

Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene?

Sammendrag

Bakgrunn. For hver alkoholmisbruker er det i gjennomsnitt minst tre personer som sliter med reaksjoner og symptomer direkte knyttet til alkoholmisbrukerens atferd og problemer. Barn blir sterkt berørt av foreldres alkoholbruk.

Materiale og metode. En oversikt over somatoforme symptomer hos 273 voksne familiemedlemmer som mottok behandling ved Borgestadklinikken i Skien i årene 1987–91 og 1994–97 blir presentert.

Resultater. 96% hadde hatt muskel- og skjelettproblemer, og 64% og 69% hadde hatt henholdsvis betydelig hodepine og abdominalsymptomer. 16% hadde hatt konversjonssymptomer og 76% av kvinnene hadde hatt betydelige underlivsproblemer.

Diskusjon. Situasjonen for de pårørende og årsaken til at barn, partnere og foreldre får psykiske og somatoforme symptomer blir gjennomgått i dette kapitlet, basert på beskrivelser i litteraturen og lang egen erfaring. Observasjoner den enkelte lege kan gjøre av barn og voksne pårørende, og hvordan disse pasientene bør møtes, blir gjennomgått. Behandlings- og hjelpetiltak blir diskutert. Flere institusjoner innen rusfeltet behandler også pårørende.

Engelsk resymé finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 15

Egil Nordlie

egil.nordlie@borgestadklinikken.com
Borgestadklinikken
Postboks 1 sentrum
3701 Skien

Når problemstillinger rundt skadelig bruk av alkohol skal presenteres, er det naturlig at også familiemedlemmenes situasjon og reaksjoner blir trukket frem.

For hver rusmiddelmisbruker blir i gjennomsnitt minst tre personer innen nær familie direkte berørt av vedkommendes atferd og livsførsel. Svært mange barn sliter på grunn av foreldres alkoholproblemer. Først de siste 10–20 år er man blitt mer bevisst familiemedlemmenes situasjon og hvilke følgetilstander slike langvarige og store press-situasjoner kan forårsake (1–4).

Ifølge en undersøkelse fra 1984 mente allmennpraktiserende leger at andres alkoholkonsum kunne være av betydning ved 3% av alle konsultasjoner (5). Flere forhold, bl.a. økt alkoholforbruk (6), gjør at man antar at dette tallet øker. I en undersøkelse fra Buskerud i 1995 oppgav 2,6% av pasientene hos allmennpraktikere at misbruksproblemer i familien eller blant nære venner var årsak til helseproblemer (7). Bagatelliserende og vikarierende fremstillinger om årsaker til symptomer er svært vanlig hos denne pasientgruppen. Man regner derfor med en betydelig underrapportering.

Borgestadklinikken i Skien har siden 1987 drevet egne behandlingsopplegg for pårørende til rusmiddelavhengige, uavhengig av om de rusmiddelavhengige selv har vært under behandling. I mange tilfeller har den nære relasjonen til rusmiddelmisbrukeren ligget mange år tilbake i tid. Først etter flere år søker enkelte barn eller partnere hjelp for sine psykiske eller somatiske symptomer.

Materiale og metode

For å belyse generell kunnskap om dette vanskelige feltet presenteres først en oversikt over en kartlegging av somatoforme symptomer blant alle som deltok i behandlingsgrupper for pårørende ved Borgestadklinikken i årene 1987–91 og 1994–97, til sammen 273 personer. Det var 230 kvinner og 43 menn i alderen 21 til 72 år, med gjennomsnittsalder på 38 år. Ca. 80% var pårørende til alkoholikere. Det dreide seg i mange tilfeller også om blandingsmisbruk der

alkoholbruk spilte stor rolle. De øvrige var pårørende til stoffmisbrukere. Pasientene ble henvist til Borgestadklinikken gjennom egen lege eller sosialtjenesten.

Tallene blir fremstilt som enkel statistikk gjort på en selektert gruppe, og representativitet og generaliserbarhet er ikke trukket inn.

Resultater

De somatiske plagene som er omtalt, ble oppfattet som somatoforme symptomer der livssituasjonen var en direkte eller sterkt medvirkende årsak. Det er ikke tatt med somatiske symptomer som åpenbart hadde andre årsaker. Ved kartleggingen kom det frem at seks hovedsymptomer var hyppige blant de ulike pårørendekategoriene (tab 1).

Muskel- og skjelettsymptomer

96% av alle pasienter hadde periodevis hatt betydelige smerter i rygg, nakke, skuldrer og ekstremiteter, eller betydelig anspenthet i øvre ryggmuskulatur, ekstremiteter eller kjevemuskulatur.

Hodepine

64% hadde hatt betydelig hodepine. Det dreide seg om periodisk stresshodepine, migrenehodepine eller bakhodesmerter strålende fra nakken. Hodepinen var funksjonsreducerende og varte 2–3 dager sammenhengende minst én gang i måneden. Forekomsten var vanligst hos de voksne barna (72%).

Abdominalsymptomer

69% av alle pasientene hadde vært plaget av abdominalsymptomer, og forekomsten var høyest blant voksne barn. Symptomene bestod hovedsakelig av gjentatte gastritter, diaré, obstipasjon eller diffuse magesmerter.

Brystsmerter og respirasjonsproblemer

62% av dem som var både voksent barn av misbruker og partner til misbruker, hadde hatt diffuse brystsmerter uten påvisbar fysisk årsak eller plagsomme takykardiaperioder, ofte forbundet med angst, samt hyperventilering.

Konversjonssymptomer

Hver femte pårørende som både var voksent barn og partner, hadde hatt konversjonssymptomer i form av lammelser i over- eller underekstremiteter eller som facialisparese eller synsfeltsutfall.

Tabell 1 Forekomst av somatoforme symptomer hos ulike kategorier pårørende behandlet ved Borgestadklinikken i periodene 1987–91 og 1994–97. Absolutte tall og prosent

Symptomer	Kategori pårørende									
	Partnere (N = 71)		Voksne barn (N = 99)		Voksne barn og partnere (N = 69)		Foreldre (N = 34)		Alle (N = 273)	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
Muskel- og skjelettsymptomer	70	(99)	91	(92)	67	(97)	34	(100)	262	(96)
Hodepine	40	(56)	71	(72)	44	(64)	18	(53)	173	(64)
Abdominalsymptomer	45	(63)	75	(76)	50	(73)	18	(53)	188	(69)
Brystsmerter, respirasjonsproblemer	27	(38)	34	(34)	43	(62)	16	(47)	120	(44)
Konversjonssymptomer	13	(18)	12	(12)	14	(20)	5	(15)	44	(16)
Underlivsproblemer hos kvinner	54	(79)	49	(78)	55	(80)	15	(50)	173	(76)
	N = 68 kvinner		N = 63 kvinner		N = 69 kvinner		N = 30 kvinner		N = 230 kvinner	

Underlivssymptomer hos kvinner

76 % av kvinnene hadde hatt betydelige underlivsproblemer i form av menstruasjonsforstyrrelser, langvarig intraktable fluorvaginalis uten påvist infeksjon, diffuse gjentatte underlivssmerter eller spontanaborter. Seksuelle problemer forekom også.

Andre kroppslige symptomer

I tillegg til hovedsymptomene forekom øresus, periodisk svimmelhet og flimring for øynene, likeledes hudkløe, ofte med urticarialiknende utslett. Antall er ikke angitt.

Diskusjon

Jeg ønsker her å gi informasjon om pårørendes situasjon og reaksjoner hentet fra litteratur (1–3), supplert med medarbeideres og egen lange erfaring. Resultatene fra kartleggingen utdypes noe.

Svært mange av de pårørende hadde hatt betydelig anspenthet i muskulaturen. Fysisk behandling hjalp kun kort tid, plagene kom ofte tilbake etter få dager. Mange hadde hatt lange sykmeldingsperioder og stort forbruk av muskelavslappende midler.

Hos pasienter med hodepine hadde analgetikaforbruket i noen tilfeller vært inngangsport til medikamentavhengighet.

Obstipasjon var et betydelig problem hos voksne barn av misbrukere. Ofte ble tilstanden forverret av overdreven laksantiabruk. Flere hadde vært innlagt i sykehus for akutt abdomen som barn, men man fant sjelden fysiske årsaker til plagene. Emosjonelle faktorer spiller en stor rolle ved magesmerter (8) og kan være årsak til akutte residiverende magesmerter hos barn i 60–70% av tilfellene. I mange tilfeller bedrer symptomene seg i voksen alder, men kommer tilbake dersom opplevelser og utrygghet fra barndommen repeteres eller imiteres på grunn av en rusmiddelbrukende partner.

I enkelte familier kan det forekomme akutte, svært dramatiske situasjoner i forbindelse med rusatferd. Gjentatte trusler mot eget eller andres liv eller vitale funksjoner kan forårsake paresevarianter, noe som er kjent også i forbindelse med andre store stressbelastninger (9).

Ut fra viten om sammenheng mellom store, gjentatte psykiske påkjenninger med dårlig bearbeiding og akutte og kroniske symptomer fra kropp og sinn er det kjent at belastninger innen rusfamilier gir store, langvarige utslag, som forskjelligartet psykisk ubalanse, atferdsendring, symptomer fra det vegetative nervesystem og det hormonelle system. Symptomene er avhengig av pressituasjonenes varighet, kontinuitet og hyppighet, samt av hjelp og avlastning. Av betydning er også alder, arv og personlige evner til å finne løsninger. Reaksjonsmønstre fra det sympatiske nervesystem kan være genetisk betinget (10). Innen visse familierelasjoner spiller tillærte reaksjonsmønstre stor rolle.

Alkoholmisbrukernes nærmeste familie blir ofte utsatt for stort og vedvarende press. Det kan være viktig å bevare fasaden, eller familiemedlemmene kan bli truet til ikke å fortelle om hva som skjer. For mange virker derfor livssituasjonen fullstendig låst. Dette gjelder alle kategorier pårørende, men verst er situasjonen for barna (1, 11–14).

Barna opplever ofte:

- Brutte løfter.
- Uforutsigbarhet – handlingsmønster og stemning i hjemmet er avhengig av alkoholmisbrukerens dagsform.
- Betydelig skamfølelse, spesielt overfor venner.
- Vold, trusler om vold eller verbal trakassering mot barnet eller andre i familien.
- Overtakelse av ansvar og oppgaver i hjemmet som overskrider det barnet bør ivareta.
- Isolasjon og taushet, både innen familien og utad.
- Lojalitetsforvirring – hvem skal de holde med?
- Frykt for tap av foreldre ved død, skilsmisse, lange sykehusopphold osv.
- Store og usagte forventninger om å ta hensyn til foreldrenes dagsform.

Barna opplever at det er umulig å hente hjelp og støtte fra utenforstående, i mange tilfeller fordi de ikke vet at det finnes et hjelpeapparat eller ikke våger å nyttiggjøre seg det. De

blir værende i en situasjon med konstant psykisk press. Seksuelle overgrep kan også forekomme. Av frykt for at situasjonen skal forverres ytterligere får slike katastrofer sjelden utløp i adekvate løsninger og reaksjoner. Hendelsene blir lagret uten bearbeiding.

Hos barn fra hjem med alkoholproblemer kan man ofte observere (1):

- Konsentrasjonsproblemer
- Skoleskulk
- Mestringsproblemer
- Atferdsavvik
- Rastløshet
- Tretthet
- Følelseslabilitet
- Søvnproblemer
- Angst
- Spisevegring

Noen av barna har dessuten dårligere utgangspunkt på grunn av lav fødselsvekt, mental dysfunksjon eller misdannelser som følge av mors alkoholbruk i svangerskapet. Hyperaktivitet, store mestringsproblemer og større atferdsavvik kan også være uttrykk for alkoholskader fra fosterstadiet (født alkoholsyndrom eller føtale alkoholeffekter) (15).

De større barna og voksne som har vokst opp i alkoholbelastede familier, har ofte relasjonelle problemer. Identitetskonflikter, lav selvfølelse, vansker med å sette ord på følelser, undertrykking av glede og sorg, avmakt overfor omgivelsene og overdreven forståelse overfor andre er vanlige mønstre. Skyld- og skamfølelse er belastende over år (16). Noen får etter hvert psykiske forstyrrelser som apati, depresjonsperioder og angstproblemer. Suicidaltanker og -forsøk samt spiseforstyrrelser forekommer blant tenåringer og voksne barn.

Partnere får ofte problemer direkte knyttet til alkoholbrukerens atferd, som krenkelser, trusler og vold. Ofte tar partneren del i tildekkingen av problemene utad, og blir delaktig i alkoholbrukerens mønstre. Løsningsforsøk mislykkes stadig. Etter hvert kan det komme psykiske og psykosomatiske reaksjoner. Det er viktig å være klar over at ulike psykiske reaksjoner kan vedvare eller oppstå

mange år etter at barna eller partneren har kommet ut av den pressede livssituasjonen.

Det finnes naturligvis også pårørende som ikke har særlig avvik eller reaksjoner. Enkelte pårørende har stort medikamentforbruk. Mange voksne barn og partnere har hatt så store smerter, nerveproblemer og søvnvaner opp gjennom årene at de regelmessig har fått utskrevet vanedannende midler, spesielt benzodiazepiner og opiat. De terapeutiske effektene er gjerne kortvarige, og avhengighet inntreffer ofte raskt. Ifølge en undersøkelse fra Buskerud i 1995 hadde 20 % av 233 pasienter hos allmennpraktikere fått utskrevet psykofarmaka når sosiale problemer var av betydning for helseproblemet som var grunnen til at de oppsøkte lege (17).

Observasjoner og hjelpetiltak

Det er spesielt viktig å være oppmerksom når symptomene ikke står i forhold til de sosiale opplysninger som blir gitt, f.eks. hvis et barn har konsentrasjonsproblemer, hyppige mageproblemer eller hodepine, mens de foresatte forteller om ordinære forhold i hjemmet (1). Det er viktig ikke å gi seg for lett i letingen etter konkrete holdpunkter for at de kan lide overlast. Det er viktig at man har som mål å forebygge ytterligere forverring like mye som å behandle aktuelle symptomer.

I noen tilfeller får man visshet eller mistanke om så graverende problemer at man bør konferere med helsesøster, skolepsykolog eller andre instanser som har tilknytning til familien eller personer som har kunnskap om slike problemer generelt. I noen tilfeller skal man melde fra til barnevernet slik at de må avgjøre om det skal iverksettes tiltak (18).

Overfor leger presenterer de voksne pårørende ofte først og fremst sine somatiske plager, dernest sine psykiske symptomer. Symptomene som er nevnt ovenfor skiller seg nødvendigvis ikke fra følgetilstander med bakgrunn i andre store og langvarige påkjenninger (10).

Det er nødvendig med god kartlegging. Problemene er ofte størst der de er mest

skjult. Stikkord må være å bryte tabuforestillinger og alminneliggjøre problemene. Det kan være vanskelig, for benekting er ytterst vanlig. Jo mer de pårørende føler at de har et problem til felles med andre, desto større sjanse er det for at de åpner seg. Tillitsforhold og empati er viktig.

Kartleggingen bør inneholde sosiale opplysninger fra barndom, oppvekst og voksen alder, spesielt med tanke på alkoholbruk i nær familie. Man bør stille spørsmål om plager innenfor hver av de nevnte symptomgruppene og om eget forhold til rusmidler. I perioder med forverring bør plagene relateres i tid til sosiale opplysninger. Det kan være aktuelt å henvise til relevant organspesialist for å utelukke andre fysiske lidelser, særlig ved langvarige somatiske symptomer (10). Som ved somatoforme tilstander generelt er det viktig å være nøye med presentasjonen av negative funn.

Det anbefales å være svært tilbakeholden med forskrivning av vanedannende medikamenter til denne pasientgruppen. Antidepressiver eller ikke-vanedannende nevroleptika kan være indisert i enkelte tilfeller. Kun unntaksvis anbefales å henvise til fysikalsk behandling i innledningsfasen. Sosiale tiltak er svært viktige. Sosialtjenesten kan være en viktig samarbeidspartner. Noen ganger bør man gi råd om å ta kontakt med politi, advokat, barnevern, frivillige organisasjoner o.l.

Det er nødvendig å bruke tid, helst hyppige konsultasjoner. Det kan være riktig å gjenta tidligere spørsmål som er stilt. Sannhetsgehalten i svarene øker som regel med tilliten og alminneliggjøringen av problemene.

Det er nødvendig for legen å være orientert om de henvisningsmulighetene som foreligger – psykolog, familierådgivningskontor, psykiatrien eller rusmiddelinstitusjoner med pårørendebehandling.

Det anbefales først og fremst å ta kontakt med de regionale kompetansesentre for rusmiddelrelaterte problemer for å få råd om henvisningsmuligheter. Enkelte rusmiddelinstitusjoner tilbyr familierettet pårørendebehandling, individuell behandling, polikli-

niske grupper eller heldøgnsopplegg for hardt belastede partnere og voksne barn. Egne gruppetilbud for barn finnes også (19). Al-Anon, en bevegelse med likhetstrekk med AA (Anonyme Alkoholikere), har vært aktiv i en årrekke. Deltakerne er i hovedsak partnere til personer med alkoholproblemer.

Barn, partnere, søsken og foreldre til rusmiddelbrukere har mange fellestrekk i reaksjonsmønstre og symptomer. Mulighetene til å få løst situasjonen er likevel forskjellige (11–12). Mer differensiering i diagnostisering og behandling har vist seg å være nødvendig for de ulike kategorier av pårørende. Enkelte institusjoner har utviklet spesialkompetanse i behandling av pårørende, bl.a. A-Senteret i Stavanger, Borgestadklinikken i Skien og A-Klinikken i Kristiansand.

Ved tidlig intervensjon overfor disse pasientene, i særdeleshet barna, kan man redusere lidelser og plager senere i livet. Dette har også samfunnsøkonomiske aspekter.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

1. Hansen F, red. Barn som lever med foreldres rusmisbruk. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.
2. Robin N. Når kvinner ødsler sin kjærlighet. Oslo: J.W. Eide, 1987.
3. Nordlie E. Alkoholbruk – familiemedlemmenes helseproblemer og reaksjoner. I: Riise G, Berg JE, Engelstad JCB, Jacobsen CD, Sørensen BN, red. Alkohol og helse – det bagatelliserte alvor. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
4. Graham A, Berolzheimer N, Burge S. Alcohol abuse. A family disease. *Prim Care* 1993; 20: 121–30.
7. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1997; 314: 1014–8.
10. Dahl A, Eitinger L, Malt UF, Retterstøl N. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal, 1994.
12. Rydelius P-A. Barn i alkoholiserade hem – hur mår de och hur hjälper man dem? *Läkartidningen* 1989; 86: 540–2.
14. Dahlgren L, Bodegård G, Berman I, Norling M, Sjöström H, Wächter M. Barn till kvinnliga alkoholister. *Läkartidningen* 1994; 34: 2939–47.
16. Hansen F. Fra avmakt til handlekraft. *Tidsskr Nor Psykologforen* 1992; 29: 599–610.
17. Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1998; 317: 28–32.