



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Sådan förälder - sådan ungdom?

En kvantitativ studie om huruvida gymnasieungdomar vars föräldrar som har/haft psykosociala problem skiljer sig från gymnasieungdomar som inte har föräldrar med dessa problem avseende psykisk hälsa och drogvanor.

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Kandidatnivå
Vårterminen 2015
Författare: Nadja Fahlke och Josefina Häll
Handledare: Daniel Uhnöo

Sammanfattning

Tidigare forskning har visat på att barn till föräldrar med psykosociala problem själva löper större risk att utveckla någon form av psykisk ohälsa eller missbruksproblematik. Föreliggande studie undersökte om gymnasieungdomar vars föräldrar som har/haft psykosociala problem (psykisk ohälsa och/eller missbruksproblematik) skiljer från gymnasieungdomar som inte har/haft föräldrar med dessa problem. Data om respondenterna (N=3419) erhöles via en databas från projektet ”Psykisk hälsa och drogvanor hos 18-åringar i Västra Götaland” vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Resultaten visade att ungdomar som kommer från familjer med psykosocial problematik uppvisar mer ångest- och depressionssymtom än ungdomar som inte kommer från familjer med denna problematik. Ungdomar vars föräldrar som har/haft psykosociala problem debuterar också tidigare med narkotika och dricker alkohol oftare än ungdomar vars föräldrar inte har/haft denna problematik. Resultaten går delvis i linje med tidigare forskning men vidare forskning är nödvändig för att få en djupare förståelse av ungdomars psykiska hälsa och drogvanor samt relationen till föräldrarnas situation. Framförallt behövs studier som kan klargöra frågan om interaktionen mellan det sociala och det genetiska arvet.

Nyckelord: *psykisk hälsa, missbruksproblematik, gymnasieungdomar, föräldrar*

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Barn till föräldrar med missbruksproblematik.....	1
Missbrukets konsekvenser för barnen.....	2
Hur är det att växa upp med föräldrar med missbruksproblematik?.....	4
Internationell forskning om familjer med missbruksproblematik.....	5
Missbruk och psykisk ohälsa hos föräldrar.....	6
Barn till föräldrar med psykisk ohälsa.....	6
Genetiska faktorer.....	7
Miljöfaktorer.....	8
Skyddsfaktorer.....	8
Syfte och hypoteser	9
Hypoteser.....	9
Teoretiska utgångspunkter.....	10
Bronfenbrenners utvecklingsekologi.....	10
<i>Mikronivå</i>	11
<i>Mesonivå</i>	11
<i>Exonivå</i>	12
<i>Macronivå</i>	12
Bowlbys anknytningsteori.....	13
<i>Spädbarnet</i>	13
<i>Trygg bas</i>	13
Stress- och sårbarhetsmodellen.....	15
Erik H Eriksons utvecklingsteori.....	17
Hirdmans genuskontrakt.....	18
Metod.....	19
Metodval.....	19
Undersökningsgrupp.....	19
Urvalsprocess.....	19

Enkäten.....	20
Etiskt hänsynstagande.....	22
Statistiska analysmetoder.....	23
Metoddiskussion.....	23
Resultat.....	26
Bakgrundsdata.....	26
Tabell 1.....	27
Psykisk hälsa, alkohol och narkotika.....	28
Tabell.....	29
Interaktion mellan kön och familjetillhörighet (FUP & FMP).....	30
Tabell 3.....	30
Analys och diskussion.....	31
Förväntade resultat.....	31
Andra resultat.....	32
Genusperspektiv.....	33
Framtida forskning.....	34
Referenser.....	36
Bilaga 1.....	40

Inledning

Psykisk ohälsa och missbruk är två utbredda och kända områden inom socialt arbete, såväl inom praktik samt forskning. Det finns t.ex. flera studier som visar på att barn och ungdomar till föräldrar med psykosociala problem själva löper ökad risk att utveckla någon form av psykisk ohälsa eller missbruksproblematik. Vidare finns det studier som tyder på att flickor överlag självrapporterar sämre psykisk hälsa än jämgamla pojkar. Föreliggande studie syftar till att undersöka huruvida gymnasieungdomar (18 år) vars föräldrar som har/haft psykosociala problem (psykisk ohälsa och/eller missbruksproblematik) skiljer sig från gymnasieungdomar som inte har/haft föräldrar med dessa problem avseende ångest, depression samt alkohol/narkotikavanor.

För att väcka intresse hos dig som läsare och ge dig en bred bakgrund till vårt valda område har vi valt att nedan presentera både svensk och internationell forskning om barn till föräldrar med missbruksproblematik och/eller psykisk ohälsa samt vilka konsekvenser det kan få för barnen. Vidare belyses vilken roll genetik- och miljöfaktorer har för barnens utveckling. Vi ville undersöka om resultatet från dessa studier även gäller för gymnasieungdomar i årskurs tre i Västra Götalands län, Sverige år 2012. För att genomföra detta utformades tre hypoteser som vi kommer att diskutera i resultatet samt analysen. Den första hypotesen är: "ungdomar som har/haft *föräldrar med psykosociala problem* (FMP) har högre grad av psykisk ohälsa jämfört med ungdomar som har/haft *föräldrar utan psykosociala problem* (FUP)". Den andra hypotesen är: "ungdomar i FMP gruppen har tidigare debut av alkohol samt dricker och varit berusade oftare jämfört med ungdomar i FUP gruppen". Slutligen formulerades en tredje hypotes: "ungdomar i FMP gruppen har tidigare debut av narkotika och en mer positiv attityd gentemot narkotikaanvändning jämfört med ungdomar i FUP gruppen".

Barn till föräldrar med missbruksproblematik

Enligt Statens folkhälsoinstitut (2008) växer många barn upp i familjer där föräldrar eller vårdnadshavare har missbruksproblem som kan leda till att de vuxna brister i sin förmåga att ta hand om barnen. När föräldrarna inte mår bra påverkar det i hög grad barnen (ibid). Det går inte att beskriva barn till missbrukare på ett specifikt sätt eftersom alla barn är unika individer. Däremot kan man beskriva vilka konsekvenser föräldrars missbruk kan få för barn utveckling. Under barndomen ska barn normalt lära sig vem hen är och hur hen fungerar socialt, tyvärr kan missbruk i familjen göra denna inläring svår (Bengtsson & Gavelin, 1994). Enligt

Claezon (1996) löper dessa barn större risk för en ogynnsam utveckling eftersom föräldrarna riskerar att brista i sitt föräldraskap, vilket kan göra att barnen inte får sina grundläggande behov tillgodosedda. För att ett behov skall få finnas till konstaterar Hellsten (1998: 39) att det förutsätter ett föräldraskap som har utrymme för det, vilket det ofta inte gör i dessa familjer. Trygghetsbehovet, behovet av närhet och av att bli förstådd, att någon lyssnar på dig, behovet av uppskattning och uppmärksamhet- allt det här är sådant som barn i familjer med föräldrar med missbruksproblematik inte ens vet existerar (ibid).

Statens folkhälsoinstitut (2008) har på uppdrag av regeringen försökt kartlägga andelen barn i Sverige som växer upp i en familj där en eller båda föräldrarna har missbruksproblematik och analysera dessa barns situation. Kartläggningen visar att det saknas svenska studier om hur många barn som lever i familjer med alkohol- eller drogberoende föräldrar. Däremot framkommer det i den Nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på villkor* (2008) att uppskattningsvis omkring 20 procent av alla barn lever i hushåll där någon vuxen konsumerar alkohol i en omfattning som utgör en risk för föräldrarnas egen hälsa, så kallat ”riskbruk” (ibid).

Missbrukets konsekvenser för barnen

Flera olika studier visar att barn och unga till föräldrar med missbruksproblematik löper större risk än andra barn och unga att utveckla eget missbruk och sociala beteendeproblem som exempelvis emotionella- och kognitiva svårigheter, anpassnings- och beteendeproblem, depression, ångest, nedstämdhet dålig självbild men även fysiska skador såsom magsmärtor och huvudvärk (Chassin, Pitts, DeLucia & Todd, 1999; Claezon, 1996; Lagerberg & Sundelin, 2000; Larm, 2012; Rydelius, 2003; Steinhausen, 1995). Även Chassin m.fl. (1999) påvisar i sin studie att det finns ett samband mellan föräldrarnas missbruksproblematik och barn och ungas psykiska ohälsa. Bland annat finns det vissa tecken på att barn till mödrar med alkoholmissbruk löper större risk att drabbas av depression och ångest (ibid). Ytterligare svårigheter som dessa barn kan ha att handskas med är kriminalitet, skolproblem och problem med vänner eller social tillhörighet (Claezon, 1996). Liknande resultat har även forskarna Hjern och Vinnerljung (2014) som i sin registerstudie följt alla barn som föddes mellan 1973 och 1978, totalt över en halv miljon personer, till dryga 30-årsåldern. Studien visar att omkring 8 procent av dessa barn hade en förälder som vårdats på sjukhus på grund av alkohol-, narkotikamissbruk eller psykisk sjukdom och att i jämförelse med andra jämnåriga var risken för en våldsam död till följd av självmord, våld, olyckor eller eget missbruk nära tre

gångar så stor för dem som hade föräldrar med missbruk och fördubblad för barn till psykiskt sjuka föräldrar. Särskilt missbruk i familjen visade sig ge allvarligt försämrade förutsättningar i livet som exempelvis sämre skolresultat, ökad risk för kriminalitet, beroende av försörjningsstöd och sju gånger ökad risk för att själv utveckla missbruk (ibid). Steinhausen (1995) understryker dock att långtifrån alla av barnen drabbas och problemen inte är unika för barn till föräldrar med alkoholmissbruk. Liknande resonemang har Gustafsson (1996) då hon menar att viss forskning visar att barn till missbrukande föräldrar kan utvecklas till socialt välfungerande vuxna, men betonar att det är främst de barn som har fått stöd och bekräftelse från någon annan vuxen som det handlar om.

Folkhälsoinstitutets rapport (2008) bygger bl.a. på en sökning efter vetenskapliga studier som syftar till att klarlägga huruvida föräldrars alkoholmissbruk över tid påverkar barnens hälsa och utveckling. Inklusionskriterierna för sökningen var prospektiva longitudinella studier/registerstudier som innefattade barn i familjer med alkoholproblem och familjer utan alkoholproblem som jämförelsegrupp. Enbart sex studier uppfyllde dessa kriterier, varav tre påvisade att det fanns en försämring av barnens hälsa till följd av föräldrarnas alkoholmissbruk medan de övriga tre studierna inte kunde säkerställa några sådana negativa effekter (Statens folkhälsoinstitut, 2008). De studier där inga negativa effekter gick att säkerställa hade en betydligt längre uppföljningsperiod (i genomsnitt 16 år) vilket, enligt rapportförfattarna Ljungdahl m.fl., talar för att hälsorisker hos barn som beror på föräldrars alkoholmissbruk inte behöver bestå i vuxen ålder, med undantag för egna alkoholproblem.

Vidare lyfter Ljungdahl m.fl. fram att påverkan från andra riskfaktorer utöver missbruket är avgörande och det är därmed viktigt att se till den sammantagna bilden av barns levnadsförhållanden, till exempel familjestruktur och socioekonomisk status. En av de viktigaste slutsatserna i rapporten är att det är antalet riskfaktorer sammantaget, snarare än alkoholmissbruket specifikt, som är avgörande för barns psykiska och fysiska hälsa (ibid). Även Grant (2000) konstaterar att det finns betydande bevis att exempelvis genetiskt arv och miljön har en stark inverkan på om barn och unga själva utvecklar eget missbruk. I en studie gjord av forskare vid Centrum för primärvårdsforskning (2012) har det undersökts hur gener och miljö bidrar till risken för att adopterade barn blir missbrukare. På basis av ett stort och representativt underlag av adopterade barn i Sverige visar att de genetiska faktorerna spelar en viss roll för att man ska börja missbruka alkohol eller droger. Ett adopterat barn med en missbrukande biologisk förälder som hen inte växte upp med löper, enligt Sundquist &

Kendle, en fördubblad risk att själv bli missbrukare vilket tyder på att generna har betydelse. Även miljöfaktorerna visade sig vara viktiga. Om ett syskon i den nya familjen, som alltså inte har samma gener, blir missbrukare fördubblar det också risken för att det adopterade barnet börjar missbruka (ibid).

Hur är det att växa upp med föräldrar med missbruksproblematik?

Att leva i en familj med alkoholmissbruk beskrivs ofta som kaotiskt och oförutsägbart (Hellsten, 1998). Familjen styrs ofta av outtalade regler; du skall inte tala, du skall inte känna, du skall inte lita på någon. Dessa tre regler kan få fördärande konsekvenser för barnet eftersom de berövar barnet all kontakt; barnet isoleras från sina föräldrar, sina syskon och i själva verket från hela mänskligheten. Vidare understryker Hellsten att barn till föräldrar med missbruksproblematik hör till de ensammaste varelserna i världen. Om man inte kan lita på sina egna föräldrar leder det lätt till att man inte kan lita på någonting alls i världen då föräldraskapet för barnet innebär en prototyp av ”världen” (ibid: 35). Livet i en familj med missbruksproblem kan, enligt Hansen (1995), se mycket olika ut. Barn och ungas anpassning till de belastningar de utsätts för är olika på grund av deras olika personligheter och de olika situationer de befinner sig i. Claezon (1996) pekar på att det finns tre huvudfaktorer som i samverkan påverkar ett barns utveckling och hur barn hanterar situationer de möter. Dessa är: de individuella egenskaperna, relationerna till föräldragestalterna samt omgivningens stöd. De personliga egenskaperna kan uppkomma genom arv eller miljö och i samspel med till exempel ålder, kön, intelligens och barnets behov (ibid). Att ha vuxna förebilder och en social trygg miljö är betydande i utvecklingen av de personliga egenskaperna (Claezon, 1996; Hellsten, 1998).

I sin bok *Vuxna barn till alkoholister* lyfter författaren Janet G. Woititz (2002) fram vad det betyder att vara ett vuxet barn till en alkoholist. Hon belyser även tretton olika karaktärsdrag som hon funnit typiska för många vuxna barn som vuxit upp med föräldrar med missbruksproblematik, men som också stämmer in på barn som vuxit upp i andra typer av dysfunktionella familjer. Tre av karaktärsdragen är följande (ibid: 26-27):

1. Vuxna barn till alkoholister dömer sig själva utan förbarmande.
2. Vuxna barn till alkoholister har problem med nära relationer.
3. Vuxna barn till alkoholister överreagerar på förändringar som de inte har kontroll över.

Enligt Woititz (2002) växer alla barn till alkoholister upp under likartade förhållanden. Det finns dock skillnader, men det som händer och det som ett barn upplever sker i stort sett på liknande sätt i alla alkoholisthem. Woititz menar att skillnaderna snarare har att göra med hur vi reagerar på en upplevelse, än på upplevelsen i sig. Vidare lyfter Woititz fram att barn som lever i en familj med alkoholproblem tenderar att ta på sig olika roller. Det kan exempelvis vara rollen som problembarnet, där hen är den som bär på symptomen av att någonting inte står rätt till i familjen, eller så kan barnet inta rollen som vuxen som ansvarar för både hushåll, föräldrar och syskon (ibid:26-27). Även Bengtsson och Gavelins (2004) studier påvisar att barnen i många fall tar på sig ansvaret för sin förälders missbruk och det är dessutom vanligt att barnen tror att de kan förhindra föräldrarnas missbruk genom olika handlingar, som i de flesta fall visar sig vara helt verkningslösa. Allt detta ansvar som barnen lägger på sig själva innebär ofta att de här barnen inte tillåter sig leva sina egna liv, de håller sig istället hemma för att inte mista kontrollen (ibid). Barn och unga som tar på sig för stort ansvar för sina föräldrar och hushåll kan i hög grad påverkas negativt i form av minskade möjligheter att utveckla sociala nätverk, svårigheter i övergången från barndom till vuxenliv, svårigheter att fullfölja sin skolgång och det finns även en risk för de att själva utvecklar missbruk och/eller psykisk ohälsa exempelvis stress, depression, ångest, låg självkänsla samt psykosomatiska besvär (Nordenfors, Melander & Daneback, 2014; Dearden & Becker, 2000). Även Socialstyrelsen (2014: 25) konstaterar att ju mer omsorg och ansvar barn har för sina föräldrar, desto större är risken att drabbas av ohälsa.

Internationell forskning om familjer med missbruksproblematik

Internationell forskning visar att mellan 8-27 procent barn lever med minst en förälder som har alkoholproblem (Cuijpers, 2005). I en undersökning i 16 europeiska länder (1998) har man uppskattat att 7-12 procent barn under 15 år växer upp i en familj där det förekommer missbruk eller beroende. Studien visar även att vissa hälsorisker hos en del av dessa barn som beror på föräldrars alkoholmissbruk kan bestå i vuxen ålder och att det finns en risk för att dessa barn själva utvecklar eget missbruk och att de för med sig problemen till nästa generation (Eurocare, 1998). Bygholm & Bilenbergs (2000) undersökning, vilken fokuserar på danska barn till föräldrar med alkoholmissbruk, visar att flickor i större utsträckning tar större skada av sina föräldrars missbruk än vad pojkar gör. I familjer där mammor har missbruksproblem visar resultaten att döttrarna har en högre internalisering och depressionspoäng jämfört med sönerna, och i familjer där pappor har missbruksproblem har sönerna högre internalisering och depressionspoäng än döttrarna (ibid).

Missbruk och psykisk ohälsa hos föräldrar

Enligt Socialstyrelsen (2009) finns det i en del familjer ytterligare problem utöver missbruket. Det framkommer av befolkningsstudier att personer som har alkohol -och/eller narkotikaproblem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar (ibid). Internationell forskning visar att ca 30–50 procent av dem som söker för missbruk eller beroende har psykisk sjukdom, och omvänt har ca 20–30 procent av dem som söker vård för psykisk ohälsa även missbruk (Sundhedsstyrelsen, 2009). Socialstyrelsen (2007) konstaterar att bland klienter och patienter som söker hjälp för missbruk eller beroende anges att minst en tredjedel också har en ångestsjukdom och ännu fler har en depressionsdiagnos.

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa

När en förälder har allvarliga psykiska problem kan det drabba hela familjen, inte minst barnen som är beroende av föräldrarna för sin trygghet och utveckling. På vilket sätt barn till föräldrar med psykisk ohälsa drabbas beror på flera olika saker som exempelvis vilken sjukdom föräldern har, hur gammalt barnet är och om det finns andra vuxna kring barnet (Skerfving, 2005). Killén (1994) konstaterar att barn till föräldrar med psykisk ohälsa kan fara illa i sina hem. Barnet använder en stor del av sina resurser till att på bästa sätt försöka överleva det dagliga kaos som ofta råder då föräldrarna med psykisk ohälsa brister i sin förmåga att ta hand om barnen. Enligt Hellsten (1998) påminner situationen i en familj med psykisk ohälsa på många sätt om alkoholistfamiljens. Det är föräldrarnas uppgift att se till att uppfylla barnets behov av att känna sig sedd, förstådd och bekräftad vilket föräldrar med psykisk ohälsa i många fall har svårt att göra (ibid). Barnet förväntar sig ofta på ett självklart sätt att deras föräldrar alltid ska finnas till för dem som förtroendefulla vuxna, men då de inte gör det finns det risk för att det skapas en otrygghet för barnet (Moore & Waltré, 2001). Glistrup (2005) understryker att barnet kan känna skam, sorg, oro och ofta tar på sig skulden för förälderns ohälsa. Det är inte ovanligt att barnet tidigt får ta ansvar för sina föräldrar, vilket medför att barnet sätter sina egna behov och känslor åt sidan. Därmed går barnet miste om sin barndom och får aldrig vara barn (ibid).

Enligt Socialstyrelsen (2013) kan föräldrar med psykisk ohälsa vara allt på en skala från dem som kan fungera väl såväl i vardagen som i sitt föräldraskap till de föräldrar som har psykotiska tillstånd och vanföreställningar och kan vara farliga för sig själva och andra. Föräldraförmågan kan dessutom variera mellan friska och sjuka perioder. Det ställs också helt olika krav på föräldrar till ett spädbarn, ett äldre barn respektive en tonåring. Vidare visar

forskning och erfarenhet att även den andra föräldern eller andra vuxna i familjen kan bli så upptagen av problemen att också den har svårt att uppmärksamma och tillgodose barnets behov (ibid).

I Sverige har den psykiska hälsan under de senaste tio åren försämrats. Varje år behandlas ca 52 000 personer inom psykiatrisk slutenvård. Mellan 20-40 procent av Sveriges befolkning säger sig lida av psykisk ohälsa. Av dessa är det endast 3-4 procent som söker psykiatrisk vård, vilket innebär att de övriga inte behandlas eller att de behandlas inom andra delar av vården (Socialstyrelsen, 1999). Att få fram tillförlitliga uppgifter om antalet minderåriga barn med psykiskt sjuka föräldrar i Sverige visar sig dock vara svårt, men enligt kartläggningar gjorda av Socialstyrelsen uppskattas det att mellan 20-30 % av vuxenpsykiatrins patienter har minderåriga barn (ibid).

En svensk aktuell registerstudie visar att 5,7 procent av barn födda 1987-89 under sin barndom (innan de fyllt 18 år) hade minst en förälder som legat på sjukhus på grund av psykisk sjukdom, 2,5 procent för alkoholmissbruk och 1,5 procent för narkotikamissbruk. Troligen berörs betydligt fler barn än detta då många föräldrar har indikatorer på problem med alkohol, narkotika och psykisk ohälsa, om än i en mildare grad, som inte är så allvarlig att den leder till vård på sjukhus (Statens folkhälsoinstitut, 2008:28).

Genetiska faktorer:

Enligt Sigling (2002) visar undersökningar att barn som växer upp med en psykiskt sjuk förälder är mer sårbara för att själva drabbas av psykisk sjukdom, vilket kan vara antingen genetiskt eller socialt betingat. Dessutom ökar den genetiska sjukdomsbilden om båda föräldrarna är psykiskt sjuka. Samtidigt påpekar hon att av de barn som i vuxen ålder drabbas av någon form av psykisk sjukdom är det bara 1 av 10 som drabbas av samma sjukdom som föräldern. Vidare lyfter Sigling fram olika faktorer som ökar barnets risk att själv bli psykisk sjuk som exempelvis hur allvarlig förälderns sjukdom är, om det finns ett socialt kontaktnät eller ej, avsaknad av vänner, icke ansvarskännande lärare och avsaknad av en annan vuxen i familjen (ibid).

Det finns ett flertal svenska studier som talar för att genetiska faktorer är viktiga då det undersöks hur barn till föräldrar med psykisk ohälsa påverkas. Bland annat visar studier att barn till föräldrar med psykosjukdom har en sexfaldigt ökad risk att insjukna i

psykossjukdom (Hjern, Arat & Vinnerljung, 2014:43). Samma genetiska faktorer som ökar risken för schizofreni ökar även risken för att drabbas av bipolär sjukdom, som är en annan allvarig psykisk sjukdom (International Schizophrenia Consortium, 2009).

Miljöfaktorer:

Hjern m.fl. (2014) understryker att det troligen inte enbart är genetiska faktorer som ligger bakom den psykiska sjukligheten hos barn till psykiskt sjuka och föräldrar med missbruk. Miljön är en annan faktor som också spelar en viktig roll för uppkomsten av psykiska sjukdomar hos personer med medfödd sårbarhet. Bland annat har studier pekat på att den avsaknad av struktur och förutsägbarhet i familjens rutiner samt höga stressnivåer, som är vanligare i familjer där föräldrar har missbruksproblem och/eller psykisk ohälsa, kan öka risken för psykisk sjukdom (ibid).

Vad gäller kön verkar också den sociala miljön ha en betydelse för psykisk hälsa. Enligt Hovellius & Johansson (2004) och Schofield m.fl. (2000) socialiseras flickor och pojkar in i olika roller med skilda möjligheter i livet. Det har varit mer accepterat för flickor än pojkar att uttrycka nedstämda känslor och svaghet i samhället (Hovellius & Johansson, 2004). Vidare förväntas inte pojkar visa svaghet och särskilt inte psykiska problem på grund av att det stereotypa mansidealet fortfarande är starkt (Schofield m.fl., 2000).

Skyddsfaktorer

Socialstyrelsen (2013) konstaterar att trots att viss forskning visat att det finns ett samband mellan psykisk sjukdom hos förälder och psykisk ohälsa hos barn är det långt ifrån alla barn som växer upp med en psykiskt sjuk förälder som utvecklar psykisk ohälsa. Även Werner & Smiths (1992) menar att barn faktiskt kan klara sig bra trots en barndom under trassliga förhållanden. De lyfter fram olika faktorer som verkar vara avgörande för att minska risken för att barn som växer upp i en familj med en psykiskt sjuk förälder inte själva utvecklar psykisk ohälsa. Sammanfattat är det följande faktorer som utmärkt sig: en objektiv inställning till förälderns sjukdom, stöd från andra i omgivningen, självkänsla, en god föräldrarelation, en välfungerande icke psykiskt sjuk förälder, intelligens, nyfikenhet samt social kompetens (ibid). Enligt Nilzon (1995) kan skyddande faktorer ses som ett kompensatoriskt hjälpmedel för att påverka stressmotståndskraften hos barn. Barnets personliga egenskaper samverkar med faktorer i den yttre miljön som gör barnen stresståliga. Utöver de faktorer som Werner & Smith tar upp menar Nilzon att även barnets egen personliga uppsättning av resurser är en

viktig och avgörande skyddsfaktor (ibid). Enligt Furman (1998) kan listan med skyddande faktorer göras lika lång som det finns antal barn. Var och en finner egna spår i livet som de använder som skyddande faktorer, vilket kan vara allt från människor, djur, en hobby, presterande i skolan, fantasi eller musik. Att lägga sitt fokus på något helt annat än den svåra verkligheten gör att barnet kommer bort från det som skadar dess inre. Vidare lyfter Furman fram att de barn som är ”överlevare” oftast delar samma attityder såsom envishet, stark vilja och målinriktning (ibid).

Sammanfattningsvis tyder forskningen på att barn och ungdomar till föräldrar med psykosociala problem själva löper ökad risk att utveckla någon form av psykisk ohälsa eller missbruksproblematik. Det finns även studier som tyder på att flickor överlag självrapporterar sämre psykisk hälsa än jämngamla pojkar. Vi ville undersöka om dessa resultat även gäller för gymnasieungdomar i årskurs tre i Västra Götalands län, Sverige år 2012. För att genomföra detta har syfte samt tre hypoteser utformats nedan.

Syfte och hypoteser

Syftet med föreliggande studie var att undersöka om gymnasieungdomar vars föräldrar som har/haft psykosociala problem skiljer från gymnasieungdomar som inte har/haft föräldrar med dessa problem avseende psykisk hälsa och drogvanor. Tidigare forskning tyder på att det finns ett samband vilket vi även grundar våra hypoteser på:

Hypoteser:

1. Ungdomar som har/haft *föräldrar med psykosociala problem (FMP)* har högre grad av psykisk ohälsa jämfört med ungdomar som har/haft *föräldrar utan psykosociala problem (FUP)*.
2. Ungdomar i FMP gruppen har tidigare debut av alkohol samt dricker och varit berusade oftare jämfört med ungdomar i FUP gruppen.
3. Ungdomar i FMP gruppen har tidigare debut av narkotika och en mer positiv attityd gentemot narkotikaanvändning jämfört med ungdomar i FUP gruppen.

Vidare prövades om det fanns en interaktion mellan familjetillhörighet (dvs. FMP gruppen eller FUP gruppen) och kön med avseende på psykisk ohälsa samt debutålder för alkohol och narkotika.

Teoretiska utgångspunkter

Nedan presenteras de teorier som vi har valt att använda oss av för att förstå och analysera vårt material i diskussionen. Bronfenbrenners utvecklingsekologi, Bowlbys anknytningsteori, stress- och sårbarhetsmodellen och Erik H Eriksons utvecklingsteori är de teorier som presenteras först, vilka vi har valt att lyfta fram då vi anser att dessa förklarar, utifrån olika infallsvinklar, hur olika faktorer påverkar individens utveckling och välbefinnande/hälsa. Teorierna skiljer sig åt då de har olika perspektiv på vilka faktorer som påverkar individen mest. Exempelvis anser anknytningsteorin att det är barnets (individens) relation och anknytning till dess närmsta vårdare som är den viktigaste faktorn, medan det utifrån Bronfenbrenners utvecklingsekologi konstateras att man behöver ta hänsyn till flera olika omgivningsfaktorer/nivåer omkring individen, och slutligen stress- och sårbarhetsmodellen vilken istället utgår från samspelet mellan det genetiska arvet och miljön. Den sistnämnda modellen menar på att det som påverkar individens utveckling och hälsa handlar främst om vilka medfödda och förärvade förutsättningar varje individ har för att klara av olika påfrestningar såsom fysisk eller psykisk stress. Vidare har vi valt att använda Hirdmans genuskontrakt som teoretisk utgångspunkt för att få en förståelse av genus och dess konsekvenser för ungdomars beteende och mående.

Bronfenbrenners utvecklingsekologi

Enligt Andersson (2002) är *utvecklingsekologi* benämningen på en teori om mänsklig utveckling som den amerikanske forskaren Urie Bronfenbrenner utvecklade på 1970-talet. Teorin visar att människors utveckling (på alla plan såsom psykiskt, socialt och känslomässigt) sker i ett sammanhang, i ett samspel och i interaktion med olika omgivningsfaktorer (ibid). Bronfenbrenner menar att utvecklingsprocessen påverkas av sociala relationer som uppstår i och mellan de olika miljösammanhangen, men även att den påverkas av det större sammanhang som dessa ingår i (Klefbeck & Ogden, 2003). Vidare lyfter Bronfenbrenner upp att de biologiska förutsättningarna för individens utveckling är lika viktiga att studera som de miljömässiga, men understryker att det framförallt är samspelet mellan dem som är viktigt (Andersson, 1986). Även om teorin framförallt handlar om barns

utveckling kan den tillämpas under hela livsloppet då utveckling är något som pågår hela livet (Bronfenbrenner, 1979; Andersson, 2002).

I sin utvecklingsekologiska modell delar Bronfenbrenner upp individens ekologiska miljöer i fyra analysnivåer som består av olika system som interagerar med varandra. Analysnivåerna är inte hierarkiskt ordnade över varandra utan de omsluter snarare varandra. Den utvecklingsekologiska modellen illustreras med hjälp av koncentrisk cirklar, den ena inuti den andra. I mitten längst in finns individen (barnet) i sina närmiljöer (Andersson, 2002).

Mikronivå

På mikronivå sker interaktionen mellan barnet och hans närmiljöer (Andersson, 2002). På den här nivån finns det olika mikrosystem vilka består av miljöer som barnet har direkt kontakt med och som fysiskt och socialt kan avgränsas i förhållande till andra miljöer. Mikronivån består av utvecklingsmiljöer där barnet gör sina erfarenheter och skapar sin verklighet. Den viktigaste enheten på denna nivå är individen själv och denne ses som en aktör. Alla aktörer på nivån har olika roller som beskrivs genom sina roller och genom de olika uppgifter de ansvarar för, samt genom de funktioner som de fyller i förhållande till övriga aktörer på nivån (Klefbeck & Ogden, 2003). Exempel på mikrosystem (närmiljöer) kan vara familjen, kompisgrupper, fritidsmiljön och skolan (Andersson, 2002). Enligt Klefbeck och Ogden (2003) kan deltagarna på denna nivå vara familjemedlemmar eller klasskamrater vilka har olika ansvarsområden och fyller olika funktioner. De olika funktionerna kan exempelvis handla om vem som löser konflikter och vem som är syndabock. Vidare menar samma författare att mikrosystemet är en socialt och kulturellt organiserad miljö där det är individerna som bidrar till hur systemet ska fungera och se ut. Barn har behov av en gradvis utvidgning av sina sociala kontaktnät för att bli utvecklingsstimulerade.

Utvecklingsmöjligheterna handlar dock inte enbart om hur stort systemet är utan även om hur bra det fungerar med närhet och kontinuitet (ibid).

Mesonivå

På mesonivån sker interaktionen *mellan* närmiljöer, mikrosystem, en interaktion som kan vara nog så betydelsefull för barnet jämfört med vad som sker *inom* respektive närmiljö.

Mesosystemet kan beskrivas som ett klister som håller ihop relationerna i mikrosystemets olika delar men det fungerar även som en förbindelselänk mellan mikrosystemet, exosystemet och makrosystemet (Bronfenbrenner, 1979; Andersson, 2002). Relationerna mellan de olika

mikrosystemen som utgör mesonivån kan, för ett barn som går i skolan, exempelvis innebära kontakten mellan skolan, hemmet och fritidsmiljön. Bronfenbrenner påvisar att kontakter mellan mikrosystem på mesonivå fyller en nyckelfunktion i barns uppväxt och menar att dess kvalitet och antal kontakter representerar utvecklingsmöjligheter eller risker för individen (Klefbeck & Ogden, 2003). Då mikrosystem är väl sammanvävda på mesonivån kan detta skapa utvecklingsmöjligheter som överstiger möjligheterna som systemen erbjuder var för sig. Det kan exempelvis handla om kontakten, eller samarbetet mellan skolan och föräldrarna. Det kan också handla om att barnet har med sig vänner hem och att föräldrarna skapar en relation med dem eller att föräldrarna engagerar sig i barnets fritidsintresse och därigenom etablerar kontakt med de andra barnens föräldrar. Om kommunikationen på den här nivån fungerar bra kan det bidra till att nätverket lättare kan ingripa om det skulle uppstå en kris (ibid).

Exonivå

På exonivå finns förhållanden och faktorer som ligger utanför barnets direkta vardagsverklighet, men som ändå indirekt påverkar barnets livssituation och utveckling (Bronfenbrenner, 1979; Andersson, 2002). Det kan exempelvis omfatta skolans organisation, föräldrarnas arbetsplatser, syskonens klass samt föräldrarnas nätverk av vänner. Ytterligare exempel kan vara kommunala resurser och offentliga organ som fattar beslut på högre nivå men som i slutändan påverkar barnet (Klefbeck & Ogden, 2003; Andersson, 2002).

Makronivå

På makronivå, vilken är den cirkeln som är längst ifrån barnet, finns samhällsförhållanden, normer och värderingar (Andersson, 2002). Den här nivån omfattar ideologiska och institutionella mönster som kan jämföras mellan kulturer och subkulturer, såsom kollektivism med individualism eller olika uppfostringsmönster. Makronivån består även av ekonomiska och politiska system som kan innefatta politiska beslut som lett fram till exempelvis utformningen av barnets skola (Klefbeck & Ogden, 2003). Enligt Andersson (1986) kan man säga att mikronivån ger vissa ramar och förutsättningar för faktorer på underliggande nivåer att verka inom, och det som händer på makronivå påverkar och påverkas av det som ligger på nivåerna innanför.

Bronfenbrenners teori om utvecklingsekologi kommer användas i analysen för att förstå hur olika faktorer, som till exempel relationen till ungdomens föräldrar, påverkar ungdomars utveckling och välbefinnande/hälsa utifrån olika nivåer i vår studie. Teorin skulle alltså kunna

användas som en eventuell förklaringsmodell till varför ungdomar vars föräldrar har/haft psykosociala problem skiljer sig från ungdomar som inte har/haft föräldrar med psykosociala problem avseende psykisk hälsa samt drogvanor.

Bowlbys anknytningsteori

Den engelske psykoanalytikern John Bowlby (1907-1990) utvecklade teorin om bindning (attachment) vilket syftar på barnets tidiga känslomässiga *anknytning* till föräldrar/vårdare. Teorin handlar om hur ett emotionellt band växer fram mellan spädbarnet och dess närmaste vårdare under de första åren i ett barns liv (Broberg m.fl., 2006). Enligt Bowlby är det under spädbarnstiden och under ungdomstiden som bindningen äger rum och teorin ser på benägenheten att knyta intima emotionella band till särskilda personer som en fundamental grundläggande del i människans natur (Bowlby, 1994).

Spädbarnet

Killén (2002) lyfter fram att spädbarnets beteenden från början styrs av två kompletterande system där det ena är behovet av närhet, ömhet och beskydd (anknytning) och det andra är barnets behov av att utforska världen, där barnet har en nyfikenhet och en vilja att lära sig nya saker (explorativt system). Vidare menar Killén att barn alltid strävar efter anknytning och att målet är att upprätthålla närhet och kontakt till en specifik person, nämligen anknytningspersonen. Ur barnets tidiga upplevelser av samspel med omsorgspersoner utvecklar barnet en uppfattning om sig själv, sina vårdare samt vad det kan förvänta sig av andra människor i sin omgivning (ibid). Enligt anknytningsteorin relaterar alla barn till sin vårdnadsgivare, oberoende av hur de blir behandlade, vilket är ett sätt för barnet att överleva. Barn som får sina behov tillfredsställda förväntar sig att det ska fortsätta på det viset medan barn som istället upplever utebliven behovstillfredsställelse eller blir hårdhänt behandlade av sina föräldrar/vårdnadsgivare börjar förvänta sig detta bemötande (Broberg m.fl., 2006).

Trygg bas

En trygg bas, är enligt Lindén (2002) ett av de mest centrala begreppen i anknytningsteorin vilken handlar om den förmåga föräldern/vårdnadsgivaren har att utgöra en ”hamn” för barnet. Tillgången till en trygg bas ger frihet från oro och rädsla som barnet behöver för att kunna uttrycka sin nyfikenhet och sitt behov av att utforska världen. Det är först när barnets upplevda trygghet avtar, genom exempelvis sjukdom, som behovet av anknytning åter träder fram. Om relationen till föräldrarna/vårdgivarna då utmärks av osäkerhet innebär det att

barnets förmåga att undersöka världen påverkas negativt eftersom barnet inte kan lita på att föräldern/vårdnadsgivaren finns där då barnet har behov av det (ibid).

Killén (2002) lyfter fram de mest betydande föräldrafunktionerna vilka är:

•*Att se barnet som det är*

Här handlar det om hur man som förälder eller vårdnadsgivare uppfattar och förstår barnet. Ju mer realistisk uppfattning man har av barnet desto större är möjligheten att man behandlar barnet på ett sätt som står i relation till barnets möjligheter och behov.

•*Att engagera sig i barnet på ett känslomässigt och positivt sätt*

Här handlar det om att föräldern eller vårdnadsgivaren ska kunna engagera sig i barnet som person, både i barnets lärande och mognande, upprymdhet och förtvivlan. Det ska finnas ett positivt engagemang som stämmer väl överens med barnets behov av att möta en omgivning som är omsorgsgivande, bekräftande, strukturerande samt gränssättande.

•*Att hysa empati för barnet*

Att som förälder eller vårdnadsgivare ha denna funktion är avgörande för anknytningen eftersom empati är vår förmåga att kunna leva oss in i barnets erfarenheter och förmedla vårt engagemang. Empatin är en viktig funktion för att kunna lugna barnet, ge tröst och dela barnets upplevelser, vilket i sin tur stödjer barnet i att kunna styra sina egna känslor.

•*Att ha realistiska förväntningar på vad barnet klara av*

Att ha realistiska förväntningar innebär att man kan utmana och bekräfta barnet, men att det då är viktigt att de stämmer överens med barnets utvecklingsnivå och barnets verkliga färdigheter (ibid).

För att barnet ska kunna knyta intima emotionella band till en förälder eller en vårdnadsgivare menar Broberg m.fl. (2006) att det krävs att anknytningspersonen är emotionellt tillgänglig och att denne kan erbjuda barnet omsorg. Det finns dock faktorer som kan påverka denna föräldraförmåga vilket exempelvis kan vara egna erfarenheter som gjorts under uppväxten, dåliga relationer till sina egna föräldrar, missbruk eller psykisk ohälsa (ibid).

Bowlbys anknytningsteori kommer att lyftas fram i analysen för att visa vikten av hur den tidiga anknytningen mellan barnet och dess vårdare påverkar barnets utveckling och välbefinnande/hälsa senare i livet. Även denna teori skulle alltså kunna användas som en eventuell förklaringsmodell till varför ungdomar vars föräldrar har/haft psykosociala problem skiljer sig från ungdomar som inte har/haft föräldrar med psykosociala problem avseende psykisk hälsa samt drogvanor.

Stress och sårbarhetsmodellen

Stress och sårbarhetsmodellen som utvecklades av forskaren David Barlow på 1970-talet, är en av de vanligaste modellerna som används för att förklara uppkomsten av vissa psykiska sjukdomar och ohälsa. Modellen utgår från att människor har olika medfödda och förvärvade förutsättningar att klara av fysisk eller psykisk stress vilket är avgörande för huruvida man utvecklar till exempel psykisk ohälsa till följd av detta (Wiik, Balk & Julkunen, 2014; Zubin & Spring, 1977). Vidare förklarar stress- och sårbarhetsmodellen hur vår hälsa är beroende av olika sårbarhetsfaktorer som exempelvis vårt genetiska arv, miljön vi växer upp i och våra sociala nätverk. Enligt modellen är alla människor olika sårbara för stress, vissa personer är mer känsliga medan andra tål större påfrestningar. Exempelvis kan en sårbar person utveckla en depression på grund av ”normala” påfrestningar, medan en mindre sårbar person kan tåla en svår traumatisering utan att bli deprimerad (Socialstyrelsen, 2010; Wiik, Balk & Julkunen, 2014). Ytterligare en sårbarhetsfaktor som är viktig att ta i beaktande är, enligt Anderberg (2001), våra copingstrategier, som syftar på de redskap vi människor har för att kunna hantera olika livshändelser som är stressfyllda. Vidare konstaterar Anderberg att vissa människor har starkare/positivare copingstrategier och utvecklar aldrig psykisk ohälsa medan andra har svaga/negativa copingstrategier och klarar sig inte lika bra (ibid).

Med *sårbarhet* menar man oftast en genetisk predisposition för en sjukdom vilket betyder att alla människor föds med olika sårbarheter för olika typer av sjukdomar. Om en förälder exempelvis har en depression kan barnet ärva en viss sårbarhet för depression eller bipolaritet (Socialstyrelsen, 2010).

Stress är något människan upplever då hen inte har resurser för att uppfylla de krav på anpassning och förändring som ställs. När ett yttre krav upplevs som icke hanterbart skapas psykiska, fysiska och beteendemässiga reaktioner (stressreaktioner) hos individen som förändrar förutsättningarna. Stressreaktionen är kroppens sätt att förbereda sig att handskas

med det som vi upplever stressar oss. Det som stressar oss kallas för stressorer vilka kan vara av fysiska, sociala eller kognitiva slag som exempelvis höga ljud eller höga prestationskrav. Stress behöver dock inte alltid vara av den negativa sorten för att vara skadlig utan det kan också handla om positiva händelser. Stress är helt individuellt och är därmed något som upplevs olika från person till person. Hur vi reagerar på stress beror till hög grad på vilken stresströskel vi har, våra tidigare upplevelser och händelser vi varit med om, men det har också att göra med ärftlighet samt personlighet. Med andra ord är det hur individen tolkar och uppfattar olika stressorer som är det som avgör hur stressreaktionen blir och inte stressorn i sig. Det finns även några faktorer som har en betydande roll för att vi inte kommer att uppleva stark stress, exempelvis: att vi känner att vi själva kan kontrollera situationen, att vi har ett optimistiskt förhållningssätt samt att vi upplever socialt stöd från andra i vår omgivning (Socialstyrelsen, 2010; Zubin & Spring, 1977).

Arvet från föräldrarna är dock inte endast genetiskt, utan en deprimerad förälder kan ha svårt att orka med föräldraskapet vilket i sin tur kan skapa stress för barnet. Om den vuxne är upptagen med annat kan det vara svårt att ge barnet stöd, trygghet och kontroll (Socialstyrelsen, 2010). Det är alltså inte enbart det genetiska arvet som bestämmer hur vi människor kommer att fungera i framtiden utan även miljön vi befinner oss i har en betydande roll. Faktorer såsom stress, mat och omvårdnad kan påverka både nivån av hormoner och andra kemiska signaler i hjärnan och övriga kroppen. Dessutom kan miljön avgöra om en viss egenskap kommer uttryckas eller inte. Med andra ord kan man säga att gener och miljö går hand i hand. Enligt stress- och sårbarhetsmodellen är det inte bara gener som skulle vara direkta orsaker till psykisk ohälsa eller störningar utan att det snarare handlar om att generna utgör sårbarhet för stressorer som finns i den omgivande miljön (Zubin & Spring, 1977).

Vi har valt att använda oss av stress och sårbarhetsmodellen för att belysa hur olika stressorer, som exempelvis en otrygg hemmiljö, i kombination med en genetisk sårbarhet kan påverka ungdomars utveckling och välbefinnande/hälsa i en negativ riktning. Även denna teori skulle alltså kunna användas som en eventuell utgångspunkt för att förstå varför ungdomar vars föräldrar har/haft psykosociala problem skiljer sig från ungdomar som inte har/haft föräldrar med psykosociala problem avseende psykisk hälsa samt drogvanor.

Erik H Eriksons utvecklingsteori

Erik Homburger Erikson var en av pionjärerna inom identitetsforskningen och han har blivit uppmärksammas främst för sin teori om människans *livscykel* och *utveckling* (Frisén & Hwang, 2006). Erikson menar att alla människor genomgår åtta olika faser som formar deras personlighet och identitet, där varje fas kan kopplas till ett specifikt åldersspann och där varje fas för med sig en särskild kris som individen behöver hantera. Enligt Erikson kan utvecklingen av personligheten under varje kris gå åt ett positivt håll eller åt ett negativt håll. För varje kris, åldersfas, som barnet lyckas ta sig igenom på ett positivt sätt utvecklas en viktig del av barnets identitet och detta har även en betydelse för hur barnet kommer att ta sig igenom nästkommande kris. Att lösa krisen i varje åldersfas på ett positivt sätt för, enligt Erikson, med sig att individen går vidare med en större mognad och med djupare kännedom om sig själv. Med andra ord gäller det för varje individ att lösa den kris som tillhör den åldersfas man befinner sig i före man kan gå till nästa fas (Frisén & Hwang, 2006; Wikander, 1988).

Eftersom föreliggande studie innefattar unga personer i 18-årsåldern har vi valt att lyfta fram endast den femte fasen inom Eriksons utvecklingsteori. Enligt Erikson är det den femte fasen som behandlar ungdomar (13-18 år) och det är i den här fasen som identitetskrisen är som störst. Denna kris är en nödvändig vändpunkt, en kritisk period, då utvecklingen måste gå åt antingen det ena eller andra hållet. Vidare menar Erikson att ungdomstiden är barndomens slutfas där den unga individen ska finna känslan av inre identitet, och det är nu som ungdomen måste förhålla sig till de identifikationer hen gjort under barndomen samtidigt som identiteten ställs i kris (Erikson, 1968). Nyckeln till en positiv lösning av ungdomskrisen ligger, enligt Frisén & Hwang (2006:11,12), bland annat i samspelet med andra människor. De människor som den unge har varit beroende av tidigare räcker inte för att lösa den här krisen utan ungdomen måste nu söka sig till andra vuxna och andra jämnåriga utanför familjen att identifiera sig med. Andra personer kan nämligen fungera som speglar som hjälper ungdomen att skaffa sig en stabil bild av vem hon eller han är (ibid). Erikson konstaterar att känslan av den inre identiteten är beroende av det stöd som individen får från de betydande sociala kontexter och grupper individen befinner sig i, och det är i dessa grupper gemensamma identifieringskänslor som stödet för utvecklandet av den egna identiteten skapas. Vidare menar Erikson att sökandet efter den nya identiteten är det som syns tydligast i ungdomars strävan efter att definiera och omdefiniera sitt eget och andras jag (Erikson, 1968).

Erik H Eriksons utvecklingsteori kommer användas i analysen för att lyfta fram att studiens respondenter redan befinner sig i en känslig fas i livet där de försöker hitta sig själva. Detta skulle alltså kunna innebära att en eventuell skillnad mellan ungdomar vars föräldrar har/haft psykosociala problem och ungdomar som inte har/haft föräldrar med psykosociala problem avseende psykisk hälsa och drogvanor är större i denna åldersgrupp (13-18 år) än i andra åldersgrupper.

Hirdmans genuskontrakt

Begreppet genus kan beskrivas och diskuteras utifrån ett flertal teorier. En av dessa teorier kallas för genuskontraktet och är skapad av genusforskaren Yvonne Hirdman (2003).

Hirdman menar att genuskontraktet är ett oskrivet normkontrakt som existerar i samhället och utgör hur män och kvinnor förväntas se ut, vara, bete sig o.s.v. Exempelvis tillskrivs ofta kvinnan könstypiska egenskaper som skörhet, mjukhet och känslighet medan mannen beskrivs som den hårda och starka individen utan känslor. Med andra ord innefattar kontraktet vilka handlingar och egenskaper hos människan som är ”kvinnliga” respektive ”manliga”.

Hirdman menar således att genus inte är något medfött utan något som skapas i det samhälle vi lever i beroende av tid och kontext. Genuskontraktet kan därmed liknas socialkonstruktivism eftersom det är den sociala konstruktionen av genus som avgör hur en kvinna respektive en man anses vara och agera i samhället (Hirdman 2003).

Resultatet av samhällets förväntningar på kvinnor och män innebär påverkan av rättigheter, ansvar, egenskaper och skyldigheter för individer. Inom yrkesverksamheten förväntas till exempel mannen vara framgångsrik, maktfull och produktiv medan kvinnan istället anses ha sin arbetsplats i hemmet där hon ska ta hand om barnen, sin man och hemmet (Hirdman 2003). Genuskontraktet beskriver således det manliga och kvinnliga till sina ytterligheter, som två motpoler, vilket ofta resulterar i orättvisa och ojämställdhet i samhället. Det här mönstret bland män och kvinnor lever kvar genom att det ärvs till deras barn. Genuskontraktet upprätthålls således från generation till generation (*ibid*).

Vi har valt att belysa Hirdmans genuskontrakt för att utifrån ett genusperspektiv få en förståelse för den eventuella skillnaden mellan ungdomar vars föräldrar har/haft psykosociala problem och ungdomar som inte har/haft föräldrar med psykosociala problem avseende psykisk hälsa samt drogvanor.

Metod

Metodval

Vi har för denna studie valt att utgå från en befintlig databas som kommer från ett projekt om ”Psyisk hälsa och drogvanor hos 18-åringar i Västra Götaland”. Projektet har legat till grund för en doktorsavhandling (Gunnarsson 2012) vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. De studier som har genererats av Gunnarssons (2012) avhandling fokuserade på hur narkotikamissbruk hos ungdomar är relaterat till deras personlighet och psykisk hälsa. Föreliggande studie skiljer sig således från avhandlingsarbetet genom att istället fokusera på skillnaden mellan ungdomar vars föräldrar som har/haft psykosociala problem och ungdomar som inte har/haft föräldrar med dessa problem avseende psykisk hälsa och drogvanor. Databasen baseras på en enkät som består av frågor om ungdomars och deras familjers psykiska hälsa, personlighet samt erfarenheter av narkotika och andra droger. Studien undersöker försöksgruppen vid en specifik tidpunkt och är således en tvärsnittsstudie (Bryman 2008).

Vi valde kvantitativ analys eftersom den är mest lämpad för undersökningens ändamål och typ av data som samlats in, dvs. numeriska data via enkäten. För att kunna bearbeta en stor mängd forskningsdata baserad på en enkät är användning av kvantitativ analys det mest passande och praktiska tillvägagångssättet (Bryman 2008). Hade vi istället använt verbala data, dvs. data från intervjuer med deltagare som t.ex. berättar om något specifikt fenomen hade en kvalitativ metod passat bättre för att analysera denna typ av data.

Undersökningsgrupp

I studien deltog 3419 gymnasieelever i årskurs tre från Västra Götalands län i Sverige. Medianåldern var 18 år och fördelningen mellan flickor (n=1783) och pojkar (n=1636) var jämn. 54 % av deltagarna gick en gymnasieutbildning med teoretisk inriktning och 42 % gick en utbildning med praktisk inriktning. Majoriteten (n=3133) av deltagarna var födda i Sverige och 8 % var födda i ett annat land. 69 % av deltagarna (n=2346) hade föräldrar som inte var separerade eller skilda.

Urvalsprocess

Urvalsprocessen för en studie kan ske på många olika sätt (Bryman 2008). Urvalet för denna studie kan beskrivas som dels ett bekvämlighetsurval då datainsamlingen gjorts inom Västra

Götaland i syfte att enkelt nå deltagarna och dels som klusterurval då specifika skolor och klasser med 18-åringar har studerats.

Gunnarsson (2012) beskriver i sin avhandling att man först undersökte hur många gymnasieklasser i årskurs tre som fanns i Västra Götaland genom att skolverket (SIRIS) kontaktades. Datauppgifter från SIRIS visade på att det fanns totalt 106 gymnasieskolor med 17254 elever i årskurs tre. 1230 studenter från 31 klasser exkluderades från studien pga. att skolan innehöll för få elever och då skulle deras anonymitet riskeras. Kvar blev 16 051 elever från 75 olika skolor. Dessa skolor blev sedan inbjudna att delta i undersökningen genom en förfrågan till skolornas rektorer. Utav de 75 inbjudna skolorna var det 27 stycken som accepterade inbjudan. Utav 4799 elever som hade kunnat svara på enkäten, var det slutligen 3470 enkäter som besvarades (pga. frånvaro i skolan eller att man inte ville svara). Eleverna fick fylla i enkäten i sina respektive klassrum och blev informerade om att deras medverkan var frivillig samt anonym. Utav de besvarade 3470 enkäter exkluderades 51 stycken vid dataanalysen då dessa inte var komplett och/eller felaktigt i fyllda.

Enkäten

Enkäten bestod av totalt 59 frågor som rörde ungdomarnas psykiska hälsa, personlighet och drogvanor. För denna studies ändamål valdes ett mindre antal variabler ut för att kunna besvara syftet och frågeställningarna. Vi är medvetna om att det finns andra infallsvinklar och perspektiv att utgå ifrån med tanke på enkätens omfattning, men givet tidsramen för uppsatsen var vi dock tvungna att avgränsa vårt ämne så att det var praktiskt möjligt att genomföra undersökningen.

Som nämns ovan var syftet med studien att undersöka om ungdomar vars föräldrar som har/haft psykosociala problem skiljer från ungdomar som inte har/haft föräldrar med dessa problem avseende psykisk hälsa och drogvanor.

För att skilja ungdomar med föräldrar som har/haft psykosociala problem från de ungdomar som har föräldrar utan dessa problem användes ur enkäten frågor som rörde deras biologiska familjer. Dessa handlade om ungdomen ansåg att mamma och/eller pappa har eller haft problem med alkohol, narkotika eller psykisk hälsa. Vi operationaliserade psykosociala problem till en variabel genom att ungdomar som svarade ja på någon av dessa tre problemområden fick ingå i gruppen ” *föräldrar med psykosociala problem* ” (FMP) medan

ungdomar som inte hade/haft föräldrar med problem i någon av dessa tre områden fick tillhöra gruppen ”*föräldrar utan psykosociala problem*” (FUP).

För att studera psykisk hälsa valde vi ur enkäten en skala som mäter ångest och en som mäter depression. Skalan för ångest var Beck Youth Inventory for Anxiety. Skalan är en etablerad likertskala med god validitet och reliabilitet (Beck, Beck & Jolly, 2001). Skala består av 20 frågor och totalpoäng över 21 indikerar allvarliga problem (Gunnarsson 2012). Exempel på frågor är ”Jag har svårt att sova” och ”Jag är rädd för att göra fel” och besvaras med ”Aldrig”, ”Ibland”, ”Ofta” eller ”Alltid” (0 poäng till 3 poäng). För skattning av depressiva symtom användes Beck Youth Inventory for Depression, även den är en etablerad likertskala med god validitet och reliabilitet (Beck, Beck & Jolly, 2001). Skalan består av 20 frågor, maxpoängen är 60 och totalpoäng över 21 indikerar på svår depression (Gunnarsson 2012). Exempel på frågor är ”Jag känner mig ledsen” och ”Jag vill helst vara ensam” och besvaras med ”Aldrig”, ”Ibland”, ”Ofta” eller ”Alltid” (0 poäng till 3 poäng). För studiens ändamål har således båda totalpoängen för respektive skala använts i dataanalysen.

För att undersöka deltagarnas erfarenheter av alkohol valdes följande frågor ut: ”dricker du alkohol och i så fall hur ofta?”, ”hur många gånger har du varit berusad den senaste 12 månadsperioden?” och ”hur gammal var du första gången du kände dig berusad av alkohol?”. Dessa frågor kommer ursprungligen från Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN 2012). Svartalternativen för den första frågan var nio stycken (se bilaga 1) som sedan grupperades till två grupper för den här studien: ”dricker alkohol 2 ggr i veckan eller mer” och ”dricker alkohol 1 gång i veckan eller mindre”. Svartalternativen för andra frågan var sju stycken (se bilaga 1) och även dessa grupperades till två grupper: ”berusad 11 ggr eller mer senaste 12 mån” och ”berusad färre än 11 gånger senaste 12 mån”.

Vidare undersöktes respondenternas erfarenheter och inställning till narkotika genom följande frågor: ”vilken är din inställning till narkotika?” och ”vilken erfarenhet har du av narkotika?”. För första frågan fanns det tre påståenden (se bilaga 1) där vi valde att ha med påståendet ”jag tycker det är helt okej att använda droger”. Svartalternativen till påståendet var ”stämmer inte alls”, ”stämmer inte särskilt bra”, ”stämmer ganska bra” och ”stämmer precis”. För andra frågan fanns tre svartalternativ (se bilaga 1). Vi valde att ha med svartalternativet där respondenten skulle ange hur gammal hen var första gången hen provade narkotika. Dessa

frågor kommer också ursprungligen från Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN 2012).

Etiskt hänsynstagande

En diskussion om etiskt hänsynstagande i relation till studiens upplägg hade förmodligen blivit mer utömmade ifall föreliggande studie hade baserats på intervjuer eller om vi själva hade konstruerat studien från början. Med tanke på att föreliggande studie baseras på en befintlig databas från ett slutfört projekt kan vi därför endast återge hur studien har lagts upp med avseende på etik.

Den regionala etikprövningsnämnden i Göteborg har granskat och godkänt denna studie med avseende etiskt hänsynstagande (Gunnarsson 2012). Ansvarig forskare för projektet (*ibid*) skriver:

“Forskningsgruppens bedömning är att själva enkätundersökningen medför minimalt med risker och komplikationer för individen. Dock kan det alltid finnas enskilda individer som anser att vissa frågor är närgångna. Det är därför av största vikt att forskningspersonerna vid själva undersökningstillfället kan fylla i enkäten anonymt utan att någon annan har möjlighet att se svaren. Enkäten är konstruerad så att den tar ungefär lika lång tid att fylla i för de som provat droger som för de som inte provat droger. För att bemöta eventuella negativa konsekvenser som ifyllandet av enkäten kan medföra, kommer undersökningsledaren muntligt och skriftligt uppmana personer som har problem att kontakta kurator, skolhälsovården, ungdomsmottagning etc.”

Vidare har det numera nedlagda forskningsrådet HSFR (Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet) formulerat fyra viktiga etiska principer. En princip är öppenhetskravet som i föreliggande studie uppfylldes genom att respondenterna blev informerade om studiens syfte samt gav sitt samtycke till att medverka i studien. En annan princip är konfidentialitetskravet som uppfylldes genom att eleverna blev informerade om att deras medverkan var anonym och att de därför aldrig kommer att kunna identifieras. Vidare uppfylldes den tredje principen, självbestämmandekravet, genom att respondenterna informerades om att deras medverkan i studien var frivillig samt att de kunde välja att avbryta när de ville. Slutligen togs principen autonomikravet hänsyn till genom att de insamlade uppgifterna om respondenterna endast användes för forskningsändamålet.

Statistiska analysmetoder

För att analysera mellangruppskillnader avseende psykisk hälsa och drogvanor hos ungdomar till ”*föräldrar med psykosociala problem*” (FMP) versus ungdomar till ”*föräldrar utan psykosociala problem*” (FUP) användes oberoende t-test och χ^2 -test när data var normalfördelade. Mann-Whitney U-test användes vid icke normalfördelade data.

För att studera huvudeffekter av variablerna kön respektive familjetillhörighet samt interaktionseffekter av dessa variabler användes 2 (FUP versus FMP) x 2 (pojke versus flicka) ANOVA. Denna analys användes för beroendevariablerna ångest, depression samt debutålder för alkohol och narkotika eftersom dessa är skaldata.

Data presenteras som frekvens/procent samt medelvärde (M)/standardsavvikelse (sd) eller median (Md). Signifikansnivåerna som användes var tvådelade: $p < .01$ och $p < .001$.

Metoddiskussion

En central fråga när man använder sig av enkäter i en undersökning är om den faktiskt mäter det den ska göra, dvs. hur är validiteten för enkäten? Enkäten som användes vid föreliggande studie bygger i första hand på etablerade självskattningsskalor som i sig har visat på god validitet och reliabilitet i forskningen (Gunnarsson 2012). Detta gäller t.ex. skalorna som mäter psykisk hälsa och skalorna som mäter alkohol- och narkotikaerfarenhet. Enkäten är även utformad med ett upplägg där neutrala frågor inleder och avslutar enkäten vilket ökar chanserna att fler respondenter svarar sanningsenligt. Ovan nämnda strategier vid utformningen av enkäten ökar därmed studiens validitet (Bryman 2008).

En ytterligare aspekt på validitet är frågan om vilken grad respondenterna har svarat sanningsenligt på enkätens frågor. Vid användning av enkäten för denna studie blev samtliga respondenter informerade om att enkäten var frivillig att besvara och att den var anonym. Detta förfaringssätt ökar möjligheten för att respondenterna svarar sanningsenligt. Ett annat problem som också har med validitet att göra är när respondenterna ska svara på frågor som handlar om någon annan än de själva. De kan ju svara så uppriktigt som möjligt men det finns ju en risk att de ändå uppger ett svar som egentligen inte stämmer överens med verkligheten. I föreliggande enkät finns det t.ex. en fråga om respondenternas föräldrar har/haft ”psykosociala problem”, dvs. om de har eller har haft problem med psykisk hälsa, alkohol och/eller narkotika. Uppfattning om vad som är t.ex. psykisk ohälsa kan ju vara

tolkningsfråga som är högst individuell. Det kan ju också vara tvärtom, att en ungdom inte har insikt om sina föräldrars problematik. För att få svar på i fall ungdomarnas föräldrar verkligen hade någon form av hälsoproblem skulle framtida studier kunna använda sig av till exempel registerdata från hälso- och sjukvården för att undersöka detta.

En svaghet med enkäten är frågan ”dricker du alkohol och i så fall hur ofta?”. Frågan anger inte någon konsumtionsmängd i svarsalternativen vilket medför ett tolkningsutrymme av resultaten. Exempelvis kan ett dryckestillfällen innehålla både mycket och lite alkohol medan flera dryckestillfällen kan också innebära lite och mycket. Det vill säga frågan svara bara på frekvens (antal tillfällen) men inte mängd per tillfälle. Även frågan om ”hur många gånger har du varit berusad den senaste 12 månadsperioden?”, ger utrymme för tolkning bland respondenterna då definitionen av berusning kan uppfattas olika bland individer.

För att få en djupare förståelse av ungdomarnas olika tolkningar och uppfattningar av enkätfrågorna skulle intervjuer kunna vara ett bra verktyg för att fånga upp det enkäten kanske missar. Det finns således en del begränsningar med att använda enkäter som forskningsmetod (Bryman 2008). Exempelvis finns det ingen möjlighet att ställa uppföljningsfrågor och i föreliggande studie fanns inte heller några öppna frågor som gav respondenterna möjlighet att använda egna ord som svar. Att göra några fördjupande intervjuer är därmed också något framtida studier skulle kunna genomföra. Dock finns det även begränsningar med intervjuer som forskningsmetod. Det är till exempel svårare att nå lika många respondenter som med en enkät. En annan begränsning är den så kallade intervjuareffekten vilket innebär att forskaren kan ha en påverkan på respondenterna vid intervjun vilket går att undvikas vid enkäter (Bryman 2008).

Bakgrundsvariablerna i föreliggande studie är med för att visa att det finns variation inom undersökningsgruppen som därmed inte är homogen. Det är dock liten variation inom undersökningsgruppen vad gäller ålder och födelseland. Studien säger alltså inget om andra åldrar och andra födelseländer inklusive hänsyn till etnicitet. Men vad gäller kön och gymnasieinriktning är det god variation. Dock finns det andra typer av gymnasieinriktningar som också skulle kunna ha undersökts. För variabeln ”skilda eller ej skilda föräldrar” är det ganska god variation. För att få en ännu större variation inom undersökningsgruppen skulle fler bakgrundsvariabler kunnat ha undersökts. Detta hade ökat generaliserbarheten och därmed ökat studiens potential att kunna representera populationen. Om studien dessutom

hade omfattat flera försökspersoner inom hela Sverige där urvalet hade varit obundet slumpmässigt så hade generaliserbarheten ökat markant (Bryman 2008). Dock bör det ändå understrykas att det totalt var 3419 intervjupersoner som hade besvarat enkäten vilket möjliggör en viss generalisering. Något som också kan ha betydelse för resultatets generaliserbarhet är att de elever med tyngst problem förmodligen inte var i skolan och deltog i studien. Alltså missar enkäten eventuella betydelsefulla respondenter som kunde ha bidragit till ett annat resultat.

Gällande uppdelning av arbetet har båda författarna varit delaktiga av samtliga delar av uppsatsen. Inledningsvis delades arbetet upp genom att Nadja Fahlke fokuserade på metod, resultat och analys medan Josefina Häll fokuserade på inledning, tidigare forskning och teori. Dock är båda författarna inlästa på alla delar av uppsatsen och har hela tiden haft en dialog.

Resultat

Bakgrundsinformation

I Tabell 1 presenteras data rörande bakgrundsinformation för hela undersökningsgruppen. Majoriteten av försökspersonerna var 18 år (78 %). Fördelningen mellan flickor (52 %) och pojkar (48 %) var jämn. Vidare hade drygt hälften (54 %) gått en gymnasieutbildning med teoretisk inriktning och 42 % hade gått en praktisk inriktning. Vad gäller födelseland var de flesta (92 %) födda i Sverige medan ett fåtal (8 %) var födda i ett annat land. Det var fler gymnasieelever med föräldrar som inte var skilda/separerade (69 %) än elever med skilda/separerade föräldrar (31 %).

Tabell 1 presenterar också data för grupperna FMP och FUP. Det fanns en övergripande signifikans på samtliga bakgrundsvariabler. Störst andel elever var 18 år både i FMP gruppen (74 %) och i FUP gruppen (80 %). Det var ungefär lika stor andel pojkar (50 %) som flickor (50 %) i FUP gruppen men det var betydligt större andel flickor (61 %) i FMP gruppen. Vad gäller gymnasieinriktning var de fler elever som gick en teoretisk utbildning oavsett om de tillhörde FUP eller FMP gruppen. Inom FUP gruppen var dock denna skillnad störst, 56 % läste en teoretisk utbildning och 40 % läste en praktisk utbildning. Det var signifikant fler som var födda i Sverige än i ett annat land oavsett vilken grupp eleverna tillhörde. Det var 92 % i FUP gruppen som var födda i Sverige och 89 % i FMP gruppen som var födda i Sverige. Det var en signifikant skillnad mellan FUP gruppen och FMP gruppen med avseende på elever vars föräldrar inte var skilda/separerade. Det var en större andel inom FUP gruppen (76 %) med ej skilda/separerade föräldrar i jämförelse med FMP gruppen (48 %).

Tabell 1.

Bakgrundsdata för hela undersökningsgruppen samt för FMP (barn till föräldrar med problem) och FUP (barn till föräldrar utan problem). Data presenteras som antal (n) och procent (%). Även χ^2 -, t-värde samt p-värde presenteras.

Variabler	Totala gruppen (n=3419)	FMP (n=794)	FUP (n=2626)	χ^2 -värde eller t-värde
Ålder n (%)				22,3***
17 eller yngre	378 (11)	91 (12)	287 (11)	
18	2686 (79)	585 (74)	2101 (80)	
19	276 (8)	90 (11)	186 (7)	
20 eller äldre	79 (2)	27 (3)	52 (2)	
Kön n (%)				29,2***
Pojke	1635 (48)	313 (39)	1322 (50)	
Flicka	1784 (52)	481 (61)	1303 (50)	
Gymnasieinriktning n (%)				12,5**
Praktisk	1371 (42)	359 (48)	1012 (40)	
Teoretisk	1776 (54)	371 (49)	1405 (56)	
Annat	115 (4)	24 (3)	91 (4)	
Födelseland n (%)				8,5**
Sverige	3133 (92)	707 (89)	2426 (92)	
Annat land	285 (8)	86 (11)	199 (8)	
Föräldrar civilstånd n (%)				217,2***
Skilda/separerade	1045 (31)	406 (52)	639 (24)	
Ej skilda/separerade	2346 (69)	371 (48)	1975 (76)	

Not: ** p < .01, *** p < .001

Psykisk hälsa, alkohol och narkotika

I Tabell 2 presenteras data rörande psykisk hälsa, alkohol och narkotika för hela undersökningsgruppen. För hela gruppen var medianen för ångest 10,0 poäng och depression 10,0 poäng. Vad gäller debutåldern för alkohol låg medelåldern på 14,8 år (sd=1,7) och för narkotika låg medianåldern på 16,0 år. Majoriteten av eleverna uppgav att de drack alkohol 1 gång i veckan eller mindre (92 %) medan resterande uppgav att de drack alkohol 2 gånger i veckan eller mer. Störst andel av respondenterna hade varit berusade färre än 11 gånger de senaste 12 månaderna (75 %) medan de övriga hade varit berusade 11 gånger eller mer de senaste 12 månaderna (25 %). Vad gäller hur eleverna ställde sig till påståendet ”det är helt okej att använda droger” ansåg flest (94 %) att påståendet inte stämde alls/särskilt bra medan resterande respondenter (6 %) ansåg att påståendet stämde ganska bra/precis.

I Tabell 2 presenteras också data rörande psykisk hälsa, alkohol och narkotika för grupperna FMP och FUP. Det fanns en övergripande signifikans på samtliga variabler för psykisk hälsa, alkohol och narkotika. Vad gäller ångest- och depressionsskalan hade FMP gruppen en signifikant högre medianpoäng (Md=13,0; Md=14,0) än FUP gruppen (Md=9,0; Md=9,0). FMP gruppen var signifikant yngre när de drack alkohol första gången (M=14,5, sd=1,7) än FUP gruppen (M=14,9, sd=1,7). FMP gruppen var även signifikant yngre när de testade narkotika första gången (Md=16,0) än FUP gruppen (Md=17,0).

Den största andelen av eleverna hade druckit alkohol 1 gång i veckan eller mindre, oavsett om de tillhörde FMP gruppen eller FUP gruppen. Dock var det något fler i FMP gruppen (13 %) som hade druckit alkohol 2 gånger i veckan eller mer jämfört med FUP gruppen (6 %). Den största andelen elever uppgav att de hade varit berusade färre än 11 gånger de senaste 12 månaderna, både inom FMP (71 %) och inom FUP (76 %) gruppen. Majoriteten av eleverna ansåg att påståendet ”det är helt okej att använda droger” inte stämde alls/särskilt bra. Det var dock något fler inom FMP gruppen (8 %) som ansåg att påståendet ”det är helt okej att använda droger” stämde ganska bra/precis jämfört med FUP gruppen (5 %).

Tabell 2.

Data gällande psykisk hälsa/alkohol/narkotika för hela undersökningsgruppen samt för FMP (barn till föräldrar med problem) och FUP (barn till föräldrar utan problem). Data presenteras som medelvärde (*M*) och standardavvikelse (*sd*), median (*Md*) eller som antal (*n*) och procent (%). Även χ^2 -, *u*-, *t*-värde samt *p*-värde presenteras.

Variabler	Totala gruppen (n=3419)	FMP (n=794)	FUP (n=2626)	χ^2 -, <i>u</i> - eller <i>t</i> -värde
Ångest <i>Md</i>	10,0	13,0	9,0	746934,0****
Depression <i>Md</i>	10,0	14,0	9,0	720587,5****
Debutålder alkohol <i>M (sd)</i>	14,8 (1,7)	14,5 (1,7)	14,9 (1,7)	5,6****
Dricker alkohol 2 ggr i veckan eller mer <i>n (%)</i>	264 (8)	99 (13)	165 (6)	32,7****
Dricker alkohol 1 gång i veckan eller mindre <i>n (%)</i>	3112 (92)	685 (87)	2427 (94)	
Berusad 11 ggr eller mer senaste 12 mån <i>n (%)</i>	861 (25)	229 (29)	632 (24)	7,5**
Berusad färre än 11 gånger senaste 12 mån <i>n (%)</i>	2523 (75)	556 (71)	1967 (76)	
Debutålder narkotika <i>Md</i>	16,0	16,0	17,0	27372,0****
Tycker det är helt okej att använda droger <i>n (%)</i>				9,9**
Stämmer inte alls-stämmer inte särskilt bra	3137 (94)	712 (92)	2425 (95)	
Stämmer ganska bra-stämmer precis	190 (6)	62 (8)	128 (5)	

Not: ** $p < .01$, **** $p < .001$

Not: ångest (>21 poäng = allvarliga problem), depression (>20 poäng = svår depression)

Interaktion mellan kön och familjetillhörighet (FUP & FMP)

Utöver jämförelserna mellangruppsjämförelserna mellan FUP och FMP analyserades även om kön i relation till dessa två grupper hade en interaktionseffekt. Vad gäller ångest fanns det en huvudeffekt för kön där flickorna hade signifikant högre ångestnivå ($p < .001$) och en huvudeffekt för familjeförhållanden där ungdomarna i FMP gruppen hade signifikant högre ångestnivå ($p < .001$). Vidare fanns det en interaktionseffekt som visar på att flickor i FMP gruppen är dem som har högst ångestnivå ($p < .001$) jämfört med de övriga tre grupperna (se tabell 3). Vad gäller depression återfanns exakt samma resultat som ångest vad gäller huvudeffekt och interaktionseffekt.

Avseende debutålder för alkohol och narkotika fanns endast en huvudeffekt för familjeförhållanden där ungdomarna i FMP gruppen hade en signifikant tidigare debutålder ($p < .001$ för båda variablerna; se även tabell 3).

Tabell 3.

Data gällande psykisk hälsa/alkohol/narkotika för flickor och pojkar inom grupperna FMP (barn till föräldrar med problem) och FUP (barn till föräldrar utan problem). Data presenteras som medelvärde (M) och standardavvikelse (sd).

Variabler <i>M (Sd)</i>	Pojke FUP (n=132)	Pojke FMP (n=313)	Flicka FUP (n=1303)	Flicka FMP (n=481)
Ångest	7,7 (6,9)	9,8 (7,8)	13,1 (7,7)	17,5 (8,9)
Depression	8,1 (7,0)	10,6 (8,2)	13,2 (8,4)	18,7 (10,3)
Debutålder alkohol	14,9 (1,8)	14,6 (1,8)	14,9 (1,6)	14,4 (1,7)
Debutålder narkotika	16,3 (1,5)	15,9 (1,6)	16,2 (1,4)	15,6 (1,6)

Not: ångest (>21 poäng = allvarliga problem), depression (>20 poäng = svår depression)

Analys och diskussion

Förväntade resultat

Föreliggande studie visar på att ungdomar som kommer från familjer med någon form av psykosocial problematik mår sämre avseende ångest och depression än ungdomar som inte kommer från familjer med denna problematik. Ungdomar vars föräldrar som har/haft psykosociala problem debuterar även tidigare med narkotika och dricker alkohol oftare än ungdomar vars föräldrar som inte har/haft denna problematik. Dessa resultat är i linje med tidigare forskning som tyder på att det finns ett samband mellan föräldrars psykiska hälsa/alkohol- och narkotikavanor och deras barns psykiska hälsa/alkohol- och narkotikavanor (Chassin, Pitts, DeLucia & Todd, 1999; Claezon, 1996; Lagerberg & Sundelin, 2000; Larm, 2012; Rydelius, 2003; Steinhausen, 1995). Det finns diskussioner inom forskningen huruvida detta samband handlar om socialt arv och/eller ett genetiskt arv mellan förälder och barn (Sigling, 2002).

Utifrån anknytningsteorin skulle man kunna tänka sig att det sociala arvet har en betydelse för barnets emotionella och sociala utveckling (Broberg m.fl., 2006). Föräldrar som har psykisk ohälsa och/eller alkohol/narkotika problematik medan barnet är litet har troligtvis svårare att etablera en god och trygg anknytning till sitt barn än en förälder utan problematik. Vidare har ett barn med en trygg anknytning till sina föräldrar troligtvis lättare än ett barn utan en trygg anknytning att etablera goda och trygga relationer med jämnåriga vilket är viktigt för det psykiska välmåendet. Dock framgår det inte i vår enkät om de föräldrar med psykosocial problematik har haft det sedan deras barn var små eller endast på senare tid. I det senare fallet skulle därmed anknytningsteorin inte vara tillämpbar på vår studie eftersom anknytningen äger rum i barnets tidiga åldrar.

Enligt Eriksons teori är det dessutom extra viktigt med goda vänner i 18-års ålder då vännerna speglar ungdomens självbild samt har en bidragande roll i lösandet av identitetsfasen (Erikson, 1968; Frisé & Hwang, 2006). Vidare menar Erikson på att det är ungdomstiden (13-18 år) som identitetskrisen för individer är som störst (Erikson, 1968). Med tanke på att respondenterna i vår studie redan befinner sig i denna känsliga fas i livet, där de försöker hitta sig själva, är det kanske inte så konstigt att de som har föräldrar med missbruksproblematik och/eller psykisk ohälsa påverkas ännu mer och löper större risk att själva utveckla missbruk

och/eller psykisk ohälsa jämfört med de som inte har föräldrar med denna problematik inom denna specifika åldersgrupp.

Om istället stress- sårbarhetsmodellen används som teoretisk utgångspunkt kan man tänka sig att barnets mående och beteende påverkas både av det sociala och genetiska arvet. Enligt modellen är det en kombination av personlighet, genetik, miljö och socialt nätverk som avgör vem som drabbas av olika svårigheter (Socialstyrelsen, 2010; Zubin & Spring 1977). För ett barn som exempelvis har en genetisk sårbarhet för psykisk ohälsa och dessutom lever i en missbruksfamilj med mycket otrygghet och stress, kan risken tänkas öka att barnet själv utvecklar psykisk ohälsa. Vidare kan andra faktorer som till exempel klass och socioekonomiska faktorer inom familjen tänkas påverka den psykiska hälsan för ungdomarna. Att ha det svårt ekonomiskt i en familj kan innebära påfrestning och stress som i sin tur kan påverka barnens psykiska välmående och beteende (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Barn som lever i familjer med problematik kan också tänkas ta på sig ansvaret för sina föräldrar och syskon (Bengtsson & Gavelins, 2004). Detta kan innebära påfrestning och stress som skulle kunna leda till psykisk ohälsa och missbruk hos barnet (Nordenfors, Melander & Daneback, 2014; Dearden & Becker, 2000) och Socialstyrelsen (2014: 25). Dock kan andra betydelsefulla personer utanför familjen, som t.ex. lärare eller vänner utgöra skyddsfaktorer vilket minskar risken att barnet mår dåligt (Gustafsson, 1996).

Alla dessa nämnda faktorer; barnets genetiska förutsättning, familj, vänner, övrigt socialt nätverk, skola m.m. går även i linje med Bronfenbrenners teori om utvecklingsekologi (Andersson, 2002). Teorin understryker vikten av samspelet och interaktionen mellan dessa faktorer avseende barnets sociala, psykiska och känslomässiga utveckling (ibid). Enligt denna teori skulle således respondenternas psykiska ohälsa samt drogvanor kunna förklaras genom ett socialt och genetiskt arv från föräldrarna men även genom andra faktorer vilka föräldrarna inte är kopplade till. Vilka faktorer som väger tyngst är dock svårare att svara på då samspelet mellan faktorerna är högst komplext och individuellt.

Andra resultat

Vad gäller ungdomarnas debutålder för alkohol, antal gånger de varit berusade samt inställning till narkotika fanns det ingen större skillnad mellan de ungdomar vars föräldrar har/haft problematik och de ungdomar vars föräldrar inte har/haft problematik. Vi hade dock förväntat oss en större skillnad mellan grupperna eftersom tidigare forskning indikerar på det

(Claezon, 1996; Lagerberg & Sundelin, 2000). Det kan vara möjligt att om vi hade kontrollerat för andra variabler eller undersökt ungdomar i ett större åldersspann hade studien fått ett annat utfall avseende dessa variabler.

Det skulle dock kunna vara så att det inte föreligger någon större skillnad mellan dessa grupper avseende debutålder för alkohol, antal gånger de varit berusade samt inställning till narkotika på grund av att andra faktorer, som exempelvis bostadsområde och vilken typ av umgänge/vännskapskrets ungdomarna har (då gruppträck kan tänkas ha en verkan på vissa individer), har större inflytande på ungdomarna än vad ungdomarnas familjeförhållanden har.

Genusperspektiv

Utifrån resultaten kan man utläsa att flickorna mår betydligt sämre avseende depression och ångest jämfört med pojkarna. Kommer flickan dessutom från en familj med problematik är sannolikheten stor att hon mår ännu sämre. En viktig aspekt att ha i åtanke är dock att det är hur flickorna själva har skattat sitt mående. Mår flickor faktiskt sämre än pojkar eller finns det någon annan förklaring till denna skillnad? Har flickor kanske större acceptans vad gäller sina negativa känslor än pojkar och i så fall varför? Enligt Hirdmans (1988) genuskontrakt tillskrivs män och kvinnor olika egenskaper utefter de rådande normerna i samhället. Inte sällan förväntas kvinnan vara känslig och ömtålig medan mannen ska vara stark och okänslig (*ibid*). Om man utgår från Hirdmans teori skulle det kanske kunna vara så att flickorna accepterar sina negativa känslor och därmed vågar uttrycka dem i enkäten i högre grad än pojkarna. Även Hovelius & Johansson (2004) och Schofield m.fl. (2000) menar på att flickor och pojkar ges olika möjligheter att uttrycka sina negativa känslor på grund av att de har socialiserats in i olika roller i samhället. Om nu den rådande samhällsnormen sätter krav på att pojkarna ska vara okänsliga hur hög är då sannolikheten att de kommer vilja uttrycka att de har ångest- och depressionssymtom? Det finns forskning som visar på att flickor i större utsträckning tar större skada av sina föräldrars missbruk än vad pojkar gör (Bygholm & Bilénbergs, 2000). Studien visar även på att i familjer där mammor har missbruksproblem har döttrarna högre depressionspoäng jämfört med sönerna medan i familjer där pappor har missbruksproblem har istället sönerna högre depressionspoäng än döttrarna (*ibid*). Utifrån denna studie skulle man kunna tänka sig att respondenternas föräldrar med problematik till största del utgjordes av kvinnor. Hade det istället varit fler pappor än mammor med problematik hade kanske det varit fler pojkar än flickor som visat på psykisk ohälsa.

Utifrån resultaten kan man se att de är fler flickor än pojkar som kommer från en familj med någon form av problematik. Även här är det dock viktigt att poängtera att det är flickorna själva som har angett att de kommer från en familj med problematik. Är kanske flickor mer lyhörda för föräldrarnas problematik på grund av exempelvis högre EQ (emotionell intelligens kvot)? Eller tillskriver flickorna kanske sina föräldrar mer problem och i så fall varför? Om man återigen utgår från Hirdmans genuskontrakt (Hirdman 1988) skulle man kunna tänka sig att om nu flickor accepterar sina egna känslor och är vana att uttrycka dem i högre utsträckning än pojkar, kanske de även har lättare än pojkarna att beskriva andras känslor. Det kanske till och med kan vara så att föräldrar delar med sig av sina problem i högre utsträckning till döttrar än till söner eftersom de kanske tror att flickor kan "hantera känslor" bättre än pojkar. Är tonårskillar kanske en ouppmärksam grupp i samhället som "glöms av" när man talar om psykisk ohälsa? Kanske behöver denna grupp lyftas fram i socialt arbete och undersökas närmare.

Framtida forskning

Föreliggande studie testar inte för vilken typ av problem föräldrarna till respondenterna har/haft (ex. droger eller psykisk ohälsa) i relation till elevernas psykiska hälsa samt alkohol- och narkotikavanor. Istället har föräldrarnas olika typer av problematik slagits ihop till en variabel med två utfall; föräldrar med psykosociala problem eller inte. Att särskilja föräldrarnas typ av problem och sedan testa dem i relation till andra variabler är något som vidare forskning skulle kunna undersöka för att få en djupare förståelse kring hur olika typer av problem hos föräldrarna påverkar deras barn. För att dessutom ta reda på om respondenterna som svarade att de mår dåligt i enkäten senare i livet utvecklade psykisk ohälsa samt missbruk skulle en fortsatt uppföljningsstudie kunna göras. En ytterligare aspekt framtida studier skulle kunna undersöka är huruvida det finns variabler som möjligtvis har en inverkan på resultatet som föreliggande studie inte har kontrollerat för. Exempelvis visade resultaten på att en stor variation av föräldrars civilstånd (skilda/separerade och ej skilda/separerade) inom FUP gruppen. Hade det funnits mer tidsutrymme hade det varit intressant att undersöka i fall det fanns en interaktion mellan familjetillhörighet (dvs. FMP gruppen eller FUP gruppen) och civilstånd med avseende på psykisk ohälsa samt debutålder för alkohol och narkotika.

Vi är medvetna om att vi har valt ut några teoretiska utgångspunkter för att analysera vårt material vilket medför en begränsning av analysen. För att förstå materialet ur andra

synvinklar och perspektiv skulle andra teorier kunna användas. Dock hade vi en begränsad tidsram vilket innebar att vi var tvungna att hålla oss till några stycken teorier. För en bredare och djupare förståelse av resultatet skulle framtida studier kunna använda andra teorier för analys och diskussion. För att testa om de signifikanta resultaten har en klinisk/praktisk betydelse bör effektstorleken prövas (ex. Cohens effektstorlek). Dock testade vi inte detta på grund av tidsbrist. Å andra sidan går majoriteten av de signifikanta resultaten i linje med många andra studier vilket skulle kunna indikera på att de har en klinisk betydelse.

Referenser:

- Anderberg, U.M. (2001) Stressrelaterade syndrom –den nya tidens ohälsa. *Läkartidningen*. 98 (51-52), 5860-5863.
- Andersson, B-E. (1986) *Utvecklingsekolog*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. (2002): ”*Utvecklingsekologi och sociala problem*” i Meeuwisse/Swärd (red) (2002): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Beck, J.S., Beck, A.T. & Jolly, J.B. (2001). *Beck Youth Inventories Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bengtsson, A-B. & Gavelin. I. (2004). *Familjer och Missbruk. Om glömda barn och glömda föräldrar* (3 uppl.). Visby: Books on Demand.
- Bowlby, J. (1994): *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T- & Risholm Mothander, P. (2007) *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Natur och kultur.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber AB.
- Byholm Christensen, H. & Bilenberg, N. (2000). Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 9:219-226.
- Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN 2012).
- Chassin, L., Pitts, S., DeLucia, C. & Todd, M. (1999). A Longitudinal Study of Children of Alcoholics: Predicting Young Adult Substance Use Disorders, Anxiety, and Depression . *Journal of Abnormal Psychology*. 108:106-119
- Claezon, I. (1996) *Mot alla odds – barn till narkotikamissbrukare berättar om sin uppväxt*. Stockholm: Mareld.

- Cuijpers, P (2005) Prevention programmes for children of problem drinkers: A review. *Drugs: Education, prevention and policy*. 12(6):465–475.
- Dearden, C. & Becker, S. (2000) Young carers' transitions into adulthood. *Joseph Rowntree Foundation*, The Homestead, 40 Water End, York.
- Erikson, E.H. (1968) *Ungdomens identitetskriser*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eurocare (1998) Alcohol problems in the family. A report to the European Union. A joint project of EURO CARE and COFACE (Confederation of Family Organisations in the European Union). *European Alcohol Policy Alliance*.
- Folkhälsoinstitut (2008). *Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem*. Omfattning och analys. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Frisén, A. & Hwang, P. (red.) (2006) *Ungdomar och identitet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Furman, B. (1998). *Det är aldrig försent att få en lycklig barndom*. Stockholm: Natur och kultur.
- Glistrup, K. (2005). *Det barnet inte vet ...har de ont av*. Stockholm: Runa Förlag.
- Grant, B. (2000) Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health*. 2000, 90 (1) :112-115.
- Gunnarsson, M. (2012) Doktorsavhandling: *Psychological factors associated with substance use in adolescents*. Göteborg: Ineko AB.
- Gustafsson, M. (1996) *Insatser för barn till missbrukare*. Folkhälsoinstitutet 1996:107.
- Hansen, F.A. (1995) *Barn i familjer med missbruksproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Hellsten, T. (1998) *Flodhästen i vardagsrummet*. Bokförlag: Verbum.
- Hirdman, Y. (2003) *Genus - om det stabila föränderliga form*. Liber.
- Hjern, A., Arat, A. & Vinnerljung, B. (2014) *Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder?* Nationellt kompetenscentrum anhöriga. Stockholms universitet och Karolinska Institutet.
- Hovellius, B., & Johansson, E.E. (2004) *Kropp och genus i medicinen*. Studentlitteratur AB

- Klefbeck J. & Ogden, T. (2003) *Barn och nätverk*. Stockholm: Liber AB.
- Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn: forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Gothia.
- Larm, P. (2012) *Internetbaserade stöd-grupper för barn som växer upp i familjer med missbruk – vad säger forskningen?* Rapport 131. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Lindén, G. (2002): "Psykodynamiska perspektiv på sociala problem" i Meeuwisse/Swärd (red) (2002): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Moore, C. & Waltré, E. (2001). *Råd till föräldrar: När den psykiska hälsan vacklar*. Värnamo: Fälth & Hässler.
- Nilzon, R.K. (1995). *Barn och depression*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordenfors, M., Melander, C. & Daneback, K. (2014) *Unga omsorgsgivare i Sverige*. Göteborgs Universitet.
- Purcell, SM., Wray, NR., Stone, JL., Visscher, PM., O'Donovan, MC., Sullivan, PF. & Sklar, P. (2009). Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *International Schizophrenia Consortium, Nature*. 460:748–52.
- Rydellius, I. (2003): Nygaard Christoffersen & Soothill. The long term consequences of parental alcohol abuse. Köpenhamn: *Danish national institute of social search*.
- Schofield, T., Connell, R.W., Walker, L., Wood, J.F. & Butland, D.L. (2000) Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. *J Am Coll Health*. 48(6):247-56.
- Sigling, I-L. (2002). *Att möta barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Katarina Tryck AB.
- Skervfving, A. (2005). *Att synliggöra de osynliga barnen: om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Upplaga 1. Gothia Fortbildning AB.
- Socialstyrelsen (1999) *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*.
- Socialstyrelsen (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården*.

Socialstyrelsen (2009) *Barn och unga i familjer med missbruk*. Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer.

Socialstyrelsen (2010) *Ledsna barn*.

Socialstyrelsen (2013) *Barn som anhöriga*. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider.

Socialstyrelsen (2014) *Anhöriga som ger omsorg till närstående*. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser.

Steinhausen, H-C. (1995). Children of alcoholic parents: a review. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 4 (3):143-152.

Sundhedsstyrelsen (2009) *Metoder i familieorienteret alkoholbehandling—om at inddrage partner og børn*. Köpenhamn.

Sundquist, J., Sundquist, K. & Kendler, K. (2012) Genetic and Familial Environmental Influences on the Risk for Drug Abuse: A National Swedish Adoption Study. *Archives of General Psychiatry*. 2012; 69(7):690-697.

Werner, E. E. & Smith R. S. (1992). *Overcoming the odds- high risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press.

Wiik, A., Balk, M. & Julkunen, I. (2014) *Psykisk sjukdom är aldrig enbart ett individuellt problem: Professionella diskuterar familjens och vännerens roll i vårdprocessen*. Mathilda Wrede-institutet. Helsingfors.

Wikander, B. (1988) *Utveckling hela livet*. Stockholm: Hagmans.

Woititz, J.G. (2002) *Vuxna barn till alkoholister*. Södertälje: Larsons förlag.

Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 86:103-126.

Bilaga 1.

1. Hur gammal är Du?

17 år eller yngre

18 år

19 år

20 år eller äldre

2. Är Du man eller kvinna?

Kvinna

Man

3. Läser Du praktiskt eller teoretiskt program på gymnasiet?

Praktiskt

Teoretiskt

Annat

5. Var är Du född?

Sverige

Annat nordiskt land (Danmark, Norge, Finland, Island)

Europa (utan Sverige och Norden)

Övriga världen

7. Är Dina föräldrar skilda/separerade?

Ja

Nej

12. Har någon eller några i Din biologiska familj nu eller tidigare haft problem med alkohol, droger eller psykisk hälsa?

Du behöver inte ange hur många familjemedlemmar. Om Du inte har någon av de angivna biologiska familjemedlemmarna kryssa för rutan "har ej några/någon biologiska syskon/förälder".

Vet ej, Alkohol, Narkotika, Psykisk hälsa, Inga problem, Har ej några/någon biologiska syskon/förälder

a Hellsyskon

b Pappa

c Mamma

Här följer två frågor med ett antal påståenden som beskriver hur man kan tänka och känna. Läs varje mening noga och markera med ett kryss det du tycker passar bäst in på dig, under de senaste 2 veckorna. Det finns inga svar som är rätt eller fel, det viktiga är vad du själv tycker.

14. Aldrig, Ibland, Ofta, Alltid

a Jag är rädd för att någon skall vara dum mot mig i skolan

b Jag drömmer om hemska saker

c När jag är i skolan känner jag mig orolig

d Jag tänker på hemska saker

e Jag är rädd för att bli retad

- f Jag är rädd för att göra fel
- g Jag blir nervös
- h Jag är rädd för att råka ut för en olycka
- i Jag oroar mig för hur jag ska klara mitt skolarbete
- j Jag är orolig för hur det ska gå för mig i framtiden
- k Jag känner mig spänd i kroppen
- l Jag är rädd för att bli konstig
- m Jag är rädd för att andra ska bli arga på mig
- n Jag är rädd för att göra bort mig
- o Jag oroar mig för allt möjligt
- p Jag har svårt att sova
- q Jag känner mig darrig
- r Jag är rädd för att något hemskt ska hända mig
- s Jag är rädd för att bli sjuk
- t Jag låter bli att göra vissa saker på grund av oro

16. Aldrig, Ibland, Ofta, Alltid

- a Jag tycker jag har ett dåligt liv
- b Jag har svårt att komma igång med saker
- c Jag känner mig misslyckad
- d Jag sover dåligt
- e Det känns som ingen tycker om mig
- f Jag tycker det är mitt fel när det går dåligt

g Jag känner mig ensam

h Jag har ont i magen

i Jag känner mig dum

j Jag tycker att jag gör saker dåligt

k Det känns som om ingenting är roligt

l Jag tycker illa om mig själv

m Jag vill helst vara ensam

n Det känns som om jag vill gråta

o Jag känner mig ledsen

p Det känns som jag inte bryr mig om någonting

q Det känns hopplöst när jag tänker på framtiden

r Jag känner mig trött

s Det känns som det skulle vara bättre om jag inte fanns

t Jag har ont i kroppen

24. Dricker Du alkohol och i så fall hur ofta?

Dricker inte alkohol

1 gång om året eller mer sällan

2-6 gånger om året

1 gång i månaden

2 gånger i månaden

1 gång i veckan

2 gånger i veckan

Varannan dag

Varje dag

25. Hur många gånger har Du varit berusad den senaste 12 månadersperioden?

Ingen gång

1 gång

2-4 gånger

5-10 gånger

11-20 gånger

21-50 gånger

mer än 50 gånger

26. Hur gammal var Du första gången Du kände Dig berusad av alkohol?

..... år

Har aldrig druckit alkohol

Vet ej

28. Vilken är Din inställning till narkotika?

Stämmer inte alls, Stämmer inte särskilt bra, Stämmer ganska, bra Stämmer precis

- Jag tycker det är helt okej att använda droger
- Jag tycker det är upp till var och en om man vill använda droger eller inte
- Jag tycker det är helt fel att använda droger

30. Vilken erfarenhet har Du av narkotika?

(Exempelvis hasch, marijuana, amfetamin, ecstasy, kokain, heroin eller GHB samt här även tabletter/läkemedel som inte används enligt läkares anvisningar utan exempelvis i berusningssyfte, för att må bra eller av nyfikenhet.)

Jag har aldrig provat

Jag har provat, första gången var jag (fyll i) år gammal

Vet inte om jag provat