

**Henning Mohaupt, Rogaland A-senter
Fanny Duckert, Korfor**

**BARN AV RUSMIDDELMISBRUKERE
EN KUNNSKAPSOPPSUMMERING**

Korfor-rapport 2009/01

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon.....	4
1.1 Bakgrunn og problemstillinger.....	6
1.1.1 Metode.....	7
1.1.2 Diskusjon av begrepet ”barn av rusmiddelmissbrukere”.....	8
1.1.3 Begrepsavklaring.....	9
2.0 Risikofaktorer.....	10
2.1 Arvelighet.....	10
2.1.1 Innledning.....	10
2.1.2 Nevrofysiologiske og endokrine markører for en genetisk predisposisjon for rusavhengighet.....	10
2.1.3 Sammenfatning.....	12
2.2 Barn eksponert for morens rusmisbruk på fosterstadiet.....	13
2.2.1 Innledning.....	13
2.2.2 Påvirkning av alkohol for fosterets utvikling.....	13
2.2.3 Påvirkning av narkotiske stoffer for fosterets utvikling.....	14
2.2.4 Påvirkning av metadon og buprenorfin for fosterets utvikling.....	16
2.2.5 Sammenfatning.....	17
2.3 Tilknnytning.....	18
2.3.1 Tilknnytningsteori og relasjonell psykoanalytisk utviklingstenkning.....	18
2.3.2 Rusmiddelavhengighet og forutsetningene for adekvat tilknnytning.....	19
2.3.3 Sammenfatning.....	20
2.4 Foreldres psykiske tilleggsbelastninger.....	22
2.4.1 Innledning.....	22
2.4.2 Funn.....	22
2.4.3 Sammenfatning.....	25
2.5 Vold.....	26
2.5.1 Innledning.....	26
2.5.2 Funn.....	26
2.5.3 Sammenfatning.....	27
2.6 Sosioøkonomisk status.....	27
2.6.1 Innledning.....	27
2.6.2 Funn.....	28
2.6.3 Sammenfatning.....	28
2.7 Kjønn.....	29
2.7.1 Innledning.....	29
2.7.2. Kjønnsspesifikke aspekter hos barna.....	30
2.7.2 Kjønnsspesifikke aspekter ved foreldrene.....	31
2.7.3 Sammenfatning.....	31
2.8 Type Rusmisbruk hos foreldrene.....	32
2.8.1 Innledning.....	32
2.8.2. Sammenheng mellom forskjellige typer rusmiddelmissbruk og andre variabler....	33
2.8.3 LAR og foreldreskap.....	34
2.9 Mestringsatferd hos barn i rusfamilier.....	35
2.9.1 Innledning.....	35
2.9.2 Destruktiv Parentifisering.....	36
2.9.3 Sammenfatning.....	38

2.10 Beskyttende faktorer	38
2.10.1. Innledning.....	38
2.10.2 Funn.....	40
2.10.3. Sammenfatning.....	40
3.0 En heterogen gruppe trenger et variert tilbud	41
3.1. Innledning.....	41
3.2 Screening	43
3.3 Utredning.....	46
3.4 Behandling	48
3.4.1 Familiebehandling	49
3.4.2 Individuell behandling for barnet	50
3.4.3 Individuell behandling for foreldrene.....	50
3.4.4 Gruppebehandling for barn og ungdommer	51
3.4.5 Gruppebehandling for voksne pårørende	51
3.4.6 Sammenfatning.....	52
4.0 Sammenfatning.....	52
5.0 Referanser	54

Appendix 1: Children of Alcoholics Screening Test (CAST).

1.0 Introduksjon

At barn av foreldre med rusmiddelproblemer anses som en risikogruppe som mangler et adekvat tilbud innenfor første - og andrelinjetjenestene i Norge har blitt påpekt av behandlere og forskere (Solbakken & Lauritzen, 2006).

Det har lenge vært enighet om at barn av rusmisbrukere er en risikogruppe som gjennom å vokse opp med ustabile omsorgspersoner utsettes for en rekke belastninger, som i sin tur kan føre til psykiske problemer i barndom og ungdom og rusmisbruk i ungdom og tidlig voksen alder (Lingaard, 2006; Sher, 1997). Mye av kunnskapsgrunnet for slike oppfatninger har kommet fra kliniske miljøer. Resultatet har vært at barn av rusmisbrukere som gruppe ofte har blitt beskrevet i generelle og utydelige termer, og med et ensidig fokus på de barna som faktisk utvikler problemer, mens det har vært mer uklart hva som karakteriserer barn av rusmisbrukere som utvikler seg uten problemer. Det har manglet systematisk kunnskap og forskning på gruppen som helhet som har kunnet være anvendelig for utarbeidelse av kliniske intervensjoner (Sher, 1997). Fram til slutten av 1990-tallet handlet forskning på barn som vokser opp med foreldres rusmiddelmisbruk i hovedsak om voksne barn av alkoholikere eller påvirkning av fosteret gjennom mors alkohol- eller narkotikamisbruk (Johnson & Leff, 1999; Sher, 1997). I løpet av de siste 10 år har det blitt forsøkt å avgrense faktorer som man antar er viktige i de prosessene som gjør foreldrenes rusmiddelmisbruk til en kilde for sårbarhet for barna, som for eksempel familiedynamikk i familier med en eller flere rusmisbrukende foreldre (Lingaard, 2006; Saatcioglu, Erim & Cakmak, 2006) eller sosioøkonomisk status (Wiles, Lingford-Hughes, Daniel, Hickman, Farrell, Macleod, Haynes, Skapinakis, Araya & Lewis, 2007). Det har også kommet frem data fra longitudinelle studier som har undersøkt en rekke enkeltvariablers betydning i utviklingen av barn med rusmisbrukende foreldre, som eksternaliserende psykopatologi (Schuckit et al, 2003), barnas kjønn (Furtado, Laucht & Schmidt, 2006) og psykiske lidelser som tilleggsbelastning hos foreldrene (Onnahessian et al, 2004).

Moe og Slinning (2002) har påvist heterogeniteten i gruppen ”barn født av kvinner med et rusmiddelproblem”. De peker på viktigheten av å komme bort fra en forskningsmodell som prøver å undersøke en direkte kausal sammenheng mellom bestemte rusmidler og konkrete skadevirkninger i ettertid. Moe og Slinning (2002) mener at man i fremtidig forskning på

dette feltet må ta høyde for det store antallet av både beskyttende faktorer, samt andre risikofaktorer som kan påvirke et barn utsatt for rusmidler i mors liv, under spedbarnstid, og i tidlig barndom. Det har også blitt påpekt at tilstedeværelse av en til to alvorlige risikofaktorer i barnets oppvekst har få konsekvenser for eksempelvis barnets kognitive utvikling. Men at dette forverrer seg dramatisk når en tredje risikofaktor er til stede. Et ytterlig tydelig funksjonsfall kan ses ved seks eller flere risikofaktorer (Gance-Cleveland, Mays & Steffen, 2008).

Forskningen på feltet har blitt mer og mer spesifikk og man har etter hvert funnet paradigmer som avgrensner forskjellige undergrupper, gir nyttig kunnskap om hvilke aspekter ved foreldrenes rusmisbruk som utsetter barna for risiko, og hvordan disse faktorer kombinerer med hverandre. Det har også kommet frem viktig kunnskap om beskyttende faktorer. Samlet vil dette kunne gi retningslinjer for utvikling av kunnskapsbaserte intervensjoner for denne gruppen.

1.1 Bakgrunn og problemstillinger

En rapport fra Statens Institutt for Rusmiddelforskning (Solbakken & Lauritzen, 2006) har slått fast at det er en mangel på koordinerte tilbud for barn av foreldre med rusmiddelproblemer i Norge. Både på førstelinjenivå og innenfor spesialisthelsetjenestene for rusbehandling, psykiatri og somatikk finnes det en rekke isolerte, velfungerende tiltak, men samhandling mellom forskjellige etater og instanser foregår i altfor liten grad. Videre er de få tilbudene som finnes sårbare for utskiftninger blant fagpersoner på feltet, og det er generelt lav kompetanse i helse- og sosialvesenet for øvrig om hvilke risikofaktorer et rusmiddelproblem i familien fører med seg for de pårørende. Spesielt har det blitt påpekt at det ikke foreligger gode nok rutiner innfor den spesialiserte rusbehandlingen for å fange opp barn berørt av rusmisbruk i familien. Likeså mangler det rutiner for å kartlegge foreldrenes rusvaner når man møter barn innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

I 2006 kom rundskriv IS-5 2006 fra Sosial – og Helsedirektoratet som anmodet alle psykiatriske poster og enheter innen den tverrfaglig spesialiserte rusomsorgen om å systematisk innhente informasjon om hvorvidt brukerne av tjenestene har barn og om disse barna trenger et hjelpetilbud som følge av foreldrenes psykiske og / eller rusmiddelproblemer (Sosial og Helsedirektoratet, 2006).

Denne kunnskapsoppsummeringen; ”barn av rusmiddelavhengige”, vil være i tråd med punktene i dette rundskrivet. Hovedmålgruppen er den tverrfaglig spesialiserte avhengighetsbehandlingen i Norge. Kunnskapsoppsummeringen vil munne ut i en oppsummering av sentrale punkter som anses å være nyttige i det kliniske møte med barn av rusavhengige, eller når foreldreskap er et tema i løpet av behandlingen. Punktene som undersøkes skal kunne danne et bakteppe for en grundig kartlegging av familiesituasjonen og kunne fungere som grunnlag for behandlingsplanlegging for både barn og voksne, ved behov. De sentrale spørsmålene denne gjennomgangen ønsker å belyse er følgende:

- *Hva sier forskning om skadevirkningene av foreldres rusmiddelmisbruk for deres barn?*
- *På hvilken måte antar man at ulike risikofaktorer samvarierer i forhold til utviklingen av psykiske vansker eller sosiale problemer under barnas oppvekst?*

- *Hvilke faktorer anses å være mest skadelige for barnet på forskjellige utviklingstrinn?*
- *Hvilke tiltak finnes det i dag for denne målgruppen i Norge?*

Vi vil drøfte konseptet ”barn av rusmisbrukere” og avklare vår forståelse av gruppen i denne rapporten.

1.1.1 Metode

Denne rapporten er basert på eksisterende faglitteratur på feltet. Litteratur som er inkludert i denne gjennomgangen omfatter fagartikler som omhandler kliniske studier, longitudinelle oppfølgingsstudier, meta-analyser, reviews, og bokkapitler. Litteratur som har hovedfokus på foreldrenes rusmisbruk og dets konsekvenser for barn har blitt inkludert etter følgende hovedkriterier:

- Longitudinell studie, sammenlignende studie, meta-analyse eller reviewartikkel som er frittstående eller del av en bok og som ikke er publisert tidligere enn 2000. I enkelte tilfelle har litteratur eldre enn dette blitt inkludert, grunnet historisk relevans og / eller antatt aktualitet. Årsaken til at år 2000 ble valgt som grense er at det finnes mange beskrivelser av enkle målinger av gruppen ”barn av rusavhengige” på ulike variabler mellom 1970 og 2000, men forsvinnende få longitudinelle oppfølgingsstudier. Det er vanskelig å beskrive en gruppes forhold til en gitt variabel ved hjelp av enkeltstående, tidsfestede målinger, spesielt når gruppen er sammensatt av barn under utvikling og på forskjellige utviklingstrinn. Denne erkjennelsen synes å ha blitt inkorporert av relevante forskningsmiljøer etter årtusenskiftet og har gjort at nyere undersøkelser på området bedre har kunnet spesifisere effektene av de rusrelaterte variablers påvirkning på barnas utvikling.
- Barn under 18 år som blir påvirket av rusmisbruket til en eller begge av foreldrene gjennom følgende variabler: arvelighet / genetikk; påvirkning av fosteret under svangerskapet og miljømessige faktorer.
- Så langt det har vært mulig inkluderes skandinavisk og europeisk litteratur. Hovedandelen av funnene stammer imidlertid fra amerikanske miljøer, og det er i hver enkelt presentasjon blitt vurdert i hvilken grad funn fra en annen sosioøkologisk virkelighet enn den norske kan oversettes til norske forhold.

Det understrekes at det på grunn av det begrensede omfanget av denne kunnskapsoppsummeringen ikke har vært mulig å favne all aktuell litteratur som er tilgjengelig. Denne gjennomgangen har som formål å identifisere de viktigste faktorer å ta hensyn til når man skal etablere et tilbud til barn av rusavhengige, og litteraturen er valgt ut fra dette hensynet..

1.1.2 Diskusjon av begrepet ”barn av rusmiddelmissbrukere”

Det har blitt påpekt at barn av rusmisbrukere er en stor og meget heterogen gruppe (Lingaard, 2006; Moe & Slinning, 2004). Likevel refereres det i dag fremdeles til en gruppe med en antatt felles problematikk og sårbarhet innenfor psykiatrien og den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen, i den grad mindreårige pårørende blir anerkjent som en behandlingmessig utfordring og forpliktelse i det hele tatt. Når en ser nærmere på de forskjellige undergruppene som blir referert til i forskningssammenheng, blir behovet for en mer differensiert tilnærming til barn som per i dag faller under betegnelsen ”barn av rusmisbrukere” tydelig.

I denne rapporten vil det være referanser til studier som spesifikt undersøker forhold knyttet til barn utsatt for multiple rusmidler i mors liv under svangerskapet (Slinning, 2004), barn utsatt for alkohol under svangerskapet (Alvik, 2007), barn av alkoholmisbrukere (Lingaard, 2006), barn av opiatavhengige (Kelley & Fals-Stewart, 2004), barn av mødre i LAR (Hans, 2000), barn med foreldre med rusmisbruk og en komorbid psykisk lidelse (Nunes et al, 1999), barn med alkoholavhengighet hos besteforeldrene (Schuckit et al, 2003), barn utsatt for vold i et rusbelastet hjem (Nicholas & Rasmussen, 2006), og voksne barn av alkoholavhengige (Sher, 1997). Alle disse studiene kan sies å omfatte gruppen ”barn av rusmisbrukere”, men det blir tydelig at dette er en paraplybetegnelse som omfavner svært forskjellige fenomener. Videre at det er forskjellige utgangspunkter, både biologisk og sosialt, for tidlig utvikling og tilknytning, psykisk og somatisk modning, psykisk og fysisk helse hos barn og foreldre, og sosioøkonomisk status i de respektive undergruppene.

Både i klinisk og forskningssammenheng vil det være viktig å spesifisere så tydelig som mulig hvem man har å gjøre med innenfor paraplybetegnelsen: ”barn av rusmisbrukere”. Slik vil ”gutt i førskolealder som vokser opp med to foreldre hvorav far bruker opiater og alkohol” gi helt andre implikasjoner for klinisk hypotesedannelse og utredning enn ”sønn av mannlig rusmisbruker”. Ved å være mest mulig spesifikk i beskrivelsen av type rusmiddelproblem og

eventuelle tilleggsbelastninger hos de enkelte familiemedlemmer, vil det også være enklere å utvikle en mer spesialisert praksis rettet inn mot de ulike utfordringene en står overfor i denne gruppen.

1.1.3 Begrepsavklaring

I denne rapporten vil vi referere til ”barn av rusmisbrukere” i vid forstand, siden vi ønsker å favne variasjonsbredden i hvordan forskjellige typer rusmisbruk og deres følgetilstander vil påvirke det enkelte barns livssituasjon. ”Barn av rusmisbrukere” og ”Barn av rusmiddelmissbrukere” vil vekselvis bli brukt til å beskrive barn som vokser opp med en eller flere voksne omsorgsgivere som misbruker alkohol, medikamenter og / eller narkotiske stoffer som opiater, sentralstimulerende midler (amfetamin, kokain) eller Cannabis, og / eller som er biologiske barn av slike uten å nødvendigvis leve sammen med dem. Vi vil avgrense gruppen som undersøkes til å omfatte mindreårige (0-18år).

Vi er klar over at det finnes en stor gruppe voksne barn av rusmisbrukere - særlig har gruppen voksne barn av alkoholmisbrukere fått en del oppmerksomhet i forskningssammenheng og i den kliniske litteraturen (Sher, 1993, 1997; Schuckit et al, 2003). Siden disse jo også har vært barn en gang kan denne rapporten også leses med særlig fokus på de hjelpesøkende i behandlingsapparatet som i voksen alder presenterer en historie med rusmisbruk i hjemmet under oppveksten.

Vi vil i det følgende presentere forskningsresultater som er relevante for utformingen av et tilbud som direkte retter seg til barn av rusmiddelmissbrukere. Vi vil fokusere på forskjellige typer risikofaktorer og, i den grad det er mulig, prøve å knytte disse risikofaktorene til avgrensede utviklingsperioder. Vi vil oppsummere de mest sentrale risikofaktorene og for hvert punkt presentere de mest relevante forskningsresultater publisert siste 10 år.

Avslutningsvis vil vi drøfte implikasjoner av funnene i lys av klinikk og praksis i det norske helse- og sosialvesenet og de spesifikke utfordringer og behov som finnes her .

2.0 Risikofaktorer

2.1 Arvelighet

2.1.1 Innledning

Arvelige faktorer har vist seg til å spille en viktig rolle i utviklingen av psykiske problemer og egne avhengighetsproblemer hos barn av rusmisbrukere. Det finnes en rekke funn fra tvillingstudier (for eksempel Elkins et al, 2004) og kartleggingsstudier av sentralnervøs funksjon hos barn av rusmisbrukere (for eksempel van der Stelt, 1998) som antyder arvelige predisposisjoner for utvikling av ulike former for avhengighet. Som ved alle former for genetiske predisposisjoner, vil utviklingen av disse faktorene avhenge av et samspill mellom medfødte forutsetninger og miljø. I det følgende vil vi presentere noen sentrale linjer i forskningen på arvelige faktorer og avhengighet.

2.1.2 Nevrofysiologiske og endokrine markører for en genetisk predisposisjon for rusavhengighet

En hyppig brukt nevrofysiologisk markør for predisponering av alkoholavhengighet er den visuelle P300 komponenten ved en Event-related potential (ERP) (van der Stelt, 1998). Utløsningen av denne komponenten i EEG skjer ved at forsøkspersonen aktivt bearbeider et visuell stimulus. P300 er assosiert med oppmerksomhets- og hukommelsesfunksjoner. Lav amplitude av P300 og forlenget reaksjonstid målt ved P300 antas å være en indikator for arvelige oppmerksomhets- og informasjonsprosesseringsvansker som assosieres med både alkoholisme og eksternaliserende atferdsproblemer (van der Stelt, 1998).

Berman et al (2006) har vist til at genetiske determinanter av det dopaminerge systemet har vist seg å være assosiert med avhengighet til alkohol, nikotin og narkotiske stoffer. Spesifikt har det blitt vist at forandringer ved allele A1 hos Dopamin Reseptor D2 genen har ført til nedsatt aktivitet i det dopaminerge systemet og at dette henger sammen med forlenget reaksjonstid for oppmerksomhet i diskriminering av visuelle stimuli (P300). Dette i sin tur har blitt assosiert med en forhøyet risiko for å utvikle depresjon og alkoholavhengighet (Berman et al, 2006; van der Stelt, 1998).

I en studie av 71 gutter i alderen 10-16 år med alkoholavhengige eller alkoholbrukende foreldre undersøkte Berman et al (2006) betydningen av interaksjonen av å være bærer av DRD2 A1 allele og en familiehistorie av alkoholavhengighet for utviklingen av P300. Gutter

som var bærere av DRD2 A1 allele og hadde en familiehistorie med alkoholavhengighet hadde lavest antall korrekte reaksjoner i en visuell diskrimineringsoppgave etter oddball paradigmet, barn som ikke var bærer av DRD2 A1 allele og som ikke hadde en familiehistorie av alkoholavhengighet hadde høyest antall korrekte reaksjoner.

Barn med en familiehistorie med alkoholavhengighet hadde mindre utvikling med tanke på reaksjonstid ved re-test etter 2 år enn barn uten alkoholavhengighet i familien. Berman et al (2006) mener at den lave P300 kan skyldes et genetisk betinget lavt antall dopaminerge synapser. Det har blitt vist at vedvarende psykisk belastning først produserer fasisk aktivering og over tid gir forstyrrelser som følge av tonisk aktivering i deler av det dopaminerge system. Å leve med alkoholavhengige voksne kan sies å være en ekstraordinær belastning for barn som i utgangspunktet har en genetisk betinget sårbarhet som gjør det vanskeligere for dem å håndtere denne typen belastning.

Zimmermann et al. (2004) viste i en studie av 29 sønner til alkoholavhengige foreldre at den autonome endokrine responsen i en psykososial stress-situasjon var signifikant høyere hos barn av alkoholmisbrukere enn hos personer uten alkoholavhengighet i nærmeste familie. Nivået av adrenocorticotropin og cortisol var høyere under den stressende situasjonen, men ble dempet til å ligne nivået av stresshormoner i blodet hos kontrollgruppen etter at forsøkspersonene drakk alkohol. Dette kan tyde på at barn av alkoholmisbrukere i en sosial stress situasjon reagerer med en kraftigere stressrespons, samtidig som de har større dempende effekt av alkohol, noe som i kombinasjon gir en større opplevelse av belønning og beroligende effekt av alkohol hos denne gruppen. Dette kan predisponere for å selv utvikle et alkoholproblem.

Andre studier viser at en sannsynlig genetisk betinget riskfaktor for å utvikle rusmiddelmisbruk er en cluster av eksternaliserende (aggressiv, impulsiv og ukontrollert) atferd og manglende selvkontroll (Zucker et al, 2008). I denne sammenheng antas at relativt lav serotonin-nivå henger sammen med relativt sterk eksternaliserende atferd.

Alkoholmisbruk og antisosiale trekk i mennesker og impulsiv aggresjon i dyrestudier har vist seg å korrelere med lav serotonerg aktivitet.

I en tvillingundersøkelse av 568 jenter og 479 gutter i alderen 17-18 år studerte Elkins og kollegaer (Elkins, McGue, Malone & Iacono, 2004) hvordan foreldrenes alkohol- og narkotikaavhengighet hang sammen med tilstedeværelse av spesifikke personlighetstrekk hos barna. Samtidig understreket forfatterne at effektene av foreldrenes rusmisbruk på barnas

personlighetstrekk forble uendret når man kontrollerte for barnas eget rusmisbruk. Slik kan funnene sies å reflektere en familiær predisposisjon for personlighetstrekk assosiert med alkohol- eller stoffmisbruk. Man fant at barna til foreldre med et rent alkoholmisbruk viste signifikant høyere mål på stressreaksjon, aggresjon og fremmedgjøring enn barn fra foreldre uten alkoholmisbruk. Barn av narkotikamisbrukere viste signifikant lavere mål på selvkontroll, unngåelse av farlig/skadelig atferd og tradisjonisme. Den siste gruppen hadde høyest risiko for selv å utvikle rusproblemer. Av barna som hadde foreldre med både alkohol- og narkotikaavhengighet hadde 25 % utviklet et eget diagnostisert alkoholproblem, 20 % et eget diagnostisert narkotikaproblem.

2.1.3 Sammenfatning

Rusavhengighet ser ut til å være et personlighetstrekk som man i større eller mindre grad er genetisk predisponert for. Det dopaminerge system i sentralnervesystemet synes å være mindre utviklet hos alkoholavhengige personer. Dette kan ha sammenheng med nedsatt utvikling av evne til fokusering og oppmerksomhet, med de sosiale og læringsmessige utfordringer som dette innebærer. Genetisk betinget lav serotonerg aktivitet har blitt koblet til aggressiv atferd og lav impuls kontroll, så vel som alkoholmisbruk. Også den endokrine stressresponsen ser ut til å være mer ekstrem når en genetisk predisposisjon for alkoholavhengighet er tilstede. Disse fenomener er assosiert med høy forekomst av eksternaliserende atferdsproblemer og engstelige og depressive trekk hos barn av rusmisbrukere. Den genetiske sårbarheten hos barn av rusmisbrukere fører også ofte til en mismatch mellom sårbare barn og et ustabil hjemmemiljø som ikke klarer å kompensere for barnas sårbarhet, og i verste fall direkte bidrar til at en genetisk sårbarhet manifesterer seg i atferdsforstyrrelser hos barna (Zucker et al, 2008). Man trenger imidlertid mer forskning rundt interaksjonen av genetisk predisposisjon og tidlig samspill for å kunne si mer om i hvilken grad en predisposisjon nødvendigvis utvikles til en manifest tilstand eller ikke.

2.2 Barn eksponert for morens rusmisbruk på fosterstadiet

2.2.1 Innledning

Forskning viser tydelig at alkohol og narkotiske stoffer påvirker utviklingen av fosterets kropp og sentralnervesystemet på en negativ måte (Elgen, Bruarøy & Lægreid, 2007b). Hovedfokus i forskningen på dette området har vært på skadevirkningene av alkohol, og det anses som sannsynlig at alkohol i seg selv har mer omfattende og irreversible skader på fosterets utvikling enn narkotiske stoffer. Siden alkohol er et legalt rusmiddel som brukes av en stor andel av befolkningen, har det også vært større behov for å undersøke sammenhengene mellom alkoholbruk under svangerskapet og Foetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) hos barn. I dette avsnittet vil vi presentere noe av de sentrale funnene i forskningen rundt de direkte skadevirkningene av alkoholmisbruk og narkotikamisbruk for fosteret.

2.2.2 Påvirkning av alkohol for fosterets utvikling

Føtalt Alkohol Syndrom (FAS) (Gi definisjonene her hvor du introduserer begrepene) og Foetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) FASD, en betegnelse som også rommer mindre funksjonsnedsettelse og skader på sentralnervesystemet hos barnet som følge av mors alkoholbruk under graviditeten, er i seg selv et eget forskningsfelt, og vi vil derfor begrense vår presentasjon i denne sammenheng til de mest sentrale funn. FAS / FASD har vist seg å ha sammenheng med skader på fosterets hjerne på så å si alle nivåer. Barn som er født med FASD har høyere forekomst av en eller flere av følgende skader på sentralnervesystemet: Microencephali (unormal liten hjernestørrelse), frontallapsreduksjon, og en tynnere Cortex med et redusert antall av nevroner og gliaceller. I dyreforsøk har man etter en gangs eksponering for alkohol under svangerskap funnet en forminsket eller fraværende Corpus Callosum, en forminsket Hippocampus, et redusert Cerebellum (lille hjerne), områder som er sentrale for læring, hukommelse og koordinasjon. Disse funn bekrefter observasjoner hos mennesker med FAS / FASD. Videre har alkohol vist seg å skade nerveceller, redusere celledelingen og celledannelsen, samt å føre til skader på stamceller. En teori er at alkoholpåvirkning på fosterstadiet fører til høyere forekomst av apoptose, en mekanisme som gjør at områder med skadede nerveceller ødelegger seg selv. I denne prosessen vil også friske celler ødelegges. Man ser også at alkohol ser ut til å skade tidlige radiale gliaceller, som ofte lages på et så tidlig tidspunkt i svangerskapet at kvinnen ikke er klar over at hun er gravid. Disse cellene fungerer vanligvis som en grunnstamme for utviklingen av sentralnervøse substrat og formasjoner. Skader på disse gliacellene vil følgelig kunne føre til skader på en

rekke forskjellige områder i sentralnervesystemet og til funksjonsnedsettelse. Videre er det serotonerge systemet særlig sårbar for alkoholens effekter på et tidlig utviklingsstadium, og alkoholpåvirkning fører til nedsatt nervefiberdannelse og mindre serotoninproduksjon.

Skadene på dette systemet er ikke reversible. Nedsatt aktivitet i det serotonerge system har vist seg å ha sammenheng med en rekke psykiske lidelser i voksen alder, som depresjon og angstlidelser (Alvik, 2007).

Prevalensen av FAS i Norge er ca 1 /1000, i Sverige ca 1,6 / 1000. FASD anslås å ha en prevalens som er 10 ganger høyere enn FAS alene. I Norge antas det at det hvert år blir født minst 600 barn med FASD (Alvik, 2007).

Det har blitt påpekt at FAS / FASD ofte blir oversett også i spesialisthelsetjenesten, og at mer kunnskap om tilstandene sannsynligvis vil øke antall diagnostiserte barn med FAS / FASD (Elgen, Bruarøy & Lægreid, 2007a). I en norsk undersøkelse fant Elgen og kollegaer (Elgen et al, 2007a) at prevalensen for FAS / FASD i en populasjon økte fra 0.3 % til 1,5 % etter at helsearbeidere som er i kontakt med spedbarn fikk opplæring i symptomatologi og diagnostisering av FAS / FASD.

2.2.3 Påvirkning av narkotiske stoffer for fosterets utvikling

Når det gjelder barn som blir utsatt for morens bruk av narkotiske stoffer, er det vanskeligere å finne entydige sammenhenger mellom de enkelte substanser som heroin eller amfetamin og konkrete skadevirkninger. Dette skyldes at man sjeldent finner et avgrenset stoffproblem hos den enkelte kvinne, men at det den mest utbredte form for misbruk hvor harde narkotiske stoffer inngår er blandingsmisbruk, hvor f eks alkoholmisbruk også er vanlig (Slinning, 2004; Kelley & Fals-Stewart, 2004). Det er uansett viktig å rette fokus mot denne gruppen, siden man finner at skadene og sårbarheten barna eksponert for multipl stoffmisbruk vokser opp med har sine egne karakteristikk.

Slinning fulgte opp en gruppe av 78 barn som ble eksponert for flere rusmidler i mors liv over en periode på 4 ½ år. Hun fant at barn av mødre med multipl stoff avhengighet viste mer impulsivitet og oppmerksomhetsvansker sammenlignet med en kontrollgruppe som ikke hadde blitt utsatt for narkotiske stoffer under svangerskapet (Slinning, 2004). Dette kunne ses allerede ved 2 års alder og forskjellene var stabile ved 4 ½ års alder. Barna utsatt for morens rusmisbruk under svangerskapet hadde signifikant lavere fødselsvekt. En fjerdedel av barna ble født prematurt og 85 % av barna ble født med spedbarnsabstinenser, som blant annet

gjorde at disse barna tidlig i livet ble svært sensitive for alle former for stimuli. Ofte måtte de skjermes i lang tid, noe som også hadde negative konsekvenser for tilknytningsprosessen og den tilknytningsrelaterte modningen.

I en lignende amerikansk studie ble 268 barn i skolealder, som levde i fosterfamilier, undersøkt i forhold til kognitiv fungering og atferdsproblemer i skolen over en periode på 18 måneder (McNichol & Tash, 2001). 197 av disse var i fosterhjem som følge av de biologiske mødrenes rusmisbruk, 21 av disse hadde blitt utsatt for rusmidler under svangerskapet. Denne gruppen scoret lavest på kognitive mål ved første undersøkelse, men viste den beste utviklingen over tid. Dette kan skyldes at denne gruppen i gjennomsnitt ble plassert 2-3 år tidligere i fosterhjem enn barna i de andre gruppene. Grunnet barnas synlige problemer kan de også tenkes å ha fått mer intensiv oppfølging. Denne gruppen viste samtidig signifikant høyere forekomst av internaliserende problemer i skolen, og ble vurdert til å ha mer forekomst av eksternaliserende atferdsproblemer hjemme og i skolen, samt sosiale problemer i skolen enn barn som levde i fosterhjem, men ikke hadde blitt utsatt for rusmisbruk under svangerskapet. Dette kan sies å bekrefte Slinnings (2004) konklusjon om at barn utsatt for stoffmisbruk under svangerskapet vil ha vedvarende vansker med selvregulering og impulsivitet i sosiale situasjoner. Men det kan også tyde på at de har et utviklingspotensial i det kognitive området.

Elgen et al (2007b) fant i en sammenlignende studie av 50 barn utsatt for narkotiske stoffer og 47 barn utsatt for alkohol under store deler av svangerskapet, at barna utsatt for narkotika var normale i vekst og at alle unntatt en viste vanlig hjernemodning. Av barna som ble utsatt for alkohol og som ble diagnostisert med enten FAS eller FASD, hadde 26 % en fødselsvekt under 2500g, og 72 % var kortvokste. Barn utsatt for narkotika hadde en gjennomsnittlig høyere fødselsvekt, kun 6% hadde lavere fødselsvekt enn 2500g og ingen var kortvokste. Mens ett av de narkotikaeksponerte barna ble klassifisert som psykisk utviklingshemmet (IQ mindre enn 70), ble 36 % av barna utsatt for alkohol vurdert å være psykisk utviklingshemmet. I begge gruppene var det en svært høy forekomst av AD/HD symptomer - 89% av barn med FAS / FASD og 100% for barn utsatt for narkotika ble vurdert til å kvalifisere for diagnosen. Dette gjenspeiler resultater i andre undersøkelser som konkluderer med at barn utsatt for narkotiske stoffer under svangerskapet ser ut til å ha vanlige forutsetninger for læring, men vedvarende vansker med selvregulering og impuls kontroll.

2.2.4 Påvirkning av metadon og buprenorfin for fosterets utvikling

Det har blitt anslått at omtrent en tredjedel av rusmisbrukere er kvinner i fruktbar alder (Kahila, Kivitie-Kallio, Halmesmäki, Valanne & Autti, 2007). Et voksende antall av gravide rusmisbrukere har i løpet av de siste 10 år søkt medikamentell substitusjonsbehandling for å beskytte fosteret mot skadevirkningene av illegalt rusmisbruk. Det finnes en rekke studier som undersøker de forskjellige opiatantagonistenes påvirkning på fosteret. De fleste av dem er imidlertid basert på små utvalg og konsentrerer seg om graviditetsforløpet og forekomst av spedbarnsabstinenser og fødselskomplikasjoner.

Kahila et al (2007a) undersøkte hjerneutvikling hos 7 spedbarn født av kvinner som brukte buprenorfin (Subutex, Temgesic, eller liknende), i tillegg til benzodiazepiner og tobakk under store deler av svangerskapet. Alle graviditeter og fødsler forløp uten komplikasjoner. Alle barn, unntatt ett, utviklet spedbarnsabstinenser og trengte behandling for dette. Moren til barnet som ikke utviklet abstinenser hadde klart å slutte med buprenorfin i løpet av svangerskapet. Det ble ikke funnet unormal sentralnervøs utvikling hos noen av barna med hjelp av MRI. Forfatterne konkluderer med at det ikke ser ut til at kontrollert buprenorfinbehandling leder til unormal hjerneutvikling, og at risikoen for skader ved ukontrollert rusinntak således kan forminskes.

I en annen studie av 67 barn født av kvinner som brukte buprenorfin daglig under svangerskapet, fant Kahila (Kahila, Saisto, Kivitie-Kallio, Haukkamaa & Halmesmäki, 2007b) at kontrollert bruk av buprenorfin, kombinert med jevnlig spesialisert oppfølging, ikke så ut til å føre til en økning i premature fødsler eller keisersnitt sammenlignet med befolkningen for øvrig. Samtidig trengte 91 % av barna spesialisert behandling ved en spedbarnspost, 76% hadde spedbarnsabstinenser og 56 % trengte medikamentell behandling for abstinensene. I senere tid døde to av barna som følge av plutselig krybbedød, noe som er unormalt høyt sammenlignet med befolkningen for øvrig. For øvrig kunne man se at buprenorfininntaket sank i løpet av svangerskapet med 2,3 mg / dag i gjennomsnitt.

Jernite og kollegaer (Jernite, Viville, Escande, Brettes & Messer, 1999) fant i en sammenligning av kvinner under substitusjonsbehandling med buprenorfin med og uten psykososial oppfølging at fødselskomplikasjoner (9% vs 30%), premature fødsler (9% vs 46 %), føtal veksthemming (0% vs 23%) og akutt føtal stressreaksjon alle i signifikant høyere grad var til stede hos kvinner som ikke fikk oppfølging. Det var dog ingen forskjell i forekomst og grad av spedbarnsabstinenser. Forfatterne viser til betydningen av spesialisert

oppfølging under svangerskapet til buprenorfinbrukende kvinner og understreker at oppfølging bør vedvare etter fødselen.

I en longitudinell amerikansk studie undersøkte Binder og Vavrinkova (2008) over fem år graviditet, fødsel og spedbarnsutvikling hos 117 kvinner som brukte enten heroin (N = 47), metadon (N= 32) eller buprenorfin (N= 38) daglig under svangerskapet. Alle hadde i utgangspunktet vært intravenøse heroinmisbrukere. Ingen av barna ble født før 34 uke og det forekom ingen dødsfall av spedbarn eller misdannelser i utvalget. Kvinnene som misbrakte heroin fikk imidlertid de barna som hadde lavest fødselsvekt og hadde i større grad misdannelser i morkaken. Barna til mødre som brukte metadon under svangerskapet hadde signifikant tyngre og mer kompliserte spedbarnsabstinenser enn de andre to gruppene. Forfatterne konkluderer med at skadevirkningene som følge av den rusavhengige morens hverdag uten substitusjonsbehandling sannsynligvis var minst like store som selve ruseffekten. De peker også på de sterke spedbarnsabstinensene som forekommer ved metadonbehandling og konkluderer med at buprenorfin er et godt alternativ for gravide kvinner.

2.2.5 Sammenfatning

Alkohol og stoffmisbruk hos den gravide kvinnen har på forskjellige måter dyptgripende negative konsekvenser for fosterets sentralnervøse og fysiske utvikling. Disse konsekvenser kan gi seg utslag i forsinket mental, motorisk, språklig og sosial utvikling. Hos barn av narkotikamisbrukere ser de kognitive svakhetene ut til å være påvirkelige i positiv retning, mens de sosiale og emosjonelle svakhetene ser ut til å være mer varig etablerte, også under optimale oppvekstforhold. Ved kartlegging av barn av rusmisbrukere bør en alltid undersøke mors bruk av rusmidler under svangerskapet, også selv om det ikke er mor har det definerte rusproblemet, siden det er vist at partnere av rusavhengige ofte har en forhøyet forekomst av rusmisbruk selv (Dierker et al, 1999).

Gravide kvinner med en opiatavhengighet bør oppmuntres til å begynne med Legemiddelassistert behandling (LAR), da fortrinnsvis Subutexbehandling. Kvinnene bør få jevnlig spesialisert oppfølging under svangerskapet. Oppfølgingen bør vedvare etter fødselen for å sikre et stabilt mor-barn forhold i barnets første levetid.

2.3 Tilknytning

2.3.1 Tilknytningsteori og relasjonell psykoanalytisk utviklingstenkning

Nyere tilknytningsteori og utviklingsteori understreker betydningen av samspillet mellom spedbarn og omsorgsgiver for utviklingen av en rekke grunnleggende psykiske, sosiale og kognitive ferdigheter (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Schore, 2001). Vi vil ikke gå inn i en utdypning av denne forskningen siden dette ligger utenfor omfanget av denne studien, men nøyer oss med å sammenfatte noen sentrale trekk.

Spedbarnsstudier har vist at barn de første månedene etter fødselen er helt avhengig av adekvat stimulering for å kunne utvikle grunnleggende aspekter i selvforståelse og selvutvikling (Koòs & Gergely, 2001; Schore, 2001). Man antar at det finnes predisponerte atferdsmønstre hos spedbarn som gradvis utfolder seg i takt med modningen av sentralnervesystemet, og som fører til spesifikke, predisponerte atferdsmessige responser hos omsorgspersonen (Fonagy, 2001; Koòs & Gergely, 2001; Schore, 2001, Stern, 1985). Dette viser seg i sublimale reaksjonsmønstre hos omsorgsgiveren som speiler barnets antatte følelsestilstand tydelig og markert i både lyd (Trevarthen & Malloch, 2000), ansiktsuttrykk og berøring (Fonagy et al, 2002). Dette sensitive, og stort sett ubevisste samspillet fra omsorgsgivers side er avgjørende for barnets utvikling av grunnleggende psykiske differensieringer mellom seg selv og andre, samt å kunne oppleve først egne, så andres følelsestilstander som meningsfulle kommunikasjoner (Fogel, 1997). En kan si at den tidlige tilknytningsopplevelsen legger grunnsteinen for en forståelse av at egne følelser og tanker ikke er lik andres følelser og tanker, og at man gjennom kjennskap til egne følelser kan få vite noe om egne og andres behov og sinnstilstand.

Hos barn av rusmiddelmissbrukere kan en anta at morens evne til å adekvat speile barnet ofte er redusert. Dels skyldes dette direkte faktorer knyttet til selve rusmisbruket (påvirkning, abstinenser, kaotisk livsstil, forstyrret søvnrytme, etc.). Dels har det blitt påpekt at rusmisbrukere som gruppe i større grad selv har opplevd vold og neglisjering som barn (Keen & Alison, 2001) og derfor selv har grunnleggende redusert kapasitet til å kunne oppleve egne behov som atskilt fra andres behov, og til å kunne oppleve egne og andres følelser som meningsfulle størrelser. I tillegg er gruppen mer utsatt for å oppleve atskillelse fra barna sine

i kortere eller lengre perioder grunnet rusatferd, fengselsopphold, barnvernstiltak, sykdom og død (Hans, 2000).

2.3.2 Rusmiddelavhengighet og forutsetningene for adekvat tilknytning

Det finnes etter hvert en rekke undersøkelser av forholdet mellom rusavhengighet og evne til mor-barn samspill i tilknytningssituasjoner (Hans, 2000; Street et al,2007; Kalland, 2007; Brook, Tseng & Cohen, 1996).

En engelsk oppfølgingsstudie av barn født av egendefinerte rusavhengige kvinner undersøkte mors evne til å gi adekvat omsorg for barnet fra fødsel til 5 års alder (Street, Whitlingum, Gibson, Cairns & Ellis, 2008). 71 rusavhengige mødre og 142 mødre fra en kontrollgruppe med ellers lik bakgrunn men uten rusproblemer ble fulgt. Ved 18 måneders alder var 32 % av de rusavhengige kvinners barn under barnevernstiltak, sammenlignet med 7 % i kontrollgruppen. Ved 5 års alder var 47 % av de rusmisbrukende kvinners barn under barnevernstiltak, sammenlignet med 18 % i kontrollgruppen.

I en longitudinell oppfølgingsstudie av opiatmisbrukende kvinner og deres barn fant Hans (2000) at opiatavhengige mødre var signifikant mindre oppmerksomme på og speilende i forhold til sine barns signaler i tilknytningssituasjoner enn mødre av lik bakgrunn uten rusproblem. Opiatmisbrukende mødre hadde også signifikant flere kumulative psykososiale risikofaktorer sammenlignet med kontrollgruppen, først og fremst var dette psykiske lidelser og psykososial stress som definert ved DSM-III. Tilstedeværelse av flere psykososiale risikofaktorer hos mor i barnets første levemåneder kunne predikere betydelige svakheter i mental, sosial og motorisk utvikling hos barna i ved 2 års alder. Videre hadde en stor andel av barna med opiatavhengige mødre opplevd kortere eller lengre perioder med frafall av mor grunnet hospitalisering, avvenning, fengselsopphold eller død. Ved 10 års alder levde litt under halvparten (47 %) ikke lenger med sin biologiske mor. Her er det viktig å påpeke at gruppen som Hans (2000) fulgte opp var deltakere i et ekvivalent prosjekt til Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i en stor amerikansk by.

En pågående finsk undersøkelse (Kalland, 2007) har funnet at opiatavhengige mødre som i forkant og i etterkant av fødselen er under institusjonsbehandling, også i rusfri tilstand viser en svært begrenset evne til å leve seg inn i spedbarnets situasjon og behov. Eksempelvis kan

mødrene mange ganger ikke skjønne at barnet skriker fordi det er sultent, siden mødrene selv ikke er det. I denne undersøkelsen har det også blitt observert at kroppsspråk og mimikk hos mødrene ofte er begrenset eller fraværende.

I en amerikansk studie undersøkte man samspillet mellom foreldre og barn i to års alderen og innvirkningen av foreldrenes rusmisbruk på samspillet og barnets sosiale utvikling (Brook, Tseng & Cohen, 1996). Man fant at morens tilgjengelighet betyr mer for en positiv utvikling hos barnet enn farens, men at farens foreldreatferd kan være en beskyttende faktor når mor har et rusproblem. Dette er i tråd med tidligere forskning.

Det har også blitt funnet at barns eksternaliserende atferdsproblemer vanligvis er assosiert med farens rusproblem, mens internaliserende psykopatologi i større grad er assosiert med morens rusproblem. Rusmisbrukende fedre har blitt funnet å vise mindre sensitivitet til sine spedbarn, samtidig som de viser hyppigere negative følelser overfor sine barn enn ikke-rusmisbrukende fedre. Dette funn predikerer også lavere responsivitet hos barna (Zucker et al, 2008). En kan lage seg en hypotese om at morens rusmisbruk ofte fører til uforutsigbarhet om basale behov hos barnet blir møtt av mor, og således kan føre til en tilstand ikke ulik "lært hjelpeløshet" hos barnet, karakterisert av depresjon og passivitet. Fars rusmisbruk vil oftere være karakterisert av antisosial atferd og således også relatert til utrygghet og aktivering ("fight or flight"). Hyppig og sterk aktivering hos små barn har vist seg å ha sammenheng med en hypersensitiv hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA-) akse og relatert aktivering (stress) (Zucker et al, 2008), utrygg tilknytningsstil, selvreguleringsvansker og eksternaliserende atferdsforstyrrelser hos barn (Green & Goldwyn, 2002).

2.3.3 Sammenfatning

For spedbarn av rusmisbrukere er det særlig viktig å få tilgang til en oppmerksom, sensitiv og speilende omsorgsperson. Rusavhengighet og dens konsekvenser for mødrenes psykiske helse og strukturering av hverdagen reduserer i mange tilfelle sterkt mors evne til å etablere et adekvat omsorgsforhold til et barn. For gravide rusavhengige kvinner under behandling vil det være viktig å stimulere til refleksjon rundt det blivende barnet som et selvstendig individ med egne behov. Planlegging av hverdagen med en nyfødt baby vil være av sentral betydning, på samme måte vil tilgjengelighet på støttespillere i løpet av barnets første leveår være sentrale. Klarer mor ikke å holde seg rusfri og skape et trygt, stabilt og forutsigbart forhold for barnet over tid bør en rask innlede prosessen med å finne alternative omsorgsgivere for barnet.

For spedbarn og småbarn av rusmisbrukende kvinner vil mødrenes rusmisbruk og den uforutsigbarheten det fører med seg kunne ha store konsekvenser for deres psykiske og fysiske oppvekstmiljø. Sammenlignet med andre land er det i Norge høy terskel for å permanent flytte barn bort fra sine biologiske mødre, eller å adoptere barn bort tidlig etter fødsel.

I lys av kunnskap om den tidlige tilknytningsperiodens betydning for psykisk helse hos barn vil det være viktig å ta barnas behov for en trygg og forutsigbar omsorgsgiver med som en viktig faktor når man vurderer rusmisbrukende foreldres rett og evne til å oppdra barn. Det er viktig at det etableres retningslinjer for når forskjellige tiltak for å beskytte barn skal iverksettes. Slike tiltak kan være drastiske, som varig omsorgsovertakelse / adopsjon av barna, og midlertidig plassering, eller begrense seg til å styrke foreldrenes omsorgsevner. Tiltak bør basere seg på informert kunnskap om hvilke konsekvenser den spesifikke rusatferden kan tenkes å ha for barnets utvikling. Fra et ståsted som skal ivareta barnets helse og utvikling må det være tydelig at barnets rett til trygghet og forutsigbar omsorg bør alltid være overordnet foreldres rett til å agere som omsorgsgivere.

2.4 Foreldres psykiske tilleggsbelastninger

2.4.1 Innledning

Det er en bred enighet om at voksne med psykiske lidelser også ofte har en form for rusmisbruk, være det seg alkohol, medikamenter eller narkotiske stoffer. Mange rusmisbrukere har dessuten psykiske problemer av ulik art og i varierende styrek. Det finnes en rekke undersøkelser som ser nærmere på hva kombinasjonen av disse to risikofaktorer betyr for barn som vokser opp med en forelder som har en såkalt dobbeldiagnose. Forskning har i hovedsak fokusert på to spørsmål:

- 1) Hvor vanlig er forekomsten av kroniske psykiske lidelser kombinert med rusmisbruk?
- 2) Hvilken av de to risikofaktorene er sterkest assosiert med en uheldig utvikling hos barnet?

I det følgende vil vi presentere en rekke funn som undersøker disse spørsmål.

2.4.2 Funn

I en svensk studie som undersøkte komorbiditet blandt ungdommer som tok kontakt for alkohol og / eller narkotikaproblemer ved en spesialisert sykehusavdeling fant man at 90 % av jentene og 81 % av guttene hadde minst en psykiatrisk tilleggsdiagnose (DSM-IV) ved siden av rusproblemet de kom for (Hodgins et al., 2007). I gjennomsnitt hadde ungdommene som deltok i undersøkelsen tre tilleggsdiagnoser, hvorav atferdsforstyrrelser og depresjon var mest fremtredende. Både atferdsforstyrrelser og angstlidelser kom vanligvis langt forut for rusproblemet hos både gutter og jenter. Ved undersøkelsestidspunktet hadde 80 % av mødrene og 67 % av fedrene hatt en psykiatrisk diagnose (DSM-IV) i løpet av livet. Blant mødrene hadde mellom 38 % (for jenter) og 46 % (for gutter) en pågående psykisk lidelse, blant fedrene var antallet stabilt rundt 28 % for både gutter og jenter. Angst og depresjon var hyppigst livstidsdiagnose hos mødrene. Ca 50 % av alle mødrene hadde hatt en angstlidelse i løpet av livet. Alkohol- og stoffmisbruk i løpet av livet ble funnet i ca en tredjedel av fedrene til disse ungdommene.

I en undersøkelse av forholdet mellom foreldres rusmisbruk / psykiske lidelser og barns psykiske helse og rusproblemer blant 665 ungdommer fant Ohannessian et al (2004) at foreldres alkoholavhengighet alene ikke kan predikere ungdommers psykiske helse eller

rusmisbruk. Alkoholisme kombinert med depresjon og / eller multippel stoffmisbruk hos foreldre hadde derimot en sammenheng med antall og alvorlighetsgrad av psykiske lidelser hos ungdommer. Barn av foreldre med en trippeldiagnose (alkoholisme, multippel stoffmisbruk og depresjon) hadde størst sannsynlighet for selv å ha atferdsforstyrrelser og depresjon.

Nunes et al (1998) viser i en studie av 114 barn av metadonbrukere, som ble sammenlignet med en kontrollgruppe uten rusmisbruk i familien, at sønner av opiatavhengige fedre med en alvorlig depressiv lidelse har større forekomst av atferdsforstyrrelser og nedsatt sosial og intellektuell fungering enn sønner av opiatavhengige fedre uten depresjon, og barn i en kontrollgruppe. De siste to gruppene skilte seg fra hverandre ubetydelig i forhold til atferds- og intelligensvariablene. Jenter til fedre med opiatavhengighet og depresjon skilte seg heller ikke fra kontrollgruppen med tanke på atferdsforstyrrelser, men viste forhøyet forekomst av sosial mistilpassning. Forfatterne konkluderte med at barn av opiatavhengige og deprimerte fedre har en risiko for å utvikle psykiske, sosiale og intellektuelle problemer, og at spesielt gutter i denne gruppen er utsatt for å utvikle atferdsforstyrrelser.

I en studie blant 300 unge voksne studenter ble det ikke funnet sammenheng mellom det å vokse opp med en alkoholisert forelder i seg selv og depresjon eller aggressiv atferd. Å vokse opp med en forelder som utøver psykisk, fysisk eller seksualisert vold hadde derimot sammenheng med både depresjon og aggressiv atferd (Nicholas & Rasmussen, 2006). Dette bekrefter flere funn som viser at barn av foreldre med narkotika- og / eller alkoholavhengighet kombinert med antisosial personlighetsforstyrrelse (Peleg-Oren & Teichmann, 2006) eller antisosiale trekk (Zucker et al., 2000) viser mest tegn på psykiske lidelser og dårlig sosial fungering av barn i de forskjellige risikogruppene.

I en serie studier knyttet til en longitudinell undersøkelse av familier med alkoholisert far med antisosiale trekk, far med livstidsdiagnose for alkoholproblemer uten antisosiale trekk og far uten alkoholproblemer fant Zucker og kollegaer (Zucker, Fitzgerald, Refior, Puttler, Pallas & Ellis, 2000) flere signifikant akkumulerende risikofaktorer for barna som vokser opp med en far som har et alkoholproblem og antisosiale trekk. De fant at familier hvor far hadde disse karakteristikker også signifikant hyppigere hadde en mor med psykiske lidelser og / eller rusproblemer, hadde foreldre med signifikant lavere utdanning og sosioøkonomisk status uansett kjønn. De hadde også signifikant høyere forekomst av depresjon, alvorlige depressive

enkeltepisoder, antisosial atferd som barn og voksne, og en generell lavere psykisk fungering målt med DSM IV (Akse V), sammenlignet med både kontrollgruppe og familier med kun alkoholproblemer hos far. Barn med en alkoholmisbrukende far med antisosiale trekk hadde signifikant hyppigere tegn på utagerende atferdsproblemer som aggresjon og hyperaktivitet (28 % vs 13 % og 11 % hos de andre gruppene) og internaliserende atferdsproblemer som depresjon (14,6 % vs 10 % og 5,6 % i de andre gruppene), allerede ved 3-5 års alder. Dette var tendenser som holder seg stabilt ved 6-8 års alder og 11-13 års alder. Funnene skilte seg lite i forhold til barnas kjønn.

I denne sammenheng kan det også nevnes at hyppig fysisk aggressivitet hos barn har blitt assosiert med faktorer som å ha en ung mor med antisosiale trekk, røyking under svangerskapet, fysiske og straffende oppdragelsesmetoder, samt hyppig og åpen krangling i familien (Tremblay et al, 2004). Disse risikofaktorer finnes overrepresentert i familier der en eller begge foreldre har et avhengighetsproblem kombinert med antisosiale trekk. Dette innebærer at faktorer som gjentatte ganger har vist seg å predikere aggressiv atferd hos barn i skolealder og hos ungdommer også predikerer aggressiv atferd som kan observeres i aldersgruppen 5 måneder til 4 år. Denne gruppen kan predikeres å ha en forhøyet risiko for senere å utvikle rusproblematikk. Å avdekke et aggressivt atferdsmønster tidlig er viktig, siden det blir antatt at høy aggressivitet er vanskelig å få snudd etter 6 års alder (Tremblay et al, 2004).

Som et ledd i en pågående longitudinell studie av barn av tyngre alkoholmisbrukere undersøkte Schuckit et al (2004) sammenhengene mellom en rekke familierelaterte variabler hos disse barna som selv var godt fungerende og uten egne alkoholproblemer. Målet med undersøkelsen var å se på sammenhengen mellom ulike aspekter ved å ha en familiehistorie som inkluderer alkoholavhengighet og eksternaliserende atferd hos barn. Schuckit et al fant her at besteforeldres og foreldres alkoholproblemer, besteforeldres og foreldres milde affektive lidelser, en ustabil hjemmesituasjon karakterisert ved fravær av en forelder, komplikasjoner under graviditet og fødsel og internaliserende atferd hos foreldre, alle hang sammen med eksternaliserende atferdsproblemer hos barna. Det innebærer at alle disse faktorene bør tas i betraktning når en skal vurdere barn som ikke er utsatt for den direkte risikoen av å vokse opp med en psykisk syk og eller rusmisbrukende forelder, men som gjennom besteforeldrenes rusmisbruk og psykiske vansker og forelderens ustabile

oppvekstforhold også har en indirekte målbar tendens til å utvikle eksternaliserende atferdstrekk.

2.4.3 Sammenfatning

Sammenfattende kan en si at rus - og alkoholproblemer hos foreldrene må ses som en risikofaktor hvis alvorlighet varierer over tid, og influeres av andre akkumulerende risikofaktorer og beskyttende faktorer. Psykiske lidelser hos en eller begge foreldrene er en akkumulerende risikofaktor som i seg selv indikerer en rekke andre risikofaktorer. Spesielt kan en fremheve antisosiale trekk hos en rusmisbrukende far. Angstlidelser ser ut til å være den type psykisk lidelse hos rusmisbrukende mødre som innebærer størst risiko for at barna skal utvikle mistilpassning eller psykiske lidelser. Barn fra familier hvor en eller begge foreldre har både rusproblemer og en eller flere psykiske lidelser, må anses som ekstremt utsatt for et ustabilt hjemmemiljø, og begynner ofte allerede i førskolealder å vise symptomer på eksternaliserende og/eller internaliserende atferdsproblemer.

2.5 Vold

2.5.1 Innledning

Å leve med en eller flere alkoholisererte voksne innebærer en øket risiko for å oppleve psykisk, fysisk eller seksualisert vold, og for å bli vitne til vold mellom foreldre eller overfor søsken, eller for å bli utsatt for trusler om vold (Nicholas & Rasmussen, 2006, Linaard, 2006). Det har blitt påpekt at denne sammenhengen mellom alkoholavhengighet og forskjellige typer vold ofte har blitt oversett i forskning og kliniske kunnskapsoppsummeringer, og at barnas symptomer på internaliserende psykopatologi (depresjon, angst) og / eller eksternaliserende psykopatologi (atferdsvansker, ADHD) ensidig har blitt knyttet til foreldrenes alkoholmisbruk. Det kan imidlertid vise seg å være den høye forekomsten av forskjellige typer vold i familier med rusproblemer som i seg selv forklarer barns psykiske vansker (Nicholas & Rasmussen, 2006). Det har blitt påpekt at foreldres alkoholavhengighet i seg selv ikke nødvendigvis fører til psykiske reaksjoner hos barn, men at det å være utsatt for eller vitne til psykisk, fysisk eller seksualisert vold i familien henger sammen med den eksternaliserende eller internaliserende atferden en ofte har observert hos barn av rusmisbrukere. Eksternaliserende atferdsproblemer har blitt påvist å henge sammen med en forhøyet sannsynlighet for å utvikle alkohol- og stoffproblemer (Zucker et al, 2000, Sher, 1997; Slinning, 2004). Zucker et al (2000) fant i sin longitudinelle studie at 10 % i deres utvalg hadde drukket alkohol ved 9-10 års alder, ved 12-14 års alder var det 28 %. Av disse var mer enn 80 % barn av tunge alkoholmisbrukere.

2.5.2 Funn

Det har blitt funnet forskjeller i måten menn og kvinner opplever å ha vært vitne til eller ha blitt utsatt for forskjellige typer vold som barn (Nicholas & Rasmussen, 2006). Det er en betydelig høyere risiko for partnervold og / eller utøvelse av forskjellige former for vold overfor barn i familier med et alkoholproblem, men det settes spørsmålsteget ved hvilken rolle alkoholavhengigheten spiller i etiologien av vold i familier hvor begge fenomener oppstår.

I en longitudinell studie av 124 familier med en alkoholavhengig far og en kontrollgruppe (n=102) finner forfatterne at barn som lever uten alkoholproblemer i familien viser en signifikant lavere grad av aggresjon i løpet av de fire første leveår (Edwards et al, 2006). Alle barn fulgte en for aldersgruppen vanlig utvikling med en økning i aggressiv atferd mellom 18 måneder og 3 års alder, og et fall i aggressiv atferd etter 3 års alder. Hos barn med en eller to

alkoholiserte foreldre var dette fallet imidlertid betydelig mindre uttalt. Hos barn med to alkoholiserte foreldre var fallet fraværende. Når forfatterne undersøkte antallet spesifikke risikofaktorer som lav utdanning hos foreldrene, foreldrenes depresjon, fars antisosiale atferd og åpen aggresjon mellom foreldre uavhengig av foreldrenes alkoholproblemer viste det seg at disse faktorene opphevet forskjell mellom barn av alkoholikere og andre når det gjelder aggressiv atferd ved 18 måneders alder. Hos barn av alkoholikere var utviklingen av aggressiv atferd i løpet av de neste 2 ½ år imidlertid klart mer uttalt. Med Achenbachs kriterier for kliniske verdier av aggressiv atferd hos små barn økte antallet barn som kunne anses å være aggressive i en grad som ville kvalifisert for henvisning til behandling 4 % av barn av ikke-alkoholikere og 3% (en forelder) og 0% (begge foreldre) hos barn av alkoholikere ved 18 måneders alder til 5,4 % hos barn av ikke-alkoholikere og 22 % (en forelder) og 18 % (begge foreldre) hos barn av alkoholikere ved fire års alder (Edwards et al, 2006).

2.5.3 Sammenfatning

I mange hjem hvor barn vokser opp med rusmisbrukende voksne vil fysisk, psykisk eller seksualisert vold være tilstede. Det er viktig å tematisere dette både med foreldre i behandling og i samtaler med barn som man møter i samtale. Vold i hjemmet, vare det seg rettet mot barnet eller andre familiemedlemmer, ser ut til å ha en skadelig effekt på barnets psykiske helse og sosial fungering uavhengig av rusproblemet. Voldelig oppførsel bland foreldre med rusproblem er også indikativ av en rusavhengighet med komorbide antisosiale trekk, som er indikativ av en rekke andre alvorlige risikofaktorer for barn. Derfor bør også enkelte rapporterte voldsepisoder i hjemmet følges opp. Et samarbeid med barnevernet vil være indikert.

2.6 Sosioøkonomisk status

2.6.1 Innledning

Sammenhengen mellom rusproblemer hos foreldre, rusproblemenes påvirkning på barna, med sosioøkonomisk status som medierende variabel er vanskelig å undersøke. Mange av studiene

her stammer fra USA, som har en befolkningssammensetning og et offentlig sosialt system som skiller seg sterkt fra norsk virkelighet. Det lyktes oss ikke å finne studier som fokuserer på en skandinavisk populasjon alene i dette henseende. I det følgende vil vi presentere konklusjoner fra en metastudie som sammenfatter europeiske og amerikanske studier, samt resultater og henvisninger fra andre studier, hvor sosioøkonomisk status var en av variablene som ble undersøkt.

2.6.2 Funn

Wiles og kollegaer (2007) fant i en gjennomgang av studier som undersøkte betydningen av sosioøkonomisk status i barndommen for utviklingen av alkoholproblemer senere i livet, at det var lite som tydet på at dårlige materielle levekår i oppveksten påvirket utviklingen av alkoholbruk i voksen alder. Lav sosioøkonomisk status var imidlertid assosiert med en rekke andre somatiske og psykiske sykdomstilstander. Høy sosioøkonomisk status kunne derfor antas å spille inn som en beskyttende faktor hos dem som hadde andre risikofaktorer i forhold til rusmisbruk. Samtidig har god økonomi også betydning for tilgjengelighet av alkohol hos ungdommer, og en rekke skandinaviske studier i Wiles et al (2007) sin gjennomgang peker på at ungdommer fra middel- og overklasse er den gruppen som drikker mest konsistent.

Utdanningsnivå har blitt fremhevet som en faktor som korreler med tilstedeværelse og alvorlighet av rusmisbruk og psykiske lidelser. Min et al (2007) har pekt på betydningen av utdanningsnivå hos kvinner med selvrapporterte barndomstraumer som en beskyttende faktor for rusmisbruk.

Zucker et al (2000) har funnet en tydelig sammenheng mellom fedres alkoholproblem og antisosiale trekk på den ene siden og lav utdanning, samt lav sosioøkonomisk status og lav IQ hos både far og mor. Her må en ta høyde for at funnene stammer fra en nordamerikansk undersøkelse og at det er store forskjeller i den sosiale økologi mellom Europa/ Skandinavia og USA. Likevel er det viktig å ta med Zucker et als (2000) poeng at alkoholproblemer i en familie i seg selv er en dårlig indikator for de fleste assosierte risikofaktorer. Mens alkoholproblemer, kombinert med antisosiale trekk, sterkt predikerer tilstedeværelse av en rekke risikofaktorer for barna, blant annet lav utdanning og lav sosioøkonomisk status hos foreldre.

2.6.3 Sammenfatning

Sosioøkonomisk status i familier med et rusproblem kan i seg selv si lite om risikofaktorer for barn som vokser opp i disse familiene. Denne variabelen er likevel viktig å ta med i en helhetsvurdering av familien. Det vil alltid være av interesse å undersøke i hvilken grad familien har ressurser til å ivareta barnas sentrale behov, og i hvilken grad familien klarer å prioritere disse behovene. Videre kan spørsmål om familiens økonomiske ressurser være en inngangsport til å forhøre seg om andre aspekter i familiestrukturen som kan tenkes å påvirke barnas utvikling, så som foreldrenes somatiske og psykiske helse, bosituasjon, eventuell arbeidsledighet etc.

2.7 Kjønn

2.7.1 Innledning

Kjønn er en viktig variabel å undersøke nærmere når man skal utforme et individuelt tilpasset behandlingstilbud . Gitt kjønnsforskjeller i prevalens av psykiske problemer , må en gå ut fra at gutter og jenter også påvirkes på forskjellige måter av foreldrenes rusmisbruk. Videre vil det være viktig å se på hvordan konsekvensene for barna avhenger av om mor og/eller far har et rusproblem. I det følgende skal vi undersøke disse punktene nærmere.

2.7.2. Kjønnsspesifikke aspekter hos barna

Moe og Slinning (2001) har i en longitudinell studie av barn utsatt for multiple rusmidler i under svangerskapet funnet at gutter viser en større forsinkelse i mental utvikling enn jenter ved 1, 2 og 3 års alder. Sammenlignet med en kontrollgruppe viste både gutter og jenter utsatt for rusmidler under svangerskapet forsinket utvikling. Alle barna i denne studien hadde vokst opp i fosterhjem med fosterforeldre som hadde blitt trent å ta seg av slike barn. Likevel forble forskjellene stabile over tid. Dette innebærer at slike medfødte skader kan dempes, men ikke reverseres totalt gjennom en oppvekst i et optimalt omsorgsmiljø. Gutter ser ut til å være mest utsatt for effektene av rusmidler under svangerskapet med tanke på tidlig mental utvikling.

Andre studier, blant annet av voksne barn av alkoholmisbrukere har pekt på kjønnsforskjeller i utviklingen av psykiske lidelser og rusmisbruk. (Furtado et al, 2006; Nicholas & Rasmussen, 2006). Furtado fant i en longitudinell studie av 26 barn til alkoholiserede fedre at både gutter og jenter med en alkoholavhengig far i større grad og omfang utviklet psykiske problemer fra 2 års alder, enn barn med liknende bakgrunn, uten rusproblemer i familien. Frem til 11 års alder ble denne forskjellen tydeligere. Barna med en alkoholavhengig far ble signifikant oftere diagnostisert med eksternaliserende atferdsproblemer (3:1). Selv om det ikke var en forskjell i grad av diagnostiserte internaliserende psykiske lidelser, så hadde barn av alkoholmisbrukere signifikant flere symptomer mellom 2 og 11 års alder. I motsetning til sønnene av alkoholiserede fedre, som nærmet seg kontrollgruppen i antall internaliserende symptomer etter 4 års alder, utviklet døtrene gjennomgående mer internaliserende symptomer fra 2 års alder av. Spesielt påfallende hos jenter var forskjellen fra kontrollgruppen når det gjaldt somatisering.

I en studie av 143 ungdommer i alderen 13-19 år som hadde foreldre eller andre nære familiemedlemmer med et alkohol- eller narkotikaproblem fant Gance-Cleveland et al (2008) at jenter besvarer bekreftende på signifikant flere aspekter ved familiemedlemmenes alkoholbruk og at disse påvirker deres helse, psykiske fungering og sosiale fungering. Nesten tre fjerdedeler av jentene bekreftet minst 15 av 27 spørsmål som undersøker de mest vanlige helsemessige og sosiale problemer som barn av rusmisbrukere har (Children of Alcoholics Screening Tool, CAST). Denne gruppen hadde signifikant høyere antall rapporterte medisinske tilstander og symptomer enn den som rapporterte mindre subjektive problemer med foreldrenes rusbruk, og som var dominert av gutter. Dette kan ses som en bekreftelse på

Furtado et al (2006) funn av at jenter utvikler en større rekke symptomer på somatisering enn gutter.

Smith et al (2006) fant i en studie av mestringsstrategier hos 293 barn med alkoholiserede foreldre og/eller besteforeldre, at foreldrene vurderte sine barn til å bruke mer unnvikende mestringsstrategier når minst en av foreldrene hadde en alkoholavhengighetsdiagnose. Ved nærmere undersøkelse, kontrollert for kjønn, fant man at denne sammenhengen forble signifikant for guttene, men ikke for jentene. Et omvendt forhold ble funnet når en av besteforeldrene hadde et alkoholproblem. Videre fant man at guttene brukte mindre proaktive mestringsstrategier enn jentene og generelt hadde mindre effektiv mestringsatferd.

2.7.2 Kjønnsspesifikke aspekter ved foreldrene

Ohannessian et al (2004) har undersøkt hvilken rolle foreldres rusmisbruk og eventuelle depressive komorbiditet hadde for deres barn i ungdomsalder (13-17 år). Dersom far hadde en depresjonsdiagnose kombinert med alkoholmisbruk var det ingen forskjell i antall depresjonsdiagnoser hos ungdommene, sammenlignet med ungdommer som hadde fedre med både depresjon, alkoholmisbruk og stoffmisbruk. Stoffmisbruk var tydelig sterkere assosiert med atferdsforstyrrelser hos ungdommer enn fars depresjon og alkoholmisbruk alene.

Hadde derimot mor en trippeldiagnose, hadde nesten 50 % av deres barn en diagnostiserbar depresjon i ungdomsalder. Effekten av kombinasjonen depresjon, alkoholmisbruk og stoffmisbruk på atferdsforstyrrelser hos barnet var uavhengig av foreldrenes kjønn (35 % av ungdommene). Mors alkoholavhengighet alene var assosiert med høyere forekomst av atferdsforstyrrelser hos ungdommer, sammenlignet med fars alkoholavhengighet alene (26 % vs 14 %, respektive).

2.7.3 Sammenfatning

Problematferd hos barn av rusmisbrukere viser noen tendenser avhengig av kjønn. Gutter synes å bli mer negativt påvirket av mors rusmisbruk under graviditeten og til å vise mer aggressiv og opposisjonell atferd i hjem med alkoholavhengige foreldre. Videre har gutter oftere unngåelse som mestringsstrategi og viser generelt mindre effektiv mestringsatferd enn jenter. Jenter ser ut til å være mer sensitive overfor de sosiale konsekvensene av en forelders rusmisbruk. Videre ser det ut til at internaliserende atferdsproblemer er mye vanligere hos jenter enn hos gutter. Somatisering fremheves som hyppig forekommende hos jenter fra

barndom til ungdom. Å kanalisere familiære konflikter gjennom kroppen kan også tenkes å ha sammenheng med spiseforstyrrelser hos voksne døtre av rusmisbrukere.

Når det gjelder effekten av kjønn hos den rusmisbrukendes forelder så synes fars alkohol- og narkotikaproblemer å være assosiert med eksternaliserende problemer hos barna, mens mors rusmiddelmisbruk er sterkt assosiert med forekomsten av depresjon og angst hos barna.

2.8 Type Rusmisbruk hos foreldrene

2.8.1 Innledning

Ulike typer rusmiddelavhengighet kan tenkes å medføre ulike typer belastning for misbrukeren, dennes familie, og spesielt barna. Forskjeller i rusmiddeltype vil også kunne tenkes å ha sammenheng med ulike tredjevariabler, som psykisk helsestatus, utdanningsnivå og nettverk. Avhengighet av et illegalt rusmiddel vil for eksempel være forbundet med en rekke uheldige risikofaktorer, som for eksempel kontakt med et kriminelt og voldelig miljø,

og økonomiske vansker. Vi vil i det følgende vise til forskning som undersøker hvordan forskjellige typer av rusmiddelmissbruk henger sammen med forskjellige relevante tredjevariabler. Vi vil også drøfte i hvilken grad deltakelse i LAR kan anses å være en risiko – eller beskyttende faktor for barn av LAR brukere.

2.8.2. Sammenheng mellom forskjellige typer rusmiddelmissbruk og andre variabler

I en studie av 120 familier med barn i alderen 8-12 år undersøkte man sammenhengen av type rusmisbruk hos foreldre med barnets psykiske helse (Kelley & Fals-Stewart, 2004). Fedrene som deltok i studien hadde enten en heroin – eller kokainavhengighetsdiagnose (N=40), en ren alkoholavhengighetsdiagnose (N=40) eller ingen rusmiddelrelatert diagnose (N=40). Av fedrene som bruke narkotika, kvalifiserte 70 % også for en alkoholavhengighetsdiagnose. Barna som vokste opp i et hjem hvor far brukte narkotika hadde signifikant høyere forekomst av en DSM-IV diagnose. Av denne gruppen hadde over halvparten hatt en psykisk lidelse i løpet av livet, sammenlignet med en fjerdedel av barna som levde med en kun alkoholmisbrukende far og en tiendedel av barna som levde med foreldre uten rusproblem. Mest fremtredende var affektive og angstlidelser hos barn av narkotikaavhengige, hvor 38 % av barna hadde hatt en slik type lidelse, sammenlignet med 18 % og 8 % i de andre gruppene, respektive. Barn av narkotikaavhengige fedre hadde også høyest forekomst av atferdsforstyrrelser, med 35 % av barna som ble diagnostisert med en slik, mot 20 % og 8 % i de andre gruppene. At barn som lever sammen med en narkotikaavhengig forelder i høyere grad presenterer symptomer på psykiske lidelser enn barn som lever med alkoholmisbruk i hjemmet alene eller med rusfrie foreldre, har blitt vist i en rekke studier (Kelley & Fals-Stewart, 2004). Dette samstemmer også med funn fra litteraturstudier som har konkludert med at barn av narkotikaavhengige foreldre har høyere risiko for å utvikle psykiske lidelser enn barn med foreldre med en isolert alkoholavhengighet (Johnson & Leff, 1999; Peleg-Oren & Teichmann, 2006).

I en tvillingundersøkelse blant 568 jenter og 479 gutter i alderen 17-18 år undersøkte Elkins og kollegaer (Elkins, McGue, Malone & Iacono, 2004) hvordan foreldrenes alkohol- og narkotikaavhengighet hang sammen med tilstedeværelse av spesifikke personlighetstrekk hos barna. Man fant at barna til foreldre som misbrukte alkohol viste signifikant høyere mål på stressreaksjon, aggresjon og fremmedgjøring enn barn fra foreldre uten alkoholmisbruk. Barn av narkotikamisbrukere viste signifikant lavere mål på selvkontroll, unngåelse av

farlig/skadelig atferd og tradisjonisme. Den siste gruppen hadde også høyest risiko for selv å utvikle rusproblemer.

2.8.3 LAR og foreldreskap

Siden Legemiddelsassistert Rehabilitering (LAR) med metadon og Subutex/Subuxone ble innført i Norge har antallet brukere av denne behandlingsformen stadig steget. Gruppen er stor og sammensatt. Det vil derfor være vanskelig å komme med entydige utsagn om LAR brukere og oppvekstforhold til barna som bor sammen med slike, spesielt siden det knapt finnes undersøkelser på dette området. Vi vil i det følgende drøfte barn av LAR brukere og implikasjoner av foreldrenes LAR status for omsorgsgiverrollen.

LAR brukere er opiatmisbrukere i utgangspunktet. For å kunne delta i LAR kreves det en dokumentert, langvarig avhengighet av opiater, samt dokumenterte forsøk på døgnbehandling i institusjon som ikke har ført frem. Som vi har påpekt tidligere er opiatmisbruk assosiert med tyngre psykiske lidelser og større grad av sosial og økonomisk ustabilitet enn annen type misbruk. Mange vil i tillegg hevde at det å ha vært en del av et opiatmisbrukende miljø over tid i seg selv kan føre til en rekke traumatiske opplevelser, som vold, prostitusjon, overdoseproblematikk og lignende. Samtidig er det nettopp disse typer risikofaktorer en unngår gjennom å være med i LAR.

Når det gjelder barn av LAR brukere finnes det etter det vi kan se kun studier som har undersøkt barn av mødre i LAR eller i annen behandling for opiatavhengighet (Hans, 2000; Kalland, 2007). Begge har påvist at mødrenes opiatmisbruk ofte henger sammen med egen traumatisk oppveksthistorie, noe som i seg selv predikerer samspillproblemer mellom disse mødrene og deres egne barn. Mødrene viste til dels store vansker med å vise adekvat tilknytningsatferd overfor barna sine i spedbarnsperioden (Kalland, 2007) og hadde flere psykiske lidelser og psykososiale risikofaktorer enn mødre uten rusproblemer (Hans, 2000). Her er det viktig å påpeke at utvalgene til disse studiene var kvinner som aktivt ruste seg kort tid før de ble gravide. Det vil være feil å generalisere disse funn til kvinner som etter noen stabile år i LAR bestemmer seg for å få barn, og som har klart å bygge opp stabilitet i sin hverdag.

Generelt kan en si at foreldrenes opiatavhengighet, også når den kontrolleres gjennom LAR, kan være en indikator for en rekke risikofaktorer som også kan tenkes å være tilstede selv om oppvekstmiljøet er stabilt. Først og fremst tenker vi her på den påviste sammenhengen med predisposisjon for en rekke psykiske lidelser, læringsvansker og utvikling av avhengighet. Barn til foreldre som ikke klarer å forholde seg til reglene i LAR, og som bruker rusmidler i tillegg til medikasjonen, bør dessuten anses å være i en høyrisikosituasjon og følges opp deretter. Selv foreldre som er stabile i LAR bør få tilbud om regelmessig oppfølging av barnet godt inn i skolealder for å forebygge utviklingen av eventuelle vansker.

Det er viktig å få på plass longitudinelle oppfølgingsstudier som kartlegger barn av LAR brukeres utvikling og risiko – og beskyttende faktorer.

2.9 Mestringsatferd hos barn i rusfamilier

2.9.1 Innledning

Når vi tematiserer mestringsevne hos barn av rusmisbrukere ligger det to hovedspørsmålskategorier i dette:

a) har barn av rusmisbrukere generelt lavere evne til adaptiv mestring? Finnes det noen vanlige mønstre når det kommer til mestring som går igjen hos barn av rusmisbrukere?

b) hvilke kliniske intervensjoner kan tenkes å styrke adaptiv mestringsatferd hos barn i familier med et pågående rusproblem?

Hvordan barn lærer seg å mestre utfordrende situasjoner og potensielle belastninger regnes til en viss grad å være en effekt av foreldres oppdragelsesstil (Smith et al, 2006). Dette gjelder spesielt for proaktive mestringsstrategier og å søke støtte hos andre, som generelt anses som sunne og effektive typer mestringsatferd. Barn av alkoholavhengige har vist å bruke mindre effektive mestringsstrategier enn barn uten alkoholavhengige foreldre, og viser en høyere forekomst av unngåelse som mestringsstrategi (Smith et al, 2006). Spesielt blir konsistens i morens disiplineringsatferd overfor barna, sammen med begge foreldrenes støttende atferd overfor barna, fremhevet som sterkt relatert til utvikling av positive og effektive mestringsstrategier hos barna selv.

I det følgende vil vi fokusere på situasjoner hvor familiedynamikken er påvirket av et rusproblem i så stor utstrekning at barnas mestringsstrategier i seg selv antar patologiske former.

2.9.2 Destruktiv Parentifisering

Innen familieorientert rusbehandling har det blitt påpekt at rusproblemet i en familie over tid ofte blir til en organiserende mekanisme, både innad og utad (Lingaard, 2006), og at familiens samhandlingsmønstre kan bli opplevd som truet dersom rusproblemet skulle avdekkes.

Således kan det psykologisk sett være et stort ansvar man ber et barn å bære når man spør det rett ut om det finnes rusmisbruk i hjemmet (Haugland, 2006). I familier med et langvarig skjult rusmisbruk er det heller ikke sikkert at barna finner misbruket unormalt.

Et fenomen en ofte kan møte i familier med rusproblemer er destruktiv parentifisering (Haugland, 2006). Dette begrepet beskriver hvordan barn på forskjellige måter kan overta voksenansvar innen en familie i korte eller lengre perioder. Barn kan utvikle intergenerasjonell parentifisering. Dette innebærer at de utøver en voksenrolle overfor sine egne foreldre, enten gjennom å bli behandlet og siden opptre som en voksen eller partner, eller gjennom å fungere som forelder for sine foreldre. En annen måte å ta voksenansvar på er gjennom intragenerasjonell parentifisering, som innebærer å få et, for alderen, uforholdsmessig stort ansvar overfor søsken eller for nødvendige arbeids-, sikkerhets-, eller økonomiske aspekter i familien.

Barn i rusfamilier kan vise parentifisering gjennom å være eller bli en fortrolig ”voksen” for den forelderen som ikke har et rusproblem, men som ønsker å holde familiemedlemmenes rus skjult. De kan se det som sin oppgave å megle når rus fører til vold blant foreldrene, eller å beskytte eller trøste søsken i slike situasjoner. Barn kan rydde opp etter den rusmisbrukende forelderen for å unngå konflikter, eller holde seg våken til alle sover for å være sikre på at de kan beskytte familien. Slike oppgaver kan være omfattende eller små og ikke nødvendigvis krevende i praktisk henseende, men vil ofte, uansett omfang, oppleves som et enormt ansvar for barnet.

Graden av parentifisering vil avhenge av hvor mye foreldrene klarer å beskytte barn for selve rusproblemet og dets konsekvenser. Siden vi vet at det er en overhyppighet av psykiske lidelser blant mennesker med rusproblemer, vil en kunne anta at en betydelig andel av barn til rusmisbrukere lever med foreldre som grunnet sine psykiske problemer ikke vil kunne fungere som modne foreldre i perioder. Destruktiv parentifisering fører ofte til utvikling av psykiske problemer hos barn (Haugland, 2006). Her kan en nevne manglende sosial utvikling grunnet liten eller ingen omgang med venner, identitetsforvirring som følge av en utydelig opplevelse av egne og andres behov og redusert evne og mulighet for behovstilfredsstillelse, skyldfølelse, og utvikling av masochistiske og narsissistiske personlighetstrekk.

Det er viktig at det å ha omsorgsoppgaver ikke nødvendigvis medfører en opplevelse av belastning hos barnet, og til og med kan føre til en opplevelse av mestring (Haugland, 2006). I møte med barnefamilier hvor en av omsorgspersonene har et rusproblem vil det derfor være viktig å undersøke den opplevde graden av ansvar for familiemedlemmers helse og sikkerhet, og opplevd innflytelse på og mestring av oppgaver barna har fått tildelt eller sett seg nødt til å ta på seg.

En annen faktor som synes å gjøre ansvaret lettere å bære for barnet, er tilgjengelighet til informasjon rundt foreldrenes rusproblem og å få støtte for bidraget barnet faktisk gir til familiens samhold.

2.9.3 Sammenfatning

I hvilken grad barn blir negativt påvirket av foreldres rusproblem vil blant annet være avhengig av barnets tilgang til nyttige mestringsstrategier. Det har blitt vist at barn av rusavhengige ofte fremstår som å ha få adekvate strategier for mestring. Parentifisering vil ofte være tilstede i familier med rusmisbrukende foreldre. I samtaler med barn og foreldre vil det være sentralt å undersøke barnets opplevde ansvar for de voksnes atferd og rusproblem på en sensitiv måte. Det vil være viktig å tematisere og avdekke maladaptiv parentifisering for både barn og voksne på en måte som er forståelig for begge parter. Opparbeiding av hensiktsmessig mestringsatferd for barn av rusmisbrukere bør stå sentralt i terapiforløpet.

2.10 Beskyttende faktorer

2.10.1. Innledning

Å vokse opp med rusmisbrukende foreldre er en risikofaktor for barna med tanke på utvikling av psykiske lidelser, atferds- og skolevansker og egne avhengighetsproblemer. I hvilken grad

denne risikofaktoren bidrar til at barnets sårbarhet utvikler seg til en manifest tilstand eller ikke vil avhenge av tilstedeværelse av faktorer som forverrer den totale situasjonen og faktorer som begrenser risikoen gjennom å fremme atferd og opplevelser som styrker barnets evne til å handtere situasjonen (resilience). Det har også blitt hevdet at fravær av spesifikke forverrende faktorer (som f eks foreldres rusmisbruk og kriminalitet eller foreldres rusmisbruk og hjemmevold) kan virke beskyttende for barnet (Garmezy, 1994).

Beskyttende faktorer kan være medfødte og lærte, de kan opptre tidlig i barnets liv eller utvikle seg i takt med at barnet deltar i nye sosiale arenaer som f eks barnehage eller skole. Den enkelte risikofaktorens destruktive potens forsterkes dess flere risikofaktorer akkumuleres i en gitt situasjon. Risikofaktorer og beskyttende faktorer må ses i en konstant dynamisk interaksjon, noe som gjør det vanskelig å tilskrive en entydig effekt for barnets utvikling til avgrensede spesifikke beskyttende faktorer eller risikofaktorer (Gore & Eckenrode, 1994).

Risikofaktorer som gjelder spesielt for barn av rusmisbrukere har vist seg å ha en tendens til å akkumuleres over tid. For eksempel har menn med alkoholproblemer og antisosiale tendenser en høyere tilbøyelighet til å leve sammen med kvinner med psykiske vansker og alkoholproblemer. Foreldreegenskapene i en slik familie kan da forventes å være svake, samtidig som risikoen for at barnet vil trenge *forsterket* omsorgskompetanse grunnet medfødte kognitive svakheter og krevende temperament er forhøyet. Slik føres barnet tidlig inn i en risikostruktur som forsterker sannsynligheten for at barnet på hvert utviklingstrinn møter større psykiske, sosiale og læringsmessige utfordringer enn jevnaldrende barn fra stabile familier (Zucker et al, 2008).

Samtidig er det noen enkelte aspekter i barns liv som over tid har vist seg å ha en generell beskyttende effekt når det gjelder utvikling av psykiske problemer i etterkant av belastninger i familien (Garmezy, 1994) eller når det gjelder å minimere risikoen for barns tidligere rusmisbruk (Zucker et al., 2008). Slike beskyttende faktorer kan ikke bare beskytte barnet mot at enkelte risikofaktorene slår fullt ut, men kan også føre til at en destruktiv kjedereaksjon stoppes og snus. I det følgende skal vi vise til noen av disse generelle beskyttende faktorer og drøfte deres anvendelighet på gruppen ”barn av rusmisbrukere”.

2.10.2 Funn

Når det gjelder beskyttende faktorer har foreldreferdigheter blitt fremhevet som en avgjørende variabel både når det gjelder å minimere risikofaktorer og å bygge sosial kompetanse og følelsesmessig trygghet hos barn (Zucker et al, 2008, Smith et al, 2006). For barn av rusmiddelmissbrukere vil det derfor være av avgjørende betydning om en omsorgsperson klarer å kompensere for den andre omsorgspersonens rusmisbruk på en effektiv måte. Dette innebærer at barn skjermes for rusmisbruket, at deres opplevelser og tanker rundt rusmisbruket blir adressert på en aldersadekvat måte, og at rusmisbruket i minst mulig grad kompromitterer deres aldersavhengige behov for sosial omgang, læring og utvikling. Det har blitt påpekt at foreldretrening i familier med rusmisbruk for å avdekke rusmisbrukets dynamikk og for å styrke foreldrenes evner og muligheter for å ivareta barnas behov er den intervensjonen som vil kunne ha mest potensial for å minimere risikoen for en negativ utvikling hos barn fra rusfamilier (Zucker et al, 2008; Zucker et al, 2000; Linaard, 2006).

Det har også blitt påpekt at andre voksne personer i barnas liv utenfor kjernefamilien vil kunne fungere som slike beskyttende og tryggende rollemodeller. Dette kan være andre familiemedlemmer som har jevnlig kontakt med barnet og kjennskap til problemstillingen eller andre voksne fra barnets sosiale omgangsfelt (lærere, idrettsledere el l). Slike personer vil kunne tilføre en viss grad av trygghet og forutsigbarhet til barnets hverdag.

Å styrke foreldreferdigheter har også vist seg å ha en positiv effekt hos rusmisbrukende gravide kvinner. Får gravide kvinner under buprenorfinbehandling jevnlig oppfølging under og etter svangerskapet er risikoen for fødselskomplikasjoner og tidlige samspillsvansker betydelig forminsknet sammenlignet med kvinner som ikke får slik oppfølging (Binder & Vavrinkova, 2008; Solbakken & Lauritzen, 2006).

2.10.3. Sammenfatning

Generelt kan en si at risikofaktorenes tendens til å akkumulere til destruktive risikostrukturer som utfolder seg som en kjede i barnets liv vil kunne minimeres dess tidligere problemene adresseres og en intervensjon blir mulig. Å styrke foreldrenes generelle ferdigheter og å etablere spesifikke handlingsmønstre som kan skjerme barna fra foreldrenes rusatferd og dets konsekvenser har blitt fremhevet som den mest effektive beskyttende faktor. I sin ytterste konsekvens vil det også kunne bety at skille barna fra sine biologiske foreldre. Dette

understreker betydningen av at barn som lever med rusmisbrukende omsorgsgivere blir identifisert så tidlig som mulig, og at deres situasjon blir kartlagt med fokus på rusmisbrukets omfang, foreldrenes psykiske helsestatus, forekomst av vold, barnas kognitive og følelsesmessige utvikling og deres eventuelle behov for spesialisert hjelp.

Vi vil i det følgende adressere disse praktiske implikasjoner.

3.0 En heterogen gruppe trenger et variert tilbud

3.1. Innledning

Som vi har påpekt i denne rapporten må gruppen ”barn av rusmisbrukere” anses å være meget heterogen. Behandlingstilbudet bør derfor være tilsvarende variert. Vi vil i det følgende

argumentere for at det er nødvendig, men ikke tilstrekkelig å ha samtaler med barn når foreldrene behandles for et rusproblem og det foreligger samtykke fra foreldrene. Som vi har påvist er barn til rusmisbrukere en risikogruppe når det gjelder utvikling av psykiske lidelser og atferdsproblemer. Risikoen øker i takt med tilstedeværelsen av andre risikofaktorer, arvelige og/eller miljømessige. Foreldrenes rusproblem er i mange tilfeller langvarig og har påvirket familien i lengre tid når den kommer til behandling. Når man tilbyr barn samtaler, betyr at man yter behandling og påtar seg det samme ansvaret som man har som behandler ellers. Per i dag er det få rutiner innen den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen om hva samtaler med mindreårige pårørende skal ha som innhold og hva formålet med praksisen skal være. Dette reiser en rekke fagetiske spørsmål:

Når er videre utredning på sin plass, og hvem skal være den naturlige adressen for slike utredninger?

Når bør en velge å inkludere barn til rusmisbrukere i behandlingen? Hva blir da de førende aspektene i behandlingen og hvem sin situasjon er hovedfokus for behandlingen – barnets eller primærklientens?

Er det riktig å koble barnets manifesterte psykiske og sosiale problemer til foreldrenes rusmisbruk?

Skal mindreårige pårørende ha egne journaler, også for kun få konsultasjoner?

Ut fra at sammenhengen mellom psykososial tilpassning hos barn og det å vokse opp med en rusmisbrukende omsorgsperson ofte er meget sammensatt og at en utredning som undersøker alle de relevante aspekter i de enkelte tilfeller kan bli omfattende, blir det også et økonomisk spørsmål om hvor ansvaret for den første intervensjonen, utredningen og oppfølging for barn av rusmisbrukere skal ligge.

I det følgende vil vi forsøke å samle de sentrale punkter i denne oppsummeringen i en veileder for klinisk praksis. Vi vil fokusere på at en tidlig differensiering av gruppen vil kunne forenkle sentrale deler av den kliniske kontakt med barn av rusmisbrukere. Vi vil også påpeke at det å bruke en fellesbetegnelse på alle barn som har foreldre med et rusproblem eller som vokser opp med voksne som ruser seg, løper man risiko for prematurt å anta en kausalitet

mellom foreldrenes rusmisbruk og barnets eventuelle problem, og derved miste andre sentrale faktorer ut av syne.

3.2 Screening

I norsk sammenheng kan man skille mellom to hovedkategorier i hjelpeapparatet: andrelinjetjenestene for barn og voksne innen psykiatri og den spesialiserte rusbehandlingen og førstelinjetjenester for barn og voksne (helsestasjoner, sosialtjenesten, allmennpraktiserende leger, etc.) (Solbakken & Lauritzen, 2006).

Som tidligere påpekt i denne rapporten, har barn av rusmisbrukere høyere forekomst av psykiske lidelser, noe en kan anta at dette vil gjenspeiles i en stor prevalens av barn av rusmisbrukere ved barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger. Det bør derfor rutinemessig innhentes informasjon om foreldrenes rusvaner ved konsultasjoner ved slike avdelinger. Likeledes bør det rutinemessig innhentes informasjon om barnas situasjon når en tar imot voksne pasienter innen den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen. For barna som er berørt vil det være viktig at fokus flyttes fra deres psykiske og / eller atferdsproblemer til familieproblemene. Per i dag kan man utgå fra at mindre enn halvparten av tiltakene innefor psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling rutinemessig og med en klar metodisk fremgangsmåte innhenter slik informasjon (Solbakken & Lauritzen 2006).

Når det gjelder kontakt gjennom førstelinjetjenesten ligger mye ansvar hos fastlegen, som gjerne møter både foreldrene med et rusproblem og barna deres først. I en amerikansk studie (Lane et al, 2007) ble det vist at man gjennom å stille foreldre som søkte hjelp ved en pediatrik klinikk to enkle spørsmål om deres rusvaner, lyktes i å identifisere en stor andel av foreldrene som faktisk kunne diagnostiseres med ”skadelig bruk” av alkohol eller narkotika basert på CIDI (DSM-IV). I studien fant man også at en stor andel av misbrukerne ikke kunne identifiseres. Men hovedkonklusjonen var at man gjennom å direkte spørre foreldre om deres rusvaner kunne avdekke rundt 1/3 av alle tilfeldige barn i risikozonen.

Å nå barn av rusmisbrukere for å kunne undersøke deres hjelpebehov og eventuelt kunne tilby adekvat behandling, er en stor utfordring (Lane et al, 2007; Keen & Alison, 2001). Det har blitt fokusert på forskjellige grunner til dette: Foreldre med et rusproblem vil ofte ha en tendens til å bagatellisere problemet overfor hjelpeapparatet, enten av frykt for konsekvenser i form av f eks barnevernstiltak, eller som et resultat av psykologisk benekting.

Zucker et al (2000) har funnet at unge menn med alkoholproblemer så å si er fraværende i behandling, samtidig som det er velkjent at menn i aldersgruppen 20-35 år er den gruppen som drikker mest og på en mest skadelig måte. Dette er i tråd med det faktum at brukere av identifiserte rusbehandlingstilbud som regel kommer til behandling på et fremskredet stadium i problemutviklingen. Disse funnene synes også å stemme for en norsk populasjon. Dette innebærer blant annet at når den unge aldersgruppen av fedre med alkoholproblemer ikke møter til behandling blir det vanskelig å nå gravide partnere av alkoholmisbrukere, samt deres små barn frem til skolealder.

En annen gruppe som på samme grunnlag kan antas å være vanskelig å komme i kontakt med er unge mødre med et begynnende eller eksisterende rusmiddelproblem. Tilgjengelighet for informasjon og rådgivning vil være en viktig faktor for å nå denne gruppen, som ofte kan oppleve seg handlingslammet i en livssituasjon som kan virke overveldende.

Av ulike grunner vil ofte barn være tilbakeholdende med å fortelle om foreldrenes rusmisbruk til andre. Ofte vil de ha et ønske om å beskytte foreldrene og således avkrefte spørsmål om rus i hjemmet. Frykt for foreldrenes reaksjoner kan være en annen årsak.

For å få bedre kontakt med barn av rusmisbrukere som trenger rådgivning eller behandling, kreves det kartleggingsrutiner som på en enkel, men pålitelig måte avdekker destruktiv rusmisbruk i barnefamilier. Terskelen for å spørre etter voksnes rusvaner er av kulturelle grunner ofte høy. Siden det finnes en rekke vidt forskjellige indikasjoner på at barn sliter med følgene av foreldrenes rusproblemer, er det viktig å ha gode screeningrutiner på forskjellige nivåer, som f.eks. i barnehage, skolen, hos fastlege, på helsestasjon og innenfor 2.linje tjenestene, både når det kommer til psykiatri, somatikk og rusbehandling. Forsinket motorisk- og språkutvikling, aggressivitet, somatisering (hodepine, magesmerter), humørsvingninger, innsluttethet, opposisjonell atferd, tretthet, hyperaktivitet og engstelighet er alle vanlige tegn på at barnet kan ha en eller flere omsorgspersoner med et rusproblem, og bør følges opp.

Det anbefales at det etableres rutiner for å fange opp barn av rusmiddelmisbrukende foreldre i følgende arenaer:

På helsestasjon, i barnehagen, på barneskole, på ungdomsskole/videregående skole, hos PPT, hos fastlegen, på psykiatriske avdelinger, på somatiske avdelinger, og innenfor alle avdelinger i spesialisert rusbehandling. Dette er også i tråd med konklusjonen fra en undersøkelse av behandlingstilbudet for barn av rusmisbrukere lagt av SIRUS i 2006 (Solbakken & Lauritzen, 2006).

Det er en rekke utfordringer knyttet til screening av foreldres rusproblemer. Som det har blitt referert flere steder er et rusproblem i familien i mange tilfeller tabubelagt både innad i familien og utad (Linggaard, 2006, Sher, 1993, Zucker et al, 2000). Man vil kunne møte benekting av problemet, rasjonalisering, sinne, eller bagatellisering fra foreldrenes side når man henvender seg til dem angående deres rusvaner. Så langt det er mulig, vil det være

nødvendig å etablere en trygg relasjon til både foreldre og/eller barn før man begynner å undersøke om det foreligger problematisk rusmiddelbruk i familien. Spesielt kan det være hensiktsmessig å anerkjenne foreldrenes ønske om å være gode foreldre, eller - i kontakt med barn – å anerkjenne deres anstrengelser for å holde familien samlet, før man begynner å påpeke de negative sidene rusproblemet påfører interaksjonen i familien (Haugland, 2006).

Som vedlegg til denne rapporten finnes det et screeningsverktøy som kan brukes for kartlegging av problemer hos barn som følge av foreldrenes alkoholmisbruk, CAST (se appendiks 1).

3.3 Utredning

Utredning av barn av foreldre med rusmiddelproblemer gis sjeldent som et spesifikt tilbud hverken innenfor førstelinjetjenestene, spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern (Solbakken & Lauritzen, 2006). Av 35 informanter fra ulike heleforetak som mer utførlig beskrev sine vaner for utredning av barn svarte bare en tredjedel at utredning av barnet alltid eller ofte er tilfelle, mens nesten halvparten svarte at dette aldri var tilfelle. Her må en

imidlertid ta høyde for at de 35 informantene representerer en brøkdel av alle relevante tiltak som var inkludert i undersøkelsen (N = 821).

Hva en utredning hos en familie med rusmisbrukende omsorgspersoner skal bestå av, vil være avhengig av en rekke forhold, siden forskjellige faktorer ved rusproblemet indikerer forskjellig fokus. Det er imidlertid viktig at det etableres felles normer og rutiner for når, hvordan og med hvilket fokus det skal utredes (om ikke nasjonalt så på regionalt nivå), slik at en tydelig ansvarsfordeling og et smidig samarbeid instansene imellom er garantert (Solbakken & Lauritzen, 2006). Klinisk intervju og anamneseopptak kan ved behov suppleres med tester eller kartleggingsskjemaer. Vi vil i det følgende presentere noen sentrale spørsmål som bør stå som et minstekrav i en utredning:

- 1) Foreligger det indikasjoner på at barnet kan ha blitt utsatt for påvirkning av alkohol og/eller narkotiske stoffer under svangerskapet? Hvis ja, hva slags stoffer?
Undersøkelse av evne til oppmerksomhet og følelsesregulering hos barnet.
- 2) Hvem av foreldrene har et rusmiddelproblem? Hvis den ene har et tydelig problem, hvordan forholder den andre seg til rusmidler?
- 3) Hvis mor har et rusmiddelproblem: hva slags stoffer bruker hun? Sjekk for angstlidelser og depresjonslidelser.
- 4) Hvis far har et rusmiddelproblem: hva slags stoffer bruker han? Sjekk for antisosiale personlighetstrekk.
- 5) Sjekk familiehistorie for alkohol og/eller stoff(mis-)bruk.
- 6) Sjekk familiehistorie for psykiske lidelser.
- 7) Hvor gammel er barnet ved konsultasjon? Spørsmålene som er aktuelle i tidlig alder er like aktuelle i undersøkelsen av eldre barn og voksne barn av rusmisbrukere.
 - a) 0-2 år: fokus på FASD / historie av Neonatal Abstinens Syndrom. Fokus på tilknytningsatferd. Fokus på oppmerksomhet og selvregulering.

- b) 2-5 år: fokus på motorisk utvikling og språkutvikling, oppmerksomhet og samspill med foreldre og andre barn.
- c) 6-11 år: fokus på sosial fungering i hjemmet og med andre barn. Fokus på skoleprestasjoner og læring. Sjekk for angstlidelser, spesielt tegn på sosial angst. Sjekk for depresjon. Sjekk for tegn på atferdsforstyrrelser.
- d) 12-15 år: Fokus på sosial fungering og akademisk utvikling. Sjekk for rusmiddelbruk, atferdsforstyrrelser, angst – og depresjonslidelser.
- e) 15-17 år: Fokus på rusmiddelavhengighet. Fokus på psykiske lidelser som angst og depresjonslidelser. Sjekk for kriminalitet, antisosial atferd, skoleprestasjoner, sosial fungering.

3.4 Behandling

Når det i møte med barn av rusmisbrukende omsorgsgivere viser seg at barnet har utviklet psykiske eller fysiske problemer som er behandlingstrengende, vil det være viktig å finne en innfallsvinkel som er tilpasset det enkelte barns forutsetninger. Videre er viktig å huske at barna kan ha vært utsatt for psykologiske, genetiske og miljømessige risikofaktorer som

predisponerer dem for både psykiske problemer, medisinske tilstander og egne rusproblemer. Å etablere en kausal sammenheng mellom rusmisbruk i familien, ustabilitet på grunn av rusbruken og barnets problemer vil ofte innebære forhastete konklusjoner. Samtidig er slike faktorer selvfølgelig en betydningsfull del av barnets psykososiale miljø og må tas med i vurderingen.

I det følgende vil vi presentere en rekke vanlige behandlingsmodeller og deres mulige nytteverdi for behandling av de ulike konsekvenser av å være ”barn av rusmisbruker”. Vi er klar over at det ikke finnes noen enkle oppskrifter for når ta i bruk de forskjellige behandlingsmetodene. Vi vil i denne avsnitt i hovedsak understreke at barn av rusmisbrukere som gruppe er meget forskjellige og bør behandles deretter.

3.4.1 Familiebehandling

Det har blitt argumentert for at et rusproblem er et relasjonelt problem som berører hele familien (Lingaard, 2006). Når man møter et barn som viser tegn på psykiske vansker og som lever i en familie hvor mor og/eller far har et rusproblem bør man alltid vurdere muligheten for et behandlingsløp som adresserer hele familien og samspillet familiemedlemmene imellom. Isolerer man barnet som symptombærer av familiens dårlige fungering risikerer man å skape eller forsterke en følelse hos barnet om at det er hun eller han som er problemet og som må forandre seg, mens de underliggende årsakene til barnets vansker forblir uberørt. Lingaard (2006) har demonstrert gode resultater ved familiebehandling for alkoholavhengige i Danmark, og understreker dynamikken innad i familien som en sentral faktor i utvikling og vedlikehold av alkoholproblemet. Å tydeliggjøre kommunikasjonsmønstre og maladaptive relasjonsdannelser i familien for alle dets medlemmer hjelper både den avhengige og de pårørende med å forholde seg til rusproblemet på en mer løsningsfokuset og mestrende måte (Lingaard, 2006).

Å gi barn en plass og en stemme i et behandlingsforløp for foreldre med rusproblemer bør alltid være nøye gjennomtenkt. Barnets behov må sees av både behandlere og foreldrene og barnas rolle i samtalene bør være avklart på forhand. Deltar barn i behandlingen bør det være for barnets egen skyld og for å styrke deres posisjon, ikke bare som en motivasjonsfaktor for å få den voksne pasienten til å endre synet på rusproblemet eller atferden sin.

Familiebehandling anbefales spesielt når barna er i skolealder og eldre, når det er en viss grad av åpenhet innad i familien om at et rusproblem er til stede, når kun en av foreldrene har et rusproblem og når det ikke foreligger tegn på alvorlig psykopatologi hos foreldrene i tillegg til rusdiagnosen. Antisosiale trekk hos en eller begge foreldre vil heller ikke gjøre familieterapi til et førstevalg.

3.4.2 Individuell behandling for barnet

Når man møter et barn med rusmisbruk i familien som viser tegn til tydelig psykopatologi, kan det være nødvendig og hensiktsmessig med individuelle terapiforløp for barnet, dog uten at dette utelukker møter med familien og fokus på foreldrenes rusatferd i prosessen. Det er viktig å ta høyde for at barnet kan være predisponert for en rekke psykiske vansker, uavhengig av det konkrete rusproblemet. En rekke studier har vist at vold, fattigdom og psykisk sykdom hos foreldre er sterkest assosiert med psykiske vansker hos barn (Fonagy et al, 2002b). Voksne med rusproblemer har en forhøyet risiko for å introdusere disse variablene i barnas liv, hvoretter barna kan utvikle egne psykiske sykdomstilstander som er behandlingstrengende. Behandler man barn individuelt, vil det være viktig å differensiere mellom faktorer knyttet til barnets psykiske vansker som kan være direkte relatert til foreldrenes rusmisbruk og faktorer som kan være et resultat av familiær predisposisjon for psykiske lidelser.

Både innen familieterapi og psykoterapi med barn har det blitt påpekt at barnas atferdsvansker og/eller psykiske problemer best forstås i lys av familiens dynamikk og samspillet mellom foreldrene og barnet (Wachtel, 1994). En integrering av klassisk familieterapi og individuell behandling av barn har blitt beskrevet i kliniske tekster. Spesielt når en ønsker å etablere egnede tilbud for barn av rusmisbrukere (hvor både barn og voksne antas å ha sine utfordringer), vil et forløp som inneholder behandling for barn og voksne hver for seg parallelt, kombinert med perioder sammen i en familieterapeutisk setting, være en god løsning. En slik tilnærming vil ivareta begge parter og over tid gjøre det mulig å styrke foreldre - barn forholdet i terapien.

3.4.3 Individuell behandling for foreldrene

Avhengig av foreldrenes behov og barnets alder, kan man legge opp til forskjellige intervensjoner. For gravide rusmisbrukere har jevnlig spesialisert oppfølging under

svangerskapet og opptil 4 år etter fødselen ("Familieambulatoriet"), gitt meget gode resultater over lengre tid i Danmark (Solbakken & Lauritsen, 2006). En slik intervensjon er også anbefalt i flere studier av gravide kvinner under buprenorfinbehandling. Rusbehandling med fokus på foreldreskap bør være en del av all rusbehandling hvor klienten har barn eller lever sammen med barn, uansett om det er poliklinisk eller på døgnbasis. Her vil det ofte være nyttig å invitere partneren til den rusavhengige med i opplegget (Linggaard, 2006). For traumatiserte ruspasienter med en egen historie preget av neglisjering og/eller vold, som venter eller har barn, vil en mentaliseringsbasert tilnærming (Fonagy et al, 2002) kunne være en hjelp til å opparbeide differensiering mellom egne opplevelse og behov og barnets opplevelse og behov. Utforskning av relasjon til egne foreldre og oppvekst vil ofte kunne hjelpe med å avklare konfliktfylte forhold til eget foreldreskap og selvilde som forelder.

3.4.4 Gruppebehandling for barn og ungdommer

Gruppebehandling for barn og unge med rusproblemer i familien har i lengre tid vært etablert ved noen helsestasjoner, med god effekt (Solbakken & Lauritsen, 2006). Spesielt gode erfaringer har man hatt med gruppen "barn i skolealder". Å dele erfaringer, tematisere skam, ensomhet, usikkerhet kan for mange barn være nok hjelp i seg selv, eller en døråpner til å søke mer hjelp og videre behandling av sin situasjon. Å se at man ikke er den eneste som har en livssituasjon preget av foreldrenes rusproblemer kan bety enormt mye. Samtalegrupper for barn finnes i liten grad etablert i den spesialiserte rusbehandlingen. Samarbeid mellom helsestasjoner, skoler og den spesialiserte rus- og psykiske helsetjenesten bør etableres og/eller videreutvikles for å kunne gi et slikt tilbud til flere barn som har behov for det.

3.4.5 Gruppebehandling for voksne pårørende

Behandling innenfor spesialisthelsetjenesten har lenge vært forbeholdt symptombæreren. I senere tid har det kommet på plass tilbud som skal styrke den ikke-rusavhengige av foreldrene. Å gi denne gruppen et tilbud vil kunne hjelpe dem å ta bedre vare på barna og å skjerme familien for den rusavhengiges atferd i større grad. Å få informasjon, kunne dele belastningene med andre og å få innspill og støtte vil i mange tilfeller være med på å gjøre den ikke-rusavhengige forelderen tryggere på egen rolle og egne valg og således indirekte føre til en mer adaptiv håndtering av rusproblemet hjemme- noe som vil kunne tenkes å forminske risikoen for barnet.

Det har ikke vært omfattende praksis å gi pårørende til rusmisbrukere et eget tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, og det bør oppmuntres til at denne gruppen mer aktivt inkluderes i forebygging og behandling av familier med rusmiddelproblemer.

3.4.6 Sammenfatning

Det finnes mange typer intervensjoner som kan anses å være nyttige for barn av rusmisbrukere. . Hvilke intervensjoner man velger å iverksette bør være basert på en grundig utredning av familiens situasjon, forekomsten av psykiske lidelser hos voksne og barn og type rusmisbruk. I dag finnes det en rekke forskjellige tiltak med god effekt i Norge og andre skandinaviske land, men det er lite samarbeid mellom første - og andrelinjetjenester og også innefor spesialisthelsetjenestene, da først og fremst mellom mental helsevern og den spesialiserte rusbehandlingen (Solbakken og Lauritsen, 2006). Det finnes nok kunnskap og erfaring innenfor helsetjenesten til raskt å kunne gi et differensiert tilbud til gruppen ”barn av rusmisbrukere” som er tverrfaglig og organisert. Det som ser ut til å mangle er tydelige retningslinjer og konkret samhandling mellom instansene.

4.0 Sammenfatning

Barn av rusmisbrukere er en stor og sammensatt gruppe med et vidt aldersspenn, en rekke risikofaktorer, og spesifikke problemstillinger knyttet til forskjellige utviklingsstadier. Det har vist seg å være vanskelig å fange opp hjelpetrengende barn i denne gruppen. Likeledes har det hittil manglet spesifikke tilbud for barn av rusmisbrukere innen store deler av første- og andrelinjetjenestene.

Ønsker man å etablere forebyggende tilbud og behandlingsprogram for denne gruppen, vil det være viktig å ha kunnskap om de viktigste risikofaktorene som barn av rusmisbrukere er utsatt for. Ressursrammen for å imøtekomme barnas behov for hjelp vil, nødvendigvis måtte gå utover noen få, enkeltstående samtaler. En grundig differensialdiagnostisk tilnærming til barnas eventuelle problemer vil dessuten være viktig. Både medfødte og miljømessige faktorer er relevante. Når det gjelder medfødte faktorer er det spesielt påvirkning av morens rusmisbruk under svangerskapet, foreldrenes psykiske helsestatus og barnas mulige predisposisjon for både avhengighet og psykiske vansker, som ser ut til å ha stor sammenheng med barnas psykiske fungering på forskjellige alderstrinn. For eksempel, ser gutter ut til å være mer preget av mors bruk av narkotiske stoffer under graviditeten i løpet av de 5 første leveår enn jenter.

Det ser også ut til at det er kjønnsforskjeller i måten barn av rusmisbrukere håndterer sin situasjon. Gutter synes generelt å bruke mindre varierte og effektive strategier for mestring enn jenter. Jenter ser ut til å ha en tendens til å oppleve og å presentere et voksende antall somatiseringssymptomer med økende alder. Hos både sønner og døtre av rusmisbrukere har man funnet mer aggressiv atferd enn hos jevnaldrende kontrollgrupper.

Når det gjelder miljømessige faktorer som påvirker barnas psykiske utvikling negativt, synes det først og fremst å være ustabiliteten i livsførsel hos rusmisbrukere som får store konsekvenser for barnas tidlige tilknytningsopplevelser. Psykiske lidelser hos mor – spesielt angst og depresjon, og hos far – spesielt antisosiale trekk – ser ut til å ha størst sammenheng med psykiske vansker og atferdsproblemer hos barn og ungdom, som vokser opp med slike foreldre. Å være utsatt for, truet med, eller vitne til fysisk, psykisk eller seksualisert vold, anses i seg selv som en av de største risikofaktorer for utviklingen av psykiske vansker hos barn. Kombinasjonen av rusmisbruk og antisosiale trekk hos en eller begge omsorgsgivere bør derfor alltid tas meget alvorlig. Risikofaktorer i barnas oppvekstmiljø og predisposisjon forekomme i ulike kombinasjoner. Jo flere risikofaktorer som finnes, jo vanligere forekommer psykiske problemer hos barn. Kombinasjonen av risikofaktorer og beskyttende faktorer gjør at barn med tilsynelatende likt utgangspunkt kan ha svært forskjellige utviklingsløp. En nøyaktig anamnestic og differensialdiagnostisk tilnærming vil være meget viktig i hvert enkelt tilfelle.

Forskjellige typer rusmisbruk hos foreldrene synes å være forbundet med forskjellige typer problemstillinger hos barn. Derfor vil det være viktig å vite mest mulig om omfang og type misbruk hos foreldrene over lengre tid bakover, dersom man ønsker å danne seg et bilde av barnas oppvekstforhold i retrospekt.

Tidlig intervensjon og styrking av forelderegenskaper har fra flere hold blitt fremhevet som de mest effektive beskyttelsesfaktorer for barn av rusmisbrukere. Rutiner for screening, utredning og behandling av barn i risikozonen og deres foreldre er per i dag i liten grad til stede innenfor psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling. Det finnes heller ikke etablerte rutiner for et tettere samarbeid mellom disse enhetene. Det samme gjelder for samarbeid med førstelinjetjenestene, skoler og spesielt barnehager – ikke minst i barnehagene vil påfallende atferd og utvikling hos barn sjelden koples til foreldrenes forhold til rusmidler, grunnet en stor naturlig variasjon i aldersgruppen 1-5 år, samtidig som barna selv sjelden vil kunne gi uttrykk for problemer i hjemmet.

For å sammenfatte kan en si at barn av rusmisbrukere er en heterogen gruppe med forhøyet risiko for atferdsvansker, psykiske problemer og egen avhengighet. De siste ti år har longitudinelle forskningsdesign kunnet undersøke sammenhengen mellom forskjellige risikofaktorer, beskyttende faktorer og uheldig utvikling i denne gruppen, men det gjenstår mye forskning for å kunne gi et tydelig bilde av barn av rusmisbrukeres sårbarhet og behov. Behandlingsapparatet og offentlige institusjoner for barn har mye å vinne gjennom jevnlig kunnskapsoppdateringer og et effektivt samarbeid på tvers av etatene.

5.0 Referanser

Alvik, A. (2007): Alkohol i svangerskapet. *Lecture during "Barnet & Rusen" conference, Sandefjord, Norway, September 27th, 2007.*

Berman, S.M., Noble, E.P., Antolin, T., Sheen, C., Conner, B. & Ritchie, T. (2006): P300 Development during adolescence: Effects of DRD2 genotype. *Clinical Neuroendocrinology Letters*. 29(1):80-6.

- Binder, T. & Vavrinkova, B. (2008): Prospective randomised comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birthweight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department. *Neurophysiology*. 117, pp 649-659.
- Brook, J.S., Tseng, L-J & Cohen, P.(1996): Toddler Adjustment: Impact of Parents' Drug Use, Personality, and Parent-Child Relations. *The Journal of Genetic Psychology*, 157, pp 281-295.
- Elgen, I., Bruarøy, S. & Læg Reid, L.M. (2007a): Lack of recognition and complexity of foetal alcohol neuroimpairments. *Acta Pædiatrica*, 96, pp 1-5.
- Elgen, I., Bruarøy, S. & Læg Reid, L.M. (2007b): Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments. *Acta Pædiatrica*, 96, pp 1730-1733.
- Elkins, I.J., McGue, M., Malone, S & Iacono, W.G. (2004): The Effect of Parental Alcohol and Drug Disorders on Adolescent Personality. *American Journal of Psychiatry*, 161, pp 670-676.
- Edwards, E.P., Eiden, R.D., Colder, C. & Leonard, K.E. (2006): The Development of Aggression in 18 to 48 month old children of Alcoholic Parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 34, pp 409-423.
- Fogel, A. (1997): A relational perspective on attachment. In Koops, W., Hoeksma, J.B. & v d Boom, D.C. (1997) (eds.): *Development of interaction and attachment. Traditional and non-traditional approaches*. Amsterdam: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, Dissertations no 171.
- Fonagy, P. (2001): The human genome and the representational world: The role of Early mother-infant interaction in creating an Interpersonal Interpretive Mechanism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol 65 (3), pp 427-448.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., Kurtz, Z. (2002): *What works for whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. London: Guildford Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002): *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Furtado, E.F., Laucht, M. & Schmidt, M.H. (2006): Gender-related problems for behavior problems in the offspring of alcoholic fathers. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, vol 39, pp 659-669.
- Gance-Cleveland, B., Mays, M.Z. & Steffen, A. (2008). Association of Adolescent Physical and Emotional Health With Perceived Severity of Parental Substance Abuse. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*,

18, pp 15-25.

- Garnezy, N. (1994): Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In: Haggerty, R., Sherrod, L.R., Garnezy, N & Rutter, M.: *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents. Processes, Mechanisms, and Interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Gore, S. & Eckenrode, J. (1994): Context and process in research on risk and resilience. In: Haggerty, R., Sherrod, L.R., Garnezy, N & Rutter, M.: *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents. Processes, Mechanisms, and Interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Green, J. & Goldwyn, R. (2002): Annotation: attachment disorganization and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43:7, pp 835-846.
- Hans, S.L (2000): Parenting and Parent-Child Relationships in Families Affected by Substance Abuse. In: Fitzgerald, H.E., Lester, B.M. & Zuckerman, B.S. (eds.): *Children of Addiction. Research, Health, And Public Policy Issues*. New York: RoutledgeFalmer.
- Haugland, B.S.M. (2006): Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, pp 211-220.
- Hodgins, S., Tengström, A., Bylin, S., Göranson, M., Hagen, L., Jansson, M., Larsson, A., Lundgren-Andersson, C., Lundmark, C., Norell, E. & Pedersen, H. (2007): Consulting For substance abuse: Mental disorders among adolescents and their parents. *Nordic Journal of Psychiatry*. 61, pp 379-386.
- Jernite M., Viville B., Escande B., Brettes JP. & Messer J. (1999): Buprenorphine and pregnancy. Analysis of 24 cases. *Archives de Pédiatrie*. Vol. 6, pp 1179-1185.
- Johnson, J. & Leff, M.: (1999): Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*. 103, pp 1085- 1099.
- Kahila, H., Kivitie-Kallio, S., Halmesmäki, E., Valanne, L. & Autti, T. (2007): Brain Magnetic Resonance Imaging of Infants Exposed Prenatally to Buprenorphine. *Acta Radiologica*, Vol 48, pp 228-231.
- Kahila H., Saisto T., Kivitie-Kallio S., Haukkamaa M. & Halmesmaki E. (2007): A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Vol 86(2), pp 185-190.
- Kalland, M. (2007): How to use “reflective functioning” in the work with substance abusing mothers. *Lecture during “Barnet & Rusen” conference, Sandefjord, Norway, September 28th, 2007.*

- Keen, J. & Alison, L.H. (2001): Drug misusing parents: key points for health professionals. *Archives of Disease in Childhood*, 85, pp 296-299.
- Koós, O., & Gergely, G. (2001): A contingency-based approach to the etiology of "disorganized" attachment: The "flickering switch" hypothesis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol 65 (3), pp 397-410.
- Lane, W.G., Dubowitz, H., Feigelman, S., Kim, J., Prescott, L., Meyer, W. & Tracy, J.K. (2007): Screening for Parental Substance Abuse in Pediatric Primary Care. *Ambulatory Pediatrics*, 7: pp 458-462.
- Lingaard, H. (2006): Familieorientert Alkoholbehandling- et literaturstudium af Familiebehandlingens effekter. *Sundhedsstyrelsen*, 2006.
- McNichol, T. & Tash, C. (2001): Parental Substance Abuse and the Development of Children in Family Foster Care. *Child Welfare*. 80, pp 239-256.
- Min, M., Farkas, K., Minnes, S. & Singer, L.T. (2007): Impact of Childhood Abuse and Neglect on Substance Abuse and Psychological Distress in Adulthood. *Journal of Traumatic Stress*. 20, pp 833-844.
- Moe, V. & Slinning, K. (2001): Children prenatally exposed to substances: gender-related differences in outcome from infancy to 3 years of age. *Infant Mental Health Journal*. 22, Pp 334-350.
- Moe, V. & Slinning, K. (2002): Prenatal drug exposure and the conceptualization of long term effects. *Scandinavian Journal of Psychology*. 43, pp 41-47.
- Nicholas, K.B. & Rasmussen, E.H. (2006): Childhood Abusive and Supportive Experiences, Inter-Parental Violence, and Parental Alcohol Use: Prediction of Young Adult Depressive Symptoms and Aggression. *Journal of Family Violence*. 21, pp 43-61.
- Peleg-Oren, N. & Teichmann, M. (2006): Young Children of Parents with Substance Use Disorders (SUD): Review of the Literature and Implications for Social Work Practice. In: Ashenberg Straussner, S.L., Huff Fewell, C. (eds.): *Impact of Substance Abuse on Children and Families: Research and Practice Implications*. New York: Haworth Press.
- Nunes, E., Weissman, M.M., Goldstein, R.B., Mc Avay, G., Seracini, A.M., Verdell, H. & Wickramaratne, P.J. (1998): Psychopathology in Children of Parents with Opiate Dependence and / or Major Depression. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*. 37, pp 1142 – 1151.
- Ohannessian, C.M., Hesselbrock, V.M., Kramer, J., Kuperman, S., Bucholz, K.K., Schuckit, M.A. & Nurnberger Jr., J.I. (2004): The Relationship Between Parental Alcoholism And Adolescent Psychopathology: A Systematic Examination of Parental Comorbid Psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 32, pp 519-533.
- Saatcioglu O., Rahsan, E. & Cakmak, D. (2006): Role of family in alcohol and substance abuse. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol 60,

pp 125-132.

- Schore, A.N. (2001): The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, Vol 22, pp 7-66.
- Schuckit, M.A., Smith, T.L., Barnow, S., Preuss, U., Luczak, S. & Radzinski, S. (2003): Correlates of externalizing symptoms in children from families of alcoholics and controls. *Alcohol & Alcoholism*. 38, pp 559-567.
- Sher, K. (1993): Children of Alcoholics and the Intergenerational Transmission of Alcoholism: A Biopsychosocial Perspective. In: Baer, J.S., Marlatt, G.A. & McMahon, R.J. (eds.): *Addictive Behaviors Across the Life Span*. London: Sage.
- Sher, K. J. (1997): Psychological Characteristics of Children of Alcoholics. *Alcohol Health And Research World*, 21, pp 247-254.
- Slinning, K. (2004): Foster placed children prenatally exposed to poly-substances. Attention-Related problems at ages 2 and 4 ½. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 13, Pp 19-27.
- Smith, C.L., Eisenberg, N., Spinrad, T.L., Chassin, L., Sheffield Morris, A., Kupfer, A., Liew, J., Cumberland, A., Valiente, C. & Kwok, O. (2006): Children's coping strategies and coping efficacy: Relations to parent socialization, child adjustment, and familial alcoholism. *Development and Psychopathology*, 18, pp 445-469.
- Solbakken, B.H. & Lauritzen, G. (2006): *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. Oslo: SIRUS rapport nr 1 / 2006.
- Stern, D.N. (1985): *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Street, K., Whitlingum, G., Gibson, P., Cairns, P. & Ellis, M. (2008): Is adequate parenting compatible with maternal drug use? A 5- year follow-up. *Child: care, health and development*, 34, pp 204-206.
- Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Sèguin, J.R., Zoccolillo, M., Zelazo, P.D., Boivin, M., Pérusse, D. & Japel, C. (2004): Physical Aggression During Early Childhood: Trajectories and Predictors. *Pediatrics*. 114, pp e43-e50.
- Trevarthen, C., Malloch, S. (2000) The Dance of Wellbeing: The Nature of the Musical Therapeutic Effect. *Nordic Journal of Music Therapy* 9(2), pp 3-17.
- Wachtel, E.F. (1994): *Treating Troubled Children and Their Families*. London: Guildford Press.
- Wiles, N.J., Lingford-Hughes, A., Daniel, J., Hickman, M., Farrell, M., Macleod, J., Haynes, J.C., Skapinakis, P., Araya, R. & Lewis, G. (2007): Socio-economic Status in childhood and later alcohol use: a systematic review. *Addiction*. 102, Pp 1546-1563.

- Wilson, J. (1998): *Child Focused Practice. A Collaborative Systemic Approach*.
London: Karnac Books.
- Zimmermann, U., Spring, K., Kunz-Ebrecht, S.R., Uhr, M., Wittchen, H.U. & Holsboer, F. (2004): Effect of Ethanol on Hypothalamic-Pituitary-Adrenal System Response to Psychosocial Stress in Sons of Alcohol-Dependent Fathers. *Neuropsychopharmacology*, 29, pp 1156-1165.
- Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., Refior, S.K., Puttler, L.I., Pallas, D.M., & Ellis, D.A. (2000): The Clinical and Social Ecology of Childhood for Children of Alcoholics. In: Fitzgerald, H.E., Lester, B.M. & Zuckerman, B.S. (eds.): *Children of Addiction. Research, Health, and Public Policy Issues*. New York: RoutledgeFalmer.
- Zucker, R.A., Donovan, J.E., Masten, A.S., Mattson, M.E. & Moss, H.B. (2008): Early Developmental Processes and the Continuity of Risk for Underage Drinking and Problem Drinking. *Pediatrics*, vol 121(supplement); S252-S271.

Appendiks 1:

CHILDREN OF ALCOHOLICS SCREENING TEST (CAST)

This screening test was developed by two social workers, Jones and Pilat. Please check the answer below that best describes your feelings, behaviour and experiences related to a parent's alcohol use. Take your time and be as accurate as possible.

- Have you ever thought that one of your parents had a drinking problem?
- Have you ever lost sleep because of a parent's drinking?
- Did you ever encourage one of your parents to quit drinking?

- Did you ever feel alone, scared, nervous, angry or frustrated because a parent was not able to stop drinking?
- Did you ever argue or fight with a parent when he or she was drinking?
- Did you ever threaten to run away from home because of a parent's drinking?
- Has a parent ever yelled at or hit you or other family members when drinking?
- Have you ever heard your parents fight when one of them was drunk?
- Did you ever protect another family member from a parent who was drinking?
- Did you ever feel like hiding or emptying a parent's bottle of liquor?
- Do many of your thoughts revolve around a problem drinking parent or difficulties that arise because of his or her drinking?
- Did you ever wish that a parent would stop drinking?
- Did you ever feel responsible for or guilty about a parent's drinking?
- Did you ever fear that your parents would get divorced due to alcohol misuse?
- Have you ever withdrawn from and avoided outside activities and friends because of embarrassment and shame over a parent's drinking problem?
- Did you ever feel caught in the middle of an argument or fight between a problem drinking parent and your other parent?
- Did you ever feel that you made a parent drink alcohol?
- Have you ever felt that a problem drinking parent did not really love you?
- Did you ever resent a parent's drinking?
- Have you ever worried about a parent's health because of his or her alcohol use?
- Have you ever been blamed for a parent's drinking?
- Did you ever think your father was an alcoholic?
- Did you ever wish your home could be more like the homes of your friends who did not have a parent with a drinking problem?
- Did a parent ever make promises to you that he or she did not keep because of drinking?
- Did you ever think your mother was an alcoholic?
- Did you ever wish that you could talk to someone who could understand and help the alcohol-related problems in your family?
- Did you ever fight with your brothers and sisters about a parent's drinking?
- Did you ever stay away from home to avoid the drinking parent or your other parent's reaction to the drinking?
- Have you ever felt sick, cried, or had a "knot" in your stomach after worrying about a parent's drinking?
- Did you ever take over any chores and duties at home that were usually done by a parent before he or she developed a drinking problem?

Score: *Total Number of Yes Answers*

0-1 Most likely parent is not alcoholic. A score of 1 might suggest problem drinking.

2-5 Has had problems due to at least one parent's drinking behavior. This is a child of a drinker or possibly an alcoholic.

6+ More than likely the child of an alcoholic. Stage of alcoholism needs to be determined.

(Modified CAST) CAST-6

These questions are a subsample of questions appearing on the Children of Alcoholics Screening Test, developed by Jones and Pilat, and have also been rigorously tested.

- Have you ever thought that one of your parents had a drinking problem?
- Did you ever encourage one of your parents to quit drinking?
- Did you ever argue or fight with a parent when he or she was drinking?
- Have you ever heard your parents fight when one of them was drunk?
- Did you ever feel like hiding or emptying a parent's bottle of liquor?
- Did you ever wish that a parent would stop drinking?

Scoring:

3 or more yes answers - probably a COA