, bekymret, håbefuld, glad
- Vrede, raseri, håb

*Overvejende positive:*

- Holder meget af ham, er stolt af ham
- Kærlighed blomstret op, kender pludselig hinanden igen
- Holder af ham, håber, han kæmper sig ud af afhængigheden, kan tilgive; kontakt betyder meget for min søn
- Respekt, positiv, varme, overrasket over forandring, jeg kan ikke følge med, lettelse mellem os
- Stor tillid; tror hun vil og kan klare det
- Glæde, overraskelse, forventninger
- Respekt for hans indsats, glæde over, at han fungerer 'normalt'
- Positiv varme



- Elsker og støtter ham, reagerer positivt og med sund fornuft
- Jeg er stolt af min søster
- Tillid, respekt, kærlighed
- Jeg elsker hende, insisterer på ærlighed
- Glad, fordi hun og far er glade, stolt over, hun klarer det så godt
- Bekymret, meget opmærksom, snakker tit med hende
- Megen kærlighed og omsorg
- Ønsker, hun kunne tale om det, følelser vokser, hun er mere social, håber det holder
- Lettelse over at føle, det går i den rigtige retning
- glæde
- kærlighed, omsorg
- Hun tager ansvar for sit liv
- Opmærksomhed og ønske om at støtte hende i behandlingen
- Elsker ham stadig/igen, er begyndt at have tillid til ham
- Elsker ham højt/støtter ham
- Jeg har kun gode følelser
- Jeg er stolt over, at han klarer det så flot
- Prøver at være positiv
- Stærke følelser, varme

### **Misbrugers status og indflydelse**

*Forskel på om misbruger har været eller er i behandling*

Indledningsvist blev det problematiseret, at vi faktisk ikke kan vide, *hvad* det er, der bevirker, at de pårørende oplever ændringer efter behandling. Om det i overvejende grad er de pårørendes behandling, der giver udfaldet, og hvilke andre faktorer der kunne tænkes at spille ind.

Der er undervejs i data-analysen foretaget forskellige statistiske analyser af netop dette fænomen. En af de faktorer, der kunne tænkes at spille afgørende ind, er misbrugers behandlingsstatus og ædruelighed. Derfor er det undersøgt, om det er den pårørendes behandling, der gør en forskel for den pårørende, eller om det i højere grad kan tilskrives misbrugers behandling/ændring. Helt konkret er dette undersøgt ved at analysere forskelle mellem dem, hvor misbruger er i samtidig behandling, og dem, hvor misbruger ikke er i behandling.

Det undersøges ved partielle korrelationer, således at der kontrolleres for, at den givne forskel/sammenhæng ikke i højere grad handler om, at misbruger er/har været i behandling eller ej.

Kun 'familiekonflikter' og 'voldelige overgreb' bortfalder, når der kontrolleres for, om den afhængige har været/er i behandling. Det vil sige, at

når den afhængige ikke er i behandling samtidig med den pårørende, ændres den pårørendes oplevelse af antal familiekonflikter og voldelige overgreb IKKE efter pårørendebehandling. Alle andre ændringer består. Netop disse to forhold er typisk nogle, som den pårørende ikke kan ændre på, mens mange af de andre faktorer handler om den pårørendes håndtering af en belastende situation.

Det betyder, at de pårørendes udbytte af egen behandling formodentlig ikke er afgørende påvirket af misbrugers situation, men at de pårørende kan profitere af egen behandling uanset misbrugers behandling. Det er imidlertid en konklusion, der må tages med en del forbehold.

Først og fremmest fordi de fleste misbrugere er i samtidig behandling med de pårørende. Således er det først ved opfølgningen ½-1 år efter behandling, at det for alvor bliver interessant. Her vil nogle af misbrugerne have taget tilbagefald, ligesom det er her, det skal vise sig, om de pårørende kan anvende det, de har lært.

*Forskelle i måden misbruger er misbruger på (sporadisk, vedvarende og tiltagende etc.)*

Desuden er det undersøgt, om måden misbruger er misbruger på ('periodisk', 'vedvarende og tiltagende', 'sporadisk') gør nogen forskel. Dette var ikke tilfældet.

## **Opsamling**

Der er sket ganske mange ændringer på tidspunktet umiddelbart efter behandling.

En ren kvantitativ optælling blandt de forskellige pårørende viser, at det især er partner, der oplever forandringer i forbindelse med behandling. Dernæst følger voksne børn, tidligere partner og forældre. Set i lyset af, at partner og voksne børn er omtrent lige belastede ved behandlingsstart, er der altså noget, der tyder på, at de voksne børn har brug for noget mere/andet.

De forandringer der kan iagttages, er bl.a. i forhold til social støtte, hvor de pårørende i højere grad har kontakt til ligesindede, kan tale om tanker og følelser, generelt er mere tilfredse med den sociale støtte, de modtager, og i mindre grad føler sig svigtet.

Antallet af familiekonflikter er reduceret, ligesom familien er blevet mindre dysfunktionel. De pårørende føler sig mindre belastet. Det gælder i forhold til familiekonflikter som i forhold til sociale problemer som sådan.

Dette afspejles tillige i forhold til målinger af de pårørendes symptomer på belastning, der er stærkt reduceret.

Også belastninger i parforholdet er blevet reduceret, og de pårørende er blevet mere trygge i deres parforhold, ligesom de i højere grad kan tale frit med misbruger, også om alkoholproblemerne.

De pårørende er også blevet bedre til at mærke og udtrykke deres følelser og behov, de er blevet bedre til at drage omsorg for sig selv, tage ansvar for det, der er deres og undlade ansvar for det, der ikke er deres. De har fået mindre skyldfølelse, de er blevet mindre bekymrede for misbruger, kontrollerer i mindre grad misbruger og tager også i mindre grad ansvar for misbruger. Derudover oplever de pårørende i mindre grad, at misbruger fylder og stjæler opmærksomhed, samt at opgave og ansvarsfordelingen i hjemmet er blevet bedre.

De pårørende har også fået mere selvværd, deres mestringsstrategier er mere konstruktive, og de har reduceret misbrug af forskellig art til at være stort set ikke-eksisterende.

I det hele taget fremstår de pårørende langt stærkere, med flere ressourcer og kompetencer og langt mindre belastet.

Til at supplere de kvantitative data bestod materialet tillige af en lang række kvalitative udsagn. Disse bekræfter i vid udstrækning de kvantitative data, ligesom de bringer nuancer og dybere forståelse til de pårørendes situation efter behandling.

Således fremgår det, at seks ud af ti angiver, at de har ændret adfærd over for misbruger. Det handler om øget selv-styrke, at de er blevet bedre til at mærke og udtrykke egne følelser og behov, sætte grænser for misbruger, og om nødvendigt holde afstand til misbruger. For mange er forholdet til misbruger blevet forbedret, byggende på ligeværdighed og kærlighed, og der tales mere åbent om problemer. Der tages hensyn ud fra en forståelse af misbrug og misbruger, ikke på grundlag af medlidenhed eller angst. Nogle har også lært at give slip og afgive ansvar.

Specifikt i forhold til parforhold og/eller familieforhold er der en hel del, der synes, det er blevet meget bedre. De fortæller om øget kærlighed, samhørighed, nærhed, respekt og åbenhed. Om at tale sammen, om alt og ordentligt. Og mange om at have fået ro. Om ny ansvarsfordeling og nye roller. Om at gøre ting sammen som par og/eller familie. Om at få venner – igen. Om børnenes øgede trivsel. Og om ny indsigt og nye redskaber til forandring, herunder glæden ved netværk (AA-regi). Om at have lært noget og ændret sig som person.

Blandt dem, der har børn, er det syv ud af ti, der mener, at de efter behandling har ændret adfærd over for deres børn. Det er imidlertid ikke alle, der har små børn. Nogle har voksne børn, og for nogle er det børnene, der er misbrugere!

De rapporterede ændringer handler meget om kommunikation, at der nu tales åbent og ærligt om alkoholproblemerne i familien, men også om følelser i det hele taget. Der er kommet mere overskud og balance ind i familien, hos børnene og i særdeleshed i forældreskabet. For nogle betyder dette mere glæde, omsorg og frem for alt mere plads til børnene. Børnene rykker simpelthen op i prioritet. For andre handler det i højere grad om at turde stå ved sig selv som forælder, at 'stramme op', tage sit ansvar som forælder alvorligt i forhold til at sætte grænser og lave regler. Og så bliver der givet plads til, at også misbruger kan få plads i forholdet til sine børn.

En stor del af børnene har tydeligvis fået det meget bedre efter forældrenes behandling. De er mere glade, rolige og trygge nu. Men det er også tydeligt, at for en lige så stor del af børnene er det stadig rigtig svært at være børn i disse familier, hvad enten det så er mindre børn eller voksne børn. Nogle har ingen kontakt til den misbrugende part. En del er angst for tilbagefald, tilbageholdende, afventende og iagttagende. For disse børn er det tydeligvis ikke nok, at deres forældre har været i behandling, hvad enten det så er som misbruger eller som pårørende. Disse børn skal enten have tid til at komme sig og erfare, at misbruger forbliver ædru, og igen er til at stole på. Eller børnene skal have mere hjælp.

Overordnet kan de pårørendes følelser og reaktioner over for misbruger efter behandling inddeles i tre nogenlunde lige store grupper. En gruppe er overvejende negativ. Her fylder vrede, had, skuffelse, bitterhed og fortrydelse. Der er følelser som smerte, tristhed, sorg og savn. Og der er bekymringer for fremtiden samt afmagt og opgivelse.

En anden gruppe er udpræget ambivalent. De udtrykker stærke modsatte følelser, såsom kærlighed og vrede, empati og had, glæde og sorg, håb og bekymring, tillid og mistro, stolthed og afsky. Det kan være samtidige følelser eller perioder, der afløser hinanden.

Endelig er der en gruppe af pårørende med overvejende positive følelser, som de allerede nævnte, men uden forbehold af overskyggende art. Især ses kærlighed, stolthed, sympati, tolerance, følelsesmæssig balance og ro. Samt optimisme, tillid og håb.

Som allerede antydnet ovenfor, fremgår det imidlertid også af de kvalitative udsagn, at tiden efter pårørendebehandling er meget præget af usikkerhed overfor 'det nye liv'. Et nyt liv, der rummer både muligheder, men og-

så uforudsigelighed og risici. Nogle fortæller, at de har fået nye redskaber, som de først skal til at lære at bruge, men at de er optimistiske og forventningsfulde. Andre at den misbrugende part først lige er blevet ædru eller er i gang med at blive det, og at der i det også ligger noget ukendt og et forandringspotentiale.

Mange fortæller om at lære at tro på det gode, og at de forbedringer, de har set, også kan vare ved.

Angsten for tilbagefald fylder temmelig meget. Og faktisk ødelægger angsten for tilbagefald glæden og nuet for en del, ligesom det skaber afstand og uærlighed i relationen til misbruger.

Og for nogle er det sandheden om livet med en afhængig, der ikke vil forandre sig, og det smertefulde i det. De skal først nu til at finde ud af, hvad de skal stille op med det og deres egen fremtid.

Som allerede nævnt, kan det ikke med sikkerhed afgøres, hvad der er årsag til de iagttagede ændringer i de pårørendes trivsel. Om det er de pårørendes behandling, misbrugers behandling/adfærdsændring eller helt andre faktorer i de pårørendes liv. Dog er det værd at bemærke, at der er ganske mange ændringer, og at langt de fleste er stærkt signifikante, ligesom kvalitative udsagn i vid udstrækning bekræfter antagelsen om effekt af pårørendebehandling.



## 8. Ændringer i perioden efter behandling

Det undersøges dernæst, om der er sket yderligere ændringer ved opfølgning ½-1 år efter behandling. Det er især interessant at undersøge, om de ændringer, man kunne iagttage umiddelbart efter behandlingen, holder sig stabile på længere sigt. Ikke mindst fordi det er her, de pårørende skal bevise, at de kan stå selv og drage nytte af det, de har lært, ligesom det er her nogle misbrugere tager tilbagefald.

Der er en del frafald ved opfølgningen. Dette skyldes bl.a., at der ikke var tid til at lave opfølgning på alle fra Tjele. De kom lidt senere ind i projektet end Majorgården og havde derfor ikke så meget tid i projektet. Således er der kun 46, der har besvaret det sidste spørgeskema (PIII) ½-1 år efter behandling. Heraf er det 33, der har besvaret alle spørgeskemaer (PI, PII, PIII), medens 12 kun har besvaret de to sidste skemaer (PII, PIII). En enkelt har kun besvaret det første og det sidste spørgeskema. Denne udgår af den følgende analyse.

Der er lavet statistiske analyser af frafaldet. Dette fremgår af kapitel 6 (metode og procedure).

Eftersom der er så forholdsvis få deltagere ved PIII, behandles data fra Tjele og Majorgårdens pårørende samlet.

De iagttagede ændringer skal sammenholdes med misbrugers ændringer og status, især om misbruger er ædru ½-1 år efter behandlingen. Disse vil fremgå af det følgende.

### **Ændringer efter behandlingen (ved opfølgning ½-1 år efter)**

Af data fremgår det, at kun følgende faktorer er ændret i perioden efter behandlingen.

#### *Social støtte – kontakt med andre i samme situation:*

Ikke overraskende er der ½-1 år efter behandlingens afslutning ikke længe så stor kontakt med andre i samme situation. Denne kontakt kan bl.a. handle om deltagelse i selvhjælpsgrupper. Selvom der er tale om Minnesota-behandling, og der heri indgår en opfordring til at deltage i selvhjælpsgrupper i AA-regi, er kontakten til ligesindede tydeligt faldet, om end det stadig hænder, blot ikke så ofte. Det kan også handle om, at efterbehandlingen er ophørt. Ved behandlingens afslutning var det gennemsnitligt lidt mere end 'nogle gange', medens det nu er lidt mindre end 'nogle gange'.

### *Social støtte – sympati og støtte:*

Ligeledes ser det ud med oplevelsen af sympati og støtte, der nu ikke opleves helt så meget som før. Som det fremgår af tabel 8.1, er det en meget lille ændring, der endog næsten ikke er signifikant ( $p=0.041$ ).

### *Ansvar for misbruger:*

Et andet område, hvor der er sket ændringer, er i forhold til at tage ansvar for misbruger (f.eks. rydde op, undskylde, sygemelde, sørge for aftaler etc.). Denne adfærd er der blevet arbejdet med i behandlingen, og det er et af de områder, hvor de pårørende har ændret sig i forbindelse med behandling, sådan at de efter behandling tog mindre ansvar. ½-1 år efter behandling har denne adfærd ændret sig, om end positivt, sådan at de pårørende nu påtager sig endnu mindre ansvar. Således er det nu stort set aldrig, at de pårørende påtager sig ansvaret for misbruger. Dette kan selvfølgelig afspejle, at misbruger ikke er aktiv på undersøgelsestidspunktet, men at dømme ud fra de kvalitative udsagn handler det også om en ændret adfærd hos de pårørende som følge af det, de har lært på pårørendekursus.

**Tabel 8.1: Ændringer fra PII til PIII (N = 45)**

	<b>PII</b> – efter behandling	<b>PIII</b> – ½-1 år efter behandling
<b>Social støtte</b> – kontakt med ligesindede	4.65 (1.95)	3.35 (2.05)***
<b>Social støtte</b> – sympati og støtte	5.60 (1.43)	5.09 (1.53)*
<b>Ansvar for misbruger</b>	2.36 (2.05)	1.56 (1.30)**
<b>Mestring – misbrug</b>	3.54 (.47)	3.68 (.38)**
<b>BSI-angst</b>	.88 (.86)	.58 (.68) *

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

Det betyder, at de ændringer, der er iagttaget i forbindelse med behandlingen, i vid udstrækning består ½-1 år efter behandling.

### **Ændringer ifølge de pårørendes subjektive vurdering**

Udover ovenstående mere kvantitative data blev der også spurgt mere kvalitativt ind til de pårørendes egne oplevelser af forandringer. Følgende udsagn vidner om de ændringer, der er sket ved opfølgning ½-1 år efter den pårørendes behandling.



*Handler du anderledes i forhold til den der har afhængighedsproblemer i forhold til før behandling?*

Godt og vel to tredjedele har ændret adfærd i forhold til misbruger. Af de uddybende kommentarer fremgår det, at det er på meget konstruktiv vis.

**Tabel 8.2: Ændret adfærd overfor misbruger**

	Antal	Andel i %
<b>Nej</b>	14	31,1
<b>Ja</b>	29	64,4
<b>Uoplyst</b>	2	4,4
<b>I alt</b>	45	100,0

Uddybende udsagn:

Det handler om ikke at tage ansvar for og kontrollere misbruger, om ligeværdighed i forholdet til misbruger, om at sætte grænser, om tillid og om at opleve glæde.

**Tjele:**

- Jeg har fået mange gode reaktioner at arbejde med på FC; det er hans problem og ikke mit
- Jeg er ikke så bekymret mere
- Har mere tillid til hende nu
- Ja, jeg har lært meget om mig selv gennem Al-Anon og ved at leve de 12 trin
- Større ærlighed
- Jeg er fri for kontrolrollen nu
- Jeg forventer nu at aftaler og krav bliver overholdt/rimeligt efterlevet, vi lever nu i øjenhøjde
- Vi taler meget bedre sammen
- Jeg er blevet bedre til at konfrontere ægtefælle, når jeg opdager, hun drikker
- Større glæde
- Før var jeg bange for at sige noget, der kunne gøre ham sur, det er jeg ikke mere
- Har for det meste lært at sige fra
- Jeg tror stort set, jeg er den samme
- Har forladt forholdet og er blevet skilt
- Vi er gået fra hinanden efter hendes ønske: hun kom hjem fra behandling som en anden person og ønskede at være alene
- Han har problemer med at passe sit job, er selvstændig

### **Majorgården:**

- Mere afklaret om egne følelser/behov
- Mere respekt, lytter mere, tør sige fra, men kun i forhold til helt små ting
- Mere opgivende, mere afvisende når han er fuld, forstået det er hans valg, synes ikke det er synd mere
- Vi er ærlige, om ikke før så lidt efter
- Meget mere naturligt, direkte konfronterende
- Hønemoren har forladt mig
- Er blevet bedre til at sige fra over for ham
- Mere opmærksom på at sige fra, udtrykke mine egne behov, ikke påtage mig ansvar for hans handlinger
- Tager ej ansvar, lader ham leve selv
- Jeg prøver at lade være med at tage ansvar
- Ser og accepterer ham som selvstændigt menneske med egne holdninger
- Jeg undgår konfrontationer
- Tilbageholdende, vil ikke være sårbar og intim, forventer ikke mere end K udtrykker
- Ønsker ikke, han er en del af mit liv, så længe han drikker
- Er skilt

### *Handler du anderledes i forhold til dine børn?*

Cirka halvdelen (af dem, der har børn) har ændret adfærd i forhold til deres børn. Igen vidner de uddybende kommentarer om, hvilke forandringer der er tale om.

Det handler især om opmærksomhed, omsorg, plads til børnene og deres følelser samt mere åbenhed og dialog om problemerne.

**Tabel 8.3: Ændret adfærd overfor børn**

	<b>Antal</b>	<b>Andel i %</b>
<b>Nej</b>	17	37,8
<b>Ja</b>	13	28,9
<b>Nej, jeg har ingen børn</b>	15	33,3
<b>I alt</b>	45	100,0

### **Tjele:**

- Taler ikke mere om det på samme måde, er åben over for dem om mit ophold på FamilieCenteret
- Taler frit om fars problemer, hos mig kan de få frustrationerne ud
- Prøver at lægge låg på

### ***Majorgården:***

- Jeg er blevet mere opmærksom over for dem
- De får mere omsorg nu
- Reagerer mere sundt nu
- Accept af og plads til mit barns mindre 'pæne' følelser (vrede, hysteri)
- Jeg taler meget med dem om HH's temperament
- Mindre snak om farmors afhængighedsproblemer, men heller ikke en hemmelighed
- Svært at holde kontakt til vores datter, især i de perioder, hvor vores søn bor hos os
- Jeg er blevet meget ked af min 3-årige søns opførsel, når han ikke er en 'god dreng'

### *Hvordan oplever dine børn problemet nu (dig og misbruger)?*

Børnene er blevet mere trygge, positive og udadvendte. Men nogle (voksne børn) har også sat beskyttende grænser op i forhold til misbruger.

- Synes der er kommet gang i mor igen, kommer ikke så tit på besøg pga. deres far (som stadig drikker)
- Besøger oftere hinanden og taler godt sammen
- Er trygge ved, at der ikke længere er misbrugsproblemer
- Tidligere holdt min datter meget øje, nu går hun til fest ....
- Min datter har sagt fra i forhold til sin brors misbrug, men indbyder til 'normal kontakt' med ham
- Min datter har distanceret sig fra sin bror, men støtter os (forældre)
- Mine børn er positive, vi har nået målet!
- Mine børn har accepteret tingene, som de er
- Min søn på 17 år drikker overhovedet ikke selv

### *Hvilke følelser/reaktioner har du over for misbruger nu?*

Reaktionerne afspejler i vid udstrækning, hvordan det er at være pårørende til henholdsvis en aktiv eller ædru misbruger.

Således er der nogle, der er vrede, bitre og kede af det. Nogle prøver at give slip og holde afstand. Og så er der andre, der oplever kærlighed og stolthed, om end stadig med en vis bekymring for tilbagefald, selvom der nu er gået ½-1 år. Og så er der nogle, der tydeligvis arbejder videre med det, de har lært om medafhængighed, kontrol og selv-omsorg.

*Negative følelser, især vrede:*

- Jeg er bitter
- Vred
- Vrede
- Vrede, sorg, forladthed, ensomhed
- Ulykkelig over, at han ikke vil i behandling
- Først vred, så skuffet over at have forsøgt at holde sammen på familien, når det alligevel var formålsløst
- Synes, det er spild af et godt liv, det har haft store omkostninger (kvinde på 70 år, der ser tilbage)

*Nogle giver slip – eller prøver:*

- Vred over at han altid skal være centrum i familien, gider jeg ikke mere, siger fra
- Jeg har givet slip på hende (min kone), hun må klare sig selv
- Han kan rende og hoppe, må selv tage ansvar nu!
- Han vil ikke være ædru, så jeg har valgt ikke at være en del af det mere
- Prøver at give slip, vil ikke mere, vred
- Må vænne mig til ny livsform uden min mand for at overleve selv. Ser hans forfald, når han henter børnene, han ser værre og værre ud
- Ligegyldighed
- Ingen følelser, venter på, han skal dø, indimellem medlidenhed
- Komplekst; han er ved at dø af sit misbrug, og det er jo synd, men hans eget ansvar
- Afklaret, elsker ham, men ked af at han ikke kunne håndtere sit misbrug og døde af det

*Og så er der andre, der oplever kærlighed og stolthed:*

- Stor kærlighed og glæde
- Tillid, kærlighed og omsorg
- Stolt på hans vegne
- Meget stolt
- De samme nære følelser som før problemet opstod, stolt af ham, at han klarede det
- Stolt over ham og hans ædruelighed
- Voksende kærlighed og samhørighed, mindre irritation
- Stolt af min søn, han tager sit liv til revision og tager ansvar
- Oplever min mand fuld af energi, kærlighed, respekt, og som ikke mere lyver. Jeg er ikke mere bange for dagen i morgen!
- Blevet glad for min kone igen, håber hun kommer ud af sit misbrug

- Er blevet glad for min mand igen
- Jeg har ikke ondt i maven mere – nu stiller jeg krav, har stor respekt for min mands ædruelighed, stor kærlighed til min mand, vi er lige-værdige
- Vi er venner

*Men også med en vis bekymring for tilbagefald:*

- Krydser fingre for, at han ikke tager tilbagefald
- Glæde, energi, livsmod, positivisme - men også frygt for tilbagefald
- Respekt, stolt, imponeret, men frygt for tilbagefald
- Bliver af og til ængstelig, indtil nu uden grund, holder af ham som før
- Er bekymret for ham, men glad for se ham og høre fra ham (ung mand om sin far)

*Og nogle, der tydeligt viser, at de har lært noget nyt:*

- Fået kontakt med mig selv og mine følelser
- Bedre samspil og glæde, passer på ikke at blive kontrollerende
- Har opdaget, hvor medafhængig jeg er, derfor er der mange ting, der skal arbejdes med

### **Misbrugers status og indflydelse**

For langt de fleste af de pårørende, der deltager i opfølgningen, gælder det, at deres misbrugende part er ædru og ikke er i behandling.

Således fremgår det af tabel 8.4, at langt de fleste misbrugere (76 %) ikke har et aktivt misbrug ved opfølgningstidspunktet. Seks har svaret ja, tre ved det ikke, og to har ikke svaret.

**Tabel 8.4: Misbruger aktivt misbrug ved opfølgning (N = 45)**

	<b>Antal</b>	<b>Andel i %</b>
<b>Nej</b>	34	75,6
<b>Ja</b>	6	13,3
<b>Ved ikke</b>	3	6,7
<b>Uoplyst</b>	2	4,4
<b>I alt</b>	45	100,0

Ligeledes ser vi, at det også er de fleste, der ikke er i et nyt behandlingsforløb (82 %), fire har svaret ja, og en enkelt ved det ikke.

**Tabel 8.5: Misbruger i nyt behandlingsforløb (N = 45)**

	Antal	Andel i %
Nej	37	82,2
Ja	4	8,9
Ved ikke	1	2,2
Uoplyst	3	6,7
I alt	45	100,0

Statistiske analyser af, om de iagttagede ændringer kan henføres til misbrugers aktive misbrug eller misbrugers nye behandlingsforløb, viste ingen sammenhænge. Dog var størstedelen af misbrugerne ædru ved opfølgning, hvilket sammen med den forholdsvis lille population kan påvirke den statistiske analyse.

Analyserne viser videre, at hvis misbruger var i behandling samtidig med den pårørendes behandling gælder følgende ved opfølgning (PIII):

- det er *mindre* sandsynligt, at den pårørende har deltaget i selvhjælpsgruppe de seneste 30 dage ( $p = .008$ ) - måske fordi misbruger er ædru, og den pårørende derfor ikke finder det så nødvendigt?
- det er *mindre* sandsynligt, at den pårørende anvender misbrugsmestring ( $p = .018$ ), det gælder især at ryge og at spise
- det er *mere* sandsynligt, at den pårørende anvender konstruktive mestringsstrategier ( $p = .024$ )

Dette kan imidlertid antages at bero på, at misbruger, der var i behandling samtidig med den pårørende, i mindre grad ser ud til at have et aktivt misbrug ved opfølgning ½-1 år efter ( $p = .056$ , altså ikke signifikant).

### Opsamling

Det betyder, at de ændringer, der er iagttaget i forbindelse med behandlingen, i vid udstrækning består ½-1 år efter behandling.

Derudover beskriver de kvalitative udsagn, hvordan de pårørende selv vurderer udviklingen. To tredjedele angiver at have ændret adfærd over for misbruger. Det betyder mindre ansvar og kontrol i forhold til den misbrugende part. I stedet sættes grænser, og der vises tillid. Halvdelen af dem, der har børn, har ændret adfærd i forhold til børnene. Således får børnene nu mere plads, opmærksomhed og omsorg, ligesom der i relationen er mere

åbenhed og dialog. De mindre børn er blevet mere trygge, positive og udadvendte, medens de voksne børn er begyndt at sætte grænser for deres misbrugende forældre.

Desuden angiver de pårørende, hvilke følelser og reaktioner de nu har i forhold til den misbrugende part. Reaktionerne afspejler, hvordan det er at være pårørende til henholdsvis en aktiv eller ædru misbruger. Nogle er vrede, bitre og kede af det. Nogle prøver at give slip eller holde afstand. Og andre oplever kærlighed og stolthed, selvom angsten for tilbagefald stadig fylder. Og så er der nogle, der tydeligvis arbejder videre med det, de har lært om medafhængighed, kontrol og selv-omsorg.

Det, vi ikke kan vide, er, om ovennævnte situation skyldes misbrugers ændrede status (ædru), eller det skyldes den pårørendes ændrede status. Derudover ved vi ikke, om den pårørendes ændrede status skyldes behandlingen eller andre faktorer i den pårørendes liv.

For at komme nærmere en forståelse af disse forhold, blev der statistisk kontrolleret for, om de iagttagede ændringer kunne henføres til misbrugers aktive misbrug eller misbrugers nye behandlingsforløb. Ingen af disse forhold gør imidlertid en forskel for de fundne sammenhænge, når der statistisk kontrolleres for disse. Dog var størstedelen af misbrugerne ædru ved opfølgning, hvilket kan påvirke den statistiske analyse.

Tilbage står, at vi ikke ved, hvilke andre faktorer i de pårørendes liv der kunne gøre sig gældende, og at vi arbejder med en forholdsvis lille population ( $N = 45$ ).

Endelig ved vi ikke, om det store frafald (fra 128 pårørende ved PII til 45 pårørende ved PIII) dækker over de mange, som det ikke er gået godt for, og hvor misbruger har taget tilbagefald. Statistiske analyser tyder ikke på det, men det er et forholdsvis lille materiale at arbejde statistisk med, hvilket også giver en vis usikkerhed.





## 9. Behandlingsudbytte og -vurdering

I undersøgelsen var også inkluderet en række spørgsmål til belysning af de pårørendes egen vurdering af behandlingen og det oplevede udbytte heraf. Det skal understreges, at der ikke er tale om en evaluering af Minnesota-behandlingens tilbud til de pårørende, men udelukkende en subjektiv vurdering fra de pårørende.

Besvarelsene stammer fra opfølgningen ½-1 år efter behandling. Derfor har vi kun udsagn fra 45 pårørende fordelt på henholdsvis Tjele og Majorgårdens pårørendebehandling.

### Behandlingsstedet

#### *Tjele*

Alle svarer, at de har været eller stadig er tilknyttet FamilieCenteret i Egved. Kun en enkelt har siden haft kontakt til Randers alkoholrådgivning, men har det ikke mere, og en har eller har haft kontakt med TUBA.

Langt de fleste har ikke længere kontakt med FamilieCenteret (8 personer), to er stadig i tilbuddet, og to er ikke længere i tilbuddet, men har stadig kontakt af og til. Det skal bemærkes, at ni ikke har besvaret spørgsmålet, således at vi kun har informationer om 12 pårørende fra FamilieCenteret.

#### *Majorgården*

Alle deltagere fra Majorgården har været tilknyttet Majorgårdens pårørendetilbud. Ingen skriver om andre tilbud udover selvhjælpsgrupper i AA-regi. Alle angiver, at tilbuddet er stoppet, og kun en enkelt har stadig kontakt til Majorgården af og til.

**Tabel 9.1: Behandlingsstatus samlet (N = 45)**

	Antal	Andel i %
Tilbuddet er ikke stoppet, jeg har stadig kontakt	2	4,4
Tilbuddet er stoppet, kontakt af og til	3	6,7
Tilbuddet er stoppet, ingen kontakt	31	68,9
Uoplyst	9	20,0
I alt	45	100,0

## Samlet udbytte af tilbuddet

### *Tjele*

På Tjele er det 13, der besvarer spørgsmålet om udbytte af behandlingen angivet på en skala fra 1 til 7. Gennemsnitligt ligger vurderingen på 6,23, hvilket svarer til næsten topkarakter (og som dækker over vurderingen 'Meget stort udbytte'). Fordelingen fremgår af tabellen. Igen skal det bemærkes, at otte ikke har svaret. Vi ved altså ikke noget om disse otte, som måske ikke svarer, fordi de er mindre tilfredse? Endelig er der samlet kun 21 tilbage ved opfølgningen, hvilket er et meget spinkelt grundlag af drage generelle konklusioner på.

**Tabel 9.2: Udbytte af behandlingstilbud (N = 21)**

	Antal	Andel i %
<b>Over middel</b>	2	9,5
<b>Stort</b>	6	28,6
<b>Meget stort</b>	5	23,8
<b>Uoplyst</b>	8	38,1
<b>I alt</b>	21	100,0

### *Majorgården*

På Majorgården er det alle 24, der besvarer spørgsmålet om udbyttet af behandlingstilbuddet (en enkelt måtte udgå, fordi hun ikke havde besvaret PII). Gennemsnitligt vurderes behandlingen til at være 5,83 (hvor 7 er højeste vurdering svarende til meget stort udbytte). Lidt lavere end Tjele, men til gengæld har alle her besvaret, hvilket måske kan forklare det lidt lavere snit. Fordelingen fremgår af nedenstående tabel. Igen skal der gøres opmærksom på det meget lave antal af pårørende, og at der derfor ikke kan drages generelle konklusioner.

**Tabel 9.3: Udbytte af behandlingstilbud (N = 24)**

	Antal	Andel i %
<b>Lidt</b>	1	4,2
<b>Middel</b>	3	12,5
<b>Over middel</b>	3	12,5
<b>Stort</b>	8	33,3
<b>Meget stort</b>	9	37,5
<b>I alt</b>	24	100,0

Samlet har to tredjedele af de pårørende haft et stort eller meget stort udbytte af pårørendebehandlingen. Alle på nær én angiver at have haft middel til stort udbytte. Igen ved vi ikke noget om de otte, der ikke har svaret, ligesom vi ikke ved noget om frafaldet ved opfølgningen. Til gengæld er det temmelig lang tid efter behandlingen (½-1 år), hvilket man kunne forestille sig kunne få oplevelsen til at 'falme'. Det ser imidlertid ikke ud til at være tilfældet.

**Tabel 9.4: Alle pårørendes samlede udbytte af behandlingstilbuddet (N = 45)**

	Antal	Andel i %
<b>Intet</b>	0	
<b>Lidt</b>	1	2,2
<b>Under middel</b>	0	
<b>Middel</b>	3	6,7
<b>Over middel</b>	5	11,1
<b>Stort</b>	14	31,1
<b>Meget stort</b>	14	31,1
<b>Uoplyst</b>	8	17,8
<b>I alt</b>	45	100,0

De følgende kvalitative udsagn belyser mere nuanceret, hvad ovennævnte tal udtrykker.

### **Oplevede forandringer**

Typiske forandringer er lettelse, balance og overskud, at blive afklaret, få indsigt og forståelse, at kunne passe på sig selv, sætte grænser og ikke føle skyld.

#### **Tjele:**

- Lettelse ved at finde ud af, at jeg har mit eget liv, min mand er bange for min selvstændighed, mine børn synes det er fedt!
- Er blevet bedre til at passe på mig selv
- Bedre mod mig selv
- Lært at passe på mig selv, det prøver jeg at huske
- Har givet mig mere sindsro, jeg er blevet bedre til at sige fra
- Mere afklaret, større accept af mig selv og situationen, større kærlighed til min mor
- Mere afklaret om sygdommen alkoholisme
- Indsigt, åbenhed i samtaler, kan bruge rette ord, kan tale frit med mine børn, kalde en skovl for en skovl

- Større forståelse af alkoholisme som en sygdom og accept af egen reaktion
- At se mere positivt på livet
- At det ikke er min skyld, jeg skal ikke kontrollere og være mistænksom, mere åben og i balance. Mine børn har overskud, er i balance og nyder livet
- Mine børn skal også i behandling på FC, når de bliver gamle nok (9 år)

### ***Majorgården:***

- Mere afklaret med mig selv og min barndom
- Kan se min egen familiehistorie i et andet perspektiv
- Større forståelse for alkoholmisbrug og medafhængighed. Har lært, at det er min søn, der har problemer, og at jeg ikke skal tage ansvar for hans liv. Han er meget psykisk syg, tog tilbagefald
- Jeg har lært, at jeg ikke kan hjælpe, og at jeg ikke er skyldig
- Jeg er blevet bedre til at sætte grænser. Min far har intet lært, drak umiddelbart efter udskrivelsen
- Ikke mere ensom, men nu glad, tilfreds, bedre selvværd, bedre til at takle problemer, bedre til at mærke og sætte ord på følelser, ærlig og sjældent angst
- Forventer ikke længere noget af min svigerfamilie, håber på det bedste
- Faktisk stort udbytte, selvom jeg ikke troede det. Min kone ændrede sig totalt, drikker ikke mere og har stor lyst til at tale om alt. Jeg tror, hun har set lyset! Stort sammenhold og glæde, ærlighed.
- Min mor fik virkelig øjnene op. Opdagede hvor meget alkohol og piller har fyldt i familien i generationer
- Min far blev ædru og mere troende, vores forhold er blevet mere naturligt og ærligt, en lettelse og skønt at være sammen med ham
- Mindre depressiv, mindre vred og mere oplyst
- Fået styr på mit eget liv
- Kan bedre sige fra over for hans 'tør-druk' og jalousi
- Accept og bedre forståelse af mig selv og min mor. Bedre til at mærke mine egne behov og at handle på det
- Forstod hvor meget min mand fyldte negativt, gjorde det lettere at træffe beslutninger ud fra egne følelser
- Via indsigt, forståelse og respekt for afhængige
- Jeg oplevede forvirring, frustration, klarhed, selvværd, glæde, uafhængighed. Min partner oplevede skyld, sårbarhed, forståelse, klarhed og ansvar

- Kan nu bedre forstå sygdommen og mig selv
- Er blevet opmærksom på mine egne behov, mere tryk. Min mand er blevet nærværende, sig selv, og glad for tilværelsen
- Blevet mere bevidst om alkohol og min egen rolle
- Min mand er blevet mere åben og kan tale om sine inderste følelser
- Misbruget er stoppet, der er kommet mere ro på tingene, men der er også meget, der skal rettes op, hvis det kan lade sig gøre

*Hvilke forandringer har det givet for jer som par/familie?*

Her er oplevelserne tydeligt delt i to grupper. En gruppe, der overvejende har oplevet positive forandringer, herunder ro og stabilitet, harmoni, forståelse, overskud, mindre angst, selvstyrke samt et øget sammenhold, der bl.a. viser sig ved engagement, opmærksomhed og interesse fra misbruger. Og så er der en anden gruppe af pårørende, der bestemt ikke har oplevet positive forandringer. De har derimod oplevet brud, afstandtagen og skilsmisse, og de er ikke overraskende vrede og usikre, ligesom de føler sig svigtede. En enkelt udtrykker irritation over den misbrugende parts afhængighed af AA-møder, en anden at tilstanden nærmest er blevet værre efter misbrugers behandling.

**Tjele:**

- Et helt nyt kapitel
  - Han kan mærke, jeg er blevet stærkere
  - Projekter færdiggøres, opmærksomhed og interesse fra S til familien, humørsvingninger hænger sammen med situationen
  - Ro, en stabil hverdag
  - Et roligere liv
  - Mere ro i sindene
  - Ikke så bange for fremtiden, mere overskud på job og til familie/venner
  - Større glæde
- 
- Vi er måske en lidt usikker familie
  - Vi er afhængige af at være hjemme, dvs. i nærheden af hans AA-møder
  - Mine følelser har fået et knæk – gift i 24 år
  - Vrede, dårlig kommunikation
  - Familien gik i opløsning 1 – 2 måneder efter behandling
  - Alkohol som sygdom ødelagde familien, han har altid drukket, men det blev værre; han gik ind i sig selv, ignorerede os

### ***Majorgården:***

- Følelsesmæssig ro, afklaret om mig og min barndom
- Mere harmoni
- Bedre sammenhold
- Større forståelse af mig selv og familien, ro
- Gode forandringer, da jeg er blevet mere harmonisk
- Mere åbenhed og mere samtale, mere glæde
- Åbenhed, taler om følelser, der er kun positivt at sige om forandringen
- Min mand er blevet mere åben omkring følelser
- Lettere for min mand at se, at jeg passer lidt bedre på mig selv følelsesmæssigt
- Lettelse at far er ædru, skønt at være mere sammen med ham
  
- Afstået fra at samle familien; umuligt med alkohol der styrer selskabet
- Mine børn ser mindre til deres bedsteforældre, mand og jeg skændes om familien
- Nu fraskilt, givet mere harmoni og forudsigelighed
- Ingen
- Ingen, da han ikke kan/vil indrømme sine fejl
- Familien er opløst
- Kommet længere fra hinanden

### **Størst udbytte**

Samlet set er det største udbytte tydeligt det at møde og snakke med ligsindede. For nogle har det også været godt med individuelle samtaler. På Majorgården fremhæves specifikt undervisningen og efterbehandlingen som specielt udbytterig. Især den efterbehandling, der bliver tilbudt de voksne børn, ser ud til at have været særligt værdifuld.

Enkelt har tillige søgt hjælp andetsteds, f.eks. ved TUBA eller privatpraktiserende psykolog. Endelig er der en enkelt, som synes det vigtigste har været faderens behandling.

### ***Tjele:***

- FC (= FamilieCenteret/Tjele), snakke med andre, der slås med de samme problemer
- Ugeopholdet på FC, og individuelle samtaler hos TUBA-København
- Det hele
- Samtalerne med andre i samme situation

- At være sammen med andre i samme livssituation og med samme problemer
- Samtalerne
- At være sammen med andre i samme situation
- Gode samtaler på holdet, samværet om aftenen
- At alkoholisme er en sygdom, indsigt heri, samvær med andre, som er eller har været i samme situation, var forrygende godt!
- At tale med Bente og at høre de andre kursisters historie
- Det hele
- Mod til at komme videre med mit eget liv

### ***Majorgården:***

- Gruppeforløb for voksne børn
- Gruppearbejde
- Voksne børn programmet; handlede om mig, var sammen med lige-sindede, gode terapeuter
- Efterbehandlingen
- Efterbehandlingen var rigtig god og støttende for mig
  
- Undervisningen på Majorgården, den venlige og forstående holdning
- Undervisning om afhængighedsmåder, og hvordan det påvirker børn
  
- Forløbet som helhed
- Hele familiebehandlingsprogrammet
- Familieprogrammet og grupperne, samt hvor vi begge var til stede
  
- De tre dage med Sanne
  
- At høre på andre i samme situation
- At den følelsesmæssige tur rundt i manegen sker for alle pårørende, ikke kun for mig, fordi jeg er for god af mig
- At det er ok at sige fra og at lægge mærke til, hvor meget grænser skrider
  
- At se egen rolle i sygdommen
- At jeg må tage ansvar for mit liv og min mand for hans, herunder sit misbrug
  
- Min fars behandling
- At gå til psykolog (efterfølgende)

### **Hvad er savnet, eller hvad kunne være anderledes**

Idéer til forbedringer får vi også fra de pårørende. Det er mere af det hele, mere tid, længere forløb, flere samtaler.

Men også konkrete forslag, såsom mere om selvværd og redskaber til at ændre adfærd, opfølgning på familiesamtalerne, hjælp til at komme videre uden misbruger, udbredelse af kendskabet til selvhjælpsgrupper i AA-regi, og at behandlerne præsenterede sig, inden de holdt foredrag

#### ***Tjele:***

- Flere samtaler, mere tid
- Gik fra hinanden to måneder efter behandlingen, min kones ønske, jeg kunne godt have brugt noget hjælp der, jeg har ikke længere kontakt til AA
- Udbred kendskabet til Al-Anon (selvhjælpsgruppe i AA-regi for pårørende til alkoholikere). Fantastisk at være med i en gruppe, får altid noget med hjem
- At de forskellige behandlere præsenterede sig, inden de holdt foredrag
  
- Intet, alt var så supergodt, holdet, personalet – pragtfulde mennesker
- Perfekt hjælp, taknemmelig for AA og FamilieCenteret – trygt at også mine børn kunne få hjælp
- Intet savnet
- Ved ikke, har fået stort udbytte

#### ***Majorgården:***

- Mere konkret om selvværd, og hvordan man bryder med gamle adfærds- og tankemønstre
- Mere undervisning om sygdomsforståelsen
- Længere gruppeforløb
- Opfølgning på familiesamtaler
- Længerevarende tilbud
- At deres dygtighed også var administrativ dygtighed
- Mere aggressiv tilgang til behandling af relationsproblemer
- Det offentliges manglende forståelse for de pårørende
- Der har ikke manglet noget, da vi endelig kom i gang
- Intet



## **Opsamling**

Samlet vurderer to tredjedele af de pårørende, at de har haft et stort eller meget stort udbytte af deres behandling. Alle på nær én har haft et udbytte på middel eller derover.

Typisk oplevede forandringer er lettelse, balance og overskud, at blive afklaret, få indsigt og forståelse, at kunne passe på sig selv, sætte grænser og ikke føle skyld.

Specifikt i forhold til parforhold og/eller familie er oplevelserne delt i to grupper. En gruppe, der overvejende har oplevet positive forandringer, herunder ro og stabilitet, harmoni, forståelse, overskud, mindre angst, selvstyrke samt et øget sammenhold, der bl.a. viser sig ved engagement, opmærksomhed og interesse fra misbruger. Og en anden gruppe af pårørende, der bestemt ikke har oplevet positive forandringer. De har derimod oplevet brud, afstandtagen og skilsmisse, og de er ikke overraskende vrede og usikre, ligesom de føler sig svigtede.

Størst udbytte af behandlingen har de pårørende haft i mødet og samtalerne med ligesindede. For nogle har det også været godt med individuelle samtaler. På Majorgården fremhæves specifikt undervisningen og efterbehandlingen som specielt udbytterig. Især den efterbehandling, der bliver tilbudt de voksne børn, ser ud til at have været særligt værdifuld.

Idéer til forbedringer får vi også fra de pårørende. Det er mere af det hele; mere tid, længere forløb, flere samtaler. Men der er også konkrete forslag til forbedringer, såsom mere om selvværd og redskaber til at ændre adfærd, opfølgning på familiesamtalerne og hjælp til at komme videre uden misbruger.

Alt i alt ser det positivt ud, men det er samtidig vigtigt at bemærke, at vi arbejder med et forholdsvist stort frafald ved opfølgningstidspunktet, og at vi ikke ved, om dette frafald dækker over dem, der ikke har været tilfredse med behandlingen. Ligeledes er det et forholdsvist lille materiale at arbejde statistisk med, hvilket også giver en vis usikkerhed.



## 10. Behandlingsresumé

Der er sket ganske mange ændringer på tidspunktet umiddelbart efter behandling.

En ren kvantitativ optælling blandt de forskellige pårørende viser, at det især er partner, der oplever forandringer i forbindelse med behandling. Dernæst følger voksne børn, tidligere partner og forældre. Set i lyset af, at partner og voksne børn er omtrent lige belastede ved behandlingsstart, er der altså noget, der tyder på, at de voksne børn har brug for noget mere/andet.

De forandringer, der kan iagttages, er bl.a. i forhold til social støtte, hvor de pårørende i højere grad har kontakt til ligesindede, kan tale om tanker og følelser, generelt er mere tilfredse med den sociale støtte, de modtager, og i mindre grad føler sig svigtet.

Antallet af familiekonflikter er reduceret, ligesom familien er blevet mindre dysfunktionel. De pårørende føler sig mindre belastet. Det gælder såvel i forhold til familiekonflikter som i forhold til sociale problemer som sådan. Dette afspejles tillige i forhold til målinger af de pårørendes symptomer på belastning, der er stærkt reduceret.

Også belastninger i parforholdet er blevet reduceret, og de pårørende er blevet mere trygge i deres parforhold, ligesom de i højere grad kan tale frit med misbruger, også om alkoholproblemerne.

De pårørende er også blevet bedre til at mærke og udtrykke deres følelser og behov, de er blevet bedre til at drage omsorg for sig selv, tage ansvar for det, der er deres, og undlade ansvar for det, der ikke er deres. De har fået mindre skyldfølelse, de er blevet mindre bekymrede for misbruger, kontrollerer i mindre grad misbruger og tager også i mindre grad ansvar for misbruger. Derudover oplever de pårørende i mindre grad, at misbruger fylder og stjæler opmærksomhed samt at opgave og ansvarsfordelingen i hjemmet er blevet bedre.

De pårørende har også fået mere selvværd, deres mestringsstrategier er mere konstruktive, og de har reduceret misbrug af forskellig art til at være stort set ikke-eksisterende.

I det hele taget fremstår de pårørende langt stærkere, med flere ressourcer og kompetencer og langt mindre belastet.

Til at supplere de kvantitative data bestod materialet tillige af en lang række kvalitative udsagn. Disse bekræfter i vid udstrækning de kvantitative data, ligesom de bringer nuancer og dybere forståelse til de pårørendes situation efter behandling.

Således fremgår det, at seks ud af ti angiver, at de har ændret adfærd over for misbruger. Det handler om øget selvstyrke, at de er blevet bedre til at mærke og udtrykke egne følelser og behov, sætte grænser for misbruger, og om nødvendigt holde afstand til misbruger. For mange er forholdet til misbruger blevet forbedret, byggende på ligeværdighed og kærlighed, og der tales mere åbent om problemer. Der tages hensyn ud fra en forståelse af misbrug og misbruger, ikke på grundlag af medlidenhed eller angst. Nogle har også lært at give slip og afgive ansvar.

Specifikt i forhold til parforhold og/eller familieforhold er der en hel del, der synes, det er blevet meget bedre. De fortæller om øget kærlighed, samhørighed, nærhed, respekt og åbenhed. Om at tale sammen, om alt og ordentligt. Og mange om at have fået ro. Om ny ansvarsfordeling og nye roller. Om at gøre ting sammen som par og/eller familie. Om at få venner – igen. Om børnenes øgede trivsel. Og om ny indsigt og nye redskaber til forandring, herunder glæden ved netværk (AA-regi). Om at have lært noget og ændret sig som person.

Blandt dem, der har børn, er det syv ud af ti, der mener, at de efter behandling har ændret adfærd over for deres børn. Det er imidlertid ikke alle, der har små børn. Nogle har voksne børn, og for nogle er det børnene, der er misbrugere!

De rapporterede ændringer handler meget om kommunikation, at der nu tales åbent og ærligt om alkoholproblemerne i familien, men også om følelser i det hele taget. Der er kommet mere overskud og balance ind i familien, hos børnene og i særdeleshed i forældreskabet. For nogle betyder dette mere glæde, omsorg og frem for alt mere plads til børnene. Børnene rykker simpelthen op i prioritet. For andre handler det i højere grad om at turde stå ved sig selv som forælder, at 'stramme op', tage sit ansvar som forælder alvorligt i forhold til at sætte grænser og lave regler. Og så bliver der givet plads til, at også misbruger kan få plads i forholdet til sine børn.

En stor del af børnene har tydeligvis fået det meget bedre efter forældrenes behandling. De er mere glade, rolige og trygge nu. Men det er også tydeligt, at for en lige så stor del af børnene er det stadig rigtig svært at være børn i disse familier, hvad enten det så er mindre børn eller voksne børn. Nogle har ingen kontakt til den misbrugende part. En del er angste for tilbagefald, tilbageholdende, afventende og iagttagende. For disse børn er det tydeligvis ikke nok, at deres forældre har været i behandling, hvad enten det så er som misbruger eller som pårørende. Disse børn skal enten have tid

til at komme sig og erfare, at misbruger forbliver ædru og igen er til at stole på. Eller børnene skal have mere hjælp.

Overordnet kan de pårørendes følelser og reaktioner over for misbruger efter behandling inddeles i tre nogenlunde lige store grupper. En gruppe er overvejende negativ. Her fylder vrede, had, skuffelse, bitterhed og fortrydelse. Der er følelser som smerte, tristhed, sorg og savn. Og der er bekymringer for fremtiden samt afmagt og opgivelse.

En anden gruppe er udpræget ambivalent. De udtrykker stærke modsatrettede følelser, såsom kærlighed og vrede, empati og had, glæde og sorg, håb og bekymring, tillid og mistro, stolthed og afsky. Det kan være samtidige følelser eller perioder, der afløser hinanden.

Og endelig er der en gruppe af pårørende med overvejende positive følelser, som de allerede nævnte, men uden forbehold af overskyggende art. Især ses kærlighed, stolthed, sympati, tolerance, følelsesmæssig balance og ro. Samt optimisme, tillid og håb.

Som antydnet ovenfor fremgår det imidlertid også af de kvalitative udsagn, at tiden efter pårørendebehandling er meget præget af usikkerhed overfor 'det nye liv'. Et nyt liv, der rummer både muligheder og risici. Nogle fortæller, at de har fået nye redskaber, som de først skal til at lære at bruge, men at de er optimistiske og forventningsfulde. Andre, at den misbrugende part først lige er blevet ædru eller er i gang med at blive det, og at der i det også ligger noget ukendt og et forandringspotentiale.

Mange fortæller om at lære at tro på det gode, og at de forbedringer, de har set, også kan vare ved.

Angsten for tilbagefald fylder temmelig meget. Og faktisk ødelægger angsten for tilbagefald glæden og nuet for en del, ligesom det skaber afstand og uærlighed i relationen til misbruger.

Og for nogle er det sandheden om livet med en afhængig, der ikke vil forandre sig, og det smertefulde i det. De skal først nu til at finde ud af, hvad de skal stille op med det og deres egen fremtid.

Som allerede nævnt, kan det ikke med sikkerhed afgøres, hvad der er årsag til de iagttagede ændringer i de pårørendes trivsel. Om det er de pårørendes behandling, misbrugers behandling/adfærdsændring, eller helt andre faktorer i de pårørendes liv. Dog er det værd at bemærke, at der er ganske mange ændringer, og at langt de fleste er stærkt signifikante, ligesom kvalitative udsagn i vid udstrækning bekræfter antagelsen om effekt af pårørendebehandlingen .

Ved opfølgningen ½-1 år efter behandling viser det sig, at de ovennævnte ændringer iagttaget i forbindelse med behandlingen i vid udstrækning består.

Derudover beskriver de kvalitative udsagn, hvordan de pårørende selv vurderer udviklingen. To tredjedele angiver at have ændret adfærd over for misbruger. Det betyder mindre ansvar og kontrol i forhold til den misbrugende part. I stedet sættes grænser, og der vises tillid. Halvdelen af dem, der har børn, har ændret adfærd i forhold til børnene. Således får børnene nu mere plads, opmærksomhed og omsorg, ligesom der i relationen er mere åbenhed og dialog. De mindre børn er blevet mere trygge, positive og udadvendte, medens de voksne børn er begyndt at sætte grænser for deres misbrugende forældre.

Desuden angiver de pårørende, hvilke følelser og reaktioner de nu har i forhold til den misbrugende part. Reaktionerne afspejler, hvordan det er at være pårørende til henholdsvis en aktiv eller ædru misbruger. Nogle er vrede, bitre og kede af det. Nogle prøver at give slip eller holde afstand. Og andre oplever kærlighed og stolthed, selvom angsten for tilbagefald stadig fylder. Og så er der nogle, der tydeligvis arbejder videre med det, de har lært om medafhængighed, kontrol og selv-omsorg.

Det, vi ikke kan vide, er, om ovennævnte situation skyldes misbrugers ændrede status (ædru), eller om det skyldes den pårørendes ændrede status. Derudover ved vi ikke, om den pårørendes ændrede status skyldes behandlingen eller andre faktorer i den pårørendes liv. Eller for den sags skyld om misbrugers fortsatte afholdenhed skyldes den pårørendes behandlingsforløb.

For at komme nærmere en forståelse af disse forhold, blev der statistisk kontrolleret for, om de iagttagede ændringer kunne henføres til misbrugers aktive misbrug eller misbrugers nye behandlingsforløb. Ingen af disse forhold gør imidlertid en forskel for de fundne sammenhænge, når der statistisk kontrolleres for disse. Dog var størstedelen af misbrugerne ædru ved opfølgning, hvilket kan påvirke den statistiske analyse.

Tilbage står, at vi ikke ved, hvilke andre faktorer i de pårørendes liv der kunne gøre sig gældende, og at vi arbejder med en forholdsvis lille population (N = 45).

Endelig ved vi ikke, om det store frafald (fra 128 pårørende ved PII til 45 pårørende ved PIII) dækker over de mange, som det ikke er gået godt for, og hvor misbruger har taget tilbagefald. Statistiske analyser tyder ikke på

det, men det er et forholdsvist lille materiale at arbejde statistisk med, hvilket også giver en vis usikkerhed.

I forhold til de pårørendes egen subjektive vurdering af behandlingen og deres udbytte fremgik det, at to tredjedele af de pårørende samlet vurderer, at de har haft et stort eller meget stort udbytte af deres behandling. Alle på nær én har haft et udbytte på middel eller derover.

Typisk oplever de pårørende forandringer som: lettelse, balance og overskud, at blive afklaret, få indsigt og forståelse, at kunne passe på sig selv, sætte grænser og ikke føle skyld.

Størst udbytte af behandlingen har de pårørende haft i mødet med lige-sindede, om end nogle også har haft brug for individuelle samtaler. Derudover har de været glade for undervisning om alkohol og afhængighed, ligesom efterbehandlingen fremhæves, især blandt de voksne børn.

De pårørendes forslag til udvikling på området handler generelt om mere af det hele. Specifikt ønsker de at arbejde mere med selvværd samt hjælp til adfærdsændringer. Derudover efterbehandling, bestående af bl.a. opfølgning af familiesamtalerne samt hjælp til et liv uden den drikkende part.

Alt i alt ser det positivt ud, men det er samtidig vigtigt at bemærke, at vi arbejder med et forholdsvist stort frafald ved opfølgningstidspunktet, og at vi på trods af positive statistiske analyser ikke med sikkerhed ved, om dette frafald dækker over dem, der ikke har været tilfreds med behandlingen. Ligeledes er det et forholdsvist lille materiale at arbejde statistisk med, hvilket også giver en vis usikkerhed.

Tilbage står det faktum, at der for mange pårørende er sket store og afgørende ændringer i deres liv i forbindelse med, at de har deltaget i behandling. Forandringer der også holder sig stabile på længere sigt. De mange kvalitative udsagn vidner om, at dette ikke alene handler om misbrugers behandlingsforløb/afholdenhed, om end dette må formodes at spille ind. I lyset af dette må vi anerkende, at en stor del af de pårørende faktisk profiterer ganske meget af behandlingen. Bliver stærkere, får mere selvværd, får viden, indsigt og redskaber, som de også i vid udstrækning formår at anvende konstruktivt og til at skabe forandring, ikke kun for sig selv, men også for deres børn.





## 11. Diskuterende sammenfatning

Nærværende rapport er den anden i en række af tre, der tilsammen har det overordnede formål at give en bred indføring i forhold til temaet 'Alkohol og relationer' fra såvel de pårørendes som den drikkende parts perspektiv. Et alkoholproblem defineres som 'alkoholbrug af en sådan karakter og/eller omfang, at dette opleves problematisk for den, der drikker, og/eller de pårørende'. Pårørendegruppen består af voksne børn, partnere, tidligere partnere, forældre, søskende, anden familie og venner.

Af den første rapport "Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv" fremgår det, at der i Danmark antages at være omtrent 500.000 med et problematisk alkoholforbrug. 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. Estimerne for antallet af pårørende bekræftes tillige af danske undersøgelser på området.

Ifølge en ganske omfattende og solid international og national litteratur samt resultater fra undersøgelsen "Alkohol og relationer" fremgår det bl.a., at de pårørende kan være mindst lige så belastede som den drikkende part. Det gælder følelsesmæssigt, socialt, helbredsmæssigt, økonomisk og arbejdsmæssigt. Og det gælder især for partner, børn og forældre, men også nære venner og anden familie kan være belastet.

Specifikt i forhold til parforholdet finder vi et forhøjet niveau af utilfredshed, mere 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.

Hvad angår børn og voksne børn udgør de en særlig risikogruppe. 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 forringede udviklingsbetingelser med, for nogle, deraf følgende alvorlige, varige skader. 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. Således er det op imod halvdelen af børnene, der har vanskeligheder helt ind i voksenalder.

Forældre og søskende er til gengæld ikke undersøgt tilnærmelsesvist så grundigt som partner og børn. Den sparsomme forskning giver dog viden

om, at de også kan være belastede som følge af livet med alkoholproblemer, hvilket også bekræftes af undersøgelsen ”Alkohol og relationer”.

Dertil kommer, at de økonomiske omkostninger for samfundet er langt mere vidtrækkende end tidligere antaget. F.eks. viser nyere forskning, at familiemedlemmer til en misbruger har flere helbredsmæssige problemer og som følge heraf har en brugsrate af sundhedssystemet, der er op til fire gange større end familiemedlemmer til en ikke-misbruger. Det betyder, at reelle økonomiske betragtninger vedrørende alkoholproblemer i langt højere grad må inddrage partner, børn, søskende og forældre. Derudover må man være opmærksom på, at alkoholproblemer har konsekvenser udover det sundhedsmæssige felt, herunder psykiske, sociale og arbejdsmæssige konsekvenser. Især i forhold til børnene er problemerne og dermed udgifterne ofte af langvarig karakter.

Af både den foregående og nærværende rapport fremgår det, at der er tale om en gensidig vekselvirkning, hvor ikke blot de pårørende påvirkes af alkoholproblemerne, men hvor også den, der drikker, påvirkes af de pårørende, ikke mindst i forhold til drikkeadfærd, behandling og tilbagefald. Således er der dokumentation for, at en inddragelse af de pårørende i alkoholbehandlingen generelt kan påvirke såvel alkoholadfærd som familiefunktion i en gunstig retning, og at den familie- og relationsorienterede alkoholbehandling i nogle tilfælde endda er bedre alkoholbehandling end individuel alkoholbehandling. Derudover kan inddragelse af og fokus på familiemedlemmerne føre til reduktion af indvirkning og skade på familiemedlemmerne selv, herunder ikke mindst børn.

Rationalet for at arbejde med de pårørende er således flerfoldigt. Først og fremmest handler det om, at de pårørende kan have problemer, der i forskelligt omfang kræver behandling. Dernæst handler det om at forebygge fremtidige problemer blandt de pårørende, ikke mindst i forhold til børnene. For nogle pårørende vil det være hjælp til at leve et liv med alkoholproblemer, medens det for andre vil være hjælp til en løsrivelse fra den drikende part.

Dertil kommer den drikkes situation, hvor de pårørende kan spille en afgørende rolle i forhold til at motivere den, der drikker, til behandling, fastholde og øge behandlingseffekt samt forebygge tilbagefald. Hvilket jo så igen er til fordel for de pårørende.

I den forbindelse viser det sig, at der er adskillige evidensbaserede behandlingsmetoder, der kan anvendes i forhold til pårørende og alkoholproble-

mer. Mange er primært rettet mod den drikkende parts situation, nogle er rettet mod begge parter, og andre er rettet primært mod de pårørendes situation. Alle har de på forskellig vis gavnlig effekt i forhold til såvel den, der drikker, som de pårørende.

Især ser vi metoder som UFT og CRAFT, der ved en inddragelse af de pårørende uden den drikkende part kan motivere den, der drikker, til at starte i behandling, ligesom de har gavnlig effekt på de pårørende. Derudover ses adfærdsterapeutisk parterapi, der ved at inddrage partner øger den positive behandlingseffekt for såvel den drikkende part som dennes familie (herunder børn).

Uanset formålet er det tydeligt, at mange af de nævnte behandlinger har enslydende elementer, ligesom mange behandlingsindsatser 'i det virkelige liv' ofte består af flere forskellige behandlingselementer og -metoder.

Endnu mangler en afklaring af, hvilke metoder og specifikke behandlingselementer, der er hensigtsmæssige til hvilke alkoholproblemer og hvilke pårørende. Det er usandsynligt, at alle vil have gavn af den samme behandling, hvilket også afspejles i de til tider modsatrettede resultater. Også derfor er det vigtigt, at der er flere mulige tilbud til såvel den drikkende part som de pårørende.

Således er det vigtigt, at der til enhver alkoholbehandling hører 'skadesreducerende elementer'. Ikke blot i forhold til den drikkende part, men også i forhold til de pårørende. Det betyder, at et positivt behandlingsudfald handler om andet og mere end blot drikkeadfærd. Reduktion i de relationelle omkostninger, ikke mindst i forbindelse med familiemedlemmernes psykiske, fysiske og sociale påvirkning, er et andet vigtigt behandlingsudfald.

Resultater fra undersøgelsen "Afhængighed og relationer" viser, at der sker ganske mange ændringer for de pårørende i forbindelse med pårørendebehandlingen.

En ren kvantitativ optælling blandt de forskellige pårørende viser, at det især er partner, der oplever forandringer i forbindelse med behandling. Dernæst følger voksne børn, tidligere partner og forældre. Set i lyset af, at partner og voksne børn er omtrent lige belastede ved behandlingsstart, er der altså noget, der tyder på, at de voksne børn har brug for noget mere/andet.

De forandringer, der kan iagttages, er bl.a. i forhold til oplevelsen af social støtte, hvor de pårørende føler sig mindre svigtet og mere tilfredse. Antallet af familiekonflikter er reduceret, ligesom familien er blevet mindre dysfunktionel. De pårørende føler sig i mindre grad socialt belastet. Dette af-

spejles tillige i forhold til målinger af de pårørendes symptomer på psykisk belastning, der er stærkt reduceret.

Også belastninger i parforholdet er blevet reduceret, og de pårørende er blevet mere trygge i deres parforhold, ligesom de i højere grad kan tale frit med den, der drikker, også om alkoholproblemerne.

De pårørende er også blevet bedre til at mærke og udtrykke deres følelser og behov, de er blevet bedre til at drage omsorg for sig selv, tage ansvar for det, der er deres og undlade ansvar for det, der ikke er deres. De har fået mindre skyldfølelse, de er blevet mindre bekymrede for den drikkende part, og de kontrollerer i mindre grad den, der drikker. Derudover oplever de pårørende i mindre grad, at den drikkende fylder og stjæler opmærksomhed samt at opgave- og ansvarsfordelingen i hjemmet er blevet bedre.

De pårørende har også fået mere selvværd, deres mestringsstrategier er mere konstruktive, og de har reduceret eget misbrug af forskellig art til at være stort set ikke-eksisterende.

I det hele taget fremstår de pårørende langt stærkere, med flere ressourcer og kompetencer og langt mindre belastede.

Til at supplere de kvantitative data bestod materialet tillige af en lang række kvalitative udsagn. Disse bekræfter i vid udstrækning de kvantitative data, ligesom de bringer nuancer og dybere forståelse til de pårørendes situation efter behandling.

Således fremgår det, at seks ud af ti angiver, at de har ændret adfærd over for den, der drikker. Det handler om øget selvstyrke, at de er blevet bedre til at mærke og udtrykke egne følelser og behov, sætte grænser for den drikkende part, og om nødvendigt holde afstand. For mange er forholdet til den, der drikker, blevet forbedret, byggende på ligeværdighed og kærlighed, og der tales mere åbent om problemer. Der tages hensyn ud fra en forståelse af det at have alkoholproblemer, og ikke på grundlag af medlidenhed eller angst. Nogle har også lært at give slip og afgive ansvar.

Specifikt i forhold til parforhold og/eller familieforhold er der en hel del, der synes det er blevet meget bedre. De fortæller om øget kærlighed, samhørighed, nærhed, respekt og åbenhed. Om at tale sammen, om alt og ordentligt. Og mange om at have fået ro. Om ny ansvarsfordeling og nye roller. Om at gøre ting sammen som par og/eller familie. Om at få venner – igen. Om børnenes øgede trivsel. Og om ny indsigt og nye redskaber til forandring, herunder glæden ved netværk (AA-regi). Om at have lært noget og ændret sig som person.

Blandt dem, der har børn, er det syv ud af ti, der mener, at de efter behandling har ændret adfærd over for deres børn. I den forbindelse er det vigtigt at bemærke, at ikke alle har små børn. Nogle har voksne børn, og for andre er det børnene, der har alkoholproblemer!

De rapporterede ændringer i relationen til børnene handler meget om kommunikation, at der nu tales åbent og ærligt om alkoholproblemerne i familien, men også om følelser i det hele taget. Der er kommet mere overskud og balance ind i familien, hos børnene og i særdeleshed i forældreskabet. For nogle betyder dette mere glæde, omsorg og frem for alt mere plads til børnene. Børnene rykker simpelthen op i prioritet. For andre handler det i højere grad om at turde stå ved sig selv som forælder, at 'stramme op', tage sit ansvar som forælder alvorligt i forhold til at sætte grænser og lave regler. Og så bliver der givet plads til, at også misbruger kan få plads i forholdet til sine børn.

En stor del af børnene har tydeligvis fået det meget bedre efter forældrenes behandling. De er mere glade, rolige og trygge nu. Men det er også tydeligt, at for en ligeså stor del af børnene er det stadig rigtig svært at være børn i disse familier, hvad enten det så er mindre børn eller voksne børn. Nogle har ingen kontakt til den drikkende part. En del er angste for tilbagefald, ligesom de er tilbageholdende, afventende og passivt iagttagende.

*Glæde over at kunne tale med deres far, som nu lytter til dem. Glade for at far igen kan deltage i familien. Men alle er de bange for tilbagefald.*

*De oplever mig mere stærk og konsekvent. Deres far er som i gamle dage, men de har mistet respekten for ham og har svært ved at tro på, at han ikke får tilbagefald.*

*Ved aftaler med børnene melder han sig syg pga. druk, børnene bliver så skuffede, det gør ondt.*

*De er skamfulde over deres mor, teenager prøver bare at glemme.*

*Måske er de bange, måske er de vrede, men de holder det inde.*

*De føler sig svigtet og har ikke meget tillid tilbage.*

*De føler, jeg svigter dem ved at blive sammen med deres far, når han drikker.*

*De er iagttagende og kontrollerende, selv barnebarnet på 10 år følger morfar som en skygge (han må ikke købe vin).*

For disse børn er det tydeligvis ikke nok, at deres forældre/bedsteforældre har været i behandling, hvad enten det så er som 'misbruger' eller som pårørende. Nogle af disse børn har formodentlig brug for tid til at komme sig og erfare, at den drikkende part forbliver ædru, og igen er til at stole på. Andre kan derimod formodes at have brug for noget mere. Det kan være i forhold til at håndtere situationen med en stadigt eller periodevist drikkende forælder, eller det kan være til at håndtere den nye situation med en ædru forælder og alt, hvad det indebærer, herunder angsten for tilbagefald. Endelig kan der være skader opstået som følge af livet i en familie med alkoholproblemer, der ikke bare repareres alene som følge af den drikkende forælders ædruelighed. Indsatser i forhold til børnene kan foregå enten igennem deres forældre (som måske kan have brug for hjælp til denne opgave) eller ved tilbud rettet direkte mod børnene (f.eks. børnegrupper, familiesamtaler eller individuelle samtaler).

Overordnet kan de pårørendes følelser og reaktioner over for den drikkende part efter pårørendebehandlingen inddeles i tre nogenlunde lige store grupper. En gruppe er overvejende negativ. Her fylder vrede, had, skuffelse, bitterhed og fortrydelse. Der er følelser som smerte, tristhed, sorg og savn. Og der er bekymringer for fremtiden samt afmagt og opgivelse.

En anden gruppe er udpræget ambivalent. De udtrykker stærke modsatrettede følelser, såsom kærlighed og vrede, empati og had, glæde og sorg, håb og bekymring, tillid og mistro, stolthed og afsky. Det kan være samtidige følelser eller perioder, der afløser hinanden.

Og endelig er der en gruppe af pårørende med overvejende positive følelser, som de allerede nævnte men uden forbehold af overskyggende art. Især ses kærlighed, stolthed, sympati, tolerance, følelsesmæssig balance og ro. Samt optimisme, tillid og håb.

Som allerede antydnet ovenfor fremgår det imidlertid også af de kvalitative udsagn, at tiden umiddelbart efter pårørendebehandling er meget præget af usikkerhed over for 'det nye liv'. Et nyt liv, der rummer både muligheder og risici. Nogle fortæller, at de har fået nye redskaber, som de først skal til at lære at bruge, men at de er optimistiske og forventningsfulde. Andre, at den drikkende part først lige er blevet ædru eller er i gang med at blive det, og at der i det også ligger noget ukendt og et forandringspotentiale.

Mange fortæller om at lære at tro på det gode, og at de forbedringer, de har set, også kan vare ved.

Angsten for tilbagefald fylder temmelig meget. Og faktisk ødelægger angsten for tilbagefald glæden og nuet for en del, ligesom det skaber afstand og 'uærlighed' i relationen til misbruger.

For andre er det erkendelsen af livet med en afhængig, der ikke vil forandre sig, og det smertefulde i det. De skal først nu til at finde ud af, hvad de skal stille op med det og deres egen fremtid.

Som det også vil fremgå af data fra tiden efter behandling, er det tydeligt, at nogle af de pårørende ikke kan rummes og hjælpes tilstrækkeligt i et ugekursus alene, hvad enten det er i Minnesota-regi eller et hvilket som helst andet regi. Hvor problemerne simpelthen er for store og/eller omfattende. Det er tidligere blevet nævnt, at 'de voksne børn' tilsyneladende har brug for noget andet og/eller mere. Det kan også være 'dobbelbelastede' pårørende, som både er 'voksne børn' og partner til en misbruger. Det kan være pårørende, som er dobbeltbelastede ved også at have psykiske problemer eller måske en psykiatrisk diagnose at slås med. Og det kan være pårørende, som selv er misbrugere eller tidligere misbrugere. Endelig er der de enlige forældre, som af helt praktiske årsager kan have svært ved et internatkursus.

Det skal bemærkes, at ugekurset faktisk ikke stod alene. Både Tjele og især Majorgården tilbød efterbehandling til de pårørende, om end i begrænset omfang. Derudover opfordredes de pårørende til at engagere sig i selvhjælpsgrupper i AA-regi.

Det er imidlertid ikke alle, der har benyttet sig af de muligheder, der var, ligesom de, der har, ikke alle har profiteret tilstrækkeligt af tilbuddet. Bl.a. fordi de ikke oplevede det praktisk muligt (f.eks. enlige forældre), eller fordi de tilsyneladende ikke 'købte' 12-trinsmodellen.

Det er således tydeligt, at nogle har brug for mere eller noget andet end det udbudte. Ved massive problemer vil der ofte være brug for længerevarende og måske mere terapeutiske forløb. Der kan være pårørende, som har brug for et mere individuelt og/eller par/familieorienteret tilbud, ligesom der kan være sociale, økonomiske og/eller sundhedsmæssige konsekvenser, der skal håndteres i helt andre regi. Endelig er der nogle, som måske godt kan profitere af et gruppeforløb med ligestillede, men på et andet grundlag end 12-trinsmodellen.

Samtidig kan vi ikke med sikkerhed afgøre, i hvilken grad den pårørendes behandling har bidraget til de ændringer, vi ser. Og i hvilken grad det er misbrugers behandling/adfærsændring eller afholdenhed, der gør udfaldet, samt i hvilken grad andre faktorer spiller ind. Omvendt kan vi heller ikke

vide, i hvilken grad den pårørendes behandling og adfærdsændring har spillet ind på misbrugers behandling og adfærdsændring.

Statistiske analyser viser, at misbrugers tidligere eller nuværende behandling ikke gør nogen forskel for den pårørendes situation umiddelbart efter egen pårørendebehandling<sup>11</sup>. Vi ved imidlertid ikke, i hvilket omfang misbrugers ædruelighed spiller ind, og hvordan misbruger i det hele taget spiller ind på længere sigt.

Det, vi kan konkludere, er, at der i forbindelse med de pårørendes behandling kan iagttages ganske omfattende og drastiske forbedringer for langt de fleste pårørende.

Ligeledes viser de kvalitative udsagn, at de pårørende har gennemgået store ændringer, og at nogle har udviklet sig bemærkelsesværdigt, også på trods af eller uafhængigt af misbrugers tilbagefald:

*Jeg er blevet bedre til at sætte grænser. Min far har intet lært, drak umiddelbart efter udskrivelsen.*

*Jeg er blevet bedre til at konfrontere ægtefælle, når jeg opdager, hun drikker.*

*Jeg er trist, skuffet over, at han gjorde det igen, håber han vælger livet.*

*Jeg har lært meget på Egtved (Tjeles pårørendebehandling): Jeg skal passe på mig selv.*

*Vrede og afmagt over at han er faldet i igen, men jeg har dog lært noget af at være på kursus.*

*Jeg har endelig fået sagt fra SELV, tidligere lod jeg mine søskende gøre det.*

Og situationer, hvor den pårørende, uanset hvad, har lært noget:

*Mere klar på mig selv, min baggrund og mine relationsmåder. Fået redskaber til at erkende, forstå og komme videre.*

*Giver min far lidt fred, retter ikke på ham.*

---

<sup>11</sup> Ikke alle misbrugere var i behandling samtidig med de pårørende, ligesom ikke alle misbrugere havde et positivt behandlingsudfald.



*Er holdt op med at løse hans ting for ham, både praktiske og sociale – og det er rigtig rart.*

*Bliver ikke længere følelsesmæssigt påvirket, kan sige fra: Det er dit valg, hvordan du vil leve dit liv.*

*Jeg giver ham plads til at være sig selv, holder mig til mine egne problemer.*

*Mere bevidst om ikke at påtage mig skyld.*

Med udgangspunkt i bl.a. disse udsagn ser nogle forandringer ud til at kunne tilskrives de pårørendes behandling, men det bør dokumenteres nærmere med kvantitative data i en randomiseret undersøgelse.

Faktum er, at der for mange pårørende er sket store og afgørende ændringer i deres liv i forbindelse med, at de har deltaget i pårørende behandling.

De mange kvalitative udsagn vidner om, at dette ikke alene handler om misbrugers behandlingsforløb. I lyset af disse må vi anerkende, at en stor del af de pårørende faktisk ser ud til at profitere ganske meget af behandlingen. Bliver stærkere, får mere selvværd, får viden og redskaber, som de også i vid udstrækning formår at anvende konstruktivt og til at skabe forandring, ikke kun for sig selv, men også for deres børn.

Ved opfølgningen ½-1 år efter behandling viser det sig, at de ovennævnte ændringer iagttages i forbindelse med behandlingen i vid udstrækning består.

Derudover beskriver de kvalitative udsagn, hvordan de pårørende selv vurderer udviklingen i tiden efter behandling. To tredjedele angiver at have ændret adfærd over for misbruger. Det betyder mindre ansvar og kontrol i forhold til den misbrugende part. I stedet sættes grænser, og der vises tillid. Halvdelen af dem, der har børn, angiver at have ændret adfærd i forhold til børnene. Således får børnene nu mere plads, opmærksomhed og omsorg, ligesom der i relationen er mere åbenhed og dialog. De mindre børn er blevet mere trygge, positive og udadvendte, medens de voksne børn er begyndt at sætte grænser for deres misbrugende forældre.

Desuden angiver de pårørende, hvilke følelser og reaktioner de nu har i forhold til den misbrugende part. Reaktionen afspejler, hvordan det er at være pårørende til henholdsvis en aktiv eller ædru misbruger. Nogle er vrede, bitre og kede af det. Nogle prøver at give slip eller holde afstand. Og andre oplever kærlighed og stolthed, selvom angsten for tilbagefald stadig

fylder. Og så er der nogle, der tydeligvis arbejder videre med det, de har lært om medafhængighed, kontrol og selv-omsorg.

Igen kan vi ikke umiddelbart vide, om ovennævnte situation skyldes misbrugers ændrede status (ædru), eller om det skyldes den pårørendes ændrede status. Derudover ved vi ikke om den pårørendes ændrede status skyldes behandlingen eller andre faktorer i den pårørendes liv. Eller for den sags skyld om misbrugers fortsatte afholdenhed skyldes den pårørendes behandling/adfærdsændring.

For at komme nærmere en forståelse af disse forhold, blev der statistisk kontrolleret for, om de iagttagede ændringer kunne henføres til misbrugers aktive misbrug eller misbrugers nye behandlingsforløb. Ingen af disse forhold gør imidlertid en forskel for de fundne sammenhænge, når der statistisk kontrolleres for disse. Dog var størstedelen af misbrugerne ædru ved opfølgning, hvilket kan påvirke den statistiske analyses nøjagtighed.

Derudover ved vi heller ikke, hvilke andre faktorer i de pårørendes liv, der kunne gøre sig gældende, ligesom vi arbejder med en forholdsvis lille population (N = 45).

Endelig ved vi ikke om det store frafald (fra 128 pårørende ved PII til 45 pårørende ved PIII)<sup>12</sup> dækker over de mange, som det ikke er gået godt for, og hvor misbruger har taget tilbagefald. Statistiske analyser giver ikke umiddelbart grund til at tro det, men det er et forholdsvis lille materiale at arbejde statistisk med, hvilket også giver en vis usikkerhed. Ligeledes er frafaldet til en vis grad begrundet i praktiske årsager (Tjele kom senere ind i projektet, og der kunne derfor ikke laves opfølgning på alle inden for projektets forløbsperiode).

I forhold til de pårørendes egen subjektive vurdering af behandlingen og deres udbytte fremgår det, at to tredjedele af de pårørende samlet vurderer, de har haft et stort eller meget stort udbytte af deres behandling. Alle på nær én har haft et udbytte på middel eller derover.

Typisk oplevede forandringer er lettelse, balance og overskud, at blive afklaret, få indsigt og forståelse, at kunne passe på sig selv, sætte grænser og ikke føle skyld.

Som oftest handler forandringerne om øget harmoni og sammenhold i relationen. Dog er der også nogle, der har oplevet brud, afstandtagen og skilsmisse, hvilket i vid udstrækning handler om at se og erkende ”den barske

---

<sup>12</sup> PII = ved behandlingsophør, PIII = ved opfølgning.

virkelighed”; at et brud er nødvendigt eller uundgåeligt. Det angår især dem, hvor den drikkende part ikke ønsker/formår at ændre adfærd.

*Jeg vil skilles, misbruget har kun en lille andel heri, glæder mig til at blive mig selv.*

*Vi kan ikke bo sammen, så længe han drikker.*

*Vi taler nu om skilsmisse, dette bliver en realitet, hvis der sker mange tilbagefald.*

De pårørende angiver især at have profiteret af mødet med ligesindede. Dog har nogle også haft brug for individuelle samtaler. Derudover har de været glade for psykoedukation/undervisning, ligesom efterbehandlingen fremhæves, ikke mindst af de voksne børn.

Måske fordi de voksne børn som tidligere nævnt netop har brug for noget mere.

De pårørendes forslag til videre udvikling på området handler generelt om mere af det hele, men især efterspørges fokus på selvværd og redskaber til adfærdsændringer. Derudover ønskes mere efterbehandling, herunder opfølgning på familiesamtalerne samt specifik hjælp til at komme videre uden den drikkende part.

Alt i alt ser det positivt ud, men det er samtidig vigtigt at bemærke, at vi arbejder med et forholdsvis stort frafald ved opfølgningstidspunktet, og at vi på trods af positive statistiske analyser ikke med sikkerhed ved om dette frafald dækker over dem, der ikke har været tilfreds med behandlingen. Ligeledes er det et forholdsvis lille materiale at arbejde statistisk med, hvilket også giver en vis usikkerhed.

Undersøgelsens øvrige resultater indikerer ligeledes nogle forslag til forbedringer og/eller udvidelser. Ikke kun i forhold til de undersøgte behandlingssteder, men også generelt.

Vi så tidligere, at nogle af børnene kunne se ud til at have brug for noget mere og måske specifikke tilbud til dem også<sup>13</sup>.

Derudover ser det ud til, at de voksne børn kunne have brug for noget mere eller noget andet. I hvert fald oplever de ikke lige så omfattende æn-

---

<sup>13</sup> Der er på såvel Majorgården som Tjele børnekurser til børnene. Disse har imidlertid ikke været en del af undersøgelsen og er som sådan ikke analyseret. Det vides derfor ikke om de børn, der mistrives, på undersøgelsestidspunktet har været på børnekursus eller senere er kommet det, ligesom vi heller ikke kender udbyttet heraf.

dringer som partner gør det, på trods af at de som udgangspunkt er ligeså belastede. Måske er det, fordi de voksne børns vanskeligheder handler om noget dybere og mere grundlæggende. Måske om skader opstået som følge af en hel opvækst med misbrug. Om svigt, manglende omsorg og skadet udvikling i det relationelle og emotionelle felt. Og om at have begrænset indflydelse på den drikkende forælders adfærdsændring, ikke at kunne 'vælge fra og om', ikke som yderste konsekvens at have mulighed for at forlange 'skilsmisse' og finde en ny forælder. Som en skriver:

*Hun kan rende og hoppe! Men hun er stadig min mor, så helt så enkelt er det nu ikke!*

Endelig er der også mange af de pårørende, der ser ud til at kunne bruge noget mere hjælp til at komme videre, *sammen*.

Fordi det kan være svært at følge med misbrugers udvikling (i forbindelse med dennes behandling). At det kræver en tilsvarende udvikling fra deres side, som de ikke har redskaberne til:

*Bekymret nu, hvor hun udvikler sig, og jeg ikke gør, kan jeg følge med?*

*Overrasket over forandring, jeg kan ikke følge med.*

*Jeg har altid elsket min kone højt, men føler mig usikker nu.*

Og fordi det viser sig, at misbrugers afholdenhed ikke i sig selv har løst alle problemer:

*Misbruget er stoppet, der er kommet mere ro på tingene, men der er også meget der skal rettes op, hvis det kan lade sig gøre.*

*Et bedre samliv som ægtefæller, men vi er stadig sårbare over for problemer i hverdagen.*

*Vi er åbnet mere op, men det har også givet en del spændinger.*

*Først fornyet håb, så utryghed. Efter start i AA, hvor min kone var tæt på en affære med mandlig AA'er, der står på spring.*

*Vores ægteskabelige forhold er blevet mere lykkeligt, men forholdet til nogle af børnene er stadig kompliceret.*

*Lidt sur over manglende initiativ, jeg er glad for ham, men vi har lang vej.*

*Fremskridtene er små, og det går langsomt, derfor bliver jeg indimellem opgivende.*

Og fordi livet med afholdenhed ikke er som de pårørende havde forventet, men er blevet 'kedeligt', 'alvorligt' og 'besværligt':

*Savner daglig glæde, alt er blevet så alvorligt.*

*Blandede følelser, ville ønske vi kunne gå tilbage til gamle dage, hvor alt bare var sjovt.*

*Holder af ham, men han er egoistisk, det var næsten nemmere, da han drak, så skulle man ikke tage hensyn hele tiden.*

*Elsker hende utrolig meget, men synes, at hun snakker meget om sig selv.*

*Omsorgsfulde og varme følelser, men jeg bliver af og til træt af at høre om AA.*

*Forholdet er ikke blevet bedre, han benægter 'tørdruk', jeg siger tydeligt fra i forhold til dette.*

*Nærheden er væk efter afvænningen.*

Alle forhold, der kan være vigtige at være opmærksomme på og arbejde videre med, ikke bare for parrenes trivsel, men også for den fortsatte motivation til afholdenhed samt forebyggelse af eventuelle tilbagefald.

Resultaterne fra undersøgelsen vidner også om, at det kunne være givtigt for nogle at øge fokus på tilbagefaldsproblematikken. Det er tydeligt, at tiden efter behandling er meget præget af usikkerhed overfor 'det nye liv'. Et nyt liv, der rummer både muligheder og risici. Således er de pårørende præget af optimisme, men også af en stor usikkerhed i forhold til misbrugers tilbagefald.

*Meget glad, håber på en god fremtid sammen, men bange for tilbagefald: Kan det virkelig passe? Er helvedet stoppet?*

*Bange for at sige noget stødende, der kan udløse tilbagefald.*

*Jeg taler ham efter munden for at undgå konflikter.*

*Tier stille, går ikke ind i diskussioner.*

For nogle fylder det påfaldende og uforholdsmæssigt meget. Så meget, at man med fordel kunne overveje at gøre noget mere ved netop denne problemstilling. For det *er* et vilkår for alle pårørende, at der ingen garantier er for tilbagefald.

Det er tydeligt, at med tiden svinder denne usikkerhed ind, såfremt den afhængige har undgået tilbagefald. Men den går formodentlig aldrig helt væk. I hvert fald er det tydeligt, at den for nogen fylder uhensigtsmæssig meget og bliver en hæmsko for deres nuværende forhold og videre udvikling fremover.

I den forbindelse er det tydeligt, at 'sygdomsforståelsen' giver mange af de pårørende tolerance og forståelse i forhold til misbruger<sup>14</sup>:

*Efter at have lært, at det er en sygdom, er vreden forsvundet og er blevet til sympati.*

Men der er også nogle, der oplever tilbagefald som et personligt angreb, som noget, misbruger gør, for at såre dem. Og det *er* selvfølgelig personligt og sårende, om end ikke nødvendigvis umiddelbart tænkt som sådant.

Mange pårørende beskriver det som en slags utroskab, 'det er mig eller den anden' (flasken). Og når misbruger vælger flasken, ses det som et aktivt tilvalg af 'utroskab' og et bevidst, aktivt fravalg af den pårørende. Og så kommer de stærke følelser på tapetet med had, bitterhed og afsky. Og det er forståeligt.

For situationen er som oftest den, at misbruget har så store konsekvenser for de pårørende, at begge dele ikke kan have plads i misbrugers liv. Det er på den måde et valg. Når misbruger vælger sin familie, må han/hun samti-

---

<sup>14</sup> Hvad der så har forårsaget denne 'lidelse', og hvorvidt den er 'kronisk', er en helt anden diskussion. Det er således ikke forfatterens ærinde at argumentere for en sygdomsorienteret forståelse af misbrug. Blot gøre opmærksom på, at der for nogle ser ud til at være hjælp at hente heri.

dig vælge misbruget fra. Og dette er ikke nødvendigvis et helt så enkelt valg. For langt de fleste misbrugere er det en daglig kamp at holde misbruget på afstand.

Men samtidig er det jo en 'låst' situation. For faktum er, at tilbagefald er en potent mulighed og risiko. Og for nogle bliver tilbagefald det, hvorom alting drejer sig, og det, der afgør, om der er en fremtid. Man kan nærmest sige, at 'centreringen' omkring alkohol stadig er til stede, om end med modsat fortegn. Især i de tilfælde, hvor der er en nultolerance, og hvor der ved tilbagefald ikke er nogen vej tilbage, kunne man forestille sig, at det for nogle kunne give bagslag og have den modsatte effekt. Dermed ikke sagt, at der ikke kan være tilfælde, hvor nultolerance er på sin plads. F.eks. hvis der er risiko for de pårørendes ve og vel, eller hvis den pårørende i den grad har stået model til nok og dermed er afklaret i forhold til ikke at ville leve med denne risiko mere. Men der synes også at være en temmelig stor gråzone, hvor risikoen for tilbagefald virker forstyrrende ind på et ellers fornuftigt udviklingsarbejde for såvel de pårørende som misbruger.

Det er her, sygdomsforståelsen ser ud til for nogle at kunne bidrage med en øget forståelse og tolerance i forhold til tilbagefald. I forhold til at forstå, at misbruger 'fejler noget'. Og at dette kræver en vis tolerance og tålmodighed, i hvert fald for en stund.

Der er imidlertid nogle pårørende, der udtrykker irritation over at skulle tage hensyn til den drikkende part, også efter behandling, hvor forventningen måske var 'et normalt liv'. Det kan f.eks. være, at misbruger har brug for at være i nærheden af sine AA-møder, eller at der ikke serveres alkohol ved festlige lejligheder. I lyset af sygdomsforståelsen er det måske ikke så svært at acceptere, at der er visse hensyn at tage.

Men der er også nogle, der går i den anden grøft og tager overdrevent hensyn, byggende på angst for at sige eller gøre noget, der kunne udløse drikkeadfærd/tilbagefald. Her rækker sygdomsforståelsen tydeligvis ikke. Til dette problem kan der være brug for konkrete kommunikative redskaber, og for nogle også mere terapeutisk assistance til reel konfliktløsning. Ligeledes kan det være givtigt, at de pårørende har en handleplan klar til brug i tilfælde af tilbagefald. Hvorvidt dette har været tilfældet, fremgår ikke af data.

Det er tydeligt, at der for nogle ligger en hjælp i dette 'sygdomsperspektiv', og det er jo netop også et tilgængeligt perspektiv i de her beskrevne pårørendekurser i Minnesota-regi. Det har således været interessant at se

sygdomsperspektivet anvendt, dets muligheder, men også begrænsninger. For når ikke alle har profiteret heraf, kan der selvfølgelig være flere grunde. Måske fordi budskabet ikke er trængt igennem. Måske fordi de bare ikke køber sygdomstanken, uanset de gode intentioner. Måske fordi forholdet til misbruger bare er alt for kompliceret og handler om meget mere end bare misbrug. Eller måske fordi *misbruger* ikke køber sygdomstanken. Det ser ud til at fungere bedst, hvis såvel de pårørende som misbruger accepterer modellen og konsekvenserne heraf. At de pårørende erkender, at ja, der er risiko for tilbagefald. Men også at det, de kan kræve og forvente, er, at misbruger erkender sit problem, og forstår, at det har store konsekvenser for de mennesker, der er omkring ham/hende, og at det ikke kun angår ham/hende selv. Og netop her kan der ligge en mulig begrænsning i sygdomsmodellen. Dels ved at den kan komme til at fastholde misbruger i en identitet som kronisk og uhelbredeligt syg, hvilket ikke nødvendigvis er tilfældet for alle. Og dels ved at denne identitet som kronisk syg for nogle kan bruges som en undskyldning for ikke at kunne tage ansvar for sin tilstand og adfærd.

Det er helt afgørende, at misbruger hver dag gør, hvad der skal til, for at takle sit alkoholproblem bedst muligt, og at hvis der sker tilbagefald, handler det ikke om skyld, men om at tage ansvar for sine fejltrin. At det er misbrugers ansvar at undgå risikosituationer og at gøre, hvad der skal til for at komme tilbage på sporet fra tilbagefald. Evt. med hjælp fra de pårørende. For der er faktisk også evidensbaserede teknikker, hvor de pårørende aktivt kan være med til at forebygge tilbagefald.

Dette er imidlertid en tankegang, der er i modstrid med Minnesota-modellen i sin rene form, i hvert fald er det ikke formålet med pårørendebehandlingen. Her er en af grundtankerne netop, at de pårørende skal lære, at de ikke (direkte) kan hjælpe den drikkende, men må gøre sig fri og tage vare på sig selv. Det er imidlertid en sandhed med modifikationer eller måske snarere et fortolkningsspørgsmål. I hvert fald, hvis vi ser på evidensen. For vel må de pårørende 'redde sig selv', før de kan redde andre. Og vel må de holde op med at være kontrollerende, styrende og overansvarlige. Men det betyder ikke, at der ikke er strategier, der kan være hensigtsmæssige i forhold til at påvirke den drikkende positivt. Alene det at holde op med at være kontrollerende og overansvarlig kan påvirke den drikkende positivt. Således er der faktisk evidensbaserede metoder, der kan påvirke den drikkende, direkte og indirekte, til at gå i behandling og/eller ændre drikkeadfærd, ligesom tilbagefald kan forebygges.



Ikke for at give de pårørende yderligere skyldfølelse, men for at give dem mulighed for indflydelse på egen situation, hvilket alt andet lige kan reducere deres oplevelse af negativ stress.

Tilbage til sygdomsforståelsen handler det altså ikke om at undskylde eller retfærdiggøre den drikkende. For den drikkende er stadig ansvarlig for at forvalte sin 'lidelse'. Det handler i denne sammenhæng om at forsøge at imødekomme og dæmme op for angsten for tilbagefald, der fylder uhenigtsmæssigt meget for ganske mange pårørende, og som for nogle bliver invaliderende og bremsende ikke bare for livet, der leves nu og her, men også for alle parterets fremtidige udvikling sammen.

Det er således tydeligt, at de misbrugere og pårørende som har forstået, hvor stærke kræfter der er i spil, og som har ressourcerne, også forstår, hvilken indsats der kræves for et ædru liv, ikke bare af misbruger, men også af de pårørende. Og her bringes helt andre stærke følelser i spil byggede på forståelse og empati, såsom kærlighed og stolthed.

Og så igen. Helt så enkel er virkeligheden selvfølgelig ikke altid. Der vil være variationer og undtagelser. Mennesker, som ikke vil erkende deres problemer med alkohol, ikke vil erkende, at det er et problem, der skal tages alvorligt, at det måske endda mere eller mindre kan være en 'kronisk sygdom'. Mennesker, som ikke vil forstå den smerte, de påfører andre mennesker med deres drikkeadfærd, som ikke vil tage de forholdsregler, der skal til, som bare ikke anstrenger sig nok.

Og mennesker, for hvem misbruget kun er et blandt mange problemer; mennesker, som måske udover misbrug også slås med psykisk lidelse, med sociale problemer og manglende mestringsstrategier (og måske manglende muligheder); mennesker, som er så psykisk ustabile og selvdestruktive, eller hvad det nu måtte være, at de ikke formår at vise forståelse og empati for andre mennesker. Mennesker, som bare er uden for 'pædagogisk og terapeutisk rækkevidde'.

Her må de pårørende erkende den anden del af sandheden om misbrug. At for nogle misbrugere er der kun en vej, og det er nedad. At her må de pårørende redde sig selv og lære at leve med den smerte, det er at se et andet menneske vælge selvdestruktion og i sidste ende måske døden. Og det er helt givet lettere sagt end gjort. Og ikke noget, man lærer på et ugekursus.

Det betyder også, at det ikke altid er et 'lykkeligt udfald', hvor de 'lever lykkeligt til deres dages ende', der er det bedste udfald. I nærværende un-

dersøgelse er der således nogle, der har profiteret af behandlingen ved at finde større glæde ved den eksisterende relation, men også nogle, der har profiteret ved at indse, at relationen ikke ændres, men at de må videre med deres eget liv, alene.

Tilbage står det faktum er, at der for mange pårørende er sket store og afgørende ændringer i deres liv i forbindelse med, at de har deltaget i pårøndebehandling. Forbedringer, der holder sig over tid, og for en del af de pårørende også yderligere forbedres over tid. De mange kvalitative udsagn vidner om, at dette ikke alene handler om misbrugers behandlingsforløb/afholdenhed, om end dette må formodes at spille ind. I lyset af dette må vi anerkende, at en stor del af de pårørende faktisk profiterer ganske meget af behandlingen. Bliver stærkere, får mere selvværd, får viden, indsigt og redskaber, som de også i vid udstrækning formår at anvende konstruktivt og til at skabe forandring, ikke kun for sig selv, men også for deres børn.

På grundlag af den præsenterede viden kan man undre sig over den manglende erkendelse af de pårørendes risici, men også muligheder i forbindelse med misbrug. Hvis alkoholmisbrug er et samfundsmæssigt anliggende, burde dette også i en vis udstrækning gælde de nære pårørende. Ikke mindst fordi:

- De pårørende er ofte mindst lige så belastede som misbruger.
- Det har vidtrækkende konsekvenser for samfundet, f.eks. har de pårørende en brugsrate af sundhedssystemet, der er op til fire gange større end almenbefolkningen.
- Forældres misbrug kan gå i arv til børnene.
- Forældres misbrug øger børnenes risiko for psykosociale og psykopatologiske vanskeligheder, også på længere sigt ind i voksenlivet.
- Det er bedre (og billigere) at forebygge end at behandle.
- Behandling af de pårørende (med eller uden misbruger) kan motivere misbruger til at søge behandling, optimere misbrugers behandlingsforløb og forebygge tilbagefald.

## 12. Udfordringer og visioner

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

På grundlag af rapporten ”Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv” burde det være indlysende, at pårørende til et menneske med alkoholproblemer kan have brug for hjælp. Det gælder ikke mindst børnene, der er forsvarsløse og uden reelle valgmuligheder i forhold til den ofte urimelige situation, de er sat i, og som risikerer skader, der for cirka halvdelen vedkommende følger dem helt ind i voksenlivet.

Desværre er der ikke helt så meget opmærksomhed på området, som man kunne ønske sig. Det gælder i forhold til alkoholområdet specifikt, såvel som i forhold til de mange andre involverede og berørte parter, herunder børnefamilieområdet mere generelt. Derudover er der en tendens til, at handling på området bremses af en uhensigtsmæssig struktur, hvor ansvaret for børnene placeres i kommunens familieafdeling, medens ansvaret for den drikkende part placeres i kommunens alkoholrådgivning. Derved skilles indsats, viden og kompetencer ad, hvilket kan være uheldigt. Ikke mindst fordi der samtidig ofte ses et ringe eller helt fraværende samarbejde på tværs af sektorer.

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

Set over et mere ’historisk perspektiv’ er der dog udvikling i området. Fra et overvejende ’misbrugsorienteret’ perspektiv har vi i en årrække haft et øget fokus især på børnene, om end begge perspektiver i vid udstrækning har bygget på et meget individorienteret perspektiv, hvor det enten var den drikkende part eller børnene, der var i fokus. Der, hvor feltet, nationalt såvel som internationalt, er på vej hen nu, er i retning af et mere relationsorienteret perspektiv. Det betyder, at det ikke handler om enten den ene eller den anden part, men om overordnet at få parterne til at spille sammen og supplere hinanden.

### **Handling**

Første skridt videre i processen er ’handling’. ’Børn går ikke i stykker på diagnosen alkoholfafhængighed, børn går i stykker på vejen derhen’ (Hansen, 2007). Børn i alkoholfamilier venter og venter .... på at nogen skal gø-

re noget. Og alt for ofte sker det ikke. Nogle gange fordi vi ikke ser det, men oftest fordi vi ikke handler på det, vi ser. Og det kan der være mange grunde til.

Alkohol er en del af vores kultur, stort set alle danskere drikker (vi har endda adskillige rekorder), og overgangen til en problematisk alkoholadfærd er glidende og kan være svært gennemskuelig. Det gælder både i forhold til mængden, der drikkes, men også og især måden, der drikkes på. For faktum er, at vi drikker, og hvis vi overstiger Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, kan forbruget betegnes som problematisk. Men lige så afgørende er det, hvorfor og hvordan vi drikker.

Hvis det udelukkende handlede om smagsoplevelsen ved alkohol og interessen for den finere øl- og vinkultur, kan man jo med rette undre sig over, at ikke også andre produkter med lignende smags- og kulturoplevelser, f.eks. chokolade, har lige så stor plads i vort samfund.

Vi er nødt til at forholde os til, at alkohol også rummer 'rusen' som en mulighed. Og at rusen i sig selv kan have et formål, altså det at drikke så meget, at man bliver "beruset" og mærker en effekt af alkohol, der går ud over den umiddelbare smagsoplevelse. Det kan være rusen som 'socialt klistet', som en 'fest- og stemningsbooster', hvor man i forskellig grad 'slår sig løs' og giver slip på kontrol og ansvar. Hvor rusen giver mulighed for et 'frikvarter', eller mod til at prøve sig selv og måske grænseoverskridende adfærd af. Og hvor alkohol til en vis grad kan give 'carte blanche' til at opføre sig på en anden måde end vanligt med alkohol som forklarende og undskyldende årsag for det tilfælde, adfærden skulle gå hen og blive pinlig eller måske ligefrem farlig.

Og endelig kan rusen have en langt alvorligere funktion, hvor det kan være den beroligende eller måske ligefrem bedøvende effekt i forhold til ikke at kunne mærke sorg, vrede, problemer i livet eller sig selv som sådan. Eller det kan være en form for selvmedicinering i forhold til ikke-diagnosticerede psykiske lidelser, såsom depression og angst.

På den måde bliver alkohol også et produkt, der bør omgås med varsomhed og måske burde indeholde en indlægsseddel eller en advarsel som på cigaretter. Men i modsætning til den meste medicin og cigaretter behøver alkohol ikke være skadeligt i små mængder og brugt rigtigt<sup>15</sup>. Og det gør en forskel.

---

<sup>15</sup> Selvom vi ikke med sikkerhed ved, om nogle er genetisk/biologisk disponeret således, at de ikke kan håndtere alkohol på rette vis.

Det nærmeste vi kommer en indlægsseddel er Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser og løbende uge-40 kampagner. Derudover leverer Bryggeriforeningen følgende definition på et moderat og ansvarligt forbrug:

’At drikke med måde er at drikke inden for de grænser, dit helbred sætter, det samfund, vi lever i, og dine forpligtelser over for din familie og dine venner.’

Hvilket jo i høj grad er op til den enkelte at definere, ligesom man ikke forholder sig til rusen som et kulturelt fænomen eller det faktum, at der kan findes mennesker, som i kortere eller længere perioder af deres liv ikke er i stand til at håndtere alkohol på ansvarlig vis, selvom de kender ovenstående anbefalinger.

En del af handlingsperspektivet handler altså også om afdækning og diskussion af rusen som et kulturelt fænomen samt det faktum, at alkohol kan være skadeligt, såfremt det ikke anvendes ansvarligt.

Samtidig er der ofte en stigmatiserende holdning til mennesker, der ikke kan kontrollere deres alkoholindtag. Dels er der et viljesmoment (‘man kan jo bare lade være’), hvorved der påføres skyld og skam. Dels er der billedet af ‘bumsen på bænken’, der føjer yderligere skam til et menneske med alkoholproblemer. En stigmatisering der yderligere forstærkes af vores sprogbrug, ‘misbruger’, ‘den afhængige’ etc. Alt sammen medvirkende til at alkoholproblemer omgæres af tabuisering, hemmeligholdelse og benægtelse. Det kan altså være svært at få øje på et alkoholproblem, ligesom det kan være svært at tale om, hvilket yderligere forstærkes af den drikkendes egen benægtelse<sup>16</sup>.

Endelig er det en udbredt opfattelse, at alkoholadfærd (og forældreadfærd for den sags skyld) er en privat sag, man ikke hverken som fag- eller privatperson skal blande sig i, hvilket også afspejles i det faktum, at man kan vælge at være anonym i tilfælde af alkoholbehandling.

Måske fordi vi ikke ved, hvordan man taler med et andet menneske om alkoholproblemer eller deres adfærd som forældre. Måske fordi vi ikke tør at tale om alkohol og forældreadfærd. Måske fordi vi ikke synes, man kan blande sig i andres privatliv eller alkoholforbrug. Vi drikker jo alle i et eller andet omfang, og hvornår er det for meget? Ligesom forældreopgaven til tider kan være en svær størrelse for os alle.

---

<sup>16</sup> Som ifølge nyere forskning også kan tilskrives en hjerneskade som følge af alkohol.

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

Endelig savnes i den grad politisk indsigt, vilje og mod til handling. Således at handling kan foregå med økonomisk og organisatorisk opbakning.

### **Behandling**

En forudsætning for og naturlig følge af 'handling' er 'be-handling' eller 'hjælp' af en eller anden art. Hvis ikke der findes behandling, kan handling kun udføres i begrænset omfang, og i nogle tilfælde gøre mere skade end gavn. Hvis ikke en pædagogs bekymring for et barns trivsel i en alkoholfamilie kan følges op af (be-)handling af en eller anden form, vil en sådan handling næppe finde sted. Og hvad nytter det, at en ægtefælle kan se og erkende de problemer, en drikkende ægtefælle tilfører familien, hvis ikke denne ædru ægtefælle kan få hjælp til at ændre på situationen.

Det er derfor vigtigt, at der findes (be-)handlingsmuligheder til den drikendes relationer, også uafhængigt af den, der drikker. Det betyder, at f.eks. en ædru partner og (voksne) børn kan tilbydes hjælp, selvom den drikkende part ikke har erkendt sit problem og/eller ikke ønsker behandling. Som nævnt i det foregående, vil en indsats i forhold til den drikendes nære relationer samtidig kunne have en gavnlig effekt i forhold til den, der drikker. Ligesom negativ social arv i forhold til kommende generationer vil kunne brydes.

Disse (be-)handlingstilbud bør som udgangspunkt foregå i en alkoholrelateret sammenhæng med alkohol som omdrejningspunkt og med de mange forskellige pårørenderelationer som mulige samarbejdspartnere. Det kan godt være alkoholproblemet ikke var det oprindelige eller største problem i familien, men det bliver det. Det bliver som allerede nævnt så centralt og styrende for familien og relationen, at den videre udvikling afhænger af, om alkoholproblemerne løses, og det kræver alkoholfaglig ekspertise. Ligesom indsatsen til familien og børnene kræver familie- og børnefaglig ekspertise.

Derudover bør der arbejdes tæt sammen med andre relevante sektorer (f.eks. familieafdelingen i socialforvaltningen, beskæftigelsesforvaltningen,

sundhedssystemet, skolen, etc.), således at familier kan tilbydes en helhedsorienteret, samlet og koordineret (be-)handlingsindsats.

Når det drejer sig om familier med børn, er det især vigtigt at have fokus på hele familiens samlede situation. Da en del af børnene ikke umiddelbart udviser symptomer, og gruppen, der gør, samtidig er meget heterogen, kan det være vanskeligt at få øje på børnene, hvis man udelukkende leder efter barnets symptomer og ikke retter fokus mod hele familien. Samtidig kan der være børn, der udviser symptomer, som ikke umiddelbart forbindes med en forælders alkoholproblemer, selvom dette er den egentlige eller i hvert fald medvirkende årsag.

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

Den fremtidige udvikling på behandlingsfeltet bør derfor først og fremmest dreje sig om en integrering af det relationsorienterede perspektiv i den eksisterende alkoholbehandling, ligesom der må være særlige tilbud rettet mod børnene og deres familier. Også for at få optimeret alkoholbehandlingen i retning af evidensen, samt at få flere i behandling og tidligere.

Derudover må der åbnes op for, at familien kan modtage hjælp uafhængigt af den drikkende part; det gælder især partner og børn, men også voksne børn, forældre og søskende.

Et første skridt på vejen kunne være at få defineret den drikkende parts nære relationer som en kerneydelse i alkoholbehandlingsregi, på lige fod med den, der drikker. En handling, der i vid udstrækning handler om en omstrukturering af eksisterende ressourcer i andre områder, sådan at der i højere grad fokuseres på skadesreduktion og forebyggelse frem for alt for sent at forsøge at lappe på allerede opståede skader.

Endelig er det vigtigt, at der er tilbud til de unge og voksne børn, der ikke fik den fornødne hjælp som børn, og/eller først som voksne har fået synlige vanskeligheder.

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

## **Skadesreduktion og forebyggelse**

Skadesreduktion og forebyggelse, to sider af samme sag, er et andet vigtigt område, især i forhold til børnenes udvikling af problemer, både på kort og lang sigt.

Dette bør ske dels ved at behandle den drikkende part, og dels ved at tilbyde behandling til dennes relationer, for derved at reducere skader på de mennesker, der er omkring den, der drikker, ikke mindst eventuelle børn. Det er vigtigt at få brudt den negative sociale arv, ikke kun i forhold til misbrug, men også i forhold til alle andre områder af et funktionelt børne- og voksenliv.

Når vi nu ved, at den drikkende parts relationer har en fire gange så stor brugsrate af sundhedssystemet, at børnene har en forøget risiko for selv at udvikle eget misbrug og psykiske lidelser, er det da tosset ikke at gøre en indsats i forhold til at undgå dette. Derudover ved vi, at selvom de voksne børn ikke selv har udviklet misbrug eller psykiske lidelser, kan de have en lang række andre vanskeligheder, der kan have konsekvenser for deres funktioner i arbejdsliv, parforhold og forældreskab. Det betyder også, at selvom de voksne børn ikke selv har udviklet misbrug, kan de tumle med så store vanskeligheder af anden art, at dette kan påvirke deres forældreverner og dermed få konsekvenser for deres børn, således at problemerne forplanter sig til næste generation.

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

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

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

## **Fortsat videns- og evidensudvikling samt formidling**

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



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

Udfordringen består derudover overordnet i at forstå ikke bare hvorfor, men også hvor, hvornår og hvordan indsatser på området generelt skal foregå.



## 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.

Babor, T.F., Brown, J. & Del Boca, F.K. (1990). Validity of self-reports in applied research on addictive behaviors: Facts or fiction? *Behavioral Assessment*, 12: 1-27.

Barber, J.G. & Crisp, B.R. (1995). The "pressures to change" approach to working with the partner of heavy drinkers. *Addiction*, 90: 269-276.

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.

Bower, G.H. (1981). Mood and Memory. *Psychology Today*, 15(6).

Center for Substance Abuse Treatment. (2004). *Substance abuse treatment and family therapy*. Treatment Improvement Protocol, nr. TIP39. National Guideline Clearinghouse. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Christensen, H. B. (1996). Dansk oversættelse af Self-Report Family Inventory. Århus, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

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.

Cooney, N.L., Zweben, A. & Fleming, M.F. (1995). Screening for alcohol problems and at-risk drinking in health-care settings. In: Hester, R.K., & Miller, W.R. (eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. Boston, Allyn & Bacon.

- Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L. & Krishnan, M. (2000a). Methods for reducing alcohol and drug related harm in non-specialist settings. *Journal of Mental Health*, 9(3): 329-343.
- Copello, A., Templeton, L., Krishnan, M., Orford, J. & Velleman, R. (2000b). A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research*, 8: 471-484.
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G. & Barrett, C. (2002). On behalf of the UKATT Research Team. Social behaviour and network therapy: basic principles and early experiences. *Addictive Behaviors*, 27: 345-366.
- 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.
- Copello, A., Templeton, L. & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry*, 19: 271-276.
- Cuijpers, P. (2005). Prevention programmes for children of problem drinkers: a review. *Drugs Education, Prevention and Policy*.
- Cuijpers, P. & Stam, H. (2000). Burnout among Relatives of Psychiatric Patients Attending Psychoeducational Support Groups. *Psychiatric Services*, 51(3): 375-379.
- 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.
- Dittrich, J. (1993). Group programs for wives of alcoholics. I: O'Farrell, T.J. (ed.). *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. New York: Guilford Press: 78-114.

Dobkin, P., De Civita, M., Paraherakis, A. & Gill, K. (2002). The role of functional support in treatment retention and outcomes among out-patient adult substance abusers. *Addiction*, 97: 347-356.

Edwards, M. E. & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4): 475-509.

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., Klosterman, K., Yates, B.T., O'Farrell, T.J. & Birchler, G.R. (2005). Brief relationship therapy for alcoholism: a randomised clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(4): 363-371.

Finney, J.W. & Monahan, S.C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57: 229-243.

Fornay, M.A., Fornay, P.D. & Ripley, W.K. (1989). Predictor variables of adolescent drinking. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 8(2): 97-117.

Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G. & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98: 397-201.

Galanter, M. (1993a). Network therapy for addiction – a model for office practice. *American Journal of Psychiatry*, 150: 28-36.

Galanter, M. (1993b). Network therapy for substance misuse – a clinical trial. *Psychotherapy*, 30: 251-258.

Galanter, M. (2004). Network therapy. In: Galanter, M. & Kleber, H. (eds.). *Textbook of Substance Abuse Treatment, 3rd ed.* Washington DC, The American Psychiatric Publishing, Inc.: 353-363.

Garrett, J., Landau, J., Shea, R., Stanton, M.D., Baciewicz, G. & Brinkman-Sull, D. (1998). The ARISE intervention – using family and network links to engage addicted persons in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15: 333-343.

Garrett, J., Stanton, D., Landau, J., Baciewicz, G., Brinkman-Sull, D. & Shea, R. (1999). The “concerned other” call: using family links and networks to overcome resistance to addiction treatment. *Substance Use & Misuse*, 34: 363-382.

Glynn, T.J. (1981). From family to peer: A review of transitions of influence among drug-using youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 10: 363-383.

Hansen, F. (1990). Rusmisbruk i et familieperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 27: 737-746.

Hansen, F. (2007). Oplæg ved konferencen ”Børn i familier med alkoholproblemer”, Sundhedsstyrelsen.

Hede, A. & Jacobsen, J. (2008). *Tryghedsmåling 2007 – En analyse af danskernes tryghed og utryghed.*

Hill, S.Y., Shen, S., Lowers, L., Locke-Wellman, J., Matthews, A.G. & McDermott, M. (2008). Psychopathology in offspring from multiplex alcohol dependence families with and without parental alcohol dependence: A prospective study during childhood and adolescence, *Psychiatry Research*, 160: 155-166.

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.

Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W.R. & Robonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52: 517-540.

Hougaard, E., Valbak, K. & Sommerlund, B. (1999). Effektopgørelsesmetoder i naturalistisk psykoterapiforskning. *Agrippa*, 19: 54-69.

Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11: 91-104.

Johnson, V.E. (1986). *Interventions: how to help those who don't want help*. Minneapolis: Author.

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.

Kelley, M.L. & Fals-Stewart, W. (2002). Couples- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: Effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2): 417-427.

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.

Kumpfer, K.L., Alvarado, R. & Whiteside, H.O. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance Use & Misuse*, 38(11-13): 1759-1787.

Kuntsche, E.N. & Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting use in adolescence. *Substance Use and Misuse*, 41(1): 71-86.

Lam, W.K., Fals-Stewart, W. & Kelley, M.L. (2008). Effects of parent skills training with behavioral couples therapy for alcoholism on children: A randomized clinical pilot trial. *Addictive Behaviors*, 33(8): 1076-1080.

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.

Lindgaard, H. (2008). *Afhængighed og relationer – de pårørendes perspektiv*. Århus, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

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.

McCrary, B.S., Epstein, E.E. & Kahler, C.W. (2004). Alcoholics anonymous and relapse prevention as maintenance strategies after conjoint behavioural alcohol treatment for men: 18-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72: 870-878.

Meyers, R.J. & Miller, W.R. (eds.). (2001). *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.



Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E. & Tonigan, J.S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10:1-18.

Miller, 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.

Miller, R.J., Meyers, R.J. & Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for interventions through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 688-697.

Miller, W.R. (2003). A collaborative approach to working with families. *Addiction*, 98: 5-6.

Miller, W.R., Wilbourne, P.L. & Hettima, J.E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester, R.K., Miller, W.R. (eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 3<sup>rd</sup> ed.

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., Finney, J. W. & Cronkite, R. C. (1990). *Alcoholism Treatment: Context, Process, and Outcome*. New York, Oxford University Press.

Moos, R. H. & Moos, B. S. (1984). The process of recovery from alcoholism. III. Comparing functioning in families of alcoholics and matched control families. *Journal of Studies on Alcohol*, 45: 111-118.

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. & Grønbaek, M. (2006). *Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering*. København, Sundhedsstyrelsen.

Nye, C.L., Zucker, R.A. & Fitzgerald, H.E. (1999). Early family-based intervention in the path to alcohol problems: Rationale and relationship between treatment process characteristics and child and parenting outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, supplement (13): 10-21.

O'Farrell, T. J. (Ed.) (1993). *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*. New York, Guilford Press.

O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., Cutter, H.S.G., Brown, E.D., Bayog, R., McCourt, W., Lowe, J., Chan, A. & Denealt, P. (1996a). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of behavioral marital therapy with and without relapse prevention sessions for alcoholics and their spouses. *Behavior Therapy*, 27: 7-24.

O'Farrell, T.J. & Fals-Stewart, W. (1999). Treatment models and methods: family models. In: McCrady, B.S. & Epstein, E.E. (eds.). *Addictions: a comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press: 287-305.

O'Farrell, T.J. & Fals-Stewart, W. (2001). Family-involved alcoholism treatment: An update. I: Galanter, M. (ed.). *Recent developments in alcoholism, Volume 15: Services Research in the Era of Managed care*. Klüver Academic/Plenum Publishers, New York.

O'Farrell, T.J. & Fals-Stewart, W. (2003a). Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1): 121-146.

O'Farrell, T.J. & Fals-Stewart, W. (2003b). Marital and family therapy. I: Hester, R. & Miller, W. (eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, 3<sup>rd</sup> ed.

O'Farrell, T.J. & Fals-Stewart, W. (2006). *Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse*. New York: Guilford Press.

O'Farrell, T.J. & Feehan, M. (1999). Alcoholism treatment and the family: Do family and individual treatments for alcoholic adults have preventive effects for children? *Journal of Studies on Alcohol*, Supplement(13): 125-129.

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. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2): 256-262.

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.

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., 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.

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. & 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.

Rambøll Management. (2006). *Børn i familier med alkoholproblemer – 1. kortlægning*. København, Sundhedsstyrelsen.

Ray, G. T., Mertens, J. R. & Weisner, C. (2007). The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Medical Care*, 45(2): 116-122.

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.

Rohrbaugh, M. Shoham, V., Spungen, C. & Steinglass, P. (1995). Family systems therapy in practice: A systemic couples therapy for problem drinking. In: Bongar, B.M. & Beutler, L.E. (eds.): *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*. Oxford textbook in clinical psychology. New York: Oxford University Press, 1: 228-253.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey, Princeton University Press.

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.

Shoham, V., Rorhbaugh, M.J. & Stickle, T.R. et al. (1998). Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. *Journal of Family Psychology*, 12: 557-577.

Sisson, R.W. & Azrin, N.H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17: 15-21.

Steinglass, P., 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.

- 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.
- Thomas, C. & Ager, R. (1993). Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In: O'Farrell, T. (ed.). *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*. New York: Guilford Press: 3-33.
- Thomas, C. & Corcoran, J. (2001). Emperically based marital and family interventions for alcohol abuse: A review. *Research on Social Work Practice*, 11(5): 549-575.
- TUBA (2008). *TUBA-undersøgelse januar 2008*, upubliceret dokument, Århus: TUBA Danmark.
- 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., Copello, A. & Maslin, J. (Eds.) (1998). *Living with drink: women who live with problem drinkers*. London, Longman.
- 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. & 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.

Velleman, R.D.B., Templeton, L. & Copello, A. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24: 93-106.

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.

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.

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.

Yates, F. (1988). The evaluation of a "co-operative counselling" alcohol service which uses family and affected others to reach and influence problem drinker. *British Journal of Addiction*, 83: 1309-1319.

Zachariae, B. (1993). Dansk oversættelse af Brief Symptom Inventory. Århus, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.