



FAMILIEORIENTERET ALKOHOLBEHANDLING  
– et litteraturstudium af familiebehandlingsens effekter

2006

# FAMILIEORIENTERET ALKOHOLBEHANDLING – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter

Cand.psych., ph.d. Helle Lindgaard<sup>1</sup>

1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Viden- og dokumentationsenheden

Tema: Forebyggelse

## Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlings effekter

Udarbejdet af: Cand.psych., ph.d. Helle Lindgaard, Center for Rusmiddelforskning

Emneord: alkoholmisbrug, alkoholafhængighed, alkohol, børn, behandling, forebyggelse, familie

Kategori: Rådgivning

Sprog: Dansk

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 31.10.2006

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden

Viden- og dokumentationsenheden er organisatorisk placeret i Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i Sundhedsstyrelsen

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Layout: P.J. Schmidt Grafisk produktion

Copyright: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden

URL: <http://www.sst.dk>

Elektronisk ISBN: 87-7676-383-8

Denne rapport citeres således:

Lindgaard, H. Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlings effekter, Sundhedsstyrelsen, 2006

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Viden- og dokumentationsenheden

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: [cemtv@sst.dk](mailto:cemtv@sst.dk)

Rapporten har gennemgået en ekstern peer review proces.

Rapporten indgår i en serie publikationer, der sammenfatter den aktuelle viden om metoder til forebyggelse og sundhedsfremme. Disse vil løbende blive publiceret i Evidensbasen: Forebyggelse på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk/evidensbasen](http://www.sst.dk/evidensbasen)

## Forord

Det skønnes, at mindst 60.000 børn vokser op i familier med misbrugsproblemer. Disse børn har forøget risiko for at udvikle forskellige følgevanskeligheder som fx depression, angst og eget misbrug i deres voksne liv. Samtidig viser forskningslitteraturen, at det at inddrage familien i misbrugerens alkoholbehandling har gunstige effekter på misbrugerens alkoholadfærd.

Denne rapport beskriver effekten af familieorienterede alkoholbehandlingsmetoder i forhold til alkoholmisbrugerens familie, herunder børnene. Familiebehandlingens effekt på misbrugerens alkoholadfærd inddrages også, idet denne effekt formodes at have afgørende betydning for familiens funktionsniveau. Rapporten redegør desuden for de følgevanskeligheder misbruget kan have for familien, herunder de langtidsfølger det kan have for børn at vokse op i en familie med alkoholmisbrug.

Rapporten henvender sig til praktikere, planlæggere og beslutningstagere, der beskæftiger sig med alkoholbehandling eller forebyggelse på børne- og familieområdet.

Rapporten er en af tre rapporter, der udgives i forbindelse med Viden- og dokumentationsenhedens årstema i 2006 om børn og forebyggelse.

*Finn Børlum Kristensen*  
*Centerchef*

# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning</b>	<b>6</b>
1.1	Formål	6
1.2	Målgruppe	6
1.3	Rapportens opbygning	6
<b>2</b>	<b>Familien med alkoholproblemer – en karakteristik</b>	<b>8</b>
2.1	Karakteristik af familien med alkoholproblemer	8
2.2	Karakteristik af børn i familier med alkoholproblemer	12
2.3	Familieorienteret alkoholbehandling i Danmark	15
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>19</b>
3.1	Begrebsafklaring	19
3.2	Litteratursøgning	20
3.3	Vurdering af litteraturens overførbarehed til danske forhold	22
<b>4</b>	<b>Effekter af familieorienteret alkoholbehandling</b>	<b>23</b>
4.1	Behandling, hvis formål er at motivere misbrugeren til at ændre alkoholadfærd og/eller at gå i behandling	24
4.2	Behandling, hvis formål er at forbedre både misbrugs- og familierelaterede effektmål	26
4.3	Behandling, hvis formål er at reducere indvirkning og skade på familien	28
4.4	Behandling, hvis formål er at reducere indvirkning og skade på børn	31
4.5	Metodiske mangler og forbehold	34
4.6	Faktorer med indflydelse på behandlingens effekt	35
4.7	Sammenfatning	36
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	<b>37</b>
5.1	Interventionsmæssige perspektiver i forhold til familier med alkoholproblemer	37
5.2	Interventionsmæssige perspektiver i forhold til børn i familier med alkoholproblemer	37
5.3	Barrierer for etablering af en familieorienteret alkoholbehandlingspraksis	41
5.4	Etiske overvejelser	43
5.5	Økonomiske aspekter ved familieorienteret alkoholbehandling	43
<b>6</b>	<b>Konklusion</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>Anbefalinger til forskning og praksis</b>	<b>47</b>
7.1	Anbefalinger til forskning	47
7.2	Anbefalinger til praksis	48
<b>8</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>50</b>
<b>Appendiks 1. Familiebehandling i teori og praksis</b>		<b>58</b>
1.1	Teoretiske forståelsesmodeller	58
1.2	Forståelsesrammer i forhold til arbejdet med familier med alkoholproblemer	60
<b>Appendiks 2. Behandlingsmetoder</b>		<b>62</b>
2.1	Behandling, hvis formål er at motivere misbrugeren til behandling og/eller adfærdsændring	62
2.2	Behandlingsmetoder, der involverer familiemedlemmer i alkoholbehandlingen med det formål at forbedre både alkoholadfærd og familiefunktion	65
2.3	Behandling, hvis formål er at reducere indvirkning og skade på familiemedlemmer	69
2.4	Behandling, hvis formål er at medføre reduktion af indvirkning og skade på børn i familier med alkoholproblemer	72
<b>Bilag 1</b>	<b>Elektroniske databaser og websider</b>	<b>74</b>
<b>Bilag 2</b>	<b>Søgestrategier ved litteratursøgning</b>	<b>75</b>
<b>Bilag 3</b>	<b>Oversigt over inkluderet litteratur</b>	<b>77</b>

# 1 Indledning

Igennem de senere år er man i stigende grad blevet opmærksom på, at alkoholproblemer ikke alene er et individuelt problem, men også i høj grad et relationelt problem. Vi ved således, at familien lider under tilstedeværelsen af et alkoholmisbrug (fx Lindgaard, 2002; Tweed & Ryff, 1996; Rotunda et al., 1995; Krestan & Bepko, 1993; Velleman & Orford, 1990), herunder ikke mindst børnene (fx Velleman, 2004; Lindgaard, 2002; Christensen, 2000, 1994; Christensen, 1992). Generelt gælder det, at familiemedlemmerne kan være mindst lige så fysisk og psykisk belastede af misbruget som misbrugeren selv, ligesom de kan have ligeså meget brug for hjælp.

Især i forhold til børnene ses langsigtede konsekvenser af misbruget. Således vil op imod halvdelen af børnene have psykosociale problemer helt ind i voksenalderen (Lindgaard, 2002; Belliveau & Stoppard, 1995; Kashubeck, 1994; Sher et al., 1991). Specifikt ser der ud til at være en forøget risiko for, at børn fra familier med alkoholproblemer selv udvikler misbrugsproblemer i voksenalderen (Lindgaard, 2002; Finn et al., 1997; Wilson et al., 1995) og at disse er tungere og af mere destruktiv karakter (Nielsen, Nielsen & Petersen, 2000; Jacob et al., 1999; Svanum & McAdoo, 1991).

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

Der er således god grund til også at inddrage alkoholmisbrugerens familierelationer i forhold til behandling såvel som forebyggelse. Dette kan foregå på flere måder, dels ved selvstændige tilbud til familien uden misbrugeren og dels ved en inddragelse af familien i selve alkoholbehandlingen.

## 1.1 Formål

Formålet med rapporten er, på baggrund af en systematisk litteraturgennemgang, at gennemgå den foreliggende videnskabelige litteratur om metoder og effekter i relation til »familieorienteret alkoholbehandling«.

Rapportens hovedformål er at belyse familiebehandlingens effekter på alkoholmisbrugerens familie, herunder børnene. Et delformål er at belyse familiebehandlingens effekt i forhold til misbrugeren og dennes alkoholadfærd, idet dette formodes at have afgørende betydning for familiens funktionsniveau. Et andet delformål er at belyse, hvilke følgevanskeligheder misbruget kan have for familien, herunder specifikt børnene, på baggrund af udvalgt videnskabelig litteratur.

## 1.2 Målgruppe

Rapportens målgruppe er praktikere og planlæggere, der beskæftiger sig med forebyggelse og behandling på såvel alkohol- som familie- og børneområdet.

## 1.3 Rapportens opbygning

I *kapitel 2* redegøres der for de følgevanskeligheder/skader, som et alkoholmisbrug kan medføre for misbrugerens familie, herunder ikke mindst børnene. *Kapitel 3* beskriver, hvordan de forskellige

begreber i rapporten defineres og forstås samt redegør for processen med at søge og udvælge litteratur. I *kapitel 4* gennemgås den inkluderede litteratur, der undersøger effekten af forskellige metoder til familieorienteret alkoholbehandling. Effekten af de forskellige behandlingsmetoder beskrives og vurderes. *Kapitel 5* diskuterer først interventionsmæssige perspektiver på hhv. familier med alkoholproblemer og børn i familier med alkoholproblemer. Dernæst diskuteres barrierer for etablering af en familieorienteret behandlingspraksis samt etiske overvejelser og økonomiske aspekter ved familieorienteret alkoholbehandling. Der redegøres for rapportens konklusioner i *kapitel 6*. *Kapitel 7* indeholder anbefalinger til hhv. forskere og praktikere om, hvordan man kan arbejde videre med området, set i lyset af rapportens resultater.



## 2 Familien med alkoholproblemer – en karakteristik

I det følgende beskrives familien med alkoholproblemer. Der redegøres kort for, hvorledes alkoholproblemer hos en eller begge forældre kan påvirke familiens interaktion. Dernæst belyses mulige konsekvenser for børnene. Det skal understreges, at der er tale om mulige konsekvenser, der kan være til stede i forskellig grad, på forskellige funktionsområder, og på forskellige tidspunkter i et samlet livsforløb. Der kan ligeledes være tale om familier og børn, der er forholdsvist eller tilsyneladende upåvirkede af alkoholproblemerne i familien. Denne forskellighed belyses nærmere i slutningen af kapitlet.

Problemets omfang kendes ikke nøjagtigt. Sundhedsstyrelsen anslår på baggrund af en undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet (Christoffersen, 2000), at der er mindst 60.000 børn, der vokser op i en familie med alkoholproblemer. Dette estimat er dog et absolut minimum, idet tallet angiver børn mellem 0-18 år, der er vokset op i en familie, hvor far eller mor har været indlagt på hospital med en alkoholrelateret lidelse. Alle de tilfælde, hvor alkoholproblemerne endnu ikke har haft sundhedsmæssige konsekvenser af en sådan karakter er derfor ikke inkluderet. Omfanget formodes således at være noget større.

Litteraturen anvendt dette kapitel er baseret på en tidligere systematisk litteratursøgning (Lindgaard, 2002) suppleret med state-of-the-art artikler samt data fra en nyere dansk undersøgelse blandt voksne børn fra alkoholfamilier (Lindgaard, 2002).

### 2.1 Karakteristik af familien med alkoholproblemer

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

#### **Den alkoholiske familie**

Ifølge systemteorien kan familien betegnes som værende »alkoholisk«, når familiens interaktion er organiseret omkring alkoholismen. Det vil sige, at familiens værdier og aktiviteter defineres af misbruget og misbrugeren, der bliver omdrejningspunktet for familien. Man taler om, at alkoholismen bliver det »det centralt organiserende princip«. Det kan fx være, at man ikke holder jul, eller at man holder fødselsdag på en ganske særlig måde, der tager hensyn til misbrugers behov.

Om dette sker, og i hvilken grad afhænger af, om der er overensstemmelse, det man kalder »goodness-of-fit«, dvs. et sammenfald mellem misbrugers drikkemønster og familiens reguleringsmekanismer.<sup>1</sup> Der er således tale om en relation mellem misbrugeren og dennes familie, og hvad de hver især bidrager med på godt og ondt til denne relation. Således vil også individuelle karakteristika ved familiemedlemmerne og misbrugeren påvirke alkoholismen og familiens funktion, ligesom der også må inddrages kontekstuelle faktorer for at forstå, hvorledes ægtefælle og børn påvirkes af alkoholismen. Det kan fx handle om, hvordan, hvor og hvornår der drikkes samt hvem der drikker (mor, far eller begge). Der kan også være en forælder, der formår at opretholde familiens interaktion og beskytte børnene eller en social støtte i familiens nære miljø (fx en bedsteforælder).

#### **Benægtelse og forvrænget kommunikation**

I familier med alkoholproblemer vil misbruget og/eller dets konsekvenser meget ofte benægtes, ikke blot af misbrugeren selv, men til tider også af en eventuel ikke-misbrugende partner. Denne benægtelse kan sprede sig til den generelle kommunikation i familien, således at hele interaktionsformen

<sup>1</sup> Familiens reguleringsmekanismer defineres som familiens identitet og familiens temperament. Man kunne også kalde det »familiens værdier og måde at være familie på«.



i familien bliver præget af løgne, forvrængninger, tvetydigheder og tavshed (Tweed & Ryff, 1996; Krestan & Bepko, 1993, Lawson et al., 1983; Steinglass, 1981). Benægtelse optræder som en forsvarsmekanisme. En erkendelse af alkoholproblemerne og konsekvenserne heraf, for såvel misbrugeren selv som dennes familie, ville være smertefuld og medføre skam og skyld.

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

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

### **Foringede mestringsstrategier<sup>2</sup>**

Benægtelsen og den forvrængede kommunikation betyder også som nævnt ovenfor, at familiens muligheder for at ændre på tingenes tilstand begrænses. Den forvrængede virkelighedsopfattelse betyder, at familien ikke kan handle i forhold til virkeligheden og dermed heller ikke ændre på virkeligheden (Krestan & Bepko, 1993), ligesom deres udviklingsmuligheder som sådan begrænses (Rotunda, 1995).

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

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

### **Ringede eller manglende samhørighed**

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

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

---

<sup>2</sup> Mestringsstrategier kan også kaldes »livs- og problemløsningsstrategier«. Mestring er de kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser individet gør for at mestre livet som sådan og de problemer, der opstår.

### **Forstyrret, omvendt eller fraværende lederskab og familiestruktur**

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

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

### **Forhøjet stress- og konfliktniveau**

I familier med alkoholproblemer ser der generelt ud til at være et forhøjet stress- og konfliktniveau (Lindgaard, 2002; Nielsen et al., 2000; Tweed & Ryff, 1996; Havey et al., 1995; Chassin et al., 1993; Roosa et al., 1993; Velleman & Orford, 1990), sådan at forstå at der udover alkoholproblemerne i sig selv tillige er flere stressende livsbegivenheder som sådan. Således er der flere konflikter imellem forældre og børn (Wright et al., 1991; Reich et al., 1988) og forældrene indbyrdes (Senchak et al., 1995; Wilson, Bell & Arredondo, 1995; Velleman & Orford, 1990). Parforholdet er ofte præget af et højt niveau af utilfredshed og ustabilitet (Fals-Stewart & Birchler, 2001; Leonard & Senchak, 1993; Dunn et al., 1987). Der er også solid dokumentation for, at en evt. ikke-alkoholisk forælder er psykosocialt belastet med et forhøjet niveau af depression, angst og psykosomatiske lidelser og anvendelse af flere medicinske ressourcer (Christensen, 2000; Brennan, Moos & Kelly, 1994; Moos & Moos, 1984; Moos, Finney & Gamble, 1982).

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

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

### **Uforudsigelighed og bi-fasisk fungeren**

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

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

At alkoholfamilien er bi-fasisk fungerende betyder, at interaktionen i familien afhænger af, om den drikkende forælder er ædru eller fuld og derfor findes i mindst to udgaver. Det vil fx betyde, at en familieadfærd, der er hensigtsmæssig i ædru fase, ikke er hensigtsmæssig når den misbrugende forælder har drukket. Det betyder også at regler, der gælder den ene dag, ikke nødvendigvis gælder i samme situation den næste dag. Familieritualer og rutiner, som billeder på familiens samværsformer, vil i så fald være indrettet i forhold til den alkoholiserede forælders tilstand, og familiens interaktion vil på den måde være bi-fasisk fungerende (Haugland, 1992). Disse to forhold betyder, at familien hele tiden skal være opmærksom på misbrugerens tilstand for at kunne justere sin adfærd i forhold til dette.

### **Sociale relationer og social støtte**

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

### **Anbringelse/tvangsfjernelse**

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

### **Alkoholfamilien sammenlignet med andre dysfunktionelle familier**

Interaktionen i familier med alkoholproblemer er, som allerede antydnet ovenfor, og i øvrigt fra mange sider, beskrevet som værende belastet og dysfunktionel (fx Lindgaard, 2002; Christensen, 2000; Deming et al., 1996; Rodney, 1995; Wilson et al., 1995; Velleman & Orford, 1993). I en nyere dansk undersøgelse af alkoholfamilier var således stort set alle familierne (98%) i forskellig grad, hvad man må betegne som dysfunktionelle (Lindgaard, 2002).

Sammenlignet med andre dysfunktionelle familier er den alkoholiske familie gennemsnitligt mere dysfunktionel end en kontrolgruppe af dysfunktionelle familier uden alkoholproblemer (Lindgaard, 2002).<sup>3</sup> Samtidig ser det ud til at give flere psykosociale vanskeligheder for børn, der er vokset op i en dysfunktionel familie med alkoholproblemer, end for børn vokset op i en dysfunktionel familie uden alkoholproblemer (ibid.).

### **Opsummering**

Der er omfattende dokumentation for, at hele familien bliver påvirket når far og/eller mor har alkoholproblemer. Familien kan betegnes som værende »alkoholisk«, når familiens interaktion er organiseret omkring alkoholismen, således at familiens aktiviteter er defineret af og organiseret omkring misbruget og misbrugeren. I hvilken grad vil afhænge af, i hvilket omfang alkoholproblemerne får lov at påvirke familien og dennes interaktion.

<sup>3</sup> De dysfunktionelle familier uden alkoholproblemer var defineret som »familier, hvor interaktionen kan betegnes som værende dysfunktionel, men hvor alkohol- og/eller stofmisbrug ikke forekommer«. De dysfunktionelle familier uden alkoholproblemer var i stedet kendetegnede ved psykiske problemer blandt forældrene.

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

## 2.2 Karakteristik af børn i familier med alkoholproblemer

Som det fremgår af det foregående, vil alkoholproblemer i familien kunne betyde forringede opvækstbetingelser for børnene. Som følge heraf vil alkoholproblemer i familien på forskellig vis kunne have emotionelle, kognitive og/eller sociale konsekvenser for børnene (fx Velleman, 2004, 2002; Lindgaard, 2002; Lieberman, 2000; Christensen, 2000, 1994; Moos et al., 1995; Christensen, 1992; West & Prinz, 1987). Disse konsekvenser kan optræde i forskellig grad og på forskellige tidspunkter i barnets liv. Således vil nogle konsekvenser kunne optræde allerede i barndommen, mens andre først vil vise sig i voksenalderen, fx når der skal etableres egen familie (Lindgaard, 2002; Hansen, 1985; Cermak & Brown, 1982; Moos & Billings, 1982). Nogle vil vokse med barnet enten til en forværring eller en bedring i voksenalderen. Ligeledes gælder det, at nogle af barnets vanskeligheder vil være en direkte konsekvens af alkoholproblemerne, mens andre vil være en sekundær effekt som følge af alkoholproblemernes effekt på andre vitale områder i barnets liv, herunder påvirkningen af familiens interaktion (Lindgaard, 2002). Endelig gælder det, at op imod halvdelen af børnene ikke udvikler nævneværdige problemer. Dette belyses i slutningen af afsnittet.

### **Medfødte alkoholskader**

Udover de problemer, der kan opstå som følge af alkoholproblemernes indflydelse på barnet og familien, ses også skader opstået allerede i fosterstadiet (Thormann, 2006; Thormann & Guldborg, 1995). Såfremt det er moderen, der har alkoholproblemer, og dette finder sted under graviditeten, ses ofte medfødte og vedvarende skader hos barnet (ibid.). Disse kaldes Føtal Alkohol Syndrom (F.A.S.). Skaderne består som oftest af generel væksthæmning, i fosterstadiet såvel som efter fødslen, samt hjerneskader (skader på centralnervesystemet). Hjerneskaderne kan udmøntes i en lang række vanskeligheder, herunder sproglige, motoriske, indlærings- og koncentrationsmæssige samt diverse psykiske/følelsesmæssige problemer, sociale/adfærdsmæssige problemer og decideret retardering i forskellig grad. Samtidig ses karakteristiske ansigtstræk. For at kunne stille diagnosen Føtal Alkohol Syndrom skal mindst to af de tre nævnte symptomer være til stede. Såfremt skaderne kun er til stede i mindre grad, tales om Føtale Alkohol Effekter (F.A.E.).

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

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

### **Psykisk funktionsniveau og psykopatologi**

Generelt ses en forringelse af børnenes psykiske funktionsniveau (Velleman, 2004, 2002; Christensen, 2000; Orford & Velleman, 1990). Af en dansk undersøgelse fremgår det, at 10% af børnene

har kliniske forstyrrelser (Christensen, 2000). Især ser de ud til at have tendens til depression og angst, herunder lavt selvværd og selvmordstanker. Samtidig er der tillige en øget risiko for udvikling af decideret psykopatologi (ibid.).

#### **Adfærdsmæssige forstyrrelser, antisocial adfærd**

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

#### **Kognitiv udvikling/Skolegang**

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

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

#### **Andre udviklingsforstyrrelser**

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

Ligeledes kan overgangen fra barndom til voksenalder være besværlig med deraf følgende problemer, fx manglende separation og individuation. Det forekommer således ofte, at børnene bevarer en overdreven omsorgs- og ansvarsfunktion for forældrene, længe efter at børnene er blevet voksne og har stiftet egen familie (ibid.).

#### **Sociale relationer og social støtte**

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

#### **Forringede mestringsstrategier**

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



### **Langtidseffekt, herunder eget misbrug**

Som allerede nævnt vil en lang række af de ovennævnte vanskeligheder kunne følge barnet ind i voksenalderen. Ligeledes vil der være tale om, at nogle vanskeligheder først vil vise sig på længere sigt.

De voksne børn fra familier med alkoholproblemer (VBA) vil ligeledes have en øget risiko for emotionelle, kognitive, sociale og/eller psykiatriske problemer i voksenalderen (Lindgaard, 2002; Belliveau & Stoppard, 1995; Kashubeck, 1994; Sher et al., 1991). Blandt disse ses lavt selvværd, depression, angst og suicidal adfærd (Lindgaard, 2002; Belliveau & Stoppard, 1995; Wilson et al., 1995; Bush et al., 1994; Jones & Zalewsky, 1994; Domenico & Windle, 1993; Webb et al., 1992; Jarmas & Kazak, 1992;). Derudover ses også en generelt dårligere selvoplevelse og identitet, hvilket bl.a. kommer til udtryk som en forringet evne til at mærke og udtrykke sig selv (Rearden & Markwell, 1989; Black et al., 1986). Desuden ses tillige en øget forekomst af spiseforstyrrelser blandt VBA (Lindgaard, 2002; Mintz et al., 1995; Wilson et al., 1995).

Ifølge kliniske og empiriske studier har VBA også øget risiko for forstyrrelser i det relationelle system. De oplever i højere grad ubehag ved følelsesmæssige relationer til andre, har sværere ved at have tillid og give sig hen til et andet menneske, ligesom de er bange for at blive svigtet og forladt (Lindgaard, 2002). Heraf følger flere skilsmisser/brudte parforhold samt ringere kvalitet i par-, forældre- og familieforhold (Rodney, 1995; Domenico & Windle, 1993; Kerr & Hill, 1992). Samtidig kan en manglende kontakt og erfaring med virkeligheden uden for opvækstfamilien (som en følge af isolationen) have medført et forvrænget og måske urealistisk billede af, hvad en »normal« familie er. Dette kan ligeledes give børnene problemer den dag, de selv skal stifte familie, hvor urealistiske forventninger og manglende rollemodeller kan gøre det vanskeligt at få skabt et tilfredsstillende familieliv.

Den forstyrrede skolegang vil også på længere sigt kunne have konsekvenser for børn af alkoholmisbrugere. Således ses oftere et ringere uddannelsesnivea (Sher et al., 1991).

Også ringere fysisk helbred ser ud til at kunne være en konsekvens af en opvækst i en familie med alkoholproblemer (Lindgaard, 2002; Sarason, 1980). Dette kan imidlertid også ses som en konsekvens af øget fysisk vold, omsorgssvigt, suicidal adfærd og eget misbrug.

Ifølge omfattende forskning har børn af misbrugere større risiko for selv at udvikle alkoholproblemer og/eller andet misbrug (Lindgaard, 2002; Lieberman, 2000; Finn et al., 1997; Rodney et al., 1995; Wilson et al., 1995). To til ti gange så høj er risikoen i forhold til børn, som er vokset op i familier uden alkoholproblemer (Lieberman, 2000). Desuden ser det ud til, at når de udvikler misbrug, er dette af voldsommere karakter (Nielsen et al., 2000; Svanum & McAdoo, 1991; Worobec et al., 1990), indtræder tidligere (Velleman & Orford, 1999; Worobec et al., 1990), og oftere er ledsaget af andet misbrug og flere fysiske og psykiske problemer end blandt alkoholmisbrugere, der ikke er vokset op i familier med alkoholproblemer (Nielsen et al., 2000; Jacob et al., 1999). Af en dansk undersøgelse (Nielsen, Nielsen & Petersen, 2000) fremgik det således, at 40% af alkoholmisbrugere i ambulant alkoholbehandling selv var vokset op i en familie med alkoholproblemer. Især ser det ud til at sønner af alkoholmisbrugere er i højere risiko for udvikling af eget alkoholmisbrug (Lindgaard, 2002; Parker & Harford, 1988), mens kvinder i højere grad ser ud til at finde en partner med misbrug (Lindgaard, 2002). Udover alkoholproblemer har VBA også en øget risiko for udvikling af stofmisbrug (Wilson et al., 1995).

### **Heterogenitet – indikationer på modstandsdygtighed**

Samtidig er der stigende dokumentation for, at ikke alle børn fra alkoholfamilier påvirkes ligeligt og på samme vis, hverken som børn eller voksne (Lindgaard, 2002; Tunnard, 2002; Cleaver, Unell & Aldgate, 1999; Velleman & Orford, 1999; Werner & Smith, 1998, 1992; Mintz et al., 1995; Rotunda et al., 1995; Tweed & Rhyff, 1991; West & Prinz, 1987). Op imod halvdelen af børnene udvikler således ikke, eller kun i meget ringe omfang, signifikante problemer og er tilsyneladende



dende 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 meget ringe omfang, udvikler problemadfærd. Det betyder ikke nødvendigvis, at børnene ikke vil være mærket af opvæksten, men at en del af dem har formået at »overleve« på trods. Barnets udvikling er altså diskontinuerlig. Det vil sige, at det er muligt at bryde den onde cirkel og den destruktive udvikling ved en forebyggende indsats. Dette har blandt andet stor betydning for forebyggelse og intervention (Copello et al., 2005).

Af ovenstående følger, at der må findes forskellige modererende og medierende faktorer og processer,<sup>4</sup> der kan forklare udvikling af henholdsvis problemadfærd og modstandsdygtighed. Disse faktorer er af stor værdi for såvel behandling af børnenes problemer i barndommen som forebyggelse af problemer på længere sigt. Når vi ved, hvad der fremmer modstandsdygtighed, kan disse faktorer indarbejdes i forebyggelses- og behandlingsindsatser. 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 alkoholfamilier, både i barndom og voksenalder (Lindgaard, 2002; Velleman & Orford, 1999).

En nærmere beskrivelse af de enkelte beskyttelsesfaktorer samt forslag til anvendelse af denne viden i forebyggelse og behandling, vil fremgå nærmere af kapitel 5.

### Opsummering

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

Børnenes psykiske funktionsniveau er generelt forringet, ligesom de har en øget risiko for udvikling af psykopatologi. Børnene har en 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. Der er 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 forskellige problemer. Blandt disse er angst og depression, suicidal adfærd, spiseforstyrrelser og et generelt lavt selv-værd. Derudover forstyrrelser i de sociale relationer, især i forhold til par- og familieforhold samt i forælderrollen. Endvidere ses et lavere akademisk standpunkt blandt voksne børn af alkoholmisbrugere. Endelig er der en forøget risiko for udvikling af egne misbrugsproblemer blandt de voksne børn. Et misbrug, der desuden ser ud til at indtræde tidligere, være tungere og ledsaget af flere fysiske og psykiske problemer.

Der findes imidlertid en række medierende og modererende faktorer, der kan forebygge udvikling af problemadfærd (se kapitel 5).

## 2.3 Familieorienteret alkoholbehandling i Danmark

Der findes ikke aktuelt (oktober 2006) en systematisk oversigt over familiebehandlingstiltag ved alkoholmisbrug i Danmark. Det følgende vil derfor kun være en tilnærmelse, hvis primære formål er at give et meget kortfattet, orienterende indblik i den familieorienterede alkoholbehandling i Danmark. Der er ikke tale om en fyldestgørende og gennearbejdet oversigt – og idet området er i konstant udvikling, er beskrivelsen derfor ikke nødvendigvis dækkende for den aktuelle situation i Danmark.

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

Gennemgangen tager udgangspunkt i følgende kilder:

- »Børn i familier med alkoholproblemer – 1. kortlægning«. Evalueringsrapport ved Rambøll Management af Sundhedsstyrelsens projekt af samme navn
- »Børn i familier med alkoholmisbrug – kortlægning af de eksisterende tilbud« (Jette Nyboe, Videns- og formidlingscenter for Socialt Udsatte, 2005)
- »Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige« (Pedersen et al., CRF, 2004)
- [www.SST.dk](http://www.SST.dk)
- [www.DanRIS.dk](http://www.DanRIS.dk)
- [www.HOPE.dk](http://www.HOPE.dk)
- Diverse (ikke altid opdaterede) hjemmesider fra de forskellige amters alkoholbehandlingsenheder.

### **Børnefamiliesagkyndige**

Sundhedsstyrelsen iværksatte i 2004 et 4-årigt projekt med titlen »Børne-familiesagkyndige til støtte for børn i familier med alkoholproblemer«. Projektet er landsdækkende og har det overordnede formål, at amtet og kommunerne i amtet systematisk forankrer støtten til børn i familier med alkoholproblemer som en driftsfunktion i henholdsvis amt og kommune og de relevante institutioner i kommunen. Dette gøres med udgangspunkt i følgende delmålsætninger:

- 1) at sikre at børnenes behov for støtte indledningsvist vurderes, og at støtten etableres i samarbejde med de relevante instanser i amt og kommune.
- 2) at sikre at børne-familieperspektivet indgår som en systematisk del af alkoholbehandlingen, og ved at der arbejdes med forældrekompetence og med relationen mellem forældre og børn.
- 3) at arbejde for at der etableres samarbejde mellem alkoholbehandlingen og de kommunale socialforvaltninger, således at socialforvaltningerne motiveres til systematisk at henvise klienter til alkoholbehandlingen, og at samarbejdet om støtten til børnene i familier med alkoholproblemer etableres.
- 4) at fungere som faglig ressourceperson og sparringspartner for kommunerne og det frontpersonale, som skal kvalificeres til at opdage børnenes problemer, give børnene den daglige støtte og til at etablere et samarbejde med socialforvaltningen, hvor dette er nødvendigt.

Til varetagelsen af disse opgaver er der i 12 ud af landets 13 amter samt i København og Frederiksberg Kommune og Bornholms Regionskommune ansat 1-2 børne-familiesagkyndige. Projektet bygger på erfaringer og metoder fra et modelprojekt i Fyns Amt, der fandt sted i årene fra 2000-2003. For at understøtte udviklingen i det lokale arbejde, gennemfører Sundhedsstyrelsen løbende forskellige aktiviteter, herunder netværk af børnefamiliesagkyndige, temadage og metodekurser for alkoholbehandlere, kurser for sagsbehandlere i statsamterne, for ledere af daginstitutioner, skoler og PPR samt pædagogiske konsulenter.

Projektet evalueres af Rambøll Management for Sundhedsstyrelsen. Denne evaluering omhandler forankringer af nye, blivende rutiner og den afledte effekt i forhold til antal børn og familier, som modtager støtte. Første evaluering »Børn i familier med alkoholproblemer – 1. kortlægning« er udgivet i foråret 2006 og bygger på data indsamlet i efteråret 2005. Disse data vil danne hovedgrundlaget for den følgende belysning af familieorienteret alkoholbehandling i Danmark.<sup>5</sup> Desuden gennemfører Socialforskningsinstituttet ved seniorforsker Else Christensen en evaluering, hvis formål det er at øge viden om, hvilke former for støtte, der med størst sandsynlighed kan få effekt på børnene, og hvilke former for støtte, det vil være mest hensigtsmæssig at tilbyde børnene (og deres familier).

---

<sup>5</sup> Det skal bemærkes, at Århus Amt ikke deltager i projektet og derfor heller ikke er inkluderet i datagrundlaget.

Det skal bemærkes at situationen i Danmark, som den beskrives nedenfor, må formodes i meget høj grad at bære præg af iværksættelsen af ovennævnte projekt. Således ser der ud til at være sket en opkvalificering af området. Hvor meget der kan tilskrives projektet og om denne udvikling er midlertidig eller vil bestå udover projektets forløbsperiode, er således uvist.

### **Overblik over familieorienteret alkoholbehandling i Danmark**

I forhold til en integration af børnefamilieperspektivet viser ovennævnte evaluering (Rambøll Management, 2006), at udviklingen er godt på vej, om end der er et betydeligt potentiale for videre udvikling på området. Således er det stort set alle alkoholbehandlingsenheder, der har eller er på vej imod en integration af et børnefamilieperspektiv (henholdsvis 55,9% og 38,2%). Lidt over halvdelen (58,8%) har en skriftlig handlingsvejledning, der specifikt vedrører børnefamilieperspektivet, mens ca. en tredjedel (32,4%) arbejder på et få en sådan. Kun ét amt svarer negativt på begge spørgsmål.<sup>6</sup> Omtrent en tredjedel har børnefamilieperspektivet integreret i enhedens øvrige retningslinier. Halvdelen (50%) er i gang med dette arbejde, mens Nordjyllands Amt og Ringkøbing Amt har børnefamilieperspektivet fuldt ud integreret i de øvrige retningslinier. Næsten alle (94,1%) undersøger i meget høj grad eller høj grad, om brugerne af behandlingstilbuddene har hjemmeboende børn under 18 år, men kun halvdelen tager i meget høj grad eller høj grad initiativ til at undersøge børnenes forhold nærmere. Til afdækning og vurdering af børnenes forhold er det primært forælder/forældre med alkoholproblemer (97,1%), der inddrages. Kun i halvdelen af behandlingsforløbene inddrages ædru ægtefælle/partner (52,9%), og kun sjældent inddrages barnet selv (5,8%) (ibid.). Det vil sige, at barnets behov for hjælp og støtte som oftest baseres på den alkoholiske forælders oplysninger og vurdering (ibid.).

Amternes alkoholbehandlingsenheder tilbyder forskellige former for behandling, som inddrager familien. For eksempel udbyder 85,7% af alkoholbehandlingsenhederne tilbud om familiesamtaler med deltagelse af børn, 40% udbyder familierapi med deltagelse af børn og 28,6% behandlingsforløb for børn, ofte i form af børnegrupper (Rambøll Management, 2006). Det skal bemærkes, at der er meget stor variation imellem tilbuddene til familier i de forskellige amter. Typisk gælder det, at jo længere tid et amt har arbejdet med børnefamilieperspektivet, jo flere tilbud har amtet til alkoholfamilien.

Udover de ambulante, offentlige tilbud findes også private tiltag på området, fx på private døgnbehandlingsinstitutioner. Således er der til nogle alkoholbehandlingsforløb i døgnregi knyttet et tilbud til partner, familie og/eller børn. Disse tilbud er af meget varieret karakter, fra enkelte parsamtaler til længerevarende familierapeutiske forløb med inddragelse af børn. Desuden ses mere uddannelsesprægede kursusforløb. Enkelte tilbud kan også benyttes uafhængigt af, om misbrugeren er i behandling på den enkelte institution. I privat regi ses også selvhjælpsgrupper. Disse er især knyttet an til AA-bevægelsen og Minnesota behandling, selvom også andre selvhjælpsgrupper findes.

På baggrund af de indledningsvist nævnte kilder, fremkommer følgende eksempler på tilbud til børnefamilier i alkoholbehandlingsregi (ambulant- og døgnbehandling samt andet):

- individuel rådgivning, samtaler og terapiforløb for ægtefælle/partner
- individuelle samtaler og terapiforløb for børn
- individuelle samtaler og terapiforløb for voksne børn
- gruppeforløb for ægtefælle/partner
- gruppeforløb for børn
- gruppeforløb for voksne børn
- samtaler/terapeutiske forløb for ægtefælle/partner og misbrugeren sammen
- gruppeterapeutiske forløb for ægtefælle/partner og misbrugeren sammen med andre par
- familiesamtaler, familiekurser, familierapi

<sup>6</sup> Det er påfaldende, at dette amt har arbejdet med børnefamilieperspektivet i mange år og ligeledes har en meget varieret tilbudsstruktur til familien. Det kan derfor formodes, at amtet derfor ikke ser det som nødvendigt med en skriftlig handlingsvejledning desangående, eller at amtet har børnefamilieperspektivet fuldt ud integreret i de øvrige retningslinier.

- familiebehandling i eget hje
- »fler-familie-grupper« (familieterapeutisk forløb for flere familier sammen)
- specielle tilbud til gravide kvinder og spædbarnsmødre
- undervisning for ægtefæller/partner
- undervisning for børn
- tilbud om rådgivning og behandling til ægtefæller, hvis partner ikke er i behandling
- selvhjælpsgrupper for ægtefæller/partner (fx i AA-regi, Al-Anon)
- selvhjælpsgrupper for børn og unge (fx i AA-regi, Al-Ateen)
- diverse støttetilbud i daginstitutions- og skoleregi (fx specialindretning af daginstitution i belastet område og »skole-fe ordning«)

Det skal understreges, at selvom listen af behandlingstilbud er lang, er dette ikke sammenfaldende med omfanget af *modtaget* behandling. Således er der stor variation i de forskellige amters tilbud, ligesom mange af tilbuddene kun udbydes i meget begrænset omfang. Enkelte tilbud er projektfinansierede og således midlertidige. Tilbud i privat regi skal som regel betales af klienten selv.

## 3 Metode

Denne rapport er en evidensrapport, hvis formål er på baggrund af en systematisk litteratursøgning at gennemgå den foreliggende videnskabelige litteratur om metoder og effekter i relation til familieorienteret alkoholbehandling, primært med fokus på alkoholmisbrugerens familie.

### 3.1 Begrebsafklaring

#### **Alkoholproblemer**

I litteraturen indgår såvel storforbrugere, afhængige og misbrugere. I nærværende rapport inddrages alle grupper, idet det er den enkelte forfatters definition, der bliver gældende i hvert enkelt tilfælde. Såfremt intet andet er angivet benævnes parten med alkoholproblemer »misbrugeren« velvidende, at denne betegnelse ikke nødvendigvis altid dækker over den rette diagnose.

#### **Familien**

Familien bliver kun meget sjældent defineret i den eksisterende litteratur. Det initiale inklusionskriterium med »to samboende voksne og deres børn« måtte således opblødes til blot at hedde »voksne og deres børn«. Dog stadig med en understregning af, at det er de voksnes (forældrenes) alkoholproblemer, der er i fokus, i modsætning til den omfattende litteratur vedrørende børn og unges alkoholproblemer og familiebehandling deraf, som ikke indgår i nærværende rapport. En familie defineres derfor bredt som »en far og/eller mor og deres børn, hvor det er far og/eller mor, der har alkoholproblemer«.

#### **Familiebehandling**

Som udgangspunkt blev hovedformålet med nærværende rapport defineret som »en redegørelse for effekten af familiebehandling for alkoholmisbrugerens familie«. Det fremgik imidlertid hurtigt, at en sådan definition måtte omformuleres. I realiteten viste virkeligheden sig nemlig at være præget af en del træghed og paradokser. På trods af at det er erkendt og videnskabeligt underbygget, at familien lider under alkoholproblemerne, er der alligevel stadig kun sparsom viden og erfaring i forhold til behandling på området. Endvidere viste det sig, at hovedparten af den eksisterende litteratur på området måske nok blev defineret som familiebehandling, men i realiteten drejede sig om par-behandling. Dog ofte med et familieorienteret teoretisk udgangspunkt.

Begrebsdefinitionen blev derfor udvidet til også at omfatte par-behandling samt »anden familieinddragende/fokuserende behandling«, altså det man samlet kunne kalde »familieorienteret behandling i forbindelse med alkoholmisbrug«. I det følgende anvendes for nemheds skyld som oftest blot betegnelsen »familiebehandling« eller »familieorienteret behandling«. Dette er underforstået i forbindelse med alkoholmisbrug.

Ligeledes er familiens selvstændige behov indtil for nylig i vid udstrækning blevet mere eller mindre ignoreret i behandlingssystemet. I stedet er familien i nogle behandlingsmodeller blevet opfattet som et supplement eller hjælpemiddel i arbejdet med misbrugeren og dennes problemer. Eller familien er blevet opfattet negativt som forstærkende elementer for misbruget. Således er familien som oftest ikke den primære målgruppe for behandling. I langt de fleste tilfælde angår behandlingen alkoholmisbrugerens og dennes problemer, mens familien kun i begrænset omfang indgår som målgruppe og som oftest kun sekundært. Det vil også sige, at behandling, der har til formål at forbedre misbrugsrelaterede effektmål, men også i et eller andet omfang har familiefunktionen i sigte, er inddraget.

Endelig er man først i de senere år begyndt at måle på forandringer i familiens interaktion og familiemedlemmernes symptomer på belastning i forbindelse med undersøgelser af familieorienteret alkoholbehandling. Som følge heraf er forskning på området yderst sparsom. Dog er det et område

i udvikling, ligesom resultater fra alkoholmisbrugsbehandling, hvor familien indgår, indirekte bidrager med nogen viden.

I et vist omfang er inkluderet litteratur, der belyser familiebehandling sammenlignet med anden alkoholbehandling. Dette for at belyse familiebehandlingens position og styrke i alkoholbehandlingsfeltet som sådan.

Familiebehandling blev derfor defineret som »Familieorienteret behandling«, forstået som behandling der bredt/overordnet har som formål at hjælpe familien med alkoholproblemer og som på forskellig vis inddrager familien i behandling. Det vil sige behandling, der har til formål at forbedre misbrugsrelaterede effektmål, og i et eller andet omfang har familien i sigte.

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

- 1) Behandling, der gennem inddragelse af familien har til formål at motivere misbrugeren til behandling/adfærdsændring
- 2) Behandling, der gennem inddragelse af familien og misbrugeren har til formål at forbedre både misbrugsrelaterede effektmål og familie-funktion.
- 3) Behandling, der har til formål at medføre reduktion af indvirkning og skade på familiemedlemmer og andre implicerede parter, herunder børn.

Den familieorienterede behandling kan således udbydes på forskellig vis og på forskellige tidspunkter i behandlingen. Det kan ske forud for alkoholbehandling (jf. punkt 1), under alkoholbehandling (jf. punkt 2 og 3), både sammen med misbrugeren og parallelt med misbrugeren behandling (jf. punkt 2 og 3), under hele behandlingsforløbet eller blot i en del af dette (jf. punkt 2 og 3), ligesom familiebehandling kan være et selvstændigt tilbud til familien alene, hvis misbrugeren ikke ønsker behandling (jf. punkt 3).

Man kan diskutere om familiebehandling, der har til formål at motivere misbrugeren til behandling (jf. punkt 1) eller påvirke misbrugeren alkoholbehandling (jf. punkt 2) er berettiget i nærværende rapport, hvor fokus er på familiebehandlingens effekter på familier til alkoholmisbrugere. Når denne form for familiebehandling også inddrages er det dels for at få beskrevet det samlede billede af familieorienteret behandling for alkoholfamilier. Derudover har disse behandlingsformer ligeledes vist sig også at have positiv indflydelse på familien. På mange måder hænger familiens trivsel og alkoholproblemerne indbyrdes sammen og det kan være svært at skille tingene ad. Når misbrugeren ændrer adfærd eller holder op med at drikke, vil dette som regel også have indflydelse på familiens trivsel. Ligeledes vil ændringer i familiens adfærd kunne have indflydelse på misbrugeren adfærd. Således kan det primære formål med en given familiebehandling godt være misbrugsorienteret. Dette udelukker imidlertid ikke en afsmittende, sekundær effekt på familien, enten som en følge af familiearbejdet eller som en følge af misbrugeren drikkeophør og omvendt. Det drejer sig således i højere grad om effekten af familiebehandling på *familier med alkoholmisbrug*, end det drejer sig om effekten af familiebehandling på *familier til alkoholmisbrugere*.

### 3.2 Litteratursøgning

Litteraturgennemgangen er baseret på viden hentet i sekundær litteratur, såsom systematiske reviews, meta-analyser, guidelines og andet materiale, som er baseret på gennemgang af videnskabelig litteratur. Primærstudier om familieorienteret alkoholbehandling inddrages i begrænset omfang og kun såfremt specifikke vidensområder ikke er belyst i sekundær litteratur. Det drejer sig især om litteratur vedrørende børn, cost-benefit analyser samt til uddybning af familiebehandlingens metoder. Den familieorienterede alkoholbehandling beskrives udelukkende, som den fremgår af den inkluderede litteratur, med særlig fokus på identifikation af effektive metoder.



Der er søgt videnskabelig litteratur i relevante internationale såvel som nationale databaser samt websider. Disse samt antallet af hits fremgår af bilag 1.

Der er søgt ud fra nøje udvalgte søgeord i forskellige søgestrengene. Dette fremgår af bilag 2. Søgeord kan variere i forhold til de enkelte databaser, afhængig af hvorledes databasen definerer den specifikke terminologi.

Det har været nødvendigt at søge meget bredt, hvilket har betydet et omfattende manuelt sorteringsarbejde. Den brede søgning er bl.a. begrundet i et begrænset omfang af litteratur på området samt overlap med familiebehandling ved unges misbrugsproblemer. Endvidere er der søgt litteratur helt tilbage til 1990, ligeledes forårsaget af den begrænsede mængde litteratur på området. Dog er den nyere litteratur generelt vægtet højere end den ældre litteratur. Enkelte kilder ældre end 1990 forekommer, enten fordi de belyser ikke senere afdækkede relevante områder eller er historisk relevante. Disse indgår dog ikke i vurdering af behandlingseffekt.

Litteraturen (især den ældre) bærer præg af mangler og svagheder. Dels er der metodemæssige svagheder (disse behandles senere), dels er interventionerne som oftest mangelfuldt beskrevet. Derudover er der de ovenfor nævnte problemer i forhold til begrebsdefinitioner. Disse forhold har betydet, at inklusionskriterierne undervejs måtte revurderes. Nedenunder fremgår såvel initiale som reviderede inklusionskriterier samt eksklusionskriterier.

### **In- og eksklusionskriterier**

#### *Initiale inklusionskriterier*

- Effektmål skal være beskrevet
- Interventionerne skal være beskrevet i et eller andet omfang (hvem, hvad, hvor)
- Der skal indgå studier med familiebehandling
- Målgruppen er alkoholfamilier (to samboende voksne og deres børn), hvor det er far og/eller mor, der har et alkoholproblem (misbrug/afhængighed), og hvor familien er målgruppe for behandlingen
- Skandinavisk eller engelsksproget litteratur
- Kun litteratur efter 1995

#### *Reviderede inklusionskriterier*

- Effektmål skal så vidt muligt være beskrevet
- Interventionerne skal være beskrevet i et eller andet omfang (hvem, hvad, hvor)
- Der skal indgå studier med familieorienteret behandling (familie- og/eller parbehandling)
- Målgruppen er alkoholfamilier (voksne og børn), hvor det er far og/eller mor, der har et alkoholproblem (storforbrugere/misbrug/afhængighed), og hvor familien i en eller anden grad er involveret i behandling af misbrug og/eller familieproblemer som følge af misbrug
- Skandinavisk eller engelsksproget litteratur
- Litteratur efter 1990 (med mindre historisk relevant eller belyser ikke senere afdækket relevant område)

#### *Eksklusionskriterier:*

- Voksne, der ikke har alkoholafhængighed eller problematisk forbrug af alkohol
- Børn/unge med alkoholmisbrug
- Studier, hvor misbrug defineres udelukkende som stofmisbrug

Den inkluderede litteratur fremgår af bilag 3. Referencerne blev inddelt i følgende områder:

- Systematiske reviews og/eller meta-analyser af familieorienteret alkoholbehandling (familie- og parbehandling)
- Litteratur (overvejende systematiske reviews og/eller meta-analyser) af generel alkoholbehandling (herunder familieorienteret behandling sammenlignet med anden alkoholbehandling)

- Primær litteratur til belysning af specifikke problemstillinger og/eller uddybning af metoder (herunder effekt specifikt i forhold til børn og økonomiske betragtninger).

### 3.3 Vurdering af litteraturens overførbare til danske forhold

Størstedelen af den inkluderede litteratur stammer fra internationale undersøgelser. Således er forskningen hovedsageligt udført i USA og Storbritannien. Dette medfører en række begrænsninger i forhold til en direkte overføring af resultaterne til danske forhold. Forbrug af alkohol og drikkemønstre kan variere fra land til land, ligesom fordelingen af afhængighed/misbrug kan være forskellig. Derudover er organisationen af alkoholbehandlingen som oftest forskellig fra den danske. Der er stor variation i brugen af døgn- og ambulante behandling samt i anvendelsen af henholdsvis medicinske og psykosociale behandlingstilbud.

Endelig er de inkluderede studier som oftest udført i specifikke forskningsmiljøer. Den generelle kritik heraf gælder også i forhold til overførbareheden til det danske behandlingssystem. Således ved vi ikke, i hvilken grad det eksisterende vidensgrundlag kan overføres til danske forhold, om end der formodes at være en vis overensstemmelse.

## 4 Effekter af familieorienteret alkoholbehandling

Den eksisterende forskning på området opdeles og præsenteres i forhold til følgende fire overordnede mål med behandlingen:

1. Behandling, der har til formål at motivere misbrugeren til behandling/adfærdsændring
2. Behandling, der har til formål at forbedre såvel misbrugs- som familierelaterede effektmål
3. Behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade på familien
4. Behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade på børn

Det skal bemærkes, at der eksisterer familiebehandlingsmetoder, der ikke er nævnt i nærværende rapport. På grund af manglende forskning i disse metoder er der imidlertid ikke grundlag for at drage konklusioner om disse metoders effekt. For at begrænse omfanget er det fundet relevant kun at inddrage metoder, der er anvendt og beskrevet i forhold til evidensforskningen inden for den familieorienterede alkoholbehandling.

De teoretiske forståelsesmodeller og forståelsesrammer, der ligger til grund for de forskellige familiebehandlingsmetoder beskrives i appendiks 1. Selve metoderne beskrives kun ganske kort i det følgende, idet der for en mere uddybende beskrivelse henvises til appendiks 2. Nogle metoder kan optræde mere end én gang, da enkelte metoder har mere end ét behandlingsmål.

Design og målgruppe for den inkluderede litteratur fremgår af bilag 3. Her angives så vidt det er muligt også, hvad der i de enkelte reviews sammenlignes med samt størrelsen og antallet af inkluderede studier, ligeledes for de enkelte reviews. Beskrivelser af de involverede faggrupper og behandlerkompetencer fremgår ikke af de inkluderede reviews.

Med henblik på måling af effekt fremgår nedenfor de mest anvendte effektmål i de inkluderede studier:

I forhold til misbrug/misbrugeren:

- 1) start i behandling
- 2) fastholdelse i behandling
- 3) ophør med at drikke (i kortere eller længere periode)
- 4) reduktion i forbrug (evt. til et på forhånd aftalt niveau)
- 5) forebyggelse af tilbagefald

I forhold til familien:

- 1) reduktion i familiemedlemmets fysiske og/eller psykiske symptomer
- 2) ændring i mestringsstrategier
- 3) ændring i familieinteraktion

Studierne anvender oftest effektmål i forhold til misbrugeren og misbrug. Først i de senere år er familien som et mål for behandling begyndt for alvor at dukke op i litteraturen. Børnenes funktion som effektmål for behandling er endnu yderst sparsomt undersøgt.

#### 4.1 Behandling, hvis formål er at motivere misbrugeren til at ændre alkoholadfærd og/eller at gå i behandling

Følgende metoder er identificeret i den inkluderede litteratur, som består af otte reviews og fire primærstudier.

Community Reinforcement and Family Training/Community Reinforcement Approach (CRAFT/CRA)
Unilateral Family Therapy (UFT)
Pressures to change
The Johnson Intervention
A Relational Intervention Sequence for Engagement (ARISE)
Yates' behandlingsmetode til pårørende

Det overordnede formål er at skabe ændringer i familiemedlemmernes adfærd, således at misbrugeren motiveres til at begynde i misbrugsbehandling og/eller ændre drikkeadfærd (reduceret forbrug eller drikkeophør). Der arbejdes ud fra den hypotese, at misbrugeren kan påvirkes i ønsket retning. Derudover er alle metoder kendetegnet ved, at et eller flere familiemedlemmer starter i behandling (uden misbrugeren), for derigennem at påvirke misbrugeren.

Den mest fremtrædende behandlingsform er CRAFT (Community Reinforcement and Family Training), der har som hovedformål at lære familiemedlemmet forskellige mestningsstrategier i forhold til at styrke egen situation, forholdet til den alkoholiske part samt strategier i forhold til at belønne ønskelig adfærd fra den alkoholiske part. Udover at demonstrere gode resultater, er CRAFT-metoden manualbaseret, ligesom metoden er forholdsvis kortvarende. Desuden er den afledt af CRA (Community Reinforcement Approach), der i adskillige meta-analyser af generel alkoholbehandling fremtræder blandt de bedste behandlingsmetoder (Miller et al., 2003; Finney & Monahan, 1996; Holder et al., 1991). Metoderne er især anvendelige i forhold til familier til misbrugere, der endnu ikke har erkendt deres problematiske forhold til alkohol eller til behandlingsresistente misbrugere. Der arbejdes som oftest med en ægtefælle/partner til en misbruger, men også forældre og søskende kan inddrages. Behandlingen foregår ofte i specialiserede forskningscentre i den vestlige verden (især USA og UK). Tidsforløb beskrives sjældent og afhænger af behandlingsmetoden. Et review (Copollo et al., 2005) angav en behandling, der forløb over 6 måneder fordelt over 12 gange (CRAFT). Et andet review (Thomas & Corcoran, 2001) angav 5-6 sessioner for »Pressures to change«, 7,2 sessioner i gennemsnit for CRAFT og 6 måneder for UFT (Unilateral Family Therapy). Behandlingen kan foregå både individuelt og i grupper samt i en kombination af disse.

##### **Effekt af behandling**

Alle behandlingsmetoder – undtagen The Johnson Intervention – viser positive effekter. The Johnson Intervention derimod var kun virksom for de familier, som var villige og i stand til at bruge metoden (ca. 30%) (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003). Således er der et ganske stort frafald af familier, der ikke gennemfører behandlingen, som hovedsageligt består i en konfrontation med den alkoholiske part. Blandt dem, der gennemfører, er der imidlertid ganske mange, der opnår, at misbrugeren starter i behandling (75%-86%, *ibid.*). Til gengæld har det vist sig, at misbrugere, der starter i behandling på baggrund af sådanne metoder, hurtigere dropper ud af behandling og oftere får tilbagefald (*ibid.*).

Samtlige reviews, der undersøger alkoholbehandling gennem familien (Copollo et al., 2006; Copollo et al., 2005; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O'Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995), finder at arbejdet med familien uafhængigt af misbrugeren kan føre til, at misbrugeren begynder i behandling. Resultaterne afliver således myten om, at familien ikke kan hjælpe misbrugeren. Sådan at forstå, at familiemedlemmerne indirekte hjælper misbrugeren ved at ændre deres egen adfærd eller direkte hjælper ved at anvende den rette, forstærkende adfærd og derigennem motiverer misbrugeren til behandling.

Som en sidegevinst ved behandlingen ses også forbedringer i familiemedlemmernes funktion, herunder reduktion i fysiske og psykiske symptomer, ligesom der ses en reduktion i familiens overordnede konfliktniveau og en forbedring af familiens samhørighed (Miller et al., 1999). Disse forbedringer ses også, selvom misbrugereren ikke begynder i behandling (ibid.).

CRAFT behandlingen har god effekt på såvel drikkeadfærd som indtrædelse i behandling. Således viste det sig, at op imod 2/3 af misbrugererne starter i behandling (Miller, 2003). Endvidere har det vist sig, at også selvom misbrugereren 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 misbrugereren efterfølgende går i behandling, ligesom drikkeadfærd sjældent reduceres (ibid.). Modsat CRAFT er det et centralt tema i Al-Anon, at familiemedlemmer ikke kan påvirke misbrugereren 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 viste UFT behandlingen en reduktion af 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 ægtefælles psykiske funktionsniveau (Thomas & Corcoran, 2001). En meta-analyse viste en medium effekt størrelse i forhold til, at misbrugereren indtræder i behandling som følge af ensidig parterapi (UFT) (Edwards & Steinglass, 1995).

Der er imidlertid visse metodiske svagheder forbundet med de inkluderede studier. De fleste studier bygger på små undersøgelsesgrupper, 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 belysning af forandringsprocesser. Til gengæld er samtlige resultater forholdsvist enslydende. Desuden er undersøgelserne gentaget på forskellige familiemedlemmer, ligesom der er foretaget adskillige, strenge, kontrollerede evalueringer.

### Opsummering

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

Effekter af familieorienteret behandling (uden misbrugereren), hvis formål er at motivere misbrugereren til ændring af drikkeadfærd/start i behandling

---

Familieorienteret behandling af familien (uden misbrugereren) kan:

- motivere misbrugereren til at starte i behandling og
- reducere misbrugerens alkoholforbrug

---

Familieorienteret behandling af familien (uden misbrugereren) kan:

- reducere familiemedlemmernes fysiske og psykiske symptomer på belastning,
- reducere familiens konfliktniveau og øge familiens samhørighed
- øge parforholdets kvalitet
- ovennævnte effekter opnås uafhængigt af om misbrugereren går i behandling

---

Der er solid dokumentation for effekten af følgende metoder:

- CRAFT/Community Reinforcement and Family Training
  - UFT/Unilateral Family Therapy
-

## 4.2 Behandling, hvis formål er at forbedre både misbrugs- og familierelaterede effektmål

Følgende behandlingsmetoder er identificeret i den inkluderede litteratur, der består af ni reviews, heraf tre meta-analyser, og ét primærstudie samt en guideline.

Adfærdsterapeutisk parterapi (Behavioural marital therapy/BMT, Behavioural couples therapy/BCT, Alcohol focused behavioural marital therapy/ABMT, The Counselling for Alcoholics' Marriages/CALM)
Netværksterapi
Social behaviour and network therapy (SBNT)
Familiesystemisk terapi (Family systems therapy/FST)

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

Den mest fremtrædende og bedst dokumenterede metode er adfærdsterapeutisk parterapi (APT), der optræder i forskellige udgaver. Fælles for dem alle er at en partner/ægtefælle inddrages i fælles behandling med misbrugeren ud fra adfærdsterapeutiske principper. Nogle APT-modeller indeholder en adfærdsmæssig kontrakt parret imellem. Denne kontrakt kan dreje sig om misbrugers indtagelse af antabus eller misbrugers afholdenhed. Ligeledes kan tilbagefaldsforebyggelse eller en efterbehandlingsdel inkluderes. Desuden ses »Familie systemisk terapi«, der fokuserer på at ændre familiens interaktion for derigennem at eliminere misbrugets vækstbetingelser. Endelig ses i tiltagende grad »Social adfærd og netværksterapi« anvendt. Metoderne er gavnlige i de tilfælde, hvor misbrugeren (stadig) har en familie, der er motiveret og ressourcerstærk nok til behandling. Der arbejdes som oftest med en ægtefælle/partner til en misbrugeren, men også forældre og søskende kan inddrages, ligesom børn kan indgå i behandlingen. Behandlingen foregår ofte i specialiserede forskningscentre i den vestlige verden (især USA og UK). Den er som oftest forholdsvis kort og forløber over 10-15 uger (Thomas & Corcoran, 2001). Behandlingen kan foregå både i individuelle parforløb eller i gruppeforløb (Center For Substance Abuse Treatment, 2004; Thomas & Corcoran, 2001). Et enkelt review angiver også et multifamilie gruppeforløb (Thomas & Corcoran, 2001). Dette er imidlertid så dårligt beskrevet og med så ringe metodik, at det ikke vil indgå i den følgende gennemgang. Beskrivelser af de involverede faggrupper og behandlerkompetencer fremgår ikke af de inkluderede reviews.

### Effekt af behandling

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



Imidlertid er der 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 en rutine behandlings-setting inden for et pragmatisk design (ibid.). Disse studier bekræfter i vid udstrækning den tidligere forskning.

Samtidig er der visse 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 alkohol-relaterede problemer, større tilfredshed i parforholdet samt færre separationer og skilsmisser end standard eller individuel behandling (Copello et al., 2005; Klostermann et al., 2005; Miller et al., 2003; O'Farrell, & Fals-Stewart, 2003a; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003b; O'Farrell & Fals-Stewart, 2001; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995). I et review (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a) indgik 15 studier, der sammenlignede APT med standard eller individuel behandling. I 12 ud af de 15 studier var APT bedst. I de resterende tre studier blev APT sammenlignet med andre behandlingsmetoder. Her viste det sig, at APT var bedre end individuel behandling for nogle klienter, og at familiesystemisk terapi var bedre end APT i forhold til at få par med mere alvorligt forstyrrede kommunikationsmønstre til at engagere sig i behandlingen. De viste også, at APT med tilbagefaldsforebyggelse havde bedre effekt end standard APT (ibid.). APT har også positiv indflydelse på andre områder udover alkoholadfærd og parforhold. Således viser APT afgørende reduktion i graden af vold i hjemmet, ligesom hospitals- og fængselsophold reduceredes. Dette sparer over 5 gange udgiften ved at give APT-behandling (ibid.). Derudover er APT mere effektiv i forhold til at forbedre børnenes psykosociale funktionsniveau sammenlignet med individuel behandling (ibid.).

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

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

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

Et enkelt studie med et sygdomsorienteret udgangspunkt fandt, at det ikke gjorde nogen forskel, om man til APT tilføjede AA eller Al-Anon som et efterbehandlingstilbud. Om end dette muligvis kunne forklares af, at deltagerne ikke benyttede AA-tilbudet 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 (ibid.) indgik en sammenligning af alkoholfokuseret partnerinvolvering, APT, 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 (APT) i højere grad medførte ændret alkoholadfærd i den ønskede retning (ibid.).

### Opsummering

Således er der grundlag for at konkludere, at interventioner rettet mod misbrugeren og dennes familie, 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 familiemedlemmer. 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-familieorienteret alkoholbehandling (Copello et al., 2005). Sammenfattende medfører behandlingerne drikkeophør eller reduktion i forbrug samt færre alkoholrelaterede problemer. Derudover har behandlingen positiv indflydelse på andre områder udover alkoholadfærd, herunder parforhold, vold i hjemmet samt børnenes psykosociale funktionsniveau.

Effekter af familieorienteret behandling, hvis formål er at forbedre både misbrugs- og familieorienterede effektmål

---

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

---

Familieorienteret behandling med fokus på såvel alkohol som familiefunktion:
■ kan reducere familiemedlemmers fysiske og psykiske symptomer på belastning
■ forbedre parforholdet
■ reducere vold i hjemmet og verbale konflikter
■ forbedre familieinteraktionen (samhørighed, konflikt, omsorg)

---

Der er solid dokumentation for effekten af følgende metode:
■ Adfærdsterapeutisk parterapi (APT), især med adfærdsmæssig kontrakt og tilbagefaldsforebyggelse

---

Der er sparsom til moderat dokumentation for effekten af følgende metoder:
■ Korttids adfærdsterapeutisk parterapi
■ Social Behavior and Network Therapy (SBNT)
■ Netværksterapi
■ Familiesystemisk terapi (især kommunikationsforstyrrede par)

---

### 4.3 Behandling, hvis formål er at reducere indvirkning og skade på familien

I dette afsnit gennemgås behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade på familien<sup>7</sup> og som så vidt muligt tilbydes familiemedlemmer for deres egen skyld. Som tidligere nævnt er forskning på dette område yderst sparsom. Derfor er der i en vis udstrækning inddraget resultater fra undersøgelser af behandling, hvor familien ikke nødvendigvis er den primære målgruppe for behandling. Interventionerne er sparsomt beskrevet, ligesom det ofte kan være svært gennemskueligt, hvilke elementer i behandlingen, der har været specifikt rettet mod familien.

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

Følgende behandlingsmetoder er identificeret i den inkluderede litteratur, der består af syv reviews, heraf to meta-analyser, og tre primærstudier.

The stress-strain-coping-support model (SSCS)
Sygdomsorienteret behandling/Minnesota behandling/Psykoedukationel sygdomsorienteret tilgang/Tolvtrinsprogrammet
Selvhjælpsgrupper i AA-regi for familiemedlemmer/familier (Al-Anon/pårørende grupper, Alateen/teenagegrupper, Families Anonymous/familiegrupper, ACA/voksne børn af misbrugere-grupper)
“Coping skills training”/CST
Netværksterapi
Community Reinforcement and Family Training/Community Reinforcement Approach (CRAFT/CRA)
Unilateral Family Therapy (UFT)
Adfærdsterapeutisk parterapi (APT)
Familiesystemisk terapi (FST)

Copello og kolleger (Copello et al., 2000a, 2000b) har på baggrund af stress-strain-coping-support modellen (SSCS) udviklet en behandlingsmodel specifikt for familiemedlemmer til alkoholmisbrugere. Modellen tager udgangspunkt i den stress, familien oplever som følge af alkoholproblemerne og har som primært formål at udvikle familiens mestringstrategier og sociale støtte, således at de kan blive bedre til at håndtere alkoholproblemerne i familien. Desuden ses behandlingsmetoder med udgangspunkt i den sygdomsorienterede forståelsesmodel (jf. appendiks 1). For eksempel en psykoedukationel tilgang udviklet af Dittrich og kolleger (Dittrich, 1993). Formålet med denne metode er at identificere og ændre uhensigtsmæssig adfærd blandt familiemedlemmerne, sådan som det defineres inden for sygdomstanken, samt reducere angst og depression og øge selvværd. Ligeledes byggende på sygdomstanken ses selvhjælpsgrupper i AA-regi, »Al-Anon« og »Families Anonymous«.

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

Sammenfattende er metoderne til familiebehandlingen karakteriseret ved at have fokus på at lære familiemedlemmerne at håndtere situationer og øget stress i forbindelse med livet i en familie med alkoholproblemer. Dette bl.a. ved at arbejde med udvikling af mestringstrategier og social støtte samt undervisning i hensigtsmæssig adfærd i forhold til alkoholmisbrugeren. Et mål for behandlingen er således, at familiemedlemmerne kan reducere symptomer på belastning og øge selvværd.

### **Effekt af behandling**

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

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

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

Der er sparsom dokumentation for effekten af familieinterventioner hos Al-Anon og Families Anonymous. Bl.a. på grund af anonymiteten er der kun få studier af metoden. Disse viser imidlertid, at medlemmer af Al-Anon reducerer brugen af kontrollerende adfærd i forhold til misbrugeren. I forhold til symptomer på belastning ses blandt kvinder gift med alkoholmisbrugere en reduktion i forhold til depression, vrede, familiekonflikt og en forøget tilfredshed med parforhold. Denne virkning ses uafhængigt af, om misbrugeren ændrer adfærd. Desuden ses positiv indvirkning på ægtemænds drikkeadfærd, når deres koner deltager i Al-Anon selvhjælpsgrupper (ibid.).

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

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

### **Opsummering**

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

## Effekter af familieorienteret behandling, hvis formål er at reducere indvirkning og skade på familien

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

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

Der er sparsomt 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

### 4.4 Behandling, hvis formål er at reducere indvirkning og skade på børn

I dette afsnit belyses behandling, der har til formål at reducere indvirkning og skade i forhold til børnenes nuværende liv samt forebygge fremtidige problemer, herunder udvikling af eget misbrug. Man ved, at børn fra familier med alkoholproblemer har forøget risiko for udvikling af en lang række psykosociale problemer, også på længere sigt, bl.a. egne misbrugsproblemer. Alligevel er området ikke særligt udviklet, hvad angår interventioner rettet mod børn i form af behandling og/eller forebyggende tiltag. Kun sjældent bliver børnene inddraget i den i litteraturen beskrevne behandling, ligesom der forholdsvist sjældent bliver målt på og/eller registreret forandringer i børnenes symptomer eller mestring. Ligeledes er børnenes selvstændige behov indtil for nylig i vid udstrækning ikke blevet tilgodeset i behandlingssystemet. Som følge heraf er der meget lidt litteratur, der beskriver interventioner rettet mod børn eller studier af behandling rettet mod familien, der måler på børnerelaterede effektmål.

Følgende behandlingsmetoder er identificeret i den inkluderede litteratur, som består af tre reviews og seks primærstudier.

#### Familiebehandling

Community Reinforcement and Family Training/Community Reinforcement Approach (CRAFT/CRA)

Adfærdsterapeutisk parterapi (APT)

#### Børnegrupper

Selvhjælpsgrupper i AA-regi for børn/børnefamilier (Alateen/teenagegrupper, Families Anonymous/familiegrupper, ACA/voksne børn af misbrugere-grupper)

Skoleprogrammer (SMAAP, STAR, "The images within")

Den sidste form for familieorienteret alkoholbehandling er rettet mod børnene og deres vanskeligheder. Behandlingen kan være indarbejdet i interventioner rettet mod misbrugeren eller tilbydes uafhængigt af denne. Behandlingen kan være direkte rettet mod børnene eller en indirekte følge af andet arbejde med familien. Da målet med behandlingen er skadesreducerende, mere end det er alkoholorienteret, inddrages ligeledes behandlingsmetoder, der umiddelbart ligger uden for det man kunne kalde »familieorienteret alkoholbehandling« (fx børnegrupper og skoleprogrammer). Interventionerne er kun sparsomt beskrevet, hvorfor det er vanskeligt fyldestgørende at redegøre for behandlingernes mere specifikke indhold.

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

- 1) »social støtte«
- 2) »information«
- 3) »færdighedstræning«
- 4) »mestring af emotionelle problemer«

Af undersøgelsen fremgår, at skoleprogrammer er de mest udbredte, om end der findes meget lidt evaluering eller forskning, der undersøger effekten. Der nævnes tre skoleprogrammer »SMAAP«, »STAR« og »The Images Within«.

Derudover kan nævnes CRAFT og APT, der som det primære formål har misbrugerens problemer i sigte, men også ser på hvorledes interventionerne på forskellig vis har effekt på familien og børnene (ibid.).

Endelig er der selvhjælpsgrupper for børn/unge i AA-regi, Al-Ateen (ibid.).

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

#### **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 (fx børnegrupper) og behandling rettet indirekte mod børnene (fx 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 angste, 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 haft på deres børn samt en øget forpligtelse i forhold til at reducere en sådan indvirkning i fremtiden. Over tid sås endvidere en øget deltagelse af forældre i behandlingen. I mange tilfælde medførte dette forbedringer i familiefunktionen med bedre kommunikation, indførelse af faste familieritualer (indtagelse af



måltider sammen), fælles forældre-barn aktiviteter, ligesom mange børn oplevede at have generhvervet følelsen af »barndom«. Endelig havde behandlingen indflydelse på forældrenes drikkeadfærd. Således forblev totredjedele 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 fremgår ikke af review, hvordan man havde rekrutteret børnene.<sup>8</sup>

Betydningen af forældrenes engagement i behandlingen fremgår også af en anden undersøgelse (Nye, Zucker & Fitzgerald, 1999). Her undersøgte man samspillet mellem på den ene side forældrenes engagement i behandlingen og på den anden side forældre og behandler forventninger samt tilfredshed. Dette samspil undersøgtes i forhold til forandringer i børnenes adfærd og »autoritær forældrestil« (ibid.). Man anvendte et familiebaseret interventionsprogram, der havde til formål at forebygge 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. Forældre engagement var en særlig afgørende faktor for resultatet ved behandlingens afslutning i forhold til positive forandringer hos barnet (ibid.).

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

Generelt ser det ud til at børnene kan profitere af den alkoholiske forælders behandling. Således nævnes i et review (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003a), at børn af alkoholiske fædre, der modtog enten »Adfærdsterapeutisk parterapi« (APT) (med Projekt CALMs æruelighedskontrakt), IBT (individuel baseret behandling) eller PACT (par-baseret 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 misbrugeren 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 ovenfor nævnte interventioner (APT, IBT, PACT) var direkte fokus på forælderrollen og/eller barnets situation. Fremskridtene må derfor formodes at være en følge af forbedringer i parforhold og alkoholforbrug.

Ligeledes viste en undersøgelse, at sønner af ædru alkoholiske forældre var ligeså velfungerende som sønner af ikke-alkoholiske forældre, ligesom de havde færre fysiske og psykologiske problemer end børn fra familier, hvor den alkoholiske forælder havde taget tilbagefald (Moos, Finney & Cronkite, 1990). Herudover fandt man et generelt højere familiemæssigt funktionsniveau (fx familiesamhørighed, kommunikation og organisering) og færre familiestressorer (fx færre forældrekonflikter) blandt ædru alkoholfamilier og ikke-alkoholfamilier sammenlignet med tilbagefalds-alkoholfamilier (ibid.). På grundlag af resultaterne konkluderer Moos og kolleger (ibid.): *»Alkoholmisbrug har altgennemtrængende effekter på ægtefæller og børn, men disse effekter reduceres eller forsvinder helt når det alkoholiske familiemedlem restitueres«* (s. 226).

O'Farrell & Feehan (1999) lavede en kort oversigt over forskning i henholdsvis familiebehandling og individuel behandling ved alkoholisme med fokus på betydning for børnene. Heraf fremgår det,

<sup>8</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 trykt og tillidsfuldt samarbejde med forældrene inden en evt. børne-intervention.

at APT 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 alkoholmisbrug, forbedre den indbyrdes kommunikation i familien og reducere konfliktniveauet derigennem kan skabe forbedrede livsoms- stændigheder for børnene (ibid.). Dog ikke sådan at forstå, at den indirekte behandling kan stå alene. Det må formodes, at børnene i nogle tilfælde vil have brug for mere direkte behandlings- og støtteforanstaltninger. Det er således uklart, i hvilken grad børnene profiterer af henholdsvis misbru- gerens 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 parbaseret alkoholbehandling, der har fokus på både misbrug og parfunktion, har positiv indflydelse på børnene. Derudover gøres der antagelser om, at behandling, der har positiv indflydelse på familien/parforholdet, må formodes tillige at have positiv indflydelse på børnenes situation. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, 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 gruppebehand- ling for børn virker positivt. Børnenes symptomer på belastning og deres mestringsstrategier ser således ud til at kunne henholdsvis reduceres og forbedres ved indsatser rettet mod børnene, hvad enten det er ved indirekte eller direkte metoder.

### Effekter af familieorienteret behandling med fokus på børn

Familieorienteret behandling med fokus på børn kan:
■ reducere børnenes psykosociale funktionsniveau
■ øge børnenes mestringsstrategier
■ øge børnenes selvværd
■ reducere børnenes skolefravær, øge fagligt udbytte
■ øge børnenes venskaber, social støtte
■ opløse børnenes langvarige negative følelser
■ øge familiefunktionen
■ øge forældres mestring og motivere til behandling/reducere alkoholforbrug
Der er sparsom til moderat dokumentation for effekten af følgende metoder:
■ adfærdsterapeutisk parterapi (APT)
■ børnegrupper
■ familiebehandling
■ forebyggende skoleprogrammer

## 4.5 Metodiske mangler og forbehold

Som nævnt i de foregående afsnit er der i en del af den tidlige forskning på området visse metodiske svagheder. Disse drejer sig især om få deltagere, mangel på eller ringe kontrolgrupper, få opfølgnings- studier samt mangel på behandling udført i rutinemæssig behandlingspraksis. I den seneste forsk- ning er den metodemæssige kvalitet i forhold til samtlige kritikpunkter imidlertid forøget. Denne forskning findes endnu kun i begrænset omfang, men bekræfter tidligere fund.

Tilbage står dog stadig nogle metodemæssige områder, der trænger til et løft. I nogle studier sammenlignes med en intervention defineret som »vanlig praksis« eller standardbehandling. Denne »behandlingsmetode« defineres sjældent, hvilket er problematisk. Ligeledes mangler nogle studier en eksplicit redegørelse for det teoretiske udgangspunkt i forhold til valg og indhold af behandlingsmetode. Således mangler der overbevisende resultater og anvisninger angående valg af behandlinger i praksis. Samtidig angives sjældent de enkelte delelementer i behandlingsformen, hvorved det bliver vanskeligt at angive hvilke komponenter i behandlingen der virker. I den forbindelse savnes også data vedrørende de involverede faggrupper og specifikke behandlerkompetencer. Den overvejende litteratur bygger på kvantitative data, mens kvalitative data savnes, således at resultater vedrørende forandringsprocesser kan udtrages. Resultaterne er til en vis grad fragmenterede og det kan være svært at sammenligne studierne på tværs, bl.a. som følge af forskelle på hvilke behandlingsudfald der måles, og hvordan. Der savnes således standardiserede målemetoder og materialer (Copello et al., 2006; Thomas & Corcoran, 2001; Edwards & Steinglass, 1995).

Derudover ses en mulig skævvridning af dokumentationsgrundlaget, idet især adfærdsterapeutisk parterapi har været udsat for omfattende forskning af meget høj kvalitet, mens andre områder af den familieorienterede behandling stadig er forholdsvis sparsomt afdækket. Således fremstår APT-metoden meget stærkt, hvilket den også må formodes at være. Det betyder imidlertid ikke, at der ikke kan findes andre effektive metoder. Blot er de endnu ikke så omfattende, og til tider ej heller metodisk tilfredsstillende, belyst og undersøgt. Dette er et problem i forhold til at kunne imødekomme forskellige behandlingsbehov.

#### 4.6 Faktorer med indflydelse på behandlingens effekt

Forskellige faktorer ser ud til at kunne have indflydelse på effekten af familieorienteret alkoholbehandling. Det drejer sig om følgende misbrugs- og familieorienterede faktorer (Klostermann et al., 2005; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003; Edwards & Steinglass, 1995):

- misbrugerens køn, alder, socioøkonomiske status og etniske baggrund
- misbrugerens misbrugstype (drikkeadfærd og -mønster)
- misbrugerens co-morbiditet
- partnerens misbrugsstatus
- forpligtelse og investering i parforholdet
- støtte fra familien i forhold til afholdenhed

Misbrugerens køn er, ifølge Edwards & Steinglass (1995), en modererende faktor for den par- og familieorienterede alkoholbehandling. Således skulle denne form for behandling egne sig bedst for de mandlige misbrugere, mens kvinder skulle have mere gavn af individuel behandling. O'Farrell & Fals-Stewart (2003) samt Klostermann og kolleger (2005) finder imidlertid ikke grundlag for en sådan påstand, i hvert fald ikke hvad angår APT. Således savner de studier med et tilstrækkeligt antal mandlige og kvindelige deltagere, idet de eksisterende studier endnu ikke har en stærk nok statistisk power (Klostermann et al., 2005). I den forbindelse efterlyses studier af par, hvor begge parter har alkohol- eller andre misbrugsproblemer. Dette kunne muligvis også afdække forhold, der kunne forklare de mindre gode udfald af behandlingen for kvindelige misbrugere, eftersom disse oftere har en misbrugende partner, der kunne tilskrives det ringere udfald (O'Farrell & Fals-Stewart, 2003).

Misbrugerens misbrugstype er en anden faktor, der kan formodes at spille ind, ligesom misbrugerens eventuelle psykiatriske lidelser samt personlighedsforstyrrelser. Således forekommer co-morbiditet blandt 44% af de mandlige og 65% af de kvindelige alkoholmisbrugere (Edwards & Steinglass, 1995). Co-morbiditet kunne ligeledes være en forklarende faktor for det tilsyneladende forskellige udfald for kvinder og mænd.

Der savnes viden om, hvorledes etnicitet spiller ind på behandlingsudfaldet ved den familieorienterede alkoholbehandling (Klostermann et al., 2005; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003) samt om misbrugerens socioøkonomiske status og alder.

Derudover ser det ud til, at effekten af den familieorienterede alkoholbehandling afhænger af ægteparrets investering i forholdet samt oplevet støtte fra ægtefællen (Tracy et al., 2005; Edwards & Steiglass, 1995). I den forbindelse viste et nyere review (Copello et al., 2006), at stabile parforhold var sammenfaldende med bedre behandlingsudfald for misbruger. Således er det vigtigt også at inddrage parforholdets kvalitet, når en misbruger begynder i behandling, idet der ser ud til at være evidens for, at forholdets art og kvalitet har signifikant indflydelse på behandlingsudfald (Copello et al., 2006; Tracy et al., 2005).

Endelig er familiens engagement og forpligtelse i forhold til afholdenhed (bl.a. evner og vilje til at skabe et »alkoholfrit« familiemiljø) af afgørende betydning for behandlingens udfald. I den forbindelse fandt Steinglass og kolleger (Steinglass et al., 1987), at især familier, hvor alkohol er blevet det organiserende princip har svært ved at støtte misbrugerens afholdenhed og omstille sig til det anderledes familieliv.

Således er det formodentlig ikke alle par/familier, der kan profitere af det samme familieorienterede behandlingstilbud. Men hvem, hvornår og hvordan er endnu ikke afdækket tilfredsstillende.

Udover alkohol- og familiespecifikke faktorer formodes også faktorer relateret til de involverede faggrupper og behandlerkompetencer at have betydning for behandlingsudfaldet. Dette område er ligeledes endnu ikke afdækket tilfredsstillende.

#### 4.7 Sammenfatning

Der er stigende dokumentation for positive effekter af familieorienteret alkoholbehandling. Litteraturen viser, at familieinvolvering på forskellige steder i behandlingsprocessen kan medføre forbedrede resultater for såvel misbruger som familiemedlemmerne påvirket af misbruget.

Det drejer sig især om metoderne »Adfærdsterapeutisk parterapi« (APT), »Community reinforcement and family therapy« (CRAFT) og »Unilateral family therapy« (UFT) (Copello et al., 2005). Der er begrænset dokumentation for familierapeutiske tilgange (fx systemisk familierapi) (ibid.). Netværksmetoder er forholdsvis nye og ser lovende ud, men yderligere forskning er stadig påkrævet.

I forhold til børnene viser litteraturen, at der ligeledes ses gode resultater, om end dokumentationen er mere sparsom. Børnenes symptomer på belastning og deres mestringsstrategier ser ud til at kunne henholdsvis reduceres og forbedres ved indsatser rettet mod børnene, hvad enten det er ved indirekte eller direkte metoder. Især ser det ud til, at parbaseret alkoholbehandling, der har fokus på både misbrug og parfunktion, har positiv indflydelse på børnene. Samtidig er der i mindre grad dokumentation for, at gruppebehandling for børn virker positivt. Derudover gøres der antagelser om, at behandling, der har positiv indflydelse på familien/parforholdet, må formodes tillige at have positiv indflydelse på børnenes situation. I arbejdet med børnene er det særligt vigtigt at være opmærksom på forældrenes engagement samt positive forventninger og tilfredshed i forhold til behandlingen. Dette ser nemlig ud til at have afgørende betydning for børnenes udbytte af behandlingen.

## 5 Diskussion

I det følgende diskuteres relevante forebyggelses- og behandlingsmæssige perspektiver med udgangspunkt i det eksisterende dokumentationsgrundlag for effekten af familieorienteret alkoholbehandling.

### 5.1 Interventionsmæssige perspektiver i forhold til familier med alkoholproblemer

Familieorienteret alkoholbehandling handler ikke alene om drikkeophør, men også om skadesreduktion i forhold til familiemedlemmerne. Succesfuld behandling af alkoholmisbrug kan også forstås som »skadesreduktion« i forhold til familiens symptomer på belastning. Såfremt behandlingen sker på et tidligt tidspunkt, kan dette ses som forebyggelse af alvorlige skader på familien. For eksempel i forhold til vold i familien og ægtefællens symptomer på belastning som følge af partnerens alkoholmisbrug.

Ifølge Thomas & Corcoran (2001) kan familieorienteret alkoholbehandling ses som et kontinuum. Det betyder, at familien kan inddrages før misbrugerens og hjælpe indtil misbrugerens måske bliver motiveret til behandling. Hvis misbrugerens vælger at gå i behandling, eller måske allerede er i behandling, kan familien inddrages, samtidigt og/eller i parallelle forløb. Dette forbedrer såvel parforhold/familieinteraktion som misbrug, ligesom forbedret parforhold/familieinteraktion hænger sammen med forbedret afholdenhed. Hvis misbrugerens ikke motiveres til behandling, kan familien evt. fortsætte i et behandlingsforløb med fokus på en fremtidig håndtering af denne situation.

Derudover er der en lang række medierende og modererende faktorer og processer, der er vigtige at tage i betragtning. Således er det ikke muligt at tegne et afgrænset, entydigt billede af de interventionsmæssige behov. Derfor skal familierne generelt mødes undersøgende og med åbenhed. Familiernes problemstillinger, behov og ressourcer kan variere meget, afhængigt af mange faktorer, ikke mindst familiens grad af dysfunktion. Denne heterogenitet indebærer, at familien må kunne tilbydes et varieret udbud af behandling, således at det så vidt muligt matcher familiens behov og formåen. Til dette formål er det vigtigt at kunne afdække og diagnosticere familiens såvel som misbrugerens problemer og behov. Ligeledes er stadig forskning på området nødvendig. Ikke mindst i forhold til en videre udbygning af dokumenterede effektive metoder til familieorienteret alkoholbehandling.

### 5.2 Interventionsmæssige perspektiver i forhold til børn i familier med alkoholproblemer

De interventionsmæssige perspektiver i forhold til børn i familier med alkoholproblemer er særlige. For udover interventioner rettet mod eksisterende problemer blandt børnene er der også et særligt aspekt af forebyggelse i forhold til udvikling af problemer, også på længere sigt. For børnene rummer også mulighed, idet deres udvikling er diskontinuerlig. Det skal forstås sådan, at børnene er i risiko for problemudvikling, ikke mindst udvikling af egne misbrugsproblemer, men også har et vældigt udviklingspotentiale. Det betyder, at det er muligt at forebygge og/eller ændre en eventuel problemudvikling.

Hvordan dette gøres er imidlertid ikke så klart. Kun sjældent bliver børnene inddraget i den i litteraturen beskrevne behandling, ligesom der forholdsvist sjældent bliver målt på og/eller registreret forandringer i børnenes symptomer eller mestring. Således er børnenes selvstændige behov indtil for nylig i vid udstrækning ikke blevet tilgodeset i behandlings- og forskningssystemet. Specifikt savnes studier, der belyser forebyggende indsatser over for børnene og følger udviklingen på længere sigt ind i voksenalder.

I stedet kan anvendes viden hentet fra omfattende forskning i forhold til modstandsdygtige børn fra alkoholfamilier (Kuntsche & Kuendig, 2006; Werner & Johnson, 2004; Lindgaard, 2002; Wer-



ner & Smith, 1998; Werner & Smith, 1992). Af denne forskning fremgår det, at især følgende faktorer kan virke beskyttende for børns oplevelser af følgevanskeligheder ved alkoholproblemerne samt fremmende for udviklingen af modstandsdygtighed og dermed forebyggende i forhold til børnenes problemudvikling:<sup>9</sup>

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

Med udgangspunkt heri diskuteres følgende fire interventionstilgange i forhold til børn i familier med alkoholproblemer:

- 1) Intervention igennem misbrugerens (ophør af misbrug)
- 2) Intervention igennem forældrene/familien
- 3) Intervention igennem ekstern social støtte
- 4) Intervention direkte til børnene

Til grund for førstnævnte behandlingstilgang (ad pkt.1) ligger den antagelse, at når den alkoholiske forælder holder op med at drikke, får børnene det tilsvarende bedre. Det vil sige at behandling, der har positiv indflydelse på misbrugerens drikkeadfærd, også tænkes at have positiv indflydelse på børnenes situation og at børnene derfor ikke behøver et særligt tilbud. Til underbygning heraf fandt Moos og kolleger (1990), at sønner af ædru alkoholiske fædre var lige så velfungerende som sønner af ikke-alkoholiske fædre. Til gengæld viste en dansk undersøgelse (Christensen, 2000) den modsatte effekt, idet børnenes tilstand forværredes i perioden efter behandling. Det anderledes udfald i sidstnævnte undersøgelse kan muligvis forklares ved, at det opnåede overskud i familien giver børnene mulighed og rum for at udtrykke deres hidtil undertrykte vanskeligheder.<sup>10</sup> Derudover betyder drikkeophør ifølge systemteorien ikke nødvendigvis forbedret familiefunktion. Familien kan have taget så meget skade af misbruget, at den ikke af sig selv kan restitueres alene ved et drikkeophør, men har brug for hjælp. For eksempel kan misbruget udgøre en stabiliserende faktor for familiens interaktion (jf. systemteorien). Fjernes den stabiliserende faktor (uden at noget sættes i stedet), opstår kaos og dysfunktion i familien. Her kan familien ligefrem komme til at modarbejde misbrugerens adfærdændring for at genoprette stabilitet i familiens interaktion. Familien kan også have været dysfunktionel før misbrugets indtræden i familien, således at misbruget måske ikke er det egentlige problem, men blot en forværende faktor.

Samtidigt er det ikke nødvendigvis sådan, at alkoholisering »kureres« efter blot ét (eller for den sags skyld adskillige) behandlingsforløb, ligesom der kan være tilfælde, hvor misbrugerens ikke erkender sit misbrug eller ikke ønsker behandling/ændring af tilstanden. Her lades børnene i alvorlig grad i stikken, såfremt de ikke tilbydes noget uafhængigt af misbrugerens. Endvidere kan børnene have problemer af en sådan grad eller karakter, at dette ikke reparerer alene som følge af drikkeophør, men kræver en mere omfattende og direkte indsats over for børnene.

Behandling igennem forældrene/familien (ad pkt. 2) bygger på den antagelse, at der er en direkte og ligefrem proportional sammenhæng mellem forældrenes/familiens funktionsniveau (sammen og alene) og børnenes funktionsniveau. Det vil sige, at behandling, der har positiv indflydelse på forældrenes/parrets situation formodes også at have positiv indflydelse på børnenes situation (fx Kelley & Fals-Stewart, 2002). Som eksempel på dette ses fx adfærdsterapeutisk parterapi (APT), der har vist sig effektiv i forhold til børnenes situation. Ligeledes fandt O'Farrell & Feehan (1999), at APT kan relateres til reducere i familie-stressorer, forbedret ægteskabelig funktion, reduktion

<sup>9</sup> Der findes også en række risiko- og beskyttelsesfaktorer specifikt knyttet til børnenes udvikling af eget misbrug. Disse vil ikke blive inddraget i denne rapport.

<sup>10</sup> De forskellige udfald de to undersøgelser imellem kan også handle om metodiske forskelle og forbehold. Dette vil ikke blive diskuteret nærmere i denne sammenhæng.



af 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 samtidig blevet knyttet til børns mentale helbred og psykosociale funktionsniveau i mere generelle studier af børns udvikling og psykopatologi (ibid.).

Omvendt antages det, at problemer i forældre/familieinteraktionen har negativ indflydelse på børnenes tilpasning (fx Deater-Deckard et al., 1998). Parforholdskonflikter generelt (og ikke specifikt knyttet til alkoholfamilier) er blevet identificeret som faktorer der gør, at børn kommer i risiko for følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer (f.eks Grych & Fincham, 1990; Emery, 1982). En meta-analyse af 68 studier konkluderede, at problemer i det ægteskabelige forhold har negativ indflydelse på forældre-barn forholdet, og at denne forbindelse er mere stærk, fordi den ikke påvirkes af en række vigtige moderatorer, som man ellers troede virkede som »buffer« i forhold til ægteskabelige konflikters indflydelse på barnet (Erel & Burman, 1995). Ægteskabelige konflikter med fysisk aggression er særligt skadelige for børn, fordi det underminerer deres følelse af følelsesmæssig sikkerhed og ligeledes ofte associeres med alvorlige problemer i barnets funktion (Gordis et al., 1997; Davies & Cummings, 1994). Således fremstår dokumentationen for effekten af APT's reducere af vold i hjemmet blandt alkoholiske mænd særlig vigtig.

Endelig er sammenbrud i familiefunktionen en risikofaktor i alkoholiske familier (fx Wolin et al., 1980) og positiv familiefunktion en beskyttende faktor, også specifikt for transmissionen af alkoholisme til børnene (Lindgaard, 2002; Hill et al., 1992). En positiv og tilfredsstillende familiefunktion består af flere forskellige delelementer; familiens overordnede psykiske sundhed, konfliktniveau, samhørighed og kommunikationsniveau. I den forbindelse er også forældre evner en vigtig beskyttelsesfaktor. Ikke mindst fordi en forælder med gode forældre evner kan fungere som en »buffer« og beskytte barnet mod at opleve belastningerne som følge af alkoholproblemer, herunder opretholde en funktionel familieinteraktion. Det gælder især i de tilfælde, hvor misbrugeren ikke ønsker behandling/ændret drikkeadfærd eller i tilfælde af tilbagefald. Denne forælderadfærd er ikke nødvendigvis automatisk, men kræver i nogle tilfælde en fokuseret arbejdsindsats. Til denne kategori hører også familiebehandlings tiltag, der inddrager børnene i selve behandlingen. Dette ses fx inden for familiesystemisk teori. Her arbejdes ud fra den teori, at familieinteraktionen er en medvirkende faktor til opretholdelse af misbruget, ligesom at barnet påvirkes af den ofte dysfunktionelle familieinteraktion (se appendiks 1).

Tilfredsstillende social støtte (ad pkt. 3) ser ud til, helt eller delvist at kunne kompensere for et belastende opvækstmiljø. Udover som ovenfor nævnt at komme fra en ikke-misbrugende forælder, kan den sociale støtte også komme fra personer uden for den nære familie. Det kan være fra en bedsteforælder eller andet familiemedlem samt fra andre personer i det nære miljø; en nabo, venners forældre, en lærer, en sportsleder el. lign. Social støtte kan også i nogle tilfælde komme fra ældre søskende eller venner. Tilsyneladende er det ikke den blotte tilstedeværelse af social støtte og heller ikke antallet af støttepersoner i barnets miljø, der er afgørende (Kashubeck & Christensen, 1992; Rutter, 1985). Det er i højere grad barnets egen opfattelse af, at social støtte er tilgængelig og brugbar, der er afgørende. Der behøves således kun én kompetent og omsorgsfuld (voksen) person, der kan optræde som positiv rollemodel, ven og fortrolig. Som er i stand til at give råd og støtte i tilfælde af problemer og som i almindelighed kan yde den nødvendige positive opmærksomhed og spejling. Derved bibringes barnet oplevelsen af accept, kærlighed og bekræftelse af personlig værdi (Werner & Smith, 1998; Chassin et al., 1997).

Der kan imidlertid være situationer, hvor en behandlingsindsats bør rettes specifikt og direkte mod barnet (ad pkt. 4). Enten i kombination med misbrugers behandling eller som et selvstændigt tilbud. Det gælder i de tilfælde, hvor børnene har pådraget sig så alvorlige skader som følge af alkoholmisbruget, at disse ikke løses alene ved et eventuelt drikkeophør. Det gælder også, hvor der ikke er en ædru forælder eller anden social støtte i den nære omgangskreds, eller hvor den ædru forælder ikke magter/evner at optræde som »buffer«. Og endelig hvor misbrugeren ikke ønsker

behandling/ændret drikkeadfærd og/eller tager gentagne tilbagefald. Behandlingen kan bestå i individuel rådgivning/terapi eller i gruppeforløb med andre lignende børn.

I afdækningen af barnets individuelle problemer og behov bør man generelt være opmærksom på umiddelbart skjulte eller »usynlige« (fx indadvendte) problemer, der måske først på længere sigt bliver synlige for omgivelserne.

I forbindelse med direkte indsatser over for børnene kan det være hensigtsmæssigt at arbejde med barnets mestringsstrategier, ikke mindst på længere sigt og ikke mindst i forhold til forebyggelse af barnets egne misbrugsproblemer. Således er det en vigtig beskyttende faktor, at barnet får udviklet et bredt spektrum af velfungerende mestringsstrategier, at det får lært at bruge dem og opretholdt denne kompetence ved gentagne succesoplevelser i anvendelsen af dem. Mestringsstrategier handler først og fremmest om barnets evne til at løse problemer på en konstruktiv måde. Men det handler også om barnets oplevelse af livet som sådan; at livet opfattes meningsfuldt og håndterbart. Endelig handler mestringsstrategier også om barnets kognitive skemaer, forstået som barnets fastgroede tanker om sig selv og andre. Fx barnets oplevelser af skyld og skam i forhold til familiens alkoholproblemer. Bearbejdning af barnets kognitive skemaer samt udvikling af gode mestringsstrategier kan bl.a. ske ved relationer med jævnaldrende venner og/eller voksne (fx en forælder), men kan også med fordel foregå i børnegrupper med andre børn fra alkoholfamilier. Dels er der brug for rollemodeller, der kan »vise vej« og rådgive, og dels er der brug for omsorgsfulde, kærlige relationer, der kan bibringe barnet en tro på, at andre mennesker er interesserede og vil hjælpe samt oplevelser med kontrol over stressende begivenheder.

Det ser ud til at virke beskyttende på barnet, at barnet er godt begavet. Dels fordi det kan give barnet succesoplevelser i skolen, dels fordi det kan hjælpe barnet til at navigere og skabe overblik i en til tider kaotisk tilværelse, ikke mindst i forhold til anvendelsen af mestringsstrategier (Lindgaard, 2002; Werner & Smith, 1998). Succesoplevelser er således et vigtigt område, genereret i forhold til relationer og samvær med andre eller ved præstationer, det være sig i skole såvel som fritid. Sådanne positive oplevelser kan styrke barnets selvopfattelse, give barnet et »fristed« og evt. mulighed for gennem leg at bearbejde vanskelige problemstillinger.

### **Opsummering**

På grundlag af ovenstående kan man konkludere, at hvis familie-, par- og/eller individuel behandling reducerer risikofaktorer og øger beskyttelsesfaktorer i forhold til børnenes problemudvikling, må behandlingen formodes at have en forebyggende effekt på børnene (O'Farrell & Feehan, 1999). I den forbindelse fremstår familiefaktorer som særligt vigtige. Problemudvikling blandt børnene kan således ikke alene tilskrives tilstedeværelsen af alkoholproblemer i familien, men drejer sig i meget høj grad også om familiens interaktion og dysfunktion (Lindgaard, 2002; Velleman & Orford, 1999).

Når familieinteraktionen har indflydelse på barnets psykosociale status, kan dette indikere, at barnets udvikling af vanskeligheder i opvækst såvel som voksenalder, herunder egne alkoholproblemer, kan forebygges bl.a. ved en indsats over for familiens interaktionsniveau. Man kan ved en reduktion af familiens konfliktniveau, en oprustning af den psykiske sundhed og kompetence, udvikling af konstruktiv kommunikation og følelsesmæssige udtryk samt øgning af familiens interne samhørighed forebygge børnenes senere udvikling af egne alkoholproblemer og/eller andre psykosociale vanskeligheder.

Med udgangspunkt heri er det vigtigt, at der i behandlingssammenhænge ikke blot fokuseres på alkoholproblemerne i familien, men også på den ofte dysfunktionelle interaktion i familien og dennes indflydelse på barnets psykosociale tilpasning.

Udover at den familieorienterede alkoholbehandling er en behandlingsmodel på højde med individuel alkoholbehandling i forhold til misbrugeren, rummer den altså samtidig forebyggende foran-

staltninger i forhold til børnene. Om dette skriver Lawson og Lawson (1998): *»Hvis behandlere skal have succes med behandling og forebyggelse af fremtidig alkoholisme (og andre problemer) blandt børn af alkoholmisbrugere, må de rette deres største indsats mod familien. Behandlingstiltag der fokuserer på individet er sandsynligvis mindre effektive end familie terapi, og så har de ikke et indbygget forebyggelsesfokus. Håbet for den fremtidige behandling ligger i familie terapi og i effektivt fungerende familiesystemer, fordi dette er den bedste form for forebyggelse«* (frit oversat fra engelsk til dansk, s. 350).

Dette åbner endvidere for muligheden for at opdage og arbejde med det dysfunktionelle interaktionsmønster som et mål for behandlingen. Det vil sige, at afholdenhed eller ændring i drikkeadfærd ikke bliver de eneste kriterier for vellykket behandling. Dette har i øvrigt vist sig i nogle tilfælde at have den sekundære effekt også at have positiv indflydelse på misbruget.

Heraf følger, at man, så vidt det er muligt, arbejder med at reducere alkoholproblemernes indflydelse på familieinteraktionen. Enten ved direkte at arbejde med misbrugerens adfærd i forhold til familien, med hele familien som sådan, med forældreparret eller med en ædru forælder alene. Er dette ikke muligt, eller som et supplement, kan der arbejdes med etablering af social støtte i barnets nære sfære og/eller ved indsatser rettet direkte mod barnet.

Der er endnu ikke evidensbaserede metoder til at dække alle ovennævnte interventionstiltag. Dog er der solidt dokumentationsgrundlag for effektive indsatser overfor misbruger, forældreparret og den ædru forælder alene og et sparsomt dokumentationsgrundlag for effektive indsatser over for hele familien samt børnene.

### 5.3 Barrierer for etablering af en familieorienteret alkoholbehandlingspraksis

I forhold til etablering af en familieorienteret alkoholbehandlingspraksis synes der at være en række barrierer:

- Misbrug forstås grundlæggende og historisk som et individuelt problem, på trods af overvældende beviser på, at forekomsten og forløbet/kursen (årsag og det videre forløb) påvirkes af socio-kulturelle faktorer.
- Den offentlige misbrugsbehandling i Danmark har som målgruppe oftest kun den misbrugende part. Dette udelukker delvist arbejdet med misbrugsproblematikker igennem de pårørende, ligesom de pårørende sjældent kan modtage hjælp til egne problemer.
- Den familieorienterede misbrugsbehandling virker umiddelbart mere ressourcekrævende. Dette bl.a. fordi, familiebehandlingen ses som et appendiks til den egentlige misbrugsbehandling, i stedet for et ligestillet alternativ. Derudover ses omkostningerne isoleret i forhold til vanlig praksis, altså individuel behandling for misbrugsproblemer. I regnestykket må imidlertid inddrages udgifter/omkostninger til fysiske, psykiske og/eller sociale problemer blandt de pårørende, som økonomisk tynger andre steder i det offentlige system. Herunder børnenes stærkt forhøjede risiko for udvikling af eget misbrug i voksenalder.
- Misbrugsbehandlere uddannes ikke nok i familie/par behandling. Dette søges dog til dels imødekommet med Sundhedsstyrelsens projekt »Børne-familiesagkyndige til støtte for børn i familier med alkoholproblemer«. Her udbydes kurser i familiearbejdet. Ligeledes ses en øget interesse for og prioritering af familieorienteret efteruddannelse.
- Der er ikke nogle familiemedlemmer at arbejde med. Enten fordi der aldrig har været nogen familie, eller fordi familien er forsvundet ud af misbrugerens liv. Sidstnævnte kan til dels forebygges ved en tidligere indsats over for familien. Det er således tydeligt, at langt de fleste familier er endog meget motiverede for at arbejde med problemerne, som oftest i højere grad og på et tidligere tidspunkt end misbruger.
- Familiemedlemmerne ønsker ikke at blive inddraget i behandling. Der kan være tale om tabuisering, stigmatisering, angsten for at miste eventuelle børn (tvangsfjernelser), manglende overskud som følge af egne problemer eller manglende ønske om adfærdsændring i forhold til misbrug

(misbruget udgør en stabiliserende faktor i familiens interaktion). Dette ser dog ud til at være barrierer, der til en vis grad kan overvindes ved specifikke behandlerkompetencer.

Derudover findes en række dilemmaer og barrierer specifikt knyttet til effektiv behandling af børnefamilier. Disse fremgår bl.a. af et nyligt kvalitativt engelsk studie med 40 professionelle fra forskellige settings (Taylor & Kroll, 2004). Der kan bl.a. være tale om:

a) Manglende engagement (ingen børn at arbejde med).

Det manglende engagement dækker ofte over ingen eller begrænset adgang til børnene, idet forældrene ofte afviser en inddragelse af børnene i behandling. Dette kan skyldes benægtelse af misbrug eller manglende forståelse for misbrugets indflydelse på barnet. Det kan også ses som en følge af forældrenes bekymring for barnets tarv i en behandlingssammenhæng, hvor forældrene ikke kan være til stede og derfor overlader barnet til fremmede voksne. Endelig kan det ses som en reel frygt for, at barnet fjernes fra forældrene som følge af omsorgssvigt eller overgreb.

Hvis børnene på forskellig vis inddrages i behandlingen sammen med forældrene, kan man forestille sig, at dette kunne øge forældrenes tryghed og samarbejdsvillighed. Ikke sådan at forstå, at anbringelsessager vil kunne undgås, men der vil være en kendthed i forhold til rammer og indhold. Samtidig kan det tænkes at øge børnenes »samarbejdsvillighed«, når de føler sig trygge og måske ikke i så høj grad oplever loyalitetskonflikter i forhold til forældrene. Dette som følge af, at forældrene er i samme regi, og at det måske er de samme voksne/behandlere, der hjælper den alkoholiske forælder.

b) Modstridende fokus (voksenbehov eller børnenes behov).

Det modstridende fokus handler om dilemmaet i forhold til, at de voksnes og børnenes behov ikke nødvendigvis stemmer overens. Således kan der opstå situationer, hvor kun den ene parts behov kan imødekommes og ofte på bekostning af den andens. Det kan også dreje sig om, hvor i systemet behandlingen er placeret, således at behandling placeret i misbrugssammenhænge kan have en tendens til at se misbrugerens behov, frem for børnenes behov, mens at behandling placeret i »børnefamilie«-regi kan have en tendens til først og fremmest at have udgangspunkt i børnenes behov og i mindre grad have øje for misbrugerens behov og særlige tilstand. Dette dilemma bør kunne reduceres ved et reelt familieorienteret fokus, hvor behandlingsalliancen lægges i familien og ikke hos en bestemt part.

c) Manglende tværfaglig og -sektoriel kommunikation (især i forhold til fortrolighed/diskretionsforpligtelser).

Den manglende tværfaglige- og sektorielle kommunikation handler i Danmark om, at børnene hidtil har været kommunalt ansvar, mens at misbrugsbehandling har været amtsligt placeret. Dette har i Danmark stillet krav til samarbejde og kommunikation på tværs af fag og sektor. Især i forhold til fortrolighed og diskretionsforpligtelser samt en fysisk adskillelse sektorerne imellem kan dette være en vanskelig opgave.

I fremtidens Danmark kommer ansvaret for børnene og misbrugeren til at ligge samme sted, nemlig i kommunerne. Dette skaber nye muligheder i forhold til at sikre en koordineret og målrettet indsats i forhold til børn i alkoholfamilier. Ligesom en tidligere indsats over for børnene kan formodes at være mulig. Der må dog formodes stadig at blive tale om tværfagligt og til dels tværsektorielt samarbejde. Dette bør udvides og udnyttes i forhold til at sikre en bred støtte til barnet i dets dagligdag (fx i daginstitution eller skole).

d) Børn med signifikante behov, men som forbliver stort set usynlige.

Børn med signifikante og ofte behandlingskrævende behov, som forbliver usynlige eller ikke »diagnosticeres« korrekt som børn af alkoholmisbrugere er et stort problem, også i Danmark. I et model-

projekt i Fyns Amt har man forsøgt at udvikle værktøjer til bl.a. denne problemstilling. Det er disse erfaringer, man bygger videre på i Sundhedsstyrelsens børne-familiesagkyndige projekt. Således forsøger man især at klæde personalet i alkoholbehandlingssektoren og frontpersonale (altså dem, der møder børnene i det daglige, fx i daginstitution og skoler) på til at kunne spotte disse børn og vide, hvilke hjælpeinstanser, der kan hjælpe. Formålet er dels at blive bedre til at få øje på børnene, dels at få øje på dem tidligere inden problemerne har udviklet sig, og dels at udvide spektret af voksne, der kan hjælpe disse børn.

Barrierer handler således ikke kun om barrierer hos misbrugeren eller i familien, men kan i vid udstrækning også ses som barrierer hos den enkelte behandler og/eller i (behandlings-)organisationen. Sidstnævnte kan have en afsmittende effekt på familien og henholdsvis øge eller reducere familiens samarbejdsvillighed.

#### 5.4 Ethiske overvejelser

Der er adskillige etiske overvejelser at gøre sig i forbindelse med anvendelse af familieorienteret alkoholbehandling (Center for Substance Abuse Treatment, 2004). Dog er det ifølge ovennævnte guideline kun i sjældne tilfælde, at familiebehandling ikke kan anbefales af etiske årsager (ibid.).

Først og fremmest er det behandlingsudbyderens/behandlerens ansvar, at familien kan føle sig sikker, og at der er et støttende miljø for alle deltagere i familiebehandlingen. Familie- eller parterapi må ikke finde sted med mindre alle deltagere har en »stemme« og alle kan rejse centrale problemstillinger, også selvom et dominerende familiemedlem ikke ønsker dem diskuteret (ibid.).

Derudover er det vigtigt at undersøge for tilstedeværelsen af vold i familien og eller andre overgreb. Hvis dette faktum overses, risikeres ikke bare ringe behandlingsudfald, men også stor risiko for øget vold/overgreb. I disse tilfælde må iværksættes særlige behandlingstiltag, ligesom familien må ydes ekstra opmærksomhed. Under alle omstændigheder er det vigtigt, at behandlingen planlægges og udføres uden at bringe familien i fare (ibid.).

Den særlige opmærksomhed og omsorg gælder især over for børn. Således er det vigtigt at være opmærksom på forekomsten af overgreb mod børn eller omsorgssvigt, og der er i den forbindelse selvfølgelig underretningsspligt. Det er imidlertid vigtigt at være åben omkring dette forhold (ibid.).

Generelt er det vigtigt at være forsigtig når familiemedlemmer inddrages og »bruges« i behandlingen. Således er det vigtigt at der er enighed om formål med behandlingen, og at der i øvrigt i vid udstrækning er en åben kommunikation i forhold til misbrugeren.

Når man arbejder familieorienteret frem for individorienteret, er der mange hensyn, der skal balanceres. Som udgangspunkt er den bedste behandling den, der gavner alle parter. Det er bare ikke altid, dette går op i en højere enhed. I nogle tilfælde er det måske slet ikke en misbrugsbehandling, der er det bedste (mulige). I så fald bør den øvrige familie kunne få hjælp til egne vanskeligheder uafhængigt af misbrugeren.

#### 5.5 Økonomiske aspekter ved familieorienteret alkoholbehandling

Der er ikke identificeret nogen danske eller skandinaviske undersøgelser vedrørende omkostninger ved familieorienteret alkoholbehandling. Der er til gengæld fundet seks reviews, der belyser økonomiske aspekter ved visse typer af familieorienteret behandling. Disse omhandler alle økonomiske forhold om alkoholbehandlingen i USA og Storbritannien. Resultaterne er ikke umiddelbart mulige at overføre til danske forhold. Dette skyldes især, at det amerikanske sundhedsvæsen er meget anderledes finansieret og organiseret end de offentligt finansierede systemer i Danmark. Endelig er



den viden, der er på området yderst sparsom (Copello et al., 2005), ligesom den er koncentreret om parbehandling. Der er således ikke umiddelbart grundlag for en vurdering af det økonomiske aspekt ved familieorienteret alkoholbehandling i Danmark.

En vigtig pointe, som også har relevans for danske forhold, beskrevet i den sparsomme sundhedsøkonomiske litteratur om familieorienteret alkoholbehandling, er følgende:

Alkoholproblemer har konsekvenser ikke blot for alkoholmisbrugeren, men også for dennes familie og andre relationer. Således er det vigtigt i økonomiske betragtninger vedrørende familieorienteret alkoholbehandling at udbrede beregningsgrundlaget (Copello et al., 2005; Klostermann et al., 2005; Edwards & Steinglass, 1995). Det vil sige, at der skal inddrages beregninger ikke blot vedrørende misbrugeren, men også i høj grad vedrørende familien. Derudover har alkoholproblemer 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 være lovovertrædelser som følge af alkoholindtag (fx alkohol-involverede trafikuheld), der kan være arbejdsløshed og de sociale/økonomiske konsekvenser heraf. I den forbindelse fandt O'Farrell & Fals-Stewart (2003a), at APT's reduktion af vold i hjemmet, hospitals- og fængselsophold sparer udgiften ved at give APT-behandlingen over 5 gange. Ligeledes kan der være udgifter forbundet med partner/ægtefælles psykiske og fysiske vanskeligheder som følge af alkohol- og alkoholrelaterede problemer i familien (fx vold). Desuden kan der være øgede udgifter til varetagelse af børnenes faglige, sociale og/eller psykologiske vanskeligheder, som de kommer til udtryk i børnehaven og skole samt udgifter forbundet med anbringelse uden for hjemmet. Og endelig er der hele problemet i forhold til børnene som næste generation af misbrugere. På den måde bliver det et temmelig kompliceret regnestykke. Men alkoholproblemer har langt større og vidtrækkende konsekvenser end blot begrænset til sundhedsmæssige betragtninger omkring alkoholmisbrugeren.



## 6 Konklusion

Rapporten viser, at familien lider under tilstedeværelsen af et alkoholmisbrug, herunder ikke mindst børnene. Der er solid dokumentation for, at alkoholfamilien som oftest vil være belastet og dysfunktionel i mere eller mindre grad, karakteriseret ved benægtelse, isolation, begrænset emotionelt rum, uforudsigelighed og bifasisk fungeren, manglende eller forstyrret lederskab, uansvarlighed og forsømmelse, fysiske, psykiske og/eller seksuelle overgreb samt et generelt højere konfliktniveau. Som følge heraf vil alkoholproblemerne i familien på forskellig vis kunne have emotionelle, kognitive og/eller sociale konsekvenser for familiens medlemmer, ikke mindst børnene. Problemer kan optræde i forskellig grad og på forskellige tidspunkter i børnenes liv og således også have langsigtede konsekvenser for børnenes voksne liv, ikke mindst i forhold til udvikling af egne misbrugsproblemer.

Samtidig viser rapporten, at der er en stigende dokumentation for, at ikke alle børn fra alkoholfamilier påvirkes ligeligt og på samme vis, således at der må findes forskellige medierende og modererende faktorer og processer, der kan forklare udvikling af hhv. problemadfærd og modstandsdygtighed. Udviklingen er dermed diskontinuerlig, og det ser ud til at være muligt at forebygge og/eller ændre en problematisk udviklingsretning blandt børnene. Børnene bliver tilsyneladende ikke alene påvirket af alkoholproblemerne per se, men også i høj grad af alkoholproblemernes indvirkning på familiens interaktion. En positiv familieinteraktion er således en af de faktorer, der kan forklare udvikling af modstandsdygtighed blandt børnene.

Rapportens hovedkonklusioner er, at:

- En inddragelse af familien i alkoholbehandlingen generelt kan påvirke såvel misbrugsadfærd som familiefunktion i en gunstig retning.
- Den familieorienterede behandling er lige så god eller bedre end individuel behandling.
- Behandlingsmetoder rettet mod familiemedlemmerne alene kan nedsætte misbrugerens alkoholforbrug, samt fremme dennes indtræden i behandling.
  - CRAFT og UFT er de metoder, der har mest solid dokumentation for effekt
- Behandlingsmetoder, der inddrager familien sammen med misbrugerens familie har positive effekter på misbrugerens familie i form af større tilfredshed i parforholdet, færre skilsmisser, forbedret familiefunktion, reduktion af vold i hjemmet og reduktion i psykosociale problemer blandt børnene.
  - Adfærdsterapeutisk parterapi (APT) er den metode, der har den mest solide dokumentation for effekt.
- Behandlingsmetoder med fokus på familiens funktion kan reducere familiens symptomer på stress, depression og andre symptomer på belastning, ligesom de kan forbedre familiens mestringsstrategier og sociale støtte.
  - CRAFT og UFT (samt APT) er de metoder, der har mest solid dokumentation for effekt.
  - Metoder udviklet på basis af SSCS («stress-strain-coping-support») modellen samt den psyko-educatoriske, sygdomsorienterede tilgang har vist gode resultater, om end dokumentationen er mere sparsom.
- Familieorienteret alkoholbehandling har en skadesreducerende og forebyggende effekt i forhold til børnene, om end der stadig er sparsom dokumentation for behandlingens effekter på børnene.
  - Adfærdsterapeutisk parterapi (APT) har den bedst dokumenterede positive effekt på børn i alkoholfamilier.
  - Børnegrupper viser gode resultater, dog endnu på et sparsomt dokumentationsgrundlag.
- Børnenes symptomer på belastning og deres mestringsstrategier ser ud til at kunne hhv. reduceres og forbedres ved indsatser rettet mod børnene, hvad enten der anvendes direkte eller indirekte metoder.

For visse behandlingsmetoder er der et solidt dokumentationsgrundlag. Det gælder især »Adfærdsterapeutisk parterapi« (APT), »Community reinforcement and family training« (CRAFT) samt »Unilateral family therapy« (UFT), der alle har solid dokumentation for effekt, hvis de bliver implementeret i overensstemmelse med klart dokumenterede guidelines, træning og supervision. Interventioner med et bredere socialt netværksfokus begynder ligeledes at akkumulere dokumentation for effekt og ser lovende ud for fremtiden. Endnu er der kun sparsom dokumentation for effekten af familiesystemisk terapi samt for børnegrupper.

Det er vigtigt, at et skadesreducerende perspektiv inddrages. Det betyder, at et positivt behandlingsudfald handler om andet og mere end blot drikkeadfærd. Reduktion i sociale omkostninger, ikke mindst i forbindelse med familiemedlemmernes psykiske, fysiske og sociale påvirkninger, er et andet vigtigt behandlingsudfald.

På baggrund af den gennemgåede litteratur kan det konkluderes, at der generelt er et godt dokumentationsgrundlag for at arbejde familieorienteret med alkoholfamilien. Det ser ud til at være effektivt i højere grad at inddrage familiemedlemmer, især ægtefæller/partnere, i alkoholbehandlingen. Dermed ikke sagt, at alle familier kan profitere af samme behandlingstilbud. En lang række medierende og modererende faktorer kan spille ind på behandlingsudfaldet. Herunder parforholdets art og kvalitet, familiens ændringspotentiale samt støtte til afholdenhed og forskellige misbrugs- og partnerforhold.

## 7 anbefalinger til forskning og praksis

På baggrund af den gennemgåede litteratur kan der uddrages anbefalinger til såvel fremtidig forskning i familieorienteret alkoholbehandling som kommende praksis på alkoholbehandlingsfeltet.

### 7.1 Anbefalinger til forskning

Selv om der findes en stigende mængde forskning på området, og selv om kvaliteten på det seneste er forbedret, er der stadig metodemæssige begrænsninger og manglende viden. Fremtidig forskning i familieorienteret alkoholbehandling må således bidrage til en generel opkvalificering og udvidelse af området.

I forhold til en opkvalificering af det metodemæssige område, må den positive udvikling fortsætte i retning af større undersøgelsesgrupper, inddragelse af kontrolgrupper, flere opfølgingsstudier over længere tid samt fortsat erfaringsudvikling med den familieorienterede alkoholbehandling i praksis.

Der bør iværksættes dansk forskning på området, bl.a. til belysning af de internationale funds overførbare til danske forhold, men også til supplerende og opkvalificering af området som sådan.

Den eksisterende forskning måler som oftest udelukkende på drikkeresultater (mængde, mønster) og ofte også drikkerrelaterede problemer for misbrugeren. Men det er stadig alt for sjældent, at der inddrages data om parforhold og familiefunktion samt familiemedlemmernes individuelle funktionsniveau. Der savnes en afdækning af familiemedlemmernes selvstændige behandlingsbehov og integration heraf i såvel forskning som behandlingsmetoder. For eksempel er reduktion af vold i hjemmet en vigtig skadesreducerende faktor at inddrage som effektmål i feltet. I det hele taget savnes et skadesreducerende perspektiv i forhold til familien. Herunder om, og i hvilken grad, man ved behandling på et tidligt tidspunkt kan forebygge familiens udvikling af alvorlige skader på længere sigt.

Forskningsbaseret viden om familieorienteret alkoholbehandling i forhold til specifikke målgrupper er også meget sparsom. Der savnes bl.a. viden om interventioner rettet mod mødre med misbrug, enlige forældre med misbrug samt forskellige etniske grupper. Ligesom der savnes viden om, hvorledes alder, socioøkonomiske forhold, misbrugstype, misbrug hos begge forældre samt forekomsten af psykiske lidelser spiller ind. Også betydningen af parrets forpligtelse i forhold til hinanden og støtte fra familien i forhold til afholdenhed er kun sparsomt belyst.

Især i forhold til børn savnes specifik viden. Således er der brug for mere viden om effekten af specifikke interventioner på børnenes situation. Dels interventioner rettet mod familien generelt, forældrenes parforhold og misbrugerens misbrugsadfærd, det man kunne kalde »indirekte behandling« af børnene. Og dels interventioner rettet direkte mod børnene, i det følgende refereret som »direkte behandling«. Mere specifikt er der brug for mere viden om, hvilke elementer, der er mest virksomme i behandlingen, især i forhold til, hvordan forandringer opstår hos børnene i forhold til mestringsstil og i forhold til fysiske og psykiske symptomer på belastning. I hvor høj grad er det forbedringer i forhold til forældre- og/eller familietilpasning, der påvirker børnenes situation? Eller forbedringer i misbrugsadfærd? Og i hvor høj grad er det en mere specifik påvirkning af barnets psykosociale situation, der gør sig gældende? Kan og skal børn inddrages i behandlingen? Og i givet fald på hvilke måder (hvordan, hvornår og hvor)? I den forbindelse savnes viden om effektiviteten af henholdsvis individuel og gruppebehandling af børn. Men også viden om, hvorledes børnenes alder spiller ind og dermed om specifikke interventioner er gavnlige til specifikke aldersgrupper. Der må endvidere i højere grad fokuseres på den indflydelse, forældremisbrug har på børnene samt udvikling af (direkte eller indirekte) interventioner rettet mod disse børn og deres udvikling af modstandsdygtighed og mestringsstrategier, som er anvendelige i forhold til deres belastede livssituation.

Ligeledes er der brug for mere viden i forhold til langtidseffekt. Især savnes viden om metoder til forebyggelse af udvikling af problemadfærd på længere sigt (herunder børnenes senere udvikling af eget misbrug). Men også viden om, hvorledes børnene påvirkes af behandlingen på længere sigt.

Derudover savnes uddybende viden om, hvordan familiebehandlingen virker, hvilke processer og mekanismer, der virker bedst og for hvem. Især i forhold til, hvordan forandringer opstår i forhold til familiens mestringstil, familiens samhørighed samt i familiemedlemmernes fysiske og psykiske sundhed. Men også i forhold til, hvem der udfører behandlingen, herunder hvorledes forskellige faggrupper og behandlerkompetencer spiller ind.

Sundhedsøkonomiske studier af familieorienteret alkoholbehandling er en stor mangelvare. Det drejer sig om økonomiske analyser af både direkte og umiddelbare omkostninger ved de forskellige interventioner, men også og især i forhold til reducerede fremtidige omkostninger for samfundet (sundhedsmæssigt, socialt, psykologisk). Når det angår familier, er det vigtigt at anerkende, at der er et bredere sæt af positive behandlingsresultater udover reduktion af misbrug. Således bør inddrages potentiel reduktion af omkostninger associeret med misbrugets indflydelse på familien (fx misbrugsrelateret vold) samt reduktion af omkostninger associeret med ressourcer brugt gennem supplerende krav fra påvirkede familiemedlemmer, også på længere sigt (fx i forhold til børnenes potentielle risiko for udvikling af omfattende psykosociale problemer, herunder eget misbrug).

Generelt må flere familieorienterede alkoholbehandlingsmetoder underkastes gedigen forskning, således at spektret af evidensbaserede metoder kan udvides, ikke mindst i forhold til at kunne imødekomme forskellige familiers forskellige behov. I den forbindelse savnes mere viden om de enkelte metoders effekt i forhold til hinanden og i forhold til specifikke familiers behov.

Forskningen bør ligeledes bidrage til udvikling af standardiseret diagnosticerings- og vurderingsmateriale til såvel misbrugeren som familien, herunder ikke mindst børnene.

Endelig må fremtidig forskning bidrage til øget anerkendelse af påvist effekt og evidens samt viden om hvorledes dette genereres og omsættes til praksis.

## 7.2 anbefalinger til praksis

Generelt viser litteraturen, at det kan være hensigtsmæssigt for alkoholbehandlingen at foretage et fokusskifte fra det individorienterede til det relations- og familieorienterede. Behandlingsstilbuddene må så vidt muligt udvides til også at indbefatte familiemedlemmer, således at familien ikke bare inddrages i behandlingen af misbrugeren, men også kan få selvstændig hjælp til egne problemer, uafhængigt af misbrugeren.

Hertil peger litteraturen på en række andre faktorer eller forhold, som man med fordel på praksisniveau kan arbejde med fremover:

- Der bør ikke kun arbejdes med drikkeophør som mål for behandlingen, men også med familiens/forældrenes interaktion.
- Behandling af alkoholmisbrug bør også inddrage »skadesreduktion« og forebyggelse i forhold til familien, ikke mindst i forhold til børn. Reduktion af sociale omkostninger i forbindelse med familiens psykiske, fysiske og sociale påvirkninger er ligeledes vigtige effektmål.
- Det er især vigtigt at have et særligt fokus på børnene. Både med hensyn til eventuelle behandlingskrævende problemer, men også i forhold til forebyggelse af problemudvikling på længere sigt, herunder eget misbrug.
- I princippet har alle børn fra alkoholfamilier krav på udredning og forebyggende indsatser, idet vi ikke ved hvilke børn, der udvikler problemer på længere sigt.
- En vigtig beskyttelsesfaktor for børns udvikling af følgevanskeligheder er især familiens funk-

tionsniveau. Problemudvikling blandt børnene kan således ikke alene tilskrives tilstedeværelsen af alkoholproblemer i familien, men drejer sig i meget høj grad også om familiens interaktion og dysfunktion.

- Heraf følger, at man, så vidt det er muligt, arbejder med at reducere alkoholproblemernes indflydelse på familieinteraktionen. Enten ved direkte at arbejde med misbrugerens adfærd i forhold til familien, med hele familien som sådan, med forældreparret eller med en ældru forælder alene. Er dette ikke muligt, eller som et supplement, kan der arbejdes med etablering af social støtte i barnets nære sfære og/eller ved indsatser rettet direkte mod barnet.
- En anden beskyttelsesfaktor er »social støtte« (fx en ældru forælder, en bedsteforælder eller en voksen i skoleregi). Derudover er barnets mestringsstrategier et vigtigt fokus i det forebyggende arbejde med børn.
- Det kan være relevant at se familieorienteret alkoholbehandling som et kontinuum, hvor familien kan inddrages på forskellige steder i behandlingsforløbet. Familien kan inddrages og hjælpe, indtil misbrugerens måske bliver motiveret til behandling. Hvis misbrugerens vælger at gå i behandling, eller måske allerede er i behandling, kan familien også inddrages her. Såfremt misbrugerens ikke motiveres til behandling, kan familien evt. fortsætte i et behandlingsforløb med fokus på mestring af denne situation.
- »Adfærdsterapeutisk parterapi« (APT), »CRAFT« og »UFT« er evidensbaserede metoder inden for familieorienteret alkoholbehandling, men nye og flere metoder bør afprøves og undersøges i forhold til såvel alkoholadfærd som familiefunktion.
- Det er vigtigt at kunne afdække og diagnosticere familiens såvel som misbrugerens problemer og behov. Herunder også hvert enkelt barns situation og behov. Denne kortlægning bør foretages rutinemæssigt og ud fra standardiseret materiale. Til afdækningen er det vigtigt at inddrage såvel misbrugerens som familiens øvrige medlemmer, herunder også børnene.
- Det er vigtigt at være opmærksom på heterogeniteten i familiernes behov og formåen. Børnene og deres familier skal mødes undersøgende og med åbenhed. Ikke alle familier og børn vil have udviklet behandlingskrævende problemer. Og de familier og børn, der har problemer, vil have forskellige behov, idet problemstillingerne kan variere meget, afhængigt af mange faktorer og ikke mindst familiens grad af dysfunktion.
- Der bør tages højde for medierende og modererende faktorer og processer, herunder parforholdets art og kvalitet, familiens dysfunktion og ændringspotentiale/støtte til afholdenhed samt forskellige misbrugsforhold.
- Familier med alkoholproblemer må kunne tilbydes et varieret udbud af behandling, således at det så vidt muligt matcher familiens behov og formåen.

## 8 Litteraturliste

- Andreas JB, O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Does individual treatment for alcoholic fathers benefit their children? A longitudinal assessment. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(1):191-198.
- Barber JG, Crisp BR. The "pressures to change" approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction* 1995; 90:269-276.
- Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66(1):53-88.
- Bellivieu J, Stoppard J. Parental alcohol abuse and gender as predictors of psychopathology in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors* 1995; 20(5):619-625.
- Black C. Children of alcoholics. *Alcohol Health and Research World* 1979; 4:23-27.
- Black C. Repeat after me. Denver, M.A.C. Printing and Publications, 1985.
- Black C, Bucky S, Wilder-Padilla S. The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an alcoholic. *International Journal of Addiction* 1986; 21:213-231.
- Brennan P, Moos R, Kelly K. Spouses of late-life problem drinkers: functioning, coping responses, and family contexts. *J Fam Psychol* 1994; 8:447-457.
- Bush S, Ballard M, Fremouw W. Attributional style, depressive features, and self-esteem: Adult children of alcoholic and non-alcoholic parents. *Journal of Youth and Adolescence* 1995; 24:177-185.
- Callan VJ, Jackson D. Children of alcoholic fathers and recovered alcoholic fathers: Personal and family functioning. *Journal of Studies on Alcohol* 1986; 47(2):180-182.
- Carr A. Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. II. Adult-focused problems. *Journal of Family Therapy* 2000; 22:273-295.
- Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment and family therapy. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (Treatment Improvement Protocol; no. TIP 39). National Guideline Clearinghouse, 2004.
- Cermak T. Diagnosing and Treating Co-Dependence. Minneapolis, Johnson Institute Books, 1986.
- Cermak T, Brown S. Interactional group therapy with adult children of alcoholics. *International Journal of Group Psychotherapy* 1982; 32:375-387.
- Chase N, Deming M, Well M. Parentification, parental alcoholism and academic status among young adults. *The American Journal of Family Therapy* 1998; 26:105-114.
- Chassin L, Barrera M, Montgomery H. Parental alcoholism as a risk factor. I: Wolchick S, Sandler I (eds.). *Handbook of Children's coping: Linking theory and intervention*. New York: Plenum Press, 1977.
- Christensen HB. Børnefamilier med alkoholproblemer. Center for Rusmiddelforskning, 2000.
- Christensen E. Når mor eller far drikker: Interview med børn og forældre i familier med alkoholmisbrug. København: Socialforskningsinstituttet, 1994: 94(2).
- Christensen HB. Børn i familier med alkoholmisbrug: En redegørelse for relationen mellem familieinteraktionen og barnets psykosociale tilpasning. *Psykologisk Skriftserie*, Aarhus Universitet, 1994.
- Christoffersen MN. Risikofaktorer i barndommen. Langtidsvirkninger af forældres misbrug. Social Forskningsinstituttet, 2000; Reprint (7).
- Clair D, Genest M. Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol* 1987; 48(4):345-355.
- Cleaver H, Unell U, Aldgate J. Children's needs – parenting capacity: the impact of parental mental illness, problems alcohol and drug use and domestic violence on children's development. London: Department of Health, 1999.
- Collins RL. Family treatment of alcohol abuse: Behavioral and systems perspectives. I: Collins RL, Leonard KE, Searles JS (eds.). *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives*, 338-355. New York: Guilford, 1990.



- Copello A, Orford J, Hodgson R, Tober G, Barrett C. On behalf of the UKATT Research Team. Social behaviour and network therapy: basic principles and early experiences. *Addict Behav* 2002; 27:345-366.
- Copello A, Orford J, Velleman R, Templeton L, Krishnan M. Methods for Reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *J Mental Health* 2000a; 9:319-333.
- Copello A, Templeton L, Krishnan M, Orford J, Velleman R. A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research* 2000b; 8:471-484.
- Copello A, Templeton L, Velleman R. Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry* 2006; 19:271-276.
- Copello A, Velleman R, Templeton L. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review* 2005; 24:369-385.
- Cork R. *The Forgotten Children*. Ontario, CA: Addiction Research Foundation, 1969.
- Davies PT, Cummings EM. Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychol Bull* 1994; 116:387-411.
- Deater-Deckard K, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: group and individual differences. *Dev Psychopathol* 1998 Summer, 1997; 10(3):469-493.
- Deming M, Chase N, Karesh D. Parental alcoholism and perceived levels of family health among college freshman. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1996; 14(1):47-57.
- Devine C, Braithwaite V. The survival roles of children of alcoholics: Their measurement and validity. *Addiction* 1993; 88:69-78.
- Dittrich J. Group programs for wives of alcoholics. I: TJ O'Farrell (ed.). *Treating alcohol problems: marital and family interventions*. New York: Guilford Press 1993; 78-114.
- Dobkin P, De Civita M, Paraherakis A, Gill K. The role of functional support in treatment retention and outcomes among out-patient adult substance abusers. *Addiction* 2002; 97:347-356.
- Domenico D, Windle M. Intrapersonal and Interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:659-666.
- Dunn NJ, Jacob T, Hummon N, Seilhamer RA. Marital stability in alcoholic-spouse relationships as a function of drinking pattern and location. *Journal of Abnormal Psychology* 1987; 96:99-107.
- Edwards M, Steinglass P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital & Family Therapy* 1995; 21(4):475-509.
- Emery RE. Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychol Bull* 1982; 92:310-330.
- Epstein E, McCrady B. Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: current status and innovations. *Clinical Psychology Review* 1998; 18:689-711.
- Epstein E, McCrady B, Epstein EE, McCrady BS. Couple therapy in the treatment of alcohol problems. I: Gurman A, Jacobsen N (eds.). *Clinical handbook of marital therapy*, 3rd edition, New York: Guilford Press 2002; 597-628.
- Erel O, Burman B. Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 1995; 118:108-132.
- Fals-Stewart W, Birchler G. A national survey of the use of couples therapy in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001; 20:277-283.
- Fals-Stewart W, Birchler G. Behavioral couples therapy with alcoholic men and their intimate partners: The comparative effectiveness of bachelor's and master's level counsellors. *Behavior Therapy* 2002; 33:123-147.
- Fals-Stewart W, Kelley ML, Cooke CG, Golden J. Predictors of the psychosocial adjustment of children living in households in which fathers abuse drugs: The effects of postnatal social exposure. *Addictive Behaviors* 2003; 28(6):1013-1031.
- Fals-Stewart W, Klosterman K, Yates BT, O'Farrell TJ, Birchler GR. Brief relationship therapy for alcoholism: a randomised clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychol Addict Behav* 2005; 19(4):363-371.
- Finn P, Sharkansky E, Viken R, West T, Sandy J, Bufferd G. Heterogeneity in the families of sons of alcoholics: The impact of familial vulnerability type on offspring characteristics. *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 106(1):26-36.

- Finney JW, Monahan SC. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol* 1996; 57:229-243.
- Forrester D. Social work assessments with parents who misuse drugs or alcohol. I: Phillips R (ed.): *Children exposed to parental substance misuse: implications for family placement*. London: British Association for Adoption and Fostering 2004; 168-179.
- Forrester D, Harwin J. Social work and parental substance misuse. I: Phillips R (ed.): *Children exposed to parental substance misuse: implications for family placement*. London: British Association for Adoption and Fostering 2004; 115-131.
- Galanter M. Network therapy. I: Galanter M, Kleber H (eds.). *Textbook of Substance Abuse Treatment*, 3rd edition. Washington D.C., The American Psychiatric Publishing, Inc. 2004; 353-363.
- Galanter M. Network therapy for addiction – a model for office practice. *Am J Psychiatry* 1993a; 150:28-36.
- Galanter M. Network therapy for substance misuse – a clinical trial. *Psychotherapy* 1993b; 30:251-258.
- Garrett J, Landau J, Shea R, Stanton MD, Baciewicz G, Brinkman-Sull D. The ARISE intervention – using family and network links to engage addicted persons in treatment. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15:333-343.
- Garrett J, Stanton D, Landau J, Baciewicz G, Brinkman-Sull D, Shea R. The »concerned other« call: using family links and networks to overcome resistance to addiction treatment. *Subst Use Misuse* 1999; 34:363-382.
- Gordis EB, Margolin G, John RS. Marital aggression, observed parental hostility, and child behavior during triadic family interaction. *J Fam Psychol* 1997; 11:76-89.
- Gravitz H. *Children of alcoholics handbook*. South Laguna, CA: The National Association for Children of Alcoholics, 1985.
- Grych JH, Fincham FD. Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychol Bull* 1990; 108:267-290.
- Halford W, Price J, Kelly A, Bourma R, Young R. Helping the female partners of men abusing alcohol: a comparison of three treatments. *Addiction* 2001; 96:1497-1508.
- Hansen SE. Barn fra alkoholmisbrukende familier. *Fokus på Familien* 1985; 13:83-90.
- Haugland B. Ritualer og rutiner i familier med alkoholproblemer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1992; 24:547-556.
- Havey J, Boswell D, Romans J. The relationship of self-perception and stress in adult children of alcoholics and their peers. *Journal of Drug Education* 1995; 25(1):23-29.
- Hecht M. Children of alcoholics are children at risk. *American Journal of Nursing* 1973; 73:1764-1767.
- Herjanic B, Reich W. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnorm Child Psychol* Feb 1997; 25(1):21-31.
- Hill EM, Nord JL, Blow FC. Young-Adult children of alcoholic parents: Protective effects of positive family functioning. *Brit J Addict* 1992; 87:1677-1690.
- Holder H, Longabaugh R, Miller WR, Robonis AV. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol* 1991; 52:517-540.
- Howells E. Coping with a problem drinker: the development and evaluation of a therapeutic intervention for the partners of problem drinkers in their own right. Unpublished PhD thesis, University of Exeter, 1997.
- Hunt GM, Azrin NH. A community reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy* 1973; 11:91-104.
- Jacob T, Windle M, Seilhamer R, Bost J. Adult children of alcoholics: drinking, psychiatric and psychosocial status. *Psychology of Addictive Behavior* 1999; 13:3-21.
- Johnson VE. *Intervention: how to help those who don't want help*. Minneapolis: Author, 1986.
- Jones D, Zalewski C. Shame and depression proneness among female adult children of alcoholics. *The International Journal of the Addictions* 1994; 29(12):1601-1609.
- Kashubeck S. Adult children of alcoholics and psychological distress. *Journal of Counselling & Development* 1994; 72:538-543.
- Kashubeck S, Christensen S. Differences in distress among adult children of alcoholics. *Journal of Counselling Psychology* 1992; 39(3):356-362.

- Kaufman E. Family systems and family therapy of substance abuse: An overview of two decades of research and clinical experience. *The International Journal of the Addictions* 1985; 20:897-916.
- Kelley ML, Fals-Stewart W. Couples-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on childrens' psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(2):417-427.
- Kerr A, Hill W. An exploratory study comparing ACOAs to non-ACOAs on current family relationships. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1992; 9:23-38.
- Klostermann K, Fals-Stewart W, Gorman C, Kennedy C, Stappenbeck C. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Rationale, methods, findings, and future directions. I: Hilarsky C (ed.). *Addiction, assessment, and treatment with adolescents, adults, and families. Journal of Evidence-Based Social Work* 2005; 2(1/2).
- Knop J, Teasdale T, Schulsinger F, Goodwin D. A prospective study of young men at risk for alcoholism.: School behaviour and achievement. *Journal of Studies on Alcohol* 1985; 46(6):273-278.
- Krestan J, Bepko C. On lies, secrets and silence: The multiple levels of denial in addictive families. I: Imber-Black E (ed.). *Secrets in families and family therapy*. New York: W.W. Norton & Company 1993; 141-159.
- Kroll B. Living with an elephant: growing up with parental substance misuse. *Child Fam Soc Work* 2004; 9:129-140.
- Kroll B, Taylor A. Parental substance misuse and child welfare. London: Jessica Kingsley, 2003.
- Kuntsche EN, Kuendig H. What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting use in adolescence. *Substance Use & Misuse* 2006; 41(1):71-86.
- Lawson A, Lawson G. *Alcoholism and the family: A guide to treatment and prevention*. 2nd ed. Aspen Publishers, Inc.: Maryland, 1998.
- Lawson G, Petersen J, Lawson A. *Children of alcoholics. I: Lawson G, Petersen J, Lawson A. Alcoholism and the family: A guide to treatment and prevention*. Rockville, M.D.: Aspen, 1983.
- Leonard KE, Senchak M. Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; 11:96-108.
- Lerner R. *Children of alcoholics: Their special needs. I: Wegsheider-Cruse S, Esterly R (eds.). Alcoholism and the Family: A book of Readings*. Hollywood, FL: Health Communication, 1986.
- Lieberman DZ. Children of alcoholics: an update. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12:336-340.
- Lindgaard H. *Voksne born fra familier med alkoholproblemer: mestring og modstandsdygtighed*. Center for Rusmiddel-forskning, Aarhus Universitet, 2002.
- Lipps AJ. Family Therapi in the treatment of alcohol related problems: A review of behavioural family therapy, family systems therapy, and treatment matching research. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1999; 17(3):13-23.
- Loneck G, Garret J, Banks S. Comparison of the Johnson Interventions to four other methods of referral to out-patient treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996a; 22:1421-1440.
- Loneck G, Garret J, Banks S. The Johnson Intervention and relapse during outpatient treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996b; 22:233-246.
- Maisto S, McKay J, O'Farrell T. Twelve-month abstinence from alcohol and long-term drinking and marital outcomes in men with severe alcohol problems. *Journal of Studies in Alcohol* 1998; 59(5):591-598.
- McCrary BS, Noel NE, Abrams DB et al. Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 1986; 47:459-467.
- Meyers RJ, Miller WR (eds). *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2001.
- Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse* 1999; 10:1-18.
- Meyers RJ, Smith JE, Miller EJ. Working through the concerned significant other: Community Reinforcement and Family Training. I: Miller WR, Heather N (eds.). *Treating addictive behaviours: Processes of change* (2nd edition). New York: Plenum Press, 1998.
- Miller WR. A collaborative approach to working with families. *Addiction* 2003; 98:5-6.

- Miller RJ, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67:688-697.
- Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders 2002.
- Miller WR, Wilbourne PL, Hetttema JE. What Works? A summary of alcohol treatment outcome research. I: Hester RK, Miller WR (eds). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, 3rd ed. 2003.
- Mintz L, Kashubeck S, Tracy L. Relations among parental alcoholism, eating disorder and substance abuse in nonclinical college women: Additional evidence against the uniformity myth. *Journal of Counselling Psychology* 1995; 42(1):65-70.
- Moos RH, Billings AG. Children of alcoholics during the recovering process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behavior* 1982; 7:155-163.
- Moos RH, Finney JW, Gamble W. The process of recovery from alcoholism. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *J Stud Alcohol* 1982; 43:888-909.
- Moos RH, Finney JW, Cronkite R. *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press, 1990.
- Moos RH, Moos BS. The process of recovery from alcoholism. III. Comparing functioning in families of alcoholics and matched control families. *J Stud Alcohol* 1984; 45:111-118.
- Moss HB, Mezzich A, Yao JK, Gavalier J, Martin CS. Aggressivity among sons of substance-abusing fathers: Association with psychiatric disorder in the father and son, paternal personality, pubertal development, and socio-economic status. *American Journal of Drug and Alcohol abuse* 1995; 21:195-208.
- Nielsen AS, Becker U, Højgaard B, Lassen AB, Willemann M, Søgaard J, Grønbaek M. Alkoholbehandling. En medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Medicinsk Teknologivurdering 2006; 8(2).
- Nielsen AS, Nielsen B, Petersen P. Behandlingsbehov hos alkoholmisbrugere, hvis forældre havde et alkoholmisbrug. *Ugeskrift for læger* 2000; 162:4540-4544.
- Nowinsky JK. *Family recovery and substance abuse: A twelve-step guide for treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.
- Nyboe J. *Børn i familier med alkoholmisbrug – kortlægning af de eksisterende tilbud*. København, VFC Socialt Udsatte, 2005.
- Nye CL, Zucker RA, Fitzgerald HE. Early family-based intervention in the path to alcohol problems: rationale and relationship between treatment process characteristics and child and parenting outcomes. *J Stud Alcohol Suppl* 1999; 13:10-21.
- O'Farrell TJ (ed.) *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. New York: Guilford, 1993.
- O'Farrell TJ, Cutter HS. Behavioral marital therapy for male alcoholics: Clinic procedures from a treatment outcome study in progress. *American Journal of Family Therapy* 1984; 12:33-46.
- O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy* 2003a; 29(1):121-146.
- O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Marital and family therapy. I: R. Hester, & W. Miller (eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective Alternatives*, 3rd. Edition, 2003b.
- O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Family-involved alcoholism treatment: An update. I: Galanter M (ed.). *Recent Developments in Alcoholism, 15: Services Research in the era of managed care*. Klüver Academic/Plenum Publishers, New York, 2001.
- O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Treatment models and methods: family models. I: McCrady BS, Epstein EE (eds.). *Addictions: a comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press 1999; 287-305.
- O'Farrell TJ, Feehan M. Alcoholism treatment and the family: Do family and individual treatments for alcoholic adults have preventive effects for children? *J Stud Alcohol Suppl* 1999; 13:125-129.
- O'Farrell TJ, Murphy CM. Marital violence before and after alcoholism treatment. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:256-262.
- O'Farrell TJ, Cutter HSG, Floyd FJ. Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communications from before to after treatment. *Behav Ther* 1985; 16:147-168.
- O'Farrell TJ, Cutter HSG, Choquette KA, Floyd FJ, Bayog RD. Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the 2 years after treatment. *Behav Ther* 1992; 23:529-549.

O'Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter H. Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66:744-752.

O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HSG, Brown ED, Bayog R, McCourt W, Lowe J, Chan A, Denealt P. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of behavioural marital therapy with and without relapse prevention sessions for alcoholics and their spouses. *Behavior Therapy* 1996a; 27:7-24.

O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HSG, Floyd FJ, Bayog R, Brown E, Lowe J, Chan A, Denealt P. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of behavioural marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse* 1996b; 8:145-166.

Orford J. *Excessive Appetites: a Psychological View of Addictions*. 2nd edn. New York: John Wiley & Sons, 2001.

Orford J. The coping perspective. I: Velleman R, Copello A, Maslin J (eds.): *Living with drink: women who live with problem drinkers*, kap. 12, 128-149. London: Longman, 1998.

Orford J. Alcohol and the Family: An international review of the literature with implications for research and practice. *Research advances in alcohol and drug problems* 1990; 10:81-155.

Orford J, Velleman R. Childhood and adulthood influences on the adjustment of young adults with and without parents with drinking problems. *Addict Res* 1995; 3:1-15.

Orford J, Velleman R. Offspring of parents with drinking problems: drinking and drug taking as young adults. *Br J Addict* 1990; 85:779-794.

Pandina R, Johnson V. Serious alcohol and drug problems among adolescents with a family history of alcoholism. *J Stud Alcohol* 1990; 51:278-282.

Parker D, Harford T. Alcohol-related problems, marital disruption and depressive symptoms among adult children of alcohol abusers in the United States. *J Stud Alcohol* 1988; 49:306-313.

Pedersen MU, Vind L, Milter M, Grønbaek M. *Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige*. Århus, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet og Statens Institut for Folkesundhed, Center for Alkohol-forskning, 2004.

Perrin T. Inadequate, inconsistent ... nonexistent parenting: A dilemma for children from alcoholic families. I: Miller M (ed.). *Changing legacies: Growing up in an Alcoholic Home*. Pompano Beach, FL: Health Communications, 1985.

Pinsof WM, Wynne LC. The efficacy of marital and family therapy: an empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy* 1995; 21(4):585-614.

Rachlin H. Four teleological theories of addiction. *Psychonomic Bulletin and Review* 1997; 4:462-473.

Rambøll Management. *Børn i familier med alkoholproblemer – 1. kortlægning*. København, Sundhedsstyrelsen, 2006.

Rearden J, Markwell B. Brief report: Self-concept and drinking problems of college student's raised in alcohol-abused homes. *Addictive Behaviors* 1989; 14:225-227.

Reich W, Earls F, Powell J. A comparison of the home and social environment of children of alcoholic and non-alcoholic parents. *British Journal of Addiction* 1998; 83:813-839.

Rhodes J, Blackham GJ. Differences in character roles between adolescents from alcoholic and non-alcoholic homes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1987; 13(1/2):145-155.

Roberts L, McCrady B. *Alcohol problems in intimate relationships: identification and intervention: a guide for marriage and family therapists*. Washington: National Institute on Alcohol Abuse, 2003.

Rodney H. A profile of collegiate black adult children of alcoholics. *Journal of College Student Development* 1995; 36(3):228-235.

Rogers EM. *Diffusion of Innovations*, edn. 4. New York: The Free Press, 1995.

Rohrbaugh M, Shoham V, Spungen C, Steinglass P. Family systems therapy in practice: A systematic couples therapy for problem drinking. I: Bongar BM, Beutler LE (eds.): *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*. Oxford textbooks in clinical psychology. New York: Oxford University Press 1995; 1:228-253.

Roosa M, Tein J, Groppenbacher N, Michaels M, Dumka L. Mother's parenting behaviour and child mental health in families with a problem drinking parent. *Journal of Marriage and the Family* 1993; 55:107-118.

- Rotunda R, O'Farrell TJ. Marital and family therapy of alcohol use disorders: Bridging the gap between research and practice. *Professional Psychology* 1997; 28:246-252.
- Rotunda RJ, Scherer DG, Imm PS. Family systems and alcohol misuse: Research on the effects of alcoholism on family functioning and effective family interventions. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995; 26(1):95-104.
- Sarason I. Life-stress, self-preoccupation, and social support. I: Sarason I, Spielberger C (eds.). *Stress and Anxiety*. New York: Hemisphere Publishing, 1980.
- Schuckit M, Sweeney S. Substance use and mental health problems among sons of alcoholics and control. *J Stud Alcohol* 1987; 48:528-534.
- Sher K. Children of alcoholics: a critical appraisal of theory and research. *Clin Psychol Rev* 1991; 14:87-90.
- Sher K, Walitzer K, Wood P, Brent E. Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100(4):427-448.
- Shoham V, Rorhbaugh MJ, Stickle TR et al. Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. *J Fam Psychol* 1998; 12:557-577.
- Sisson RW, Azrin NH. Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1986; 17:15-21.
- Steinglass P. The alcoholic family at home. *Archives of General Psychology* 1981; 38:578-584.
- Steinglass P. The alcoholic family in the interaction laboratory. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1979; 167(7):428-436.
- Steinglass P, Bennett L, Wolin S, Reiss D. *The alcoholic family*. New York: Basic Books, 1987.
- Stout RW, Mintz LB. Differences among nonclinical college women with alcoholic mothers, alcoholic fathers and non-alcoholic parents. *Journal of Counselling Psychology* 1996; 43:466-472.
- Stout RL, McCrady BS, Longabough R, Noel NE, Beattie MC. Marital therapy enhances the long-term effectiveness of alcohol treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1987; 11:213.
- Svanum S, McAdoo G. Parental alcoholism: an examination of male and female alcoholics in treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 1991; 52:127-132.
- Taylor A, Kroll B. Working with parental substance misuse: dilemmas for practice. *Br J Social Work* 2004; 34:1115-1132.
- Thomas C, Ager R. 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 1993; 3-33.
- Thomas C, Corcoran J. Empirically based marital and family interventions for alcohol abuse: A review. *Research on Social Work Practice* 2002; 11(5):549-575.
- Thormann I. *Medfødte alkoholskader. Omsorg og behandling*. Hans Reitzels Forlag, 2006.
- Thormann I, Guldborg C. *Hånden på hjertet. Omsorg for det lille barn i krise*. Hans Reitzels Forlag, 1995.
- Tracy S, Kelly J, Moos R. The influence of partner status, relationship quality and relationship stability on outcomes following intensive substance-use disorder treatment. *J Stud Alcohol* 2005; 66:497-505.
- Tunnard J. *Research in practice: parental problem drinking and its impact on children*. Darington Hall, Totnes, Devon, UK; Research in Practice, 2002.
- Tweed SH, Rhyff CD. Adult children of alcoholics: profiles of wellness amidst distress. *J Stud Alcohol* 1991; 52:133-141.
- Velleman R. Alcohol and drug problems: an overview of the impact on children and the implications for practice. I: Gopfert M, Webster J, Seeman M (eds.). *Seriously Disturbed and mentally ill parents and their children*, 2nd edition, chapter 13. Cambridge: Cambridge University Press 2004; 185-202.
- Velleman R. *The Children of problem drinking parents: an executive summary*. Executive Summary series; Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Executive Summary series 2002; 70:1-5.
- Velleman R, Orford J. *Risk and resilience: adults who were the children of problem drinkers*. London: Harwood, 1999.
- Velleman R, Orford J. Young adult offspring of parents with drinking problems: Recollections of parents' drinking and its immediate effects. *British Journal of Clinical Psychology* 1990; 29:297-317.



- Velleman R, Templeton L. Alcohol, drugs and the family: a UK research programme. *Eur Addict Res* 2003; 9:103-112.
- Webb D, Robinson B, Moreland L. Self-concept, anxiety, and knowledge exhibited by adult children of alcoholics and adult children of non-alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education* 1992; 38:106-114.
- Wegscheider S. Another chance: Hope and health for the alcoholic family. Science and behaviour books, Inc., 1981
- Werner E, Johnson JL. The role of caring adults in the lives of children of alcoholics. *Subst Use Misuse* 2004; 39(5):699-720.
- Werner E, Smith R. Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York: Adams, Bannister, Cox, 1998.
- Werner E, Smith R. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithica & London: Cornell University Press, 1992.
- West M, Prinz R. Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychol Bull* 1987; 102:204-218.
- Wilson SE, Bell RW, Arredondo R. Temperament, family environment and family history of alcohol abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly* 1995; 12(3):55-68.
- Wolin SJ, Bennett LA, Noonan DL, Teitelbaum MA. Disrupted family rituals: A factor in the intergenerational transmission of alcoholism. *J Stud Alcohol* 1980; 41:199-214.
- Worobec T, Turner W, O'Farrell T, Cutter H, Bayog R, Tsuang M. Alcohol use by alcoholics with or without a history of parental alcoholism. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 1990; 14:887-892.
- Wright D, Heppner P. Coping among nonclinic college-age children of alcoholics. *Journal of Counselling Psychology* 1991; 38(4):465-472.
- Yates F. The evaluation of a "co-operative counselling" alcohol service which uses family and affected others to reach and influence problem drinker. *Br J Addict* 1988; 83:1309-1319.

#### **Web-sider**

- [www.cemtv.dk](http://www.cemtv.dk) Den nationale projektdatabase for MTV og evaluering.
- [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) National Guidelines Clearinghouse.
- [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) National Institute for Clinical Excellence.
- [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net) Guidelines International Network (G-I-N).
- [www.SST.dk](http://www.SST.dk) Sundhedsstyrelsen.
- [www.DanRIS.dk](http://www.DanRIS.dk) Dansk Registrerings- og Informations System, CRF.
- [www.HOPE.dk](http://www.HOPE.dk) Samarbejdsorganisationen »De frivilliges Netværk« mod Misbrug: Blå Kors Danmark, KFUM's Sociale Arbejde, Lænken, IOGT Danmark, Alkoholpolitisk Landsråd.
- [www.vfcudsatte.dk](http://www.vfcudsatte.dk) Videns- og formidlingscenter for socialt udsatte.  
Div. hjemmesider fra de forskellige amters alkoholbehandlingsenheder.

# Appendiks 1 Familiebehandling i teori og praksis

Når der arbejdes familieorienteret i forhold til alkoholmisbrug i en familie, kan dette foregå på forskellig vis, afhængig af mange forhold. Bl.a. afhænger behandlingen af, hvilken teoretisk forståelsesmodel, der arbejdes ud fra. I det følgende belyses tre forskellige teoretiske modellers forståelse af alkoholmisbrug i et familieperspektiv: 1) den sygdomsorienterede model, 2) den kognitive/adfærdsmæssige model og 3) den systemiske model.

## 1.1 Teoretiske forståelsesmodeller

De tre modeller har på nogen områder enslydende antagelser og teknikker, men er samtidig fundamentalt forskellige i deres grundlæggende ideologier og i forhold til behandlingstilgange og mål. De tre modeller udmøntes i mere eller mindre rene former i behandlingssystemet. Det er sjældent eksplicit, hvilken forståelsesmodel behandlingen bygger på. Ligeledes ses også elementer fra to eller flere forståelsesmodeller indbygget i den samme behandlingsmodel.

### **Den sygdomsorienterede model**

I sygdomsmodellen anses alkoholisme for at være en sygdom. Sygdommen betegnes som en »allergi«, som individet ikke kan kureres for og som er uden for individets kontrol. Det vil sige, at man som alkoholmisbruger ifølge sygdomsmodellen for altid må afstå fra at drikke.

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

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

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

### **Adfærdsterapeutisk model**

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

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

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

- 1) forstærker indirekte drikkeadfærden ved fx opmærksomhed eller omsorg
- 2) beskytter det alkoholiske individ mod at opleve negative konsekvenser af drikkeriet
- 3) straffer drikkeadfærd

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

For at ændre denne uhensigtsmæssige adfærd vil den adfærdsterapeutiske alkoholbehandler:

- 1) identificere specifikke adfærdssekvenser for at afdække stimuli-respons mønstre associeret med gentagne drikkeepisoder
- 2) kategorisere disse responsmønstre (konsekvenser) som enten positive eller negative i forhold til belønning af drikkeadfærd
- 3) introducere interventioner for at øge og belønne positiv<sup>12</sup> adfærds-mæssig interaktion i forhold til partner og/eller familie og samtidig mindske negativ adfærds-mæssig responsmønster relateret til drikning.

Til dette arbejde anvendes samme type teknikker som kendt fra den kognitive-adfærdsterapeutiske individuelle terapi (O'Farrell & Cutter, 1984):

- overvågning af adfærd
- etablering og indøvning af alternative adfærds-sekvenser
- etablering og indøvning af specifikke mål vedrørende positive belønningsmønstre

#### **Familie-systemisk model**

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

I systemteorien taler man om, at alkohol bliver det organiserende princip for familiens måde at interagere på. Det vil sige, at familien indretter de daglige rutiner og livet som sådan efter de alkohol-genererede krav. Dette for kortsigtet at skabe stabilitet i den ofte spændte situation, på bekostning af en mere langsigtet planlægning og målsætning, byggende på grundlæggende familieværdier og fælles behov. I systemteorien taler man om homeostase eller ligevægt. Således vil familien forsøge at opretholde en vis form for ligevægt i systemet for derved at skabe ro. Når misbrugeren bliver ædru vil dette påvirke resten af familien. Men ikke nødvendigvis i den retning man kunne ønske sig. Familien kan være så fastlåst i destruktive mønstre, at de ligeledes har brug for hjælp til

---

<sup>12</sup> Positive og negative konsekvenser refererer til adfærd, der hhv. mindsker og øger drikkeadfærd.

at ændre adfærd. Således kan misbrugerens ændrede adfærd opleves som en uligevægt i systemet, hvilket kan få familien (uden at ville det) til at søge tilbage mod en kendt tilstand og adfærd. Derved fastholdes imidlertid den uhensigtsmæssige situation, ligesom at familien kan blive tiltagende rigid og hæmmet, hvorved udvikling hindres (ibid.).

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

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

- 1) familiens problemløsnings-strategier
- 2) daglige rutiner og familieritualer
- 3) roller, alliancer og kommunikation

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

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

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

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

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

## 1.2 Forståelsesrammer i forhold til arbejdet med familier med alkoholproblemer

I forhold til arbejdet med familier med alkoholproblemer ses forskellige forståelsesrammer, der har afsæt i en eller flere af ovennævnte forståelsesmodeller og indflydelse på valg af behandlingsmetode.

Forståelsesrammer i arbejdet med familier med alkoholproblemer:

- 1) Den reaktive tilgang
- 2) Den patologiske tilgang
- 3) Den kausale tilgang
- 4) Den samarbejdsbaserede tilgang

### 1) Den reaktive tilgang

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

### *2) Den patologiske tilgang*

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

### *3) Den kausale tilgang*

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

### *4) Den samarbejdsbaserede tilgang*

I denne tilgang anerkendes familien som offer for og lidende under misbrugsproblemerne samtidig med, at familien ses som en ressource i forhold til behandling af misbrugsproblemer. Således bygger denne tilgang på et arbejde sammen med familien med det formål at forbedre såvel familiens funktion som en reduktion af misbrugsproblemer. Denne tilgang kan især knyttes til den adfærdsterapeutiske tilgang.

Hvorledes de forskellige teoretiske modeller og forståelsesmæssige tilgange udmøntes i specifikke familiebehandlingsmodeller fremgår af kapitel 4 og appendiks 2.

## Appendiks 2 Behandlingsmetoder

I det følgende beskrives de metoder i familiebehandling, der fremgår af den i nærværende rapport inkluderede litteratur. Som allerede nævnt er litteraturen temmelig mangelfuld hvad angår beskrivelser af interventionerne. Således kan der være uklarhed omkring behandlingsmetoder/-komponenter, behandlerkompetence, antal behandlingssessioner, frekvens i behandlingssessioner, varighed af den enkelte behandlingssession og det samlede behandlingsforløb.

Mange behandlingsprogrammer er opstået (opfundet) og afprøvet i særlige kliniske og/eller forskningsmæssige miljøer. Behandlingen foregår således ofte i heterogene settings med heterogene målgrupper og follow-up tid samt forskellige effektmål. Der er sjældent beskrevet differentieringer i relation til alder, køn, socioøkonomisk status og etnicitet, ligesom deltagelsesprocent, gennemførselsprocent og økonomiske aspekter sjældent er beskrevet.

Kun i enkelte studier er der redegjort for interventionens teoretiske udgangspunkt.

Den følgende gennemgang bærer derfor præg af ovennævnte mangler.

Metoderne er inddelt efter behandlingsmål på en sådan måde, at hver gruppe af behandlingsmetoder kan læses uafhængigt af de andre. For at undgå gentagelser vil der dog i nogle tilfælde være henvisninger til allerede gennemgåede metoder i andre afsnit.

Såfremt behandlingsmetoderne har en dansk oversættelse anvendes denne, ellers vil det være den originale titel, der angives og anvendes.

### 2.1 Behandling, hvis formål er at motivere misbrugeren til behandling og/eller adfærdsændring

Ensidig familierapi/Unilateral Family Therapy (UFT)
Community Reinforcement and Family Training/Community Reinforcement Approach (CRAFT/CRA)
Pressures to change
The Johnson Intervention
A Relational Intervention Sequence for Engagement (ARISE)
Yates' behandlingsmetode til pårørende

»Ensidig familie terapi« (»Unilateral family therapy«/UFT (Thomas & Ager, 1993))

Ensidig familie terapi (UFT) bygger på den systemiske teori, således at familien betragtes som et samlet system, hvor ændringer ét sted i systemet vil brede sig til resten af systemet. Der bygges på den antagelse, at man ved at arbejde ét sted i systemet (familiemedlemmerne) kan påvirke andre enheder i systemet (den misbrugende part). Der bygges således på den hypotese, at det er muligt at ændre familiens måde at fungere på, uden at samtlige familiemedlemmer er til stede i terapisesessionen. På samme vis antages det, at det er muligt at ændre et familiemedlems misbrug, også selvom vedkommende aldrig tager del i behandlingen. Ved at arbejde med en eller flere af de øvrige medlemmer i familiesystemet og hjælpe dem til at ændre adfærd skulle dette arbejde kunne påvirke misbrugerens adfærd. Et eller flere familiemedlemmer lærer, hvordan det er mest hensigtsmæssigt at agere i forhold til misbrugeren og dennes alkoholproblemer, samt hvorledes misbruger motiveres til adfærdsændring og at søge hjælp. Ifølge UFT skulle det således være muligt at ændre misbrugerens adfærd udelukkende ved at arbejde med en bekymret ægtefælle/partner. Dette åbner op for behandling i de tilfælde, hvor misbrugeren er særdeles umotiveret og/eller behandlingsresistent.



Behandlingen indeholder typisk følgende elementer:

- indledende vurdering
- alkoholundervisning
- ensidig parforbedring
- neutralisering af gammel alkohol kontroladfærd
- frigørelse ift. overansvarlig adfærd
- adfærd, der på forskellig vis skal få misbrugeren til at begynde i alkoholbehandling (fx konfrontation, anmodning, kontrakt)
- støtte til vedligeholdelse af opnået succes
- træning i tilbagefaldsforebyggelse
- hvis relevant: hjælp til ægtefælle i forhold til at frigøre sig fra misbrugeren

Formål =

Primært: gennem et eller flere familiemedlemmer at motivere misbrugeren til adfærdsændring og/eller at søge hjælp

Sekundært: såfremt ovennævnte ikke lykkes, at hjælpe familien til at frigøre sig fra misbrugeren

Effekt =

Primært: misbrugeren ændrer adfærd og/eller søger hjælp

Sekundært: at familien frigør sig fra misbrugeren og stabiliseres

»Community reinforcement and family training/Community reinforcement approach, CRAFT/CRA«  
(Meyers & Miller, 2001; Meyers et al., 1999; Miller, Meyers & Tonigan, 1999; Sisson & Azrin, 1986;  
Hunt & Azrin, 1973)

CRAFT er en anden form for ensidig familierapi og anvendes ligeledes i de tilfælde, hvor misbrugeren ikke ønsker at gå i behandling. Metoden er bl.a. anvendt med stor succes i forhold til behandlingsresistente misbrugere. I stedet for at arbejde direkte med misbrugeren arbejder man med misbrugerens familiemedlemmer for derigennem bl.a. at nå misbrugeren.

Denne ensidige familie terapi har mindst tre mål:

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

CRAFT er en videreudvikling af CRA (»community reinforcement approach«) der oprindeligt beskrives af Hunt & Azrin (1973).

Essensen af CRA består i en generel genopbygning af sociale, familie- og erhvervmæssige aspekter af hverdagslivet for misbrugeren, således at afholdenhed belønnes. De sociale relationer anvendes på forskellig vis. Fx i forhold til antabuskontrol, par-rådgivning, som aktive medspillere i forhold til resocialisering og forstærkning af ønsket adfærd samt (katalysatorer) for at spotte tilbagefaldssituationer. CRA og mange af dens nøglekomponenter bliver i flere meta-analytiske reviews af alkoholbehandling placeret blandt de mest effektive behandlingsmetoder (fx Miller, Wilbourne & Hettema, 2003).

I CRAFT modellen er det specifikt familien, der inddrages. Familien belønner ikke-misbrugende adfærd ved positive forstærkningsprocesser. Formålet som det fremgår af Meyers, Smith, & Miller (1998) er at lære det ikke-alkoholiske medlem at:

- reducere risiko for fysisk misbrug og andre farlige (udløsende for misbrug) situationer
- med positive forstærkningsprocesser at belønne ikke-drikkende adfærd, dæmpe drikning og planlægge konkurrerende ikke-drikkende aktiviteter
- øge positiv kommunikation i relationer (især parforhold)
- involvering i aktiviteter uden for hjemmet/socialt relationer udover misbrugeren for at reducere afhængighed i forholdet til misbrugeren (øge familiemedlemmets selvstændighed og »sætte misbrugeren fri«)
- opfordre misbrugeren til at søge professionel behandling på et strategisk rigtigt tidspunkt

Et centralt tema i CRAFT (og CRA) er således at familiemedlemmer (og signifikante andre i øvrigt) kan påvirke misbrugeren til en ændring i adfærd og få misbrugeren til at indtræde i behandling og/eller reducere sit alkoholindtag.

Essentielt forskelligt fra UFT er måden hvorpå dette sker. I UFT beder ægtefællen direkte misbrugeren om at gå i behandling. I CRAFT venter ægtefællen til misbrugeren selv indser, erkender og udtrykker ønske om at holde op med at drikke. Derefter (helst inden for 24 timer) deltager parret sammen i en rådgivnings-session.

Formål = gennem et eller flere familiemedlemmer at søge ændring i såvel misbrugerens som families problemstatus, herunder at motivere misbrugeren til adfærdsændring og at søge hjælp.

Effekt =

Misbrugeren: ændring i alkoholadfærd = at søge hjælp og/eller reducere alkoholforbrug

Familien: reduktion i fysiske og/eller psykologiske symptomer

»Pressures to change« (Barber & Crisp, 1995)

»Pressures to change« metoden har som de to ovenfor nævnte metoder det primære formål, at få misbrugeren i behandling. Dette gøres igennem et eller flere familiemedlemmer. Således er »Pressures to change«-metoden en form for ensidig familie behandling. Metoderne kan bestå i

- 1) undervisning
- 2) diskussion af familiemedlemmets reaktion og adfærd i drikkesituationer
- 3) etablering af aktiviteter uforenelige med drikkeadfærd
- 4) hjælp til hvorledes familiemedlemmet kan konfrontere misbrugeren og opfordre denne til at søge hjælp

Formål = primært at ændre familiemedlemmets adfærd således at misbrugeren går i behandling

Effekt = forandring ift. enten at søge hjælp, stoppe drikkeri i mindst to uger eller reduktion af forbrug til et aftalt niveau.

»The Johnson Intervention« (Johnson, 1986)

»The Johnson Intervention« er udviklet ud fra en formodning om, at familiemedlemmer kan spille en afgørende rolle i forhold til at bryde misbrugerens benægtelse og øge presset på dennes start i behandling.

Metoden til dette består hovedsageligt i konfrontation med misbrugeren i forhold til benægtelsen af alkoholproblemet for derefter at få misbrugeren til at gå i behandling.

Behandlingen består i tre til fire undervisnings- og øvelsessessioner med det formål at forberede familien til et familiekonfronterende møde med misbrugeren.

Formål = Ved konfrontation mellem familiemedlem og misbrugerens at bryde misbrugerens benægtelse og øge pres på behandlingsstart

Effekt = Misbrugerens start i behandling

»A Relational Intervention Sequence for Engagement«/ARISE (Garrett et al., 1999; Garrett et al., 1998))

Udviklet på basis af The Johnson Intervention, dog med mindre vægt på konfrontation og mere vægt på støtte til misbrugerens og familiemedlemmet før, under og efter behandlingsstart. Målet er overordnet at få familiemedlemmet til at påvirke misbrugerens til at starte i behandling og/eller selvhjælpsgruppe.

Metoden er ikke rettet udelukkende til familiemedlemmer. Også andre sociale relationer kan inddrages (fx kolleger).

Formål = at få familien til at påvirke misbrugerens til start i behandling og/eller selvhjælpsgruppe

Effekt = misbrugerens start i behandling og/eller selvhjælpsgruppe

Yates' behandlingsmetode til pårørende (Yates, 1988)

En anden metode arbejder ud fra den erkendelse, at det er langt mere sandsynligt at møde pårørende, der har problemer med en andens alkoholmisbrug end det er at møde en misbruger, der udtrykker problemer med egen adfærd. Ligeledes er motivationen ofte større (og optræder tidligere) blandt de pårørende end blandt misbrugerens selv. Med udgangspunkt heri udviklede Yates (1988) en behandlingsmetode til brug for pårørende til individer med problematisk alkoholbrug med det formål at motivere til behandling. Metoderne består bl.a. i at bekræfte de pårørende i, at deres bekymringer er velgrundede samt rådgivning i forhold til effektive strategier over den drikkende part.

Formål = gennem pårørende at motivere misbrugerens til behandling

Effekt = misbrugerens begynder i behandling

## 2.2 Behandlingsmetoder, der involverer familiemedlemmer i alkoholbehandlingen med det formål at forbedre både alkoholadfærd og familiefunktion

Adfærdsterapeutisk parterapi (Behavioural marital therapy/BMT, Behavioural couples therapy/BCT, Alcohol focused behavioural marital therapy/ABMT, The Counselling for Alcoholics' Marriages/CALM)

Netværksterapi

Social behaviour and network therapy (SBNT)

Familiesystemisk terapi (Family systems therapy/FST)

Adfærdsterapeutisk parterapi (Behavioural marital therapy/BMT, Behavioural couples therapy/BCT, Alcohol focused behavioural marital therapy/ABMT (Roberts & McCrady, 2003; Epstein et al., 2002))

Behavioural marital therapy (BMT), Behavioural couples therapy (BCT) og Alcohol focused behavioural marital therapy er alle baseret på den kognitive adfærdsterapeutiske teori og har som overordnede formål:

- 1) at reducere problemer i parforholdet/familien og motivere til positiv adfærdsændring i parforholdet
- 2) at reducere alkoholproblemerne

Der bygges således på den antagelse, at problemer i parforholdet kan have en negativ indflydelse på drikkeadfærd og omvendt, at en positiv par-relation kan fremme positiv ændring af drikkeadfærd.

Behandlingen indeholder typisk 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
  - støtte misbrugerens anstrengelser/indsats for at ændre sig,
  - reducere adfærd, der har til formål at beskytte misbrugerens mod misbrugsrelaterede konsekvenser,
  - kommunikere om alkoholrelaterede emner
- strategier der har til formål at forbedre parrets indbyrdes forhold ved at fremme positiv samtale og forbedre deres kommunikations- og problemløsnings-færdigheder
- 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 »afholdenheds-tillids-snak«. En kort ordveksling, hvor misbrugerens bekræfter sine intentioner om ikke at drikke/taget 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 adfærdsforandringer 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 behandles her, ligesom parret kan øve sig i at anvende de evner, de har lært i parterapien.

Formål = reducere alkoholproblemer og forbedre parforhold ved at lære såvel misbrugerens som dennes partner hensigtsmæssige kognitive adfærdsterapeutiske strategier til adfærdsendring

Effekt = forbedringer i parforhold og reducere i alkoholproblemer

»The Counselling for Alcoholics' Marriages«/CALM (O'Farrell & Fals-Stewart, 1999; O'Farrell et al., 1998)

CALM er en anden adfærdsterapeutisk behandlingsmodel udviklet af O'Farrell og kolleger (O'Farrell et al., 1998; Rotunda & O'Farrell, 1997). Den adskiller sig fra ovenstående modeller ved at indeholde en kontrakt vedrørende drikkeophør i stedet for indtagelse af antabus.

Der arbejdes ud fra fire overordnede komponenter:

- 1) indledende engagement
- 2) par-sessioner
- 3) multi-par gruppe sessioner
- 4) tilbagefaldsforebyggelse

Derudover forekommer også overlap med mange træk fra familiesystemisk behandling. Fx brugen af motiverende interview med det formål at opbygge parrets forpligtelse til behandling, kontrakt

vedr. drikkeophør, og et fokus på at fremme parrets problemløsnings-strategier som et nøgleredskab i forhold til at styrke parforholds-evnerne.

Centralt for CALM-projektets behandlingsmodel er hypotesen om, at forbedret parforhold (stabilitet) forstærker parrets forpligtelse på behandlingen generelt og langtidsædruelighed i særdeleshed. Til dette formål specifikt anvendes teknikker, der træner parret i at genkende og belønne positiv adfærd, underviser i kommunikations færdigheder (fx reflektiv lytning, direkte udtryk af følelser, forhandling som led i effektiv problemløsning) og at guide en partnerassisteret kontrakt omkring afrusning. Desuden læres parret specifikke evner (gennem bl.a. rollespil og hjemmearbejde) for at hjælpe med at reducere årsager til stress i familie- og parforhold, ud fra en formodning om, at det til gengæld reducerer risiko for tilbagefald.

Formål = reducere alkoholproblemer og forbedre parforhold ved at lære såvel misbrugeren som dennes partner hensigtsmæssige kognitive adfærdsterapeutiske strategier til adfærdsændring  
Effekt = forbedringer i parforhold og reducere i alkoholproblemer

*Netværksterapi (Network therapy (Galanter, 2004, 1993a, 1993b))*

Netværksterapi bygger på en social, systemisk model og bruger forskellige familieinterventioner med det alkoholiske individ som den primære patient. Som navnet antyder, er en vigtig del af behandlingen involvering af det sociale netværk i arbejdet med misbrugeren/misbrug. Udover misbrugeren selv inddrages således signifikante andre fra personens sociale netværk i behandlingen af misbruget. Det kan være familiemedlemmer, venner, kolleger og/eller professionelle relationer (fx medarbejdere fra omsorgstilbud el. lign.). Familien ses som en central komponent og inddrages i behandlingen i forhold til at:

- opnå mere nøjagtige historiske data vedrørende misbrugeren alkoholhistorie
- øge sandsynligheden for, at misbrugeren engageres i behandling
- 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 den kroniske alkoholisme på familielivet

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

En anden populær tilgang er brugen af »multiple-family group therapy« – som er gruppeterapi med flere familier samtidig. Der fokuseres på temaer, der formodes relevante for de ikke-alkoholiske familiemedlemmer, inklusiv støttende tilgange gearret til at hjælpe familierne med at klare almindelige besværligheder, de møder som et resultat af at have et alkoholisk familiemedlem. I nogle tilfælde mødes grupper for ægtepar og/eller børn samtidig med grupper for alkoholiske familiemedlemmer. I andre tilfælde inkluderes de alkoholiske familiemedlemmer i gruppen, men fokus forbliver på det sociale system.

Der kan anvendes elementer fra såvel kognitiv adfærdsterapi, netværksstøtte og CRA.

Formål = ved en inddragelse af misbrugeren netværk, at øge misbrugeren motivation for behandling og afholdenhed før, i og efter behandling samt give rådgivning til familien vedrørende egne problemer

Effekt =

Misbrugeren: ændring i alkoholadfærd = at søge hjælp og/eller reducere alkoholforbrug.

Familien: reduktion i fysiske og/eller psykologiske symptomer

En syntese af mange af de ovenfor nævnte metoder findes i den nyligt udviklede SBNT (Copello et al., 2002). Den bygger ligeledes på den antagelse, at for at misbrugerens kan ændre adfærd, er det nødvendigt at misbrugerens udvikler et positivt socialt netværk, der kan støtte op om denne ændring (ibid.).

Der er udgivet en manual og behandlingen forløber over 8 sessioner.

Behandlingen består bl.a. i, at terapeuten forsøger at inddrage misbrugerens netværk (i dette tilfælde familien) i behandlingen og bruger strategier, der har til formål at udvikle positiv støtte i familien til misbrugerens adfærdsændring.

Formål = at udvikle positiv støtte i misbrugerens netværk/familie

Effekt = misbrugerens adfærdsændring i forhold til drikkeadfærd

Denne behandlingsform bygger på den familiesystemiske model, hvor familien ansues som et socialt system, der er mere end blot summen af de enkelte familiemedlemmer, men også består af interaktionen de enkelte medlemmer imellem. Systemtanken indebærer, at enhver forandring et sted i familiesystemet tænkes at påvirke resten af familiesystemet. Et alkoholmisbrug påvirker således ikke blot misbrugerens selv, men også familiens øvrige medlemmer og deres indbyrdes interaktion, ligesom at familiemedlemmerne også virker ind på misbrugerens og misbruget. Ikke sådan at forstå, at familiemedlemmerne bliver skyldige i misbruget, men de bliver en del af hele det alkoholiske spil. Det antages således, at familiens interaktion er medvirkende årsag til misbrugets beståen. Derfor fokuserer behandlingen først og fremmest på at ændre familiens interaktion, således at misbrugets vækstbetingelser elimineres.

Da det er hele familien, der har organiseret sig omkring alkoholmisbruget, bliver det også indlysende, at det er 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 områder:

- 1) familiens problemløsnings-strategier
- 2) daglige rutiner og familieritualer
- 3) roller, alliancer og kommunikation

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

Et andet vigtigt aspekt ved den familiesystemiske model er tilgangen til afrusning. I 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 afrusnings-kontrakt udviklet i samarbejde mellem familie og terapeut, identificering af potentielle tilbagefaldsrisici, samt udvikling af strategier til brug i disse risicsituationer.

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

Både strategiske og strukturelle familierapi teknikker kan anvendes.



Der kan arbejdes både systemisk med hele familien såvel som på forældre/par niveau.

Der findes en manualbaseret version af den familiesystemisk behandling udviklet af Shoham og kolleger (Shoham et al., 1998; Shoham et al. i Rohrbaugh et al., 1995).

Formål = ændringer i familieinteraktionen med henblik på ændringer i alkoholadfærd

Effekt mål = ændringer i familieinteraktion og ændringer i alkoholadfærd

### 2.3 Behandling, hvis formål er at reducere indvirkning og skade på familiemedlemmer

The stress-strain-coping-support model (SSCS)
Sygdomsorienteret behandling/Minnesota behandling/Psykoedukationel sygdomsorienteret tilgang/Tolv-trinsprogrammet
Selvhjælpsgrupper i AA-regi for familiemedlemmer/familier (Al-Anon/pårørende grupper, Alateen/teenagegrupper, Families Anonymous/familiegrupper, ACA/voksne børn af misbrugere-grupper)
»Coping skills training«/CST
Netværksterapi
Community Reinforcement and Family Training/Community Reinforcement Approach (CRAFT/CRA)
Ensidig familie terapi (UFT)
Adfærdsterapeutisk parterapi (APT)
Familiesystemisk terapi (FST)

»The stress-strain-coping-support model/SSCS« (Copello et al., 2000a, 2000b; Orford, 1998)

På baggrund af SSCS modellen (Velleman & Templeton, 2003; Orford, 1998) udviklede Copello et al. (2000a, 2000b) en behandlingsmodel for familiemedlemmer til misbrugere. Den er bygget op over følgende fem trin:

- 1) at give familiemedlemmerne mulighed for at tale om problemet
- 2) at give familiemedlemmerne relevant information om alkoholproblemer
- 3) at udforske, hvordan familiemedlemmerne agerer på alkoholproblemerne
- 4) at udforske og udbygge den sociale støtte
- 5) at diskutere mulighederne for fremtidig henvisning til specialist-hjælp.

Formålet med behandlingen er at reducere familiemedlemmernes symptomer på belastning (fysisk og psykisk) ved at hjælpe dem til at udvikle konstruktive mestringsstrategier samt udbygge deres sociale netværk med henblik på social støtte.

Et sekundært formål kan være, at forandringerne i familiemedlemmerne kan medføre forandringer hos misbrugeren, hvilket så igen virker tilbage på familiefunktionen og familiemedlemmernes velbefindende.

En mere begrænset model anvender ovennævnte behandling specifikt i forhold til misbrugerens partner (Howells, 1997).

Formål = at reducere familiemedlemmernes symptomer på belastning gennem opbygning af mestringsstrategier og socialt netværk

Effekt = primært reduktion i familiemedlemmernes symptomer på belastning, sekundært misbrugerens adfærdsændringer

I den sygdomsorienterede behandling anses alkoholisme for at være en sygdom, en form for »allergi«, som alkoholmisbrugereren ikke kan kureres for, og som er uden for dennes kontrol. En konsekvens heraf er, at alkoholmisbrugereren ikke kan tåle at drikke og derfor må afstå herfra. Men alkoholismen anses også for at være en familiesygdom, således at 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 behandlingsform er »Minnesota-behandling«.

Behandlingsprogrammer med udgangspunkt i sygdomsmodellen tilbyder ofte separat behandling for familiemedlemmerne uden inddragelse af alkoholmisbrugereren. Dog ses også inddragelse af familiemedlemmer i konfrontationsagtige sessioner i forbindelse med alkoholmisbrugerens behandling. Følgende elementer er sædvanligvis en del af den sygdoms-orienterede familiebehandling:

- 1) undervisning i alkoholisme som en sygdom,
- 2) undervisning om medafhængighed og dysfunktionel familieadfærd karakteristisk for familiesygdommen
  - a. henvisninger til selvhjælpsgrupper i AA-regi (Al-Anon, Families Anonymous eller voksne-børn-af-alkoholiker grupper)
  - b. individuel eller gruppe terapi

Formål = 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

Effekt = forbedringer i familiens funktionsniveau

*En psykoedukationel sygdomsorienteret tilgang (Dittrich, 1993)*

Denne model er baseret på den sygdomsorienterede behandlingsmodel. Den bygger på elementer fra Minnesota og Al-Anon. Behandlingen, der er rettet mod misbrugerens ægtefælle (kone), har følgende formål:

- 1) øge forståelsen af alkoholisme og familie interaktion
- 2) identificere og mindske overansvarlig og overinvolverende adfærd (dvs. emotionelle, adfærdsmæssige og kognitive reaktioner på alkoholisme, som er destruktive/modarbejder ægtefællens selv-værd og forstærker misbrugerens fortsatte drikkeadfærd
- 3) fremme løsrivelse og selvstændighed hos partneren i forhold til misbrugereren og alkoholproblemerne
- 4) lære partneren at »besvare« (konstruktivt) i stedet for at »reagere« (destruktivt) på uønsket adfærd
- 5) øge selvværd
- 6) mindske depression og angst

Behandlingen falder i tre faser: Uddannelsesfase, erfaringsfase og målsætning/planlægning for fremtiden.

Formål = at få misbrugerens partner til at løsrive sig fra misbrug(-eren) og derigennem øge selvværd samt reducere depression og angst

Effekt = reduktion i den ædre partners depression og angst samt øgning i selvværd

Udover et behandlingssystem som oftest med uddannet fagpersonale, er der også tilbud om forskellige selvhjælpsgrupper til alkoholfamiliens medlemmer, fx Al-Anon i AA-regi.

AA-bevægelsen arbejder ud fra sygdomsmodellen og ses ofte som et supplement til behandlingsmodeller, der bygger på sygdomsteorien. Således vil det sædvanligvis være et krav for deltagere i sygdomsorienteret behandling, at misbrugerens deltager i en AA-gruppe, mens at familien og andre pårørende på mere frivillig basis opfordres til at deltage i Al-Anon. Dette for at hjælpe alkoholmisbrugerens og pårørende til at leve med denne »kroniske« allergi-sygdom. Dels for at fastholde og støtte alkoholmisbrugerens afholdenhed også efter behandling og dels for at hjælpe de pårørende ud af deres medafhængighed. Al-Anon er en selvhjælps-bevægelse, der oprindeligt opstod parallelt med, men separat fra Anonyme Alkoholikere. Al-Anon familiegrupper ligner AA-grupperne på den måde, at de 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 tolv trin i »12-trinsprogrammet«. Forskellen fra AA består i, at deltagerne i Al-Anon på forskellig vis alle er pårørende til en alkoholmisbruger, dvs. ægtefæller, børn og andre nære relationer.

En vigtig grundtanke er således, at familien ikke kan hjælpe misbrugerens. I stedet må familiemedlemmerne

1. erkende deres magtesløshed i forhold til misbrug/misbrugerens
2. frigøre sig fra misbrugerens og i stedet tage vare på sig selv
3. søge hjælp og støtte i selvhjælpsgrupper i AA-regi

Derudover arbejder Al-Anon, ligesom resten af AA-bevægelsen, ud fra et mere spirituelt grundlag, hvor det enkelte individ må acceptere og erkende sin magtesløshed overfor alkoholismen og i stedet tro på hjælpen fra noget større end individet selv, en højere magt.

Al-Anon Facilitation Therapy/AFT (Nowinsky, 1999) er en specifik metode udviklet med det formål at engagere familiemedlemmerne til alkoholmisbrugere til deltagelse i Al-Anon grupper. AFT er en manual-guided rådgivning udført af terapeuter.

Udover selvhjælpsgrupper i AA-regi findes også mere uafhængige selvhjælpsgrupper, om end langt de fleste udspringer af AA-regi.

Formål = frigøre sig fra misbrug(-er) og i stedet tage vare på sig selv  
Effekt = øget velbefindende

Se afsnit 2.2.

Se afsnit 2.1.

»Ensidig familie terapi« (»Unilateral family therapy«/UFT (Thomas & Ager, 1993))

Se afsnit 2.1.

Adfærdsterapeutisk parterapi (Behavioural marital therapy/BMT, Behavioural couples therapy/BCT, Alcohol focused behavioural marital therapy/ABMT (Roberts & McCrady, 2003; Epstein et al., 2002))

Se afsnit 2.2.

Familiesystemisk terapi (Family systems therapy/FST (Rohrbaugh et al., 1995; Steinglass et al., 1987))

Se afsnit 2.2.

## 2.4 Behandling, hvis formål er at medføre reduktion af indvirkning og skade på børn i familier med alkoholproblemer

---

Skoleprogrammer (SMAAP, STAR, »The images within«)

---

Selvhjælpsgrupper i AA-regi for børn (Alateen/teenagegrupper, Families Anonymous/familiegrupper, ACA/voksne børn af misbrugere-grupper)

---

Familiebehandling, herunder FST

---

Børnegrupper

---

Community Reinforcement and Family Training/Community Reinforcement Approach (CRAFT/CRA)

---

Adfærdsterapeutisk parterapi (APT)

---

En del af interventionerne henvendt til børn er så dårligt beskrevet i den inkluderede litteratur, at de ikke kan uddybes nærmere (SMAAP, STAR, »The images within«, Børnegrupper). Disse vil derfor ikke indgå i det følgende.

Selvhjælpsgrupper i AA-regi for børn (Al-Ateen, ACA)

Som en del af Al-Anon familie grupperne findes »Al-Ateen«, som er et specifikt tilbud til børn og unge fra familier med alkoholmisbrug. Derudover er der ACA-grupperne, som henvender sig til voksne børn af alkoholmisbrugere.

I øvrigt henvises til gennemgangen afsnit 2.3.

Familiesystemisk terapi (Family systems therapy/FST (Rohrbaugh et al., 1995; Steinglass et al., 1987))

Se afsnit 2.2.

Børnegrupper

Et review beskrev en undersøgelse af børnegrupper. Behandlingen indeholdt elementer som mestring og forbedring af sociale evner og omhandlede børn, hvis forældre ikke var i behandling. De nærmere interventionsmæssige detaljer fremgik ikke af review.

»Community reinforcement and family training/Community reinforcement approach, CRAFT/CRA«  
(Meyers & Miller, 2001; Meyers et al., 1999; Miller, Meyers & Tonigan, 1999; Sisson & Azrin, 1986;  
Hunt & Azrin, 1973)

Se afsnit 2.1.

Adfærdsterapeutisk parterapi (Behavioural marital therapy/BMT, Behavioural couples therapy/BCT,  
Alcohol focused behavioural marital therapy/ABMT (Roberts & McCrady, 2003; Epstein et al., 2002))

Se afsnit 2.1.

En samlet oversigt over de enkelte behandlingsprogrammets anvendelse i forhold til de forskellige behandlingsmål fremgår af nedenstående skema.

**FIGUR 1**  
Behandlingsmodeller placeret i forhold til behandlingsmål

Behandlingsmodel	Tilbud/Behandling der har til formål at motivere misbrugeren til behandling/ adfærdændring	Tilbud/Behandling der har til formål at forbedre både misbrugsrelateret outcome og familie-funktion	Tilbud/Behandling der har til formål at medføre reduktion af indvirkning og skade på familie-medlemmer og andre implicerede parter, herunder ikke mindst børn
UFT	*		*
CRAFT/CRA	*		*
»Pressures to change«	*		
The Johnson Intervention	*		
ARISE	*		
Yates's behandlingsmodel	*		
Adfærdsterapeutisk parterapi: BMT/BCT/ABMT/CALM		*	(*)
Social adfærd og netværksterapi/SBNT		*	
Familie systemisk terapi		*	(*)
Netværksterapi		*	*
SSCS			*
Sygdomsorienteret/Minnesota/psykoedukationelt tilbud			*
Selvhjælpsgrupper i AA-regi			*
CST			*
Børnegrupper			*
Skoleprogrammer			*

# Bilag 1 Elektroniske databaser og websider

Der blev søgt i følgende elektroniske databaser og på følgende websider fra december 2005 til marts 2006. PubMed tilbyder automatisk opdatering af søgningen. Der kan derfor forekomme litteratur efter ovennævnte tidsrum.

Ud for hver database angives i parentes det samlede antal identificerede referencer. Blandt disse udvalgte den relevante litteratur ud fra de angivne kriterier i kapitel 3.2.

## **Elektronisk databaser**

CINAHL (318)

Cochrane

■ Cochrane Reviews (315)

■ DARE (38)

■ Central (410)

■ Methodology Reviews (1)

■ CMR (0)

■ HTA (6)

■ NHS EED (44)

■ About (20)

EMBASE (874)

MEDLINE/PubMed (223)

PsychINFO/Alcohol DF (87)

PsychINFO/Alcohol SU (46)

TRIP (116)

PEDro (0)

## **Websider**

SST (Sundhedsstyrelsen) (1)

CEMTV (Den nationale projektdatabase for MTV og evaluering) (0)

NICE (National Institute for Clinical Excellence) (0)

G-I-N (Guidelines International Network) (0)

National Guideline Clearinghouse (1)

HSTAT (Health Services/Technology Assessment Text)

Den enkelte forfatters egen definition på alkoholproblemer blev anvendt.



## Bilag 2 Søgestrategier ved litteratursøgning

### **Søgeord**

Nedenstående søgeord er anvendt ved litteratursøgningen. I enkelte databaser kan være anvendt andre søgeord afhængig af den enkelte databases specifikke definition (se specificeret nedenfor).

#### *1. Forskellige termer for misbrug*

SU/DF: Alcohol\* or substance abuse

(I Cinahl og Cochrane er søgt på alcohol« or substance«. I Pubmed er søgt på alcohol« or alcohol-related disorders or substance« or substance-related disorders).

#### *2. Familie*

SU/DF: Family\*

#### *3. Forskellige termer for behandling*

DF:

Intervention/therapy/treatment

#### *4. Forskellige termer for familiebehandling og systemisk behandling*

DF:

Family intervention\*/Family therapy/Family treatment\*

Family-based therapy/Family-based intervention\*/Family-based treatment\*

Family-involved treatment\*/Family-involved therapy/Family-involved intervention\*

Family-focused intervention\*/Family-focused therapy/Family-focused treatment\*

Family training/family counselling

Family strategies/family strategy

(Family) systems theory/General Systems Theory/system\* therapy/system\* intervention/system\* treatment/Multisystemic Therapy Treatment

#### *5. Forskellige termer for parbehandling*

DF:

Couples intervention\*/Couples therapy/Couples treatment

Behavioral Couples therapy (BCT)

Marital and family therapy (MFT)

Marital therapy

Marriage counselling

Conjoint therapy

Spouse

Co-dependency

#### *6. Forskellige termer for børn*

DF:

Child\*

Offspring

Children of alcoholics

Daughter\*

Son\*

### Søgestreng

Følgende søgestreng er anvendt i litteratursøgningen.

1 AND 2

1 AND 2 AND 3

1 AND 2 AND 3 AND 6

1 AND 2 AND (4 OR 5 OR 6)

Søgningen er i alle databaser foregået trinvist. Det vil sige med bredest mulige søgestreng først og derefter specificeret nærmere. På websiderne har det ikke givet mening at søge udover den første søgestreng (1 AND 2).

### Eksempel på søgestreng (Pubmed)

(alcohol\* OR substance\* OR substance-related disorders) AND («family-based therapy« OR »family-based treatment« OR »family-based intervention« OR »family-focused intervention« OR »family-focused therapy« OR »family-focused treatment« OR »family training« OR »family counselling« OR »systems theory« OR »system« intervention») OR ((alcohol\* OR substance\* OR substance-related disorders) AND (couples therapy OR couples treatment OR behavioural couples therapy OR marital therapy OR conjoint therapy OR codependency OR spouse OR partner)) Limits: English, Humans, Review

### Referencer

Der er også i begrænset omfang søgt på referencer fra den udvalgte litteraturs referencelister.

### Kædesøgning

Der er anvendt kædesøgning for at sikre identifikation af yderligere relevant litteratur.

### Ordforklaring

SU=Subject (der søges på ordet som »kontrolleret emneord«).

DF=Default (der søges på ordet som »fritekst«).

\*=trunkering (alle endelser af ord medtages, fx alcoholism, alcoholic etc.).

AND=OG (ved kombination af 2 ord med AND fås fællesmængden af de to ord)

OR=ELLER (ved kombination af 2 ord med OR fås alt, der indeholder ét af de to eller begge ord)

## Bilag 3 Oversigt over inkluderet litteratur

Artikel	Design	Målgruppe	Effekt mål	Metode/indhold	Resultater
Copello AG, Templeton LJ, Velleman RDB (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice?	Review af studier publiceret efter 2005. Antal deltagere: Ikke angivet. Behandlinger, der involverer familien eller andre sociale relationer, sammenlignes med hinanden eller med individuel beh. eller venteliste. Settings: Primært specialiserede forsknings-centre i den vestlige verden.	Familie-medlemmer til voksne misbrugere (alkohol og stoffer) og misbrugere (undtaget unge med alkohol- og stofproblemer).	1) Misbrugerens start i behandling og/eller reduktion af misbrug samt reduktion af fysiske og/eller psykologiske skader på familiemedl. (fx coping eller opbygning af sociale relationer). 2) Misbrugets ophør/reduktion og/eller familiens velbefindende (herunder også generel livskvalitet, parforholds-kvalitet, kommunikation, mestring af problemer, vold, vrede, depression, familiekonflikt, familiesamhørighed). 3) Reduktion af familie-medlemmers fysiske og psykiske stress-symptomer (fx depression og angst) samt forbedring af mestring, selvværd og socialt netværk.	Familie-fokuserede interventioner. Gruppe og/eller individuel intervention. 1) Interventioner rettet mod familiemedlemmer for at få misbrugeren i behandling. 2) Interventioner der inddrager familiemedlemmer og/eller andre sociale relationer i behandlingen af misbrugeren. 3) Interventioner rettet mod familiemedlemmer til behandling af deres problemer.	Ifølge den nyeste forskning er der evidens nok til at en del tilgange har værdi nok til at blive implementeret i rutine praksis. »Adfærdsterapeutisk parterapi« (APT) og »Community reinforcement approach« (CRA/CRAFT) er to eksempler med evidens for effektivitet, hvis de bliver implementeret i overensstemmelse med klart dokumenterede guidelines, træning og supervision. Interventioner med et bredere socialt netværksfokus begynder ligeledes at akkumulere forskningsevidens og ser lovende ud for fremtiden. Øget metodisk kvalitet: store undersøgelsesgrupper, gode opfølgingsrater, behandling i almen praksis inden for et pragmatisk design. Blandt de nyeste studier ses studier af: 1) »Motivational enhancement therapy«, »Social adfærd og netværksterapi/SBNT«. 2) »Alkoholfokuseret par-involvering«, APT og individuel beh. 3) »Coping Skills Training«, 12-trins programmet og forsinket behandling.
Copello AG, Velleman RDB, Templeton LJ (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems.	Review af studier publiceret i perioden 1975-2005. Antal deltagere: Ikke angivet. Behandlinger der involverer familien eller andre sociale relationer, sammenlignes med hinanden eller med behandling, der ikke involverer familien/sociale relationer. Settings: Primært specialiserede forsknings-centre i den vestlige verden.	Familie-medlemmer til voksne misbrugere (alkohol og stoffer) og misbrugere (undtaget unge med alkohol- og stofproblemer).	1) Misbrugerens start i behandling og/eller reduktion af misbrug samt reduktion af fysiske og/eller psykologiske skader på familiemedlemmer (fx coping eller opbygning af sociale relationer). 2) Misbrugets ophør/reduktion og/eller familiens velbefindende (herunder også generel livskvalitet, parforholds-kvalitet, kommunikation, mestring af problemer, vold, vrede, depression, familiekonflikt, familiesamhørighed). 3) Reduktion af familie-medlemmers fysiske og psykiske stress-symptomer (fx depression og angst) samt forbedring af mestring, selvværd og socialt netværk.	Familie-fokuserede interventioner. Gruppe og/eller individuel intervention. 1) Interventioner rettet mod familiemedlemmer for at få misbrugeren i behandling. 2) Interventioner der inddrager familiemedlemmer og/eller andre sociale relationer i behandlingen af misbrugeren. 3) Interventioner rettet mod familiemedlemmer til behandling af deres problemer. Derudover belyses misbrugets indflydelse på familien.	Overordnet er billedet af evalueringerne blandet: få deltagere, svage eller fraværende kontrolgrupper, begrænsede opfølgingsrater over korte tidsforløb. Ligeledes mangler kvalitative studier til belysning af ændringsprocesser. På trods alligevel følgende konklusioner: 1) At arbejde med familiemedlemmer kan få misbrugeren i gang med behandling. 2) Inddragelse af familiemedlemmer i behandlingen effektivt ift både misbrugeren/misbrug og familiemedlemmerne. Især BCT, CRAFT og familierapi. Netværksterapi nyt, men ser lovende ud. 3) Interventioner rettet mod familiemedlemmer alene har effekt især i forhold til disses stress-symptomer og svage helbred.
Klostermann K, Fals-Stewart W, Gorman C, Kennedy C, Stappenbeck C (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: rationale, methods, findings, and future directions.	Review. Antal deltagere: Ikke angivet. Adfærdsterapeutisk parterapi belyses og sammenlignes med anden behandling. Settings: Primært specialiserede forsknings-centre i den vestlige verden.	Par med alkohol- og stofmisbrug.	Primær effekt: – misbrug – parforhold Sekundær effekt: – partnervold – børn (emotionelt og adfærd) – økonomisk byrde – HIV risiko-adfærd (stofmisbrug)	1) Teoretisk rationale for brug og effektivitet af APT. 2) Typiske behandlingsmetoder brugt i APT behandling. 3) Forsknings fund der støtter effektiviteten af APT på forskellige områder. 4) Fremtidig forskning.	APT er en evidensbaseret familie behandling for alkoholisme. APT sammenlignet med traditionel individuel behandling: Større reduktion af misbrug. Bedre parforholds-tilfredshed. Større reduktion i partnervold. Bedre cost-benefit og cost-effectiveness.

Artikel	Design	Målgruppe	Effekt mål	Metode/indhold	Resultater
O'Farrell TJ, Fals-Stewart W (2003a). Alcohol Abuse.	Systematisk review af 38 kontrollerede studier af par og familiebehandling ved alkoholmisbrug. Sammenligner familie-involverende behandling med individuel behandling eller venteliste. Antal deltagere: Ikke angivet. Settings: Primært specialiserede forsknings-centre i den vestlige verden.	Par og familier med alkoholproblemer.	1) Forbedring af familie coping og/eller forandringsstiltag, når misbrugeren ikke vil have hjælp. 2) Hjælpe misbrugeren bedring og parforhold, når misbrugeren har søgt hjælp.	Gennemgang af forskellige familiebehandlingsmetoder og deres effektivitet.	Familiebehandling: Er effektiv, når misbrugeren ikke ønsker hjælp. Familien bliver bedre i stand til at mestre og motivere misbrugeren til start i behandling (især Al-Anon og CRAFT). Når misbrugeren er begyndt i behandling er familiebehandling og især adfærdsterapeutisk parbehandling (APT) klart mere effektivt end individuel behandling i forhold til at fremme afholdenhed og forbedre forhold i familien. APT reducerer tillige sociale udgifter, vold i familien og emotionelle problemer blandt parrets børn. Mangler: Kvinder, minoritetsgrupper, forandringsprocesser og mekanismer, og overførbare af evidensbaseret APT til klinisk praksis.
O'Farrell TJ, Fals-Stewart W (2003b). Marital and Family Therapy. I: Hester RK, Miller WR (eds). Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives, 3rd ed.	Meta-analyse (22 randomiserede studier). Overview. Behandlings-beskrivelse (guideline). Sammenligner familie-involverende behandling med individuel behandling eller venteliste. Antal deltagere: 1.260 klienter.	Par og familier med alkoholproblemer.	1) Forbedring af familie coping og/eller forandringsstiltag, når misbrugeren ikke vil have hjælp. 2) Hjælpe misbrugeren bedring og parforhold, når misbrugeren har søgt hjælp.	Meta-analyse identisk med O'Farrell & Fals-Stewart (2001) – se nedenfor.	Meta-analyse identisk med O'Farrell & Fals-Stewart (2001) – se nedenfor.
O'Farrell TJ, Fals-Stewart W (2001). Family-Involvement Alcoholism Treatment: An update.	Systematisk review af 36 randomiserede studier af familie-involverende behandling. Meta-analyse baseret på 22 randomiserede studier. Sammenligner familie-involverende beh. med individuel beh. eller venteliste. Antal deltagere: 1.260 klienter.	Par og familier med alkoholproblemer.	– Alkoholbrug – Misbrugeren igangsætter behandling/misbrugeren deltager i behandling – Familie-funktion.	1) Resultater fra familie-involverende behandling: a) forbedring af familie coping og/eller iværksætte forandringer når misbrugeren ikke selv vil søge hjælp. b) hjælpe misbrugeren bedring når denne har søgt hjælp. 2) Den nuværende status for problemstillinger ifølge McCrady's review. 3) Konklusioner og fremtidige anvisninger for forskning.	Meta-analysen viste en medium effektstørrelse i forhold til at foretrække familieinvolverende behandling frem for individuel behandling el. venteliste. Når misbrugeren ikke vil have hjælp: 1) Al-Anon hjælper familien til bedre coping. 2) »Johnson-intervention« hjælper ikke med at få misbrugeren i behandling. 3) CRAFT fremmer misbrugeren indtræden i behandling. Hjælp til familien, når misbrugeren får hjælp: 1) Evidens til fordel for adfærdsterapeutisk parterapi (APT) er steget betragteligt. 2) »Disulfiram-kontrakt« procedure bør indgå som del af APT. 3) Studier af familie-system og af familie-sygdoms tilgange begynder at dukke op i litteraturen. Mangler: Køn, kultur, børn.
Thomas C, Corcoran J (2001). Emperically Based Marital and Family Interventions for Alcohol Abuse: A Review.	Review (kvalitativ) af studier af par- og familie-behandling publiceret i perioden 1985-1999. Behandlings-metoderne sammenlignes med hinanden/individuel beh./venteliste. Antal deltagere: 757 klienter.	Par og familier med alkoholproblemer.	Involvering i behandling (tidsmæssigt). Misbrugsadfærd. Parforhold. Partners tilstand	1) Interventioner rettet mod familiemedlemmer for at få misbrugeren i behandling (unilateral). 2) Interventioner, der inddrager familiemedlemmer i behandlingen af misbrugeren.	Begge interventionsformer ser ud til at have positiv effekt på såvel misbrugeren som dennes partner (fx depression). Familiebehandling skal ses som et kontinuum: Familien kan hjælpe inden misbrugeren er motiveret til beh., hvis misbrugeren går i beh. kan partner deltage i parbehandling. Dette forbedrer såvel parforhold som misbrug. Forbedret parforhold hænger sammen med forbedret afholdenhed. Familiebeh. kan anvendes i ambulante beh (billigere end døgn).

Artikel	Design	Målgruppe	Effekt mål	Metode/indhold	Resultater
Edwards M, Steinglass P (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism.	<p>Review med meta-analyse af 21 studier (1972-1993) af alkoholbeh., der involverer familiemedl. (MFT).</p> <p>Sammenligner med anden familie-beh./individuel beh./ingen beh.</p> <p>Antal deltagere: Ikke oplyst.</p>	Familier med alkoholproblemer.	Effect size data består udelukkende af afholdenhed, på trods af at de undersøgte studier alle anvender multiple outcome kriterier.	<p>Hvert inkluderet forsøg – evaluerer en familieinvolverende behandling (MFT),</p> <p>– Bruger en kontrol-gruppe</p> <p>– Rapporterer objektive outcome data om alkohol-forbrug og/eller drikke-relaterede problemer efter behandling.</p> <p>Gruppe/individuel intervention</p> <p>1) Interventioner rettet mod familiemedlemmer for at få misbrugereren i behandling (unilateral familieterapi og Community Reinforcement Training).</p> <p>2) Interventioner der inddrager familiemedl. og/eller andre sociale relationer i behandling af misbrugereren («Systemisk familie-behandling», «familieinvolverende adfærdsbehandling»/«Community reinforcement approach», «Disulfiram assurance» og «Behavior therapy plus disulfiram assurance», «Minimal spouse involvement», «Alcohol-focused spouse involvement», «Alcohol behavioural marital therapy», «Interactional couples therapy», «Behavioral marital therapy», «individual-focused cognitive behavioural therapy», «Relationship-enhanced cognitive behavioural therapy».</p> <p>3) Efterbehandling (vedligeholdelse/tilbagefaldsforebyggelse.</p> <p>= Contract/calendar intervention, Behavioral marital therapy plus relapse prevention.</p>	<p>MFT forøger sandsynligheden for at engagere gifte misbrugere i terapi.</p> <p>Der er nogen bevis for at MFT er mere effektiv end individuel behandling (kort tids effekt).</p> <p>Denne overlegenhed forsvinder imidlertid efter 1 år, sammen med effektiviteten af al behandling uden efterbehandling.</p> <p>MFT efterbehandling er bedre (op til 2 år efter) sammenlignet med ingen eller standard efterbehandling.</p> <p>Tre medierende faktorer:</p> <p>1) MFT egner sig bedst til mandlige misbrugere.</p> <p>2) Effekten afhænger af ægteparrets investering i forholdet samt oplevet støtte fra ægtefælle.</p> <p>3) Familiens engagement og forpligtelse i forhold til afholdenhed.</p> <p>= Matchnings-studier</p>

Artikel	Design	Målgruppe	Effekt mål	Metode/indhold	Resultater
Miller WR, Wilbourne PL, Hetterema JE (2003). What Works? A Summary of Alcohol Treatment Outcome Research. I: Hester RK, Miller WR (eds). Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives, 3rd ed.	Review med meta-analyse af 381 kontrollerede studier (1953-2000) af 99 forskellige alkohol behandlingsmetoder. Antal deltagere: 72.052 (84% mænd). Setting: 79,2% klinisk population.	Alkohol-misbrugere og til dels pårørende/sociale relationer.	Effekt af behandlingsmetoder på misbrugsoutcome.  Den metodologiske kvalitet blev ratet efter følgende kriterier: En kvalitetsscore (bestående af div. kvalitetsmål) multipliceres med outcome-score, så positive fund øger point og negative fund mindsker point.	De inkluderede studier, 1) Evaluerer mindst én behandling for »alcohol use disorder«. 2) Sammenligner den med en alternativ tilstand (såsom en kontrolgruppe, placebo, en korttidsbehandling/korttidsbehandling eller en alternativ behandling. 3) Bruger en procedure designet til at skabe lige/ens grupper før behandling og 4) Rapporterer mindst en outcome-måling af drikke- eller alkoholrelateret konsekvens.  Behandlingsmetoder for alkoholmisbrug: (Gruppe og/eller individuel intervention).  Korttidsterapi, Forøgelse af motivation, Medicinering, færdighedstræning/undervisning, psykoterapi, par- og familierapier, selvhjælpsgrupper, aversionsterapier, specifikke adfærdsprocedurer, miljø terapi, div. (bl.a. akupunktur, motion, hypnose o.a.).	Tre af de 10 mest effektive alkoholbehandlingsmetoder er metoder, der involverer en social komponent: Adfærdsterapeutisk parterapi, community reinforcement og social skills training.  Generelt var der stærkest evidens for: Brief interventions, social skills training, the community reinforcement approach, behavior contracting, behavioral marital therapy og case management.  For første gang optræder også to farmakologiske behandlingsmetoder blandt de mest effektive: Opioid antagonist (naltrexon, nalmefer) og acamprosat.  Mindst effektiv er metoder med formål at uddanne, konfrontere, chokere og give indsigt i natur og årsager til alkoholisme.  Overensstemmelse med andre meta-analyser: Finney & Monahan (1996) fandt i deres top tre: Community reinforcement approach, Social adfærdstræning, Adfærdsterapeutisk parterapi.  Fandtes også i Holder et al. (1991) top 5, ligesom McCrady også betegner alle disse tre som værende »effektive behandlingsmetoder«.



## Primær litteratur

Andreas JB, O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Does individual treatment for alcoholic fathers benefit their children? A longitudinal assessment. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(1):191-198.

Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment and family therapy. Rockville (MD): Substance Abuse and mental health services administration (Treatment Improvement Protocol; no. TIP 39), 2004.

Copello A, Orford J, Velleman R, Templeton L, Krishnan M. Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *J Mental Health* 2000a; 9:319-333.

Copello A, Templeton L, Krishnan M, Orford J, Velleman R. A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research* 2000b; 8:471-484.

Dittrich J. Group programs for wives of alcoholics. I: O'Farrell TJ (ed.). *Treating alcohol problems: marital and family interventions*. New York: Guilford Press 1993; 78-114.

Fals-Stewart W, Klosterman K, Yates BT, O'Farrell TJ, Birchler GR. Brief relationship therapy for alcoholism: a randomised clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychol Addict Behav* 2005; 19(4):363-371.

Fals-Stewart W, Kelley ML, Cooke CG, Golden J. Predictors of the psychosocial adjustment of children living in households in which fathers abuse drugs: The effects of postnatal social exposure. *Addict Behav* 2003; 28(6):1013-1031.

Finney JW, Monahan SC. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *J Stud Alcohol* 1996; 57:229-243.

Holder H, Longabaugh R, Miller WR, Robonis AV. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *J Stud Alcohol* 1991; 52:517-540.

Kelley ML, Fals-Stewart W. Couples-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(2):417-427.

Miller WR. A collaborative approach to working with families. *Addiction* 2003; 98:5-6.

Miller RJ, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:688-697.

Moos RH, Finney JW, Cronkite R. *Alcoholism treatment: Context, process and outcome*. New York: Oxford University Press, 1990.

Nye CL, Zucker RA, Fitzgerald HE. Early family-based intervention in the path to alcohol problems: rationale and relationship between treatment process characteristics and child and parenting outcomes. *J Stud Alcohol* 1999; Suppl. 13:10-21.

O'Farrell TJ, Feehan M. Alcoholism treatment and the family: Do family and individual treatments for alcoholic adults have preventive effects for children? *J Stud Alcohol* 1999; Suppl. 13:125-129.