

# Virksomme tiltak overfor pårørende til mennesker med rus- og psykiske lidelser

*Når en person sliter med rusproblemer og psykiske vansker virker dette som ringer i vann ved at det også belaster og bekymrer de som står rundt personen – de pårørende. For familien er det ofte snakk om vedvarende belastninger over tid. Denne artikkelen vil fokusere på pårørendes ulike roller, på merbelastning og på virksomme tiltak, og vil presentere en tiltaksmodell fra Storbritannia.*

AV: PSYKOLOGSPESIALIST NINA ELIN ANDRESEN, KORUS - BERGEN

**ET SENTRALT MÅL** i tiltak overfor pårørende til mennesker med rus- og psykiske vansker er å prøve å redusere disse merbelastningene gjennom å redusere stress, for eksempel dersom den pårørende i større grad blir suksessfull med hensyn til å håndtere utfordringene som gir stress, og bli oppmuntret til å skaffe seg sosial støtte.

Til tross for at det har vært gjennomført få studier som har sett på hvilken effekt arbeid med pårørende har, så har en funnet at både somatiske og psykiske symptomer var høyere hos pårørende til rusavhengige enn i normalbefolkningen, og at disse symptomene gikk signifikant ned etter at de hadde mottatt hjelp som pårørende (Copello m.fl., 2000). En annen studie viser at helsepersonell som jobber med pårørendeproblematikk får økt egen mestringstillit og motivasjon til å fortsette å arbeide med pårørende (Hurcom m.fl., 2000).

Virksomme korttidsintervensjoner, enten individuelt eller gruppebasert overfor pårørende, handler om å få anledning til å snakke om van-

skene og belastningene, få relevant informasjon og kunnskap om rusmiddelproblematikk, fokusere på hvordan rusbruk virker inn på familien og gir merbelastninger, få anledning til å utforske og øke sosial støtte og få hjelp til å redusere stress gjennom problemløsningsferdigheter og økt tillit til egen mestringsevne (Templeton m.fl., 2004).

Artikkelen vil fokusere på pårørendes ulike roller, på merbelastning og på virksomme tiltak, og vil presentere en tiltaksmodell fra Storbritannia og miljøet rundt Universitetet i Bath; *Stress-strain-coping-support modellen*, som har funnet anvendelse både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten og som er utprøvd ved KoRus Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene.

Pårørende til mennesker med rusvansker utgjør ingen ensartet gruppe, det er individer med ulike behov og utfordringer. Et fellestrekk for dem er imidlertid at de som regel er i behov av omfattende hjelp og støtte for å mestre rollen

og for å sette egne grenser. Som pårørende til en person med rusvansker utsettes en for store belastninger. Dette gjelder både barn, foreldre, partnere, søsken og andre nærperso-ner til den med rusprobleme. Disse belastningene kan føre til sykdom, isolasjon og konfliktfylte forhold innad i familien. De fysiologiske, psykologiske og sosiale stressorene som følge av å ha et rusproblem i familien resulterer ofte i høyere fysisk og psykisk sykkelighet (Orford m.fl., 1998) som igjen gjerne fører til økt forekomst av konsultasjoner i primærhelsetjenesten (Svenson m.fl., 1995). En del av disse konsultasjonene involverer pårørende til rusavhengige som presenterer stressrelaterte symptomer på angst, depresjon og psykosomatiske plager. Andre ganger oppsøkes primærhelsetjenesten grunnet psykiske eller andre lidelser slik som atferdsforstyrrelser eller emosjonelle vansker, som er vanlige å se hos barn som lever med foreldre med et alvorlig rusproblem (Velleman og Orford, 1999). I primærhelsetjenesten får pårørende hjelp for de symptomer og plager de kommer med, men årsaken til disse plagene blir i liten grad oppdaget og utforsket av helsepersonell. En mulig grunn til dette er at helsepersonell kan mangle grunnleggende kunnskap om implikasjonene av å være pårørende til mennesker med alvorlige rusproblemer. En annen mulig grunn er at helsepersonell opplever en usikkerhet i forhold til hvordan en praktisk skal møte og respondere på behovene i familien (Howells, 1996). Helsetjenestens samarbeid med pårørende varierer. Det har tradisjonelt sett vært lite fokus på den rollen pårørende spiller som ressurspersoner, deres betydning for behandling av den rusavhengige, hvilke belastninger pårørende opplever, samt hvilke egne behov pårørende har. Flere rapporter viser at pårørende som gruppe ikke ivaretas godt nok og at arbeidet med pårørende ofte er tilfeldig eller personavhengig (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2006,2007).

Mennesker reagerer forskjellig på belastninger som oppstår i livet. Ved alvorlige livsbelastninger vil måten en reagerer på disse belastningene henge sammen med hvordan en er som person, hvilken livssituasjon en for øvrig har, hvilken

støtte man har rundt seg, varighet og alvorlighetsgrad av livsbelastningene (rusprobleme) og hvordan andre reagerer. Som pårørende vil en oppleve belastningene individuelt. Imidlertid ser en mange sammenfallende belastninger hos pårørende til personer med rusvansker.

Mange pårørende sliter med frykt for hvordan det skal gå med den rusavhengige fremover. På grunn av den spesielle situasjonen familien lever i, vil mange etter hvert få et begrenset sosialt liv, med påfølgende opplevelse av isolasjon og tap av nettverk. Flere pårørende blir ensomme med egne tanker, bekymringer og utfordringer knyttet til det å være pårørende. En får mindre krefter til andre i familien. Flere plages av motstridende følelser hvor man på den ene siden er bekymret og redd for den rusavhengige og på den andre siden kjenner på en stor frustrasjon eller et voldsomt sinne knyttet til den rusavhengige. Mange kjenner på økt grad av angst, anspenthet, frykt, hjelpeløshet og usikkerhet, vedvarende bekymringer rundt den rusavhengige, følelsesmessig og kronisk stressopplevelse, liten tid og rom for egne behov, ofte ledsaget av en følelse av å gå i konstant alarmberedskap hvor en ikke klarer å slappe av og hvor en kjenner på en følelse av å være utmattet. Disse forholdene er med på å forringe den totale livskvaliteten til pårørende og fører for mange til egne helseplager. (Andresen, 2012).

I helselitteraturen snakker en gjerne om subjektive og objektive merbelastninger. De subjektive merbelastninger handler om den pårørendes egen opplevelse av belastningen og stresset knyttet til dette. De objektive merbelastningene handler om ulike somatiske eller psykiske symptomer, endring i atferd, redusert psykososial fungering og egenomsorg som kan observeres av andre og verifiseres. De subjektive og de objektive merbelastningene henger sammen. Merbelastningene handler om tilstedeværelsen av problemene, vanskeligheter som får alvorlige konsekvenser for livet til familiemedlemmene og nære andre både psykisk, fysisk, økonomisk og sosialt. Personer med rusvansker kjennetegnes ofte av langvarige og sammensatte vansker, med



nedsatt somatisk helse og psykiske vansker i tillegg til rusvanskene. Derfor vil det å være pårørende innebære å leve med gjentatte kriser, både på rusmisbrukeren og egne vegne. Det er ofte snakk om vedvarende belastninger over tid.

Virksomme tiltak overfor pårørende er å få anledning til å snakke om vanskene og belastningene, få relevant informasjon og kunnskap om rusmiddelproblematikk, fokusere på hvordan rusbruk virker inn på familien og gir merbelastninger, få anledning til å utforske og øke sosial støtte og få hjelp til å redusere stress gjennom problemløsningsferdigheter og økt tillit til egen mestringsevne (Templeton m.fl., 2004).

Et mål i tiltak overfor pårørende vil være å prøve å redusere belastningene, gjennom å redusere stress, for eksempel dersom den pårørende i større grad blir suksessfull med hensyn til å håndtere problemene, og blir oppmuntret til å skaffe seg sosial støtte.

Få studier har vært gjort på hvilken effekt arbeid med pårørende har. En studie av Copello og medarbeidere (2000) viste at både somatiske og psykiske symptomer var høyere hos pårørende til rusavhengige enn i normalbefolkningen, og at disse symptomene gikk signifikant ned etter at de hadde mottatt hjelp som pårørende. Hurcom og medarbeidere (2000) viste at helsepersonellet som utførte arbeidet både fikk økt tillit til egen mestringsevne og personlig motivasjon til å fortsette å arbeide med pårørende.

### **Stress-mestring-sosial støtte modell.**

En nyttig modell for å forstå og arbeide med belastningene som pårørende til personer med rusvansker opplever og som ble utviklet i England (Copello m.fl., 2000) kalles stress-mestring-sosial støtte modellen. Årsaker til rusmiddelvan-sker er multiple og komplekse og når en person utvikler et rusproblem blir både den rusavhengige og de pårørende utsatt for stress. Pårørende prøver å forholde seg til stressfaktorene ved bruk av ulike hensiktsmessige eller uhensiktsmessige mestringsstrategier, som sammen med sosial støtte vil virke inn på den grad av påkjenninger

pårørende opplever. Basert på denne modellen er det utviklet en tiltaksmanual basert på fem samtaler eller trinn /møter/strategier spesielt egnet til bruk av helsepersonell i primærhelsetjenesten, som ofte er de som først kommer i kontakt med de pårørende. Modellen kan brukes både individuelt og i gruppe. I den gruppebaserte modellen kan en gjennom å dele ens erfaringer med hverandre lette på det indre trykket, få normalisert egne følelser, tanker og handlinger og oppleve fellesskap med andre som har en liknende livssituasjon. Å møte andre som har lignende erfaringer vil for mange oppleves som meningsfullt. Man kan utveksle verdifull informasjon, få veiledning og praktiske råd knyttet til den situasjon man befinner seg.

I det videre vil denne tiltaksmodellen her skisseres og det vil gis noen eksempler når den er brukt i grupper med pårørende.

Det første møtet i stress-mestring-sosial støtte tiltaket har fokus på å bli kjent med de pårørende og deres belastninger – identifisere stressfaktorer og påkjenninger. Her legges vekt på å skape trygghet og på å etablere allianse, og hjelpepersonell må sørge for at møtet finner sted i trygge omgivelser som sikrer konfidensialitet. Målet i dette møtet er å få de pårørende til å beskrive sin livssituasjon og den innvirkning rusmiddelbruken har på en som pårørende og på familien som sådan, videre å hjelpe de pårørende til å identifisere stressorer og belastninger. Helsearbeideren bruker elementene fra den evidensbaserte metoden Motiverende samtale (Miller og Rollnick, 2012) og fokuserer på empatisk aktiv lytting gjennom bruk av åpne spørsmål, refleksjoner og bekreftelser for å oppmuntre den andre til å snakke. Ved å lytte, bekrefte og være åpen for det den pårørende forteller viser helsearbeideren sin empati. Som helsearbeider må en evne å håndtere følelser som måtte komme i samtalen ved å tillate følelsesutbrudd, anerkjenne den pårørendes følelser og vise seg interessert og akseptere den andre. Holdningssettet til helsepersonell må være støttende snarere enn konfronterende og dømmende, hvor en hjelper pårørende til å fortelle



ved å bruke åpne spørsmål og speile utsagnene den pårørende kommer med:

Den pårørende: *"Jeg vet ikke om jeg orker mer, jeg er så sliten og har ikke krefter til å passe på hele tiden, dra ham opp om morgenen, gjemme flasker slik at han ikke drikker for mye. Jeg holder ikke ut."*

Helsearbeider: *"Du er redd for hvordan det skal gå og akkurat nå ser du ingen løsninger."*

Det er viktig å la pårørende føle seg forstått og lyttet til og prøve å vise realistisk optimisme for på den måten å installere håp. Etter at de mest vanlige stressorene er avdekket blir den primære oppgaven å utforske pårørendes opplevelser og knytte dette til informasjon hva en vet om vanlige belastningsskader fra forskning. Her vil helsearbeideren kunne formidle at de opplevelsene av stress pårørende kjenner på, kan være knyttet til at rusmiddelinntak finner sted og at opplevelsene er normale og vanlige hos pårørende.

*En av deltakerne i gruppen heter Anne og har rollen som ektefelle til en mann med store alkoholproblemer. De har to barn sammen. Anne har i løpet av flere år prøvd å hjelpe mannen sin. Hun har gjemt flasker, prøvd å overtale ham til å søke behandling, hun har prøvd å overvåke ham, kontrollere og isolere problemet og samtidig beskytte barna. Hun har på mange måter tatt mye ansvar og hun kjenner på blandede følelser av sinne, frykt, skyldfølelse og avmakt. I det første gruppemøtet forteller hun til de andre om sin situasjon. Helsearbeideren bruker store deler av møtet til å lytte til deltakerne, samt å spørre etter bekymringstanker og symptomer. Anne beskriver at hun kjenner på angst, er plaget med hjertebank, kvalningsfølelse og hodepine. Helsearbeideren er støttende og bekreftende, og formidler at mange pårørende opplever slike symptomer.*

En viktig bidragsyter til stress er mangel på kunnskap om rusmidler, deres effekter og forhold knyttet til avhengighet. I det neste møtet tilbyr helsearbeideren relevant informasjon og henter deretter ut de pårørendes tanker og følelser i

forhold til gitt informasjon. Målet med dette er å korrigere for misoppfatninger og misforståelser og gi relevant informasjon på en mest mulig objektiv måte. Det kan være informasjon om ulike typer rusmidler, deres virkemåter og negative konsekvenser, hvilke behandlingstilnærmelser som er virksomme og informasjon om ulike behandlingstilbud og – steder. Her vil det i tillegg til dialog kunne være nyttig å dele ut skriftlig informasjonsmateriale.

*Anne kommer tilbake til det neste gruppemøtet. Helsearbeideren utforsker i dette møtet hva Anne og de andre pårørende vet om de ulike rusmidlene, deres virkninger og effekter og hvordan de ulike rusmidlene virker på en person. Det viser seg at Anne har tilegnet seg mye kunnskap og kan fortelle en hel del. Helsearbeideren ber så om tillatelse til å gi henne ytterligere informasjon om alkoholens virkninger og konsekvenser, og om egnede behandlingstilnærminger. Deretter drøfter de informasjonen som er kommet frem. Anne er spesielt opptatt av langtidsvirkningene av alkoholbruken. Mot slutten av møtet deler helsearbeideren ut informasjonsbrosjyrer om ulike typer rusmidler, deriblant om alkohol.*

Det tredje gruppemøtet har fokus på ulike mestringsstrategier som pårørende bruker i forhold til rusproblemer i familien.

Generelt sett kan en si at mestring handler om menneskers evne til å forholde seg til de påkjenninger og utfordringer en møter i livet. God mestring hjelper en til å tilpasse seg til nye situasjoner, og setter en i stand til å se forskjellen på det en må lære seg å leve med og det en selv kan være med på å endre. Mestring kan her ses på som de handlinger, følelser og disposisjoner den pårørende adopterer som en respons på rusproblemet. Gjennom forskning har en funnet tre ulike og distinkte mestringsmåter eller mestringsposisjoner som pårørende gjerne tar i bruk; engasjert, tolerant og distansert posisjon (Orford et al., 1998).




### Tre måter å håndtere rusvansker i familien

	Involvert / Engasjert	Tolerant	Distansert
<b>Beskrivelse</b>	Aktiv samhandling mellom den pårørende og den rusavhengige hvor fokus er å prøve å håndtere problemet	Noen ganger interaksjon andre ganger mangel på handling. Hovedresultatet er at det fjerner negative konsekvenser for den rusavhengige	Forsøk å skape avstand mellom rusavhengig og pårørende. Noen ganger drevet av usikkerhet andre ganger av behov for å ta vare på seg selv.
<b>Tanker</b>	"Jeg burde være i stand til å hjelpe henne / ham"	"Andre forstår henne / ham ikke"	"Dess mindre vi er sammen, dess bedre"
<b>Følelser</b>	Sinne, skuffelse, ansvarsfølelse	Skyldfølelse, maktesløshet	Såret, skuffet, selvforsynt
<b>Eks. på handlinger</b>	Passer på hvert sekund, sjekker og kontrollerer, holder et godt øye med / slipper ikke av syne	Gir penger, selv om en vet at det blir brukt på rusmidler	Unngår den rusavhengige så mye som mulig
<b>Mulige fordeler</b>	Kan hjelpe den pårørende å føle at hun/han gjør noe positivt	Konflikt unngås	Kan forhindre den pårørende å bli overinvolvert
<b>Mulige ulemper</b>	Kan være meget stressfullt og kan få den rusavhengige til å føle seg frustrert	Den pårørende kan føle seg utnyttet	Den pårørende kan oppleve at hun/han aviser eller ekskluderer den rusavhengige

**Tabell 1** illustrerer disse tre måtene å håndtere rusproblemer i familien, med eksempler, vanlige tanker og følelser og mulige fordeler og ulemper assosiert med hver type mestringsposisjon. Alle tre måtene å forholde seg på er forbundet med dilemma, da både positive og negative konsekvenser kan være forbundet med en og samme mestringsstrategi. Dette genererer en tilstand av ambivalens og usikkerhet hos den pårørende. I samtale vil målet være å få fram og drøfte fordelene og de mindre heldige sidene ved den måten den pårørende forsøker å håndtere situasjonen på, å øke bevisstheten i forhold til alternative måter å mestre på og mulige fordeler og ulemper ved disse. Et overordnet mål er å styrke pårørendes mestringsstilling ved å se at det ofte er alternative måter å respondere i forhold til sin situasjon på.

*Når Anne kommer til tredje gruppemøte fokuseres det på hvilke mestringsstrategier pårørende oftest bruker i forhold til sin situasjon. Hun ser at hun har inntatt en engasjert posisjon overfor sin mann og hans problemer, og at hun i stor grad har latt dette overskygge egen livsutfoldelse. Det meste har dreiet seg om mannen og bekymring for ham de siste årene, og hun har i mindre grad hatt krefter til å ivareta andre oppgaver inn mot familien på en for henne tilfredsstillende måte, hun sliter med dårlig samvittighet overfor barna. Etter drøftning rundt alternative strategier, bestemmer Anne seg for å takke ja til en invitasjon hun har om å besøke en venninne som bor på en annen kant av landet, mens barna er hos sine besteforeldre. Hun vil videre også se på om hun kan klare å endre sin engasjerte mestringsstrategi overfor ektefellen ved å redusere sin kontrollerende atferd i forhold til å sjekke hans alkoholinntak.*



” – *Grad av tilgjengelig sosial støtte kan ha en betydelig innvirkning på grad av mestring og opplevd stress*

Grad av tilgjengelig sosial støtte kan ha betydelig innvirkning på grad av mestring og opplevd stress, og hvor mye sosial kapital en har gjennom støtte fra andre vil variere. Vanligvis føler pårørende seg alene og i liten grad støttet av andre i sine mestringsforsøk, spesielt fra andre i familien (Orford, 1998). Det synes å være flere forklaringer på dette; mangel på kommunikasjon innad i familien og uenigheter i forhold til hvordan forholde seg til den som har rusproblemer.

I det fjerde gruppemøtet fokuseres tilgjengelig sosial støtte for de pårørende. Her vil en som helsearbeider få fram og drøfte hvilken type støtte de pårørende og familien forøvrig har, og om den er til nytte eller ikke. Ved å identifisere hvilken sosial støtte som oppleves nyttig og prøve å fokusere på denne vil en oppmuntre de pårørende til å maksimere det som fungerer bra. På samme tid er det viktig å utforske den type støtte som ikke oppleves nyttig og som til og med kan oppfattes belastende. Dette kan være ubedte råd fra andre, andres negative eller moralske holdninger overfor rusavhengige, eller fordømmende holdninger. Når en har utforsket dette, drøftes løsninger for hvordan de pårørende kan nøytralisere eller minimere slik unyttig sosial støtte. Det drøftes videre hvordan de pårørende kan gå fram for å oppnå større åpenhet innad i familien.

*Gruppen utforsker i det fjerde møtet hvilken grad av støtte de har, både praktisk, følelsemessig og sosial støtte. Det fremkommer at Anne føler seg isolert i sitt forsøk å takle situasjonen. Hun har heller ikke fortalt noen på jobben sin om vanskene. Sammen med helsearbeideren tegner alle i gruppen et nettverkdigram over sine sosiale støttenettverk og dette blir i etterkant brukt som utgangspunkt for å drøfte i hvilken grad hver person i diagrammet oppleves støttende. Vansker med å hente støtte innad i Annes familie blir identifisert, det er imidlertid en i familien som Anne opplever hun kan hente følelsemessig støtte fra og som ikke kommer med fordømmende ord om mannen. Helsearbeideren anbefaler Anne å søke seg til en av selvhjelpsgruppene for partnere av rusavhengige som finnes der hun bor.*

Korttidsintervensjoner overfor pårørende kan være effektive og i mange tilfeller tilstrekkelige. I en del tilfeller imidlertid vil det være situasjoner hvor de pårørende eller familien som sådan er i behov av ytterligere profesjonell hjelp. I det siste møtet vil en ha fokus på avslutning og drøfting av eventuelt behov for ytterligere hjelp. I slike tilfeller vil det være viktig at helsearbeider har nok kunnskap om ulike lokale tiltak og kan henviser pårørende eller familien videre.



*I siste gruppemøtesamtale drøfter de pårørende hvordan de har opplevd disse samtalerne og om det er behov for ytterligere tiltak. Anne formidler at hun opplever at hun har fått nyttig hjelp, hun er blitt mer bevisst på uhensiktsmessige mestringsstrategier som hun bruker, har begynt å ta noen grep og hun vil av den grunn i første omgang avvente videre hjelp og henvisning til spesialisthelsetjenesten. De blir enige om at Anne skal ta opp med legen sine symptomer på angst og få sjekket ut om det er behov for videre henvisning for dette.*

Stress-mestring-sosial støtte modellen til Copello og hans kolleger er et såkalt "Brief-intervention" tiltak som har vært utprøvd i en rekke land i Europa og som det knytter seg optimistiske

resultater til, skjønt mer forskning på tilnærmingen er anbefalt.

Her til lands kom Sosial- og helsedirektoratet i 2006 ut med en tiltaksplan overfor pårørende til psykisk syke, her også rusavhengige. Det er foreslått en rekke tiltak som spenner fra veiledere for helsepersonell om dialog og kommunikasjon med pårørende for å innarbeide bedre rutiner for samhandling med pårørende, rutiner for å fange opp pårørendes behov, bedre tilgjengelighet av informasjonsmateriale, støttetelefon for pårørende, internettbaserte tiltak til støtte til selvhjelps- og likemannsarbeid for å nevne noen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). ☒

#### REFERANSER:

Andresen, N.E (2012) Pårørende. I Lossius, K. (red.) Håndbok i rusbehandling – til pasienter med moderat til alvorlig avhengighet. 2.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Howells, E. (1996) Coping with problem drinkers. Unpublished PhD thesis. University of Exeter.

Hurcom, C., Copello, A. og Orford, J. (2000) The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualisation of spouses over recent decades. *Substance Use and Misuse*, 35, 473-502.

Miller, W.R. og Rollnick, S. (2012) *Motivational Interviewing*. Third Edition. Helping people change (3.utgave). New York: Guildford Press.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt 2006, 2007.

Orford, J. (1998) The coping perspective. I Velleman, R., Copello, A. og Maslin, J. (1998) (Eds.) *Living with Drink: Women who live with problem drinkers*. London: Longman.

Orford, J., Natera, G., Davies, A., Mora, J., Rigby, K., Bradbury, C., Bowie, N., Copello, A. og Velleman, R. (1998) Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93, 1799-1813.

Sosial- og helsedirektoratet (2006) Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser 2006-2008. Oslo: Trykksakssekspedisjonen, Sosial- og helsedirektoratet.

Svenson, L.W., Forster, D.I., Woodhead, S.E. og Platt, G.H. (1995). Individuals with chemical-dependent family member. Does their health care use increase? *Canadian Family Physician*, 41: 1488-1493.

Templeton, L.J., Zohhadi, S.E., og Velleman, R. (2004) Working with Family Members in Specialist Drug and Alcohol Services: Findings from a Feasibility Study. *Mental Health Research & Development University of Bath, UK*.

Velleman, R. og Orford, J. (1999) *Risk & Resilience: Adults who were the Children of Problem Drinkers*. London: Harwood.

