

Anne Schanche Selbekk, Anne Faugli, Elin Kufås,
Maren Løvås, Torleif Ruud



Kunnskapsoppsummering om situasjon og hjelp til barn og partnere av personer med rusproblemer

Akershus universitetssykehus 2019

I samarbeid med Rogaland A-senter og Vestre Viken HF

Innhold

1 Bakgrunn og organisering	3
1.1 Oppdraget om kunnskapsoppsummeringen	3
1.2 Tidligere kunnskapsoppsummeringer og kunnskap som mangler	4
1.3 Problemstillinger som belyses	6
1.4 Organiseringen av arbeidet med kunnskapsoppsummeringen	7
2 Metode og materiale	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Gjennomgang og utvelgelse av artikler	11
2.3 Kvalitetsvurdering av artikler	13
2.4 Analyse av resultatene i studiene	14
3 Livssituasjonen for barn av foreldre med rusproblemer	19
3.1 Opplevelsen av å vokse opp med foreldre med rusproblemer	19
3.2 Hvordan foreldres rusproblemer virker inn på barns liv	33
3.3 Effekt av tiltak for barn av foreldre med rusproblemer	66
4 Livssituasjonen for partnere til personer med rusproblemer	71
4.1 Opplevelsen av å leve med en partner med rusproblemer	71
4.2 Hvordan en partners rusproblemer virker inn på livet	74
4.3 Effekt av tiltak for partnere til personer med rusproblemer	81
5 Oppsummerende drøfting	87
5.1 Innvirkning på barns liv	87
5.2 Hva som er til hjelp for barn	89
5.3 Innvirkning på partners liv	90
5.4 Hva som er til hjelp for partner	91
5.5 Kunnskapsoppsummeringens styrker og begrensninger	91
5.6 Konklusjon	92
Referanser	93
Vedlegg	105
Vedlegg 1 Detaljerte litteratursøk	106
Vedlegg 2 Hawker checklist for study quality	112
Vedlegg 3 Liste over instrumenter som er nevnt i tabellene	114

Referanse til rapporten: Anne Schanche Selbekk, Anne Faugli, Elin Kufås, Maren Løvås, Torleif Ruud (2019). Kunnskapsoppsummering om situasjon og hjelp til barn og partnere av personer med rusproblemer. Akershus universitetssykehus, Lørenskog.

Illustrasjonsfoto forside: Shutterstock

1 Bakgrunn og organisering

Sammendrag av kapittel 1: Bakgrunn og organisering

Prosjektet «Barn som pårørende» gjennomførte en multisenterstudie om barn som er pårørende til personer i behandling innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatiske sykehus. Akershus universitetssykehus var ansvarlig institusjon, og hovedfinansieringen var fra Norges forskningsråd.

Denne kunnskapsoppsummeringen er en del av et oppdrag og en tilleggsfinansiering som prosjektet fikk fra Helseledelse for å kartlegge levekårene for barn og partnere til personer med rusproblemer. Det omfattende arbeidet har medført at arbeidsgruppa også har brukt arbeidstid på dette i sine stillinger i Rogaland A-senter, Vestre Viken HF og Akershus universitetssykehus HF.

Situasjonen for barn og pårørende som lever med rus i familien har fått økt oppmerksomhet de siste tiårene som en følge av økt kunnskap og bevissthet om de belastninger dette kan medføre for familien og for det enkelte barn og den enkelte partner. Flere kunnskapsoppsummeringer med ulike utforminger er tidligere gjennomført om livssituasjon og intervensjoner for barn og voksne pårørende.

Denne kunnskapsoppsummering søker å utfylle tidligere oppsummeringer ved å gi systematisk oppdatert oversikt over forskning både i forhold til hvordan det å vokse opp med foreldre med rusproblemer påvirker barns liv, hvordan det å leve i et parforhold med en person som ruser seg påvirker partners liv, og hva som er dokumentert effekt av intervensjoner rettet mot henholdsvis barn og partnere som pårørende.

Vi har kartlagt opplevelser av å vokse opp og leve med rus i familien. Dette er gjort ved gjennomgang av kvalitative studier om barn i alderen 0-18 år, «voksne barn» og partnere. Vi har kartlagt bredt virkninger på barns og partners liv ved gjennomgang av kvantitative studier som måler fysisk og psykisk helsetilstand, samt påført stress og problemer innen familie, skole, arbeid, lokalsamfunn og hverdagsliv. Vi har kartlagt dokumenterte virkninger av forebygging og behandling rettet mot barn og partnere ved gjennomgang av studier om intervensjoner for disse to gruppene.

Anne Schanche Selbekk har ledet arbeidet med kunnskapsoppsummeringen og rapporten i samarbeid med prosjektleder Torleif Ruud. Litteratursøket er gjennomført ved fag- og forskningsbiblioteket ved Akershus universitetssykehus. Anne Schanche Selbekk og Anne Faugli har gjennomgått og analysert de kvantitative studiene, Elin Kufås og Maren Løvås har gjennomgått og analysert de kvalitative studiene, og Torleif Ruud har gjort metaanalysene. Det er også planlagt å skrive en eller flere vitenskapelige artikler fra materialet.

1.1 Oppdraget om kunnskapsoppsummeringen

Prosjektet «Barn som pårørende» er et samarbeid mellom Akershus universitetssykehus HF (forskningsansvarlig), Nordlandssykehuset HF, Helse Stavanger HF (Stavanger universitetssykehus), Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Regionsenter for barn og unges psykiske helse øst og sør, og det nasjonale kompetansenettverket BarnsBeste. Med hovedfinansiering fra Norges forskningsråd har prosjektet gjennomført en multisenterstudie om barn som er pårørende til personer i behandling innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatiske sykehus.

Denne kunnskapsoppsummeringen er en del av et oppdrag og en tilleggsfinansiering som prosjektet fikk fra Helseledelse, som hadde fått et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å kartlegge levekårene for barn og partnere til personer med rusproblemer. Kunnskapsoppsummeringen beskrives mer

detaljert nedenfor. Arbeidet er finansiert ved tildelingen fra Helsedirektoratet, men det omfattende arbeidet har også krevd at arbeidsgruppen har brukt arbeidstid på dette i sine stillinger i Rogaland A-senter, Vestre Viken HF og Akershus universitetssykehus HF.

1.2 Tidligere kunnskapsoppsummeringer og kunnskap som mangler

Situasjonen for barn og pårørende som lever med rus i familien har fått økt oppmerksomhet de siste tiårene som en følge av økt kunnskap og bevissthet om de belastninger dette kan medføre for familien og for det enkelte barn og den enkelte partner. Nedenfor omtaler vi flere kunnskapsoppsummeringer som er gjennomført om livssituasjonen for barn og voksne pårørende, men også om tiltak og intervensjoner i forhold til familier, barn og pårørende.

Kunnskapsoppsummeringer om livssituasjonen for barn

Nyere kunnskapsoppsummeringer om virkninger av foreldres rusproblemer på barn varierer i utforming. Flere er omfattende narrative sammenfatninger av litteratur (Barnard & McKeganey, 2004; Horgan, 2011; Mohaupt & Duckert, 2010; Velleman & Templeton, 2007; Velleman & Templeton, 2016), og noen er systematiske kunnskapsoppsummeringer med klart oppgitte søkeord og hvilket tidsintervall søket dekket.

Peleg-Oren and Teichman (2006) gjorde et systematisk litteratursøk av studier publisert i perioden 1985 til 2005. Fokuset i den kunnskapsoppsummeringen var skolebarns selvrapporterte utfordringer når foreldre hadde rusproblemer med alkohol og/eller illegale rusmidler. Resultatene basert på 10 studier viste at barna har forhøyet risiko for emosjonelle, kognitive, atferdsmessige og sosiale problemer. Park and Schepp (2015) gjennomførte en systematisk kunnskapsoppsummering om barn av alkoholikere, der fokuset var både på resiliens og sårbarhet. Resultatene basert på 39 studier publisert 1990-2012 viste negative virkninger i form av eksternaliserende atferd, internaliserende problemer, dårlige skoleresultater og lav selvfølelse. Den oppsummerte også risiko- og beskyttende faktorer på ulike nivå (individuell, foreldre, familie, sosialt).

Staton-Tindall, Sprang, Clark, Walker, and Craig (2013) gjennomførte en kunnskapsoppsummering av sammenhengen mellom forsørgers rusproblemer (alkohol og illegale rusmidler) og mishandling, overgrep og forsømmelse av barn. Resultatene var basert på 23 studier publisert 2000 – 2009, og den understreket hvordan studiene i liten grad klarte å favne kompleksiteten i problematikken. Den siste systematiske kunnskapsoppsummeringen vi fant, fokuserte på forebyggende faktorer i forhold til psykisk helse hos barn som har vokst opp med rusproblemer hos foreldre (Wlodarczyk, Schwarze, Rumpf, Metzner, & Pawils, 2017). Søkeperioden var 2003 til 2013 og 11 studier ble inkludert. Studien fant forebyggende faktorer i forhold psykologiske og biologiske faktorer hos barn, i foreldrerollen og i familien og i sosial støtte.

Den samlede kunnskapen bekrefter at barn som vokser opp med foreldre med ruslidelser og rusproblemer har økt risiko for emosjonelle, kognitive, atferdsmessige (eksternaliserende og internaliserende) og sosiale problemer, dårlige skoleresultater og lav selvfølelse. Det er også vist betydningen av beskyttelsesfaktorer i form av psykologiske og biologiske faktorer hos barn, i foreldrerollen, i familien og i sosial støtte.

Kunnskapsoppsummeringer om intervensjoner for barn

Broning et al. (2012) gjennomførte en kunnskapsoppsummering av studier om forebyggende tiltak for barn i familier med rusproblemer (både alkohol og illegale rusmidler) hos foreldre. 13 studier (7 RCT-studier) i perioden 1994 – 2009 om skole-, familie- og lokalsamfunnsorienterte programmer viste en del evidens for

effekt av programmer som varte lenger enn 10 uker og inneholdt komponenter med ferdighetstrening, men det var ikke kunnskapsgrunnlag nok for å konkludere i forhold til hva som virket best.

Usher, McShane, and Dwyer (2015) gjennomførte en kunnskapsoppsummering av familieorienterte programmer for barn som har vokst opp med foreldres rusproblemer. De fant dokumentasjon om syv ulike programmer og noen virksomme elementer i ulike tilnærminger: Positiv foreldre-barn samhandling, støttende fellesskap hos andre i samme situasjon, kunnskap og etablere strategier som tar høyde for sosioøkonomiske forhold.

Calhoun, Conner, Miller, and Messina (2015) gjennomførte en kunnskapsoppsummering av randomiserte kontrollerte studier om intervensjoner for barn som er berørt av foreldres rusproblemer. Metastudien inkluderte 4 studier av både tiltak rettet mot foreldre (indirekte mot barn, der barn ikke deltar) og mot barn direkte. Tre av studiene i denne kunnskapsoppsummeringen inngår også i vår kunnskapsoppsummering. Kunnskapsoppsummeringen indikerte at programmer som fokuserer på foreldreskap og familiefungering kan være effektive i å redusere problemer hos barn av foreldre med ruslidelser/rusproblemer.

Den samlede kunnskapen viser en foreløpig evidens for både skole-, familie- og lokalsamfunnstiltak. Resultatene tyder på at tiltak som fokuserer på foreldreskap, familiefungering, støttende fellesskap, ferdighetstrening og strategier som tar høyde for sosioøkonomisk ulikhet kan være virksomme. Evidensgrunnlaget er for dårlig til å trekke konklusjoner i forhold til hva som virker best.

Kunnskapsoppsummeringer om livssituasjonen for partnere

Det er gjort flere kunnskapsoppsummeringer om hvordan partners liv påvirkes av å leve i et parforhold med en person med rusproblemer. En fersk systematisk (scoping) kunnskapsoppsummering (Birkeland et al., 2018) ser spesielt på studier som har fokusert på livskvalitet for partner. Flertallet av de 9 studiene fant lavere livskvalitet hos partnere som levde i et parforhold med en person med rusproblemer, sammenlignet med den generelle populasjonen. En kunnskapsoppsummering ved Foran and O'Leary (2008) tok for seg forholdet mellom å være i parforhold med en person med alkoholproblemer og partnervold (Foran & O'Leary, 2008). 50 studier i perioden 1990 – 2006 viste moderate effektstørrelser i forhold til mann-til-kvinne partnervold og små effekterstørrelser i forhold til kvinne-til-mann partnervold.

Den samlede kunnskapen sier at det å leve med en person med ruslidelser/rusproblemer har innvirkning på partners liv i form av lavere livskvalitet og det å oppleve vold i nære relasjoner.

Kunnskapsoppsummeringer om intervensjoner for partner

Vi fant ingen kunnskapsoppsummeringer om tiltak for partnere spesielt, men noe om tiltak rettet mot berørte familiemedlemmer mer generelt. Templeton, Velleman, and Russell (2010) gjennomførte en systematisk kunnskapsoppsummering av studier 1979 – 2009 om psykologiske intervensjoner rettet mot berørte familiemedlemmer, men der partner var den målgruppen som dominerte. 34 studier ble analysert og konklusjonen var at både intervensjoner som rettet seg mot familien mer generelt (der pårørende i mange tilfeller var med som en støttespiller) og mot pårørende for sin egen del viste positive resultater for berørte familiemedlemmer på varierte utfallsmål

Det er et begrenset kunnskapsgrunnlag knyttet til partner spesielt. Men tilgjengelige kunnskap indikerer at intervensjon rettet mot familie og pårørende for sin egen del gir positive resultater på varierte utfallsmål.

Områder med særlig behov for mer kunnskap

Det finnes mest oppsummert kunnskap om barns situasjon, men vi har ikke funnet noen oppsummering av litteratur som er nyere enn 2013. Også om intervensjoner for barn mangler det oppsummeringer av den nyeste kunnskapen. Det er få kunnskapsoppsummeringer som gir et bredt bilde av partners livssituasjon, og det mangler oppsummeringer av om intervensjoner rettet mot partner.

1.3 Problemstillinger som belyses

Helsedirektoratet definerte følgende seks problemstillinger for denne kunnskapsoppsummeringen:

- Hvordan opplever barn og unge å vokse opp med foreldre med rusproblemer?
- Hvilke livsutfordringer har barn og unge med foreldre med rusproblemer sammenlignet med barn og unge generelt?
- Hvilke tiltak har vist positiv effekt for barn og unge med foreldre med rusproblemer?
- Hvordan opplever partner å leve sammen med en person med rusproblemer?
- Hvilke livsutfordringer har partnere som lever med personer med rusproblemer sammenlignet med partnere i befolkningen generelt?
- Hvilke tiltak har vist positiv effekt for partnere som lever med personer med rusproblemer?

Vår forståelse og avgrensninger av oppdraget

Denne kunnskapsoppsummering søker å utfylle tidligere oppsummeringer ved å gi systematisk oppdatert oversikt over forskning både i forhold til hvordan det å vokse opp med foreldre med rusproblemer påvirker barns liv, hvordan det å leve i et parforhold med en person som ruser seg påvirker partners liv, og hva som er dokumentert effekt av intervensjoner rettet mot barn og partnere som pårørende.

Vi har for det første kartlagt opplevelser (forstått fenomenologisk som meningsbærende erfaringer) av å vokse opp og leve med rus i familien. Dette er gjort ved systematisk innhenting og gjennomgang av kvalitativ forskning der disse aspektene er undersøkt. Når det gjelder barns erfaringer har vi i tillegg til studier om barn i alderen 0-18 år også inkludert studier om erfaringer beskrevet av «voksne barn».

Vi har kartlagt bredt virkninger på barns og partners liv ved systematisk innhenting og gjennomgang av kvantitative studier som måler den fysiske og psykiske helsetilstanden hos barn og partnere, samt påført stress og problemer innen familie, skole, arbeid, lokalsamfunn og hverdagsliv. Vi har valgt å ekskludere forskning om virkninger ruseksponering i svangerskapet. Dette er et stort og spesialisert fagfelt som det ikke var mulig å inkludere innen rammene av dette oppdraget.

Til sist har vi kartlagt dokumenterte virkninger av forebygging og behandling rettet mot barn og partnere som lever med rus i familien. Dette er gjort ved systematisk innhenting og gjennomgang av studier om intervensjoner og tiltak for disse to gruppene. Familieorienterte behandlingsintervensjoner kan, som vist i tidligere kunnskapsoppsummeringer, ha et spekter av målsetninger. Det kan gi effekt i forhold til inngang i behandling, endret rusbruk, bedre familiefungering og bedret livskvalitet for barn og pårørende. Vi har ekskludert studier av familieorienterte intervensjoner som ikke har målsetningen knyttet til barns og partners situasjon, selv om disse intervensjonene kunne ha vist positive endringer også for barn og pårørende om det hadde blitt undersøkt. Vi har inkludert studier om intervensjoner rettet mot voksne barn.

1.4 Organiseringen av arbeidet med kunnskapsoppsummeringen

Det ble i 2013-2015 gjennomført et omfattende og tidkrevende arbeid med hovedundersøkelsen og hovedrapporten fra prosjektet «Barn som pårørende» (Ruud, 2015), og med de to kvalitative studiene og rapportene om barn og voksne pårørende til personer med rusproblemer (Birkeland, 2015; Kufås, 2016). Dette gjorde at arbeidet med kunnskapsoppsummeringen i samråd med oppdragsgiver ble startet opp seinere enn opprinnelig avtalt.

FOU-leder/PhD Anne Schanche Selbekk (Rogaland A-senter) har ledet kunnskapsoppsummeringen og er førsteforfatter for denne rapporten, og seniorforsker/professor emeritus Torleif Ruud (Akershus universitetssykehus HF) har som prosjektleder vært overordnet ansvarlig og veileder for arbeidet. Disse to samarbeidet med fag- og forskningsbiblioteket ved Akershus universitetssykehus om planleggingen og gjennomføringen av litteratursøket. De utarbeidet i samarbeid med de andre medforfatterne; barnepsykiater/forsker Anne Faugli (Vestre Viken HF), spesialrådgiver/forsker cand. polit. Elin Kufås (Vestre Viken HF) og rådgiver/sosialantropolog Maren Løvås (Rogaland A-senter/KoRus Vest Stavanger), en plan for kunnskapsoppsummeringen og publiserte denne planen på nettstedet PROSPERO (PROSPERO 2017: CRD42017072854).

Selve kunnskapsoppsummeringen er gjennomført av to arbeidsgrupper. Anne Schanche Selbekk og Anne Faugli har gjennomgått og analysert de kvantitative studiene i litteraturen. De har skrevet delene om kvantitative studier i denne rapporten. Elin Kufås og Maren Løvås har gjennomgått og analysert de kvalitative studiene i litteraturen. De har skrevet delene om kvalitative studier i denne rapporten. Anne Schanche Selbekk har skrevet den oppsummerende drøftingen i kapittel 5.

Torleif Ruud har som overordnet ansvarlig hatt en koordinerende rolle og deltatt i planlegging, avklarende diskusjoner og utforming/slutføring av rapport. Han har gjort metaanalysene, og han har hatt den løpende kontakten med seniorrådgiver Siri Strømsmo i Helsedirektoratet om gjennomføringen.

Det er også planlagt å skrive en eller flere vitenskapelige artikler ut fra kunnskapsoppsummeringen.

2 Metode og materiale

Sammendrag av kapittel 2: Metode og materiale

For å besvare spørsmålene har vi gjennomført en systematisk kunnskapsoppsummering, basert på prinsippene som er nedfelt i PRISMA (Preferred Items for Systematic Reviews and Meta-analysis). Planen for kunnskapsoppsummeringen ble registrert i PROSPERO, en database over kunnskapsoppsummeringer.

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i MEDLINE, PsychINFO, Embase og SweMed+ etter artikler publisert i perioden januar 2000 til oktober 2016. Inkluderte studier ble senere avgrenset til perioden 2005–2016 på grunn av den store mengden studier ut fra de brede forskningsspørsmålene. Søkeord i litteratursøket ble definert ut fra populasjon, intervensjon, sammenligning og utfall (PICO-skjemaet).

Vi brukte online plattformen Covidence (drevet av Cochrane) for gjennomgang av artiklene som var identifisert ved litteratursøket. Covidence er et system for systematisk arbeid med kunnskapsoppsummering, der vi kunne laste opp referanser og artikler og legge inn kriterier som vi hadde definert i vårt prosjekt. Vi benyttet Covidence for vurderinger og beslutninger om inklusjon/eksklusjon, vurdering av kvalitet på studier, og ekstrahering og eksport av opplysninger fra artikler.

Etter fjerning av duplikater ble tittel og sammendrag av 8399 artikler gjennomgått, og 7364 av disse fylte ikke inklusjonskriteriene. Fullstendig tekst av de gjenværende 1035 artiklene ble gjennomgått, og 925 av disse ble ekskludert ut fra spesifikke kriterier (se PRISMA skjema). I disse to fasene ble alle artiklene gjennomgått av to forskerne som begge vurderte artiklene og diskuterte seg fram til konsensus ved ulik vurdering av om en artikkel skulle inkluderes eller ekskluderes. 110 artikler ble inkludert i analysene. Kvalitet på studiene ble vurdert ved bruk av «Hawker checklist for study quality» for både kvalitative og kvantitative studier. To studier ble ekskludert på grunn av for dårlig kvalitet.

For de 20 artiklene med kvalitative studier brukte vi forskningsmetoden kvalitativ metasyntese for gjennomgang og analyse av kvalitative primærstudier. Forholdet mellom artiklene og deres tema ble analysert i en trinnvis prosess der dette ble sammenstilt i matriser over primærstudier og tema. De 16 artiklene om barn ble delt opp i 10 primærstudier med intervjuer med barn i oppveksten og 6 primærstudier om voksne barn av rusmisbrukere. De gjenværende 4 studiene omhandlet partners erfaring.

De tekstlige opplysningene som var ekstrahert fra de 90 kvantitative artiklene og registrert i Covidence ble eksportert fra Covidence i Excel regneark, som etter tilrettelegging ble importert i statistikkprogrammet SPSS der vi effektivt kunne lage teksttabeller for rapporten ut fra utvalg av studier og opplysninger. Artiklene ble delt i to grupper med studier om henholdsvis rusproblemenes virkning på livssituasjonen for barn og partnere, og to grupper studier om effekt av intervensjoner for barn og partnere. For hver gruppe studier ble det gjort narrative analyser av hver studie, og en sammenfatning på tvers av studiene. For studier som ble vurdert til å være like nok til å analyseres i en felles metaanalyse ble det ekstrahert utfallsmål fra fulltekstartikler. Metaanalysene ble gjort i statistikkprogrammet STATA versjon 16.

2.1 Litteratursøk

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i MEDLINE, PsychINFO, Embase og SweMed+ etter artikler publisert i perioden januar 2000 til oktober 2016. Inkluderte studier ble senere avgrenset til perioden 2005 – 2016 på grunn av den store mengden studier. Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i

samarbeid med forskningsbibliotekar ved Akershus Universitetssykehus. Søket ble begrenset til studier rapportert enten på engelsk eller skandinavisk, og fokuserte på originalartikler publisert i tidsskrifter med fagfelleevaluering av artikler. Artikler i form av kunnskapsoppsummeringer ble brukt som en kilde til bakgrunnsinformasjon og for å dobbeltsjekke at relevante studier ble inkludert i den systematiske kunnskapsoppsummeringen.

Grunnlaget for litteratursøket ble utformet ved bruk av et PICO-skjema, der populasjon (Population), intervensjon (Intervention), sammenligning (Comparator/control) og utfall (Outcome) ble definert. Søket ble relativt bredt definert for å dekke de seks forskningsspørsmålene i kunnskapsoppsummeringen.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Studiedesign

Inklusjonskriterier:

- kvalitative og kvantitative studier

Eksklusjonskriterier:

- deskriptive og kvalitative studier av intervensjoner
- kvantitative studier uten kontrollgrupper

Populasjon (P)

Inklusjonskriterier:

- barn og unge av foreldre med rusproblemer (alkohol og illegale rusmidler, både problematisk bruk og avhengighet)
- partner av personer med rusproblemer (alkohol og illegale rusmidler, både problematisk bruk og avhengighet)

Eksklusjonskriterier:

- barn eksponert for rus i svangerskap
- barn i fosterhjem
- barn av foreldre eller partner av personer med andre typer avhengighet som spilling eller lignende
- voksne barn (over 18 år) av foreldre med rusproblemer (gjaldt kun i forhold til kvantitative studier om barns livssituasjon og livsutfordringer, IKKE kvalitative studier eller intervensjonsstudier)
- barn av foreldre med sammensatt problematikk og der rusproblemer ikke er en klar uavhengig variabel

Tiltak (I)

Inklusjonskriterier:

- studier om sier noe om effekter av psykososiale intervensjoner, behandling eller tidlig intervensjonstiltak rettet mot barn av foreldre/partner av personer med rusproblemer, eller mot relasjoner innad i familien

Eksklusjonskriterier:

- studier av forebyggende innsatser rettet mot en generell befolkning
- studier som ikke har utfallsmål i forhold til barn/partners livsutfordringer, eller til familierelasjoner
- studier av intervensjoner som kun fokuserer på foreldrerollen

Sammenlikning (C)

- i de kvantitative studiene var et inklusjonskriterium at utfall hos målgruppen ble sammenliknet med den generelle populasjon eller med en kontrollgruppe
- i intervensjonsstudiene var et inklusjonskriterium at studien hadde et kontrollgruppe-design

Kontekst

- både kliniske utvalg og befolkningsutvalg
- begrenset til studier fra vestlige høyinntektsland (western high-income countries)

Utfall (O)

Inklusjonskriterier:

- opplevelser og erfaringer
- fysisk og mental helse
- rusbruk
- vold, kriminalitet
- familierelasjoner, nettverk, skole
- andre livsbetingelser
- effekter av tiltak

Denne systematiske kunnskapsoppsummeringen hadde i utgangspunktet ingen fast definerte utfallsmål. Problemstillingen var om virkninger på barn og partners liv. Litt av poenget var også å dokumentere bredden i utfallsmål som eksisterer på feltet.

Eksklusjonskriterier:

- biologiske
- nevropsykologiske

Søkestrategier

Det ble som nevnt innledningsvis søkt i henholdsvis MEDLINE, PsychINFO, Embase og SweMed+. I de tre førstnevnte databasene ble det søkt i følgende søkefelt: ti (title), hw (heading word), kw (keyword)/id (key concepts)/kf (key word heading word). Søkestrengen som ble brukt og bundet sammen med AND og OR.

Rammen nedenfor viser hvilke søkeord som ble brukt i litteratursøket (Detaljerte søk i vedlegg)

For å fange opp populasjonen (P) ble følgende søkeord brukt:

"children of alcoholics"/ (kun PsychINFO) OR

((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*). OR

((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*)). OR

((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)). OR ((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*)). OR

((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)). OR

((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*)). OR

((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)). OR

((family or families) and (alcoholi* or addict*)).

AND

For å fange opp Utfall (O) ble følgende søkeord brukt:

"quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violen* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satisfy* or life change

OR

For å fange opp Tiltak (I) ble følgende søkeord brukt:

intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*

I SweMed+ ble følgende søkestreng brukt:

Child* OR offspring* OR son OR sons OR daughter* OR parent* OR mother* OR maternal OR father* OR paternal OR guardian* OR spouse* OR partner* OR wife OR wives OR husband* OR married OR marriage OR family OR families

AND

Addict* OR dependen* OR alcoholi* OR substance* OR drug* OR alcohol* OR sedative* OR opiate* OR opioid* OR use OR using OR abus* OR misus*

Se vedlegg for detaljert beskrivelse av søkestrengene og treff i Embase, Medline og PsychINFO og SweMED+.

2.2 Gjennomgang og utvelgelse av artikler

Vi brukte onlineplattformen Covidence for gjennomgang av artiklene som var identifisert ved litteratursøket. Covidence er tilrettelagt og drives av Cochrane-organisasjonen for bruk ved systematiske kunnskapsoppsummeringer. Vi lastet opp alle referansene fra litteratursøket med titler og sammendrag. Etter første fase med screening ut fra titler og sammendrag (se nedenfor), lastet vi opp pdf-filer med fullstendig tekst for alle de 1035 artiklene som skulle vurderes ut fra fullstendig tekst. Vi benyttet systemet i Covidence for tilgang til referanser og artikler, vurdering og beslutninger om inklusjon/eksklusjon, valg av eksklusjonsgrunner, oversikt over status for vurderinger av artikler, prosesser for konsensus, vurdering av kvalitet på studier, registrering av opplysninger som ekstraheres fra artikler, og eksport av ekstraherte

opplysninger for grupper av artikler ut fra definerte kriterier. Vi definerte våre kriterier i de ulike delene av systemet i Covidence da vi startet med kunnskapsoppsummeringen.

Etter fjerning av duplikater gjensto 8397 artikler, og det ble lagt til to artikler som vi fant i tillegg til dem som ble funnet ved litteratursøket. Til sammen var det 8399 artikler som ble vurdert. Figuren på neste side viser et PRISMA-diagram over prosessen med vurderinger og beslutninger og inklusjon og eksklusjon av artikler i de ulike fasene av prosessen. Alle studiene ble vurdert uavhengig av to reviewere i alle fasene. Uenigheter i vurdering ble diskutert mellom reviewere, og i tilfeller der man ikke kom til enighet ble en tredje reviewer involvert.

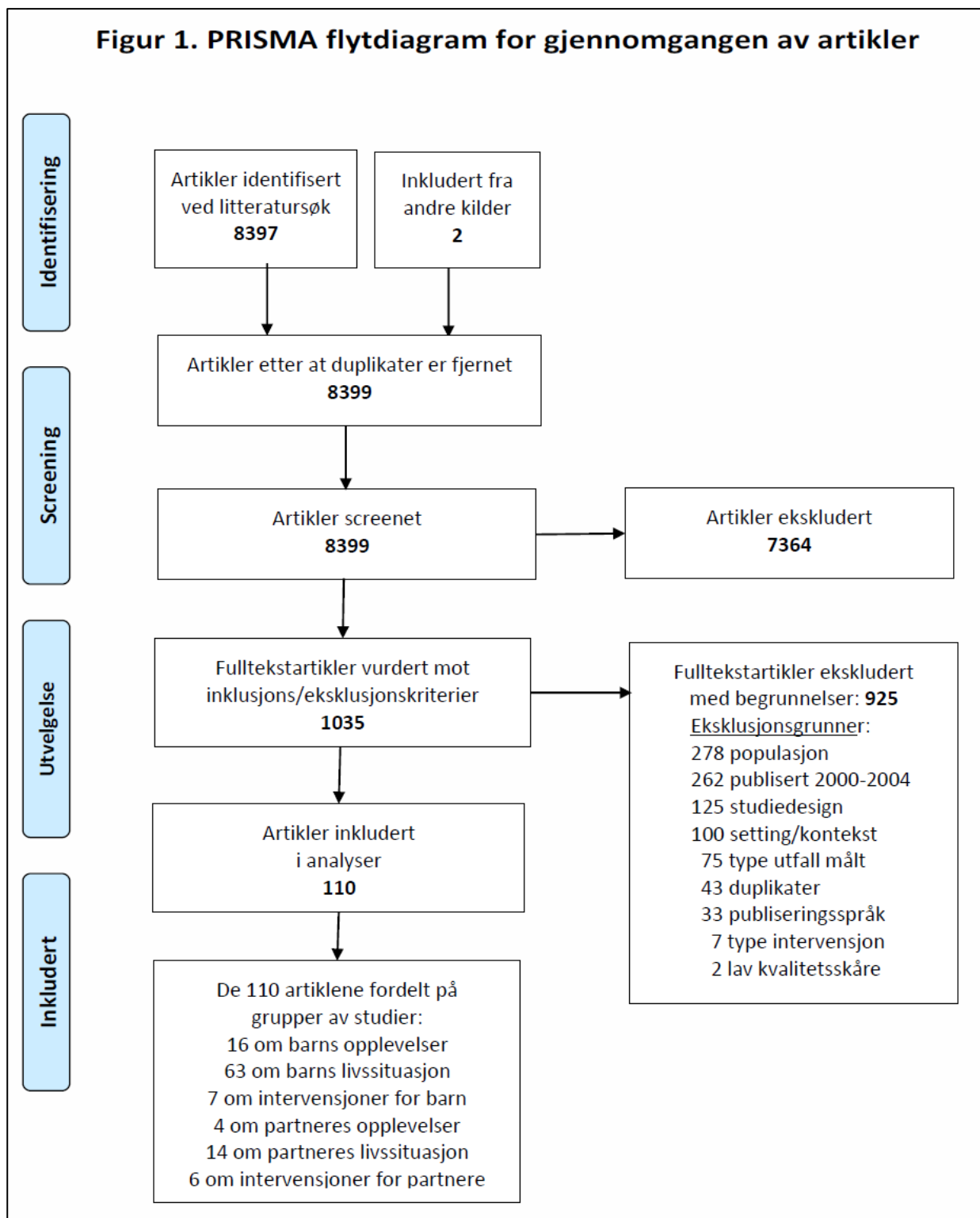
I første fase ble altså 8399 artikler vurdert ved lesning av tittel og abstrakt ut fra de overordnede inklusjonskriteriene. I denne fasen ble 7364 artikler ekskludert.

I andre fase ble de resterende 1035 artikler vurdert i fulltekst. I denne fasen ble antallet artikler vurdert å være så mange at tidsrommet for publiserte artikler som skulle inkluderes ble redusert fra 2000 – 2016 til 2005 – 2016. I flytdiagrammet i Figur 1 (på neste side) er dette oppgitt som, et eget eksklusjonskriterium for 262 artikler som var publisert i perioden 2000 – 2004.

For å svare på de seks forskningsspørsmålene ble det inkludert i alt 110 artikler:

- 16 kvalitative studier om barns opplevelser
- 63 kvantitative studier om barns livssituasjon
- 7 kvantitative studier om intervensjon for barn
- 4 kvalitative studier om partners opplevelser (to inkluderer også barns opplevelser)
- 14 kvantitative studier om partners livssituasjon
- 6 kvantitative studier om intervensjoner for partnere

En svakhet med å kjøre en søkestrategi for seks så brede problemstillinger som i denne kunnskapsoppsummeringen, er at vi i mindre grad har hatt muligheten til å gjøre ulike valg i forhold til de enkelte problemstillingene. Dersom vi skulle ha gjort en kunnskapsoppsummering f.eks. bare om intervensjoner for barn, kunne vi trolig ha økt antallet slike artikler ved å inkludere flere ulike studiedesign og øke tidsrommet for publisering av artikler. Men på grunn av den store mengden artikler vi fant ut fra omfanget av de seks problemstillingene ble dette ikke gjort.



2.3 Kvalitetsvurdering av artikler

I tråd med kriteriene for systematiske kunnskapsoppsummeringer ble det gjort en kvalitetsvurdering av alle studiene som inngikk i studien, både de kvalitative og de kvantitative. For å vurdere kvaliteten brukte vi en sjekkliste som favner begge type design - Hawker checklist for study quality (Hawker, Payne, Kerr, Hardey, & Powell, 2002). Forfatterne av sjekklisten argumenter for at det er fullt mulig å gjennomføre systematiske kunnskapsoppsummeringer på tvers av kvalitative og kvantitative studier.

Hawkers sjekkliste består av vurderinger på 9 ulike områder: (1) Sammendrag og tittel, (2) Innledning og mål, (3) Metode og data, (4) Utvalg, (5) Dataanalyse, (6) Etikk og skjevhet, (7) Resultater, (8) Overførbarhet/generaliserbarhet og (9) Implikasjoner og nytteverdi. På hver av områdene gis en skår på en skala fra 1 til 4, der 4 er «God», 3 er «Brukbar», 2 er «Dårlig» og 1 er «Svært dårlig». Sjekklisten gir føringer i forhold til vurdering av de ulike punktene. For eksempel, for å skåre 4 på sammendrag og tittel, skal det gis fullstendig informasjon om studien og ha en klar tittel. Se ellers vedlegg for instruksjoner knyttet til de ulike delene. Der det er nødvendig gir sjekklisten ulike beskrivelser av bedømmelser for kvantitative og kvalitative studier. Som reviewere har det i tilknytning til noen av områdene vært utfordrende å bedømme artiklene utfra de gitte kriteriene fordi kriteriene til dels er generelle og ikke umiddelbart enkle å tolke. I så måte har vi tatt noen skjønsmessige valg. - f.eks. i forhold til vurdering av utvalg i de kvantitative studiene har vi ikke gitt høyere skåre enn 2 hvis vi ikke finner en vurdering i artikkelen av utvalgets styrke. Vi har heller ikke gitt toppskåre 4 hvis utvalget er et «convenience»-utvalg – selv om studien har en kontrollgruppe som matcher eksperimentgruppen.

Tabell 2.1 viser fordelingen av hvordan kvaliteten på artiklene er skåret med Hawkers sjekkliste.

Tabell 2.1 Vurdert kvalitet av artikler (N=110) om barn og partnere av personer med rusproblemer

Hawker skalaer	Svært dårlig	Dårlig	Brukbar	God
1. Sammendrag og tittel	0	2	23	85
2. Innledning og mål	0	2	18	90
3. Metode og data	0	1	16	93
4. Utvalg	0	8	47	55
5. Dataanalyse	0	4	6	100
6. Etikk og skjevhet	29	14	17	50
7. Resultater	0	1	12	97
8. Overførbarhet eller generaliserbarhet	0	7	51	52
9. Implikasjoner og nytteverdi	0	6	33	71

Som tabellene viser, har mange artikler høy kvalitet. Kun to artikler ble ekskludert av kvalitetshensyn. Det at ikke flere artikler er ekskludert på grunn av for dårlig kvalitet skyldes nok delvis at inklusjonskriteriene for kunnskapsoppsummeringen, der vi inkluderte bare fagfelleverderte artikler og med høye krav til metodisk design inkludert bruk av kontrollgrupper. En kritikk mot Hawkers sjekkliste kan ellers være at den er generell og overordnet i sine bedømmelsesinstruksjoner og kunne vært bedre egnet til å skille mellom kvalitet i artiklene på dette nivået. Totalskåren på Hawkers sjekkliste inngår i oversiktstabellene av studier i de respektive resultatkapitlene.

2.4 Analyse av resultatene i studiene

Data fra de kvalitative og de kvantitative studiene er ekstrahert og analysert hver for seg. Når det gjelder de kvalitative studiene har vi valgt å legge til grunn kvalitativ metasyntese som analytisk rammeverk (Malterud, 2017). I forhold til de kvantitative studiene har vi forholdt oss til retningslinjer for systematiske kunnskapsoppsummeringer (Shamseer et al., 2015). Funnene fra den kvalitative og den kvantitative analysen sammenholdes i en oppsummerende drøfting av funn i Kapittel 5.

2.4.1 Analyse av kvalitative studier

Vi brukte forskningsmetoden kvalitativ metasyntese for gjennomgang og analyse av kvalitative primærstudier basert på (Malterud, 2017) og hennes henvisning til metaetnografi, hentet fra (Noblit & Hare, 1988). Dette er en analysestrategi i syv trinn:

1. **Komme i gang**
2. **Beslutte hva som er relevant i lys av problemstillingen**
3. **Lese studiene**
4. **Ta stilling til hvordan studiene er beslektet**
5. **Oversette studiene til hverandre**
6. **Syntetisere oversettelsene**
7. **Formidle syntesen i tekst**

Analysens første og andre trinn er allerede omtalt tidligere i denne rapporten og er felles for både de kvalitative og kvantitative studiene. Vi ekstraherte, i tråd med Malterud (2017), detaljer i hver studie: Førsteforfatter, årstall, land, tittel, datainnsamling og kontekst.

I analysens neste fase, trinn tre, leste vi de inkluderte primærstudier i fulltekst. Vi lokaliserte primærstudienes resultater som utgjorde det empiriske materialet for metasyntesen. Vi organiserte temaene i primærstudiene om barn og partnere i to adskilte prosesser.

I prosessen med å ta stilling til hvordan studiene var beslektet med hverandre, fant vi i de kvalitative studiene en substansiell forskjell mellom der barn fortalte om sin her og nå situasjon, og der voksne beskrev situasjonen de vokste opp under. Vi delte derfor «barnematerialet» i to grupper studier: 10 primærstudier om barn i barndommen og 6 primærstudier om voksne barn av foreldre med rusproblemer.

Vi delte videre de ti artiklene om barn i to matriser: En omhandlet det barna beskrev om sin livssituasjon og sine vansker, og en omhandlet de de beskrev om sine løsningsstrategier eller det de oppga som hjelpsomt. Materialet om «voksne barn» samlet vi i en matrise. De tre matrisene ble satt opp med relevante tema og metaforer fra hver primærstudie slik som beskrevet i trinn 4. For materiale på fire studier som omhandlet partner laget vi en matrise.

For hver matrise, unntatt den om partner, valgte vi en indeksstudie, det vil si en primærstudie som var karakterisert ved innholdsrike og varierte resultater, og som hadde temaer som vi fant igjen i de andre artiklene.

I oversettelsesprosessen og vurderingene (fortolkningen) av hvordan meningsinnholdet i de ulike primærstudiene hørte sammen og var beslektet, hadde vi flere diskusjoner der antallet tema ble gradvis redusert etter hvert som vi kom fram til hva som var essensen i temaet. Vi kalte dette våre «oversettelser», men det kan også forstås som å oversette studiene til hverandre (trinn 5). I disse oversettelsene brukte vi metaforer og sitater fra resultatene i artiklene. I vår oversikt satte vi helt til slutt våre oversettelser øverst i matrisen og de er blitt kalt tema A, tema B og så videre. Vi har formidlet «oversettelsene» i tekst, da dette bidrar til å få fram viktige og interessante funn under alle temaene (trinn 6 og 7).

2.4.2 Analyse av kvantitative studier

Trinnvis ekstraksjon og registrering av opplysninger fra kvantitative studier

Ekstraksjon og registrering av opplysninger fra de utvalgte kvantitative studiene og hovedfunnene i disse ble gjort i Covidence ved lesing av fulltekstartikler. Der hadde vi utformet et sett med datafelt fra ut fra

spørsmålene som skulle besvares og hvilke opplysninger som var spesifisert i protollen som var publisert i PROSPERO. På grunn av det store antallet studier ble denne ekstraksjonen av tekstlige opplysninger fra fulltekstartikler gjort av en person, og med kontroll av disse opplysningene for et mindre antall artikler ved en annen person.

Systemet i Covidence for å registrere utfallsmål ved tall var utformet for kunnskapsoppsummeringer der design, grupper, målepunkter og utfallsmål var felles for alle studiene. Det var umulig å bruke dette systemet i den situasjonen vi hadde med et stort mangfold av design, grupper, målepunkter og utfallsmål. Vi løste dette ved å foreta ekstraksjon av opplysninger om resultater i to trinn:

Trinn 1: Først ekstraherte vi og registrerte tekstlige beskrivelser av målsetninger, design, utvalg/grupper, intervensjoner, utfallsmål og målepunkter i de datafeltene vi hadde organisert i Covidence. Disse opplysningene ble brukt til å utforme teksttabeller om studien og de nevnte forhold. Skåringene av kvalitet på studiene ble registrert i et eget system for dette i Covidence, og som vi hadde tilpasset instrumentet vi brukte for dette (Hawker sjekklister).

Trinn 2: Basert på disse oversiktene ekstraherte vi så konkrete tallmessige utfallsmål fra grupper av studier som ut fra felles karakteristika kunne sammenstilles og analyseres i felles metaanalyser. Arbeidet med metaanalysene er beskrevet nedenfor, og metaanalysene er presentert etter teksttabellene over de ulike grupper studier og utfallsmål.

Ekstraksjon fra Covidence og tilrettelegging av opplysninger

De tekstlige opplysningene som var ekstrahert fra artiklene og registrert i Covidence ble eksportert fra Covidence i Excel regneark. Vi ekstraherte en egen fil for hver av de fire gruppene kvantitative studier, og en egen fil for skåringene av kvalitet. Regnearkene ble så tilrettelagt og kvalitetssikret i en form som var tilpasset import som datafiler med tekst til statistikkprogrammet SPSS.

Fordelen med å ha de tekstlige opplysningene om studiene i datafiler i SPSS, var at vi da effektivt kunne lage ulike teksttabeller ved å velge ulike utvalg av studier og ulike kombinasjoner av opplysninger. Disse tabellene ble så eksportert til Word for detaljert tilrettelegging av layout for tabellene. Vi brukte denne arbeidsmåten for å lage oversiktstabeller over studier, tabeller over utforming og resultatstabeller.

I det videre i arbeidet i SPSS ble ulike data kategorisert i forhold til hvilket tema de omhandlet. Ut fra innholdet i studiene ble følgende kategorier valgt; fysisk helse, psykisk helse (eksternaliserende og internaliserende symptomer), vold og kriminalitet, rusbruk, sosial tilpasning samt effekter av tiltak. Disse inndelingene ble brukt for å systematisere innholdet i rapporten. Flere studier har resultater fra ulike temaområder og inngår sånn som kunnskapsgrunnlag under ulike tema. For hver gruppe av kvantitative studier er det gjort en narrativ eller deskriptiv syntese (Popay et al., 2006) av innholdet, der resultatene i de ulike artiklene er sammenholdt og sammenlignet.

Bruk av effektstørrelser og metaanalyser for kvantitative studier

For de kvantitative studiene oppgir vi effektstørrelser fra studier som har rapportert dette, og vi bruker effektstørrelser i metaanalyser av hva to eller flere omtrent like studier viser samlet sett (Lakens, 2013). Signifikans (p -verdi) og konfidensintervaller (minimum og maksimum CI-verdi) viser om det er høy sannsynlighet for at forskjeller mellom to grupper eller før/etter behandling er reell og ikke skyldes tilfeldigheter, men disse er ikke noe mål på størrelsen av forskjellen eller endringen. Effektstørrelser er standardiserte mål på gjennomsnittlig forskjell/ending korrigert for variasjon, og de viser altså størrelsen på forskjellen eller endringer. En annen fordel med effektstørrelse er også at de er uavhengige av den

konkrete måleskalaen i utfallsmålet som er brukt, slik at en f.eks. kan sammenligne grad av opplevd depresjon som målt med ulike spørreskjema.

Et av de mest brukte målene for effektstørrelse for graderte utfallsmål er Cohens d , som er differansen mellom to gjennomsnittsverdier (f.eks. mellom to grupper eller før/etter en intervensjon) dividert med standardavviket (for det første tidspunktet eller gjennomsnittet av de to standardavvikene). Selv om det ikke er empirisk dokumentasjon for disse verdiene, regnes Cohens $d = 0,2$ som lav effektstørrelse, $d = 0,5$ som moderat effektstørrelse og $d = 0,8$ som høy effektstørrelse. Men det beste er å sammenligne med tidligere studier dersom det finnes slike (Lakens 2013). De samme tolkningsreglene gjelder for Hedges g . For dikotome utfallsmål (ja/nei, og antallet i de to gruppene telles) brukes odds ratio eller risk ratio som mål på effektstørrelser. Odds ratio (OR) er forholdet mellom antallet ja/nei i en gruppe dividert med forholdet ja/nei i en annen gruppe. For odds ratio er det anslått at OR = 1,5 er lav effektstørrelse, OR = 2,5 er moderat effektstørrelse og OR = 4,3 er høy effektstørrelse (Littell, Corcoran, & Pillai, 2008). Risk ratio (RR) er forholdet mellom andelen ja av alle i en gruppe dividert med andelen ja av alle i en annen gruppe, og er et tall mellom 0 og 1. Eta-sq brukes som mål på effektstørrelse på forskjeller mellom mer enn to grupper eller tidspunkter. Også for disse effektmålene bør en primært sammenligne med tidligere studier, men i mangel av det kan en regne Eta-sq = 0,01 som lav effektstørrelse, Eta-sq = 0,06 som moderat effektstørrelse og Eta-sq = 0,14 som høy effektstørrelse (Lakens 2013). Effektstørrelser kan også regnes ut for ikke-parametriske tester (som f.eks. Wilcoxon) der $r^2=0,1$ regnes som lav effektstørrelse, $r^2=0,3$ som moderat effektstørrelse og $r^2=0,5$ som høy effektstørrelse (Cohen, 1988).

Metaanalyser brukes for å gjøre oppsummerende kvantitative analyser for en gruppe omtrent like studier for å komme fram til hva de samlet sett viser (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2011; Higgins & Green, 2011; Littell et al., 2008). Siden effektstørrelser kan regnes ut for ulike instrumenter (f.eks. skåringsskala eller spørreskjema) for et utfallsmål, kan effektstørrelser for ulike studier kombineres i metaanalyser. Hedges g er en nyere definert effektstørrelse som gir riktigere mål også for mindre utvalg, og det er Hedges g som brukes mest i metaanalyser. Mål som kombineres i en metaanalyse må gjelde samme fenomen, selv om det er brukt ulike instrumenter for å måle det. I en oppsummering om effekten av ett bestemt medikament sammenlignet med en kontroll, vil alle studiene kunne tas med i samme metaanalyse. Men i vårt materiale med flere brede problemstillinger og et mangfold av typer kvantitative studier, kunne vi bare gjøre metaanalyser av en del tema der vi hadde noen omtrent like studier om samme tema, f.eks. om forskjeller i internaliserende symptomer (angst, depresjon, sosial tilbaketrekning) mellom barn som hadde foreldre med alkoholproblemer og barn som ikke hadde foreldre med alkoholproblem.

I våre metaanalyser har vi brukt Hedges' g som mål på effektstørrelse. For hver studie regnes det både ut effektstørrelse og konfidensintervall på 95% (estimert minimum og maksimum av hva effektstørrelsen ville være i 95% av alle slike studier som kunne trekkes fra en total populasjon som utvalget i studien var et eksempel på, og der utvalgets størrelse inngår i estimeringen). Resultater vises ved diagrammer («forest plots») som viser effektstørrelse med konfidensintervall for hver studie og for studiene samlet sett. Ved utregning av samlet effektstørrelse tillegges effektstørrelse fra ulike studier ulik vekt ut fra blant annet utvalgsstørrelser og målingspresisjon (standardfeil). Våre konklusjoner av de ulike metaanalysene bygger på størrelsen på den samlede effektstørrelsen og konfidensintervallet for denne, samt grad av heterogenitet (ulikhet, oppgitt ved I^2) mellom studiene (der høy I^2 viser større ulikhet og mer usikker konklusjon). Vi har gjort metaanalysene i statistikkprogrammet STATA, som i sin nyeste versjon 16 har en godt utbygget modul for metaanalyse som også lager figurer med «forest plot» som vi har brukt. Vi har kjørt disse analysene med de standardene som STATA anbefaler og med Hedges g som effektstørrelse.

2.5 Begrepsavklaringer

I omtale av de ulike artiklene bruker vi begrepene «alkoholproblemer», «rusproblemer» eller «problemer med illegale rusmidler» når foreldres forhold til rus enten er målt gjennom barnas/ektefelles rapportering, eller når det er brukt måleinstrumenter som måler symptomer på misbruk eller helsefarlig bruk. Men når det er brukt metoder for å sette en diagnose (innen DSM eller ICD), bruker vi begrepene «ruslidelse» eller «alkohollidelse» (Nasjonalfaglig retningslinje) som favner både diagnoser i forhold til avhengighet, skadelig bruk og misbruk. I innledningskapitler og oppsummeringer dekker begrepet «rusproblemer» begge deler.

3 Livssituasjonen for barn av foreldre med rusproblemer

3.1 Opplevelsen av å vokse opp med foreldre med rusproblemer

Sammendrag av kapittel 3.1: Opplevelsen av å vokse opp med foreldre med rusproblemer

Vi har analysert 16 artikler fra 15 kvalitative studier om 344 barns opplevelser av å vokse opp med foreldre som har rusproblemer. Data er fra intervjuer, fokusgrupper, nettsider og selvbiografisk litteratur. 10 artikler er om barns beskrivelser under oppveksten, og 6 artikler er om voksnes minner og refleksjoner over sin oppvekst med foreldre som hadde rusproblemer.

Barna under 18 beskriver en hverdag med kaos og frykt. De utsettes for vold, overgrep og forsømmelser. De er fortvilet og sinte, opplever skam og stigma, utfører omsorgsoppgaver for søsken og foreldre, og familien har ofte dårlig økonomi. Mestringsstrategier hjemme er ofte å unngå situasjoner og trekke seg tilbake ved å gå på rommet, lese bok eller høre på høy musikk. Andre strategier er å komme seg bort fra hjemmet i kortere eller lengre tid. Noen har venner eller slektninger de kan gå til og i enkelte tilfeller bo hos. Det er viktig å ha noen å gå til og snakke med, og barna vurderer hvem de kan snakke med og stole på. Barna håper at forelder med rusproblemer skal komme i behandling og at de skal bli en stabil og kjærlig familie.

De voksne barna forteller retrospektivt at de har erfart mye av det samme kaos, frykt og omsorgssvikt. De er ikke slik som barna opptatt av endring i situasjonen, men av hvordan foreldres rusmisbruk har påvirket voksenlivet. De strever emosjonelt og har problemer med relasjoner. De reflekterer også over hvorfor de ikke søkte hjelp, og over behovet for å holde problemene i familien skjult. De beskriver hvordan de brukte store ressurser på å holde familiehemmeligheten skjult, og det hindret at de fikk hjelp. Først som voksen kunne de «ta av masken» og be om hjelp. Også de voksne beskrev at de søkte hjelp utenfor hjemmet, men ikke alle hadde noen å gå til. Noen sa at det var først da de kom seg bort fra hjemmet at de kunne begynne å leve.

Både barna under 18 år og de voksne sa at det viktigste dersom de skulle søke støtte utenfor hjemmet, var at det var voksne som var ekte, som brydde seg og som de følte seg trygge på å gå til. Ofte var dette voksne barna selv hadde valgt ut fordi de stolte på dem.

Til sammen har vi analysert 16 kvalitative artikler, basert på 15 studier, som omhandler barns opplevelser med å vokse opp med foreldre som har rusproblemer. Dataene i de ulike studiene er samlet inn først og fremst ved hjelp av intervjuer og fokusgrupper/gruppeintervjuer, men noen artikler er også basert på nettside for barn av rusavhengige og en artikkel på norsk omhandler selvbiografisk litteratur. Samtlige av de 16 artiklene omhandler hvordan det var å vokse opp med foreldre med rusavhengighet. Rusavhengighet forstås i alle artiklene, med ett unntak (Lopez, Katsulis, & Robillard, 2009), som alkoholbruk og/eller alkohol i sambruk med illegale rusmidler (Backett-Milburn, Wilson, Bancroft, & Cunningham-Burley, 2008; Moe, Johnson, & Wade, 2007; O'Connor, Forrester, Holland, & Williams, 2014; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011). I Lopez' utvalg var foreldrenes rusbruk av illegal art.

Studier med barn under 18 år. I ni av studiene (ti artikler) er deltakerne barn under 18 år. Disse artiklene har til sammen mer enn 203 respondenter. To av disse (57 respondenter) har et utvalg fra cirka 15 år til

midt i 20- årene (Backett-Milburn et al., 2008; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011). Studiene er gjennomført i Norge, Israel, Finland, UK, Sverige, Australia og USA.

Studier med voksne barn. Seks studier har voksne barn og deres erfaringer i fokus. Disse studiene er gjort i Norge, USA og Danmark. Til sammen representerer disse studiene 141 voksne barn. Som det fremgår av Tabell 3.1.1 er begge kjønn representert i de fleste utvalg. I to primærstudier er det ingen opplysninger om kjønnsfordeling og i én er det kun jenter i utvalget (Lopez et al., 2009).

Tabell 3.1.1 Oversikt over kvalitative studier om barns livssituasjon

Studie (Land)	Tittel	Data-innsamling, analyse	Kontekst	Utvalg, antall (alder) Gutter/menn antall	Kvalitets skåre
Backett-Milburn 2008 (UK)	Challenging childhoods Young people's accounts of 'getting by' in families with substance use problems	Dybdeintervjuer	Barn og yngre voksne barn som ikke gikk i behandling i Skottland	38 (15- 27) 18	31
Bønnhoff 2014 (Norge)	På leting etter et ansikt Om selvbiografiske perspektiver på å ha en mor eller far med alkoholproblemer	Selvbiografier	Én norsk og tre svenske selvbiografiske bøker om egne opplevelser av å ha en mor eller far med alkoholproblemer	Fire selvbiografier (>18) 1	35
Hall 2008 (USA)	The Impact of Kin and Fictive Kin Relationships on the Mental Health of Black Adult Children of Alcoholics	Dybdeintervjuer	College studenter. Afroamerikanske, selv identifiserte som voksne barn av alkoholokere	32 (20 - 41) 14	34
Hall 2007 (USA)	An Exploratory Study of the Role of Kinship Ties in Promoting Resilience Among African American Adult Children of Alcoholics	Dybdeintervjuer,	Afroamerikanske voksne selv identifiserte som barn av alkoholokere. Rekruttert via college/ universitet campus og to kirker	10 (20 -41) 1	32
Haverfield 2014 (USA)	A theme analysis of experiences reported by adult children of alcoholics in online support forums	Samtaletråder	Samtaletråder og enkelthistorier observert på tre online støttegrupper for voksne barn	61 samtaler (>18)	34
Holmila 2010 (Finland)	Invisible victims or competent agents: Opinions and ways of coping among children aged 12–18 years with problem drinking parents	Webbasert spørreskjema med noen åpne spørsmål og noen med svaralternativer	Hjelpesider for barn og ungdommer som har foreldre med rusmisbruk	70 (42: 12-13 18: 14-16 10: >17) 17 %	34
Järvinen 2013 (Danmark)	Understanding Addiction: Adult Children of Alcoholics Describing Their Parents' Drinking Problems	Dybdeintervjuer	Ansatte i et middel stort firma	25 (snitt 39) 12	31
Lopez 2009 (USA)	Drug Use With Parents as a Relational Strategy for Incarcerated Female Adolescents	Dybdeintervjuer	Jenter under soning	18 (14-17) 0	36
Moe 2009 (USA)	Resilience in Children of Substance Users: In Their Own Words	Standardiserte intervjuer	Deltakere i et intervensjonsprogram for barn til rusmisbrukere "Betty Ford Children's Program"	50 (7-13) 50 %	34

Studie (Land)	Tittel	Data-innsamling, analyse	Kontekst	Utvalg, antall (alder) Gutter/menn antall	Kvalitets skåre
O'Conner 2014 (UK)	Perspectives on children's experiences in families with parental substance misuse and child protection interventions	Dybdeintervjuer	Medlemmer i en søskengruppe/ barnegruppe	5 (14- 18)	32
Reupert 2012 (Australia)	Engaging with, and understanding children whose parents have a dual diagnosis	Dybdeintervjuer	Rekruttert via institusjon for familier hvor en forelder har dobbel diagnose (psykisk/rus)	12 (8-15) 6	34
Ronel 2010 (Israel)	Risk and Resilience The Family Experience of Adolescents With an Addicted Parent	Dybdeintervjuer	Rekruttert via institusjon for voksne rusmisbrukere, diverse ungdomsboliger o.a.	19 (13-22) 12	35
Ronel 2011 (Israel)	Growing-Up With a Substance-Dependent Parent: Development of Subjective Risk and Protective Factors	Dybdeintervjuer	Rekruttert via institusjon for voksne rusmisbrukere, diverse ungdomsboliger o.a	19 (14-22) 12	35
Templethon 2009 (UK)	Young people living with parental alcohol misuse and parental violence: 'No-one has ever asked me how I feel in any of this'	Standardiserte intervju; åpne spørsmål i spørreskjema	Rekruttert via foreldre i behandling for rusproblemer	8 (12-18) 1	32
Werner 2016 (Norge)	Children of parents with alcohol problems performing normality: A qualitative interview study about unmet needs for professional support	Dybdeintervjuer	Rekruttert via institusjoner for alkohol - og rusbehandling	9 (snitt 37) 3	36
Tinnfält 2011 (Sverige)	Adolescent Children of Alcoholics on Disclosure, Support, and Assessment of Trustworthy Adults	Dybde-intervjuer (5) Fokusintervjuer (7)	Deltakere i støttegrupper for barn som har foreldre som bruker rusmidler	27 (12-19) 3	35

Som beskrevet i metodekapittelet, fant vi i analyseprosessen en substansiell forskjell i det empiriske materialet, mellom barn under 18 år og voksne barn. Dette ble en viktig analysedimensjon da studiene som omhandlet barn under 18 år hadde et annet fokus enn studiene som hadde voksne barn av som deltakere. De artiklene som hadde barn under 18 som deltakere var i større grad her og nå orientert, mens voksne barn av hadde et retrospektivt perspektiv, der de som var intervjuet hadde mer fokus på hvordan situasjonen hadde påvirket voksenlivet. Studiene som har barn under 18 år som deltakere vil presenteres i 3.1.1, studiene med de voksne barna presenteres i kapittel. 3.1.2.

3.1.1.Hvordan barn under 18 år opplever situasjonen med rusproblemer

I studiene av barn under 18 år var det beskrivelser av her og nå situasjonen, og vi kalte dette livssituasjon og laget på basis av vår analyse to matriser om denne delen av materialet, basert på Malterud (2017). Den første beskriver opplevelsene med å vokse opp med rus (Tabell 3.1.2) og den andre viser barnas mestringsstrategier og det de opplever har vært hjelpsomt (Tabell 3.1.3) for å håndtere den livssituasjonen de har vært i. Vi har valgt Holmila, Itapuisto, and Ilva (2011) som indeksartikkel i forhold til det første tema (Tabell 3.1.2).

Barns opplevelser

Tabell 3.1.2 Barns (under 18 år) opplevelser av å vokse opp med rus

	Tema A	Tema B	Tema C
Våre oversettelser Studie (Aldersgruppe)	<ul style="list-style-type: none"> • Kaos og frykt: vold, misbruk, forsømmelse. • Fortvilelse- sinne • Fattigdom skam og stigma • “There is always fighting after drinking” 	<ul style="list-style-type: none"> • Skole og venner som fristed og arena for konflikt • Konsentrasjons-vansker 	<ul style="list-style-type: none"> • Omsorgsoppgaver for seg selv, søsken og foreldre • “I basically had to look after myself my whole life”
Holmila 2010 (12-18)	Frykt og vold Mangel på omsorg og støtte Ensomhet, skyldfølelse, vansker med å sove Fattigdom, redusert sosial status “There is always fighting after drinking”	Ingen tid til skolearbeid Umulig å konsentrere seg Påvirker vennskapsforhold, redd for å miste venner. “(The Parent) disturbs my sleep and makes fun of me in front of my friends”	Ansvar for husarbeid Omsorg for yngre søsken
Backett-Milburn 2008 (15-27)	Forsømmelse, uforutsigbarhet, vold, seksuelt misbruk Redd for at forelder skal skade seg selv Sosialt stigma og følelse av å ikke være normal	Spesielt for jenter var skolen et fristed. Et sted å føle seg trygg. Skolen var også et sted man opplevde mobbing og vold. “I’d go there at tea time and stuff and get fed» (friend).	Bekymring for søsken som blir igjen om de flytter ut av hjemmet. Barna tar ansvar for både praktiske og emosjonelle behov hos foreldre og søsken. “I’ve basically had to look after myself my whole life”
Moe 2009 (7-13)	Føler skyld og tristhet. Opplever at det er ingen som kan hjelpe. “You really feel alone”	Å lære ting, å lese, tegne. Fortsette på skolen og sette seg mål. “I’ve talked to my friends about it ... but they... can’t relate to my situation so you, you know”	
O’Connor 2014 (14-18)	Et liv med forsømmelse, vold og spenninger. Traumatiske minner. Kaotisk og skremmende dagligliv. Fattigdom og hjemløshet. Mange flyttinger. “She used to beat my brother as well... This is like my worst memory”	Atferdsproblemer og Skoleproblemer. Andre opplevde mestring på skole og at vennskap hadde stor betydning, spesielt hvis foreldre fikk behandling	Tar omsorg for søsken og foreldre. Skiftende omsorgspersoner. Ofte skilt fra søsken
Ronel 2011 (14-22)	Kaotisk familieatmosfære. Fravær av varme og beskyttelse. Materiell og emosjonell forsømmelse. Såret over at forelder valgte rusen i stedet for barna. “I was very afraid of him”	Noen søkte beskyttelse og oppmerksomhet på gata – i rusmiljøet. Følte seg ivaretatt her.	Ønske om å beskytte søsken. Skulle ikke oppleve den samme lidelsen. «I always took care of my sister» “Island of love”
Reupert 2012 (8-15)	Vold mellom foreldre Både mødre og fedre slår barna. Mangel på penger til mat klær og bolig. “He gets angry when he is drinking. You have to be careful”	Ville være fint å ha venner å gå til, men vanskelig når man er annerledes. “I’m only a kid - I want to do kid stuff”	Bekymring og ønske om hjelp til foreldre. Omsorg for foreldre og søsken. “It can be hard to look after her (mum) and (this) puts stress on me sometimes when it is bad”
Templeton 2009 (12-18)	Overgrep og aggresjon i hjemmet. Barna blir bekymret, deprimerte og redde. Opplever foreldres selvmordsforsøk og tenker selv på selvmord. Hjemløshet. “No one has ever asked me how I feel in any of this”	Har innvirkning på skolearbeidet, men kan være bra å fokusere på skole. Motstridende følelser om venner: Ønsker å være med venner. Redd venner ikke vil forstå eller føler seg ukomfortable om de forteller	Var mer bekymret for søsken og den ikke avhengige forelder enn seg selv

Ronel 2010 (14-22)	Kald familieatmosfære, Kaotisk og ustabil. Vold mot barn og mellom de voksne. Barna har en lengsel etter et stabilt hjem	“My best friend- I used to spend more time at her house than here... I`m thankful that I could see what a normal family looks like, how they function”	Barna blir en erstatning for ikke fungerende foreldrene. Tar omsorg for søsken
Lopez 2009 (14 – 17)	Opplever avvisning og manglende omsorg. Foreldre er fraværende og overlater barna til tilfeldige voksne. Føler seg ikke elsket, uønsket. Utsatt for overgrep	Følte tidlig at de var annerledes. Hadde ikke samme forhold til foreldre som andre barn	Jentene beskriver at de tar hånd om husarbeid hjemme og at de passer på yngre søsken. “..I was the one taking care of everything”
Tinnfält 2011 (12-19)		Bra å snakke med venner eller lærer om problemer. Ikke verbale signaler ville gjøre lærer oppmerksom på problemer i hjemmesituasjonen. «I rebelled when things were at their worst at home”	

Kaos og frykt - “There is always fighting after drinking”

Et tema som gikk igjen i barnas beskrivelser av sin livssituasjon var en opplevelse av å ikke få dekket primære behov for beskyttelse og trygghet. De beskrev stor ensomhet: «You really feel alone» (Moe et al., 2007), uforutsigbarhet (Backett-Milburn et al., 2008; Ronel & Levy-Cahana, 2011; Templeton, Velleman, Hardy, & Boon, 2009), mangel på varme og omsorg i relasjonen med foreldre (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; Ronel & Levy-Cahana, 2011; Templeton et al., 2009), en kald familieatmosfære og kaos (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011). Barna var såret over at foreldrene valgte rusen i stedet for dem (Ronel 2011).

I tillegg var frykt en følelse som gikk igjen i flere beskrivelser (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; O'Connor et al., 2014). De beskrev også episoder med vold og overgrep (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; Lopez et al., 2009; O'Connor et al., 2014; Reupert, Goodyear, & Maybery, 2012; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011; Templeton et al., 2009). Frykt for vold mot dem selv, mot søsken og forelder, men også frykt for at den avhengige forelder skulle skade seg selv (Backett-Milburn et al., 2008; Templeton et al., 2009). Kaoset ble både beskrevet som emosjonelt kaos, men også materielt. Barna hadde konkrete beskrivelser av den materielle livssituasjonen ved å beskrive fattigdom, dårlige boforhold, hjemløshet og noen ganger lite mat (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; Moe et al., 2007; O'Connor et al., 2014; Reupert et al., 2012).

Frykten og det emosjonelle kaoset ble beskrevet med uttalelser som: «I was very afraid of him» (Ronel & Levy-Cahana, 2011), «And she used to beat my brother as well... this is like my worst memory, ..” (O'Connor et al., 2014). I materialet finner man beskrivelse som viser til at barna «går på nåler”: “You had to be careful” (Reupert et al., 2012) fordi det var mye slåssing og barna måtte takle dette alene. På tross av utfordringene barna opplevde, var deres opplevelse at de ikke ble spurt hvordan det var for dem: «No one has ever asked me how I feel in any of this» (Templeton et al., 2009).

Skole og venner som fristed og arena for konflikt

Det var tydelig at barna i studien hadde et motsetningsfylt forhold til arenaer utenfor hjemmet som kunne være en potensiell støtte i deres konfliktfylte livssituasjon. På den ene side beskrev mange skolen som et fristed (Backett-Milburn et al., 2008; Moe et al., 2007; Templeton et al., 2009). Det var bra å være på skolen

og jobbe med skolearbeid, spesielt ga jenter uttrykk for dette. « simply going to school every day was seen, in itself, as something to hang on to» (Backett-Milburn et al., 2008). Både skolearbeidet i seg selv var positivt for å få tankene bort fra det vanskelige, men også fordi det kunne gi utsikt til en annen tilværelse (Backett-Milburn et al., 2008; Moe et al., 2007; Templeton et al., 2009).

Forholdet til skole ble også beskrevet som komplisert. Flere beskrev at det var vanskelig å konsentrere seg om skolearbeid (Holmila et al., 2011; O'Connor et al., 2014; Templeton et al., 2009; Tinnfalt, Eriksson, & Brunnberg, 2011) på grunn av den kompliserte situasjonen de opplevde hjemme. Skolen kunne være et fristed som nevnt, men også «a place of violence and bullying» (Backett-Milburn et al., 2008). Problemene hjemme kunne få utløp på skolen ved utagering og slåssing, men man var også utsatt for mobbing (Backett-Milburn et al., 2008; O'Connor et al., 2014; Tinnfalt et al., 2011). Et av barna ga uttrykk for at hun håpet non- verbale signaler kunne få læreren til å forstå at noe var galt hjemme (Tinnfalt et al., 2011), at læreren måtte forstå at noe var galt dersom de skulket, var sure/ humørsyke eller gråt. «I rebelled when things were at their worst at home» (Sarah) Tinnfalt 2011.

Å være med og bruke tid med venner ble også sett på som en støtte, og som noe som kunne være til hjelp (O'Connor et al., 2014; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011; Templeton et al., 2009; Tinnfalt et al., 2011). Et av barna (Ronel & Haimoff-Ayali, 2010) beskrev at han brukte mye tid med sin beste venn og hans familie, både for å få trygghet og omsorg, men også for å kunne se hvordan en normal familie så ut. Barna beskrev også at de kunne gå til venner å få mat (Backett-Milburn et al., 2008; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010); «so it was an arranged plan, I'd go there at tea time and stuff and get fed» (Backett-Milburn et al., 2008).

Tross det positive med vennskap, opplevde mange at det var komplisert. Flere beskrev opplevelsen av å leve et unormalt liv (Lopez et al., 2009; Moe et al., 2007; Reupert et al., 2012; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Templeton et al., 2009; Tinnfalt et al., 2011). Det var nettopp denne opplevelsen av å være så annerledes som preget flere beskrivelser. Opplevelsen av å være annerledes gjorde også at man tenkte at venner ikke ville forstå dette. En av dem sa at han snakket med venner om dette, men de kunne ikke relatere seg til hans situasjon (Moe et al., 2007). Andre sa at foreldre noen ganger gjorde det vanskelig for dem å være med venner (Holmila et al., 2011). Likevel, ønsket om å være som de andre er tydelig til stede: «I'm a kid, I want to do kid stuff» (Reupert et al., 2012). Utsagnet sier noe om en opplevelse av å ikke kunne gjøre som andre barn likevel.

Omsorgsoppgaver - « I basically had to look after myself my whole life»

I dette materialet beskriver barna i de fleste artiklene at de har omsorgsoppgaver (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; Lopez et al., 2009; O'Connor et al., 2014; Reupert et al., 2012; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011; Templeton et al., 2009; Tinnfalt et al., 2011). Barna måtte i stor grad ta vare på seg selv, og noen hadde eldre søsken som tok på seg omsorgsoppgaver i forhold til dem. Å ta vare på yngre søsken beskrev barna selv som positivt. Et barn beskrev det som «an island of love» (Ronel & Levy-Cahana, 2011). Barna var tydelig knyttet til søsken og bekymret seg for dem om de valgte å flytte ut av hjemmet (Backett-Milburn et al., 2008). Templeton et al. (2009) beskriver at barna var mer bekymret for søsken og den ikke avhengige forelderen enn for seg selv. Svært mange av barna hadde også husholdsoppgaver, som for eksempel å lage mat og gjøre innkjøp (Holmila et al., 2011; Lopez et al., 2009). Den vanskeligste oppgaven var å ta omsorg for foreldre (Backett-Milburn et al., 2008; Lopez et al., 2009; Reupert et al., 2012; Templeton et al., 2009), noe mange gjorde. «It can be hard to look after her (mum) and (this) puts stress on me sometimes when it is bad» (Reupert et al., 2012). På tross av stresset dette medførte så barna på dette som en meget viktig oppgave.

Barns mestringsstrategier – og hva som var hjelpsomt

Et viktig tema i artiklene som omhandlet barn under 18 år, var mestringsstrategier og hva barna selv opplevde som hjelpsomt. Vi har samlet funnene her i Tabell 3.1.3. I denne matrisen valgte vi artikkelen til (Tinnfalt et al., 2011) som indeksartikkel, da denne hadde mange viktige punkter i å forstå hva barna opplevde som hjelpsomt i deres livssituasjon.

Tabell 3.1.3. Barns (under 18 år) mestringsstrategier og hva som var hjelpsomt

	Tema A	Tema B	Tema C
<p>Våre oversettelser</p> <p>Studie (Aldersgruppe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mestringsstrategier i hjemmet. Håpet om en stabil familie. Et godt liv er å være trygg. Annen forelder som buffer Den avhengige innrømmer problemet Søke relasjon ved å ruse seg sammen med forelder 	<ul style="list-style-type: none"> Tilgang til sikre steder utenfor hjemmet Drømmer/ ønsker for fremtiden slekt, signifikant annen voksen noen å stole på/ sterk voksen 	<ul style="list-style-type: none"> Risikovurdering: Er den voksne til å stole på om jeg forteller? Dilemma –åpenhet versus holde skjult Ikke all «hjelp» er hjelpsom
Tinnfalt 2011 (12-19)	Dersom den voksne innrømmer et alkoholproblem var det lettere for barnet å være åpen om dette. Det var lettere å fortelle om situasjonen dersom forelder tenkte at barnet trengte hjelp og støtte	Voksne som faktisk spør om hjemmesituasjonen er viktige. Lærere, sosialarbeidere, familiemedlemmer kan være støttende, og eldre søsken	Gjør en risikovurdering av den voksne før de forteller om situasjonen. Trenger å være sikre på at den voksne vil ta problemene på alvor og er til å stole på. En risiko å bli tatt ut av hjemmet. Barna ønsker å være med å ta avgjørelser om hva som skal skje. «I wasn't allowed to take part of the whole process. It was about me but I wasn't allowed to take part"
Backett-Milburn 2008 (15-27)	Rømmer / gjemmer seg på rommet og gråter. Ser på TV. Hvilke strategier barna velger er avhengig av hvilke steder og muligheter som er tilgjengelige for dem	Ha mulighet til å gå til nære venner, hjelpsomme naboer, eller støttende slektninger viste seg som svært viktig. Man følte seg ivaretatt. Å snakke lettet på smerten	Det var varierende om barna tenkte at det å snakke om ting hjalp dem. Stolte ikke alltid på den potensielle kilden til støtte som slektninger kunne representere, da de også kunne være kritiske
Moe 2009 (7-13)	Et godt liv er å være trygg og kunne stole på deg selv. Den avhengige som negativ rollemodell: "Well, he doesn't want to end up like his mom and stuff"	Å ha noen å snakke med. Et sted man kan komme til. "To express your feelings and have someone you can trust"	
O'Connor 2014 (14-18)	Hjelp til kunnskap og forståelse for foreldres misbruk var viktig. Bedre relasjon til foreldre om de sluttet å ruse seg. «He finished taking the stuff he took and he's like easier to get on with"	Holder seg borte fra hjemmet når det er mye kaos og konflikt. Flyttet hjemmefra så fort de kunne. Verdsetter profesjonelle som er vennlige: "„She gave me her home number and I can ring anytime from 9 to 5"	Mange flyttinger, ulike omsorgspersoner og bytte av skoler
Ronel 2011 (14-22)	Dersom den ikke avhengige forelder/ mor opplevs som sterk, kunne det beskytte dem. Å føle seg sterkere enn den avhengige beskyttet. Søke nærhet til den avhengige: "I wanted to know what feeling it	Slektninger kunne være støttende og beskyttende. Søkte oppmerksomhet og beskyttelse i subkultur på gata. En slags familie	Ikke avhengig forelder/ mor som ungdom opplevde svak, kunne ikke beskytte dem

	(drug) gave you that you loved it so much and could give me up”	«This is a world I felt strong in, a world that accepted me.. they always took care of me”	
Reupert 2012 (8-15)	Ønske om å gjøre hyggelige ting sammen. Måtte være «snille» så ikke forelder ble sint “Mum needs to stop taking drugs“	Hjelper noen ganger å komme seg ut av huset, og treffe venner Noen ganger hjelper det å snakke. Getting out of the house helps”	“I can talk to people, but it doesn't really help”
Templeton 2009 (12-18)	Støtte fra ikke drikkende forelder. Eller fanget i egne problemer uten tid for barna. Strategier: Holde avstand, gå på rommet, lufte hunden, krangle eller sloss med forelder, resignasjon Ønske om at den avhengige slutter å drikke	Støtte fra familie, venner profesjonelle, eldre søsken eller kjæreste	Å bli fortalt at man må flytte hjemmefra. Ikke alle visste hvor de kunne gå for å få hjelp Profesjonelle som ikke vil hjelpe eller som ikke vet hvordan de skal hjelpe. «..It is more helpful if they don't try to sort it out for you”
Ronel 2010 (14-22)	Håpet og lengsel etter et stabilt hjem! Den som ungdommen oppfattet som sterkest av foreldrene hadde mest innflytelse. “My mother was very significant... she held the whole family together”	Fikk støtte og beskyttelse fra utvidet familie: Tanter, onkler, besteforeldre, søsken, stefar	Når utvidet familie hadde et ønske, men manglet kjærlighet og det emosjonelle grunnlaget for støtte. Beundret og så opp til den avhengige forelder “My mum was depressed for a long time because of dad“
Lopez 2009 (14 – 17)	Foreldre introduserte jentene for stoff første gang. Strategi for å komme nærmere foreldre som ellers var emosjonelt utilgjengelige. “I was daddy's little girl, but I believe that the only thing that united us was doing drugs together”.	Har lært av foreldres feil. Ønsker ikke at egne barns skal oppleve det samme “It ain't about me no more, it's about my daughter”	Forelder beskytter ikke og deres venner ikke til å stole på.
Holmila 2010 (12-18)	Unngåelse: Gå på rommet, søke trøst hos kosedyr, skru musikken høyt, skrive, spise søtsaker, ruse seg. “If the drinker was in good treatment, there would no longer be so many worries and difficulties”	Få hjelp av venner, slektninger eller profesjonelle Å kunne flytte ut hjemmefra i perioder. Ha mulighet til å sove i fred om natten “The children should be encouraged to talk about it in the school. One cannot fight (these problems) alone in the long run”	Andre kan ikke eller vil ikke forså situasjonen. Vil ikke fortelle, redd for å blir utstøtt. “One is not allowed to talk about such things to others”. “One should be able to tell everything just as it is, without having to fear of being taken into an orphanage”

Håpet om en stabil familie - Et godt liv er å være trygg

I beskrivelsene barna hadde av sin livssituasjon kunne man lese et håp om endring. Det store temaet for barna var deres søk etter nærhet og kjærlighet. Håpet kunne være noe som barna opplevde her og nå. For eksempel opplevde noen av barna at den ikke-avhengige forelder, ofte mor, hadde en beskyttende rolle og var sterk nok til å holde familien samlet (Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011; Templeton et al., 2009). I disse tilfellene så barna på den ikke-avhengige som en positiv rollemodell de kunne relatere til (Lopez et al., 2009; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011). Dersom den ikke-avhengige forelder opplevdes som svak, valgte noen barn heller den avhengige forelder som rollemodell, og sto da i fare for å selv å begynne å ruse seg. Savnet etter nærhet og kjærlighet kunne også

være en grunn til at man valgte å ruse seg sammen med den avhengige forelderen: «I wanted to know what feeling it (drug) gave you that you loved it so much and could give me up»! (Ronel & Levy-Cahana, 2011). Dette sa en av ungdommene i samtale med sin rusavhengige mor. Lopez beskriver det at unge jenter ruser seg sammen med en forelder, og mener det kan forklares som en relasjonell strategi for å komme nær spesielt fedre som opplevdes emosjonelt utilgjengelige (Lopez et al., 2009).

For andre var den avhengige forelderen en negativ rollemodell (Lopez et al., 2009; Moe et al., 2007; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011), noe man ikke ønsker å bli lik: «well, he doesn't want to end up like his mum and stuff» (Moe et al., 2007).

Som nevnt i kapittel om kaos og frykt opplevde barna ensomhet og mange hadde ikke noen å gå til eller å snakke med om problemene (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; Moe et al., 2007). Det kom tydelig fram i disse artiklene at barnas mestringsstrategier i stor grad var styrt av de løsningene de så var mulige her og nå: «childrens agency constrained by the spaces and places available to them» (Backett-Milburn et al., 2008). Det å ikke si ifra for å unngå å irritere var en strategi noen valgte: «Sometimes he (dad) loses his cool more than other dads.... you have to not argue, and just take it» (Reupert 2011) Dette var en måte å unngå konflikter på, andre ganger var barnas løsninger å unngå situasjonen - «escaping to the room, watch TV, and cry» (Backett-Milburn et al., 2008). Slike løsninger førte ikke til at man helt kunne fjerne seg fra det vanskelige. Noen barn valgte å fjerne seg fra situasjonen når den ble ubehagelig, ved å gå tur med hunden eller sove et annet sted. (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; O'Connor et al., 2014; Reupert et al., 2012; Templeton et al., 2009). Disse løsningene var basert på mestringsstrategier barna valgte i tilknytning til hjemmet. De hadde kanskje enda et håp om endring.

Barna håpet at den avhengige skulle slutte å ruse seg og komme i behandling (Holmila et al., 2011; O'Connor et al., 2014; Reupert et al., 2012), slik at man igjen kunne være en vanlig familie og gjøre hyggelige ting sammen. Noen av barna mente det var viktig å få hjelp til dette utenfra (Tinnfalt et al., 2011). For å kunne ta imot hjelp utenfra sa barna at det var helt avgjørende at den avhengige faktisk innrømmet at de hadde et rusproblem. I tillegg sa noen av barna at dersom den voksne tenkte at barnet hadde behov for hjelp, var det mye lettere for dem å snakke om problemene (Tinnfalt et al., 2011).

Tilgang til sikre steder utenfor hjemmet

Noen av barna sa at det at andre voksne stilte spørsmål om hjemmesituasjonen, var avgjørende for å kunne be om hjelp (Tinnfalt et al., 2011). Andre sa at skolen burde oppfordre elever med disse problemene å snakke, for «one cannot fight (these problems) alone in the long run» (Holmila et al. 2011). Flere av barna var tydelige på ønsket om å komme bort fra situasjonen, og å ha et sikkert sted de kunne gå, når det ble vanskelig (Backett-Milburn et al., 2008; Moe et al., 2007; O'Connor et al., 2014; Reupert et al., 2012; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Templeton et al., 2009). De beskrev viktigheten av andre voksne de kunne gå til når situasjonen ble for vanskelig. Det kunne være onkler, tanter, besteforeldre, eldre søsken, kjærester, foreldre til venner, lærere og andre profesjonelle (barnevern, politi osv.), eller bare gode naboer som tok imot dem og ga dem omsorg, mat, kjærlighet og en mulighet til å snakke om situasjonen (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; Moe et al., 2007; O'Connor et al., 2014; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Templeton et al., 2009). Noen sa det så enkelt: «getting out of house helps» (Reupert et al., 2012). De ønsket seg et annet sted å bo i perioder når det var vanskelig hjemme og noen ønsket seg å bo permanent et annet sted (Holmila et al., 2011; Reupert et al., 2012).

Støtten i venner er beskrevet over. Hos venner kunne barna også finne et sikkert sted (Backett-Milburn et al., 2008; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Templeton et al., 2009). Ønsket om et sikkert sted hadde sitt

utspring i et håp om et mer stabilt og trygt liv. Barna bar på et håp om ro og trygghet: «being able to sleep in peace» (Holmila et al., 2011).

Risikovurdering: Er den voksne til å stole på om jeg forteller?

Helt sentralt for barna var det å kunne stole på voksne som de fortalte om sin situasjon. Barna i Tinnfalt et al. (2011) sitt materiale beskrev hvordan de gjorde en risikovurdering av potensielle voksne. Kunne de stole på at de virkelig ville hjelpe om de fortalte om sin situasjon? Barna sa at de måtte føle seg sikre på at de voksne faktisk ønsket å hjelpe dem. Noen hadde opplevd å bli møtt med blandende følelser når de fortalte om sin situasjon og at de ikke opplevde å få hjelp. Mange av barna ga uttrykk for at det var svært varierende om det hjalp noe å snakke om situasjonen (Backett-Milburn et al., 2008; Reupert et al., 2012; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Templeton et al., 2009). Et av barna uttrykte det på følgende måte: «I can talk to people, but it doesn't really help» (Reupert et al., 2012). I en studie beskrev barn hvordan familiemedlemmer fra utvidet familie ga uttrykk for at de ønsket å hjelpe, men de hadde allikevel ikke det som skulle til emosjonelt for at barna opplevde at de var til hjelp (Ronel & Haimoff-Ayali, 2010). Noen opplevde at hjelpen aldri var uten forbehold (Backett-Milburn et al., 2008). Det var vanskelig å gi uttrykk for problemer, for da kunne man risikere å bli flyttet mot sin vilje (Templeton et al., 2009; Tinnfalt et al., 2011). Dette gjaldt både flyttinger ut av hjemmet og tilbake til hjemmet når man hadde vært plassert et sikkert sted (O'Connor 2014). I denne sammenheng ga barna uttrykk for at de var skjult og forsømt av hjelpere - «hidden and neglected by services» (Holmila et al., 2011). Barna manglet tillit til at de som kunne tilby støtte, og fryktet at de kunne ta avgjørelser som førte til at situasjonen ble verre (Backett-Milburn et al., 2008; Templeton et al., 2009; Tinnfalt et al., 2011). Barna hadde et tydelig ønske om å bli tatt med i avgjørelser som omhandlet dem. De var redd for at voksne tok avgjørelser uten å ta dem med i planleggingen (Tinnfalt et al., 2011). På tross av denne skepsis hos barna til å snakke om situasjon, sa flere også at det hjalp å ha noen å snakke med både profesjonelle og familie, venner (Moe et al., 2007; O'Connor et al., 2014; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Templeton et al., 2009; Tinnfalt et al., 2011). Noen sa også at grupper for barn, der en kunne snakke med og få støtte fra andre i tilsvarende situasjon og hvor en kunne få kunnskap om rusavhengighet var til hjelp (Moe et al., 2007; Tinnfalt et al., 2011).

3.1.2. Voksne barn av – refleksjoner over barndom i voksenliv

I studiene fant vi et klart skille mellom hvordan barn under 18 år beskrev sine erfaringer og hvordan voksne barn av foreldre med rusproblemer reflekterte over sine barndomserfaringer og hvilke konsekvenser det hadde for deres liv i voksen alder. Det var derfor naturlig å analysere studiene med voksne informanter for seg (Tabell 3.1.4). Vi valgte (Haverfield & Theiss, 2014) som indeksartikkel i denne matrisen.

Tabell 3.1.4 Livssituasjon – Voksne barn erfaringer og opplevelser

	Tema A	Tema B	Tema C	Tema D
Våre oversettelser	<ul style="list-style-type: none"> • Giftige omgivelser • Følelsesmessig og materiell forsømmelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Psykisk uhelse- mistilpasning • Strever med å plassere negative 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiehemmeligheter/ Dobbeltliv • En kamp for å opptre normalt 	<ul style="list-style-type: none"> • Håndtering av situasjonen • Løsninger/

Studie (Aldersgruppe)	<ul style="list-style-type: none"> • Vold/overgrep, • Frykt • «18 år i helvete» 	følelser/ =vansker med følelsesregulering <ul style="list-style-type: none"> • «I feel like a child trying to interact in an adult world» 	<ul style="list-style-type: none"> • Uklar kommunikasjon innad og utad • Slekt og fiktiv slekt åpner opp for å snakke 	<ul style="list-style-type: none"> • Håndtering av livssituasjonen annen/voksen
Haverfield 2014 Voksne	Giftige omgivelser og utrygghet. Bagatellisere og undervurdere barna når de gir uttrykk for følelser. "Things are still traumatic"	Ikke føle seg verd å elske. Ikke føle seg trygg. Såret og sint. Problemer med nære relasjoner. "I feel like a child trying to interact in an adult world"	Forsto hvor dysfunksjonell familiesituasjonen hadde vært. "Words like "love", «happiness", "help" and "forgiveness" I learned from them...When I grew up I still had those incorrect definition stuck to me like parasites"	Fjerne seg fra familien. Nettstedet gir barn av alkoholikere mulighet til å praktisere kommunikasjon på et trygt sted og diskutere skyld og frykt uten å bli gjenkjent
Hall 2008 (20-40)	Emosjonelt utilgjengelige foreldre. Kaotiske hjem. Mer desorganisert om det var mor som var alkoholiker. "Growing up I was never real close to my mother; I couldn't talk to her"	Opprørsk, rømmer hjemmefra, ungdomsfengsel, begynner å ruse seg. Smertefulle minner om foreldres utilgjengelighet	Slekt eller fiktiv slekt ga råd og hjelp til å løse problemer, "My school teacher was influential in getting me to open up about things happening in my house"	Alternative relasjoner som oppstår ved at andre voksne kan bidra med fysisk og emosjonell støtte. "She was nice for no reason"
Hall 2007 (31- 41)	Kaotiske hjemmeforhold, fattigdom. Fravær av relasjon med forelder. Emosjonell belastning	Flere får atferdsproblemer. Ruseksponering, manglende evne til å stole på og inngå i intime relasjoner	Afrikansk- Amerikanske familier har mer tradisjon for å benytte seg av "flere mødre". Og er sosialisert til å leve i gjensidig avhengighet. Identifiserte minimum fem slekt eller fiktive slektninger de var knyttet til i barndommen	Andre familiemedlemmer kan bli tilknytningspersoner Slektskaps relasjoner fungerer som beskyttende faktorer og kan fremme resiliens.
Werner 2016 (24- 54)	Et hverdagsdrama med spenninger, trusler og anklager. Den avhengige terroriserte og manipulerte familien. «He calls you lazy and selfish, making him the only person in service, while you are like hell and the devil's kid"	Et dilemma for barna å avdekke vanskelighetene i familien. Dilemmaer og belastninger. Usikkerhet og utrygghet ble skapt	Familie hemmeligheter. Følte seg forrådt av den andre forelder som kunne bagatellisere problemet og unnskyldte forelder som drakk «I was Home Secretary as well as Minister of Foreign Affairs and put everything in order for my mother to prevent this bad attitude"	Barna kjempet for å gjenopprette sosial orden i familien og å oppføre seg normalt
Bønnhoff 2014 Voksne	Krigsøner både følelsesmessig og konkret	Følelsenes krig Skammen og stemplet i pannen, var verre enn drikkingen	Teaterfasen, utspilles særlig i barndommen, fasade utad. Voksenlivet mer oppriktig. gradvis fjerning av teatermaske	Prøver å gjøre foreldrene rusfri. Veien fra teaterspeiling til å innta en mer oppriktig og nyansert forhold til seg selv og foreldrene er kjernepunkter som voksen

Jarvinen 2015 (39 år i gjennomsnitt)	Seksuelt misbruk, vold og utrygghet. "18 years in hell... they did not know how devastating my situation was, if only they had known they would have removed me immediately"	Noen utviklet alkoholproblemer selv. "It's not natural to start being a parent for your own parents"	Drikking som sosial betinget fenomen: Helt normalt å være alkoholiker. She always tried to conceal it. Our home was boxed off, isolated from other people"	Noe enklere for de som forklarte drikkingen som resultat av sosial setting. "I always felt that my life could not begin before I got away from them"
---	---	---	---	---

Giftige omgivelser

Sammenlignet med barna under 18 år som fortalte sine historier, hadde de voksne barna sterkere ord for situasjonen de opplevde i oppveksten; begreper som «toxic environment» (Haverfield & Theiss, 2014), og «krigssoner» (Bönnhoff & Larsen, 2014). Selv om ordbruken var sterkere beskrev de voksne mye av den samme situasjonen som barna beskrev. De beskrev kaotiske hjem, et liv i fattigdom, med vold, seksuelt misbruk, frykt og utrygghet. En av informantene kalte det «18 år i helvete» (Jarvinen, 2015). Det de voksne i større grad gjorde, var å beskrive den følelsesmessige belastningen. De bruker ord som «emotional distress» (Hall, 2007), beskrev foreldre som emosjonelt fraværende (Hall, 2008), og at foreldrene kunne være nedlatende eller bagatelliserende når barna ga uttrykk for følelser (Haverfield & Theiss, 2014). De beskrev at den rusavhengige forelderen terroriserte og manipulerte familien (Werner & Malterud, 2016). I tillegg hadde de mange historier om å måtte være foreldre for sine foreldre, noe de som voksne tenkte hadde vært feil: «Children should never be «parents» for their alcoholic parents» (Jarvinen, 2015).

«I feel like a child trying to interact in an adult world»

De voksne barna beskrev hvordan de på ulike plan strevde med å takle livet. Som overskriften sier, det var vanskelig å opptre som voksen. De følte seg usikre, ikke verd å elske, redd for å være alene og hadde problemer med følelsesregulering og nære relasjoner (Haverfield & Theiss, 2014). De beskrev at de både før og nå måtte være foreldre for sine foreldre (Haverfield & Theiss, 2014; Jarvinen, 2015).

Noen så tilbake på en ungdomstid der de gjorde opprør, hadde atferdsproblemer, rømte hjemmefra og begynte å ruse seg (Hall, 2007, 2008; Haverfield & Theiss, 2014; Jarvinen, 2015).

Alle dilemmaene, utfordringene og presset de opplevde i familien hadde skapt denne utryggheten og usikkerheten og de opplevde at de ikke kunne fortelle om problemene (Jarvinen, 2015; Werner & Malterud, 2016). Det ble erfart som «følelsenes krig» (Bönnhoff & Larsen, 2014). I tillegg opplevdes skammen som et «stempel i pannen» (Bönnhoff & Larsen, 2014).

Familiehemmeligheter og en kamp for å opptre normalt

«Others did not know how devastating my situation was» (Jarvinen, 2015). Den vanskelige situasjonen skulle ikke snakkes om. Rusmisbruket var en familiehemmelighet og den måtte ikke røpes, Det ble et dilemma for barna som hadde behov for hjelp, men ikke kunne snakke om det (Bönnhoff & Larsen, 2014; Jarvinen, 2015; Werner & Malterud, 2016). Werner and Malterud (2016) beskriver denne situasjonen som et dagliglivets drama som utspilles foran og bak «scenen». Problemene knyttet til rusmisbruket utspiltes bak «scenen» i familielivet, men foran «scenen» utad i forhold til venner, familie, skole osv. skulle man gi inntrykk av å være en vanlig familie. Noen følte seg forrådt av den rusfrie forelderen som dekket over og ikke satte ord på problemene eller ville se alvoret i situasjonen. Bönnhoff and Larsen (2014) beskriver

situasjonen i barndommen som «teaterfasen», man spiller en rolle og har en fasade. Fasaden var viktig både på grunn av skammen det innebar å bli avslørt utad, men også fordi barna ikke ønsket å avsløre foreldrenes selvbedrageri.

Når man blir voksen, kan en være mer oppriktig og det er da mulig å fjerne teatermasken. I materialet til Haverfield and Theiss (2014) beskrives at det først var i voksen alder at de forsto hvor dysfunksjonell deres familie hadde vært og at de aldri hadde lært den rette meningen av ord som kjærlighet, lykke, hjelp eller tilgivelse.

Interessant i denne sammenhengen er at selv om de afroamerikanske collegestudentene også beskrev kaotiske hjem og problemer med å kommunisere med sine foreldre som var emosjonelt utilgjengelige, søkte de allikevel i større grad alternative omsorgspersoner i slekt eller fiktiv slekt (Hall, 2007, 2008). De opplevde ikke den samme forpliktelsen til å holde situasjonen i foreldrehjemmet skjult, og forfatterne knytter dette opp mot at man i afroamerikansk kultur har mer tradisjon for å benytte seg av flere «mødre» og var i større grad sosialisert til å leve i gjensidig avhengighet.

Håndtering av situasjonen

De voksne beskrev hvordan de som barn fant ulike måter å håndtere situasjonen på. Flere beskrev det som en kamp for å opprettholde en slags orden og gi inntrykk av normalitet (Werner & Malterud, 2016). I det lå også at de prøvde å gjøre foreldrene rusfrie (Bönnhoff & Larsen, 2014). Ønske om normalitet kunne være til hinder for at barna fikk hjelp. Barna ble så flinke til å holde problemene skjult at det var kanskje ingen som visste at de trengte hjelp (Werner & Malterud, 2016).

Noen beskrev at løsningene lå utenfor hjemmet. De beskrev viktigheten av andre voksne som brydde seg (Hall, 2007, 2008; Haverfield & Theiss, 2014). Å tilbringe tid med andre slektninger eller voksne som brydde seg, «kin and fiktive kin» var til hjelp (Hall, 2007, 2008). De afroamerikanske collegestudentene var selv aktive, for å finne og oppsøke slektninger eller andre voksne som kunne gi dem både emosjonell og konkret støtte. De oppga alle at de hadde mellom 5 og 10 personer som de var knyttet til og som kunne støtte dem. Det kan tenkes at afroamerikanske barn har lettere for å bruke den ressursen den utvidede familien representerer og derfor lettere finner støttepersoner i det utvidete familiesystemet.

Flere sa at det var ikke før de kom seg bort fra hjemmet at de følte at det gikk bedre (Hall, 2008; Haverfield & Theiss, 2014; Jarvinen, 2015), en av deltakerne i Jarvinen (2015) uttrykte det slik: «I always felt that my life could not begin before I got away from them». Når man fikk ting på avstand, kunne man også søke annen hjelp. Nettsteder for barn av rusavhengige kunne være et sted hvor man kunne dele de vanskelige erfaringene og oppleve at man fikk hjelp til å håndtere situasjonen. At dette var anonymt slik at man ikke kunne identifiseres opplevdes viktig (Haverfield & Theiss, 2014).

3.1.3 Fortolkende oppsummering om barnas opplevelser

Både barna som var under 18 år da studien ble gjennomført og voksne barn av rusavhengige beskriver en oppvekst med kaos og frykt preget av fysisk/ psykisk vold og overgrep. Dette er kjent fra andre studier, men det blir ekstra tydelig når en ser artiklene samlet. Artiklene til Moe et al. (2007) og Tinnfalt et al. (2011) har ikke slike beskrivelser. Men her er fokus på resiliens og mestringsstrategier, ikke på livssituasjonen. Dette funnet tilsier at barn av rusavhengige er i en ytterst kritisk livssituasjon og at de trenger hjelp til å håndtere hverdagen. Vi finner på tross av dette at både barn og voksne barn oppgir at de ikke har noen å gå til (Holmila et al., 2011; Lopez et al., 2009; Moe et al., 2007; Templeton et al., 2009; Werner & Malterud, 2016). De er mye alene om bekymringer, og mange lever også i en lukket familieatmosfære der det er

viktigere å holde fasaden enn at barna og den rusavhengige får hjelp. Flere av barna beskriver dette som deres prosjekt å passe på at situasjonen ikke oppdages, at «maskene faller». (Bönnhoff & Larsen, 2014; Jarvinen, 2015; Werner & Malterud, 2016). De mestringsstrategiene som finnes i denne situasjonen er å gjemme seg på rommet og gråte eller gå tur med hunden (Backett-Milburn et al., 2008; Templeton et al., 2009).

Vi finner her en forskjell i materialet som omhandler barn under 18 år og de som er blitt voksne når studien gjennomføres. Barna under 18 år har i større grad et håp om en endring. Selv om de bare kan gjemme seg på rommet, har de et håp om en stabil familie og at situasjonen skal endre seg. De har et håp om at den rusavhengige kommer i behandling og slutter å drikke, og at de igjen som familie skal kunne gjøre hyggelige ting sammen. Behovet for nærhet og omsorg er en del av dette håpet. For noen kunne den ikke avhengige andre voksne være en stabil og omsorgsfull person som ga denne omsorgen. Men flere beskriver den ikke-rusavhengige forelderen som svak (Lopez et al., 2009; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011) og i noen av disse tilfellene søker barna nærhet og omsorg hos den rusavhengige, noe som innebærer at de velger å ruse seg sammen med den avhengige. Lopez et al. (2009) beskriver dette som en strategi for å oppnå nærhet. For noen av disse barna var det også et ønske om å forstå hva det var med rusen som var så attraktivt at den ble viktigere enn å være sammen med og gi omsorg til dem. Behov og ønske om å forstå den avhengige er også et tema som barna er opptatt av. I artiklene til Moe et al. (2007) og Templeton et al. (2009) er dette sentralt og beskrives av barna som en del av deres opplevelse av mestring. Ved å forstå hva avhengighet er, tenker de at de kan håndtere livet med avhengig forelder bedre.

I materialet med voksne barn av rusavhengige, ser vi i mindre grad at de øyner et håp om endring i livssituasjonen. Det er også i liten grad tema i deres beskrivelser. De voksne beskriver som nevnt hvilke problemer foreldrenes rusbruk har ført med seg for dem i voksen alder. På den ene side beskriver de at det ikke har skjedd en endring. Den avhengige forelder fortsetter å skape trøbbel i voksenlivet. Dette skjer enten ved at de voksne barna sitter igjen med en emosjonell bagasje de ikke helt klarer å håndtere, eller konkret ved at foreldrene fremdeles påvirker og blander seg inn i barnas liv (Haverfield & Theiss, 2014; Jarvinen, 2015). På grunn av denne opplevelsen av manglende endring ser noen det som den eneste løsning å komme seg lengst mulig bort fra foreldrene og deres innflytelse.

De voksne tematiserer dilemmaer de opplevde med å avdekke problemene i familien. På tross av vold, trusler og manipulering søkte ikke barna hjelp utenfor familien. Noe av dette kan forklares med lojalitet til foreldre, men barna ønsker heller ikke for egen del å avdekke hemmeligheten i familien (Bönnhoff & Larsen, 2014; Werner & Malterud, 2016). De brukte store ressurser på å vedlikeholde en idealisert versjon av familien.

I materialet som omhandler voksne barn av alkoholikere var det bare de afroamerikanske studentene (Hall, 2007, 2008) som søkte hjelp og omsorg hos andre voksne, primært fra utvidet familie. Dette var voksne de i mange tilfeller «valgte» selv og mente de kunne stole på. Det kan være en kulturell dimensjon i dette funnet og at barn med annen kulturell bakgrunn i større grad kan ha mulighet til å søke støtte og hjelp i den utvidede familie.

I studiene der deltakerne er barn under 18 år, beskrives barna at både venner og andre voksne kan være til hjelp og støtte. I Tinnfalt et al. (2011) sier barna at det er lettere å be om hjelp om den rusavhengige innrømmer sitt misbruk og dersom den voksne ser at barnet trenger hjelp. Samtidig tematiserer de om det virkelig hjelper å snakke med noen utenfor familien. De kan snakke med venner, men venner klarer ikke alltid å forstå situasjonen slik den er (Moe et al., 2007). De er også i tvil om de virkelig kan få hjelp om de

forteller om sin situasjon (Backett-Milburn et al., 2008; Reupert et al., 2012; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Tinnfalt et al., 2011).

Noen av barna sier at før de kan be om hjelp må de gjøre en **risikovurdering** av den voksne (Tinnfalt et al., 2011). De må ha tro på at den voksne tåler å høre på dem og virkelig ønsker å hjelpe. Hva er risikoen barnet utsetter seg for ved å fortelle? Barna opplever at det er voksne som sier de vil hjelpe, men som likevel ikke opplever at bryr seg, og at dette er en ekstra belastning. De kan også tilby hjelp som barna selv ikke opplever er hjelpsomt (Backett-Milburn et al., 2008; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Templeton et al., 2009; Tinnfalt et al., 2011). En av risikoene ved å snakke med andre voksne om problemene, slik barna forklarer det, er at man blir flyttet ut av hjemmet (Templeton et al., 2009; Tinnfalt et al., 2011). Dette oppleves av noen som en trussel. Andre barn velger selv å være borte fra hjemmet og beskriver dette som er god løsning (Backett-Milburn et al., 2008; Reupert et al., 2012; Ronel & Haimoff-Ayali, 2010; Templeton et al., 2009; Tinnfalt et al., 2011). I studiene ser en de voksenpersonene som barna velger å snakke med, karakteriseres av å være ærlige, uten baktanker eller forbehold. Funnene viser at barna har klare formeningene om hva de selv har behov for og trenger i situasjonen. Barna ønsker ikke at det tas avgjørelser om dem uten at de får være med og si sin mening, og at de er aktører i eget liv. Et eksempel på dette er de voksne barna som ser tilbake, og beskriver en aktiv prosess der de selv fant eller valgte voksne de kunne stole på og som hjalp dem til å mestre den vanskelige situasjonen (Hall, 2007, 2008).

3.2 Hvordan foreldres rusproblemer virker inn på barns liv

3.2.1 Oversikt over studier

Sammendrag av kapittel 3.2.1: Studier om hvordan foreldres rusproblemer virker inn på barns liv

Vi har analysert 63 artikler fra 43 kvantitative studier med til sammen 898 626 barn (fra 88 til 740 619). I alle studiene sammenlignes barn av foreldre med rusproblemer enten med den generelle populasjonen, eller med en kontrollgruppe på ett tidspunkt eller over tid. Det er 21 prospektive kohortstudier, 11 kasus-kontroll studier, 9 tverrsnittsstudier og 2 retrospektive kohort studier. 23 studier gjelder alkohol, 16 gjelder illegale rusmidler, og 3 gjelder begge deler. I de fleste studiene kan det være enten mor eller far som ruser seg, men det er flest artikler om fars rusproblemer. Studiene fokuserer i hovedsak på problemer/risikofaktorer og i mindre grad på ressurser/beskyttende faktorer.

Vi søkte videre etter kvantitative studier som omhandlet dimensjoner ved livet til barn av foreldre som har vokst opp med foreldre med ruslidelser og rusproblemer. Med våre inklusjons- og eksklusjonskriterier fant vi 63 artikler basert på data fra 43 studier. Tabell 3.2.1 viser en oversikt over disse 63 artiklene.

Kjennetegn ved studiene. Vi begrenset i utgangspunktet søket vårt geografisk og kulturelt til vestlige høyinntektsland. I forhold til geografisk spredning, er det 44 artikler (basert på 23 studier) fra USA, 17 artikler fra europeiske land (herav 2 fra Norge), 1 artikkel fra Israel og 1 artikkel fra Australia. Alle studiene har en kontrollgruppe eller en referansegruppe som det sammenlignes med. Når det gjelder design finner vi samlet sett 21 prospektive kohortstudier, 11 kasus-kontrollstudier, 9 tverrsnittsstudier og 2 retrospektive kohortstudier.

Studiene omfatter til sammen 898 626 barn. Antall deltakere i studiene varierer fra 88 til 740 619, der den siste er en stor nasjonal registerstudie. Median antall deltakere i studiene er 386. Barnas alder er fra 1 år til

18 år. Gjennomsnittsalder når utfall er målt i studiene, er 12 år og med median på 13 år. Hovedvekten av resultatene i studiene er altså om eldre skolebarn. Fordelingen på barnas kjønn i studiene er samlet sett nokså lik, slik tabell 3.2.1 også viser.

Studier om både alkohol og illegale rusmidler. 23 studier gjelder rusproblemer knyttet til alkohol, 16 gjelder illegale rusmidler, og 3 gjelder både alkohol og illegale rusmidler. Det er både studier som baserer seg på diagnostiske vurdering av avhengighet, og studier som direkte eller indirekte vurderer at det foreligger skadelig bruk (jfr. mål på foreldres rusproblemer i tabell 3.2.1.). I de fleste studiene kan det være enten mor eller far som ruser seg, men 9 artikler fokuserer eksklusivt på fars rusproblemer og 5 artikler eksklusivt på mors rusproblemer. Noen studier gjelder barn i familier der begge foreldrene ruser seg.

Studiene dekker til sammen mange sider av barns livssituasjon. Denne kunnskapsoppsummeringen har hatt som mål å undersøke rusproblemenes virkninger på barns liv mest mulig bredt (jfr. søkestrategien). Dette inkluderer både barnas helsetilstand og rusatferd, og belastninger barna blir påført i form av stress, traumer, forsømmelse og overgrep, samt andre sosiale forhold. Vi ønsket også å få informasjon om barns fungering og mestring på de ulike arenaer der de deltar. Det varierer om studiene har fokus på problemer/risikofaktorer og/eller ressurser/beskyttende faktorer. Samlet sett er det allikevel fokuset på problemer/risikofaktorer som dominerer.

Tabell 3.2.1 viser at det er flest artikler om barns psykiske helse; med 28 artikler om eksternaliserende symptomer og 21 artikler om internaliserende symptomer. Barn og unges rusatferd er tema i 17 artikler. Sju artikler omhandler vold og kriminalitet, 15 artikler barns sosiale forhold og sosial tilpasning, og 4 artikler omhandler barns fysiske helse. Resultatene for artiklene på de ulike områdene omtales i egne underkapitler etter oversikten i tabell 3.2.1. Tabellen viser også totalskåren på Hawkers sjekkliste for kvaliteten på de enkelte artiklene, og artiklene listet opp alfabetisk på førsteforfatter og gruppert etter studier.

Tabell 3.2.1 Studier om barn og unge (1 – 18 år) som vokser opp med foreldre med rusproblemer

Tabell 3.2.1		Beskrivelse av studiene					Utfall som måles					
Studie (Hovedstudie) (Land)	Design, tema	Utvalg (Alder) Gutter%	Kvalitet skåre	Forelder som ruser seg	Type rus-middel	Mål på foreldres rus-problem	Fysisk helse	Eksternaliser.	Internaliser.	Rusbruk	Vold, kriminal.	Sosialt
Barnow 2007a (USA)	Prospektiv kohortstudie: Oppmerksomhetsproblemer hos barn i familier med alkohollidelser	88 (7-17) 50%	24	Far	Alkohol	SSAGA		Ja				
Barnow 2007b (Tyskland)	Kasus-kontrollstudie: Atferdsproblemer hos barn, fars alkohollidelser og antisosiale personlighetsforstyrrelser	340 (13-17) 47%	31	Far	Alkohol	SSAGA		Ja				
Berg 2016 (Sverige)	Randomisert kontrollert studie: Skoleprestasjoner hos barn, foreldres alkohollidelser og psykiske helse	74 0618 (0-16) 51%	35	Far Mor	Alkohol	Innleggelse						Ja
Bijttebier 2006 (Belgia)	Kasus-kontrollstudie: Foreldres drikking, familiemiljøet og barns	207 (10-14) 52%	30	Far Mor	Alkohol	CAST			Ja			Ja

Tabell 3.2.1		Beskrivelse av studiene					Utfall som måles					
Studie (Hovedstudie) (Land)	Design, tema	Utvalg (Alder) Gutter%	Kvalitet skåre	Forelder som ruser seg	Type rus-middel	Mål på foreldres rus-problem	Fysisk helse	Eksternaliser.	Internaliser.	Rusbruk	Vold, kriminal.	Sosialt
	tilpasning (angst, depresjon og selvbilde)											
Chalder 2006 (Storbritannia)	Tverrsnittsstudie: Foreldres alkoholproblem og barns drikkeatferd og motivasjon for å drikke	1 744 (13-15) 52%	35	Far Mor	Alkohol	CAST				Ja		
Charles 2015a (Charles 2015a) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldre med ruslidelser, eksponering for stressfaktorer, sammenhengen mellom stress og barns rusbruk	386 (11-15) 48%	34	Far Mor	Illegale	FHAM						Ja
Charles 2015b (Charles 2015a) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Eksponering for stressfaktorer, barns tidlige rusdebut og foreldres ruslidelser	279 (11-15) 47%	34	Far Mor	Illegale	FHAM						Ja
Coffelt 2006 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkoholproblemer og barns drikkeatferd	695 (10-15) 53%	34	Far Mor	Alkohol	SMAST				Ja		
Comiskey 2016 (Irland)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres ruslidelser og psykiske vansker hos barn	235 (0-17) 53%	30	Far Mor	Illegale	In AOD treatment		Ja	Ja			
Diaz 2008 (Spania)	Kasus-kontrollstudie: Risikofaktorer for barn av foreldre med alkohollidelser	518 (6-17) 50%	33	Far Mor	Alkohol	DMS-IV		Ja	Ja			Ja
Adkison 2013 (Eiden 2006) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Fedres alkohollidelser og barns innsatskrevende kontroll (Effortful control – EC)	197 (1-12) 51%	34	Far	Alkohol	UM-CIDI		Ja				
Edwards 2006a (Eiden 2006) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Fedre med alkohollidelse, barns psykiske vansker, mors tilknytning	176 (1-3) 49%	30	Far Mor	Alkohol	UM-CIDI		Ja	Ja			
Edwards 2006b (Eiden 2006) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Aggressiv atferd hos barn av fedre med alkohollidelser	226 (1-4) 52%	30	Far Begge	Alkohol	UM-CIDI		Ja				
Eiden 2006 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Fedres alkohollidelser og barns internalisering av atferdsregler	220 (1-3) 51%	32	Far Begge	Alkohol	UM-CIDI		Ja				
Eiden 2007 (Eiden 2006) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Fedres alkohollidelse og eksternaliserende symptomer hos barn	227 (1-5) 51%	32	Far Begge	Alkohol	UM-CIDI		Ja				
Eiden 2009 (Eiden 2006) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser og	213 (1-10) 50%	34	Far Begge	Alkohol	UM-CIDI			Ja			

Tabell 3.2.1		Beskrivelse av studiene					Utfall som måles					
Studie (Hovedstudie) (Land)	Design, tema	Utvalg (Alder) Gutter%	Kvalitet skåre	Forelder som ruser seg	Type rus-middel	Mål på foreldres rus-problem	Fysisk helse	Eksternaliser.	Internaliser.	Rusbruk	Vold, kriminal.	Sosialt
	barns internaliserende symptomer											
Eiden 2010 (Eiden 2006) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser og mobbing	227 (1-10) 50%	32	Far Begge	Alkohol	UM-CIDI					Ja	
Eiden 2016 (Eiden 2006) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser og modeller (pathways) for barns utvikling og tidlige drikke debut	227 (1-19) 51%	34	Far Begge	Alkohol	UM-CIDI				Ja		
Furtado 2006 (Tyskland)	Prospektiv kohortstudie: Kjønnforskjeller i sammenhengen mellom fedres alkohollidelse og barns sosiale-emosjonelle utvikling	219 (0-11) 49%	31	Far	Alkohol	ICD-10		Ja	Ja			
Grekin 2005 (Australia)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelse og voldelig og ikke-voldelig kriminell atferd hos barn	816 (0-15) 50%	27	Far Mor	Alkohol	DSM-IV					Ja	
Grzegorzewska 2013 (Polen)	Kasus-kontroll studie: Kjønnetegn ved barn av foreldre med alkoholproblemer som viser positiv tilpasning	540 (9-18) 50%	27	Far	Alkohol	CAST						Ja
Hanson 2006 (USA)	Tverrsnittsstudie: Forholdet mellom foreldres rusmiddelproblemer, voldseksponering og psykopatologi	3 906 (12-17) 51%	36	Far Mor	Alkohol Illegale	Rapportert av ungdom			Ja	Ja	Ja	
Hill 2008 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser og barns psykiske lidelser	378 (8-18) 52%	32	Far Mor	Alkohol	DIS		Ja	Ja			
Hussong 2005 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser og barns sosiale kompetanse	373 (3-15) 66%	31	Far Mor	Alkohol	DIS-III						Ja
Hussong 2007 (Hussong 2005) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser og antisosiale personlighetsforstyrrelser, barns eksternaliserende symptomer	1 050 (2-17) 63%	30	Far Mor	Alkohol	DIS-III		Ja				
Hussong 2008 (Hussong 2005, 2007) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser og barns internaliserende symptomer, tidsvarierende, proksimale og distale effekter	1 026 (2-17) 63%	33	Far Mor	Alkohol	DIS-III			Ja			
Hussong 2010 (Hussong 2005, 2007) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser, barns eksternaliserende	1 050 (2-17) 66%	31	Far Mor	Alkohol	DIS-III		Ja				

Tabell 3.2.1		Beskrivelse av studiene					Utfall som måles					
Studie (Hovedstudie) (Land)	Design, tema	Utvalg (Alder) Gutter%	Kvalitet skåre	Forelder som ruser seg	Type rus-middel	Mål på foreldres rus-problem	Fysisk helse	Eksternaliser.	Internaliser.	Rusbruk	Vold, kriminal.	Sosialt
	symptomer, tidsvarierende, proksimale og distale effekter											
Eisenberg 2010 (Hussong 2007) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser, barns innsatskrevende kontroll (EC), selvregulering og eksternaliserende symptomer	415 (5-13) 52%	30	Far Mor	Alkohol	DIS-III		Ja				
Haller 2011 (Hussong 2007) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser, foreldres negative affekt, barns tilpasning, familiefaktorer	454 (11-17) 54%	32	Far Mor	Alkohol	DIS-III		Ja	Ja			
Hussong 2012 (Hussong 2007) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser, ungdoms rusbruk, tidsvarierende, proksimale og distale effekter	454 (10-17) 53%	30	Far Mor	Alkohol	DIS-III				Ja		
King 2009 (Hussong 2007) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser, barns eksponering for stress i familien og barns alkoholbruk	454 (13-17) 53%	32	Far Mor	Alkohol	DIS-III				Ja		
Smith 2006 (Hussong 2007) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser, foreldres sosialisering, barns mestringsstrategier	293 (5-13) 49%	27	Far Mor	Alkohol	C-DIS-III-R						Ja
Trim 2008 (Hussong 2007) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkohollidelser, nabolagets sosioøkonomiske status og ungdommers alkoholbruk	361 (12-16) 53%	34	Far Mor	Alkohol	DIS-III						Ja
Keeley 2015 (Irland)	Tverrsnittsstudie: Foreldres ruslidelser, barns alkohol og rusbruk	2 716 (15-17) 50%	35	Far Mor	Illegale	Rapporter av ungdom				Ja		
Keller 2005 (USA)	Tverrsnittsstudie: Foreldres alkoholproblemer, parkonflikt, foreldreskap og barns internaliserende og eksternaliserende vansker	236 (4-7) 50%	33	Far Mor	Alkohol	PAE		Ja	Ja			
Keller 2007 (Keller 2005) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkoholproblemer, barns reaksjoner på parkonflikt	215 (6-10) 46%	33	Far Mor	Alkohol	PAE						Ja
Keller 2011 (Keller 2005) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkoholproblemer, og barns emosjonelle trygghet	235 (6-10) 50%	33	Far Mor	Alkohol	PAE		Ja	Ja			

Tabell 3.2.1		Beskrivelse av studiene					Utfall som måles					
Studie (Hovedstudie) (Land)	Design, tema	Utvalg (Alder) Gutter%	Kvalitet skåre	Forelder som ruser seg	Type rus-middel	Mål på foreldres rus-problem	Fysisk helse	Eksternaliser.	Internaliser.	Rusbruk	Vold, kriminal.	Sosialt
Kelly 2016 (USA)	Tverrsnittsstudie: Foreldres alkoholproblemer og barns søvn	282 (7-12) 52%	33	Far Mor	Alkohol	PAE	Ja					
Kirillova 2014 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Familiær risiko for ruslidelser, fysiologisk modning og ernæringsstatus hos jenter	225 (9-18) 0 %	30	Far	Illegale	DIS-III	Ja			Ja	Ja	
Knudsen 2014 (Norge)	Prospektiv kohortstudie: Mødres alkoholproblemer, småbarns atferdsproblemer	51 115 (0-3) 49%	35	Mor	Alkohol	Hyppighet tung drikking		Ja				
Leventhal 2011 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Ruslidelser i familien og emosjonelle lidelser i tre generasjoner	284 (2-18) 50%	36	Far Mor	Illegale	DSM-III-R			Ja			
Luthar 2007 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Mødres ruslidelse og affektive/angstlidelser, barns tilpasning	360 (8-17) 55%	30	Mor	Illegale	DIS-IV		Ja	Ja			
Mares 2011 (Nederland)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkoholproblemer, barns alkoholproblemer	856 (13-18) 50%	33	Far Mor	Alkohol	PDL				Ja		
Marshal 2007 (USA)	Kasus-kontroll studie: Foreldres alkohollidelser, stressende livshendelser, ungdommers alkoholbruk og ADHD	242 (13-18) 94%	35	Far Mor	Alkohol	DSM-III-R, SMAST				Ja		Ja
Mendoza 2013 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Familiestruktur (alenemødre/par), mors bruk av rusmidler og barns atferd og sosiale ferdigheter	3 189 (1-15) 50%	31	Mor	Illegale	CCI selvutfyllt		Ja	Ja			
Seay 2013 (Mendoza 2013) (USA)	Tverrsnittsstudie: Foreldres ruslidelse og barns eksponering for vold (vitne til eller utsatt for)	1 652 (8-17) 45%	33	Far Mor	Alkohol	CIDI-SF					Ja	
Seay 2015 (Mendoza 2013) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Virkningen av mors ruslidelse, depresjon og komorbiditet på foreldreskap og barns atferd	2 204 (7-10) 51%	31	Mor	Alkohol	CIDI-SF		Ja				
Mezzich 2007 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Fedre med ruslidelser, munn/tann-helseproblemer hos barn	238 (10-19) 56%	33	Far	Illegale	SCID	Ja					
Osborne 2009 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres ruslidelser, barns helse og atferd	3 027 (0-3) 53%	31	Mor Begge	Illegale	14-items (maternal report)		Ja	Ja			
Peleg-Oren 2008 (USA)	Kasus-kontrollstudie: Fedre med ruslidelser, forelderstil og	148 (8-11) 49%	35	Far	Alkohol Illegale	I behandling		Ja	Ja			Ja

Tabell 3.2.1		Beskrivelse av studiene					Utfall som måles					
Studie (Hovedstudie) (Land)	Design, tema	Utvalg (Alder) Gutter%	Kvalitet skåre	Forelder som ruser seg	Type rus-middel	Mål på foreldres rus-problem	Fysisk helse	Eksternaliser.	Internaliser.	Rusbruk	Vold, kriminal.	Sosialt
	familiesamhold, og skolebarns psykososiale tilpasning											
Ranta 2015 (Finland)	Prospektiv kohortstudie: Mors ruslidelse, misbruk, psykiske problemer og sosioøkonomiske situasjon, og barns psykiske lidelser	58 761 (0-12) 50%	34	Mor	Illegale	ICD-10			Ja			
Ryan 2016 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Fars ruslidelser, kliniske og sosiale kjennetegn hos barn	386 (10-12) 48%	26	Far	Illegale	DSM-IV		Ja	Ja			Ja
Serec 2012 (Slovenia)	Kasus-kontrollstudie: Foreldres alkohollidelse, livsstil, psykisk helse og fysiske helse hos barn	141 (12-18) 50%	33	Far Mor	Alkohol	ICD-10	Ja		Ja	Ja		Ja
Shorey 2013 (USA)	Tverrsnittsstudie: Foreldres rusproblem, foreldres nærhet, barns rusbruk	927 (14-16) 44%	36	Far Mor	Illegale	Rapport fra ungdom				Ja		
Sprang 2008 (USA)	Tverrsnittsstudie: Foreldres ruslidelser, barns eksponerer for traumer	1 127 (5) 53%	33	Far Mor	Illegale	TWIST					Ja	
Stewart 2006 (USA)	Kasus-kontroll studie: Alvorlighetsgrad av foreldres ruslidelse og av fedres psykiske lidelser og omsorgssvikt seint i barndommen	146 (10-12) (?)	31	Far Mor	Illegale	SCID						Ja
Torvik 2012 (Norge)	Tverrsnittsstudie: Foreldres alkoholproblemer og barns skoletilpasning	8 984 (13-19) 50%	35	Far Mor	Alkohol	Kvantifisert CAGE		Ja				
Van der Zwaluw 2008 (Nederland)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres alkoholproblem, foreldreskap og ungdommers alkoholbruk over tid	856 (12-16) 50%	33	Far Mor	Alkohol	PDL				Ja		
Vidal 2012 (Sveits)	Kasus-kontrollstudie: Foreldres ruslidelse og psykiske lidelser hos deres barn	276 (6-18) 52%	36	Begge	Alkohol Illegale	DIGS		Ja	Ja	Ja		
Walden 2007 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Foreldres ruslidelse, og utvikling av rusbruk og symptomer på ruslidelse hos ungdom	1 514 (11-18) 50%	33	Far Mor	Illegale	RDC				Ja		
Marmorstein 2009 (Walden 2007) (USA)	Kasus-kontrollstudie: Foreldres ruslidelse og eksternaliserende lidelser hos barn	1 252 (17) 46%	33	Far Mor	Illegale	SAM, CIDI		Ja		Ja		

Beskrivelse av studiene							Utfall som måles					
Studie (Hovedstudie) (Land)	Design, tema	Utvalg (Alder) Gutter%	Kvalitet skåre	Forelder som ruser seg	Type rus-middel	Mål på foreldres rus-problem	Fysisk helse	Eksternaliser.	Internaliser.	Rusbruk	Vold, kriminal.	Sosialt
Wilens 2014 (USA)	Kasus-kontrollstudie: Foreldres ruslidelse og risiko for rusmisbruk hos deres barn med/uten bipolar lidelse	202 (10-17) 64%	34	Far Mor	Illegale	SCID				Ja		
Winqvist 2007 (Finland)	Randomisert kontrollert studie: Foreldres alkoholproblemer, barns risiko for traumatiske hjerneskader, barns alkoholbruk	10 340 (0-14) 50%	34	Far Mor	Alkohol	Alkohol- bruk Sykehusre gister					Ja	
63	63	63	63		63	63	4	28	21	17	7	15

3.2.2 Fysisk helse

Sammendrag av kapittel 3.2.2: Hvordan foreldres rusproblemer virker inn på barns fysiske helse

Dette er undersøkt i bare 4 artikler. Det er usikkert hvorvidt det er sammenheng mellom foreldres rusproblemer og barns fysiske helse, men det er funnet indikasjon på en sammenheng med barns søvn, ernæring og spisevaner, og tann- og munnhelse. Familiens sosioøkonomiske forhold og omsorgssvikt kan være medvirkende faktorer. Det er behov for mer forskning om fysisk helse når foreldre har rusproblemer.

Tabell 3.2.2 Resultater - fysisk helse hos barn

Studie	Antall barn	Alder (% gutter)	Målsetning	Måleinstru-menter barn	Resultat
Kelly 2016 (USA)	282	7 - 12 (52)	Å undersøke forholdet mellom foreldres alkoholproblemer og barns søvn	Barns søvn; aktigrafer	Studien fant ingen direkte assosiasjoner mellom foreldres alkoholproblemer og barns søvn. Studien fant sammenheng mellom foreldres alkoholproblemer, sosioøkonomisk status og etnisitet
Kirillova 2014 (USA)	225	9 - 18 (0)	Teste sammenhengen mellom foreldres ruslidelser, og ernæringsstatus, fysiologisk modning hos jenter, og om dette igjen fører til at man får eldre venner med avvikende, kriminell atferd og starter med bruk av rusmidler	K-SADS-E, TS, SSF, PDS	Antall foreldre med ruslidelser var relatert til ernæringsstatus. Resultatene viser at sammenhengen mellom antall foreldre med ruslidelser og det å ha venner med avvikende kriminell atferd er mediert av kjønnsmodning. Sammenhengen mellom kjønnsmodning og utvikling av ruslidelser hos jenter er mediert av det å ha venner som driver med kriminalitet.
Mezzich 2007 (USA)	238	10 - 19 (56)	Å undersøke orodental (OD) problemer hos barn av fedre med ruslidelser	OD helse status, DACL	OD-problemer er mer alvorlige hos barn av fedre med ruslidelser sammenlignet med kontrollgruppe. Sosioøkonomisk status og barnets alder er assosiert med OD-problemer
Serec 2012 (Slovenia)	141	12 - 18 (ca 50)	Undersøke sammenhengen mellom det å vokse opp med foreldre med alkohollidelser og barns livsstil, fysiske og psykiske helse	YSR, SDQ, spørsmål om livsstil	Barn av foreldre med alkohollidelser hadde økt risiko for lavere vurdering av egen helse, somatiske klager og dårlige spisevaner

Har det å vokse med foreldre med rusproblemer innvirkning i forhold til barns fysiske helsetilstand? Som tabell 3.2.2 viser fant vi bare fire studier om fysisk helse hos barn av foreldre som ruser seg. Det lave antall studier og bruk av ulike utfallsmål gjør at de gir begrenset kunnskap. Men en studie indikerer økt risiko for at barns søvn påvirkes negativ dersom en forelder (spesielt far) har høy grad av problemdrikking og de kommer fra et hjem med lav sosioøkonomisk status (Kelly & El-Sheikh, 2016). To studier tyder på at barn med foreldre som ruser seg kan være utsatt for dårlig ernæring og spisevaner (Kirillova et al., 2014; Serec et al., 2012). En studie viste at tannkjøtt-problemer var alvorligere hos barn av fedre med ruslidelse sammenlignet med barn av fedre uten ruslidelse, og at munn- og tannhelseproblemer hos barn hadde sammenheng med familiens sosioøkonomiske forhold, omsorgssvikt, barnets alder og barnets rusbruk (Mezzich et al., 2007). Kirillova et al. (2014) undersøkte pubertetsutvikling hos en gruppe 10-12 år gamle barn med og uten foreldre med ruslidelse og fant ingen forskjeller. Det er behov for mer forskning på fysisk helse hos barn av foreldre med rusproblemer.

3.2.3 Psykisk helse

Sammendrag av kapittel 3.2.3: Hvordan foreldres rusproblemer virker inn på barns psykiske helse

Hvordan foreldres rusproblemer virker inn på barns psykiske helse er undersøkt i 41 artikler. Vi har gruppert resultatene fra artiklene i de som omhandler eksternaliserende symptomer (agresjon, konsentrasjonsvansker, oppmerksomhetsvansker, dårlig selvregulering, ulydighet, antisosiale trekk), og de som omhandler internaliserende symptomer (depresjon, angst, stress, uforklarlige kroppslige symptomer, lavt selvbilde og tilbaketrekning).

Eksternaliserende symptomer er omtalt i 28 artikler. Førskolebarn av foreldre med rusproblemer er i 7 av 7 artikler vist å ha økt grad av eksternaliserende symptomer, og en metaanalyse av to studier viste samlet sett en moderat effektstørrelse. Trygg tilknytning til mor kan være en beskyttende faktor. Ekteskapelig konflikt, ineffektiv oppdragelse og foreldres mangel på sensitivitet og varme kan virke negativt inn. Skolebarn er også i 9 av 10 artikler vist å ha høyere grad av eksternaliserende symptomer eller lidelser, og en metaanalyse av to studier viste samlet sett en moderat effektstørrelse, med noe usikkerhet om forskjeller mellom studiene. Også for tenåringer har 7 av 11 artikler vist høyere grad av eksternaliserende symptomer eller større risiko for å få diagnostisert en psykisk lidelse. Foreldre med antisosial personlighetsforstyrrelse og enslige mødre med rusproblemer er vist å være faktorer som kan bidra til økte eksternaliserende symptomer hos barn i familier der foreldre har rusproblemer.

Internaliserende symptomer er omtalt i 21 artikler. Førskolebarn av foreldre med rusproblemer har i 4 av 4 artikler vist å ha høyere grad av internaliserende symptomer, og en metaanalyse av to studier viste samlet sett en lav effektstørrelse. Det er også vist en egen uavhengig virkning av besteforeldregenerasjonens rusproblem, og at agresjon mellom foreldrene kan øke virkningen av fars rusproblem. For skolebarn av foreldre med rusproblemer er det også i 8 av 12 artikler vist høyere grad av internaliserende symptomer eller en diagnose med internaliserende symptomer, og en metaanalyse med tre studier vist lav til moderat effektstørrelse. Konflikt mellom foreldre synes å kunne virke negativt inn, mens samhold i familien kan virke positivt. Økte internaliserende symptomer og økt risiko for en diagnose er også vist i 5 av 5 artikler om tenåringer med rus i familien.

Innledning

Et flertall av artiklene (41 av 63) om hvordan foreldres rusproblemer virker inn på barns liv, undersøker utfallsmål om psykisk helse. Psykiske vansker hos barn og ungdom kan komme til uttrykk på ulike måter. Vi omtaler først artikler om eksternaliserende eller utagerende symptomer hos barn, det være seg (utagerende) aggresjon, konsentrasjonsvansker, oppmerksomhetsvansker, dårlig selvregulering, ulydighet og antisosiale trekk. Videre vil vi se nærmere på artikler som omtaler internaliserende eller innadvendte symptomer hos barn, det være seg symptomer på depresjon og engstelse, høyt stressnivå, uforklarlige kroppslige symptomer, lavt selvbilde og tilbaketrekning.

Eksternaliserende symptomer

Tabell 3.2.3 viser oversikt over artikler om barns eksternaliserende symptomer der en eller begge foreldre har problemer med alkohol og/eller andre rusmidler, til sammen 28 artikler basert på 19 studier.

Tabell 3.2.3 Resultat - eksternaliserende vansker hos barn

Tab. 3.2.3 Studie	Antall barn	Alder (%gutter)	Målsetning	Måleinstrumenter barn	Resultat
Barnow 2007a (USA)	88	7 - 17 (50)	Undersøke omfanget av og forløpet knyttet til oppmerksomhetsproblemer hos barn og ungdom med og uten en familiehistorie med alkohollidelser	CBCL, ADHD-seksjon C-SSA-GA-P	Funnene indikerer ingen høyere risiko for oppmerksomhetsproblemer og ADHD-lignende symptomer hos barn i familier med en alkohollidelse
Barnow 2007b (Tyskland)	340	13 - 17 (47)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres alkohollidelser og atferdsproblemer blant barn, og hvordan antisosial personlighets-forstyrrelse (ASPD) hos far påvirker denne sammenhengen	CBCL, YRS	Kun barn der far hadde ASPD viste signifikant høyere score på oppmerksomhetsproblemer, egenvurdert aggresjon, kriminell handling og forstyrrende atferd, ikke barn der far kun hadde alkohollidelse
Comiskey 2016 (Irland)	235	0 - 17 (53)	Undersøke sammenhengen mellom det å ha foreldre med ruslidelser og psykiske vansker hos barn	KIDSCREEN-27 - PV, SDQ	Barn av foreldre i skadebegrensende behandling for opiatbruk hadde flere psykiske vansker (emosjonelle og atferdsmessige) sammenlignet med internasjonale normer
Diaz 2008 (Spania)	518	6 - 17 (50)	Identifisere mulige risikofaktorer for barn av foreldre med alkohollidelser ift psykiske lidelser, skoleprestasjoner og kognitiv funksjon	SSAGA, FES, FAU, FDU, karakterer, WISC-R, SCWT	Barn av foreldre med alkohollidelser hadde en dobbelt så stor sannsynlighet for prekliniske symptomer på alle psykiske lidelser og fire ganger så stor sannsynlighet for å ha en psykisk lidelse sammenlignet med kontrollgruppen. Barn av foreldre med alkohollidelse hadde også lavere skår på kognitive tester, og risikoen for dårlige skoleprestasjoner var 9 ganger høyere enn i kontrollgruppen
Adkison 2013 (Eiden 2006) (USA)	197	1 - 12 (51)	Undersøke sammenhengen mellom fedres alkohollidelser og barns innsatskrevende kontroll (effortful control)	SCWT, TOL, SRT	Gutter av fedre med alkohollidelser hadde betydelig lavere innsatskrevende kontroll sammenlignet med gutter i kontrollgruppen
Edwards 2006a (Eiden 2006) (USA)	176	1 - 3 (49)	Undersøke betydning av tilknytning til mor for utvikling av atferdsproblemer hos barn av fedre med alkohollidelse	CBCL, SSP	Småbarn av fedre med alkohollidelse hadde høyere nivåer av internaliserende og eksternaliserende atferd. Tilknytning til mor ser ut til å fungere som en beskyttende faktor

Tab. 3.2.3 Studie	Antall barn	Alder (%gutter)	Målsetning	Måleinstru- menter barn	Resultat
Edwards 2006b (Eiden 2006) (USA)	226	1 - 4 (52)	Undersøke utviklingen av aggresjon og opposisjonell atferd hos barn av fedre med ruslidelser	CBCL, ICQ	Barn i familier uten fedre med alkohollidelser hadde lavest skår på aggresjon ved alle målepunkt. Gutter med både mor og far med alkohollidelser hadde mindre nedgang i aggresjon fra 3 til 4 år sammenlignet med gutter i kontrollgruppen
Eiden 2006 (USA)	220	1 - 3 (51)	Undersøke sammenhengen mellom fedres alkoholisme og barns internalisering av atferdsregler	BI	Ingen direkte sammenheng mellom fedres alkoholisme og barns internalisering av atferdsregler målt i en alder av 3 år
Eiden 2007 (Eiden 2006) (USA)	227	1 - 5 (51)	Teste sammenhengen mellom foreldres alkohollidelse og barns eksternaliserende atferdsproblemer	CBCL, ECB	Fedres alkohollidelse når barn var 12–18 måneder var assosiert med lavere sensitivitet og varme hos mor når barnet var 2 år. Mors varme og sensitivitet var assosiert med lavere selvregulering hos barn ved 3 år, som igjen var assosiert med høyere grad av eksternaliserende atferdsproblemer i barnehagen, etter å ha kontrollert for tidligere atferdsproblemer
Furtado 2006 (Tyskland)	219	0 - 11 (49)	Undersøke kjønnsforskjeller i sammenhengen mellom fedres alkohollidelser og barns sosial-emosjonelle utvikling	CBCL, BSID, CMMS, ITPA, Mannheim Parent Interview MEI	Barn av fedre med alkohollidelser har større antall psykiske lidelser, samt et betydelig høyere antall eksternaliserende symptomer fra 2 års-alder. I motsetning til gutter, viste jenter av fedre med alkohollidelser en økning i internaliserende symptomer opp til 11 år
Hussong 2007 (Hussong 2005) (USA)	1050	2 - 17 (63)	Undersøkte sammenhengen mellom foreldres alkohollidelser og antisosiale personlighetsforstyrrelser og barns eksternaliserende symptomer	CBCL	Barn med enten en antisosial forelder med alkohollidelser eller to foreldre med alkohollidelser hadde en høyere risiko for eksternaliserende symptomer
Hussong 2010 (Hussong 2005, 2007) (USA)	1050	2 - 17 (66)	Undersøke distale, proksimale og tidsvarierende effekter av foreldres alkohollidelser på barns eksternaliserende symptomer	CBCL	Studien viste store og konsistente distale effekter av foreldrenes alkohollidelser på barns eksternaliserende symptomer. Proksimale og tidsvarierende effekter ble også funnet
Eisenberg 2010 (Hussong 2007) (USA)	415	5 - 13 (52)	Undersøke sammenhengen mellom innsatskrevende kontroll, selvregulering og eksternaliserende symptomer hos barn av foreldre med alkohollidelser	CBQ, CPD, CBCL	Studien viste at sammenheng mellom et problematisk temperament og eksternaliserende symptomer var sterkere for, og noen ganger bare relatert til å være barn (særlig gutter) av foreldre med alkohollidelser. Det å være barn av foreldre med alkohollidelser var relatert til høy impulsivitet, lav innsatskrevende kontroll og eksternaliserende symptomer
Haller 2011 (Hussong 2007) (USA)	454	11 - 17 (54)	Undersøke om sammenhengen mellom foreldrenes negative affekt og barns tilpasning, hadde effekt uavhengig av foreldres alkohollidelser, familiemiljø og utøvelse av foreldrerollen	CBCL, NRI, EASTS	Mødres (men ikke fedres) negative affekt hadde en direkte negativ påvirkning på barnas internaliserende symptomer hos jenter og negativ emosjonalitet hos begge kjønn. Studien viste ingen sammenheng mellom negativ affekt og eksternaliserende symptomer
Hill 2008 (USA)	378	8 - 18 (52)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres alkohollidelser og barns risiko for utvikling av psykiske lidelser	K-SADS	Foreldres alkohollidelser og multiplekse alkohollidelser i utvidet familie økte sannsynligheten for at barn utviklet psykiske lidelser i barndommen og ungdomstiden

Tab. 3.2.3 Studie	Antall barn	Alder (%gutter)	Målsetning	Måleinstru- menter barn	Resultat
Keller 2005 (USA)	236	4 - 7 (ca 50)	Undersøke betydningen av ekteenskapelig konflikt og foreldreskap, i relasjonen forholdet mellom foreldres alkoholproblem og barnets internaliserende og eksternaliserende symptomer	CBCL	Alkoholproblemer var assosiert med større grad av konflikt i parforhold som igjen var relatert til mindre effektiv utøvelse av foreldrerollen, som igjen var relatert til barns tilpasning (internaliserende og eksternaliserende symptomer)
Keller 2011 (Keller 2005) (USA)	235	6 - 10 (50)	Undersøke om foreldres alkoholproblemer er knyttet til barns emosjonelle trygghet	CBRCV	Foreldre alkoholproblemer er relatert til barns følelsesmessige usikkerhet, og at assosiasjonen er indirekte via konflikter i parforholdet
Knudsen 2014 (Norge)	51115	0 - 3 (49)	Undersøke sammenhengen mellom mødres alkoholproblemer etter fødsel og barnas atferdsvansker	CBCL	Studien viste på gruppenivå sammenhengen mellom mors alkoholproblemer etter fødsel og barns atferdsvansker. På individnivå viste imidlertid studien ingen årsakssammenheng mellom mors alkoholproblemer og barns atferdsvansker
Luthar 2007 (USA)	360	8 - 17 (55)	Undersøke risiko for barns tilpasning i forhold til mors ruslidelser og affektive/angstlidelser	C-DISC-4.0, BASC	Ingen sammenheng mellom barns tilpasning og mors ruslidelser
Marmorstein 2009 (Walden 2007) (USA)	1252	17 (46)	Undersøke sammenhengen mellom foreldre med alkohollidelse og ruslidelse og et bredt spekter av eksternaliserende lidelser hos barn	SAM, DICA-C, DICA-P, AAB, SCID-II,	Både foreldres alkohollidelse og ruslidelse var assosiert med 2 til 3 ganger økt risiko for nesten alle eksternaliserende lidelser
Mendoza 2013 (USA)	3189	1 - 15 (50)	Evaluerer virkningen av familiestruktur (dvs. alenemødre vs. mødre med tilgjengelige sekundære omsorgspersoner) på sammenhengen mellom mors ruslidelser og barns atferd og sosiale ferdigheter	CBCL, SSRS	Barn med enslige mødre med ruslidelser hadde høyere grad av eksternaliserende symptomer enn barn av mødre som ikke hadde ruslidelser og som hadde en sekundær omsorgsperson. Barna med mødre uten ruslidelser hadde høyere grad av positiv atferd og sosiale ferdigheter
Seay 2015 (Mendoza 2013) (USA)	2204	7 - 10 (51)	Undersøke virkningen av mors ruslidelse, depresjon og komorbiditet på foreldreskap og barns atferd	CBCL	Ved baseline rapporterte mødre med komorbiditet flest eksternaliserende symptomer hos barnet, men over tid rapporterte mødre med ruslidelse flest eksternaliserende symptomer hos barna
Osborne 2009 (USA)	3027	0 -3 (53)	Undersøke assosiasjoner mellom foreldres ruslidelser og barns helse og atferd	CBCL	Barn av foreldre med ruslidelser har tydelig høyere risiko for dårlig helse og atferdsvansker, risikoen blir ikke moderert av om det er mor eller far som har ruslidelser, men er større når begge foreldrene har ruslidelser
Peleg-Oren 2008 (Israel)	148	8 - 11 (49)	Undersøke sammenhengen mellom fedres ruslidelser, forelderstil og familiens samhold og psykososiale tilpasningen til barn	EDS, ACFS	Ingen signifikante sammenhenger mellom fedres ruslidelser og psykososiale tilpasninger hos barna
Ranta 2015 (Finland)	58 761	0 - 12 (50)	Undersøke om mors ruslidelse, psykiske vansker og sosioøkonomiske situasjoner er relatert til psykiske lidelser hos barn	ICD-10	Mors ruslidelse og psykiske vansker er viktige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser hos barn, kontrollert for sosioøkonomiske forhold
Ryan 2016 (USA)	386	10 - 12 (48)	Beskrive sammenhengen mellom fars ruslidelser og kliniske og sosiale kjennetegn ved barn	WASI, PPDS, K-SADS-PL, DHQ, SSS-C, ICU, LHA, CBCL, YSR, PDS	Barn av fedre med ruslidelser hadde flere emosjonelle og atferdsmessige symptomer, dårligere familieforhold og mer avvikende jevnaldrende sammenlignet

Tab. 3.2.3 Studie	Antall barn	Alder (%gutter)	Målsetning	Måleinstrumenter barn	Resultat
Torvik 2012 (Norge)	8984	13 - 19 (ca 50)	Undersøke forholdet mellom foreldrenes alkoholproblemer og skoletilpasning	School adjustment items	Mødres alkoholproblemer var assosiert med høyere oppmerksomhets- og atferdsproblemer hos barn på skolen
Vidal 2012 (Sveits)	276	6 - 18 (52)	Undersøke sammenhengen mellom alkohollidelse eller heroinlidelse hos foreldre og psykiske lidelser hos barn	K-SADS-E	Barn av foreldre med heroinlidelser og alkohollidelse har stor forhøyet risiko for tilbakevendende depressive lidelse, barn av foreldre med heroinlidelser har også økt risiko for ADHD og ruslidelse

Studier om eksternaliserende symptomer hos barn i førskolealder (1-6 år)

Omtale av de enkelte studiene om førskolebarn

Syv artikler basert på 4 studier handler om barn i førskolealder.

Knudsen, Ystrom, Skogen, and Torgersen (2015) undersøkte sammenhengen mellom mødres alkoholbruk (heavy drinking) etter fødsel og barns eksternaliserende symptomer ved 18 og 36 måneder, basert på data fra den norske mor-barn undersøkelsen. De fant økt grad av eksternaliserende symptomer hos barna, men ingen årsakssammenheng, og konkluderte med at resultatet må tillegges andre karakteristika ved disse mødrene enn deres tunge alkoholbruk.

Osborne and Berger (2009) undersøkte sammenhengen mellom barns eksternaliserende symptomer ved 3 års alder og foreldres rusproblemer (både alkohol og illegale stoffer). Barna i familier med rusproblemer viste signifikant flere eksternaliserende symptomer, og sammenhengen var signifikant høyere når begge foreldre hadde rusproblemer. Studien fant ingen forskjell i eksternaliserende symptomer i forhold til om det var mor eller far som hadde rusproblemer.

Keller, Cummings, and Davies (2005) undersøkte betydningen av ekteskapeleg konflikt og oppdragelse for sammenhengen mellom foreldres alkoholproblemer og barnehagebarns eksternaliserende symptomer. De fant at foreldres rusproblemer har negativ betydning for barn i form av økte eksternaliserende symptomer, via større grad av ekteskapeleg konflikt og ineffektiv oppdragelse

Fire artikler om eksternaliserende symptomer hos barn i førskolealder er fra en større prospektiv kohortstudie med utgangspunkt i The New York State birth records for Eire County. Edwards, Eiden, and Leonard (2006) undersøkte eksternaliserende symptomer hos små barn av fedre med alkohollidelser og fant en signifikant økning i eksternaliserende symptomer fra 18 til 24 måneders alder sammenlignet med kontrollgruppe, deretter ingen signifikant endring fra 24 til 36 måneder. Studien viste videre at trygg tilknytning til mor ved 12 måneder var en beskyttende faktor for barna. I en annen artikkel rapporterte Edwards, Eiden, Colder, and Leonard (2006) om utviklingen av sinne hos 18 til 48 måneder gamle barn. Både for barn med og uten fedre med alkohollidelser økte tegn på sinne fra 12 til 36 måneder, for deretter å synke fram til 48 måneder. Barn av foreldre uten alkohollidelser viste færrest tegn på sinne ved alle tidspunktene. Gutter av to foreldre med alkohollidelser viste mindre nedgang i tegn på sinne fra 36 til 48 måneder. Eiden, Edwards, and Leonard (2006) undersøkte barns internalisering av regler for oppførsel, og de fant ingen direkte sammenheng med fars alkohollidelser. De fant likevel en indirekte sammenheng gjennom lavere grad av sensitivitet i far-barn samspillet når barnet var 2 år, som igjen predikerte lavere grad av barnets internalisering av regler. Eiden, Edwards, and Leonard (2007) viste at fedrenes alkohollidelser ved 12-18 måneders alder predikerte fedrenes og mødrenes varme/sensitivitet i foreldre-barn samspillet ved 2 år, mødrenes varme/sensitivitet ved 2 år predikerte barnets selvregulering ved 3 år, som igjen predikerte grad av eksternaliserende atferd ved 5 år.

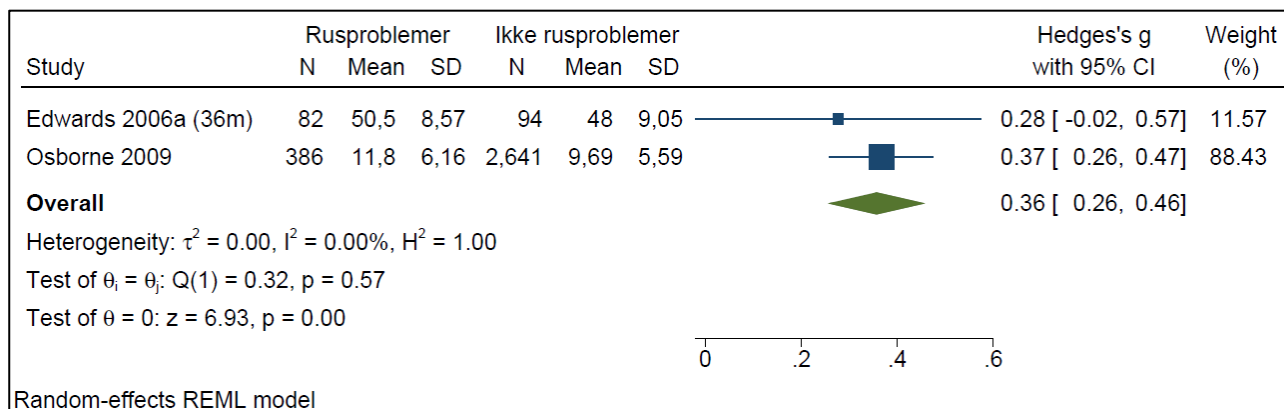
Forhold som påvirker eksternaliserende symptomer hos førskolebarn i familier med rusproblem. En studie ovenfor viser at trygg tilknytning til mor ved 12 måneders alder kan være en beskyttende faktor mot økning av eksternaliserende symptomer hos førskolebarn i familier med rusproblemer (Edwards 2006a). Faktorer som direkte eller indirekte kan virke negativt inn, inkluderer ekteskkelig konflikt og ineffektiv oppdragelse (Keller 2005), og foreldres mangel på sensitivitet og varme (Edwards 2006b, Eiden 2005, Eiden 2007).

Oppsummering om eksternaliserende symptomer hos førskolebarn i familier med rusproblemer

Flere av artiklene ovenfor (Osborne 2007, Keller 2004, Edwards 2006a, Edwards 2006b) har vist økt grad av eksternaliserende symptomer hos førskolebarn med foreldre med rusproblem, sammenlignet med førskolebarn uten foreldre med rusproblem. En norsk studie (Knudsen 2015) fant økt grad av eksternaliserende symptomer hos barn av mødre med stort alkoholmisbruk, men ikke sikker årsakssammenheng.

Metaanalysen av to studier (Edwards 2006a, Osborne 2009) viste samlet sett en moderat effektstørrelse ($g=0,36$) for at foreldres alkoholproblemer gir høyere risiko for eksternaliserende symptomer hos førskolebarn. Effekten var omtrent like stor i de to studiene som er med i metaanalysen, og målet på heterogenitet (I^2) viser at det er lite systematiske forskjeller mellom studiene og at de derfor trolig kan sammenholdes. Figur 3.2.1 viser resultatene av metaanalysen og mer detaljert informasjon om studiene.

Figur 3.2.1 Metaanalyse av eksternaliserende symptomer hos førskolebarn i familier med rusproblemer



Studier om eksternaliserende symptomer hos barn i skolealder (7-12 år)

Omtale av de enkelte studiene om skolebarn

Ti artikler omhandler eksternaliserende symptomer hos barn i skolealder inntil 13 år.

Ryan et al. (2016) undersøkte sammenhengen mellom eksternaliserende symptomer hos en fødselskohort av 10-12 år gamle barn av fedre med ruslidelser. Foreldre til barn av fedre med ruslidelser rapporterte signifikant flere symptomer hos barnet på eksternaliserende symptomskalaer ($Eta-sq=0,14-0,22$, store effektstørrelser), mens rapporteringen fra barna selv ikke viste signifikante forskjeller mellom gruppene.

Peleg-Oren, Rahav, and Teichman (2008) undersøkte om familiesamhold, omsorgsstil, fedre med og uten ruslidelser (mest illegale rusmidler, hos noen kombinert med alkohol) predikerte eksternaliserende symptomer hos israelske skolebarn i alderen 8–11 år. På studietidspunktet misbrukte ingen av fedre rusmidler, men de fleste barna hadde vært eksponert for rusproblemer siden de var født. Resultatene viste ingen signifikante forskjeller av eksternaliserende symptomer hos barna.

Adkison og medarbeidere (2013) gjorde, i den prospektive kohortstudien fra The New York State birth records for Eire County, en analyse av barns innsatskrevende kontroll over impulser i alderen 10–12 år. Resultatene viste en signifikant lavere grad av innsatskrevende kontroll for gutter av fedre med alkohollidelser, et tilsvarende resultat ble ikke funnet for jenter. Fars antisosiale atferd påvirket ikke resultatene.

Eisenberg et al. (2010) undersøkte sammenhengen mellom det å ha et vanskelig temperament og det å oppleve eksternaliserende symptomer. De fant at barn i alderen 5-13 år med minst en forelder med alkohollidelse oftere hadde et vanskelig temperament sammenlignet med barn i kontrollgruppen, og at et vanskelig temperament hos barn med minst en forelder med alkohollidelse oftere hang sammen med eksternaliserende problematferd og var mest uttalt hos gutter.

I en prospektiv kohortstudie fant Furtado, Laucht, and Schmidt (2006) en sammenheng mellom fedres alkohollidelse og eksternaliserende symptomer hos deres barn. Sannsynligheten for å få en hyperkinetisk lidelse var signifikant forhøyet sammenlignet med kontroll gruppen.

Seay and Kohl (2015) gjorde en longitudinell kohortstudie av gjennomsnittlig 7 år gamle barn som hadde vært i kontakt med barnevernet og som hadde mødre med ruslidelser, depresjon eller begge deler (komorbiditet). Ved baseline rapporterte mødre med komorbiditet flest eksternaliserende symptomer hos barnet, men etter 3 år hadde barn med mødre med kun ruslidelse flere eksternaliserende symptomer enn barn av mødre med komorbiditet.

I en longitudinell eksperimentell laboratorie-studie over tre år utforsket Keller, Gilbert, Koss, Cummings, and Davies (2011) sammenhengen mellom foreldres alkoholproblemer, aggresjon i parforholdet og barns følelsesmessige reaksjoner (sint, trist, redd eller glad) på foreldrekonflikt i et utvalg av befolkningen. Barnas følelsesmessige reaksjoner ble målt etter at de fikk se video med tre konflikt-vignetter (løst konflikt, uløst konflikt om barneoppdragelse og en eskalert konflikt) der de ble bedt om å se for seg at aktørene i videoen var deres foreldre. De ble også spurt om forventninger til foreldrenes forhold i framtiden etter å ha sett videoene. Studien viste at fars alkoholproblemer var assosiert med barns sinnereaksjon.

Vidal et al. (2012) undersøkte risiko for psykiske lidelser, herunder eksternaliserende lidelser, blant 6-18 år gamle barn av foreldre med alkohol- eller heroinlidelse sammenlignet med barn med foreldre uten noen form for ruslidelse. Studien viste at barn med en forelder med heroinlidelse hadde signifikant høyere risiko enn kontrollgruppen (OR=4,2) for å få en ADHD-diagnose.

Ranta and Raitasalo (2015) undersøkte registrerte psykiatriske diagnoser fra fødsel til 12 års alder for alle barn i Finland 1997 ved bruk av data fra et helseregister. Barn av mødre med ruslidelser hadde økt sannsynlighet for å ha atferds- og følelsesmessige utfordringer (OR=2,1), og enda høyere hvis mor også hadde en psykisk lidelse. Risikoen var større for gutter enn for jenter.

Diaz et al. (2008) undersøkte risiko for psykiske lidelser, inkludert de som omfatter eksternaliserende symptomer, hos 6-17 år gamle barn av foreldre med alkohollidelser. Barn av foreldre med alkohollidelser hadde en forhøyet risiko for å få subkliniske eksternaliserende symptomer (OR=2,0) og for å få diagnostisert en eksternaliserende lidelse (OR=4,5).

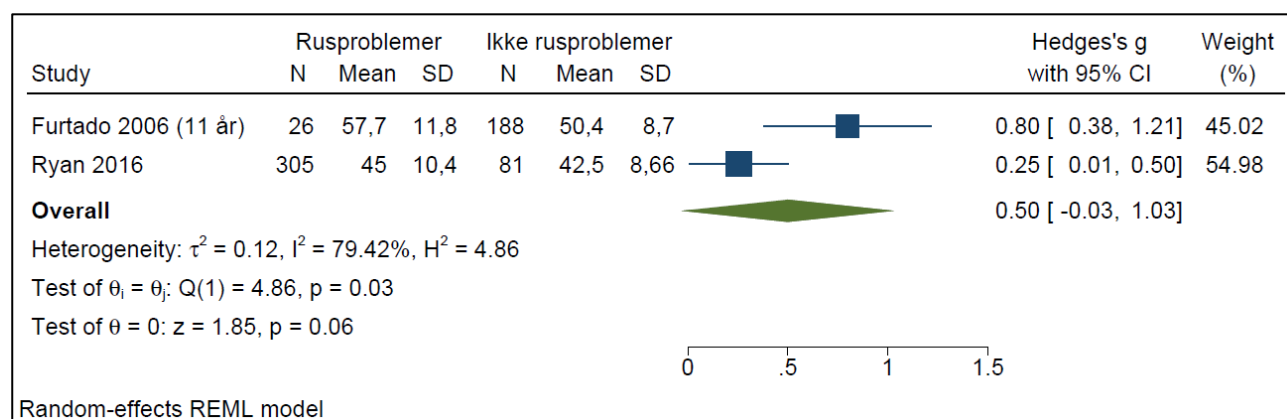
Oppsummering om eksternaliserende symptomer hos skolebarn i familier med rusproblem

Fleire av studiene ovenfor har vist økt grad av eksternaliserende symptomer (Ryan 2016, Eisenberg 2010, Furtado 2006, Seay 2015) eller større risiko for å få diagnostisert en eksternaliserende psykisk lidelse (Vidal 2012, Ranta 2015, Diaz 2008) hos skolebarn med foreldre med rusproblem, sammenlignet med skolebarn

uten foreldre med rusproblem. En studie har vist at barn av foreldre med alkohollidelser hadde et vanskeligere temperament enn kontrollgruppen (Eisenberg 2010), en annen studie en signifikant lavere grad av innsatskrevende kontroll for gutter av fedre med alkohollidelser (Adikson 2013). En studie (Peleg-Oren et al 2008) viste ingen signifikante forskjeller av eksternaliserende symptomer.

Metaanalysen av to studier (Furtado 2006, Ryan 2016) viste samlet sett en moderat effektstørrelse ($g=0,50$) for at skolebarn av foreldre med rusproblemer har mer eksternaliserende symptomer enn skolebarn av foreldre uten rusproblem. Effekten var høy for den første av disse studiene og liten til moderat for den andre. Målet på heterogenitet (I^2) viser at det kan være systematiske forskjeller mellom studiene, og at konklusjonen på metaanalysen derfor kan være noe usikker. Figur 3.2.2 viser resultatene av metaanalysen og mer detaljert informasjon om studiene.

Figur 3.2.2 Metaanalyse av eksternaliserende symptomer hos skolebarn i familier med rusproblemer



Studier om eksternaliserende symptomer hos tenåringer (13-18 år)

Omtale av de enkelte studiene om tenåringer i familier med rusproblemer

Elleve artikler omhandler eksternaliserende symptomer hos tenåringsbarn.

Tre artikler om eksternaliserende symptomer hos tenåringsbarn er basert på de longitudinelle studiene The Michigan Longitudinal Study (MLS) og Adolescent/Adult Family Development Project (AFDP). Hussong et al. (2007) brukte data fra begge studiene og fant at barn med en antisosial forelder med alkohollidelser eller to foreldre med alkohollidelser hadde en høyere risiko for eksternaliserende symptomer. Hussong, Huang, Curran, Chassin, and Zucker (2010) undersøkte med data fra begge studiene forholdet i tid mellom foreldres alkohollidelser og barnas eksternaliserende symptomer. De fant en klar sammenheng mellom foreldres alkohollidelser før studiestart og eksternaliserende symptomer (distale effekter), og effekter av eksternaliserende symptomer hvis foreldrenes alkohollidelse økte i studieperioden (proksimale effekter). Barnas eksternaliserende symptomer varierte også over tid hos det enkelte barn i samme tidsrom som foreldre misbrakte alkohol (tidsvarierende effekter). Haller and Chassin (2011) undersøkte med data fra AFDP den prediktive verdien av foreldres alkoholrelaterte og affektive lidelser, oppdragelse og negative følelser på ungdoms eksternaliserende symptomer etter 2 år. Foreldres alkohollidelser viste ingen signifikant prediktiv verdi i forhold til ungdommenes eksternaliserende symptomer i denne studien, når kjønn, foreldres negative affekt og oppdragelse er kontrollert for.

I en studie basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT-2) undersøkte Torvik, Rognmo, Ask, Roysamb, and Tambs (2011) sammenhengen mellom foreldres alkoholproblemer og ungdoms

tilpasning på skolen (Ung-HUNT). De fant mer oppmerksomhets- og atferdsproblemer på skolen hos ungdom av foreldre med alkoholproblemer sammenlignet med ungdom av foreldre uten. Mødrenes alkoholproblem ga størst utslag av problemer, og de fant indikasjon på at noe av denne sammenhengen ble påvirket av ungdoms psykologiske stress (angst/depresjon) og av det å ha sett sin forelder beruset.

Barnow, Schuckit, Smith, Spitzer, and Freyberger (2007) undersøkte utviklingen av uoppmerksomhet, hyperaktivitet og ADHD-symptomer hos barn av foreldre med og uten alkoholproblemer da de var 7-12 år og fem år senere. De fant ingen forhøyet risiko for symptomer på ADHD hos barn av foreldre med alkohollidelser i denne perioden.

I en tysk studie sammenlignet Barnow, Ulrich, Grabe, Freyberger, and Spitzer (2007) aggressivitet og oppmerksomhetsproblemer hos ungdom (mellom 11 og 18 år) av foreldre med og uten alkohollidelser, med og uten fedre med antisosial personlighetsforstyrrelse, og kombinasjoner av disse. Mors rapportering og selvrapportering viste en sammenheng bare hvis fedre har en antisosial personlighetsforstyrrelse.

Marmorstein, Iacono, and McGue (2009) gjorde en tvillingstudie om sammenhengen mellom foreldrenes rusproblemer og deres barns eksternaliserende lidelse. Hos ungdom (17 år) med foreldre med alkohollidelse fant de signifikant økt risiko for ADHD (OR=2,8), opposisjonell atferdsforstyrrelse (OR=2,3), atferdsforstyrrelse (OR=1,9) og antisosial personlighetsforstyrrelse (OR=2,3). Tilsvarende med foreldres ruslidelse (unntatt cannabis); økt risiko for ADHD (OR=4,0), opposisjonell atferdsforstyrrelse (OR=2,3), atferdsforstyrrelse (OR=1,8) og antisosial personlighetsforstyrrelse (OR=2,5). I forhold til foreldres cannabislidelse slo denne bare ut i forhold til ungdoms avhengighet av alkohol og andre illegale rusmidler.

Hill et al. (2008) fant en signifikant forhøyet risiko for å utvikle eksternaliserende forstyrrelser hos ungdom 12-18 år med foreldre med alkohollidelser (OR=4,5). Sammenhengen var enda sterkere om det var mor som hadde alkohollidelse (OR=5,3). I forhold til foreldre med ruslidelse med illegale rusmidler var det en tilsvarende sammenheng (OR=4,2).

Luthar and Sexton (2007) studerte sammenhengen mellom mors ruslidelse og eksternaliserende symptomer og diagnoser (ADHD, atferdsforstyrrelse) hos barn (8 – 17 år). Studien viste ingen direkte sammenheng mellom mors ruslidelse og lidelse hos barna/ungdommene.

Mendoza (2013) brukte data fra en longitudinell undersøkelse av barn i barnevernssystemet (utsatt for fysisk mishandling, seksuell misbruk eller andre former for omsorgssvikt) til å undersøke sammenhenger mellom mødrenes ruslidelser og barnas eksternaliserende symptomer. Barn i alderen 3-15 år av enslige mødre med ruslidelser viste høyere grad av eksternaliserende symptomer enn barn av mødre med ruslidelser som hadde en annen omsorgsperson ved sin side (ektefelle, samboer eller besteforelder) og barn av mødre uten rusmisbruk ved baseline.

Comiskey, Milnes, and Daly (2016) så på sammenhengen mellom det å ha foreldre med ruslidelser og eksternaliserende symptomer hos barn. Foreldrene skåret barna høyere på skalaen for atferdsproblemer sammenlignet med den generelle befolkningen i Storbritannia.

Forhold som påvirker eksternaliserende symptomer hos tenåringer i familier med rusproblemer. Faktorer som er vist å kunne bidra til mer eksternaliserende symptomer hos tenåringer i familier der foreldre har rusproblemer, inkluderer foreldre med antisosial personlighetsforstyrrelse (Hussong 2007, Barnow 2007b) og enslige mødre med rusproblemer (Mendoza 2013).

Oppsummering om eksternaliserende symptomer hos tenåringer i familier med rusproblemer

Flere av studiene ovenfor har vist økt grad av eksternaliserende symptomer (Hussong 2007, Hussong 2010, Torvik 2011, Mendoza 2013, Comiskey 2016) eller større risiko for å få diagnostisert en eksternaliserende psykisk lidelse (Marmorstein 2009, Hill 2008) hos skolebarn med foreldre med rusproblem, sammenlignet med skolebarn uten foreldre med rusproblem. Fire studier har ikke vist noen signifikant forskjell (Barnow 2007a, Barnow 2007b, Haller 2011, Luthar 2007).

Vi fant ikke flere studier om eksternaliserende symptomer hos tenåringer som var like nok til å inngå i en metaanalyse.

Internaliserende symptomer

Tabell 3.2.4 viser oversikt over artikler om barns internaliserende symptomer der en eller begge foreldre har problemer med alkohol og/eller andre rusmidler, til sammen 21 artikler basert på 19 studier.

Tabell 3.2.4 Resultat – internaliserende symptomer hos barn under 18 år

I tabellen er artiklene listet opp alfabetisk på førsteforfatter og gruppert etter studier.

Tab. 3.2.4 Studie	Antall barn	Alder (% gutter)	Målsetning	Måleinstrumenter barn	Resultat
Bijttebier 2006 (Belgia)	207	10 - 14 (52)	Undersøke assosiasjonene mellom foreldrenes alkoholproblemer, familiemiljø og barns tilpasning (angst, depresjon og selvbilde)	DQC, STAIC-S, SPPC	Foreldres alkoholproblemer er assosiert med lavt familiesamhold, dårlig familieorganisering og lavt selvbilde hos barn. Sammenhengen mellom foreldres alkoholproblemer og barns selvbilde er mediert av familiesamhold
Comiskey 2016 (Irland)	235	0 - 17 (53)	Undersøke sammenhengen mellom det å ha foreldre med ruslidelser og psykiske vansker hos barn	KIDSCREEN-27 - PV, SDQ	Barn av foreldre i skadebegrensende intervensjon for opiatbruk hadde flere psykiske vansker (emosjonelle og atferdsmessige) sammenlignet med internasjonale normer
Diaz 2008 (Spania)	518	6 - 17 (50)	Identifisere mulige risikofaktorer for barn av foreldre med alkohollidelser ift psykiske lidelser, skoleprestasjoner og kognitiv funksjon	SSAGA, FES, FAU, FDU, karakterer, WISC-R, SCWT	Barn av foreldre med alkohollidelser hadde en dobbelt så stor sannsynlighet for prekliniske symptomer på alle psykiske lidelser og fire ganger så stor sannsynlighet for å ha en psykisk lidelse sammenlignet med kontrollgruppen. Barn av foreldre med alkohollidelse hadde også lavere skår på kognitive tester, og risikoen for dårlige skoleprestasjoner var 9 ganger høyere enn i kontrollgruppen
Edwards 2006a (Eiden 2006) (USA)	176	1 - 3 (49)	Undersøke betydning av tilknytning til mor for utvikling av atferdsproblemer hos barn til fedre med alkohollidelse	CBCL, SSP	Småbarn med alkoholiserede fedre hadde høyere nivåer av internaliserende og eksternaliserende atferd. Tilknytning til mor ser ut til å fungere som en beskyttende faktor
Eiden 2009 (Eiden 2006) (USA)	213	1 - 10 (50)	Undersøke om foreldrenes alkoholisme var assosiert med barns internaliserende symptomer	CBCL, RCMAS, CDI	Barn av fedre med alkohollidelser hadde høyere foreldrerapportert depresjons og angstskåre, men ikke ifølge egenrapportering
Furtado 2006 (Tyskland)	219	0 - 11 (49)	Undersøke kjønnsforskjeller i sammenhengen mellom fedres alkohollidelser og barns sosial-emosjonelle utvikling	CBCL, BSID, CMMS, ITPA, Mannheim Parent Interview MEI	Barn av fedre med alkohollidelser har større antall psykiske lidelser, samt et betydelig høyere antall eksternaliserende symptomer fra 2 års-alder. I motsetning til gutter, viste jenter av fedre med alkohollidelser en økning i internaliserende symptomer opp til 11 år
Hanson 2006 (USA)	3906	12 - 17 (51)	Studere sammenhengene mellom foreldres rusproblemer, voldseksponering og psykopatologi og ruslidelser hos barn	VE, PTSD, MDE	Foreldrenes alkoholproblemer, men ikke problemer med illegale rusmidler, økte risikoen for depresjon, PTSD og ruslidelser hos ungdom

Tab. 3.2.4 Studie	Antall barn	Alder (% gutter)	Målsetning	Måleinstru- menter barn	Resultat
Hill 2008 (USA)	378	8 - 18 (52)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres ruslidelser og psykiske lidelser hos barn	K-SADS	Foreldres ruslidelse økte sannsynligheten for barna utvikling av psykiske lidelser i barne- og ungdomstiden
Hussong 2008 (Hussong 2005, 2007) (USA)	1026	2 - 17 (63)	Undersøke distale, proksimale og tidsvarierende effekter av foreldrenes alkohollidelser på barns internaliserende symptomer	CBCL	Studien fant ingen tidsvarierende effekter, men det ble funnet proksimale effekter av mødres alkohollidelser, og distale effekter av mor og far alkohollidelser i forhold til internaliserende symptomer hos barn
Haller 2011 (Hussong 2007) (USA)	454	11 - 17 (54)	Undersøke sammenhengen mellom foreldrenes negative affekt og barns tilpasning, uavhengig av foreldres alkohollidelser, familiemiljø og utøvelse av foreldrerollen	CBCL, NRI, EASTS	Mødres (men ikke fedres) negative affekt hadde en direkte negativ påvirkning på barnas internaliserende symptomer hos jenter og negativ emosjonalitet hos begge kjønn. Studien viste ingen sammenheng mellom negativ affekt og eksternaliserende symptomer
Keller 2005 (USA)	236	4 - 7 (ca 50)	Undersøke betydningen av ekteskapeleg konflikt og foreldreskap, i relasjonen forholdet mellom foreldres alkoholproblem og barnets internaliserende og eksternaliserende symptomer	CBCL	Alkoholproblemer var assosiert med større grad av konflikt i parforhold som igjen var relatert til mindre effektiv utøvelse av foreldrerollen, som igjen var relatert til barns tilpasning (internaliserende og eksternaliserende symptomer)
Keller 2011 (Keller 2005) (USA)	235	6 - 10 (50)	Teste om foreldrenes alkoholproblemer vil være direkte knyttet til barns emosjonelle trygghet	CBRCV	Resultatene bekreftet hypoteser om at foreldrenes alkoholproblemer ville være relatert til følelsesmessig usikkerhet hos barn og at assosiasjoner ville være indirekte via større ekteskapeleg konflikt
Leventhal 2011 (USA)	284	2 - 18 (50)	Undersøke sammenhengen mellom ruslidelser i familien og emosjonelle lidelser i tre generasjoner	CBCL	Ruslidelser i besteforeldregenerasjonen og foreldregenerasjonen var assosiert med økte depressive symptomer hos barn
Luthar 2007 (USA)	360	8 - 17 (55)	Belyse den relative risikoen for barns negative tilpasning som følge av ruslidelse hos mor og affektive/angstlidelser	C-DISC-4.0, BASC	Ingen sammenheng mellom barns tilpasning og mor har ruslidelser
Mendoza 2013 (USA)	3189	1 - 15 (50)	Evaluere virkningen av familiestruktur (dvs. alenemødre vs. mødre med tilgjengelige sekundære omsorgspersoner) på sammenhengen mellom mors ruslidelser og barns atferd og sosiale ferdigheter	CBCL, SSRS	Barn med enslige mødre med ruslidelser hadde høyere grad av eksternaliserende symptomer enn barn av mødre som ikke hadde ruslidelser og som hadde en sekundær omsorgsperson. Barna med mødre uten ruslidelser hadde høyere grad av positiv atferd og sosiale ferdigheter
Osborne 2009 (USA)	3027	0 - 3 (53)	Undersøke assosiasjoner mellom foreldres ruslidelser og barns helse og atferd	CBCL	Barn av foreldre med ruslidelser har tydelig høyere risiko for dårlig helse og atferdsvansker, risikoen blir ikke moderert av om det er mor eller far som har ruslidelser, men er større når begge foreldrene har ruslidelser
Peleg-Oren 2008 (Israel)	148	8 - 11 (49)	Undersøke sammenhengen mellom fedres ruslidelser, forelderstil og familiens samhold og psykososiale tilpasningen til barn	EDS, ACFS	Ingen signifikante sammenhenger mellom fedres ruslidelser og psykososiale tilpasninger hos barna
Ranta 2015 (Finland)	58 761	0 - 12 (50)	Undersøke om mors ruslidelse, psykiske vansker og sosioøkonomiske situasjoner er relatert til psykiske lidelser hos barn	ICD-10	Mors ruslidelse og psykiske vansker er viktige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser hos barn, kontrollert for sosioøkonomiske forhold

Tab. 3.2.4 Studie	Antall barn	Alder (% gutter)	Målsetning	Måleinstrumenter barn	Resultat
Ryan 2016 (USA)	386	10 - 12 (48)	Beskrive sammenhengen mellom fars ruslidelser og kliniske og sosiale kjennetegn ved barn	WASI, PPDS, K-SADS-PL, DHQ, SSS-C, ICU, LHA, CBCL, YSR, PDS	Barn av fedre med ruslidelser hadde flere emosjonelle og atferdsmessige symptomer, dårligere familieforhold og mer avvikende jevnaldrende sammenlignet
Serec 2012 (Slovenia)	141	12 - 18 (ca 50)	Undersøke sammenhengen mellom det å vokse opp med foreldre med alkohollidelser og barns livsstil, fysiske og psykiske helse	YSR, SDQ, spørsmål om livsstil	Barn av foreldre med alkohollidelser hadde økt risiko for en mindre sunn livsstil og flere psykiske helseproblemer
Vidal 2012 (Sveits)	276	6 - 18 (52)	Undersøke sammenhengen mellom alkohollidelse eller heroinlidelse hos foreldre og psykiske lidelser hos barn	K-SADS-E	Barn av foreldre med heroinlidelser og alkohollidelse har stor forhøyet risiko for tilbakevendende depressive lidelse, barn av foreldre med heroinlidelser har også økt risiko for ADHD og ruslidelse

Som vist i tabell 3.2.4 fant vi 21 artikler som omhandler barns internaliserende symptomer. Resultatene viser at et bredt spekter av instrumenter ble benyttet til å måle utfallet, noe som bidro til at det var krevende å sammenligne resultatene fra de ulike studiene. Det varierer om studiene måler grad av internaliserende symptomer og/eller andel som får diagnostisert en internaliserende psykisk lidelse.

Studier om internaliserende symptomer hos førskolebarn (0 – 6 år)

Omtale av de enkelte studiene om førskolebarn

Vi fant 4 studier om internaliserende symptomer hos barn i førskolealder.

I en flergenerasjonsstudie fant Leventhal, Pettit, and Lewinsohn (2011) at både besteforeldregenerasjonens og foreldregenerasjonens ruslidelser uavhengig av hverandre hadde effekt på barnas emosjonelle vansker (sosial tilbaketrekning, somatiske plager, angst, depresjon). Barna i denne studien hadde en gjennomsnittsalder på 5 år.

Keller et al. (2005) undersøkte betydningen av ekteskapelig konflikt og oppdragelse for sammenhengen mellom foreldres alkoholproblemer og barnehagebarns internaliserende symptomer (i tillegg til eksternaliserende symptomer som tidligere omtalt). De fant at foreldres rusproblemer har negativ betydning for barn i form av økte internaliserende symptomer, via større grad av ekteskapelig konflikt og ineffektiv oppdragelse.

Edwards, Eiden, and Leonard (2006) undersøkte internaliserende symptomer hos små barn (1–3 år) av fedre med alkohollidelser, og fant en signifikant økning. Studien viste også at trygg tilknytning til mor ved 12 måneders alder var en beskyttende faktor.

Osborne and Berger (2009) undersøkte sammenhengen mellom barns internaliserende symptomer ved 3 års alder og foreldres ruslidelser (både alkohol og illegale stoffer). Barna skåret signifikant høyere når begge foreldre hadde ruslidelser, men ikke når det gjaldt bare mor eller bare far.

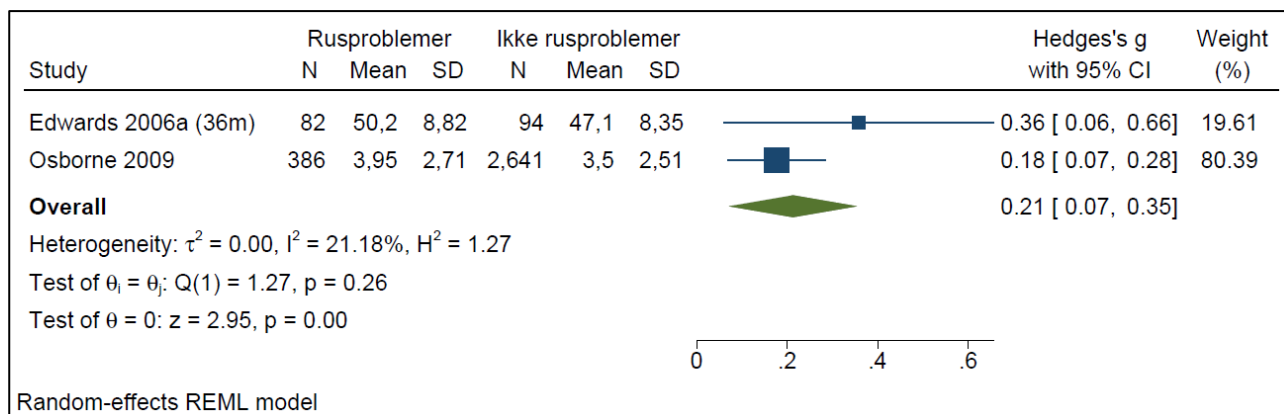
Forhold som påvirker internaliserende symptomer hos førskolebarn i familier med rusproblemer

Keller et. al (2005) viste hvordan ekteskapelig konflikt og ineffektiv oppdragelse var moderatorer for økte internaliserende symptomer hos førskolebarn. Leventhal (2011) fant også en egen uavhengig virkning av besteforeldregenerasjonens rusproblem.

Oppsummering om internaliserende symptomer hos førskolebarn i familier med rusproblemer

Selv om alle fire studiene viser høyere grad av internaliserende symptomer hos barn, var det bare to studier som var like nok til at de kunne inngå i en metaanalyse om internaliserende symptomer hos førskolebarn med og uten foreldre med rusproblem. Edwards (2006) hadde moderat effektstørrelse og Osborne (2009) hadde lav effektstørrelse. Den samlede effektstørrelsen for disse studiene er lav ($g = 0,21$) og metaanalysen viser at førskolebarn av foreldre med rusproblemer ifølge disse to studiene har litt mer internaliserende symptomer enn barn uten foreldre med rusproblem. Målet på heterogenitet (I^2) viser at det er lite systematiske forskjeller mellom studiene og at de derfor trolig kan sammenholdes. Figur 3.2.4 viser resultatene av metaanalysen og mer detaljert informasjon om studiene.

Figur 3.2.4 Metaanalyse av internaliserende symptomer hos førskolebarn i familier med rusproblem



Studier om internaliserende symptomer hos skolebarn (7-12 år)

Omtale av de enkelte studiene om skolebarn

Tolv artikler omhandler studier om internaliserende symptomer eller lidelser hos skolebarn.

Eiden, Molnar, Colder, Edwards, and Leonard (2009) analyserte barns utvikling fra de var 1 ½ til 10 år, som en del av den større prospektive kohortstudien basert på New York State birth record for Eire County. Foreldrerapporterte depresjons- og angstsymptomer var høyere hos barn av foreldre om hadde alkohollidelser enn for barn av foreldre uten. Ekteskkelig aggresjon var en faktor som påvirket sammenhengen mellom fars alkohollidelse og angst hos barna.

I en longitudinell prospektiv studie undersøkte Furtado et al. (2006) effekten av fedres alkohollidelser på internaliserende symptomer hos 2 - 11 år gamle barn, og de viste en signifikant effekt i forhold til antall internaliserende symptomer. Studien viste i tillegg forskjell mellom kjønn fra 8 års alder til 11 års alder, der internaliserende symptomer sank hos gutter av fedre med alkohollidelser, men steg tilsvarende for jenter.

Keller et al. (2011) undersøkte sammenhengen mellom foreldres alkoholproblem, aggresjon i parforholdet og barns følelsesmessige reaksjoner målt etter at de fikk se video med tre konflikt-vignetter. Resultatene viste at større grad av alkoholproblemer hos mødre var assosiert med tristhet hos barn over tid, og negative forventninger til foreldrenes forhold i framtiden. De fant ingen signifikante sammenhenger mellom fedres alkoholproblemer og at barn ble triste eller redde som reaksjoner på å oppleve konflikt.

Ryan et al. (2016) undersøkte grad av internaliserende symptomer hos 10-12 år gamle barn henholdsvis med og uten foreldre med ruslidelser. Foreldre i gruppen av barn med fedre med ruslidelser rapporterte

signifikant flere internaliserende symptomer hos barnet med moderate til store effektstørrelser ($Eta-sq=0,08-0,11$), mens rapporteringen fra barna selv viste ikke signifikante forskjeller og små effektstørrelser ($Eta-sq=0,01-0,02$).

Comiskey et al. (2016) fant at foreldrene med ruslidelse rapporterte signifikant høyere grad av internaliserende symptomer hos barnet sammenlignet med en normalpopulasjon i Storbritannia.

Peleg-Oren et al. (2008) undersøkte sammenhengen mellom fedres rusproblemer, oppdragerstil, familiesamhold og internaliserende symptomer rapportert av barnet selv. Studien fant ingen sammenheng mellom fedres rusmisbruk og barnas internaliserende symptomer (frykt, angst, ensomhet eller depresjon).

Bijttebier and Goethals (2006) fant at barn av foreldre med alkoholproblemer hadde lavere selvbilde enn barn av foreldre uten alkoholproblemer og at dette ble påvirket av samhold i familien. Men de fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjelder symptomer på angst og depresjon.

Mendoza (2013) brukte data fra en longitudinell undersøkelse av barn i barnevernsystemet (utsatt for fysisk mishandling, seksuell misbruk eller andre former for omsorgssvikt) til å undersøke sammenhenger mellom mødrenes rusproblemer og barnas internaliserende (i tillegg til barnas eksternaliserende symptomer som tidligere omtalt) symptomer. Ingen signifikante forskjeller ble funnet.

Ranta and Raitasalo (2015) undersøkte psykiatriske diagnoser i nasjonale helseregistre for alle barn født i Finland i 1997. Barna ble fulgt fra fødsel til de fylte 12 år. Diagnoser for affektive, nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ble registrert. Risikoen for å ha en slik diagnose var forhøyet dersom mødrene hadde rusproblemer ($OR=2,2$), kontrollert for barnets kjønn og sosioøkonomisk bakgrunn. Risikoen var høyest blant gutter.

Diaz et al. (2008) undersøkte risiko for psykiske lidelser hos barn av foreldre med alkohollidelser, inkludert lidelser med internaliserende symptomer. Når man så alle internaliserende lidelsene under ett (depresjon, angst osv) under ett, hadde barn av foreldre med alkohollidelser en forhøyet risiko for å ha subkliniske symptomer ($OR=2,0$) eller en diagnose ($OR=4,5$).

Vidal et al. (2012) undersøkte sammenhengen mellom alkohollidelse eller heroinlidelse hos foreldre og barns risiko for å utvikle psykiske lidelser. Men de fant at både barn av foreldre med alkohollidelser og heroinlidelser hadde 8 ganger høyere risiko for tilbakevendende alvorlig depresjon sammenlignet med kontroll (henholdsvis $OR=7,9$ og $8,1$). Barn av foreldre med heroinlidelser hadde også økt risiko for å utvikle ADHD ($OR=4,2$) og ruslidelser ($OR=16,1$).

Luthar and Sexton (2007) fant ingen sammenheng mellom mors ruslidelse og internaliserende lidelser hos barn.

Forhold som påvirker internaliserende symptomer hos skolebarn i familier med rusproblemer

Keller (2011) fant at opplevelse av konflikt mellom foreldre ut fra videoer økte internaliserende symptomer hos barn av mødre med alkoholproblem, men ikke hos barn av fedre med alkoholproblem. Bijttebier (2006) fant at samhold i familien modererte lavt selvbilde hos barn av foreldre med rusproblem. Eiden (2009) fant at aggresjon mellom foreldrene økte virkningen av fars rusproblem.

Oppsummering om internaliserende symptomer hos skolebarn i familier med rusproblemer

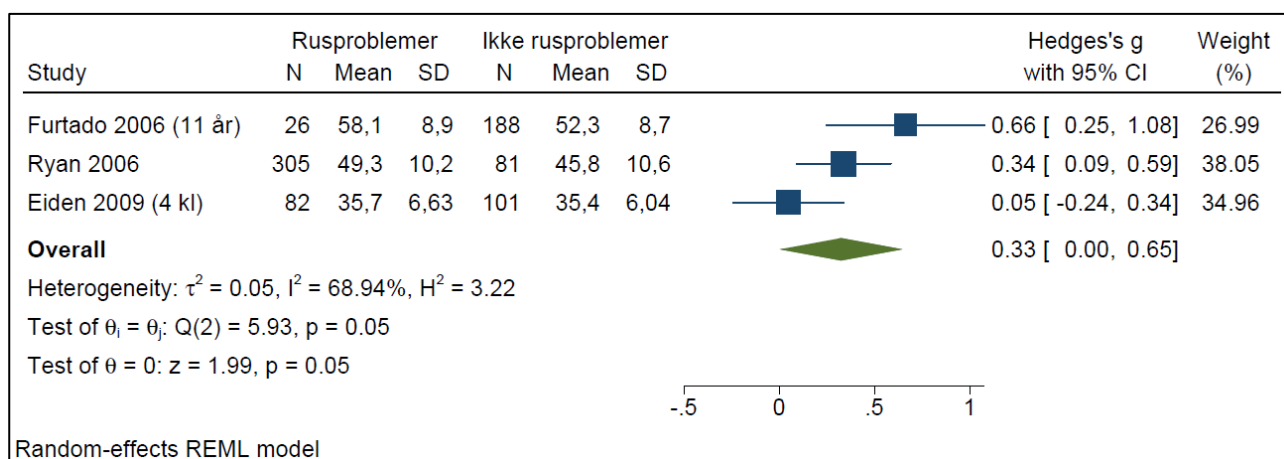
Dem av artiklene ovenfor viste høyere grad av internaliserende symptomer (Comiskey 2016; Eiden 2009, Furtado 2006, Keller 2011, Ryan 2016) hos skolebarn av foreldre med rusproblem, sammenlignet med skolebarn av foreldre uten rusproblem. Tre studier (Bijttebier 2006, Mendoza 2013, Peleg-Oren 2008) fant

ikke signifikante forskjeller for internaliserende symptomer, men Bijttebier fant at barn av foreldre med rusproblemer hadde lavere selvbilde.

Tre av studiene ovenfor (Ranta 2015, Diaz 2008, Vidal 2012) fant sammenheng mellom rusproblemer hos foreldre og en diagnose med internaliserende symptomer hos barn i skolealder, og en studie (Luthar 2007) fant ikke en slik sammenheng.

Vi fant tre studier som var like nok til at de kunne inngå i en metaanalyse om internaliserende symptomer hos skolebarn med og uten foreldre med rusproblem. Furtado (2006) hadde moderat til høy effektstørrelse, Ryan (2016) hadde lav til moderat effektstørrelse, og Eiden (2009) hadde svært lav effektstørrelse. Den samlede effektstørrelsen for disse tre studiene er lav til moderat ($g = 0,31$), og metaanalysen viser at skolebarn av foreldre med rusproblemer ifølge disse tre studiene har noe mer internaliserende symptomer enn barn uten foreldre med rusproblem. Målet på heterogenitet (I^2) viser at det kan være moderate systematiske forskjeller mellom studiene, slik at resultatet av metaanalysen kan være litt usikkert. Figur 3.2.5 viser resultatene av metaanalysen og mer detaljert informasjon om studiene.

Figur 3.2.5 Metaanalyse av internaliserende symptomer hos skolebarn i familier med rusproblemer



Studier om internaliserende symptomer hos tenåringer (13-18 år)

Omtale av de enkelte studiene om internaliserende symptomer hos tenåringer

Fem artikler omhandler internaliserende symptomer eller lidelser hos tenåringsbarn.

To av studiene er basert på de tidligere omtalte prospektive kohortstudiene AFDP og MLS. Hussong et al. (2008) undersøkte om barna i perioden fra de var 2 til 17 år viste økte internaliserende symptomer i samme tidsrom som foreldrene misbrakte alkohol (tidsvarierende effekt), hvis foreldrenes alkoholproblemer økte underveis i undersøkelsen (proksimal effekt) eller hvis foreldre hadde alkoholproblemer allerede før start av undersøkelsen (distal effekt). De fant distale effekter av både mors og fars alkoholproblem, og proksimale effekter av mors alkoholproblem, men ikke tidsvarierende effekter av foreldres alkoholproblemer. Haller and Chassin (2011) fant med data fra AFDP en klar sammenheng mellom foreldres alkoholproblemer og affektive lidelse, men ingen sammenheng mellom foreldres alkoholproblemer og barns internaliserte symptomer.

Serec et al. (2012) undersøkte sammenhengen mellom foreldres alkohollidelse og ungdommers psykiske helse. De fant at ungdom av foreldre med alkohollidelse rapporterte større grad av emosjonelle symptomer sammenlignet med kontrollgruppen, og at jenter rapporterte mer symptomer enn gutter.

Hill et al. (2008) fant høyere risiko for å få diagnostisert en psykisk lidelse med internaliserende symptomer (OR=3,1) eller alvorlig depresjon (OR=2,2) for barn av foreldre med alkohollidelser sammenlignet med kontrollgruppen. Risikoen var høyere dersom det var far som var alkoholavhengig.

Hanson et al. (2006) fant at foreldres alkoholproblemer, men ikke problemer med illegale rusmidler, høynet risikoen for at barn fikk depresjon (OR=6,2) eller posttraumatisk stresslidelse (OR=3,9). Voldseksponering hos ungdom med forelder med rusproblemer økte risikoen for dårligere mental helse.

Oppsummering om internaliserende symptomer hos tenåringer i familier med rusproblemer

Tre studier ovenfor (Hussong 2008, Haller and Chassin 2011, Serec 2012) fant en sammenheng mellom foreldres rusproblemer og internaliserende symptomer hos deres barn, men det varierte noe om dette gjaldt ved rusproblemer hos mødre og fedre eller begge.

To studier (Hill 2008, Hanson 2006) fant en sammenheng mellom foreldres rusproblemer og diagnostisering av en internaliserende lidelse hos deres barn.

Vi fant ikke flere studier om internaliserende symptomer hos tenåringer som var like nok til å inngå i en metaanalyse. Men en studie (Serec 2017) hadde en moderat til høy effektstørrelse ($g=0,49$).

3.2.4 Rusbruk

Sammendrag av kapittel 3.2.4: Hvordan foreldres rusproblemer virker inn på barns rusbruk

Rusbruk og ruslidelser hos barn av foreldre med rusproblemer er omtalt i 17 artikler fra 16 studier. Elleve av 11 artikler viste høyere forbruk av alkohol blant barn av foreldre med ruslidelser/problemer. Studiene indikerer at når det er mor eller begge foreldrene som har rusproblemer/lidelser, er sammenhengene sterkere. Seks av artiklene viste også risiko for et høyere forbruk av nikotin, cannabis og andre rusmidler. En av artiklene rapporterte også at ungdom med foreldre med ruslidelse/problemer drakk oftere, tyngre, mer alene, og at de drakk for å mestre. Gutter har generelt et høyere forbruk av rusmidler enn jenter, men barnets kjønn har mer usikker betydning for sammenheng mellom eget bruk av rusmidler og foreldres rusproblemer. Beskyttende faktorer er vist å inkludere en varm og sensitiv oppdragerstil, at foreldre følger opp barna bedre, god kvalitet på relasjonen til foreldrene, samt høy sosioøkonomiske status der familien bor. Seks av 6 artikler viste sammenheng mellom foreldres ruslidelser/problemer (både alkohol og illegale rusmidler) og at barn utvikler ruslidelser eller symptomer på det.

Resultater rusbruk hos barn

Bruk av alkohol og rusmidler generelt, og ruslidelser og problematisk bruk av rusmidler spesielt, er tema i 17 artikler fra 16 studier. Alle studiene rapporterer om slike sammenhenger. For å måle bruk av rusmidler hos ungdom er det i hovedsak brukt spørsmål knyttet hyppighet og mengde. I forhold til ungdoms alkohol og rusproblemer er det brukt diagnostiske instrumenter basert på DSM-III/IV. Tabell 3.2.5 gir en oversikt over resultatene fra de ulike studiene.

Tabell 3.2.5 Resultat – rusbruk hos barn

Tab 3.2.5 Studie	Antall barn	Alder (% gutter)	Målsetning	Måleinstru- menter barn	Resultat
Chalder 2006 (Storbritannia)	1744	13 - 15 (52)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres alkoholproblemer og barns drikkeatferd og motivasjon til å drikke	DMQ, TAP	Barn av foreldre med alkoholproblemer drikker oftere, tyngre og oftere alene. Foreldrenes alkoholproblemer var også relatert til motiv for å drikke (deriblant mestring) hos barna
Coffelt 2006 (USA)	695	10 - 15 (53)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres alkoholproblemer og ungdoms drikkeatferd	LAU, CAU, FARC	Mødres økte alkoholproblemer er assosiert med økt sannsynlighet for alkoholbruk hos tenåringsbarna. Fars økte alkoholproblemer er bare relatert til døtres økte sannsynlighet for å drikke
Eiden 2016 (Eiden 2006) (USA)	227	1 - 19 (51)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres alkohollidelse, depresjon og antisosial personlighetsforstyrrelse på barns utvikling og rusbruk	CAU, DPD, CDU	Studien fant at sammenhengen mellom foreldres alkohollidelser og barns rusbruk modereres av foreldres varme og sensitivitet og større grad av foreldre-monitorering, på samme måte som den viste at lav selvregulering hos barn i førskolealder og økte eksternaliserende atferdsproblemer i skolealder førte til tidlig drikke debut og vennskap med andre som brukte rusmidler
Hanson 2006 (USA)	3906	12 - 17 (51)	Studere sammenhengene mellom foreldres rusproblemer, voldseksposering og psykopatologi og ruslidelser hos barn	VE, PTSD, MDE	Foreldrenes alkoholproblemer, men ikke problemer med illegale rusmidler, økte risikoen for depresjon, PTSD og ruslidelser hos ungdom
Hussong 2012 (Husson g 2007) (USA)	454	10 - 17 (53)	Undersøke tidsvarierende, proksimale og distale effekter av foreldres alkohollidelser på barns rusbruk	FAU, DPD, FDU	Studien viser en sterk sammenheng mellom det å ha en foreldre med en alkohollidelse (før baseline) og unges bruk av alkohol, marihuana og andre illegale rusmidler. Utover dette finner studien ingen tilleggsrisiko i form av proksimale effekter, og bare begrensede tidsvarierende effekter
King 2009 (Husson g 2007) (USA)	454	13 - 17 (53)	Undersøke sammenhengen mellom stress og alkoholbruk hos barn av foreldre med alkohollidelser	GLESC, FAU, DPD	Studien viste at det å ha foreldre med alkohollidelser forklarte 53% av sammenhengen mellom stress i familien og barns alkoholbruk. Tidsspesifikk eksponering for stress i familien predikerte kortsiktig økning i alkoholbruk i ungdomstiden
Keeley 2015 (Irland)	2716	15 - 17 (50)	Utforske sammenhengen mellom foreldrenes ruslidelser og barns bruk av alkohol illegale rusmidler	LAU, DPD, LDU, HADS	Det å være barn av foreldre med ruslidelser økte risikoen for ungdoms bruk av alkohol og andre rusmidler. Sammenhengen var marginalt høyere når mor hadde ruslidelser, og enda høyere hvis det gjaldt begge foreldrene
Kirillova 2014 (USA)	225	9 - 18 (0)	Teste sammenhengen mellom foreldres ruslidelser, og ernæringsstatus, fysiologisk modning hos jenter, og om dette igjen fører til at man får eldre venner med avvikende, kriminell atferd og starter med bruk av rusmidler	K-SADS-E, TS, SSF, PDS	Antall foreldre med ruslidelser var relatert til ernæringsstatus. Resultatene viser at sammenhengen mellom antall foreldre med ruslidelser og det å ha venner med avvikende kriminell atferd er mediert av kjønnsmodning. Sammenhengen mellom kjønnsmodning og utvikling av ruslidelser hos jenter er mediert av det å ha venner som driver med kriminalitet
Mares 2011 (Nederland)	856	13 - 18 (ca 50)	Undersøke de direkte effektene av foreldrenes alkoholproblemer og foreldrenes alkoholspesifikke holdninger, på barns utstrakte bruk alkohol og alkoholrelaterte problemer senere i livet	RAPI, DPD	Alkoholspesifikk kommunikasjon medierer forholdet mellom alkoholproblemer hos foreldre og utstrakt bruk av alkohol og alkoholrelaterte problemer hos barn

Tab 3.2.5 Studie	Antall barn	Alder (% gutter)	Målsetning	Måleinstru- menter barn	Resultat
Marmorstein 2009 (Walden 2007) (USA)	1252	Marmorstein 2009 (Walden 2007) (USA)	Undersøke sammenhengen mellom foreldre med alkohollidelse og ruslidelse og et bredt spekter av eksternaliserende lidelser hos barn	SAM, DICA-C, DICA-P, AAB, SCID-II,	Både foreldres alkohollidelse og ruslidelse var assosiert med 2 til 3 ganger økt risiko for neste alle eksternaliserende lidelser
Marshall 2007 (USA)	242	13 - 18 (94)	Undersøke i hvilken grad stressende livshendelser medierte forholdet mellom foreldres alkohollidelser og ungdoms alkohollidelser, og ungdoms utvikling av ADHD	FAU, DSM-III/IV, SLE, APES, COALES	Foreldres ruslidelser var relatert til ungdoms ruslidelser. Stress i familie og vennerelasjoner medierte sammenhengen og var sterkere for barn med ADHD
Serec 2012 (Slovenia)	141	12 - 18 (ca 50)	Undersøke sammenhengen mellom det å vokse opp med foreldre med alkohollidelser og barns livsstil, fysiske og psykiske helse	YSR, SDQ, spørsmål om livsstil	Barn av foreldre med alkohollidelser hadde økt risiko for økt bruk av rusmidler
Shorey 2013 (USA)	927	14 - 16 (44)	Undersøke sammenheng foreldres rusproblem, unges rusbruk, foreldrenærhet og foreldre-monitorering	LAU, LDU	Rusbruk blant barn var assosiert med både mors og fars rusproblemer, mediert av mors nærhet og foreldreovervåking
vanderZ waluw 2008 (Nederland)	856	12 - 16 (ca 50)	Undersøke om foreldrenes alkoholproblem påvirker foreldreskap (dvs. atferdskontroll, støtte, regelinnstilling, alkoholspesifikk atferdskontroll) ungdoms alkoholbruk over tid	FAU, DPD	Foreldres alkoholproblemer korrelerte positivt, men marginalt med unges alkoholforbruk. Forelderollen påvirker ungdommens alkoholbruk, men bare opp til en alder av cirka 14 år
Vidal 2012 (Sveits)	276	6 - 18 (52)	Undersøke sammenhengen mellom alkohollidelse eller heroinlidelse hos foreldre og psykiske lidelser hos barn	K-SADS-E	Barn av foreldre med heroinlidelser og alkohollidelse har stor forhøyet risiko for tilbakevendende depressive lidelse, barn av foreldre med heroinlidelser har også økt risiko for ADHD og ruslidelse
Walden 2007 (USA)	1514	11 - 18 (50)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres ruslidelse og rusbruk og symptomer på ruslidelse hos barn	DICA, CSU	Både fars og mors ruslidelse predikerte økt rusbruk og økte symptomer på ruslidelse hos barn
Wilens 2014 (USA)	202	10 - 17 (64)	Undersøke påvirkningen av foreldres ruslidelse på risiko for ruslidelse hos barn med og uten bipolar lidelse	K-SADS-E	Foreldres ruslidelse predikerte større risiko for alkohollidelse, men ikke ruslidelse hos barn. Det at barn hadde bipolar lidelse eller ikke utgjorde ingen ekstra risiko

Bruk av alkohol og andre rusmidler

Chalder, Elgar, and Bennett (2006) rapporterer at ungdom av foreldre med alkoholproblemer oftere (f.eks. med OR 1,4 for å ha vært alvorlig beruset siste 3 måneder), ble fullere når de drakk, og drakk mer alene enn andre ungdommer, og at motivet for å drikke i større grad var relatert til mestring. Her var det ingen forskjell på gutter og jenter.

Mares, van der Vorst, Engels, and Lichtwarck-Aschoff (2011) viser også sammenhengen mellom foreldres alkoholproblemer og ungdoms utstrakte bruk av alkohol, dette til tross for at studien også viser at foreldre med alkoholproblemer snakker mer med sine barns om bruk av alkohol. I denne studien har de ikke hatt stort nok utvalg til å se på forskjeller mellom gutter og jenter.

Eiden et al. (2016) og Serec et al. (2012) rapporterer at barn av foreldre med alkohollidelser sent i tenårene har et høyere forbruk av alkohol, marijuana, sigaretter og andre rusmidler. I den første studien var det begrensede muligheter til å vurdere kjønnsforskjeller mellom gutter og jenter, i den siste fant de ingen signifikante forskjeller mellom kjønn i forhold til bruk av rusmidler. Eiden et al. (2016) viste hvordan det at foreldre hadde en varm og sensitiv oppdragerstil, og høyere monitorering ved foreldre var en beskyttelsesfaktor i denne sammenheng.

Hussong, Huang, Serrano, Curran, and Chassin (2012) og King, Molina, and Chassin (2009) rapporterer om at det å ha foreldre med en alkohollidelse utgjør en klar risikofaktor i forhold til ungdoms bruk av alkohol, marijuana og illegale rusmidler, og at forbruket etter fylte 14 år øker kraftigere for gutter sammenlignet med jenter.

Walden, Iacono, and McGue (2007) rapporterer også om sammenheng mellom foreldres ruslidelse og ungdoms bruk av nikotin, alkohol og andre rusmidler. Bruken økte raskere i ungdomstiden for gutter enn for jenter. De undersøkte videre om effektene varierte i forhold til timingen på foreldres alkoholproblemer, men fant bare begrensede effekter.

En studie (Coffelt et al., 2006) undersøkte ungdoms drikking i forhold til om det er mor eller far som har alkoholproblemer. Drikking økte både for gutter og jenter når mor hadde alkoholproblemer, men økte bare for jenter når far hadde alkoholproblemer.

Keeley, Mongwa, and Corcoran (2015) undersøkte om det er forskjeller om det er far eller mor som har ruslidelser. De fant en klar sammenheng mellom foreldres ruslidelser og barns bruk av rusmidler, og at den er litt sterkere når det er mor, og enda sterkere når begge foreldrene har ruslidelser. Studien viste ingen signifikante forskjeller for gutter og jenter (bortsett fra at gutter generelt har et høyere bruk av rusmidler).

Shorey et al. (2013) og van der Zwaluw et al. (2008) fant utslag på ungdom alkoholbruk både når mor og far har problemer med illegale rusmidler, men at sammenhengene er medierte av kvaliteten på relasjonen til og foreldrekontroll. De fant ingen signifikante forskjeller mellom gutter og jenter.

Trim and Chassin (2008) viser hvordan det å bo i et nabolag med lav sosioøkonomiske status utgjør en høyere risiko for barn som har vokst opp med foreldre med alkohollidelser i forhold til deres alkoholbruk og alkoholrelaterte konsekvenser.

Problematisk rusbruk og avhengighet. I tillegg til å rapportere på bruk av rusmidler blant ungdom, er det også flere studier som rapporterer på problematisk rusbruk og avhengighet blant ungdom.

Hanson et al. (2006) rapporterte om en sammenheng mellom foreldres alkoholproblemer og ruslidelser hos ungdom, men fant ikke en tilsvarende sammenheng mellom foreldres rusproblemer og ruslidelser hos ungdom. Studien rapporterer ikke på kjønnsforskjeller.

Studien til Vidal et al. (2012) viser at barn av foreldre med heroinlidelse har 16 ganger høyere risiko for selv å utvikle avhengighet av alkohol eller cannabis (OR=16,1), og risikoen er enda høyere hvis begge foreldrene har heroinlidelser. Studien finner derimot ingen sammenheng mellom alkohollidelse og forhøyet risiko for ruslidelser hos barn, studien rapporterer ikke på kjønnsforskjeller.

Wilens, Yule, Martelon, Zulauf, and Faraone (2014) viste også sammenheng mellom foreldres ruslidelse og barns alkohollidelse, men ikke med barns lidelse i forhold til illegale rusmidler. Studien rapporterer ikke på kjønnsforskjeller.

Walden et al. (2007) undersøkte også sammenhengen mellom foreldres ruslidelser og symptomer på ruslidelser hos barn. Antallet symptomer økte raskere i ungdomstiden for gutter enn for jenter, og den

totale symptombelastningen var også høyere for gutter. Risikoen for utvikling av symptomer hos barn var høyere hvis begge foreldrene hadde rusproblemer.

Kirillova et al. (2014) viste risiko for selv å få ruslidelse hos døtre av fedre med ruslidelser. Marshal, Molina, Pelham, and Cheong (2007) fant også sammenheng mellom foreldres alkohollidelser og ungdoms alkohollidelser, De undersøkte også hvordan sammenhengen er mediert gjennom stress i familie og vennerelasjoner, og at dette slår sterkere ut for ungdom med ADHD. Studien rapporterte forskjeller mellom gutter og jenter.

Marmorstein et al. (2009) undersøkte, med data fra en tvillingstudie fra Minnesota, sammenhengen mellom foreldrenes ruslidelser og deres barns ruslidelser. Hos ungdom (17 år) med forelder med alkohollidelse fant de signifikant økt risiko for nikotinlidelse (OR=2,0), alkohollidelse (OR=2,2), ruslidelser (illegale rusmidler) (OR=2,3). Tilsvarende med foreldres lidelse knyttet til illegale rusmidler (unntatt cannabis); nikotinlidelse (OR=2,7), alkohollidelse (OR=2,1) og ruslidelse (illegale rusmidler) (OR=4,0). Foreldres cannabislidelse slo ut i forhold til ungdoms alkohollidelse (OR=2,0) og ruslidelse (andre illegale rusmidler) (OR=2,7).

Studiene viser altså samlet sett klare sammenhenger mellom foreldres rusproblemer og både barn/ungdoms bruk (hyppighet og mengde) av rusmidler (nikotin, alkohol, illegale rusmidler), barn/ungdoms problemer med rusmidler i hovedsak målt gjennom diagnostiske verktøy. Artiklene viser noen kjønnsforskjeller.

3.2.5 Vold og kriminalitet

Sammendrag av kapittel 3.2.5: Hvordan foreldres rusproblemer virker inn på vold og kriminalitet

Vold og kriminalitet hos barn av foreldre med rusproblemer er omtalt i 7 studier. Studiene omhandler det å oppleve traumer i form av vold, skade, overgrep og mobbing, eller det å utsette andre for mobbing og begå kriminalitet. Fire studier viser at det å vokse opp med foreldre med ruslidelser gir en forhøyet risiko for å oppleve traumer; bli utsatt for vold eller være vitne til vold, skader og overgrep. En studie undersøkte sammenhengen mellom foreldres alkohollidelse og det å bli utsatt for mobbing, men fant ingen direkte eller indirekte sammenheng. To studier viser en sammenheng mellom det å vokse opp med foreldre med ruslidelser og det å utøve mobbing, vold og kriminalitet. I en av disse studiene som fokuserte på kriminalitet (voldelig og ikke-voldelig) gjaldt det begge kjønn, men kun når det var far som hadde en alkohollidelse. Den andre studien viste en sammenheng mellom det å ha foreldre med alkohollidelser og det å mobbe andre, her var sammenhengen kun signifikant for gutter.

Tabell 3.2.6 Resultat - vold og kriminalitet hos barn

Tab 2.3.6 Studie	Antall barn	Alder (% gutter)	Målsetning	Måleinstrumenter barn	Resultat
Eiden 2010 (Eiden 2006) (USA)	227	1 - 10 (50)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres alkohollidelse, og barns mobbing av jevnaldrende og det å være utsatt for mobbing	SSP, OBVQ	Studien viste en sammenheng mellom foreldres alkohollidelse og det å utføre mobbing, men sammenhengen var kun signifikant for gutter. For gutter var det å ha en trygg tilknytning til en mor med alkohollidelser forbundet med økt risiko. Studien viste ingen sammenheng mellom foreldres alkohollidelser å det å bli utsatt for mobbing
Grekin 2005 (Australia)	816	0 - 15 (50)	Undersøke forholdet mellom foreldres alkohollidelser og barns voldelig og ikke-voldelig kriminelle handlinger	SCWT,	Fars, men ikke mors alkohollidelse predikerte voldelig og ikke-voldelig kriminalitet hos barn. Eksekutiv funksjon medierte sammenhengen mellom fars alkohollidelser og barns utøvelse av voldelig kriminalitet, mens familiestress medierte sammenhengen mellom fars alkohollidelse og barns utøvelse av voldelig og ikke-voldelig kriminalitet
Hanson 2006 (USA)	3906	12 - 17 (51)	Studere sammenhengene mellom foreldres rusproblemer, voldseksponering og psykopatologi og ruslidelser hos barn	VE, PTSD, MDE	Foreldrenes alkoholproblemer, men ikke problemer med illegale rusmidler, økte risikoen for depresjon, PTSD og ruslidelser hos ungdom
Kirillova 2014 (USA)	225	9 - 18 (0)	Teste sammenhengen mellom foreldres ruslidelser, ernæringsstatus og fysiologisk modning hos jenter, og om dette igjen fører til at man får eldre venner med avvikende, kriminell atferd og starter med bruk av rusmidler	K-SADS-E, TS, SSF, PDS	Antall foreldre med ruslidelser var relatert til ernæringsstatus. Resultatene viser at sammenhengen mellom antall foreldre med ruslidelser og det å ha venner med avvikende kriminell atferd er medierte av kjønnsmodning. Sammenhengen mellom kjønnsmodning og utvikling av ruslidelser hos jenter er medierte av det å ha venner som driver med kriminalitet
Seay 2013 (Mendoza 2013) (USA)	1652	8 - 17 (45)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres ruslidelser av barns eksponering for vold (vitne til eller utsatt for)	VEX-R	Blant familier som er involvert i barnevern, rapporterte barn av foreldre med ruslidelser i høyere grad å være vitne til vold i hjemmet, men ikke i høyere grad være utsatt for vold
Sprang 2008 (USA)	1127	5 (53)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres ruslidelser og traumeeksponering hos barn	Journaler	Barn av foreldre med ruslidelser har en økt risiko for å bli utsatt for traumatiske opplevelser. 59,9% av barna av foreldre med ruslidelser skåret PTSD-kriterium A2 sammenlignet med 27,3% av barn uten foreldre med ruslidelser
Winqvist 2007 (Finland)	10340	0 - 14 (ca 50)	Undersøke om foreldrenes alkoholproblemer predikerte risikoen for traumatiske hjerneskader (TBI) hos barn, og om ungdom som har fått TBI i barndommen oftere ble beruset	TBI, 14-HSAQ	Foreldre alkoholproblem og det å være gutt predikerte risikoen for å ha opplevd traumatisk hjerneskade i barndommen. Foreldres alkoholproblem predikerte også i hvilken grad barn drakk seg beruset

Innledning

Det å oppleve traumer i form av vold, skader eller overgrep og det å utsette andre for mobbing, vold og overgrep eller begå kriminalitet er tema som går igjen i syv studier. Alle studiene har ulike instrumenter som måler dimensjoner av dette.

Å oppleve vold, skader og overgrep. Flere studier viser hvordan barn som har vokst opp med foreldre med rusproblemer har opplevd vold, overgrep og skader i større grad enn andre barn. Sprang, Staton-Tindall, and Clark (2008) sin studie viser av barn med foreldre som har problemer med illegale rusmidler prosentvis har opplevd flere traumatiske opplevelser, 59,9 % av barna i studien oppfylte PTSD kriterier sammenlignet med 27,3% i kontrollgruppen. Winqvist, Jokelainen, Luukinen, and Hillbom (2007) sin studie viser en sammenheng mellom foreldres alkoholproblemer og risikoen for traumatisk hjerneskade (TBI). Seay and Kohl (2013) sin studie, basert på en populasjon av familier som er i kontakt med barnevern (child welfare), viser at barn i familier med foreldre med rusproblemer rapporterer om i større grad å være vitne til vold, men ikke i større grad være utsatt for vold. Hanson et al. (2006) sin studie viser at barn som har vokst opp med foreldre med rusproblemer i større grad enn andre barn hadde opplevd seksuelle overgrep, fysiske overgrep og hadde vært vitne til vold. Eiden et al. (2010) undersøkte sammenhengen mellom foreldres alkohollidelser og det å bli utsatt for mobbing, de fant imidlertid ingen direkte eller indirekte effekter.

Å utøve mobbing og kriminelle handlinger. Det å vokse opp med foreldre med rusproblemer ser også ut til å ha en sammenheng mellom barns utøvelse av mobbing, vold og kriminalitet. Grekin, Brennan, and Hammen (2005) sin studie viser en sammenheng mellom far, men ikke mors, alkohollidelser og barns voldelige og ikke-voldelige kriminalitet, men med lav effektstørrelse. De fant ingen forskjell mellom gutter og jenter i studien. Eksekutiv funksjon medierte sammenhengen med voldelig kriminalitet, mens familiestress medierte sammenhengen mellom både voldelig og ikke-voldelig kriminalitet. Eiden et al. (2010) fant en sammenheng mellom foreldres alkohollidelser og det å mobbe andre, men at denne kun var signifikant for gutter og ikke for jenter. Videre viste studien at sammenhengen i forhold til mors alkohollidelser kun gjaldt for gutter med en sikker tilknytning til mor, og i forhold til fars alkohollidelser kun for gutter med en usikker tilknytning til mor. Kirillova et al. (2014) fant i sin studie av døtre med fedre som hadde problemer med illegale rusmidler, at de i større grad enn andre jenter hadde venner som var involvert i kriminalitet.

3.2.6 Sosiale forhold og sosial tilpasning

Sammendrag av kapittel 3.2.6: Hvordan foreldres rusproblemer virker inn på barns sosiale tilpasning

Sosiale forhold og sosial tilpasning er omtalt i 15 artikler fra 13 studier. Artiklene omhandler tema som skoletilpasning, familiesamhold, forsømmelse av barn, stressende livsbetingelser og opplevelser, samt mestring. To artikler viser at det å være barn av foreldre med rusproblemer eller ruslidelser øker sannsynligheten for å oppleve flere og mer alvorlige stressfaktorer, knyttet til bosituasjon, familie, kriminalitet, venner, økonomi, sammenlignet med andre barn. Denne sammenhengen er sterkere hvis barna har tidlig debut med rusmidler. Fire artikler omhandler relasjonene innad i familien. Alle studiene finner sammenhenger mellom ruslidelser og rusproblemer i familien og dårligere familiesamhold. To studier undersøkte sammenheng mellom sosial kompetanse og foreldres ruslidelser og sosial kompetanse, men fant ingen forskjeller. To studier viste en sammenheng mellom foreldres alkoholproblemer og unnvikende mestringsatferd hos barn. En av studiene viste at mors alkoholproblemer hang sammen med at barna tok på seg omsorgsoppgaver når problemer oppsto i familien. En artikkel om positiv tilpasning blant barn av foreldre med alkohollidelser viste at mange av barna hadde en god tilpasning med en aktiv mestringsstil der de søkte løsninger på problemer til tross for vanskeligheter, og der de søkte hjelp og støtte fra andre. Flere studier viste en sammenheng mellom foreldres alkohollidelser og dårligere skoleprestasjoner hos barn. I en av studiene er sammenhengen i stor grad forklart av andre

psykososiale forhold til familien som foreldres psykiske lidelser, kriminalitet og kontakt med barnevern/sosialtjenester. I forhold til aktiviteter vise en studie at barn av foreldre med alkohollidelser brukte mer tid på skjerm og musikk, og mindre på fysisk aktivitet.

Tabell 3.2.7 Resultat – sosiale forhold og sosial tilpasning

T. 3.2.7 Studie	Antall barn	Alder (%gutter)	Målsetning	Måleinstrumenter barn	Resultat
Berg 2016 (Sverige)	740618	0 - 16 (51)	Studere koblingen mellom foreldrenes alkoholrelaterte lidelser/psykiske lidelser og barnas skoleprestasjoner	Grades	Alkohollidelser hos både mødre og fedre er assosiert med lavere skoleprestasjoner hos barna i alderen 15 - 16 år, sammenhengen i stor grad mediert av psykososiale forhold i familien, bl.a foreldres psykiske lidelser
Bijttebier 2006 (Belgia)	207	10 - 14 (52)	Undersøke assosiasjonene mellom foreldrenes alkoholproblemer, familiemiljø og barn tilpasning (angst, depresjon og selvbilde)	DQC, STAIC-S, SPPC,	Foreldres alkoholproblemer er assosiert med lavt familiesamhold, dårlig familieorganisering og lavt selvbilde hos barn. Sammenhengen mellom foreldres alkoholproblemer og barns selvbilde er mediert av familiesamhold
Charles 2015a (USA)	386	11 - 15 (48)	Undersøke hvordan barn med foreldre med ruslidelser er eksponert for ulike stressfaktorer, og sammenhengen mellom eksponering for stress og barns rusbruk	Breath alcohol, urine-test, WASI, K-SADS, SLES	Barn av foreldre med ruslidelser rapporterte om at de oftere var eksponert for stressfaktorer (bolig, familie, skole, kriminalitet, jevnaldrende og økonomi), og at stressfaktorene de ble eksponert for var mer alvorlige. Risikoen for rusbruk blant barna var både direkte i forhold til foreldres ruslidelser og indirekte gjennom påført stress
Charles 2015b (Charles 2015a) (USA)	279	11 - 15 (47)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres ruslidelser, og barns tidligere rusdebut og eksponering for stressfaktorer	Breath alcohol, urine-test, WASI, K-SADS, SLES	Av barna med foreldre med ruslidelser var det de som i tillegg hadde en tidlig rusdebut som hadde den størst kumulative eksponeringen for stressfaktorer
Diaz 2008 (Spania)	518	6 - 17 (50)	Identifisere mulige risikofaktorer for barn av foreldre med alkohollidelser ift psykiske lidelser, skoleprestasjoner og kognitiv funksjon	SSAGA, FES, FAU, FDU, karakterer, WISC-R, SCWT,	Barn av foreldre med alkohollidelser hadde en dobbelt så stor sannsynlighet for prekliniske symptomer på alle psykiske lidelser og fire ganger så stor sannsynlighet for å ha en psykisk lidelse sammenlignet med kontrollgruppen. Barn av foreldre med alkohollidelse hadde også lavere skår på kognitive tester, og risikoen for dårlige skoleprestasjoner var 9 ganger høyere enn i kontrollgruppen
Grzegorzewska 2013 (Polen)	540	9 - 18 (50)	Undersøke kjennetegn ved barn av foreldre med alkoholproblemer som viser positiv tilpasning	CBCL, DTAQ, RSQA, EASTS, IPPA, BMSLSS	Barn av foreldre med alkoholproblemer har tre ganger mindre sannsynlighet for å ha en positiv tilpasning sammenlignet med kontrollgruppe. Samtidig har 35 - 40% av dem en god tilpasning. De som ikke har en god tilpasning har signifikant lavere grad av trygg tilknytning til sin far og sin mor, og høyere grad av sinne og fiendtlighet rettet mot seg. Barna med høy grad av tilpasning er kjennetegnet av en aktiv mestringsstil.
Husson g 2005	373	3 - 15 (66)	Undersøke longitudinelt sammenhengen mellom foreldres alkohollidelser og barns sosiale kompetanse	RCPQ, CBCL, CPPS,	Jenter av foreldre med alkohollidelser viste lavere sosiale kompetanse i tidlig barndom, men som utjevnet seg i ungdomstiden. Resultatene hang sammen med om foreldrene var i aktiv rus og antall foreldre med alkohollidelser
Trim 2008 (Husson g 2007) (USA)	361	12 - 16 (53)	Undersøke hvilken rolle sosioøkonomiske status i nabolaget spiller for sammenhengen mellom foreldres alkohollidelser og barns alkoholbruk	FAU, DPD, alcohol consequences	Barn av foreldre med alkohollidelser som bor i nabolag med lavere sosioøkonomisk status har større risiko for økende alkoholbruk og konsekvenser sammenlignet med barn av foreldre med alkohollidelser som bor i nabolag med høyere sosioøkonomisk status. deres kolleger i høyere SES-nabolag

T. 3.2.7 Studie	Antall barn	Alder (%gutter)	Målsetning	Måleinstrumenter barn	Resultat
Keller 2007 (Keller 2005) (USA)	215	6 - 10 (46)	Undersøke sammenhengen mellom barns tidligere eksponering for destruktiv ekteskapeelig konflikt, foreldrenes alkoholproblemer og barns reaksjoner på ekteskapeelig konflikt	CBRCV	Å bli eksponert for mors drikking var relatert til at barna tok på seg omsorgsoppgaver som en respons til eskalerende konflikt. Å bli eksponert for fars drikking var relatert til at barna inntok en meklerrolle unngikk konflikt som gjaldt dem, i tillegg til en passiv rolle i den eskalerende konflikt mellom foreldrene
Marshal 2007 (USA)	242	13 - 18 (94)	Undersøke i hvilken grad stressende livshendelser medierte forholdet mellom foreldres alkohollidelser og ungdoms alkohollidelser, og ungdoms utvikling av ADHD	FAU, DSM-III/V, SLE, APES, COALES	Foreldres ruslidelser var relatert til ungdoms ruslidelser. Stress i familie og vennerelasjoner medierte sammenhengen og var sterkere for barn med ADHD
Peleg-Oren 2008 (Israel)	148	8 - 11 (49)	Undersøke sammenhengen mellom fedres ruslidelser, forelderstil og familiens samhold og psykososiale tilpasningen til barn	EDS, ACFS	Ingen signifikante sammenhenger mellom fedres ruslidelser og psykososiale tilpasninger hos barna
Ryan 2016 (USA)	386	10 - 12 (48)	Beskrive sammenhengen mellom fars ruslidelser og kliniske og sosiale kjennetegn ved barn	WASI, PPDS, K-SADS-PL, DHQ, SSS-C, ICU, LHA, CBCL, YSR, PDS	Barn av fedre med ruslidelser hadde flere emosjonelle og atferdsmessige symptomer, og dårligere familieforhold
Serec 2012 (Slovenia)	141	12 - 18 (ca 50)	Undersøke sammenhengen mellom det å vokse opp med foreldre med alkohollidelser og barns livsstil, fysiske og psykiske helse	YSR, SDQ, spørsmål om livsstil	Barn av foreldre med alkohollidelser hadde økt risiko for dårligere skoleprestasjoner, for det å bruke mer tid på stillesittende aktiviteter (TV, internett, musikk) og mindre tid på fysisk aktivitet
Smith 2006 (Husson og 2007) (USA)	293	5 - 13 (49)	Undersøke sammenhengen mellom foreldres sosialisering og barns tilpasning og mestringsstrategier, kontrollert for alkohollidelser hos foreldre	CCSC-R1, CCE, CBCL	Foreldres sosialisering var relatert til barns aktive og støttesøkende mestringsstrategier (moderert av foreldres alkohollidelser), som igjen var assosiert med mindre grad av lærerrapporterte eksternaliserende og internaliserende problemer
Stewart 2006 (USA)	146	10 - 12 (NOS)	Å undersøke sammenhengen mellom mors og fars ruslidelser og psykiske lidelser og fars forsømmelse av barna i sen barndom	CNQ	Resultatene viser at mors og fars ruslidelser og psykiske lidelse er relatert til alvorlighetsgraden i fars forsømmelse av barn (fysisk, emosjonelt, skolerelatert, i forhold til veiledning)

Sosiale forhold og sosial tilpasning er et tema som går igjen i 15 artikler basert på 13 studier. Vi har samlet resultater som sier noe om skoletilpasning, familiesamhold, stressende livsbetingelser og opplevelser, samt mestring. Her varierer i stor grad hvilke utfallsmål som er brukt. I forhold til skoletilpasning er karakterer, samt antall fag med strykarakter og antall ganger et fag er tatt opp på ny, brukt som måleinstrument. Når det gjelder stressende livsbetingelser, familiesamhold, sosial kompetanse er det brukt standardiserte skalaer. I forhold til barns mestring av foreldrekonflikter ble det i en studie brukt et standardisert måleinstrument, i en annen ble det gjennomført forsøk der barna ble vist videoer av konfliktsituasjon og ble spurt om deres respons.

Stressende livsbetingelser. Resultatene tyder på at stressende livsbetingelser og opplevelser er noe barn som har vokst opp med foreldre med rusproblemer i større grad opplever enn andre barn (Charles, Mathias, et al., 2015; Charles, Ryan, et al., 2015). To artikler viser at barn som har vokst opp med foreldre med ruslidelser har opplevd samlet sett flere og mer alvorlige stressfaktorer ($d=0,63$) i forhold til bosituasjon, familie, kriminalitet, venner og økonomi sammenlignet med andre barn (Charles, Mathias, et

al., 2015; Charles, Ryan, et al., 2015). Denne effekten er enda sterkere hvis barna i tillegg har en tidlig debut med rusmidler (Charles, Mathias, et al., 2015).

Familiesamhold og relasjoner i familien. Fire studier omfatter mer spesifikt forhold innad i familien. Marshal et al. (2007) sin studie viser en sammenheng mellom foreldres alkohollidelser og stress i familierelasjoner og til vennerelasjoner. Ryan et al. (2016) sin studie støtter opp om dette, studien finner at barn av foreldre med rusproblemer har dårlige familieforhold (Eta sq = 0,10), samt at barna har flere venner med avvikende atferd (Eta sq = 0,9). Bijttebier and Goethals (2006) sin studie viser også at barn med foreldre med rusproblemer har dårligere familiesamhold. Stewart, Mezzich, and Day (2006) studerer sammenhengen mellom foreldres ruslidelser og fars forsømmelse av sine barn, fysisk, emosjonelt, i forhold til oppfølging av skole/utdanning og i forhold til manglende veiledning. Resultatene fra studien viste en relasjon mellom både mor og fars ruslidelse, samt deres psykiske lidelse og alvorlighetsgraden i fars forsømmelse av sine barn, men sammenhengen var ikke signifikant i regresjonsanalysen. Alvorlighetsgraden i mors psykiske lidelse var assosiert med fars forsømmelse av sine barn.

Sosial kompetanse. Peleg-Oren et al. (2008) har undersøkt sammenhengen mellom fars rusproblemer og sosial tilpasning hos barn, den finner imidlertid ingen signifikante sammenhenger. Hussong, Zucker, Wong, Fitzgerald, and Puttler (2005) finner i sin studie at jenter, men ikke gutter som har vokst med foreldre med alkohollidelser har mindre grad av sosial kompetanse målt når barna er 6 år. Denne sammenhengen er forsvunnet ved 15-årsmåling. Resultatene henger også sammen med om foreldrene er i aktiv rus og om det er flere foreldre som har alkohollidelser.

Mestring. To studier handler om hvordan barna mestrer hverdagen sin (Keller, Cummings, Davies, & Lubke, 2007; Smith et al., 2006). I den første henger barns eksponering for mors problematiske drikking sammen med at barna tar på seg omsorgsoppgaver når potensielle konflikter oppstår. Eksponering for fars drikking henger sammen med unnvikende atferd hos barn, at man unngår «child-related conflict», og at man ikke blander seg inn i pågående konflikter mellom foreldrene. I den andre studien var foreldres alkohollidelser assosiert med unnvikende mestring hos barna, en type mestring som tyder på at barna er mistilpasset.

Grzegorzewska (2013) undersøkte karakteristikk ved barn av foreldre med alkoholproblemer, som viste en positiv tilpasning i sitt liv. Selv om barn av foreldre med alkohollidelse har en høyere risiko for belastninger, viser studien at 40% av barn har en god tilpasning. De barna som ikke har en god tilpasning har signifikant lavere grad av trygg tilknytning til sin far og sin mor, og høyere grad av sinne og fiendtlighet rettet mot seg. Barna med høy grad av tilpasning er også kjennetegnet av å ha en måte å mestre hverdagen på preget av å forholde seg aktivt til problemer og søke løsninger til tross for alle vanskeligheter (en aktiv mestringsstil), samt at de oftere søker hjelp og støtte fra andre.

Skoleresultater. Tre studier finner sammenheng mellom foreldres alkohollidelser og dårligere skoleresultater (Berg, Back, Vinnerljung, & Hjern, 2016; Diaz et al., 2008; Serec et al., 2012). I den første studien (Berg), der resultatene måles når barna er 15-16 år, er mesteparten av sammenhengen forklart av andre psykososiale forhold i familien, som foreldres psykiske lidelser, kriminalitet og kontakt med barnevern/sosialtjenester. Serec et al. (2012) sin studie finner også sammenhengen mellom det å vokse opp med foreldre med alkohollidelser og risikoen for dårlige skoleprestasjoner, også når man har kontrollert for sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer. Diaz et al. (2008) sin studie viste at barn av foreldre med alkohollidelser hadde ni ganger høyere risiko for lave skoleprestasjoner sammenlignet med kontrollgruppen, den viste også en økt risiko for å stryke og for å ta fag om igjen.

Aktivitet og fritid. En studie (Serec et al., 2012) finner videre at barn som har vokst opp med foreldre med alkohollidelser bruker mer tid på skjermaktiviteter og musikk, og mindre tid på fysisk aktivitet.

3.3 Effekt av tiltak for barn av foreldre med rusproblemer

Sammendrag av kapittel 3.3: Effekt av intervensjoner for barn av foreldre med rusproblemer

Syv artikler omhandler effekten av åtte ulike intervensjoner med utfallsmål knyttet til barns situasjon eller forhold til knyttet til relasjonen innad i familien. To av intervensjonene er familiebaserte og inkluderer barn under 18 år, og 5 av intervensjonene er gruppebaserte og der 4 rettet seg mot voksne barn av foreldre med rusproblemer og 1 rettet seg mot barn i alderen 14-18 år. Den siste intervensjonen var nettbasert. Studier av familiebaserte programmer har henholdsvis mor-barn-interaksjon (etter 18 mnd) og barns ruslidelser (etter 14 års oppfølging) som utfallsmål. En av disse studiene viste positive endringer over tid i mor-barn-interaksjon, men ingen effekt av intervensjonen, studien viste imidlertid effekt i forhold til mors rusmønster. Den andre studier viste signifikante bedring for gutters rusproblemer etter 14 års oppfølging. Studier av gruppeprogrammer viste varierende resultater og noen ulikheter for gutter og jenter. Fire ulike gruppeprogrammer for voksne barn av foreldre med ruslidelser viste generelt bedringer over tid i forhold til mestring, psykisk helse og sosial integrasjon, men få intervensjonseffekter. Et unntak var gruppeprogrammet som fokuserte på drikkemønster, som ga intervensjonseffekt i forhold til nettopp dette. En studie av et nettbasert program viste at dette hadde større effektstørrelse en to andre kombinasjoner av program, men studien hadde få deltakere.

Innledning

En viktig målsetning med denne kunnskapsoppsummeringen har vært å finne ut hvilke intervensjoner som har vist positiv effekt i forhold til barn og unges liv. Det er her snakk om spesifikke forebyggende intervensjoner for å fremme resiliens hos en gruppe barn med potensielt store belastning, og ikke behandlingstiltak rettet mot symptomer hos barn. Vi har her begrenset intervensjoner til de som inkluderer barn direkte og som har utfallsmål i forhold til karakteristikk hos barna eller karakteristikk av relasjonene innad i familien. I forhold til intervensjon har vi utvidet aldersspennet til også å omfatte intervensjon for voksne barn som har vokst opp med foreldre med ruslidelser og rusproblemer. Vi har begrenset inklusjonen av studier til de som har et randomisert kontrollgruppedesign. (I vårt søk kom det opp en protokoll på en RCT-studie av et program for barn kalt TRAMPOLINE. Resultatene fra denne studien er per nå publisert (Bröning et al., 2019), men inngår ikke i kunnskapsoppsummeringen.

Oversikt over tiltakene

8 ulike programmer. I forhold til kvantitative studier som viser effekter av intervensjoner for barn og voksne barn som har vokst opp med foreldre med rusproblemer, fant vi 7 artikler basert på data om utprøving av 8 ulike programmer, gitt våre inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 3.3.1).

Familieorienterte programmer. To av programmene er familieorienterte; Focus on Families (FOF) (Haggerty, Skinner, Fleming, Gaaney, & Catalano, 2008) og Ecologically-Based Family Therapy (EBFT) (Slesnick & Zhang, 2016). Det første programmet ble gjennomført i tilknytning til metadonbehandling og utføres helt eller delvis i familienes hjem, mens den siste tilbys i tilknytning til annen rusbehandling og på behandlingsinstitusjonen. Programmene tilbyr en noenlunde lik mengde intervensjon (12 x 90 min, FOF noe mer med 16 x 90 min). FOF inkluderte barn i alderen 2–8 år, mens EBFT inkluderte barn i alderen 8–16 år.

Gruppetilbud. Fem av programmene; School-based Support Group (SBSG) (Gance-Cleveland & Mays, 2008), The Alcohol intervention program (AIP) (Hansson, Rundberg, Zetterlind, Johnsson, & Berglund, 2006;

Hansson, Rundberg, Zetterlind, Johnsson, & Berglund, 2007), the Coping intervention program (CIP) (Hansson et al., 2006; Hansson et al., 2007), Forgiveness therapy (FT) (Osterndorf, Enright, Holter, & Klatt, 2011) og Conflict resolution group (CRG) (Osterndorf et al., 2011), er gruppetilbud med ulike type faglig innhold. Det første er rettet mot barn i alderen 14-18 år, mens de andre fire er rettet mot unge voksne.

Onlinetilbud. Et av programmene; Comprehensive Health Enhancement Support System (CHESS) (Gustafson, McTavish, Schubert, & Johnson, 2012), er et online web-basert tilbud for voksne barn som har vokst opp med rusproblemer i familien.

Tabell 3.3.1 Intervensjonene i studiene om tiltak for barn av personer med rusproblemer Tabell 3.3.2

Studie	Intervensjon	Målgruppe og fokus i intervensjonen	Format	Setting
Gance-Cleveland 2008	School-based Support Groups (SBSG)	Skolebasert. Gjensidig støtte i en prosessorientert, tidsbegrenset, psykoedukasjonsgruppe. Deltakerne utforsker hvordan ruslidelser hos foreldre påvirker deres liv, øker sin kunnskap om rus og hvordan det påvirker familier, setter seg mål og utvikler strategier for å oppnå disse målene	14 ukentlige 60-minutters gruppesesjoner	Videregående skole
Gustafson 2012	Comprehensive Health Enhancement Support System (CHESS)	Et webbasert program for voksne barn av foreldre med alkohollidelser som tilbyr informasjon, kommunikasjon, oppgaver og veiledning	Når som helst (terapi: 8 ukentlige gruppemøter på 90 minutter)	Poliklinisk
Haggerty 2008	Focus on Families (FOF)	Familiebasert. Forebyggende intervensjon for å redusere ruslidelser blant barn i familier med en forelder i metadonbehandling. Programmet besto av en familieretreat, foreldreveiledningssesjoner (der barna deltok på 12) og individualiserte hjemmebaserte tjenester	16 sesjoner på 90 minutter hver uke	Metadonbehandling
Hansson 2006, 2007	The Alcohol intervention program (AIP) and the Coping intervention program (CIP)	To ulike gruppeterapiprogram for voksne barn som har vokst opp med foreldre med rusproblemer. AIP er relatert direkte til deltakernes forhold til alkoholbruk og har som formål å identifisere drikkesituasjoner med høy risiko, gi nøyaktig informasjon om alkohol, identifisere personlige risikofaktorer, utfordre myter og positive forventninger, etablere passende og tryggere drikkemål, og å håndtere drikkesituasjoner med høy risiko, og lære av feil. CIP har som formål å hjelpe den enkelte til å konfrontere og mestre livet på en bedre måte	2 månedlige gruppemøter på 120 minutter	Universitet
Osterndorf 2011	Forgiveness therapy (FT) or Conflict resolution group (CRG)	To ulike gruppeterapi-programmer for voksne barn av foreldre med rusproblemer. FT har som formål å avdekke hvilken innflytelse foreldrenes rusproblemer har hatt i deres liv. CRG har som formål å lære deltakerne prinsipper for konfliktløsning og forhandling i familien	12 ukentlige 90-minutters gruppesesjoner	Poliklinisk
Slesnick 2016	Ecologically-Based Family Therapy (EBFT)	Familiebasert systemisk terapi. Målsetningen er å bedre dysfunksjonelle interaksjonsmønstre i familien, gjennom å veilede familier i konkrete problemer gjennom teknikker som reframing og refleksivitet	12 ukentlige sesjoner	Behandling av rusproblem

Effekt av intervensjoner for barn av foreldre med rusproblemer

Noen av studiene sammenligner ulike intervensjoner opp mot hverandre. Andre sammenligner intervensjonen opp mot venteliste eller normal behandling (treatment as usual). For å finne effekter av programmene er også svært ulike utfallsmål benyttet.

Tabell 3.3.2 RCT-studier av tiltak for barn som har vokst opp med foreldre med rusproblemer

Tabell 3.3.2 Studier	Navn på intervensjon	Kvalitet skårer	Sammenligningsgrupper	Deltakere	Alder barn (% gutter)	Utfallsmål barn og familie	Målepunkter	Effekter
Ganced Cleveland 2008	School-based Support Groups (SBSG)	36	1.SBSG (N=49) 2. venteliste (N=42)	91 individer	14-18 (38)	75-item HDLF-Y, 31-item true-false knowledge-of-chemical-dependency test, CRI	Før og etter 14 ukers intervensjon	Det ble observert signifikante forbedringer i kunnskapen om ruslidelser, og positive trender i forhold til nedgang i bruk av rusmidler, men ingen generelle effekter på de andre utfallsmålene. For gutter viste dog resultatene effekt i forhold til økning i medisinske klager og mindre sosial integrasjon, for jenter viser resultatene en effekt i forhold til økt sosial integrasjon og mestring
Gustafson 2012	Comprehensive Health Enhancement Support System (CHESS)	31	1. Gruppeterapi (N=7) 2. CHESS (N=8) 3. CHESS + gruppeterapi (N=8)	23 individer	18-?? (17)	Responsibility/Blame subscale, CES-D, JPI-R, UCLA LS, PGIS, PROS, SAS	Før og etter 10 ukers intervensjon	CHESS alene hadde den største effektstørrelsen på 5 av 7 utfallsmål i forhold til psykisk helse. I 4 av de 5 tilfellene var effektstørrelsen stor, i 1 tilfelle var den moderat. CHESS + gruppeterapi hadde en oppmøtegrad 81,5% på sammenlignet med 42,8 % for bare gruppeterapi
Haggerty 2008	Focus on Families (FOF)	32	1.FOF (N=82) 2. standard metadonbehandling (N=69)	151 barn	15-29 (57)	Childrens substance use; DSM-IV/CIDI.	Før og etter intervensjon, og etter 12 og 24 måneder og 12-15 år	Studien viste ingen generelle effekter i forhold til utvikling av barns ruslidelser ved 14 år oppfølging. Men studien fant signifikante kjønnsforskjeller. Gutter viste en signifikant mindre risiko for å utvikle ruslidelser sammenlignet med gutter i kontrollgruppen
Hansson 2006	The Alcohol intervention program (AIP) and the Coping intervention program (CIP).	29	1. AIP (N=27), 2. CIP (N=26) 3. AIP + CIP (N=29)	82 individer	20-30 (29)	AUDIT, eBAC, SIP, Coping with parents abuse questionnaire, SCL-90, ISSI	T0, T1 (etter 12 måneder), T2 (etter 24 måneder) - rapportert i neste artikkel	De to gruppene som mottok AIP og AIP+CIP endret reduserte sin drikking signifikant mer enn de som mottok CIP etter 12 måneder. CIP skilte seg ikke fra AIP og AIP+CIP i forhold til deres evne til å mestre foreldres alkoholproblemer. Gruppene skilte seg heller ikke i forhold til endringer i psykisk helse eller i forhold til deres kapasitet til sosial interaksjon
Hansson 2007	The Alcohol intervention program (AIP) and the Coping intervention program (CIP).	33	1. AIP (N=27), 2. CIP (N=26) 3. AIP + CIP (N=29)	82 individer	20-30 (29)	AUDIT, eBAC, SIP, Coping with parents abuse questionnaire, SCL-90, ISSI	T0, T1 (etter 12 måneder), T2 (etter 24 måneder)	Bare AIP+CIP fortsatt å forbedre sitt drikkemønster fra 12 måneders til 24 måneders oppfølging. AIP lå fortsatt på samme nivå som ved 12 måneders oppfølging. Bedringene i forhold til mestring oppnådd ved 12 måneders oppfølging for alle 3 gruppene, holdt seg på samme nivå ved 24-måneders oppfølging
Osterndorf 2011	Forgiveness therapy (FT) or Conflict resolution group (CRG)	33	1.FT (N=6) 2.CRG (N=6). Siste gruppe fikk også tilgivelsesterapi etter 12 uker	12 individer	22-49 (8)	EFI, STAI, BDI-II, STAXI, CSEI, PRO	Før og etter 12 ukers intervensjon, og etter 24 uker	Studien viste ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene i forhold til effekt på psykososiale variabler. Men begge gruppene viste forbedringer fra pretest til posttest; FT i forhold til tilgivelse, selvtilit, depresjon, sinne og positive forhold til andre, CRG i forhold til sinne og positive forhold til andre

Tabell 3.3.2	Navn på intervensjon	Kvalitet skårer	Sammenligningsgrupper	Deltakere	Alder barn (% gutter)	Utfallsmål barn og familie	Målepunkter	Effekter	
Studie	Slesnick 2016	Ecological Family Therapy (EBFT)	32	1. Hjemmebasert EBFT (hele familien) (N = 62) 2. Kontorbasert EBFT (hele familien) (N=61), 3. WHE (Womens Health Education) (bare kvinner) (N = 60)	183 familier	8-16 (52)	Interaction observation, ACQ	Før og etter 3 måneder intervensjon, og 6, 12 og 18 måneder	Alle gruppene viste positive endringer over tid i forhold til interaksjonen mellom mor og barn (autonomi- og relasjonsfremmende atferd), men ingen effekter av intervensjonen som sådan. EBFT viste derimot en effekt i forhold til nedgang i mors bruk av rusmidler sammenlignet med individuell behandling

Effekt av familieorienterte programmer. Studien av programmet Focus on Families (Haggerty et al., 2008) undersøker langtidseffekter for barn, etter 14 år, med ruslidelser som utfallsmål. Studien finner for det første at alle barna som har deltatt i programmet har høyere nivå av ruslidelser enn det som er tilfelle i den generelle befolkningen. Samtidig finner de en intervensjonseffekt for gutter, det vil si at gutter som har deltatt i programmet har signifikant lavere nivåer av ruslidelser sammenlignet med guttene i kontrollgruppen (som er barn der foreldre har mottatt regulær metadonbehandling) etter 14 år (OR=0,5), dette gjelder imidlertid ikke for jenter. Studien av EFBT (Slesnick & Zhang, 2016) undersøker effekten av intervensjon i forhold til kvaliteten i mor-barn-interaksjonen som et av utfallsmålene (viser også utfall ift. mors rusmønster). Her var det tre sammenligningsgrupper; EFBT hjemmebasert, EFTB kontorbasert og rusbehandling uten familieinvolvering. Studien fant positive endringer over tid i forhold til interaksjonen mellom mor og barn (autonomi- og relasjonsfremmende atferd) hos alle gruppene, men ingen effekter av intervensjonen som sådan. Studien fant imidlertid effekter av EBFT i forhold til mors rusmønster, sammenlignet med individuell behandling av mor.

Effekt av gruppetilbud. Fire artikler undersøker effekter av 5 ulike type gruppeprogrammer.

Gance-Cleveland and Mays (2008) undersøkte effekten av School-based Support Groups (SBSG), for barn i alderen 14 – 18 år, opp mot venteliste. Utfallsmål i studien er skaler om kunnskap, mestring og resiliens (operasjonalisert som positiv fysisk og mental helse og mindre risikoatferd). Resultatene viser signifikant effekt av intervensjonen i form av økt kunnskap, men ingen generelle effekter på de andre utfallsmålene. Det er allikevel forskjeller i forhold til kjønn; for gutter viser resultatene en effekt i forhold til økning i medisinske klager og mindre sosial integrasjon, for jenter viser resultatene en effekt i forhold til økt sosial integrasjon og mestring.

Hansson (Hansson et al., 2006; Hansson et al., 2007) undersøkte i sine to artikler effekten av to ulike gruppeprogram for voksne barn av foreldre med rusproblemer. Det ene fokuserer på alkoholbruk, det andre på mestring. Studien har tre sammenligningsgrupper; en gruppe for mottar alkoholintervensjonsprogrammet, en gruppe som mottar mestringsprogrammet og en gruppe som mottar begge. De to artiklene beskriver endring etter 1 og 2 år. Utfallsmål var 6 ulike skalaer som målte henholdsvis alkoholproblemer, mestring, psykologiske symptomer og sosiale relasjoner. Deltakerne i alle tre gruppene skåret ved baseline over cut-off på AUDIT (det indikerer et risikofullt forbruksmønster i forhold til alkohol), og relativt sett høyt på SCL-90 (psykiske vansker). Resultatene viser at alkoholintervensjonsprogrammet hadde effekt i forhold til drikkemønsteret sammenlignet med mestringsprogrammet. Det var ellers ingen forskjell mellom gruppene i forhold til mestring, psykisk helse og sosiale relasjoner. Studiene viste generelle endringer i forhold til mestring i alle gruppene, ellers var det ingen

endring i forhold til psykisk helse og sosial interaksjon i intervensjonsperioden (Hansson et al., 2006). Etter to år (Hansson et al., 2007) viste det seg imidlertid at positive endringer i forhold til rusmønster bare fortsatte for gruppen som både mottok alkoholintervensjonsprogrammet og mestringsprogrammet. Endring i forhold til mestring holdt seg på samme nivå som ved 1 års måling.

Osterndorf et al. (2011) undersøkte effekten av de to gruppeprogrammene: tilgivelsesterapi og konfliktløsningsterapi opp mot hverandre, som to innganger til å tilby barn av foreldre med rusproblemer støtte. Utfallsmålene er målt ved hjelp av 6 skalaer som måler henholdsvis tilgivelse, angst, depresjon, sinne, selvfølelse, positiv relasjon til andre. Studiene finner ingen signifikante forskjeller i behandlingseffekt mellom de to programmene, begge studiene viser imidlertid positive endringer hos deltakerne. Deltakerne som gjennomførte tilgivelsesterapi viste signifikante endringer i forhold til tilgivelse ($r^2=.41$), selvfølelse ($r^2=.41$), depresjon ($r^2=.41$), sinne ($r^2=.32$) og positive relasjoner til andre ($r^2=.26$), deltakerne som gjennomførte konfliktløsningsterapi viser signifikante endring pre-post i forhold til sinne ($r^2=.41$) og positive relasjoner til andre ($r^2=.26$).

Effekt av nettbaserte programmer. En av studiene (Gustafson et al., 2012) undersøkte effekter av nettbasert oppfølging for voksne barn av (CHESS) med en intervensjonsperiode på 8 uker. Studien har tre sammenligningsgrupper, kun CHESS, CHESS + gruppeterapi og bare gruppeterapi. I forhold til å fullføre intervensjonen hadde CHESS + gruppeterapi et oppmøte på 81,5% sammenlignet med bare gruppeterapi med et oppmøte på 42,8 %. Studien hadde utfallsmål i forhold til psykisk helse (7 ulike validerte skalaer). Pre- og posttestmåling for de ulike gruppene viste at kun CHESS var den av sammenligningsgruppene som hadde den største effektstørrelsen på 5 av 7 skalaer ($d=0,84$ for skyld, $d=2,53$ for angst, $d=0,88$ for ensomhet, $d=0,75$ for personlig utvikling og $d=1,07$ for positive relasjoner til andre).

4 Livssituasjonen for partnere til personer med rusproblemer

4.1 Opplevelsen av å leve med en partner med rusproblemer

Sammendrag av kapittel 4.1: Opplevelsen av å leve med en partner med rusproblemer

Vi fant 4 artikler fra kvalitative studier om 43 partners (41 kvinner, 2 menn) erfaringer med å leve med en person med rusproblemer. Partner beskriver et familieklima preget av konflikter og stress. Det er økonomiske problemer og opplevelse av isolasjon. Den rusavhengige er uforutsigbar, manipulerende og benektende. De opplever stadig brutte løfter og det påvirker dem på en slik måte at de blir engstelige, deprimerede og sinte. Noen av mødrene oppgir at de opplever moderskapet som en styrke, noe som hjelper dem. De ønsker å skåne barna og prøver å opprettholde et normalt familieliv. Noen klarer det og forsøker å opprettholde rutiner og ritualer i familien. Andre gir uttrykk for at de ikke klarer å beskytte barna, men blir mer irritable og tåler mindre når partner drikker. Mestringsstrategier hos partner er enten å bagatellisere, tenke at det går over, eller at ting vil bedre seg. Noen tenker at de har så mye indre styrke at de tåler det. Flere sier at løsningen er å skille seg, noe også en del av informantene har gjort.

Innledning

I kunnskapsoppsummeringen fant vi fire kvalitative studier som omhandlet partners erfaringer med å være gift med eller leve med en person med rusproblemer (Tabell 4.1.1). Til sammen har de fire primærstudiene 43 partnere/ ektefeller i sine utvalg, herav to menn. Studiene kommer fra Israel, Canada, New- Zealand og Norge.

Oversikt over studier

Tabell 4.1.1. Kvalitative studier om partnere

Studie (Land)	Tittel	Data-innsamling	Kontekst	Utvalg (alder) Relasjon varighet/barn	Kvalitets skåre
Peled (2008) (Israel)	The Self-Perception of Women Who Live With an Alcoholic Partner: Dialoging With Deviance, Strength, and Self-Fulfillment	Dybdeintervjuer	Behandlingsinstitusjon, partner i behandling.	10 kvinner (30-55) Gift mer enn 10 år Ni hadde barn 1-5 år	33
Lee 2006 (Canada)	An Occupational Journey: Narratives of Two Women Who Divorced a spouse with Alcoholism	Dybdeintervjuer	Skilte kvinner	2 kvinner (sist i 40-årene) Gift mer enn 25 år Begge hadde barn	32
Moriarty 2011 (New Zealand)	Exploring resilience in families living with addiction	Dybdeintervjuer	Selvhjelpsorganisasjoner og snøballteknikker via andre deltakere og anbefalinger.	19 familie medlemmer. (>18) 8 ektefeller/ tidligere ektefeller, 2 menn	35
Haugland 2005 (Norge)	Recurrent Disruptions of Rituals and Routines in Families With Paternal Alcohol Abuse	Dybdeintervjuer med familier	Medarbeidere i poliklinikker for behandling av alkohollidelse i Norge	23 familier/ mødre (24-40) Alle hadde barn.	35

Analyse - resultater

I denne analysen er det resultater fra fire primærstudier som utgjør materialet (Malterud, 2017). Her hadde vi ingen indeksartikkel. Utvalget er lite, men materialet/ resultatene i primærstudiene er rike. Imidlertid er det en stor skjevhet i kjønnsfordelingen. Det er praktisk talt kvinnelige partnere som er respondenter.

I matrisene er det brukt sitater fra primærstudiene resultatkapitler. Resultatene ble systematisert i en matrise og vi fant temaer som vi kalte «Våre oversettelser».

Tabell 4.1.2 Familier/ ektefeller/ partnere: livssituasjon med ruset familiemedlem

Studie	Tema A	Tema B	Tema C	Tema D
Våre oversettelser	<ul style="list-style-type: none"> • Familieklima. • Konflikter mellom de voksne • Benektelser og manipulering 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskelige følelser • Skam- unormalt - skyld • Makteløs «hva er galt med meg?» • Edru forelder irriterbar og utålmodig 	<ul style="list-style-type: none"> • Prøver å dekke over og etablere normalt familieliv • Sosialt isolert • Lite hjelp fra omgivelsene og hjelpetjenester 	<ul style="list-style-type: none"> • Mening • Håp • Minimalisere • Skille seg • «Snur oss vekk og fortsetter livet
Haugland 2005	Fedrenes humør og mødrenes emosjonelle tilstand var svært skiftende. Konflikter mellom ektefellene var vanlig	Mødrene var engstelige, deprimerede, eller sinte. Beskrev endring i den emosjonelle tonen deres rettet mot barna og tenkte at de var mer irriterbar og utålmodige i oppdragelsen	Daglige rutiner ble forsøkt opprettholdt av mødrene. Fedrene deltok ikke i oppdragelsen i drikkeperioder. "I tried to maintain a fairly normal family life"	Noen mødre klarte å opprettholde rutiner og ritualer. Klarte å moderere effekten av drikkingen for barna
Lee 2006	Kvinnene holdt seg for det meste i hjemmet og var sosialt isolert. Ikke i aktivitet/yrkesaktive "Home is hell"	Emosjonell smerte og avhengig av den drikkende. "... I was completely destroyed and...yet, I still felt this need to stay, this obligation....."	Presenterer seg selv som mestrende kone og mor. Distansere seg fra å motta hjelp. Hadde en rolle med offer og sosial isolasjon	Forlate partner/ skille seg "I really realized that he wasn't gonna change and if I stayed I was gonna die along with him"
Peled 2008	Drikkende ektefelle gir partner skylden for avhengigheten "That's, lots of strength to cope in the sphere of work and forget what'll happen to you at home"	Følelsesmessig overbelastning. You're powerless and useless and feeling guilty, like, what's wrong with me that I can't help"	Moderskap.: Jeg prøvde å oppdra barna på normal måte. Anstrenge seg for å skape sikre omgivelser. «I covered up what I could so they wouldn't see"	Føler jeg er sterk og har en indre styrke. Jeg holder «huset» vedlike "My time will come; Seven bad years, seven good"
Moriarty 2011	Brutte løfter. Forsøk på å kontrollere og manipulere familiemedlemmer. "Insanity in chaos"	Frykt og sinne rettet mot seg selv. Løgn og bedrag. Vanskelig å stole på folk. "Don't talk don't trust, don't feel"	Økonomiske problemer. Sosiale konsekvenser. Får veldig lite eller ingen støtte fra familie. Hjelpetjenester som ikke involverer familien	Gjør inntrykk av å være «tøff» Minimere og bagatellisere problemene. Snu seg bort og fortsette med livet. "Denial is a wonderful thing"

Familieklima: «Home is hell»

Alle de inkluderte primærartiklene har resultater som dreier seg om familieklima. På den ene siden beskrives det uforutsigbare i den rusavhengiges humør og atferd, som også påvirket den andre voksnes humør (Haugland, 2005; Peled & Sacks, 2008). Barn og voksne må forholde seg til brutte løfter, svik, løgn,

bedrag, kontroll og manipuleringer (Lee & Kirsh, 2006; Moriarty, Stubbe, Bradford, Tapper, & Lim, 2011; Peled & Sacks, 2008), og partner opplever å få skylden for ektefelles avhengighet (Peled & Sacks, 2008). Konflikter mellom partnere var vanlig, også vold og krenkelser (Haugland, 2005; Lee & Kirsh, 2006; Peled & Sacks, 2008). Som partner i denne konfliktfylte situasjonen bruker man mye krefter på å gi inntrykk av at alt er normalt (Lee & Kirsh, 2006; Moriarty et al., 2011; Peled & Sacks, 2008), man prøver å skåne barna for konflikter og går på jobb og later som om alt er ok (Peled & Sacks, 2008). Eller man er hjemmeværende og sosialt isolert (Lee & Kirsh, 2006). Det er en krevende øvelse som ikke alltid er like vellykket. Utrykkene «insanity in chaos» og «home is hell» (Peled & Sacks, 2008) er dekkende for familieklimaet som beskrives i alle artiklene.

Vanskelige følelser: “... I was completely destroyed”

Partner beskriver at det er en stor følelsesmessig belastning å leve med en person med rusavhengighet. Selv om det gjøres en stor innsats for at familien ytre sett skal fungere normalt, var den skiftende sinnstemningen hos den som ruset seg en emosjonell belastning (Haugland, 2005; Peled & Sacks, 2008). Mødre erkjenner at de på grunn av denne belastningen, blir sinte deprimerte og engstelige, og mer irritable og utålmodige med barna når deres partner drikker. De klarte ikke å gi barna den følelsesmessige støtten de behøvde. Alle fire studiene beskriver at deltakerne også har sinne mot seg selv, opplever maktesløshet og følelsen av å være ubrukkelig, og i tillegg kjenner på skyldfølelse og tanker om at det er en selv det kan være noe galt med som ikke er i stand til å håndtere situasjonen.

Ønske om å fungere som en «normal» familie: “I tried to maintain a fairly normal family life”

Et tema som går igjen i partneres beskrivelser av livssituasjonen er hvordan de arbeider for å opprettholde daglige rutiner. Noen beskriver hvordan de fastholder synet på seg selv som mestrende ektefeller og mødre og unnlater å be om hjelp (Lee & Kirsh, 2006). Situasjonen beskrives som ekstremt vanskelig. De strever med økonomien, og det er liten støtte fra familie og hjelpeinstanser (Moriarty et al., 2011). Både rutiner og praktisk arbeid i hjemmet, men også jobb ute bidro til å distrahere fra den uholdbare situasjonen med rusbruk (Haugland, 2005; Peled & Sacks, 2008). Som en av deltakerne i Haugland (2005) uttrykker det: «...upheld daily routines to distract themselves from negative thoughts and feelings”.

“Putting up a brave front”

Hvordan takler man så denne uforutsigbare og konfliktfylte livssituasjonen? Haugland (2005) beskriver at noen mødre klarer til en viss grad å opprettholde rutiner og ritualer på tross av partners rusbruk. Dette er familier der rusproblemene er mindre alvorlig. Kvinnene i studien til (Lee & Kirsh, 2006) beskriver at skilsmisse var eneste løsning: “I really realized that he wasn't gonna change and if I stayed I was gonna die along with him”. For dem var det et spørsmål om liv og død. De oppdaget i ettertid gleden ved å delta i jobb og aktiviteter utenfor hjemmet, noe de ble forhindret fra mens de bodde sammen med rusmisbruker.

I materialet til Peled and Sacks (2008) og Moriarty et al. (2011) kan det se ut til at holdningene hos deltakerne er at man må godta sin skjebne og holde ut. Det krever at man holder problemene på avstand, snur seg bort og fortsetter som om alt er ok. Som en av informantene sa: “denial is a wonderful thing.” (Moriarty et al., 2011). Man kan også prøve å overbevise seg selv og andre at problemene er mindre enn de er. Eller man kan tenke at man skal holde ut og være tøff og sterk: «putting up a brave front» (Moriarty et al., 2011) og tenke at min tid vil komme, situasjonen vil bedre seg etter hvert (Peled & Sacks, 2008).

Fortolkende oppsummering

Partnere har i likhet med voksne barn sterke beskrivelser av hvordan de opplever situasjonen de lever i: «Home is hell».

I dette materialet ser en også en forskjell på om situasjonen beskrives her og nå eller retrospektivt. De som er kommet ut av situasjonen og ser tilbake på den, beskriver den med sterkere ord og mer negativt. På samme måte som barna beskriver partnere at de lever i et kaos.

Mødrene beskriver moderskapet som noe som gir styrke og holder dem oppe. Omsorgsoppgavene blir sett på som viktige og mødrene prøver å skåne barna for de vanskeligste situasjonene med misbruket (Haugland, 2005; Lee & Kirsh, 2006; Peled & Sacks, 2008). Til tross for det sterke ønsket om å skåne barna, lykkes det ikke alltid. Grunnen er den emosjonelle belastningen de selv utsettes for når partneren ruser seg. Mødrene i Hauglands materiale beskriver hvordan de ikke klarer å skåne barna, og at de blir mer irritable og utålmodige når partner ruser seg. De sier også at de blir engstelige og deprimerte, noe barna kan oppfatte som tegn på svakhet.

I denne sammenheng kan det være interessant å gå tilbake til barnematerialet, der barna gjør et tydelig skille på om den ikke avhengige voksne oppleves som sterk eller svak. Dersom den ikke rusavhengige oppleves som svak, er de ifølge barna ikke i stand til å beskytte barna mot den negative påvirkningen rusmisbruket gir.

Mødrene beskriver også at de prøver å dekke over situasjonen og forsøker å normalisere, - både for omgivelsene og for barnas skyld (Haugland, 2005; Peled & Sacks, 2008). Barna i barnematerialet, sier at de i de fleste tilfeller ikke lykkes med dette. De voksne barna sier at de føler seg forrådt av den forelderen som ikke har rusproblemer og som bagatelliserer og dekker over (Werner & Malterud, 2016). Mødrene hjelper med andre ord barna best ved å være åpen om problemene, men i noen tilfeller tenker mødrene at det er enklest å snu seg bort og benekte problemene (Moriarty et al., 2011; Peled & Sacks, 2008).

4.2 Hvordan en partners rusproblemer virker inn på livet

Sammendrag av kapittel 4.2: Hvordan en partners rusproblemer virker inn på livet

Til sammen 14 artikler fra 13 kvantitative studier med til sammen 53 883 personer (flertallet er kvinner) omhandler hvordan det å leve med en person med ruslidelser og rusproblemer innvirker på partners liv. De tema som i størst grad er omtalt i forskning er psykisk helse og sosial tilpasning. Fem studier om psykisk helse viser alle en sammenheng mellom det å leve med en person med alkoholproblemer og psykiske problemer (angst, stemningslidelser, depresjon), og sammenhengene er mer knyttet til problemene på grunn av alkohol enn til mengden alkohol i seg selv. Det er få studier om sammenhengen mellom fysisk helse og partners rusproblemer og det varierer om disse studiene viser noen slik sammenheng eller ikke. Tre studier viser en sammenheng mellom sosial tilpasning, stress og partners rusproblemer. Fire studier viser en sammenheng vold i nære relasjoner og partners rusproblemer. En av studiene viser at kvinnelige berørte partnere har en tre ganger høyere risiko for å bli utsatt for overgrep sammenlignet med den generelle befolkning. Tre studier viser en sammenheng mellom å være partner til en person med ruslidelser og alkoholproblemer og det å selv ha tilsvarende problemer, og to av studiene rapporterer om en fem ganger større sannsynlighet.

4.2.1 Oversikt over studiene

Målet med denne kunnskapsoppsummering var å fange innvirkningen på partners liv mest mulig bredt, som innbefattet både partners individuelle fysiske og psykiske helsetilstand og rusatferd, samt utfallsmål som omhandler belastninger i form av stress, traumer, forsømmelse og overgrep. To dimensjoner som naturlig nok henger nøye sammen. Vi ønsket også å fange partners fungering og mestring på de ulike arenaer de inngår i. Studiene varierer ellers i om de fokuserer på problemtilstander/ risikofaktorer eller ressurser/beskyttende faktorer. I alle studiene blir situasjonen til berørte partnere sammenlignet med en generell populasjon eller en kontrollgruppe. I forhold til kvantitative studier som viser resultater i forhold til partners liv, fant vi 14 artikler, basert på 13 studier, gitt våre inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 4.2.1). Resultatet fra kunnskapsoppsummeringen viste flest artikler i forhold til berørt partners psykiske helse (N=6) eller sosiale forhold for partner (inkludert stressfaktorer, familie/parforhold, arbeid, livskvalitet) (N=6). Videre er partners fysiske helse tema (N=4), i tillegg til voldsbruk (N=4) og artikler som omhandler rusbruk hos berørt partner (N=3). Tabell 4.2.1 viser også totalskåren på Hawkers sjekklister for kvaliteten på de enkelte artiklene.

Vi begrenset i utgangspunktet søket vårt geografisk og kulturelt til vestlige høyinntektsland, og som vi ser av tabellen er det studier fra USA som dominerer. 10 av artiklene (basert på 9 studier) er hentet herfra, videre er 1 artikkel fra Australia, 1 fra Canada og 1 fra Norge. I forhold til design, av 14 studier er 4 prospektive kohort studier, mens 3 er kasus-kontroll studier og 6 er tverrsnittsstudier. Noen studier har kun deltakere som er berørte partner, mens i andre studier er begge parter i parforholdet deltakere. Antall deltakere i studiene varierer fra 98 til 19131 berørte partnere (med eller uten personen med rusproblemer). Median antall deltakere i studiene er 663. Hvis vi summerer opp alle berørte partnere som inngår i studiene til sammen blir det totalt 53883 personer. Alderen på deltakerne strekker seg fra 18 år til 70 år, med hovedtyngden av deltakere i alderen 30 - 49. Fire av 13 studier omhandler kvinner som berørt partner, i de andre studiene er begge kjønn berørt partner, og i noen tilfelle er begge berørte av hverandres rusproblemer (men med en overvekt av kvinner som berørt partner). I forhold til type rusproblematikk hos partner omhandler 9 av studiene problematikk i forhold til alkohol, og 4 av studiene både problematikk i forhold til alkohol og illegale rusmidler. I forhold til definisjon av rusproblemer hos partner er både studier som baserer seg på diagnostiske vurderinger av ruslidelser (avhengighet, misbruk, skadelig bruk), og studier som tar utgangspunkt i partners problemdefinisjon eller instrumenter som viser symptomer på alkoholproblemer (f.eks. AUDIT). Vi har ekskludert studier som kun måler hvor mye eller ofte man drikker innenfor det man kan kalle et normalspekter (f.eks. at mye drikking er definert som en gang i uken eller mer).

Tabell 4.2.1 Oversikt over kvantitative studier om partnere til personer ved rusproblemer

Beskrivelse av studiene							Utfall som er målt				
Tabell 4.2.1 Studie (Land)	Design og målsetning	Utvalg (alder)	Kvalitet skåre	Rus-middel	Partners kjønn	Instrument som måler rus	Fysisk helse	Mental helse	Rusbruk	Voldsbruk	Sosialt
Cornelius 2008 (USA)	Kasus-kontrollstudie: Sameksisterende alkohollidelser og ruslidelser og psykiske lidelser hos kvinnelige partnere	692 kvinner (33 – 42)	27	Alkohol Illegale	Kvinne	SCID			Ja		
Cunradi 2011 (USA)	Tverrsnittsstudie: Risiko for partnervold ved alkoholproblemer	848 par (27-51)	34	Alkohol	Begge kjønn	AUDIT				Ja	
Dawson 2007 (USA)	Tverrsnittsstudie: Somatiske og psykososiale forhold hos partner av menn med alkoholproblemer	11683 kvinner (18-84)	36	Alkohol	Kvinne	Partners rapport	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Cranford 2011 (Floyd 2006) (USA)	Prospektiv kohortstudie: Fornøydhets i parforholdet hos par med alkohollidelser	105 par (28-38)	31	Alkohol	Begge kjønn	SMAST, DDHQ, DIS					Ja
Floyd 2006 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Hvordan parforholdet påvirkes av mannens antisosiale personlighet og parets alkohollidelser	138 par (33-53)	30	Alkohol	Begge kjønn	SMAST, DIS, ASB					Ja
Homish 2006 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Forholdet mellom partners alkoholproblemer og depresjon hos den andre part	634 par (22-35)	32	Alkohol	Begge kjønn	FAU, DPD, NAS, DrInC		Ja			
Hudson 2014 (USA)	Kasus-kontrollstudie: Kvinnelig partners sosiale tilpasning og fungering	137 kvinner (18-85)	33	Alkohol Illegale	Kvinne	Partners rapport					Ja
Livingston 2009 (Australia)	Tverrsnittsstudie: Forholdet mellom parets drikkemønstre og helse relatert livskvalitet	3110 par (35-49)	34	Alkohol	Begge kjønn	FAU, DPD					Ja
Low 2007 (USA)	Kasus-kontrollstudie: Forholdet mellom partnerens ruslidelse og angstlidelser	255 par (33-46)	34	Alkohol Illegale	Begge kjønn	SADS		Ja	Ja		
Moos 2011 (USA)	Prospektiv kohortstudie: Helse, familie og sosial funksjon til partner ved vedvarende alkoholmisbruk	167 par (53-65)	30	Alkohol	Begge kjønn	DPI, FAU, DPD,	Ja	Ja			Ja
Rognmo 2013 (Norge)	Tverrsnittsstudie: Psykiske problemer ved høyt alkoholforbruk og alkoholproblemer hos partner	11584 par (34-59)	34	Alkohol	Begge kjønn	FAU, DPD, CAGE		Ja			
Stalans 2008 (USA)	Tverrsnittsstudie: Ruslidelser, partnervold og sosiale forhold	19131 menn og kvinner (18-70)	30	Alkohol Illegale	Begge kjønn	FAU, FDU, AOD-problem				Ja	

Beskrivelse av studiene							Utfall som er målt				
Tabell 4.2.1	Design og målsetning	Utvalg (alder)	Kvalitet skåre	Rus-middel	Partners kjønn	Instrument som måler rus	Fysisk helse	Mental helse	Rusbruk	Voldsbruk	Sosialt
Tempier 2006 (Canada)	Tverrsnittsstudie: Problemdrikkere (livstid) og psykisk belastning for kvinnelig partner	5301 par (30-54)	30	Alkohol	Kvinne	FAU, CAGE	Ja	Ja			
Woodin 2014 (Canada)	Prospektiv kohortstudie: Psykiske problem, partnervold og partners alkoholbruk ved overgang til å bli foreldre	98 par (25-37)	32	Alkohol	Begge kjønn	AUDIT				Ja	
14	14	14		14	14	14	3	6	3	4	6

4.2.2 Resultatet fra studiene

Tabell 4.2.2 Resultater – innvirkning på partners liv å være i et parforhold med en person med rusproblemer

Tab. 4.2.2 Studie	Utvalg	Alder	Målsetning	Instrument utfall	Resultater
Helsetilstand (psykisk og fysisk)					
Dawson 2007	11683 kvinner	18 – 84	Undersøke relasjonen mellom partners alkoholproblem og ektefeller og samboers helse og livskvalitet	Victimization, past years stressors, SF-12v2, DSM-IV, AUDADIS-IV	Kvinner som er partnere til personer med alkoholproblemer har større sannsynlighet for å oppleve overgrep, skader, affektive lidelser, angstlidelser og dårlig helse. De opplever også flere stressfaktorer og har lavere livskvalitet
Homish 2006	634 par	22 – 35	Undersøke relasjonen mellom partners alkoholproblemer og den andre parts depressive symptomer	NAS, DrInC, CES-D,	Både menns og kvinners alkoholproblemer var relatert til kvinners depressive symptomer. Menns ekteskapsrelaterte alkoholproblemer og drikkefrekvens var relatert til menns depressive symptomer. Kvinners alkoholproblemer og bruk av alkohol var ikke relatert til menns depressive symptomer
Livingston 2009	3110 par	35 – 49	Undersøke drikkemønster i parforhold, og relasjonen mellom drikkemønster og livskvalitet	SF-36	Personer som har sluttet å drikke og de med høyrisikodrikking har generelt lavere livsglede og helserelatert livskvalitet, studien viste ingen effekt av partners drikking i forhold til disse målene
Moos 2011	167 par	53 – 65	Undersøke helse, familie og sosial fungering hos partnere av personer med enten nylig avsluttede eller pågående alkoholproblemer	DPI, FAU, DPD, LSSRI, HDLF/RDC, CRI	Ved baseline rapporterte partnere av personer med alkoholproblemer som nylig hadde sluttet å drikke mer alkoholbruk, dårligere helse, flere depressive symptomer og mindre involvering i huslige oppgave og sosiale og religiøse aktiviteter. Etter 10 år var partnere av personer som nylig hadde sluttet å drikke, sammenlignbare med kontrollgruppen. Men partnere som fremdeles bodde med personer med alkoholproblemer drakk mer og hadde flere alkoholrelaterte problemer
Rognmo 2013	11584 par	34 – 59	Å undersøke sammenhengen mellom stress i parforholdet og alkoholbruk og alkoholproblemer	HADS, CMD	Alkoholrelaterte problemer er en klar risikofaktor for stress i parforholdet. Samtidig er et høyt forbruk av alkohol i seg selv knyttet til lavere grad av stress i parforholdet, justert for alkoholrelaterte problemer. Alle effektstørrelser er små

Kunnskapsoppsummering om barn og partnere til personer med rusproblemer

Tab. 4.2.2 Studie	Utvalg	Alder	Målsetning	Instrument utfall	Resultater
Helsetilstand (psykisk og fysisk)					
Tempier 2006	5301 par	30 – 54	Undersøke relasjonen mellom mannlige risikodrikkere (livstid) og deres kvinnelige ikke-drikkende partners psykisk vansker	IDPESQ 29	Kvinnelige partnere av risikodrikkere hadde høyere nivå av psykiske vansker sammenlignet med den generelle befolkning
Familie- og parforhold, nettverk, aktivitet, livskvalitet					
Dawson 2007	11683 kvinner	18 – 84	Undersøke relasjonen mellom partners alkoholproblem og ektefeller og samboers helse og livskvalitet	Overgrep, stressfaktorer siste år, SF-12v2, DSM-IV, AUDADIS-IV	Kvinner som er partnere til personer med alkoholproblemer har større sannsynlighet for å oppleve overgrep, skader, affektive lidelser, angstlidelser og dårlig helse. De opplever også flere stressfaktorer og har lavere livskvalitet
Cranford 2011 (Floyd 2006) (USA)	105 par	28 – 38	Undersøke fornøydhet i parforholdet hos par med alkohollidelser	SMAST, DIS, DAS, MPI, CST	Fornøydhet i parforholdet er i større grad påvirket av kvinners alkohollidelse enn menns alkohollidelse og atferd i parforholdet
Floyd 2006	138 par	33 – 53	Undersøke effekten av mannlig partners antisosiale personlighetsforstyrrelse og sameksistens mellom partnere i forhold til alkohollidelser på parforholdet	SMAST, DIS, ASB, MPI, CST	Par der mannen har kombinasjonen av antisosial personlighetsforstyrrelse og alkohollidelse har høyere grad av fiendtlig atferd uavhengig av kvinners alkoholstatus. Positiv atferd i parforholdet var høyest hos par der enten begge eller ingen hadde alkohollidelser
Hudson 2014	137 kvinner	18 – 85	Undersøke kvinnelige partners sosiale tilpasning overordnet og i forhold til arbeid, fritid, nære relasjoner, foreldreskap og familie	SAS-SR, SOS, ASI	Kvinner som var partnere til menn med ruslidelser hadde generelt lavere sosial tilpasning sammenlignet med kontrollgruppe. De hadde også lavere fungering i forhold til arbeid, fritid, nære relasjoner, foreldreskap og familie
Moos 2011	167 par	53 – 65	Undersøke helse, familie og sosial fungering hos partnere av personer med enten nylig avsluttede eller pågående alkoholproblemer	DPI, FAU, DPD, LSSRI, HDL/RDC, CRI	Ved baseline rapporterte partnere av personer med alkoholproblemer som nylig hadde sluttet å drikke mer alkoholbruk, dårligere helse, flere depressive symptomer og mindre involvering i huslige oppgave og sosiale og religiøse aktiviteter. Etter 10 år var partnere av personer som nylig hadde sluttet å drikke, sammenlignbare med kontrollgruppen. Men partnere som fremdeles bodde med personer med alkoholproblemer drakk mer og hadde flere alkoholrelaterte problemer
Vold					
Cunradi 2011	848 par	27 – 51	Å forstå hvordan hver partners alkoholproblem bidrar til risikoen for mann-til-kvinne vold, kvinne-til-mann vold og gjensidig vold i parforholdet	AUDIT, CTS2	Menns alkoholproblem er knyttet til mann-til-kvinne vold og gjensidig vold, men ikke til kvinne-til-mann vold. Kvinners alkoholproblemer er ikke knyttet til noen type vold i parforholdet
Dawson 2007	11683 kvinner	18 – 84	Undersøke relasjonen mellom partners alkoholproblem og ektefeller og samboers helse og livskvalitet	Victimization, past years stressors, SF-12v2, DSM-IV, AUDADIS-IV	Kvinner som er partnere til personer med alkoholproblemer har større sannsynlighet for å oppleve overgrep, skader, affektive lidelser, angstlidelser og dårlig helse. De opplever også flere stressfaktorer og har lavere livskvalitet
Stalans 2008	19131 menn og kvinner	18 – 70	Undersøke sammenhengen mellom ruslidelser og vold i nære relasjoner i lys av sosioøkonomisk status, rase, miljø og kultur	4 items IPV and PA	Bruk av illegale rusmidler (unntatt cannabis) og alkohollidelser predikerte vold i nære relasjoner. Bruk av cannabis predikerte vold i nære relasjoner kun for minoriteter

Tab. 4.2.2 Studie	Utvalg	Alder	Målsetning	Instrument utfall	Resultater
Helsetilstand (psykisk og fysisk)					
Woodin 2014	98 par	25 – 37	Undersøke partners alkoholbruk og risiko for vold i nære relasjoner i overgangen til å bli foreldre	CTS	Risikofyllt alkoholbruk for både kvinner og menn predikerte en interaktiv risiko for vold i nære relasjoner i overgangen til å bli foreldre
Rus					
Cornelius 2008	692 kvinner	33 – 42	Å undersøke i hvilken grad ruslidelser (og komorbiditet) sameksisterer hos kvinner som er partner med en person med ruslidelse, og hvilken grad kvinnene har andre psykiske lidelser	SCID	Ruslidelser og andre komorbide lidelser er mer vanlig hos partnere som lever med en person med ruslidelser, dette er ikke tilfelle i forhold til andre psykiske lidelser
Dawson 2007	11683 kvinner	18 – 84	Undersøke relasjonen mellom partners alkoholproblem og ektefellers og samboers helse og livskvalitet	Victimization, past years stressors, SF-12v2, DSM-IV, AUDADIS-IV	Kvinner som er partnere til personer med alkoholproblemer har større sannsynlighet for å oppleve overgrep, skader, affektive lidelser, angstlidelser og dårlig helse. De opplever også flere stressfaktorer og har lavere livskvalitet
Low 2007	255 par	33 – 46	Undersøke sameksistens i forhold til ruslidelser og/eller angstlidelser for personer i parforhold	SADS, FHRDC	Resultatene viste høy grad av sameksisterende ruslidelser i parforhold, i en tredjedel av tilfellene hadde begge partnere ruslidelser. Det var imidlertid ingen sameksistens i forhold til angstlidelser. Både ruslidelser og angstlidelser var relatert til lavere fungering og sykdomstilstander

Psykisk og fysisk helse

Fem av studiene har utfallsmål i forhold til berørt partners psykiske helsetilstand. Dawson, Grant, Chou, and Stinson (2007) viser at berørte kvinnelige partner i signifikant større grad enn andre skårer innenfor spekteret av stemningslidelser (OR=3,4) og angstlidelser (OR=2,1) (basert på diagnostiske kriterier fra DSM-IV). Fire andre studier (Homish, Leonard, & Kearns-Bodkin, 2006; Moos, Brennan, Schutte, & Moos, 2010; Rognmo, Torvik, Roysamb, & Tambs, 2013; Tempier, Boyer, Lambert, Mosier, & Duncan, 2006) viser at berørte partnere i signifikant større grad enn andre rapporterer depressive symptomer og psykiske utfordringer, i to av studiene er dette kun undersøkt hos kvinnelige berørte partnere. I Homish et al. (2006) gjaldt sammenhengen kun for kvinnelige berørte partnere og ikke for mannlige berørte partnere, hos Rognmo et al. (2013) gjelder den begge kjønn (Tempier: moderat effektstørrelse, Rognmo: liten effektstørrelse). Den norske studien til Rognmo et al. (2013) viser at sammenhengen kun foreligger når de måles i forhold til alkohol-relaterte problemer (CAGE), og alkoholkonsum i seg selv slår ikke ut på psykiske utfordringer hos partner. Studien til Homish et al. (2006) viser noe av det samme: alkoholkonsum i seg selv var ikke relatert til depressive symptomer, kun alkoholproblemer (NAS). Livingston (2009) viser noe av det samme, et høyt alkoholkonsum påvirker ikke den andre partens livskvalitet.

Flere av de samme studiene sier videre noe om helsetilstanden generelt. I forhold til fysisk helse viser Moos et al. (2010) at eldre berørte partnere har signifikant flere medisinske lidelser og bruker mer medikamenter enn andre. Det interessante med denne prospektive kohortstudien av at den også viser hvordan det ser ut til at disse symptomene reduseres parallelt med at partners problemdriking reduseres, og at det etter 10

år ikke lenger er forskjell på helsetilstanden til disse kvinnene sammenlignet med andre (dette gjelder også i forhold til psykiske utfordringer). Både Dawson et al. (2007) og Tempier et al. (2006) har også undersøkt sammenhengen mellom deltakernes selv-rapporterte helsetilstand og det å være berørt partner. Her finner de signifikante sammenhenger i respektiv den første studien, men ikke i den siste. Dawson et al. (2007) sin studie viser også signifikante forskjeller i forhold til psykologisk og fysisk opplevd livskvalitet.

Sosiale forhold

Fem studier har utfallsmål som er relatert til den sosiale livssituasjonen berørte partnere er i; sosial tilpasning, stressorer, kvalitet på parrelasjon og livskvalitet. Studien til Hudson, Kirby, Clements, Benishek, and Nick (2014) kartlegger berørte (både alkohol og illegale rusmidler) kvinnelige partners sosiale tilpasning på en rekke livsområder; arbeid, fritid, relasjoner, foreldreskap og familie. Resultatene viste at berørte partnere viste signifikant dårligere tilpasning på 6 av 7 områder; sosial tilpasning generelt, arbeid, fritid, primære relasjoner, foreldreskap og familie. Det var ikke signifikante forskjeller i forhold til storfamilien. Studien til Moos et al. (2010), som vi allerede har vært innom i forrige avsnitt, viser også signifikante forskjeller i forhold til sosial tilpasning, mindre involvering i huslige gjøremål, færre besøk hos venner, mindre deltakelse i religiøse aktiviteter. Videre viste studien signifikant mindre støtte fra partner og at venner i større grad godtok drikk. Studien til Dawson et al. (2007) sier noe om antall stressorer som deltakerne har opplevd siste år (i tilknytning til jobb, venner, økonomiske problemer, annet). De berørte kvinnelige partnere har opplevd signifikant flere stressorer (46%). En studie viser utfallsmål i forhold til kvaliteten på parforholdet (Cranford, Floyd, Schulenberg, & Zucker, 2011; Floyd, Cranford, Daugherty, Fitzgerald, & Zucker, 2006). Resultatet viser at alkohollidelser hos partner påvirker fornøydhet med og fungering i parforholdet, men at dette i større grad gjelder når kvinner enn menn har problemer.

Vold

Fire studier omhandler sammenhengen mellom rusproblemer og vold. En stor amerikanske studie (Stalans & Ritchie, 2008), basert på en nasjonal survey, undersøkte sammenhengen mellom ruslidelser og vold i nære relasjoner. Studien viser en klar sammenheng mellom avhengighet av rusmidler og vold i nære relasjoner, men ikke en tilsvarende sammenheng med bruk av alkohol og sjelden bruk av marijuana. Sammenhengen mellom marijuana bruk/avhengighet er sterkest for deltakere fra minoritetsgrupper med lav sosioøkonomisk status. En svakhet ved studien er nettopp at vold i nære relasjoner er målt gjennom kun et spørsmål (om de har slått eller truet med å slå). Vold i nære relasjoner er også tema i studien til Cunradi, Ames, and Duke (2011). De bringer inn kjønnsdimensjonen, og undersøker nærmere forholdet mellom kvinner og menns alkoholproblemer og retningen på vold i en populasjon av arbeiderklassepar. De finner en sammenheng mellom menns alkoholproblemer og både mann-til-kvinne vold og toveis vold i parrelasjonen, men ikke med kvinne-til-mann vold. Studien finner ingen sammenheng mellom kvinners alkoholproblemer og aggresjon i forhold til partner. En tredje studie (Woodin, Caldeira, Sotskova, Galaugher, & Lu, 2014) omhandler sammenhengen mellom skadelig rusbruk og vold i nære relasjoner, i overgangen til å bli foreldre. Studien viser at menns skadelige bruk av alkohol er en større risikofaktor for fysisk vold i nære relasjoner i overgangen til å bli foreldre, enn kvinners skadelige bruk av alkohol. Kvinners skadelige bruk av alkohol var imidlertid i større grad knyttet til både deres egen og deres partners utøvelse av psykisk vold i nære relasjoner. I forhold til å bli utsatt for vold mer generelt viser Dawson et al. (2007) sin studie at kvinnelige berørte partnere 3 ganger så ofte hadde vært utsatt for overgrep eller vold, sammenlignet med kvinner som var i et parforhold med personer som ikke hadde rusproblemer.

Rus

Tre av studiene i denne gjennomgangen rapporterer på sammenhengen mellom å leve med en partner som har henholdsvis ruslidelser og alkoholproblemer, og det å selv ha utfordringer med dette. Alle studiene rapporterer om en slik sammenheng. Low, Cui, and Merikangas (2007) sin studie viser at hos en tredjedel av parene som deltok i undersøkelsen hadde begge parter ruslidelser (SADS). Cornelius, Kirisci, Reynolds, Homish, and Clark (2008) sin studie viser at er det 5 ganger mer vanlig å få en ruslidelse hvis du har en partner som også har det. Studien til Dawson et al. (2007) viser at for kvinnelige partnere av menn med alkoholproblemer er det 5 ganger så vanlig å selv ha alkoholproblemer.

4.3 Effekt av tiltak for partnere til personer med rusproblemer

Sammendrag av kapittel 4.3: Effekt av intervensjoner for partnere til personer med rusproblemer

Seks artikler omhandler effektene av tre ulike intervensjoner rettet mot partner, parforhold eller relasjonen innad i familien. Studiene av Behavioral Couples Therapy (BCT) viser effekt sammenlignet med individuell behandling i forhold til vold i nære relasjoner og fornøydhet i parforholdet, men ikke i forhold til det generelle konfliktnivået i familien. I en studie der BCT er kombinert med foreldreveiledning, gir intervensjonen ytterligere effekter i forhold til utøvelse av foreldrerollen og kontakt med barnevern. Studiene av Coping Skill Training (CST), viser en reduksjon i depressive symptomer hos partnere sammenlignet med venteliste. 12-step facilitation (TSF) viste tilsvarende resultater som CST, men CST viste bedre effekt sammenlignet med TSF i forhold til vold i nære relasjoner. En studie av Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) viser bedring i psykisk helse hos partner og tilfredshet ved forholdet, sammenlignet med venteliste.

Innledning

En viktig målsetning med denne kunnskapsoppsummeringen har vært ut hvilke intervensjoner som har vist positiv effekt i forhold til partners liv. Sammenlignet med andre kunnskapsoppsummeringer som familieorienterte tiltak i rusfeltet mer generelt, skiller vår avgrensning seg i forhold til at den begrenser seg til nettopp partner som målgruppe og at utfallsmål skal være knyttet enten til partners situasjon for sin egen del, eller i forhold til karakteren på relasjonen og fungeringen i familien. Den første avgrensningen gjør at vi potensielt går glipp av studier som sier noe om tiltak for berørte familiemedlemmer mer generelt, og som også kan ha virkning for partner, et eksempel er 5-step program (Velleman et al., 2011). Tiltakene kan inkludere personen med rusproblemer, slik tilfelle er f.eks. med parterapi, men kan også være intervensjoner som er rettet eksklusivt mot berørte partnere. Vi har ellers inkludert noen tiltak der målgruppen er noe videre enn partner, men der partner utgjør et klart flertall av deltakere, og at disse er omtalt separat.

Oversikt over tiltakene

Gitt kriteriene for utvelgelse av studier, har vi funnet 6 artikler (Tabell 4.3.1) som omhandler i hovedsak tre ulike programmer med utfallsmål knyttet til partners livssituasjon og/eller parforhold og familiefungering. De tre intervensjonene varierer noe i forhold til format (individuell, gruppe eller nettbasert) og om de er tilbudt i kombinasjon med andre tiltak. Vi skal se nærmere på de tre intervensjonene.

Behavioral couples therapy (BCT). Tre av studiene er av parterapi, nærmere bestemt Behavioral Couples Therapy (Fals-Stewart & Clinton-Sherrod, 2009; Lam, Fals-Stewart, & Kelley, 2009; Vedel, Emmelkamp, & Schippers, 2008). Alle tiltakene er knyttet til behandlingssettingen (to ift alkoholbehandling og en i forhold til rusbehandling generelt). Grunnen til at vi har inkludert disse studiene er at BCT i tillegg til å være et behandlingstilbud i forhold til å endre rusmønstre, har tiltaket også en målsetning om å bidra til et bedre samspill mellom partnere og en bedre familiefungering. I studien til Lam et al. (2009), er BCT kombinert med Parent Skill training (PSCBT). I studien til Fals-Stewart and Clinton-Sherrod (2009) er BCT benyttet i behandling av rus der vold er involvert. BCT er basert på kognitiv atferdsterapeutisk tenking, der rusproblemer sees på som uhensiktsmessig mestring av utfordrende livssituasjoner som utløses av ulike interne og eksterne «triggere».

Coping Skill Training (CST). To av studiene omhandler Coping Skill Training (Rychtarik & McGillicuddy, 2005; Rychtarik, McGillicuddy, & Barrick, 2015), men tilbudt i to ulike formater henholdsvis i grupper (CST) og gjennom nettet (iCST). Programmet tilbys berørte partnere som lever i et parforhold med personer med ubehandlede rusproblemer, og har som formål å bedre berørte partners mestringsstrategier.

The Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). En studie omhandler The Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) (Bischof, Iwen, Freyer-Adam, & Rumpf, 2016). Tiltaket retter seg mot bekymrede signifikante andre (der partner er den dominerende gruppe) og har som formål å motivere sin partner (som i utgangspunktet ikke ønsker å motta behandling) til å oppsøke behandling. Videre har tiltaket som formål å bedre pårørendes fungering.

Tabell 4.3.1 Intervensjoner i studier om tiltak for partnere av personer med rusproblemer

Tab. 4.3.1 Studie (land)	Navn på intervensjon	Målgruppe og fokus i intervensjonen	Format	Setting
Bischof 2016, (Tyskland)	The Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)	Individuelle konsultasjoner for berørte signifikante andre (CSO). I begynnelsen av programmet ble CSO informert om at han/hun kunne ha en betydelig innvirkning på ADIs (alkoholavhengig individ) alkoholbruk og beslutning om å gå inn i behandling. Programmet består av ferdighetstrening og motiverende intervjueteknikk. I tillegg ble strategier for å styrke CSOs livskvalitet og selvoppholdende aktiviteter utenfor forholdet vektlagt	12 ukentlige 60-min konsultasjoner	Behandling, lokalsamfunn
Fals-Stewart 2009	Behavioral Couples Therapy (BCT)	Parterapi (BCT)(12 av 32) ble brukt til å (a) hjelpe, støtte mannlige partnere til å holde seg avholdende fra alkohol og andre rusmidler ved å gjennomgå og å forplikte seg til en kontrakt forhandlet fram av partnerne under de to første BCT-øktene, (b) lære mer effektive kommunikasjonsevner; og (c) øke tilfredshet i forholdet og øke positive atferd mellom partnerne. Parterapi er her en integrert i rusbehandling	BCT: 12 60-min parkonsultasjoner (+ 20 konsultasjoner med pasient alene). IBT (Individual-based treatment): 32 konsultasjoner med pasient alene	Rusbehandling

Tab. 4.3.1 Studie (land)	Navn på intervensjon	Målgruppe og fokus i intervensjonen	Format	Setting
Lam 2009	Parent Skills with Behavioral Couples Therapy (PSBCT) and Behavioral Couples Therapy	I dette programmet er foreldreveiledning og parterapi kombinert. Det består av manualiserte BCT-øker, som fokuserte på forbedring av kommunikasjons- og problemløsningsevner og styrking av nøkternhet, kombinert med fokus på å forbedre foreldreskap og barns fungering	PSBCT: 12 ukentlige konsultasjoner (6 BCT og 6 PS). BCT: 12 ukentlige konsultasjoner. IBT: 12 ukentlige konsultasjoner (pasient alene).	Rusbehandling
Rychtarik 2005	Coping Skill Training (CST)	Dette programmet består av gruppeterapi for berørte partnere. Fokuset i gruppeterapien (CST) er basert på et stressmestringsperspektiv. Dette programmet sammenlignes i studien med TSF (et gruppeprogram basert på 12-trinnsprogrammet i Al-anon) som er basert på et medavhengighetsperspektiv	CST: 8 ukentlige konsultasjoner. TSF: 8 ukentlige konsultasjoner.	Lokalsamfunn
Rychtarik 2015	Internet administrated Coping Skill Training (iCST)	Dette programmet er webbasert. Innholdet i programmet er hentet fra Coping Skill Training (CST), og har som målsetning å redusere deltakernes vansker. Modulene er på gjennomsnittlig 17 minutter der deltakerne bli introdusert for fem ulike kvinner (skuespillere) som beskriver sine erfaringer med å leve med en partner som har en ruslidelse	iCST: 8 ukers tilgang til 24 moduler online + internett-coach	Lokalsamfunn
Vedel 2008	Behavioral Couples Therapy (BCT)	Parterapi baser på kognitiv atferdsterapi for alkohollidelser (CBT), der alkoholbruk er definert som en dårlig måte å mestre stresset i dagliglivet på. Se også tidligere omtale. I denne studien er BCT brukt som behandling alene, uten individuelle konsultasjoner med pasient som et tillegg	BCT: 10 90-min parkonsultasjoner annenhver uke. CBT: 10 pasientkonsultasjoner annenhver uke	Rusbehandling

Effekt av intervensjoner for partner som lever i et parforhold med en person med rusproblemer

Tabell 4.3.2 gir en oversikt over hvordan de ulike studiene er designet og hvilken «dose» som blir gitt av det enkelte tiltak. Alle studiene har kontrollgrupper. Men noen viser kun resultat før og etter, mens andre studier følger deltakerne over lengre tidsperioder.

Tabell 4.3.2 Effekt av intervensjoner for partnere av personer med rusproblemer (randomiserte kontrollerte studier)

Tabell 4.3.2	Navn på intervensjon	Kvalitet skåre	Grupper	Utvvalg (% mannlige partner) Alder	Mål på rus	Utfallsmål	Tidspunkter	Effekt av intervensjon
Bischof 2016	The Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)	34	1. CRAFT (N=42). 2. Venteliste (N=36)	78 menn og kvinner (8) 36-61	Diagnose (CSO report)	BDI, SCL-90, MHI-5, SWLS, SOC, RHS, PRISM	T0, T1 (etter 3 mnd), T2 (etter 6 mnd), T3 (etter 12 mnd).	Data viser at CRAFT er effektiv for å motivere personer med alkohollidelser til behandling, og i forhold til CSOs psykiske helse og samhold i familien

Studie	Navn på intervensjon	Kvalitetsskåre	Grupper	Uvalg (% mannlige partner) Alder	Mål på rus	Utfallsmål	Tidspunkter	Effekt av intervensjon
Fals-Stewart 2009	Behavioral Couples Therapy (BCT)	29	1. BCT (N=103 par). 2. Individual-Based Treatment (IBT) (N=104 par)	207 par (0) 25-40	DSM-IV, TLFB, PDA	TLFB-SV, MFPD-SV	T0, T1 (etter 3 mnd), T2 (etter 6 mnd), T3 (etter 9 mnd), T4 (etter 12 mnd).	Par, der mannen har en ruslidelse, som mottok BCT rapporterte om lavere nivåer av vold i nære relasjoner og bruk av rusmidler ved 12 måneders oppfølging etter behandling sammenlignet med par, der mannen har en ruslidelse, i IBT
Lam 2009	Parent Skills with Behavioral Couples Therapy (PSBCT) and Behavioral Couples Therapy (BCT)	33	1. PSBCT (N=10). 2. BCT (N=10). 3. Individual-Based Treatment (IBT) (N=10)	30 familier (0) 28-38	DSM-IV, TLFB	DAS, TLFB-SV, PS, PMS, involvement with CPS	T0, T1 (post-behandling), T2 (etter 6 mnd), T3 (etter 12 mnd)	PSBCT og BCT hadde lignende resultater i forhold til rusbruk, tilpasning i parholdet og partnervold, og viste klinisk betydningsfulle effekter over IBT. Sammenlignet med BCT, hadde PSBCT i tillegg effekter i forhold til foreldreskap og barnevernsinvolvering (CPS) ved oppfølging
Rychtarik 2005	Coping Skill Training (CST)	24	1. CST (N=55). 2. TSF (12-step facilitation). (N=58) 3. Forskjøvet behandling (Delayed treatment control- DTC) (N=58)	171 kvinner (0) 32 – 52	AUDIT, aktiv drikking siste 3 mnd (partner rapport)	DBI-IA, PIL, SONG	T0, T1 (etter 3 mnd), T2 (etter 6 mnd), T3 (etter 9 mnd), T4 (etter 12 mnd)	CST og TSF viste lavere depresjonsnivå hos deltakerne sammenlignet med DTC, men skilte seg ikke fra hverandre. Resultatene holdt seg ved 12 måneders oppfølging. CST og TSF resulterte også i mindre alkoholbruk hos partner. I de tilfellene der partner hadde en historie med voldsutøvelse, gikk alkoholbruken ned som en følge av CST men ikke av TSF
Rychtarik 2015	Internet administered Coping Skill Training (iCST)	31	1. iCST (N=45). 2. Forskjøvet behandling (DCT) (N=44)	89 kvinner (0) 39-60	AUDIT-C, FHAM (partner report)	BDI-II, STAXI-2, DASS, CSQ-8, SSI,	T0, T1 (etter 8 uker), T2 (etter 16 uker – kun DTC)	Deltakerne i iCST viste etter 8 uker et betydelig høyere nivå av mestringsevne i forhold til DTC, og rapporterte betydelig færre depressive symptomer og sinne knyttet til enkeltsituasjoner. iCST så videre ut til å forhindre en økning i symptomer blant de med lave baselinenivåer; DTC gjorde det ikke
Vedel 2008	Behavioral Couples Therapy (BCT)	28	1. BCT alene (N=27). 2. CBT alene (N=21)	47 par (14) 34-56	DSM-IV	SCQ, MMQ, LEE	T0, T1 (post-behandling), T2 (etter 6 mnd)	Resultatene viser at både BCT og CBT er effektive i forhold til å endre drikkeatferd etter behandling. I forhold til å øke fornøydhets i ekteskapet viste BCT signifikant bedre resultater enn CBT

Effekt av Behavioral Couples Therapy (BCT). De tre studiene som omhandler BCT har utfallsmål i forhold til konflikt og vold i parforhold og i forhold tilfredshet med og fungering i parforholdet. (BCT er ellers tett knyttet til behandling av rusproblemer som sådan, og der endring av rusmønster er en viktig målsetning og et viktig utfallsmål). Kun i en av studiene er partner mann og da som en mindre gruppe av utvalget (N=9). Studien viser resultater etter henholdsvis 6 og 12 måneders oppfølging.

I Fals-Stewart and Clinton-Sherrod (2009) sammenlignes BCT (der partner deltok i 12 av 32 konsultasjoner) med «Individual-based therapy» (IBT). I denne studien er det kun kvinnelige partnere. Studien viste signifikante behandlingseffekter av BCT etter 1 år i form av signifikant færre episoder med mann-til-kvinne vold/alvorlig vold. De som hadde mottatt BCT utøvde signifikant mindre vold på dager med rusing, sammenlignet med de som hadde mottatt IBT.

I Vedel et al. (2008) sammenlignes deltakere som kun mottar BCT, med deltakere som mottar kun CBT (cognitive behavioral therapy). Utfallsmålet i denne studien er tilfredshet i parforhold og konfliktnivået/spenningsnivået i familien (expressed emotions). I denne studien er 14 % av partnere menn. Resultatene viser at BCT er mer effektiv enn CBT i forhold til å minske misnøye med parforholdet hos partner ($d=0,62$). Videre fant de ingen generell behandlingseffekt i forhold til «expressed emotions» utenom på dimensjonen irritabilitet (irritability), der BCT viste effekt for partner sammenlignet med CBT ($d=0,81$).

I Lam et al. (2009) ble effekten av BCT kombinert med foreldreferdigheter (Parent Skill) undersøkt (PSBCT). I denne studien var kun kvinner berørte partnere. Studien hadde tre sammenligningsgrupper som mottok henholdsvis PSBCT, BCT og IBT. I tillegg til utfallsmål i forhold til kvalitet på parforholdet og utøvelse av vold, hadde den studien også utfallsmål i forhold til foreldreskap og kontakt med barnevern. Både PSBCT og CBT viste behandlingseffekt i forhold til tilfredshet i parforholdet etter 6 måneder ($r > 0,5$) og vold mot partner etter 6 og 12 måneder ($R - \text{større eller} = 0,2$). Videre viste PSBCT behandlingseffekt sammenlignet med BCT i forhold til utøvelse av forelderollen ($r \text{ større eller} = 0,3$) og involvering med barnevern ($r \text{ større eller} = 0,2$).

Effekt av Coping Skill Training (CST og iCST). De to studiene som omhandler CST og iCST har depresjon, angst, depresjon, sinne, vold, meningssøken, tilfredshet i parforholdet, tilegnelse av mestringskompetanse som utfallsmål, begge studiene har kun kvinnelige berørte partnere som deltakere.

I Rychtarik and McGillicuddy (2005) sin studie av CST sammenlignes tre ulike grupper som har mottatt henholdsvis; CST, 12-step fasilitering (TSF) (basert på AA/Al-Anon begreper om medavhengighet) eller ble satt på venteliste. Både CST og TSF viste behandlingseffekter i forhold til signifikant nedgang i depressive symptomer sammenlignet med deltakerne som sto på venteliste, lavere grad av depressive symptomer vedvarte etter 1 års målingen. For deltakere med en historie med vold i nære relasjoner viste CST en signifikant effekt i forhold til voldsbruk sammenlignet med TSF etter behandling. I studien av iCST (Rychtarik et al., 2015) var det to sammenligningsgrupper, der den ene gruppen mottok et 8 ukers nettbasert program mens den andre gruppen ble satt på venteliste. Resultatene etter 8 uker viste effekt i forhold til tilegnelse av mestringsferdigheter (skill acquisition) og en nedgang i depressive symptomer sammenlignet med venteliste.

Effekt av CRAFT. Studien av CRAFT (Bischof et al., 2016) har ulike skalaer knyttet til psykisk helse og livskvalitet, samt tilfredshet med parforhold som utfallsmål. 92,3 % av deltakerne var kvinner. Studien hadde to sammenligningsgrupper der deltakerne ble tilfeldig valgt til enten å motta CRAFT eller bli satt på venteliste. Resultatene viste at deltakerne som mottok CRAFT etter 3 måneder viste signifikante forbedringer i forhold til psykisk helse og tilfredshet ved forhold. Det ble imidlertid ikke registrert noen

forskjell mellom gruppene i forhold til grad av lidelsestrykket og fornøydhet med livet. Studien viste ellers at CRAFT hadde stor effekt i forhold til at partner faktisk søkte rusbehandling.

5 Oppsummerende drøfting

Hvilken innvirkning har det på barns liv å vokse opp med foreldre med rusproblemer? Hvilken innvirkning har det på partners liv å være i en parrelasjon med en person med rusproblemer? Og hvilke effekter har intervensjoner som er rettet mot nettopp barn og partner til personer med rusproblemer?

Denne systematiske kunnskapsoppsummering har hatt som mål å undersøke disse spørsmålene med en vid innfallsvinkel gjennom både kvalitativ og kvantitative studier. Utfallsmålene har ikke vært avgrenset til et spesielt livsområde, og målet har vært å fange opp bredt hva litteraturen viser om disse spørsmålene.

5.1 Innvirkning på barns liv

I denne avsluttende oppsummeringen vil vi sammenfatte funnene fra de kvalitative og kvantitative studiene på de ulike temaene eller områdene, som supplerer, utdyper og utfordrer hverandre.

De kvalitative studiene er fra intervjuer med 203 barn under 18 år, og med 141 voksne barn som har vokst opp med foreldres rusproblemer. Disse er rekruttert fra et bredt spekter av settinger, og de gir oss en inngående forståelse og kjennskap til et krevende hverdagsliv. Oppsummert gir disse studiene oss kunnskap om oppvekster preget av kaos, frykt, fysisk/psykisk vold og overgrep, og at barna på denne måten er i en ytterst kritisk livssituasjon og at de trenger hjelp til å håndtere hverdagen. Samtidig gir de kvalitative studiene innsikt i hvordan barnas situasjon varierer gitt ulik tilgang på ressurser og sosial støtte.

De kvantitative studiene er fra observasjoner av og/eller selvrappoterer fra 898 626 barn. De gir oss kunnskap om av hva slike livssituasjoner kan gi av belastninger sammenlignet med hva den generelle befolkningen opplever. Ved å søke bredt etter faktorer som kan ha innvirkning, omhandler de kvantitative studiene både fysisk helse, psykisk helse, rusbruk og rusproblemer og sosiale forhold. Samtidig viser kunnskapsoppsummeringen, gitt de kriteriene som er lagt til grunn, at det er henholdsvis flere studier som fokuserer på psykisk helse og rus, enn på fysisk helse, vold og kriminalitet og sosiale forhold. Vårt litteratursøk fanget i mindre grad opp boforhold, familiens sosioøkonomiske bakgrunn, og deltakelse i aktiviteter og nettverk. Sånn sett har vi mer kunnskap på noen områder enn på andre.

Fysisk helse

Området med færrest kvantitative studier er fysisk helse. Fire artikler omhandler dette temaet. Omfanget av studier er for lite til å trekke klare konklusjoner, men studiene antyder mulige sammenhenger i forhold til søvn, ernæring, tannhelse og munnhelse. De tentative funnene i forhold til ernæring og søvn forsterkes av funn i de kvalitative studiene. Her beskriver barna i flere studier at det er vanskelig å sove, og at de ikke får i seg nok mat. De uttrykker ønsker om å få sove i fred om natten, og forteller hvordan de går til andre for å spise, eller må ordne seg mat selv. Fysisk helse er et viktig område som fortjener mer fokus både i intervensjoner og i forskning.

Psykisk helse

Et flertall av de kvantitative studiene om innvirkning av foreldres rusproblemer på barns liv, omhandler psykisk helse. Et stort flertall av disse studiene viser sammenhenger mellom det å vokse opp med foreldre med rusproblemer og både eksternaliserende symptomer (aggresjon, konsentrasjonsvansker, oppmerksomhetsvansker, dårlig selvregulering, ulydighet, antisosiale trekk) og internaliserende symptomer (depresjon, angst, stress, uforklarlige kroppslige symptomer, lavt selvbilde eller tilbaketrekning) hos barn. Studier viser også sammenhengen mellom foreldres rusproblemer og utviklingen av psykiske lidelser, ikke

bare symptomer. I de kvalitative studiene beskriver barn både sin eksternaliserende og internaliserende atferd. Et godt eksempel på det første er gutten som forteller om at han tenker at læreren må forstå at noe er galt når han skulker, er sur og lager trøbbel. Eksempler på det andre er barns beskrivelser av hvordan de går på rommet, gråter, trekker seg tilbake. I de kvalitative studiene kommer det også frem at barna kjenner på stor grad av ensomhet. De kvantitative studiene som fokuserer på psykisk helse, viser også til faktorer som virker beskyttende for barn som vokser opp med foreldres rusproblemer. Dette inkluderer trygg tilknytning, oppdragelsesstil, foreldres sensitivitet og varme, godt samspill mellom foreldre, foreldres psykiske helse, og familiesamhold. Dette omtales også i de kvalitative studiene, der barn beskriver viktigheten av at den andre forelderen beskytter og holder familien samlet. Noen studier indikerer at gutter i større grad enn jenter har eksternaliserende symptomer, og at jenter i større grad enn gutter har internaliserende symptomer. De kvalitative studiene angir også at skolen i større grad er et fristed for jenter enn for gutter. Disse funnene gir grunnlag for videre utforskning av kjønnsforskjeller i forhold til hvordan barn reagerer på å vokse opp med foreldre med rusproblemer.

Barns rusbruk

De kvantitative studiene viser sammenhenger mellom foreldres rusproblemer og barns rusbruk, og slike sammenhenger fremkommer i nesten alle studiene som undersøker dette. Studien rapporterer om sammenhenger med både debutalder, mengde konsumert rus og hyppighet av rusbruk. De viser også entydige sammenhenger mellom rusproblemer og utvikling av ruslidelser hos barn. I forhold til kjønnsforskjeller viser studiene at gutter generelt konsumerer mer enn jenter, men at dette ikke gjelder spesielt for barn av foreldre med rusproblemer. Det er også interessant hvordan en longitudinell studie peker på sammenhengen mellom eksternaliserende symptomer i skolealder og tidlig drikke debut i ungdomsårene. En studie viser også til hvordan motivet for å drikke hos barn av foreldre med rusproblemer var relatert til mestring. De kvalitative studiene omhandler også barns eget bruk av rusmidler. Bruken av rusmidler er assosiert med tilhørighet og samhørighet, for gjennom bruk av rusmidler finner de et miljø som tar imot dem. Funnene fra en av disse studiene viser også hvordan noen barn ruser seg sammen med sine foreldre for på denne måten å oppleve nærhet. Dette kunne være knyttet til en familiestruktur der forelderen uten rusproblemer opplevdes som svak, og at barna derfor heller valgte forelderen med rusproblemer som rollemodell. Dette illustrerer viktigheten av å forstå samspillet i familien når hjelp og støtte planlegges og gjennomføres. De kvantitative studiene peker også på beskyttelsesfaktorer som varm og sensitiv oppdragerstil, foreldres monitorering av barna, kvalitet på relasjonen til foreldrene og sosioøkonomisk status i nabolaget man bor i, og at det er variasjoner i utfall for det enkelte barn.

Vold og kriminalitet

I forhold til vold og kriminalitet viser funnene at barn som har vokst opp med foreldres rusproblemer i større grad oppleve traumer i form av vold, skade og overgrep sammenlignet med den generelle befolkningen, og at barna selv i større grad selv utøver mobbing, vold og kriminalitet.

En studie viser betydelig høyere grad av symptomer på post-traumatisk stress. Mange av de kvalitative studiene beskriver også hvordan barn er vitne til vold og opplever vold, og den frykten og det kaoset dette utløser. Noen studier viser også sammenhenger mellom det å vokse opp med foreldres rusproblemer og det å selv utøve mobbing og kriminalitet, men her er effektstørrelser lave.

En studie undersøkte sammenhengen mellom det å vokse opp med foreldres rusproblemer og både det å bli utsatt for mobbing og det å selv utøve mobbing. Studien fant sammenhenger i forhold til å utøve mobbing, men kun for gutter, den fant ingen sammenheng mellom det å være barn av foreldre med

rusproblemer og det å bli utsatt for mobbing. Dette er også et område der kunnskapsgrunnlaget er begrenset, og der utfallsmålene varierer.

Sosial tilpasning

Kunnskapsoppsummeringen gir også funn i forhold til sosiale forhold og sosial tilpasning. De kvantitative studiene omhandler tilpasning i skole, familiesamhold, forsømmelse av barn, stressende livsbetingelser og opplevelser, samt mestring og variasjonen er stor i forhold til de utfallsmålene som er brukt. Funnene viser generelt at barn som har vokst opp med foreldre med rusproblemer har dårligere livsbetingelser sammenlignet med andre barn, flere og alvorligere stressfaktorer (bosituasjon, familie, kriminalitet, venner, økonomi) og dårligere familiesamhold. Studier viser også hvordan dette slår ut i forhold til barns skoleprestasjoner. De kvalitative studiene gir utdypende beskrivelser av en ambivalens i forhold til skole. På den ene siden er skolen et sted en kan komme i trøbbel, og ha problemer med å følge med og med å følge opp skolearbeidet. På den andre siden kan skolen være et fristed, spesielt for jenter.

I forhold til sosial kompetanse viser ingen av studiene at denne er lavere for barn som vokser opp med foreldre med rusproblemer sammenlignet med den generelle befolkningen. Dette er eksplisitt undersøkt i to studier. Flere kvantitative studier fokuserer på hvordan barna mestrer sitt liv. En av studiene viser beskyttelsen som ligger i det å ha en aktiv mestringsstil. To studier finner en sammenheng mellom det å vokse opp med foreldre med rusproblemer og det å ha en unnvikende mestringsatferd, og en av studiene viser også en sammenheng mellom mors ruslidelse og det å ta på seg omsorgsoppgaver hjemme når problemer oppstår. Dimensjonen knyttet til omsorgsoppgaver er bare i begrenset grad omtalt i de kvantitative studiene, men kommer tydelig frem i de kvalitative studiene. I de kvalitative studiene beskriver barna hvordan de i stor grad må ta vare på seg selv, men også ta omsorg for søsken og for sine foreldre. Der det å ta vare på sine foreldre er det som krever mest, parett med frykten for at foreldrene skal skade seg. Barns omsorgsoppgaver, mestring og livskvalitet er viktige tema for videre forskning og utvikling av intervensjoner. Det er også viktig å understreke at mange barn som vokser opp med foreldre med rusproblemer klarer seg bra gitt sin livssituasjon.

5.2 Hva som er til hjelp for barn

Hva kan så være til hjelp? De kvalitative studiene viser for det første at mange av barna opplever at de ikke hadde noen å gå til for å snakke om sin situasjon. Barna gjør en risikovurdering av potensielle voksne om de kan stole på at de virkelig ville hjelpe hvis de forteller om sin livssituasjon. Vil de voksne forvalte det som kommer frem på en god måte? Vil de faktisk bry seg, har de kompetanse til å hjelpe og vil de ta avgjørelser som ikke gjør ting verre (f.eks. i forhold til flytting av barna)? For å kunne ta imot hjelp utenfra, sier barna at det er helt avgjørende at forelderen med rusproblemer innrømmer problemene. Det som også kom frem i det kvalitative materialet – spesielt i forhold til de voksne barna er viktigheten av å komme seg bort, og at det da ble lettere å søke hjelp. Voksenpersonene barna velger å snakke med er ærlige, uten baktanker eller forbehold. Barna ønsker videre at det ikke tas avgjørelser om dem uten at de får være med og si sin mening. I dette ligger viktige innspill til alle som arbeider indirekte og direkte med barn, både i kommunale og spesialiserte tjenester.

Ut fra vårt inklusjonskriterium om at kvantitative studier om intervensjoner måtte være randomiserte kontrollerte studier, finner vi få studier om intervensjoner for barn av foreldre med rusproblemer. Tre studier omhandler tiltak for barn under 18 år. To av tiltakene som ble studert var familiebaserte og viser effekt henholdsvis i forhold til mors rusmønster (men ikke i forhold til utfallsmål om bedre mor-barn

interaksjon) etter 18 måneder, og i forhold til utvikling av ruslidelser hos gutter etter 14 år. En studie undersøker effekten av en gruppebasert intervensjon for barn under 18 år. Intervensjonen er virksom i forhold til kunnskap, men gir interessant forskjeller for gutter og jenter i forhold til opplevd sosial integrasjon og mestring. Ulikheter i effekter for gutter og jenter er et viktig område for videre utforskning. Det begrensede antall studier av intervensjoner for barn under 18 år viser et stort behov for mer forskning på tiltak for denne målgruppen.

For voksne barn finner vi studier av fire gruppebaserte intervensjoner. Studiene sammenligner to og to intervensjoner med hverandre og ikke med f.eks. venteliste eller «treatment as usual». Alle studiene viser positive endringer over tid for deltakerne, men ingen av intervensjonene fremstår som klart bedre enn de andre. Et unntak er studien som viser at en gruppebasert alkoholintervensjon har bedre effekt i forhold til alkoholbruk enn en gruppebasert mestringsintervensjon. En av studiene omhandler en nettbasert intervensjon rettet mot voksne barn og viser lovende resultater. Dette er et interessant og viktig område for videre forskning og utvikling.

5.3 Innvirkning på partners liv

Oppsummert gir de kvalitative studiene, basert på erfaringene til 43 partnere (41 kvinner og 2 menn), beskrivelser av et familieklima preget av konflikter, et høyt stressnivå, økonomiske problemer og opplevelse av isolasjon. De kvantitative studiene (der 53 883 personer deltar) viser at partnere har en forhøyet risiko for belastninger i forhold til psykiske helse, fysisk helse, livskvalitet, sosial tilpasning, påført stress, vold i nære relasjoner og det å selv ruse seg. En svakhet med kunnskapsgrunnet er det store flertallet av kvinnelige deltakere. Det er ellers generelt færre studier som omhandler innvirkning på partners liv, enn de som omhandler innvirkning på barns liv.

De kvalitative studiene utdyper hvordan den følelsesmessige belastningen i det å være berørt partner, slår ut i depresjon, engstelse og irritasjon. Deltakerne beskriver hvordan de som en følge av dette ikke klarer å gi barna den følelsesmessige støtten de behøver. Flere mødre beskriver hvordan det å være mor er noe som gir dem styrke og som holder dem oppe. De beskriver også hvordan de arbeider hardt for å opprettholde de daglige rutinene og gi barna en så normal hverdag som mulig. Dette speiles i resultatene fra de kvantitative studiene i forhold til påført stress og psykiske belastninger. Erfaringene som kommer frem i de kvalitative studiene viser også hvordan familielivet er preget av vold og krenkelser. Kvantitative studiene viser generelt hvordan menns rusproblemer er en risikofaktor for å bli utsatt for vold. Antall kvalitative studier er begrenset, og de omhandler i liten grad tema som fysisk helse og sameksistens av rusproblematikk. Her viser imidlertid de kvantitative studiene sammenhenger som det kan være interessant å utforske nærmere også kvalitativt.

Flere av studiene har undersøkt både hvilken virkning høyt forbruk av rusmidler har på partners liv, og hvilken virkning rusproblemer/lidelser har. Det er interessant at det ikke er et høyt forbruk av rusmidler i seg selv som slår ut i forhold til negative konsekvenser for partners liv, men når den høye bruken slår ut i problemer. Dette skillet kan være interessant å merke seg i utformingen av nye studier om innvirkning på partners liv.

Det er videre interessant at sammenhengene som de kvantitative studiene viser i forhold til angst og depresjon, gjelder kun for menn i en av to studier der de inngår. Dette viser, sammen med det lave antallet mannlige deltakere i studiene generelt, et behov for å utforske nærmere potensielle kjønnsforskjeller i hvordan man erfarer og håndterer det å være berørt partner.

5.4 Hva som er til hjelp for partner

Hva kan være til hjelp for partner? De kvalitative studiene gir noe innsikt i hvordan deltakerne takler den situasjonen de står i. Mange deltakere beskriver her hvordan de legger energi i å normalisere situasjonen og opprettholde en fasade, og at de ikke oppsøker hjelp utenfra.

Studiene av intervensjoner kan deles i to grupper; de som rettet seg mot par og de som rettet seg mot partner alene. Studiene av parintervensjoner viser effekt i forhold til vold i nære relasjoner og fornøydhet i parforholdet. Kombinert med foreldreveiledning viser også parintervensjonen effekt i forhold til en bedre utøvelse av foreldrerollen og mindre kontakt med barnevernet. Denne behandlingsmetoden fremstår som lovende i forhold til å bedre relasjonen for partner, men også for barn.

Studiene som undersøker effekten av intervensjoner rettet mot partner alene viser effekt i forhold til partners psykiske helse og tilfredshet med forholdet. En av intervensjonen ble også testet ut i web-format og viser tilsvarende gode resultater. En intervensjon viser indirekte effekt i forhold til å motivere partner med rusproblemer til behandling.

På samme måte som for studiene som sier noe om innvirkning på partners liv, er berørte partnere i intervensjonsstudiene i all overvekt kvinner. Vi vet altså lite om effekten av tiltak for mannlige berørte partnere.

5.5 Kunnskapsoppsummeringens styrker og begrensninger

Kunnskapsoppsummeringen har sin styrke i at den dekker et bredt felt og ulike typer av studier og perspektiver, for å forstå barn og partners livssituasjon på en mest mulig helhetlig måte, og hva som kan være hjelpsomme intervensjoner. Det er også en styrke at kunnskapsoppsummeringen inkluderer både kvalitative og kvantitative funn som utdyper, forsterker og utfordrer hverandre. Samtidig har omfanget av tema og studier vært så stort at det har vært utfordrende å behandle hvert enkelt felt nok i dybden. Vi har i arbeidet med denne rapporten ikke hatt kapasitet til å diskutere funnene inngående i lys av tidligere kunnskapsoppsummeringer, tilgrensende forskningsfelt eller nyere studier.

Et litteratursøk definerer kunnskapsfeltet på en gitt måte og har både styrker og begrensninger ved seg. Selv om søket vårt har vært bredt i tema, har det vært begrenset til foreldre eller partnere med rusproblemer. Dermed har det ikke synliggjort kompleksiteten i situasjonen barna og partnere lever i, der rusproblemer hos foreldre og partnere i svært mange tilfeller er kombinert med andre type problemtilstander og del av et større problemkompleks. Den viser også i mindre grad samfunnsmessige og sosioøkonomiske strukturer rundt disse familiene som ofte forsterker problemene. En fare er også at vi ved å fokusere på barns og pårørendes situasjon separat i mindre grad har fanget studier som tar utgangspunkt i familien som helhet. En avgrensning er også at vi har ekskludert studier om barn som blir eksponert for rusmidler i svangerskapet. Men kunnskapsoppsummeringen dekker et viktig felt og gir en oversikt over belastningene i å leve sammen med foreldre eller partnere som ruser seg.

Men bredden i tema og studier har også vært en utfordring som har gitt noen begrensninger. Innen de rammer vi hadde for arbeidet med kunnskapsoppsummeringen brukte vi en samlet søkestrategi for å finne studier om alle spørsmålene som skulle belyses, og vi måtte begrense tidsrommet for publikasjoner til 11 år for at omfanget av publikasjoner skulle være overkommelig. Om oppdraget hadde vært avgrenset til ett av spørsmålene, hadde det vært mulig å utvide litteratursøket i tidsrom for å få med flere studier om det samme, og gå mer i dybden på detaljer og diskusjon i forhold til annen litteratur. Flere studier med felles intervensjon og utfallsmål ville trolig også har gitt større mulighet til bruk av metaanalyser.

Den store bredde i type studier (observasjonsstudier, kvalitative studier og intervensjonsstudier) har også gjort det faglig krevende å vurdere kvaliteten på den enkelte studie. Instrumentet vi valgte til dette formålet, Hawker checklist, var utformet for å vurdere både kvalitative og kvantitative studier, som var ønskelig i denne kunnskapsoppsummeringen. Men sammenlignet f.eks. med sjekklister som er brukt i Cochrane-oppsummeringer er den mindre spesifikk og detaljert om kvaliteten av intervensjonsstudier. For øvrig har vi fulgt prinsipper for gjennomføring av systematiske kunnskapsoppsummeringer, inkludert det å være to fagpersoner som har vurdert inklusjon og eksklusjon av studiene i alle ledd.

5.6 Konklusjon

Kunnskapsoppsummeringen viser hvordan barn og partnere til personer med rusproblemer er i en krevende livssituasjon, med forhøyet risiko for fysiske og psykiske helseutfordringer, for utvikling av eget høyt rusbruk og/eller rusproblemer, for å bli utsatt for vold og traumer, og for å bli påført stress og utfordringer innen skole, familie- og hverdagsliv. Dette viser et bilde av familier med svært utfordrende hverdagsliv og som sliter i sine nære relasjoner.

De få studiene av intervensjoner for barn under og over 18 år gir foreløpig et begrenset og uklart bilde av mulige effekter, og det er derfor vanskelig å trekke konklusjoner om dette. Men noen studier indikerer at familiebaserte intervensjoner kan være av nytte. Studiene av intervensjoner rettet mot partner, viser at både parbaserte og individuelle tilbud kan gi effekt henholdsvis i forhold til tilfredshet i parforholdet, vold i nære relasjoner og psykisk helse hos partner. I forhold til berørte partnere er denne kunnskapen i stor grad knyttet til kvinners og ikke til menns livssituasjon, og det er behov for mer kunnskap om mannlige partnere.

Kunnskapen viser at det er viktig å fokusere på familier der det er rusproblemer, både i forebyggende kommunalt arbeid med folkehelse, tidlige intervensjoner og oppdagelse, i behandling og i videre forskning. Her må vi både se barn og partners individuelle behov, samtidig som vi må se behovene innad i familien i sammenheng og som en del av den større sosiale settingen de inngår i.

Referanser

- Backett-Milburn, K., Wilson, S., Bancroft, A., & Cunningham-Burley, S. (2008). Challenging childhoods: Young people's accounts of 'getting by' in families with substance use problems. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 15(4), 461-479. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0907568208097202>
- Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? In (Vol. 99, pp. 552-559). Oxford, UK.
- Barnow, S., Schuckit, M., Smith, T., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2007). Attention problems among children with a positive family history of alcohol abuse or dependence and controls. Prevalence and course for the period from preteen to early teen years. *European Addiction Research*, 13(1), 1-5. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:17172772&id=doi:&issn=1022-6877&isbn=&volume=13&issue=1&spage=1&pages=1-5&date=2007&title=European+Addiction+Research&atitle=Attention+problems+among+children+with+a+positive+family+history+of+alcohol+abuse+or+dependence+and+controls.+Prevalence+and+course+for+the+period+from+preteen+to+early+teen+years.&aulast=Barnow&pid=%3Cauthor%3EBarnow+S%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E17172772%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Barnow, S., Ulrich, I., Grabe, H.-J., Freyberger, H. J., & Spitzer, C. (2007). The influence of parental drinking behaviour and antisocial personality disorder on adolescent behavioural problems: Results of the Greifswalder family study. *Alcohol and Alcoholism*, 42(6), 623-628. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agm051>
- Berg, L., Back, K., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Parental alcohol-related disorders and school performance in 16-year-olds-a Swedish national cohort study. *Addiction*, 111(10), 1795-1803. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/add.13454>
- Bijttebier, P., & Goethals, E. (2006). Parental drinking as a risk factor for children's maladjustment: The mediating role of family environment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(2), 126-130. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.20.2.126>
- Birkeland, B. (2015). "Det gjennomsyrrer jo hele livet" : en kvalitativ undersøkelse av levekår hos voksne pårørende til personer med rusmiddelproblemer. Oslo: Helsedirektoratet.
- Birkeland, B., Foster, K., Selbekk, A. S., Høie, M. M., Ruud, T., & Weimand, B. (2018). The quality of life when a partner has substance use problems: a scoping review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 219. doi:10.1186/s12955-018-1042-4
- Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H.-J. (2016). Efficacy of the community reinforcement and family training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 179-185. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.015>
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2011). *Introduction to Meta-Analysis*: Wiley.
- Broning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.-M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., . . . Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy Vol 7 2012, ArtID 23*, 7. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:psycdb&id=pmid:&id=doi:&issn=1747-597X&isbn=&volume=7&issue=&spage=23&pages=&date=2012&title=Substance+Abuse+Treatment%2C+Prevention%2C+and+Policy&atitle=Selective+prevention+programs+for+children+from+substance-affected+families%3A+A+comprehensive+systematic+review.&aulast=Broning&pid=%3Cauthor%3E>

[Broning%2C+Sonja%3C%2FAuthor%3E%3CAN%3E2014-50845-001%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E](#)

- Bröning, S., Sack, P.-M., Havelmann, A., Wartberg, L., Moesgen, D., Klein, M., & Thomasius, R. (2019). A new preventive intervention for children of substance-abusing parents: Results of a randomized controlled trial. *Child & Family Social Work, 0*(0). doi:10.1111/cfs.12634
- Bönnhoff, H., & Larsen, I. B. (2014). På leting etter et ansikt - Om selvbiografiske perspektiver på å ha en mor eller far med. [Searching for a face - Autobiographical perspectives on having a mother or father with alcohol]. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 11*(2), 104-113. Retrieved from http://www.idunn.no/ts/tph/2014/02/paa_leting_etter_et_ansikt_-
- Calhoun, S., Conner, E., Miller, M., & Messina, N. (2015). Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: a review of randomized controlled trials. *Substance abuse and rehabilitation, 6*, 15-24. doi:10.2147/SAR.S46439
- Chalder, M., Elgar, F. J., & Bennett, P. (2006). Drinking and motivations to drink among adolescent children of parents with alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism, 41*(1), 107-113. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/alc/41/1/107>
- Charles, N. E., Mathias, C. W., Acheson, A., Bray, B. C., Ryan, S. R., Lake, S. L., . . . Dougherty, D. M. (2015). Increased pre- and early-adolescent stress in youth with a family history of substance use disorder and early substance use initiation. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(10), 1954-1967. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-015-0271-7>
- Charles, N. E., Ryan, S. R., Acheson, A., Mathias, C. W., Liang, Y., & Dougherty, D. M. (2015). Childhood stress exposure among preadolescents with and without family histories of substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 29*(1), 192-200. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/adb0000020>
- Coffelt, N. L., Forehand, R., Olson, A. L., Jones, D. J., Gaffney, C. A., & Zens, M. S. (2006). A longitudinal examination of the link between parent alcohol problems and youth drinking: The moderating roles of parent and child gender. *Addictive Behaviors, 31*(4), 593-605. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.034>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the social sciences. (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Comiskey, C. M., Milnes, J., & Daly, M. (2016). Parents who use drugs: the well-being of parent and child dyads among people receiving harm reduction interventions for opiate use. *Journal of Substance Use, 1*-5. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14659891.2016.1177616>
- Cornelius, J. R., Kirisci, L., Reynolds, M., Homish, G. G., & Clark, D. B. (2008). Husbands' SUD is associated with higher levels of co-occurring but not non-co-occurring psychiatric disorders among their wives. *Addictive Behaviors, 33*(9), 1231-1234. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.04.013>
- Cranford, J. A., Floyd, F. J., Schulenberg, J. E., & Zucker, R. A. (2011). Husbands' and wives' alcohol use disorders and marital interactions as longitudinal predictors of marital adjustment. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(1), 210-222. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0021349>
- Cunradi, C. B., Ames, G. M., & Duke, M. (2011). The relationship of alcohol problems to the risk for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among a sample of blue-collar couples. *Violence and Victims, 26*(2), 147-158. doi:<http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.26.2.147>
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Chou, S. P., & Stinson, F. S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs, 68*(1), 66-75. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:17149519&id=doi:&issn=1937-1888&isbn=&volume=68&issue=1&spage=66&pages=66-75&date=2007&title=Journal+of+Studies+on+Alcohol+%26+Drugs&atitle=The+impact+of+partner+>

[alcohol+problems+on+women%27s+physical+and+mental+health.&aulast=Dawson&pid=%3Cauthor%3EDawson+DA%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E17149519%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E](http://dx.doi.org/10.1007/s00127-007-0264-2)

- Díaz, R., Gual, A., García, M., Arnau, J., Pascual, F., Canuelo, B., . . . Garbayo, I. (2008). Children of alcoholics in Spain: From risk to pathology: Results from the ALFIL program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 1-10. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-007-0264-2>
- Edwards, E. P., Eiden, R. D., Colder, C., & Leonard, K. E. (2006). The development of aggression in 18 to 48 month old children of alcoholic parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 409-423. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:16649002&id=doi:&issn=0091-0627&isbn=&volume=34&issue=3&spage=409&pages=409-23&date=2006&title=Journal+of+Abnormal+Child+Psychology&atitle=The+development+of+aggression+in+18+to+48+month+old+children+of+alcoholic+parents.&aulast=Edwards&pid=%3Cauthor%3EEdwards+EP%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E16649002%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Edwards, E. P., Eiden, R. D., & Leonard, K. E. (2006). Behaviour problems in 18- to 36-month old children of alcoholic fathers: secure mother-infant attachment as a protective factor. *Development & Psychopathology*, 18(2), 395-407. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:16830441&id=doi:&issn=0954-5794&isbn=&volume=18&issue=2&spage=395&pages=395-407&date=2006&title=Development+%26+Psychopathology&atitle=Behaviour+problems+in+18-+to+36-month+old+children+of+alcoholic+fathers%3A+secure+mother-infant+attachment+as+a+protective+factor.&aulast=Edwards&pid=%3Cauthor%3EEdwards+EP%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E16830441%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2006). Children's internalization of rules of conduct: Role of parenting in alcoholic families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 305-315. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.305>
- Eiden, R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2007). A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: Role of parenting and children's self-regulation. *Developmental Psychology*, 43(5), 1187-1201. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.43.5.1187>
- Eiden, R. D., Lessard, J., Colder, C. R., Livingston, J., Casey, M., & Leonard, K. E. (2016). Developmental cascade model for adolescent substance use from infancy to late adolescence. *Developmental Psychology*, 52(10), 1619-1633. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/dev0000199>
- Eiden, R. D., Molnar, D. S., Colder, C., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2009). A conceptual model predicting internalizing problems in middle childhood among children of alcoholic and nonalcoholic fathers: The role of marital aggression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(5), 741-750. doi:<http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2009.70.741>
- Eiden, R. D., Ostrov, J. M., Colder, C. R., Leonard, K. E., Edwards, E. P., & Orange-Torchia, T. (2010). Parent alcohol problems and peer bullying and victimization: Child gender and toddler attachment security as moderators. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(3), 341-350. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374411003691768>
- Eisenberg, N., Haugen, R., Spinrad, T. L., Hofer, C., Chassin, L., Zhou, Q., . . . Liew, J. (2010). Relations of temperament to maladjustment and ego resiliency in at-risk children. *Social Development*, 19(3), 577-600. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.2009.00550.x>

- Fals-Stewart, W., & Clinton-Sherrod, M. (2009). Treating intimate partner violence among substance-abusing dyads: The effect of couples therapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(3), 257-263. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0012708>
- Floyd, F. J., Cranford, J. A., Daugherty, M. K., Fitzgerald, H. E., & Zucker, R. A. (2006). Marital interaction in alcoholic and nonalcoholic couples: alcoholic subtype variations and wives' alcoholism status. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(1), 121-130. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:16492103&id=doi:&issn=0021-843X&isbn=&volume=115&issue=1&spage=121&pages=121-30&date=2006&title=Journal+of+Abnormal+Psychology&atitle=Marital+interaction+in+alcoholic+and+nonalcoholic+couples%3A+alcoholic+subtype+variations+and+wives%27+alcoholism+status.&aulast=Floyd&pid=%3Cauthor%3EFloyd+FJ%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E16492103%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Foran, H. M., & O'Leary, K. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1222-1234. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.05.001>
- Furtado, E., Laucht, M., & Schmidt, M. (2006). Gender-related pathways for behavior problems in the offspring of alcoholic fathers. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 39*(5), 659-669. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2006000500013>
- Gance-Cleveland, B., & Mays, M. Z. (2008). School-based support groups for adolescents with a substance-abusing parent. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 14*(4), 297-309. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1078390308321223>
- Grekin, E. R., Brennan, P. A., & Hammen, C. (2005). Parental Alcohol Use Disorders and Child Delinquency: The Mediating Effects of Executive Functioning and Chronic Family Stress. *Journal of Studies on Alcohol, 66*(1), 14-22. doi:<http://dx.doi.org/10.15288/jsa.2005.66.14>
- Grzegorzewska, I. (2013). Individual predispositions and positive adaptation of children of alcoholics. *Current Issues in Personality Psychology, 1*, 11-25. doi:<http://dx.doi.org/10.5114/cipp.2013.40633>
- Gustafson, D. H., McTavish, F. M., Schubert, C. J., & Johnson, R. A. (2012). The effect of a computer-based intervention on adult children of alcoholics. *Journal of Addiction Medicine, 6*(1), 24-28. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/ADM.0b013e31822b80ca>
- Haggerty, K. P., Skinner, M., Fleming, C. B., Gainey, R. R., & Catalano, R. F. (2008). Long-term effects of the Focus on Families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction, 103*(12), 2008-2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02360.x>
- Hall, J. C. (2007). An exploratory study of the role of kinship ties in promoting resilience among African American adult children of alcoholics. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 15*(2-3), 61-78. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J137v15n02_05
- Hall, J. C. (2008). The impact of kin and fictive kin relationships on the mental health of black adult children of alcoholics. *Health & Social Work, 33*(4), 259-266. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:19070273&id=doi:&issn=0360-7283&isbn=&volume=33&issue=4&spage=259&pages=259-66&date=2008&title=Health+%26+Social+Work&atitle=The+impact+of+kin+and+fictive+kin+relationships+on+the+mental+health+of+black+adult+children+of+alcoholics.&aulast=Hall&pid=%3Cauthor%3EHall+JC%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E19070273%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Haller, M., & Chassin, L. (2011). The unique effects of parental alcohol and affective disorders, parenting, and parental negative affect on adolescent maladjustment. *Merrill-Palmer Quarterly, 57*(3), 263-292. doi:<http://dx.doi.org/10.1353/mpq.2011.0014>

- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. (2006). Relations among parental substance use, violence exposure and mental health: the national survey of adolescents. *Addictive Behaviors*, 31(11), 1988-2001. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:16503092&id=doi:&issn=0306-4603&isbn=&volume=31&issue=11&spage=1988&pages=1988-2001&date=2006&title=Addictive+Behaviors&atitle=Relations+among+parental+substance+use%2C+violence+exposure+and+mental+health%3A+the+national+survey+of+adolescents.&aualast=Hanson&pid=%3Cauthor%3EHanson+RF%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E16503092%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Hansson, H., Rundberg, J., Zetterlind, U., Johnsson, K., & Berglund, M. (2006). An intervention program for University students who have parents with alcohol problems: A randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 41(6), 655-663. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agl057>
- Hansson, H., Rundberg, J., Zetterlind, U., Johnsson, K. O., & Berglund, M. (2007). Two-year outcome of an intervention program for university students who have parents with alcohol problems: A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(11), 1927-1933. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00516.x>
- Haugland, B. S. M. (2005). Recurrent Disruptions of Rituals and Routines in Families With Paternal Alcohol Abuse. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 54(2), 225-241. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.0197-6664.2005.00018.x>
- Haverfield, M. C., & Theiss, J. A. (2014). A theme analysis of experiences reported by adult children of alcoholics in online support forums. *Journal of Family Studies*, 20(2), 166-183. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:psycdb&id=pmid:&id=doi:&issn=1322-9400&isbn=&volume=20&issue=2&spage=166&pages=166-183&date=2014&title=Journal+of+Family+Studies&atitle=A+theme+analysis+of+experiences+reported+by+adult+children+of+alcoholics+in+online+support+forums.&aualast=Haverfield&pid=%3Cauthor%3EHaverfield%2C+Marie+C%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E2014-52251-006%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M., & Powell, J. (2002). Appraising the evidence: Reviewing disparate data systematically. *Qual. Health Res.*, 12(9), 1284-1299. doi:10.1177/1049732302238251
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*: Wiley.
- Hill, S. Y., Shen, S., Lowers, L., Locke-Wellman, J., Matthews, A. G., & McDermott, M. (2008). Psychopathology in offspring from multiplex alcohol dependence families with and without parental alcohol dependence: A prospective study during childhood and adolescence. *Psychiatry Research*, 160(2), 155-166. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.04.017>
- Holmila, M. J., Itapuisto, M., & Ilva, M. (2011). Invisible victims or competent agents: Opinions and ways of coping among children aged 12-18 years with problem drinking parents. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 18(3), 179-186. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/09687637.2010.493168>
- Homish, G. G., Leonard, K. E., & Kearns-Bodkin, J. N. (2006). Alcohol use, alcohol problems, and depressive symptomatology among newly married couples. *Drug & Alcohol Dependence*, 83(3), 185-192. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:16337752&id=doi:&issn=0376-8716&isbn=&volume=83&issue=3&spage=185&pages=185-92&date=2006&title=Drug+%26+Alcohol+Dependence&atitle=Alcohol+use%2C+alcohol+problems%2C+and+depressive+symptomatology+among+newly+married+couples.&aualast=Homish&pid=%3Cauthor%3EHomish+GG%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E16337752%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>

- Horgan, J. (2011). *Parental Substance Misuse: Addressing its Impact on Children. A Review of the Literature*. Retrieved from Dublin:
- Hudson, C. R., Kirby, K. C., Clements, N. T., Benishek, L. A., & Nick, C. E. (2014). Social adjustment of women with and without a substance-abusing partner. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(2), 106-113. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02791072.2014.880536>
- Hussong, A. M., Cai, L., Curran, P., Flora, D., Chassin, L., & Zucker, R. (2008). Disaggregating the distal, proximal, and time-varying effects of parent alcoholism on children's internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 335-346. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9181-9>
- Hussong, A. M., Huang, W., Curran, P. J., Chassin, L., & Zucker, R. A. (2010). Parent alcoholism impacts the severity and timing of children's externalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(3), 367-380. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-009-9374-5>
- Hussong, A. M., Huang, W., Serrano, D., Curran, P. J., & Chassin, L. (2012). Testing whether and when parent alcoholism uniquely affects various forms of adolescent substance use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(8), 1265-1276. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-012-9662-3>
- Hussong, A. M., Wirth, R., Edwards, M., Curran, P., Chassin, L., & Zucker, R. (2007). Externalizing symptoms among children of alcoholic parents: Entry points for an antisocial pathway to alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 529-542. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.529>
- Hussong, A. M., Zucker, R. A., Wong, M. M., Fitzgerald, H. E., & Puttler, L. I. (2005). Social Competence in Children of Alcoholic Parents Over Time. *Developmental Psychology*, 41(5), 747-759. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.41.5.747>
- Jarvinen, M. (2015). Understanding addiction: Adult children of alcoholics describing their parents' drinking problems. *Journal of Family Issues*, 36(6), 805-825. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0192513X13513027>
- Keeley, H. S., Mongwa, T., & Corcoran, P. (2015). The association between parental and adolescent substance misuse: Findings from the Irish CASE study. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(Spec Iss1), 107-116. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/ipm.2014.87>
- Keller, P. S., Cummings, E., & Davies, P. T. (2005). The role of marital discord and parenting in relations between parental problem drinking and child adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 943-951. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00399.x>
- Keller, P. S., Cummings, E., Davies, P. T., & Lubke, G. (2007). Children's behavioural reactions to marital conflict as a function of parents' conflict behaviours and alcohol problems. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(2), 157-177. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/17405620600557631>
- Keller, P. S., Gilbert, L. R., Koss, K. J., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2011). Parental problem drinking, marital aggression, and child emotional insecurity: a longitudinal investigation. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 72(5), 711-722. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:21906498&id=doi:&issn=1937-1888&isbn=&volume=72&issue=5&page=711&pages=711-22&date=2011&title=Journal+of+Studies+on+Alcohol+%26+Drugs&atitle=Parental+problem+drinking%2C+marital+aggression%2C+and+child+emotional+insecurity%3A+a+longitudinal+investigation.&aurlast=Keller&pid=%3Cauthor%3EKeller+PS%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E21906498%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Kelly, R. J., & El-Sheikh, M. (2016). Parental problem drinking and children's sleep: The role of ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Family Psychology*, 30(6), 708-719. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/fam0000209>

- King, K. M., Molina, B. S., & Chassin, L. (2009). Prospective relations between growth in drinking and familial stressors across adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 610-622.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0016315>
- Kirillova, G., Reynolds, M., Kirisci, L., Mosovsky, S., Ridenour, T., Tarter, R., & Vanyukov, M. (2014). Familiality of addiction and its developmental mechanisms in girls. *Drug and Alcohol Dependence, 143*, 213-218. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.032>
- Knudsen, A. K., Ystrom, E., Skogen, J. C., & Torgersen, L. (2015). Maternal heavy alcohol use and toddler behavior problems: A fixed effects regression analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(10), 1269-1277. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0677-5>
- Kufås, E. (2016). *Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer : en kvalitativ levekårsstudie*. In A. Faugli & B. Weimand (Eds.).
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology, 4*(863). doi:10.3389/fpsyg.2013.00863
- Lam, W. K., Fals-Stewart, W., & Kelley, M. L. (2009). Parent training with behavioral couples therapy for fathers' alcohol abuse: Effects on substance use, parental relationship, parenting, and CPS involvement. *Child Maltreatment, 14*(3), 243-254.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1077559509334091>
- Lee, K., & Kirsh, B. (2006). An Occupational Journey: Narratives of Two Women Who Divorced a Spouse with Alcoholism. *Journal of Occupational Science, 13*(2), 134-144.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/11038120600691140>
- Leventhal, A. M., Pettit, J. W., & Lewinsohn, P. M. (2011). Familial influence of substance use disorder on emotional disorder across three generations. *Psychiatry Research, 185*(3), 402-407.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.013>
- Littell, J. H., Corcoran, J., & Pillai, V. (2008). *Systematic Reviews and Meta-Analysis*: Oxford University Press, USA.
- Livingston, M. (2009). Effects of alcohol consumption in spousal relationships on health-related quality of life and life satisfaction. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*(3), 383-390.
doi:<http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2009.70.383>
- Lopez, V., Katsulis, Y., & Robillard, A. (2009). Drug use with parents as a relational strategy for incarcerated female adolescents. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 58*(2), 135-147. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00542.x>
- Low, N., Cui, L., & Merikangas, K. R. (2007). Spousal concordance for substance use and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research, 41*(11), 942-951. Retrieved from
<http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:17204289&id=doi:&issn=0022-3956&isbn=&volume=41&issue=11&spage=942&pages=942-51&date=2007&title=Journal+of+Psychiatric+Research&atitle=Spousal+concordance+for+substance+use+and+anxiety+disorders.&aulast=Low&pid=%3Cauthor%3ELow+N%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E17204289%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Luthar, S. S., & Sexton, C. C. (2007). Maternal drug abuse versus maternal depression: Vulnerability and resilience among school-age and adolescent offspring. *Development and Psychopathology, 19*(1), 205-225. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579407070113>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Mares, S. H., van der Vorst, H., Engels, R. C., & Lichtwarck-Aschoff, A. (2011). Parental alcohol use, alcohol-related problems, and alcohol-specific attitudes, alcohol-specific communication, and adolescent

excessive alcohol use and alcohol-related problems: An indirect path model. *Addictive Behaviors*, 36(3), 209-216. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.10.013>

- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychological Medicine*, 39(1), 149-155. doi:10.1017/S0033291708003085
- Marshal, M. P., Molina, B. S., Pelham, W. E., & Cheong, J. (2007). Attention-deficit hyperactivity disorder moderates the life stress pathway to alcohol problems in children of alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 564-574. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:psycdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0145-6008&isbn=&volume=31&issue=4&spage=564&pages=564-574&date=2007&title=Alcoholism%3A+Clinical+and+Experimental+Research&atitle=Attention-deficit+hyperactivity+disorder+moderates+the+life+stress+pathway+to+alcohol+problems+in+children+of+alcoholics.&aulast=Marshal&pid=%3Cauthor%3EMarshal%2C+Michael+P%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E2007-05389-005%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Mezzich, A. C., Bretz, W. A., Day, B.-S., Corby, P. M., Kirisci, L., Swaney, M., . . . Weyant, R. J. (2007). Child neglect and oral health problems in offspring of substance-abusing fathers. *The American Journal on Addictions*, 16(5), 397-402. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10550490701525509>
- Moe, J., Johnson, J. L., & Wade, W. (2007). Resilience in children of substance users: In their own words. *Substance Use & Misuse*, 42(2-3), 381-398. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10826080601142147>
- Mohaupt, H., & Duckert, F. (2010). Children of parents with a substance abuse problem: Central risk factors. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(5), 408-414. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:psycdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0332-6470&isbn=&volume=47&issue=5&spage=408&pages=408-414&date=2010&title=Tidsskrift+for+Norsk+Psykologforening&atitle=Children+of+parents+with+a+substance+abuse+problem%3A+Central+risk+factors.&aulast=Mohaupt&pid=%3Cauthor%3EMohaupt%2C+Henning%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E2010-10864-002%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, B. S. (2010). Spouses of older adults with late-life drinking problems: health, family, and social functioning. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 71(4), 506-514. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:20553658&id=doi:&issn=1937-1888&isbn=&volume=71&issue=4&spage=506&pages=506-514&date=2010&title=Journal+of+Studies+on+Alcohol+%26+Drugs&atitle=Spouses+of+older+adults+with+late-life+drinking+problems%3A+health%2C+family%2C+and+social+functioning.&aulast=Moos&pid=%3Cauthor%3EMoos+RH%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E20553658%3C%2FAN%3E%3CDT%3EComparative+Study%3C%2FDT%3E>
- Moriarty, H., Stubbe, M., Bradford, S., Tapper, S., & Lim, B. T. (2011). Exploring resilience in families living with addiction. *Journal of Primary Health Care*, 3(3), 210-217. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:21892423&id=doi:&issn=1172-6156&isbn=&volume=3&issue=3&spage=210&pages=210-217&date=2011&title=Journal+of+Primary+Health+Care&atitle=Exploring+resilience+in+families+living+with+addiction.&aulast=Moriarty&pid=%3Cauthor%3EMoriarty+H%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E21892423%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E>
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-Ethnography*. doi:10.4135/9781412985000
- O'Connor, L., Forrester, D., Holland, S., & Williams, A. (2014). Perspectives on children's experiences in families with parental substance misuse and child protection interventions. *Children and Youth Services Review*, 38, 66-74. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.01.008>

- Osborne, C., & Berger, L. M. (2009). Parental substance abuse and child well-being: A consideration of parents' gender and coresidence. *Journal of Family Issues*, 30(3), 341-370.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0192513X08326225>
- Osterndorf, C., Enright, R., Holter, A., & Klatt, J. (2011). Treating adult children of alcoholics through forgiveness therapy. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29(3), 274-292.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/07347324.2011.586285>
- Park, S., & Schepp, K. (2015). A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1222-1231.
doi:10.1007/s10826-014-9930-7
- Peled, E., & Sacks, I. (2008). The self-perception of women who live with an alcoholic partner: Dialoging with deviance, strength, and self-fulfillment. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 57(3), 390-403. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3729.2008.00508.x>
- Peleg-Oren, N., Rahav, G., & Teichman, M. (2008). Role of family resources and paternal history of substance use problems in psychosocial adjustment among school-aged children. *Journal of Drug Education*, 38(3), 253-271. doi:<http://dx.doi.org/10.2190/DE.38.3.d>
- Peleg-Oren, N., & Teichman, M. (2006). Young Children of Parents with Substance Use Disorders (SUD): A Review of the Literature and Implications for Social Work Practice. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(1-2), 49-61. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J160v06n01_03
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., . . . Duffy, S. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme*.
- Ranta, J., & Raitasalo, K. (2015). Disorders of cognitive and emotional development in children of mothers with substance abuse. [Disorders of cognitive and emotional development in children of mothers with substance abuse]. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(6), 591-604. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1515/nsad-2015-0056>
- Reupert, A., Goodyear, M., & Maybery, D. (2012). Engaging with, and understanding children whose parents have a dual diagnosis. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(3), 153-160.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00622.x>
- Rognmo, K., Torvik, F. A., Roysamb, E., & Tambs, K. (2013). Alcohol use and spousal mental distress in a population sample: the Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Public Health*, 13, 319.
doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-319>
- Ronel, N., & Haimoff-Ayali, R. (2010). Risk and resilience: The family experience of adolescents with an addicted parent. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(3), 448-472. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0306624X09332314>
- Ronel, N., & Levy-Cahana, M. (2011). Growing-up with a substance-dependent parent: Development of subjective risk and protective factors. *Substance Use & Misuse*, 46(5), 608-619.
doi:<http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2010.527417>
- Ruud, T. B., Bente; Faugli, Anne; Hagen, Kristine A.; Hellman, Anders; Hilsen, Marit; Kallander, Ellen K.; Kufås, Elin; Løvås, Maren; Peck Gro C.; Skogerbø, Åshild; Skogøy, Bjørg Eva; Stavnes, Kristin; Thorsen, Eivind; Weimand, Bente. (2015). *Barn som pårørende - Resultater fra multisenterstudien (IS-0522)* (IS-0522). Retrieved from Oslo:
- Ryan, S. R., Acheson, A., Charles, N. E., Lake, S. L., Hernandez, D. L., Mathias, C. W., & Dougherty, D. M. (2016). Clinical and social/environmental characteristics in a community sample of children with and without family histories of substance use disorder in the San Antonio area: A descriptive study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25(4), 327-339.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/1067828X.2014.999202>

- Rychtarik, R. G., & McGillicuddy, N. B. (2005). Coping Skills Training and 12-Step Facilitation for Women Whose Partner Has Alcoholism: Effects on Depression, the Partner's Drinking, and Partner Physical Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(2), 249-261.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.249>
- Rychtarik, R. G., McGillicuddy, N. B., & Barrick, C. (2015). Web-based coping skills training for women whose partner has a drinking problem. *Psychology of Addictive Behaviors, 29*(1), 26-33.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/adb0000032>
- Seay, K. D., & Kohl, P. L. (2013). Caregiver substance abuse and children's exposure to violence in a nationally representative child welfare sample. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 13*(1), 70-90. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/1533256X.2013.756335>
- Seay, K. D., & Kohl, P. L. (2015). The comorbid and individual impacts of maternal depression and substance dependence on parenting and child behavior problems. *Journal of Family Violence, 30*(7), 899-910.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10896-015-9721-y>
- Serec, M., Svab, I., Kolsek, M., Svab, V., Moesgen, D., & Klein, M. (2012). Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. *Drug and Alcohol Review, 31*(7), 861-870.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00424.x>
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., . . . Group, P.-P. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ (Clinical research ed.), 350*, 1. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Shorey, R. C., Fite, P. J., Elkins, S. R., Frissell, K. C., Tortolero, S. R., Stuart, G. L., & Temple, J. R. (2013). The association between problematic parental substance use and adolescent substance use in an ethnically diverse sample of 9th and 10th graders. *The Journal of Primary Prevention, 34*(6), 381-393. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10935-013-0326-z>
- Slesnick, N., & Zhang, J. (2016). Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. *Psychology of Addictive Behaviors, 30*(6), 619-629.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/adb0000199>
- Smith, C. L., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Chassin, L., Morris, A. S., Kupfer, A., . . . Kwok, O.-M. (2006). Children's coping strategies and coping efficacy: Relations to parent socialization, child adjustment, and familial alcoholism. *Development and Psychopathology, 18*(2), 445-469.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S095457940606024X>
- Sprang, G., Staton-Tindall, M., & Clark, J. (2008). Trauma exposure and the drug endangered child. *Journal of Traumatic Stress, 21*(3), 333-339. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20330>
- Stalans, L. J., & Ritchie, J. (2008). Relationship of substance use/abuse with psychological and physical intimate partner violence: Variations across living situations. *Journal of Family Violence, 23*(1), 9-24.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10896-007-9125-8>
- Staton-Tindall, M., Sprang, G., Clark, J., Walker, R., & Craig, C. D. (2013). Caregiver Substance Use and Child Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 13*(1), 6-31.
doi:10.1080/1533256X.2013.752272
- Stewart, C., Mezzich, A. C., & Day, B.-S. (2006). Parental Psychopathology and Paternal Child Neglect in Late Childhood. *Journal of Child and Family Studies, 15*(5), 543-554.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-006-9026-0>
- Tempier, R., Boyer, R., Lambert, J., Mosier, K., & Duncan, C. R. (2006). Psychological distress among female spouses of male at-risk drinkers. *Alcohol, 40*(1), 41-49. Retrieved from <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:17157719&id=doi:&issn=0741-8329&isbn=&volume=40&issue=1&spage=41&pages=41-9&date=2006&title=Alcohol&atitle=Psychological+distress+among+female+spouses+of+male+at->

[risk+drinkers.&aulast=Tempier&pid=%3Cauthor%3ETempier+R%3C%2Fauthor%3E%3CAN%3E17157719%3C%2FAN%3E%3CDT%3EJournal+Article%3C%2FDT%3E](http://dx.doi.org/10.1080/14659890802624287)

- Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E., & Boon, S. (2009). Young people living with parental alcohol misuse and parental violence: 'No-one has ever asked me how I feel in any of this'. *Journal of Substance Use, 14*(3-4), 139-150. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14659890802624287>
- Templeton, L., Velleman, R., & Russell, C. (2010). Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addiction Research & Theory, 18*(6), 616-648. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/16066350903499839>
- Tinnfalt, A., Eriksson, C., & Brunnberg, E. (2011). Adolescent children of alcoholics on disclosure, support, and assessment of trustworthy adults. *Child & Adolescent Social Work Journal, 28*(2), 133-151. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10560-011-0225-1>
- Torvik, F. A., Rognum, K., Ask, H., Roysamb, E., & Tambs, K. (2011). Parental alcohol use and adolescent school adjustment in the general population: results from the HUNT study. *BMC Public Health, 11*, 706. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-706>
- Trim, R. S., & Chassin, L. (2008). Neighborhood socioeconomic status effects on adolescent alcohol outcomes using growth models: Exploring the role of parental alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(5), 639-648. doi:<http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2008.69.639>
- Usher, A. M., McShane, K. E., & Dwyer, C. (2015). A realist review of family-based interventions for children of substance abusing parents. *Systems Review, 4*, 177. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s13643-015-0158-4>
- van der Zwaluw, C. S., Scholte, R. H., Vermulst, A. A., Buitelaar, J. K., Verkes, R. J., & Engels, R. C. (2008). Parental problem drinking, parenting, and adolescent alcohol use. *Journal of Behavioral Medicine, 31*(3), 189-200. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10865-007-9146-z>
- Vedel, E., Emmelkamp, P. M., & Schippers, G. M. (2008). Individual cognitive-behavioral therapy and behavioral couples therapy in alcohol use disorder: a comparative evaluation in community-based addiction treatment centers. *Psychotherapy & Psychosomatics, 77*(5), 280-288. doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000140087>
- Velleman, R., Orford, J., Templeton, L., Copello, A., Patel, A., Moore, L., . . . Godfrey, C. (2011). 12-month follow-up after brief interventions in primary care for family members affected by the substance misuse problem of a close relative. *Addiction Research & Theory, 19*(4), 362-374. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/16066359.2011.564691>
- Velleman, R., & Templeton, L. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*(2), 79-89. doi:<http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.106.002386>
- Velleman, R., & Templeton, L. J. (2016). Impact of parents' substance misuse on children: an update. *BJPsych Advances, 22*(2), 108-117. doi:10.1192/apt.bp.114.014449
- Vidal, S. I., Vandeleur, C., Rothen, S., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Halfon, O., . . . Preisig, M. (2012). Risk of mental disorders in children of parents with alcohol or heroin dependence: A controlled high-risk study. *European Addiction Research, 18*(5), 253-264. doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000337328>
- Walden, B., Iacono, W. G., & McGue, M. (2007). Trajectories of change in adolescent substance use and symptomatology: Impact of paternal and maternal substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*(1), 35-43. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.21.1.35>

- Werner, A., & Malterud, K. (2016). Children of parents with alcohol problems performing normality: A qualitative interview study about unmet needs for professional support. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* Vol 11 2016, ArtID 30673, 11.
- Wilens, T. E., Yule, A., Martelon, M., Zulauf, C., & Faraone, S. V. (2014). Parental history of substance use disorders (SUD) and SUD in offspring: A controlled family study of bipolar disorder. *The American Journal on Addictions*, 23(5), 440-446. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12125.x>
- Winqvist, S., Jokelainen, J., Luukinen, H., & Hillbom, M. (2007). Parental alcohol misuse is a powerful predictor for the risk of traumatic brain injury in childhood. *Brain Injury*, 21(10), 1079-1085. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02699050701553221>
- Wlodarczyk, O., Schwarze, M., Rumpf, H.-J., Metzner, F., & Pawils, S. (2017). Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: A systematic review. *PLoS One*, 12(6), e0179140. doi:10.1371/journal.pone.0179140
- Woodin, E. M., Caldeira, V., Sotskova, A., Galaugher, T., & Lu, M. (2014). Harmful alcohol use as a predictor of intimate partner violence during the transition to parenthood: Interdependent and interactive effects. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1890-1897. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.033>

Vedlegg

1 Detaljerte litteratursøk

2 Hawker checklist for study quality

3 Liste over instrumenter som er nevnt i tabellene

Vedlegg 1 Detaljerte litteratursøk

Litteratursøk i Medline

Database(s): Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*).ti.	521
2	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*).hw.	0
3	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*).kf.	6
4	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*).ti.	330
5	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*).hw.	655
6	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*).kf.	33
7	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).ti.	1966
8	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).hw.	1266
9	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).kf.	235
10	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*).ti.	650
11	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*).hw.	0
12	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*).kf.	8
13	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).ti.	476
14	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).hw.	1541
15	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).kf.	101
16	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*).ti.	214
17	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*).hw.	1249
18	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*).kf.	65
19	((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).ti.	1095
20	((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).hw.	1246
21	((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).kf.	304
22	((family or families) and (alcoholi* or addict*).ti.	166
23	((family or families) and (alcoholi* or addict*).hw.	2
24	((family or families) and (alcoholi* or addict*).kf.	3
25	1 or 4 or 7 or 10 or 13 or 16 or 19 or 22	4691
26	2 or 5 or 8 or 11 or 14 or 17 or 20 or 23	5071
27	3 or 6 or 9 or 12 or 15 or 18 or 21 or 24	646
28	("quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violent* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satisf* or life change*).ti.	1781185
29	("quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violent* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satisf* or life change*).hw.	2469261
30	("quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violent* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satisf* or life change*).kf.	251609
31	(intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*).ti.	1839274
32	(intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*).hw.	9590820
33	(intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*).kf.	281814
34	25 and 28	1209
35	26 and 29	3018
36	27 and 30	281

Kunnskapsoppsummering om barn og partnere til personer med rusproblemer

37	34 or 35 or 36	4199
38	limit 37 to (humans and yr="2000 -Current")	2189
39	(tobacco or smoking or internet or mobile phone* or gambling).ti,hw,kf.	261907
40	38 not 39	1973
41	25 and 31	635
42	26 and 32	3042
43	27 and 33	182
44	41 or 42 or 43	3681
45	limit 44 to (humans and yr="2000 -Current")	2214
46	45 not 39	1976

Litteratursøk i PsycINFO

Database(s): PsycINFO 1987 to October Week 2 2016

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	"children of alcoholics"/	800
2	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*).ti.	905
3	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*).hw.	800
4	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*).id.	959
5	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*).ti.	263
6	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*).hw.	359
7	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*).id.	488
8	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).ti.	1930
9	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).hw.	2701
10	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).id.	3237
11	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*).ti.	532
12	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*).hw.	0
13	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*).id.	769
14	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).ti.	524
15	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).hw.	891
16	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).id.	929
17	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*).ti.	184
18	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*).hw.	422
19	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*).id.	322
20	((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).ti.	1566
21	((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).hw.	3170
22	((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*).id.	3256
23	((family or families) and (alcoholi* or addict*).ti.	254
24	((family or families) and (alcoholi* or addict*).hw.	2
25	((family or families) and (alcoholi* or addict*).id.	267
26	2 or 5 or 8 or 11 or 14 or 17 or 20 or 23	5366
27	3 or 6 or 9 or 12 or 15 or 18 or 21 or 24	7194
28	4 or 7 or 10 or 13 or 16 or 19 or 22 or 25	8512
29	("quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violen* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satis* or life change*).ti.	787604
30	("quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violen* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satis* or life change*).hw.	1357597
31	("quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violen* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satis* or life change*).id.	1123843
32	(intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*).ti.	289529
33	(intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*).hw.	467478
34	(intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*).id.	413590
35	1 and (29 or 30 or 31)	515

Kunnskapsoppsummering om barn og partnere til personer med rusproblemer

36	26 and 29	1677
37	27 and 30	3978
38	28 and 31	3856
39	35 or 36 or 37 or 38	6060
40	limit 39 to (all journals and human and yr="2000 -Current")	3186
41	(tobacco or smoking or internet or mobile phone* or gambling).ti,hw,id.	66305
42	40 not 41	3014
43	1 and (32 or 33 or 34)	199
44	26 and 32	1082
45	27 and 33	1986
46	28 and 34	2360
47	43 or 44 or 45 or 46	3264
48	limit 47 to (all journals and human and yr="2000 -Current")	1547
49	48 not 41	1495

Litteratursøk i Embase

Database(s): **Embase** 1996 to 2016 Week 42

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*).ti.	248
2	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*).hw.	281
3	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) adj2 alcoholi*).kw.	119
4	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*)).ti.	282
5	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*)).hw.	6543
6	((child* or offspring* or son or sons or daughter*) and (addict* or dependen*) and (parent* or mother* or maternal or father* or paternal or guardian*)).kw.	89
7	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)).ti.	1625
8	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)).hw.	13365
9	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)).kw.	726
10	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*)).ti.	316
11	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*)).hw.	8
12	((parent* or maternal or paternal or mother* or father* or guardian*) adj3 (alcoholi* or addict*)).kw.	65
13	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)).ti.	542
14	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)).hw.	5544
15	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)).kw.	263
16	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*)).ti.	108
17	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*)).hw.	2481
18	((spouse* or partner* or wife or wives or husband* or married or marriage) and (alcoholi* or addict*)).kw.	42
19	((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)).ti.	1034
20	((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)).hw.	14676
21	((family or families) and (substance* or drug* or alcohol* or sedative* or opiate* or opioid*) and ("use" or "using" or abus* or misus* or dependen* or addict*)).kw.	663
22	((family or families) and (alcoholi* or addict*)).ti.	109
23	((family or families) and (alcoholi* or addict*)).hw.	6
24	((family or families) and (alcoholi* or addict*)).kw.	12
25	1 or 4 or 7 or 10 or 13 or 16 or 19 or 22	3754
26	2 or 5 or 8 or 11 or 14 or 17 or 20 or 23	35046
27	3 or 6 or 9 or 12 or 15 or 18 or 21 or 24	1780
28	("quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violen* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satisf* or life change*).ti.	1458229
29	("quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violen* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satisf* or life change*).hw.	4468208
30	("quality of life" or burden or stress or strain or psychosocial or psycholog* or health service* or health status* or social support* or socioeconomic* or suicid* or violen* or living* or employ* or mental health or behavior problem* or behaviour problem* or mental disorder* or child development or maladjust* or adjustment or clinical referral* or psychiatric or health care or academic achievement* or cognitive or development or school or intelligence or iq or anxiety or depression* or deprivat* or background or meaning or attachment or problem* or strength* or difficulties or difficulty or experience* or qualitative or narrative* or life condition* or life situation* or wellbeing or well being or strength or life satisf* or life change*).kw.	623943
31	(intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*).ti.	1535629
32	(intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*).hw.	3506366
33	(intervention* or treatment* or therap* or counsel?ing or support* or help*).kf.	0
34	25 and 28	1115
35	26 and 29	22752
36	27 and 30	627

Kunnskapsoppsummering om barn og partnere til personer med rusproblemer

37	34 or 35 or 36	23261
38	limit 37 to (humans and yr="2000 -Current")	20578
39	(tobacco or smoking or internet or mobile phone* or gambling).ti,hw,kw.	443021
40	38 not 39	16534
41	limit 40 to exclude medline journals	2465
42	25 and 31	598
43	26 and 32	12314
44	27 and 33	0
45	42 or 43 or 44	12572
46	limit 45 to (humans and yr="2000 -Current")	11335
47	46 not 39	9296
48	limit 47 to exclude medline journals	1574

Litteratursøk i SweMed+

Nr Søksträng	Antal träffar
<input type="checkbox"/> 1 child* OR offspring* OR son OR sons OR daughter*	13217
<input type="checkbox"/> 2 parent* OR mother* OR maternal OR father* OR paternal OR guardian*	3283
<input type="checkbox"/> 3 spouse* OR partner* OR wife OR wives OR husband* OR married OR marriage	552
<input type="checkbox"/> 4 family OR families	7724
<input type="checkbox"/> 5 #1 OR #2 OR #3 OR #4	19473
<input type="checkbox"/> 6 addict* OR dependen* OR alcoholi* OR addict*	1657
<input type="checkbox"/> 7 substance* OR drug* OR alcohol* OR sedative* OR opiate* OR opioid*	12992
<input type="checkbox"/> 8 use OR using OR abus* OR misus* OR dependen* OR addict*	5536
<input type="checkbox"/> 9 #7 AND #8	1897
<input type="checkbox"/> 10 #6 OR #9	2924
<input type="checkbox"/> 11 #5 AND #10	368
<input type="checkbox"/> 12 #5 AND #10 Limits: granskning:"peer reviewed"	277
<input type="checkbox"/> 13 #5 AND #10 Limits: granskning:"peer reviewed" AND year:[2000 TO 2016]	189

Vedlegg 2 Hawker checklist for study quality

This checklist is from Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.

Please assess each paper on the following criteria. For scoring please refer to notes below.

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

Lower scores =poor quality

Notes for appraising the quality of each paper:

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4. Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Poor Only one of the above.

Very Poor None of the above.

Vedlegg 3 Liste over instrumenter som er nevnt i tabellene

Tabellen nedenfor inkluderer forkortelse og navn på de fleste av de spørreskjema eller skåringsskalaer som er nevnt i tabeller i rapporten. For noen få har vi laget en forkortelse fordi vi ikke fant noen. Noen finnes i flere versjoner (f.eks. med ulike antall spørsmål, eller for utfylling ved ulike informanter) som kan ha ulike versjoner av navn. I noen artikler er det brukt et utvalg av spørsmål fra et instrument, og opplysninger og dette er ikke tatt med i denne tabellen. Tabellen inneholder heller ikke informasjon om andre målemetoder som er omtalt i artikkelen og eventuelt nevnt med stikkord i tabeller.

Forkortelse	Navn
ACFS	Adjustment of the Child in the Family Scale
ACQ	Areas of Change Questionnaire
ADB	Antisocial Behavior Checklist
APES	Adolescent Perceived Events Scale
ASI	Addiction Severity Index
AUDADIS-IV	Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule DSM-IV
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BASC	Behavioral Assessment System for Children
BDI	Beck Depression Inventory
BI	Behavioral Internalization
BMSLSS	Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale
BSID	Mental Developmental Index of the Bayley Scales of Infant Development
CAGE	Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener (alcohol screening questionnaire)
CAP	Child Abuse Potential Inventory
CAU	Adolescent Alcohol Use
CBCL	Child Behavior Checklist
CBQ	Child Behavior Questionnaire
CPRCV	Children's Behavioral Response to Conflict Vignettes
CCE	Children's Coping Efficacy
CCSC	Children's Coping Strategies Checklist
CDI	Child Depression Inventory
C-DISC	Computerized Diagnostic Interview Schedule for children
CES-D	Center of Epidemiologic Studies Depression Scale
CMMS	Columbia Mental Maturity Scale
CNQ	Child Neglect Questionnaire
COALES	Children of Alcoholics Life Events Schedule;
CPAQ	Coping with Parents Abuse Questionnaire
CRI	Coping Responses Inventory
CSQ	Client Satisfaction Questionnaire
CSEI	Coopersmith Self Esteem Inventory
CSU	Computerized Substance Use inventory
CST	Communication Skills Test
CTS	Conflict Tactics Scales
DACL	Drug and Alcohol Checklist
DAS	Dyadic Assessment Scale
DASS	Depression Anxiety and Stress Scale
DDHQ	Drinking and Drug History Questionnaire

DHQ	Drug History Questionnaire
DICA	Diagnostic Interview for Children and Adolescents
DIS-IV	Diagnostic Interview Schedule-Version IV (National Institute of Mental Health)
DMQ	Motives to drink alcohol
DPI	Drinking Problems Index
DQC	Depression Questionnaire for Children
DrinkC	Drinker Inventory of Consequences
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
DTAQ	Developmental Tasks Attainment Questionnaire.
EASTS	the EAS Temperament Survey.
eBAC	estimated Blood Alcohol Concentration
ECB	Social Competence and Behavior Evaluation Scales
EDS	Emotional Distress Scale
EFI	Enright Forgiveness Inventory
EuropASI	European Addiction Severity Index
FES	The Family Environmental Scale
FHAM	Family History Assessment Module
FHRDC	Family History - Research Diagnostic Criteria
GLESC	General Life Events Schedule for Children
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDLF	Health and Daily Living Form
HSAQ	Health Study of Adolescents Questionnaire
ICD-10	International Classification of Diseases and related health problems, 10th edition
ICQ	Infant temperament; Infant Characteristics Questionnaire (ICQ), parent report.
ICU	Inventory of callous-unemotional traits
IDPESQ	Adaption of the Psychiatric Symptom Index
IPPA	Inventory of Parent and Peer Attachment
IPTA	Illinois Test of Psycholinguistic Abilities
ISSI	Interview Schedule for Social Interaction
JPI-R	Jackson Personality scale
K-SADS	Kiddie - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schoolaged Children
Kidscreen	Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Adolescent
LAU	Lifetime Alcohol Use
LEE	Level of Expressed Emotion Questionnaire
LHA	Lifetime History of Aggression
LDU	Lifetime Drug Use
LSSRI	Life Stressors and Social Resources Inventory
MEI	Mannheim Parent Interview
MFPD-SV	Male to Female Percentage of Days with Severe Violence
MHI	Mental Health Inventory
MMQ	Maudsley Marital Questionnaire
MPI	Marital Problem Inventory
NRI	Network of Relationships Inventory
OBVQ	Revised Bully Victim Questionnaire
PIL	Purpose in Life Test
PS	Parenting scale
PMS	Parental monitoring scale

PDA	Percentage of Days Abstinent
PDS	Peer Delinquency Scale
PGIS	Personal Growth Scale
PPDS	Petersen pubertal development scale
PRISM	Pictorial Representation of Illness and Self Measure
PRO	Positive Relation with Others scale
PROS	Positive Relations with Others Scale
PSI	Parenting Stress Index
RAPI	Rutgers' alcohol problem index
RCMAS	Revised Child Manifest Anxiety Scale
RCPQ	Social competence; Harter's Self-Perception Profile, child self-report. Performance Questionnaire
RDC	Research Diagnostic Criteria
RHS	Relationship Happiness Scale
RSCA	Resiliency Scales for Children and Adolescents.
SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
SAM	Adolescent substance use; SAM structured interview (as used for parents)??
SAS-SR	Social Adjustment Scale-Self-Report
SCBES	Social Competence and Behavior Evaluation Scales-
SCL-90	Symptoms Checklist 90
SCQ	Situational Confidence Questionnaire
SDQ	Strength and Difficulty Questionnaire
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-III R Personality Disorder
SCWT	Stroop Color Word Test
SF-12, SF-36	Short Form Health Survey 12, Short Form Health Survey 36
SIP	Short Index of Problems
SLES	Stressful Life Events Schedule
SMAST	Short Michigan Alcoholism Screening Test
SOC	Sense of Coherence
SOS	Significant Other Survey
SONG	Seeking of Noetic Goals Scale
SPPC	Self-Perception Profile for Children
SSP	Strange Situation Paradigm
SSRS	Social Skills Rating System
SSS-C	Sensation Seeking Scale for Children
STAI	State Trait Anxiety Inventory
STAXI	State-Trait Anger Expression Inventory
SWLS	Satisfaction with Life Scale
TLFB	Timeline Followback Interview
TBI	Traumatic Brain Injury
TS	Sexual maturation; Tanner Staging
UCLA LS	UCLA Loneliness Scale
VE	Violence Exposure
VEX-R	Witnessing or experiencing violence in the home; child's self-report
WASI	Wechsler Abbreviated Intelligence Scale
WISC-R	Wechsler Intelligence Scale for Children - Revised