

Graviditet og rusmidler

Hvordan kan mors rusmiddelbruk under svangerskapet påvirke barnets tilknytning, og hvordan kan man forebygge og behandle tilknytningsvansker?

Hovedoppgave PED543

Maria Johansen Lorentzen



Høst 2006

Universitetet i Oslo

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Pedagogisk forskningsinstitutt

SAMMENDRAG AV HOVEDOPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL: GRAVIDITET OG RUSMIDLER

Hvordan kan mors rusmiddelbruk under svangerskapet påvirke barnets tilknytning, og hvordan kan man forebygge og behandle tilknytningsvansker?

AV: Maria Johansen LORENTZEN

EKSAMEN:

Hovedoppgave i Pedagogikk

Pedagogisk-psykologisk rådgivning

SEMESTER:

Høsten 2006

STIKKORD:

FAS, FAE og NAS

Tilknytning

Forebygging og Behandling

Problemstilling

Temaet for oppgaven er "Graviditet og Rusmidler". I dag blir det født en god del barn med rusmiddelrelaterte problemer. Problemene kan være både alvorlige og langvarige. Mange av barna som har vært eksponert for rusmidler i fosterlivet sliter blant annet med tilknytningen til sine omsorgsgivere. Dette er problemer som det er mulig å forhindre. Derfor synes jeg det er så viktig å sette fokus på dette temaet. Mange vordende mødre er ikke klar over hvilke skader de kan påføre fostret når de tar seg en fest, og mange som sliter med rusmiddelproblemer skulle nok ønske at det var mer hjelp å få.

På bakgrunn av dette ble problemstillingen for oppgaven: *"Hvordan kan mors rusmiddelbruk under svangerskapet påvirke barnets tilknytning, og hvordan kan man forebygge og behandle tilknytningsvansker?"* Oppgaven vil ta for seg hvilke problemer barnet kan få som følge av mors rusmiddelbruk under svangerskapet, og hvordan disse problemene kan være med på å påvirke tilknytningen barnet utvikler til sine omsorgspersoner. Oppgaven vil også se på hvilke tiltak som kan settes i verk for å forebygge og behandle slike problemer.

Metode

Dette er en teoretisk oppgave. Derfor bygger oppgaven seg på allerede eksisterende teori og empiri rundt temaet.

Kilder

Denne oppgaven tar i bruk både primære og sekundære kilder. Ønsket var å basere meg på primære kilder siden de ansees for å være de sikreste, men jeg så meg nødt til å ta i bruk en del sekundære kilder fordi det ville ha vært for tidkrevende å skulle lete frem alle primærkildene. Der det har vært brukt sekundære kilder kommer dette eksplisitt frem.

Hovedkonklusjoner

Rusmiddelbruk under svangerskap kan føre til alvorlige og langvarige skader på fostret. Spesielt alkoholbruk hos den vordende mor kan føre til skader som barnet må slite med resten av livet. Når et barn har blitt eksponert for rusmidler i fosterlivet vil det ofte ha lett for å bli overstimulert, ha vansker med å sove, være vanskelig å roe ned med mer. Derfor kan signalene barnet sender ut være vanskelig å tolke. Når barnets signaler er vanskelig å tolke kan det bli vanskelig å få til et positivt samspill, noe som igjen vil påvirke tilknytningen mellom barnet og omsorgsgiver. Slik jeg ser det kan rusmiddelbruk under svangerskapet indirekte være med på å påvirke tilknytningen barnet utvikler til sine omsorgspersoner.

Før man går i gang med å forebygge og behandle er det viktig å tenke på at det er mange faktorer som kan være med på å påvirke tilknytningen mellom barnet og dets omsorgsgiver. Det være seg økonomi, sosialt nettverk og mors generelle helse med mer. Dette er noe man bør ta hensyn til i arbeidet med å forebygge og behandle rusmiddelrelaterte skader på fostre. Det er mange forskjellige tiltak som kan settes i verk for å forebygge og behandle. Jeg anser det som svært viktig er å øke kunnskapen om hvordan rusmidler kan påvirke det ufødte barnet både hos den generelle befolkningen og hos helsepersonell. Man bør komme i kontakt med den gravide på et så tidlig tidspunkt som mulig, og det er viktig å ikke bare behandle rusmiddelproblemen, men å arbeide i forhold til den gravides totale livssituasjon. Noe av det viktigste er å møte den gravide med respekt.

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært både spennende og krevende. Helt siden jeg startet på studiene har jeg grudd meg litt til å skrive hovedoppgave, men det har faktisk godt bedre enn forventet.

Denne oppgaven er avsluttende eksamen ved profesjonsstudiet i pedagogikk, og er normert til 30 studiepoeng. Det har vært et poeng for meg at det skulle være mulig å gjennomføre oppgaven på normert tid. Nå har jo jeg brukt litt lengre tid enn ett semester på oppgaven. Grunnen til forsinkelsen er at jeg har født to nydelige jenter siden jeg startet på oppgaven.

Jeg ønsker å takke de personene som har gjort det mulig for meg å gjennomføre denne oppgaven. Først vil jeg takke min hovedveileder, Vibeke Moe, for å ha kommet med mange gode råd, konstruktive tilbakemeldinger og god oppfølging. Jeg vil takke min mann, Ronny, for at han har hatt så stor tro på meg når jeg selv har lurt på hva jeg holder på med. Jeg vil også takke mine tre fantastiske små barn; Nikolai, Isa og Alva, dere har alle tre vært en inspirasjon til å bli ferdig med oppgaven.

Tusen takk alle sammen!

Maria Johansen Lorentzen

Sandnes, oktober

Innhold

SAMMENDRAG AV HOVEDOPPGAVEN I PEDAGOGIKK	3
FORORD	6
INNHold	7
1. INNLEDNING	10
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMOMRÅDE	10
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	12
1.3 BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSNING AV OPPGAVEN	12
1.4 METODEVALG OG KILDEBRUK	13
1.5 OPPGAVENS STRUKTUR	14
2. RUSMIDDELBRUK UNDER SVANGERSKAPET-MULIGE KONSEKVENSER	16
2.1 DET FØTALE ALKOHOLSYNDROM	16
2.2 DYSFUNKSJONER I SENTRALNERVESYSTEMET	18
2.2.1 <i>Kjønnforskjeller</i>	19
2.2.2 <i>Depresjoner hos barn</i>	20
2.3 NEONATALT ABSTINENS SYNDROM (NAS)	20
3. TILKNYTNING	22
3.1 TRYGG BASE	22
3.2 INDRE ARBEIDSMODELLER	23
3.3 METODER FOR Å VURDERE TILKNYTNING	24
3.3.1 <i>“Fremmedsituasjonen”</i>	25
3.3.2 <i>Atypisk tilknytning</i>	26

3.3.3	<i>California-prosedyren</i>	29
3.3.4	<i>Tilknytning hos barn eldre enn to år</i>	30
3.4	TILKNYTNINGSFORSTYRRELSER	31
4.	PSYKISKE PROBLEMER HOS MOR	35
5.	HVA KAN MORS RUSMIDDELFORBRUK UNDER SVANGERSKAPET HA Å SI FOR TILKNYTNINGEN?	37
6.	ULIKE FAKTORER SOM ER MED PÅ Å PÅVIRKE TILKNYTNINGEN	42
6.1	TRANSAKSJONSMODELLEN	42
6.2	BRØNFENBRENNERS ØKOLOGISKE UTVIKLINGSMODELL	43
6.3	HYPOTETISK MODELL FOR RISIKOFAKTORER FOR DEN TIDLIGE MOR-BARN INTERAKSJONEN .	43
7.	FOREBYGGING OG BEHANDLING	45
7.1	FØRSKJELLIGE TILNÆRMINGER TIL FORBYGGING OG BEHANDLING	45
7.1.1	<i>Universal forebygging</i>	45
7.1.2	<i>Selektiv forebygging</i>	46
7.2	KØBENHAVN-MODELLEN.....	48
7.2.1	<i>Risikofaktorer hos gravide rusmiddelbrukere</i>	49
7.2.2	<i>Kommunikasjon</i>	49
7.2.3	<i>Behandling</i>	49
7.2.4	<i>Abstinenssymptomer</i>	51
7.2.5	<i>Reaksjons- og atferdsmønster</i>	51
7.2.6	<i>Tidlig samspill</i>	52
7.2.7	<i>Tverrfaglig samarbeid</i>	54
7.2.8	<i>Hjelper København-modellen?</i>	55

7.3	HVA GJØR VI I NORGE FOR Å FORBYGGE OG BEHANDLE?	56
7.3.1	<i>Aksjon rus og graviditet</i>	56
7.3.2	<i>Ullevålteamet - Ullevål universitetssykehus</i>	57
7.3.3	<i>Aline barnevernsenter</i>	58
7.3.4	<i>Borgestadklinikken</i>	59
7.4	MINE VURDERINGER	62
8.	AVSLUTNING	64
8.1	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	64
8.2	VEIEN VIDERE	66
	KILDELISTE	67

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av problemområde

Jeg har valgt å skrive om rusmidler, graviditet og barns utvikling fordi jeg synes dette er et interessant og viktig problemområde. Da jeg skrev prosjektbeskrivelsen våren 2004 syntes jeg dette var et litt glemt tema, men nå ser det heldigvis ut for at man begynner å bli mer bevisst rundt dette med rusmidler og graviditet.

Da jeg gikk gravid med førstemann i 1999 ble jeg overrasket over hvor lite alvorlig mange av de jeg var i kontakt med tok spesielt bruk av alkohol i svangerskapet. Veldig mange av de jeg snakket med sa ofte til meg ”et lite glass av og til gjør vel ingenting”. Noen drakk til og med litt på fest etter at de visste at de var gravide fordi de ikke ville røpe at de var gravide. Selv om de fleste vet at man ikke bør drikke alkohol under svangerskap, er det nok mange som tenker slik som de jeg kom i kontakt med. Alkohol er på mange måter blitt ufarliggjort. ”Alle” drikker jo litt. Og man kan bli sett på som litt hysterisk hvis man ikke ønsker å ta seg et glass vin til maten mens man går gravid. Dette tror jeg spesielt gjelder for de som prøver å bli gravide. Det er nok mange som ikke helt forstår hvorfor man ikke skal drikke når man ikke engang vet at man er gravid. Men de fleste får jo ikke vite at de er gravide før minst to uker etter befruktning.

Hadde folk vært klar over at alkohol er årsaken til at mange barn blir født mentalt retarderte, eller at alkohol kan føre til at barnet blir svært irritabelt, får konsentrasjons vansker, blir overfølsomme for stimuli og blir vanskelig å roe, hadde kanskje en del av de som tar seg en fest i ny og ne under graviditeten droppet nettopp dette.

Jeg synes også at det er skremmende å tenke på at alkoholkonsumet hos jenter/ kvinner har steget voldsomt de siste 30 årene (sosial- og helsedirektoratet, 2005). Når alkoholkonsumet øker hos unge kvinner, vil jo disse ofte ta med seg alkoholvanene videre i livet. Når de da bli gravide er det jo større sjanser for at de vil ha drukket alkohol tidlig i svangerskapet, og det vil kanskje være vanskeligere å kutte alkoholen ut selv om man er gravid.

Selv om alkoholbruk under svangerskap er mer utbrett enn bruk av illegale stoffer, har jeg valgt å ta for meg rusmiddelbruk generelt. Dette fordi det *er* gravide som bruker slike stoffer, og dette kan få store konsekvenser for det ufødte barnet.

Da jeg i studietiden hadde praksis på Aline barnevernsenter så jeg hvor viktig det tidlige samspillet mellom barn og omsorgsgiver er. Jeg så også at det var en god del mødre som slet med dette. Et eksempel er en mor som satt og rakk tunge til sin lille baby over en veldig lang periode, dette fordi hun hadde hørt at ungen ville herme etter henne. Dette er jo for så vidt greit, hadde hun bare ikke gjort det så veldig mye og heller vært sensitiv overfor hva barnet viste av signaler og tilpasset sin stimulering til hva barnet viste at det trengte. En del av mødrene klarte ikke å sette seg selv til side til fordel for barnet. Mange av de som blir innlagt ved Aline barnevernsenter sliter med rusrelaterte problemer (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005). Under praksistiden på Aline barnevernsenter ble jeg derfor veldig nysgjerrig på tilknytning generelt og på hvordan tilknytningen mellom disse barna og foreldrene fungerte.

Når det er snakk om tilknytning tenker man på hvilke følelsesmessige bånd det er mellom barn og deres omsorgspersoner (Smith og Ulvund, 1999). Er barnet trygg på at omsorgsgiver vil være tilstede og beskytte det? Føler det seg elsket?

Hvorfor ønsker jeg å sette rusmiddelbruk under svangerskapet opp mot tilknytning? Når et barn blir utsatt for rusmidler i mors mage kan det som sagt få konsekvenser for hvordan atferden til dette barnet blir etter fødselen. Dette sammen med at mor kanskje ikke klarer å være tilstede praktisk og følelsesmessig for barnet sitt, vil kunne påvirke hvordan tilknytningen mellom mor og barn fungerer.

Tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver kan ha mye å si for et barns utvikling. Her tenker man at tilknytningen kan påvirke barnets senere intime forhold, selvforståelse og emosjonsregulering (Smith, 2002).

Det finnes flere metoder som brukes til å undersøke hvordan tilknytningen fungerer. Ved å finne ut hvordan tilknytningen fungerer, kan man som regel si noe om hvilken omsorg barnet får (Killèn, 2003). "*Barns atferd lyver ikke*" (Killèn, 2003:94).

Mange barn blir eksponert for rusmidler i fosterlivet (Moe, 2002). Når man vet at dette kan få store konsekvenser for barnet, synes jeg det er veldig viktig å prøve å forebygge og behandle slik at man forhindrer eller i hvert fall minimerer rusmiddelrelaterte skader.

Jeg har selv gått gravid tre ganger. Jeg må si at jeg er overrasket over hvor lite fokus det er på hvor skadelig rusmiddelbruk under svangerskap er. Jeg ble riktignok spurt om jeg drakk alkohol eller røykte ved første svangerskapskontroll, noe som jo er bra. Og jeg fikk utdelt en liten bok om svangerskap der det sto litt om alkohol og røyking, som jo også er veldig positivt. Men det er jo ikke alle gravide som gidder å lese slik informasjon. Det kan være flere grunner til det, men kanskje de forventer at jordmor/lege skal fortelle dem det som er viktigst.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstilling:

Hvordan kan mors rusmiddelbruk under svangerskapet påvirke tilknytningen, og hvordan kan man forebygge og behandle tilknytningsvansker?

Jeg anser det som svært viktig å både finne ut hvordan rusmiddelbruk under svangerskapet kan påvirke tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver og hvordan man kan forebygge og behandle dette. Derfor er problemstillingen min todelt. På bakgrunn av dette vil målet med oppgaven også være todelt. I første del av oppgaven er målet å sette fokus på hvordan rusmiddelbruk under svangerskapet kan påvirke tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver. I andre del av oppgaven er målet å komme frem til tiltak som kan settes i verk for å forebygge og behandle at barn utvikler en utrygg tilknytning på grunn av mors rusmiddelproblemer.

1.3 Begrepsavklaring og Avgrensning av oppgaven

I oppgaven blir begrepene tilknytningsperson, omsorgsgiver, foreldre og mor brukt litt om hverandre når det er snakk om samspill og tilknytning. De ulike begrepene viser tilbake til

den personen/personene som gir fysisk og følelsesmessig omsorg, kontinuitet og konsistens i barnets liv og som har en følelsesmessig investering i barnet (Smith, 2002, referert fra Howes og medarbeidere, 2000)

Rusmiddelbruk under svangerskapet kan føre til mange forskjellige skader på fostret. Som følge av at mor har brukt rusmidler under svangerskapet kan barnet slite med blant annet veksthemming, mental retardering, lærevansker, oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker, atferdsvansker (Olofsson og Lindemann, 2003), motoriske vansker (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og tilknytningsvansker (Killèn, 2003, referert fra Rodning et al., 1989, Rodning et al., 1991). Jeg har valgt å fokusere mest på de skadene som kan være med på å påvirke tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver.

Jeg har også valgt å si litt om hvordan mors psykiske vansker kan påvirke tilknytningen på grunn av at veldig mange som har problemer med rusmidler også har psykiske vansker (Lauritzen og Waal, 2003).

Mors bruk av rusmidler under svangerskapet kan få alvorlige konsekvenser som varer livet ut (Olofsson og Lindemann, 2003). På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ta for meg rusmiddelrelaterte skader fra unnfangelse frem til barnet er ca 3-4 år.

Det finnes flere forskjellige metoder for å undersøke tilknytningen mellom barn og foreldre. De som blir presentert i oppgaven er ”fremmedsituasjonen” og ”California-prosedyren”. Fremmedsituasjonen er den metoden som er mest utbredt, mens California-prosedyren er en metode som kan fungere godt for de barna som går i barnehage eller har en annen form for dagomsorg.

1.4 Metodevalg og kildebruk

Dette er en teoretisk oppgave. Jeg har derfor basert meg på studier av tidligere forskning og teori i forhold til temaet. Litteraturen som er brukt er både av eldre og nyere dato. I forhold til rusmiddelrelaterte skader på fostre og forebygging/ behandling er litteraturen forholdsvis ny, mens når det gjelder teori og forskning i forhold til tilknytning er en god del av

litteraturen av eldre dato. Det har ikke vært gjort så mange studier på hvordan mors rusmiddelbruk under svangerskapet kan påvirke tilknytningen.

Oppgaven bygger på både primær- og sekundærkilder. Utgangspunktet mitt var at jeg ønsket å bruke mest mulig primære kilder. Men jeg så etter hvert at det kunne bli vanskelig å bare bruke primære kilder fordi det ofte blir henvist til andres studier og teorier i den litteraturen jeg har tatt for meg. De forskningsrapportene jeg har brukt er primære. Der jeg har brukt sekundære kilder har jeg prøvd å få det fram i henvisningene.

1.5 Oppgavens struktur

Kapittel 2 vil ta for seg hvilke konsekvenser rusmidler kan få for barnet. Her vil jeg ta for meg FAS, FAE og NAS.

I kapittel 3 vil jeg ta for meg tilknytningsteori. Her vil jeg se på tilknytning mellom mor og barn generelt, hva som kjennetegner henholdsvis trygg og utrygg tilknytning, og presentere ulike metoder for å undersøke hvilken tilknytning barnet har til mor.

I kapittel 4 vil jeg gå litt inn på hvilke konsekvenser det kan få hvis mor har psykiske vansker. Jeg har valgt å ta dette med i oppgaven da det er svært mange som sliter med rusmiddelproblemer som også har psykiske vansker.

I kapittel 5 vil jeg sette rusmiddelbruk under svangerskapet direkte opp mot tilknytning mellom mor og barn. Her vil jeg bruke en del av den teorien som har blitt presentert tidligere i oppgaven, jeg vil se litt på ulike studier som har vært gjort i forhold til mødre med rusmiddelproblemer og tilknytning, og jeg vil komme inn på hva som kjennetegner det samspillet mødre med slike problemer har med sine barn.

Kapittel 6 vil ta for seg transaksjonsmodellen og Bronfenbrenners teori angående hvordan flere faktorer i samfunnet vil påvirke hvordan et barn fungerer og utvikler seg. Her vil jeg også se litt på Pajulo og medarbeidere sin hypotetiske modell for risikofaktorer for den tidlige mor-barn interaksjonen.

I kapittel 7 vil jeg se på hvordan vi kan forebygge og behandle problemer relatert til rusmidler. Her vil jeg se på forebygging opp mot befolkningen generelt og forebygging og behandling rettet mot risikogrupper. København-modellen vil bli presentert grundig og jeg vil se litt på hva vi gjør i Norge på dette området. Jeg vil da trekke frem ”aksjon rus og graviditet”, Ullevålteamet, Aline spedbarnssenter og Borgestadklinikken. Dette er en viktig del av oppgaven da det ikke hjelper noen å finne ut hvilke problemer disse barna kan få, hvis man ikke prøver å gjøre noe med det.

Kapittel 8 vil bestå av en kort oppsummering og konklusjon. Jeg vil også si litt om veien videre.

2. RUSMIDDELBRUK UNDER SVANGERSKAPET- MULIGE KONSEKVENSER

Jeg vil først ta for meg hvilke konsekvenser mors alkoholforbruk under svangerskapet kan få for fostret. Deretter vil jeg se på hva som kan skje hvis barnet blir født med abstinenser fordi mor har misbrukt rusmidler mens hun gikk gravid. Jeg kommer til å fokusere mest på alkohol siden det er så mange kvinner som bruker det under svangerskap, og fordi de kvinnene som ruser seg på illegale stoffer ofte kombinerer det med alkohol.

2.1 Det føtale alkoholsyndrom

Det føtale alkoholsyndrom (FAS) ble først kjent i 1973 gjennom arbeidene til Jones & Smith og Jones, Smith, Ulleland, & Streissguth (Moe, 2002)

Hvor mye et foster blir påvirket av morens alkoholforbruk er avhengig av hvor sårbar moren er genetisk, på hvilket tidspunkt i svangerskapet alkoholforbruket skjer og hvor mye alkohol moren drikker (Smith og Ulvund, 1999). Man vet ikke i dag helt sikkert hvor mye alkohol som skal til for å skade et foster, men man tror at mindre enn en drink (ca 12 gram alkohol) kan føre til skader på fosteret (Olofsson og Lindemann, 2003, referert fra Mills et al., 1984 og Windham et al., 1997). Har gravide et daglig alkoholinntak på ca 30 milliliter ren alkohol blir fosteret utsatt for en betydelig risiko (Smith og Ulvund, 1999). Mødre som er over 30 år har større sjanser for å føde barn med FAS (O'Connor et al., 1993).

Av alle levende fødsler i Sverige blir ca 1: 600 barn født med FAS (Smith og Ulvund, 1999 referert fra Olegård og medarbeidere, 1979). I Norge finnes det ikke slike offisielle statistikker, men man regner med at problemer i forbindelse med mødres alkoholforbruk under svangerskapet antakeligvis blir rapportert for sjeldent (Moe, 2002).

Kriterier for FAS diagnose (Jf. Sosial- og helsedirektoratets rapport, 2005):

Uvanlige ansiktstrekk: Små øyespalter, hudfold i øyenkroken, stor avstand mellom øynene, en bred og flat neserygg, en liten oppstoppnese, utvisket fure over overleppen, smale

lepper, en liten og forholdsvis fremstående hake og lavt plasserte, ofte bakovertrukne ører. Disse spesielle ansiktstrekkene er mest synlig i spedbarnsalderen. I den senere tid har man hatt størst fokus på utvisket fure over overleppen, smal overleppe (det røde på leppen), og korte øyespalter.

Vekstretardasjon: Veksthemming i forhold til vekt og/eller lengde. Målene må ligge under 10 percentilen for normalbefolkningen.

Dysfunksjoner i sentralnervesystemet: Lite hode. Hodeomkretsen må sees i forhold til alder, kjønn og være lite i forhold til vekt og lengde. Man har også sett hjerneabnormaliteter ved billeddiagnostikk. Det er ikke alle med FAS som har et lite hode.

Nevrologiske skader som kramper eller problemer med koordinasjonen, motoriske problemer, nystagmus eller tremor kan også oppstå.

Kognitiv utvikling, eksekutive funksjoner, motorikk, oppmerksomhet eller hyperaktivitet, sosial fungering, og sanser, språk, hukommelse og lignende er områder som kan bli påvirket av alkoholeksponering i fosterlivet. For å få diagnosen FAS må funksjonelle, kognitive eller intellektuelle ferdigheter ligge to standardavvik under gjennomsnittet for standardisert testing, eller funksjonelle problemer under en standardavvik på tre av de nevnte områdene.

Barn med FAS har ofte kognitive problemer. Alvorlighetsgraden av disse problemene må sees i sammenheng med når i svangerskapet barna ble eksponert for alkohol, hvor mye mor drakk og hvor lenge eksponeringen varte. Disse barna har ofte lærevansker, ujevn profil av kognitive evner, de presterer ofte dårligere på skolen, forskjell mellom verbale og ikke verbale evner og de har ofte langsomme tankeprosesser (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Disse barna har også ofte atferdsproblemer. Atferdproblemene kommer gjerne til syne gjennom at barnet er irritabelt, har sinneutbrudd, har lav konsentrasjonsevne, blir lett distraheret og er impulsiv (O'Connor et al., 1993 referert fra Streissguth, 1986).

Barn med disse symptomene kan få en FAS diagnose selv om man ikke har fått bekreftet alkoholbruk i svangerskapet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Føtale alkoholeffekter (FAE) er en diagnose som gis til de barna som har de samme problemene i forhold til nevrologiske og kognitive funksjoner som barns med FAS, men disse barna har et normalt utseende (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Selv om et barn ikke klassifiserer til diagnosene FAS eller FAE kan sentralnervesystemet være påvirket av mors eventuelle alkoholinntak under svangerskapet (Smith og Ulvund, 1999).

I tillegg til FAS og FAE, blir også diagnosene ARND (alcoholrelated neurodevelopmental disorders) og ARBD (alcoholrelated birth defects) brukt (Olofsson og Lindemann, 2003 referert fra Stratton et al., 1996).

Ofta kan man ikke stille diagnosene FAS og FAE eller de andre diagnosene rett etter fødselen. I slike tilfeller må man se an barnets vekst og utvikling. Mange barn som har vært utsatt for alkohol eksponering i fosterlivet får ingen diagnose knyttet opp til dette. De får gjerne diagnoser som for eksempel ADHD, MBD, hyperkinetisk syndrom eller retardert psykomotorisk utvikling. Man regner i dag med at alkoholforbruk hos gravide er den hyppigste årsaken til mental retardering hos barn i den vestlige del av verden (Olofsson og Lindemann, 2003).

På bakgrunn av at mange barn ikke klassifiserer til diagnosene FAS eller FAE eller noen annen alkoholrelatert diagnose, men likevel har fått påvirket sentralnervesystem i negativ retning på grunn av mors alkoholinntak under graviditeten, vil jeg gå mer i dybden på dette punktet.

2.2 Dysfunksjoner i sentralnervesystemet

Som nevnt under beskrivelsen av FAS kan barn som er blitt eksponert for alkohol før de ble født ha dysfunksjoner i sentralnervesystemet. Dette gjelder både barn med og uten en diagnose knyttet opp til alkoholeksponeringen.

I tillegg til irritabilitet, sinneutbrudd, lav konsentrasjonsevne og impulsivitet viser barnet gjerne nervøsitet, ustabilitet i forhold til uavhengighet til foreldrene, det tar lengre tid å venne seg til noe, har høyere aktivitetsnivå og forstyrrelser i søvnmønstret (O'Connor et al., 2002 referert fra Coles og Platzman, 1993 og Streissguth, 1997).

Under beskrivelsen av FAS ble det også nevnt at barna kunne ha kognitive problemer. O'Connor med kollegaer (1993) gjorde en studie som viste at barn av mødre som drakk mer enn 2 drinker per gang hadde 15 poeng lavere gjennomsnitt i IQ enn sine mødre.

Ut i fra dette kan man jo tenke seg at de barna som har mødre som drakk mye alkohol under svangerskapet kan ha en vesentlig lavere IQ enn sine mødre.

I en studie gjort av Testa og kollegaer (2003), kom man fram til at det kunne se ut som mors alkoholkonsum under svangerskapet påvirket noen områder av hjernen mer enn andre. Dette fordi det bare var når barna var rundt 12-13 måneder at man kunne se en signifikant sammenheng mellom barnas Mental Development Index (MDI) skårer på Bayley Scales of Infant Development test og mors alkoholkonsum. Denne testen fokuserer på forskjellige ferdigheter på ulike alderstrinn. Når barna er 6 måneder blir det fokusert på motoriske ferdigheter og sosial samspill, mens det blir fokusert på visuell oppfatning, rom forståelse, korttids hukommelse og oppmerksomhet, og språkforståelse når barna er rundt 12-13 måneder. Når barna er 18 måneder blir ferdigheter knyttet opp til hvordan barna klarer å uttrykke seg språkmessig vektlagt mest. Det kan se ut som at de ferdighetene som blir vektlagt i 12-13 månedersalderen er mer sensitive ovenfor alkoholpåvirkning i svangerskapet enn de ferdighetene som blir vektlagt på de andre alderstrinnene.

Det har blitt gjort få studier på dette, så man bør ikke tolke disse resultatene for bombastisk (Testa et al., 2003)

2.2.1 Kjønnforskjeller

Det har vist seg at det er forskjell på hvordan jenter og gutter blir påvirket av mors alkoholkonsum under svangerskapet.

Under en studie gjort av Moe V. Og Slinning K. (2001) på barn som var eksponert for forskjellige typer narkotika, alkohol og tobakk i fosterstadiet kom det fram at gutter hadde lavere skårer på Bayley-II Mental Development Index. Disse guttene gjorde det imidlertid bedre etter de 3 første leveårene. Dette trolig på grunn av optimale oppvekstforhold. De fleste barna i denne studien ble enten adoptert eller plassert i fosterhjem etter fødselen.

2.2.2 Depresjoner hos barn

Det er ikke lett å finne ut om depresjoner skyldes at mor drikker under svangerskapet eller om det er det å vokse opp med en mor som drikker. Men det har vist seg at barn som er blitt eksponert for alkohol i fosterstadiet oftere viser tegn på depresjoner og andre mentale lidelser enn barn som ikke har blitt utsatt for dette. Mange av disse barna var også mentalt retarderte, men også barn med en "normal" IQ er oftere deprimerte. Det har også vist seg at det oftere er jenter som blir rammet av depresjoner (Olson et al, 2001).

2.3 Neonatalt abstinenssyndrom (NAS)

Når mor bruker avhengighetsskapende stoffer og medikamenter under svangerskapet kan fosteret bli avhengige av disse på lik linje som mor (Olofsson og Lindemann, 2003 referert fra Finnegan, 1986 og 1990 og Finnegan og Kandall, 1992). Når barnet blir født får det ikke lengre rusmidlene som det har blitt vant til. Derfor kan barnet utvikle abstinenssymptomer etter fødselen. Disse symptomene kan være svært alvorlige, og kan kreve observasjon og behandling på sykehus over en lengre periode (Olofsson og Lindemann, 2003 referert fra Finnegan, 1986 og 1990).

NAS kjennetegnes av at barnet er motorisk urolig og irritabelt, har forhøyet muskelspenning og sitring, har kramper, har skingrende skriking, er vanskelig å trøste og roe ned, har forstyrrelse av søvnmønstret og søvnrytmen, sover veldig lite, er kvalme, har vanskeligheter med å spise, vanskeligheter med å suge, har lett for å sette i halsen, lett for å få lungebetennelse, gulper mye, kaster opp, har løs og tynn avføring, dehydrering, puster raskt og overfladisk, nyser, gaper, svetter, har vansker med å regulere kroppstemperaturen og vansker med å styre blodtrykksreguleringen (Olofsson og Lindemann, 2003, Moe, 2002 referert fra Hans og Jeremy, 2001).

Som man ser kan NAS være svært alvorlig for det lille barnet og tilstanden kan bli livstruende hvis ikke barnet blir behandlet. Hvor alvorlige abstinensene er og hvor lenge barnet plages av dem kommer an på hvilke rusmidler moren brukte under svangerskapet, hvor tett opp til fødselen hun brukte dem og hvor mye hun brukte. Det har vist seg at mor

rusmiddelbruk de siste tre ukene har mye å si for styrken på og varigheten av barnets abstinenssymptomer (Olofsson og Lindemann, 2003 referert fra Finnegan 1982 og 1990). Har mor brukt forskjellige typer rusmidler er det også større sjanser for at barnet vil utvikle alvorlige abstinenssymptomer (Olofsson og Lindemann, 2003).

De forskjellige rusmidlene ser ut til å gi de samme abstinenssymptomene. Tidspunktet for når abstinenssymptomene viser seg er avhengig av hvilket eller hvilke rusmidler moren har brukt (Olofsson og Lindemann, 2003)

Man må alltid forsikre seg om at symptomene ikke skyldes noe annet enn rusmiddel bruk under svangerskapet. Andre tilstander kan også utløse lignende symptomer (Olofsson og Lindemann, 2003).

3. TILKNYTNING

De første vitenskaplige studiene av barns tilknytning kom i 1940-årene. Bowlby regnes som pioneren i forhold til studiet av tilknytning. Han var spesielt opptatt av virkningene atskillelse mellom barn og foreldre kunne ha (Smith, 2002).

Hva er egentlig tilknytning? Kort sagt kan man si at tilknytning går ut på barns følelsesmessige binding til sine omsorgspersoner (Smith og Ulvund, 1999). Man deler gjerne tilknytning opp i trygg og utrygg tilknytning. Om barna har en trygg eller utrygg tilknytning til sine omsorgspersoner kommer til uttrykk gjennom barnas atferd, og da som regel i situasjoner der barna er redd, engstelig og stresset.

Etablering av tilknytning mellom barn og omsorgspersoner foregår i ulike faser fra barnet er født. Det som blir regnet som den egentlige tilknytningsfasen foregår fra barna er ca 6 måneder til de er 2 ½ år (Smith og Ulvund, 1999).

Begreper som går igjen når det er snakk om tilknytning er ”trygg base”, ”indre arbeidsmodeller”, ”fremmedsituasjonen” og ”tilknytningsforstyrrelser”. Jeg vil nå gå nærmere inn på disse begrepene. ”Fremmedsituasjonen” er en metode for å undersøke hvordan barnas tilknytning til omsorgspersonene fungerer. I tillegg til denne metoden vil jeg også ta for meg California-prosedyren som også blir brukt for å vurdere barns tilknytning.

3.1 Trygg base

Begrepet ”trygg base” brukes gjerne for å forklare hvordan barn bruker sine omsorgspersoner når de utforsker verden. Når omsorgspersonen er tilstede vil trygge barn bevege seg litt bort fra omsorgspersonen for utforske verden rundt seg. Med jevne mellomrom vil barna søke kontakt med omsorgspersonen før det igjen vil utforske mer. Hvor langt bort fra omsorgspersonen barna beveger seg kommer an på barnas alder, hvor trygge de er, hvor kjent de er med omgivelsene og om det er fremmede mennesker der (Smith og Ulvund, 1999).

3.2 Indre arbeidsmodeller

Begrepet "indre arbeidsmodeller" blir brukt om barns forventninger til sine omsorgspersoner. Allerede fra barnet er noen måneder gammelt vil det begynne å danne seg forventninger til hvordan omsorgspersonene vanligvis reagerer i ulike situasjoner og hvor tilgjengelige de er. Disse forventningene blir dannet gjennom erfaringer barnet gjør i samhandling med omsorgspersonene (Bowlby, 1973).

Omsorgspersoners sensitivitet er av stor betydning når det gjelder barns forventninger til dem. Reagerer omsorgspersonen raskt og adekvat på barns uttrykk som gråt, latter, smil og lignende vil barn ha større sjanse for å utvikle en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner enn hvis barnet ikke får slike reaksjoner (Ainsworth et al., 1978).

Inn under barns indre arbeidsmodeller inngår også barns syn på seg selv. Det vil si hvordan de tror omsorgspersonene syn på dem er. Her tenker man på om barn tror de er velkomment eller ikke (Bowlby, 1973).

Både erfaringer barn gjør i samhandling med omsorgspersoner og barns oppfatning av hvordan omsorgspersonene ser på dem er med på å danne forventninger om de kommer til å få trøst og finne trygghet hos sine omsorgspersoner. Disse forventningene vil komme til syne i tilknytningsatferden. Om barn har forventninger om at omsorgspersonen vil være tilstede og trøste det hvis det trenger det, vil barnet være mer trygg i sin utforskning av verden og vil enten søke kontakt eller på annen adekvat måte vise at det ikke føler seg trygg når slike situasjoner oppstår. Det vil også være lettere for omsorgspersonene å roe ned barna (Bowlby, 1973, Smith, 2002).

Man tror at barns forventninger til tilknytningspersonene er forholdsvis stabile, men at de kan forandres noe i takt med barns kognitive utvikling. De kan også forandres hvis omsorgspersonene endrer sin måte å samhandle med barna på. Hvis det siste er tilfellet vil barn ofte i begynnelsen motsette seg eller misforstå omsorgspersonen (Smith, 2002).

De indre arbeidsmodellene barnet danner seg vil det ta med seg inn i voksenlivet (Bowlby, 1973). Når barnet selv skal ha barn kan de indre arbeidsmodellene de dannet seg da de selv var små påvirke hvilke tanker de gjør seg om seg selv, det ufødte barnet, barnets far og ens

egen mor. De indre arbeidsmodellene i forhold til det å være mor og det å være et barn blir aktivert under graviditet og tidlig moderskap. Disse indre arbeidsmodellene er relatert til morens egne tilknytningserfaringer og til kvaliteten på tilknytningen mellom henne og barnet hennes. Her vil minner den kommende mor/nybakte mor har om sine tidlige forhold, hennes fantasier, håp, redsel, familietradisjoner og personlige erfaringer spille inn. Når en kvinne blir gravid vil hennes indre arbeidsmodeller om seg selv som kvinne, kone, datter og yrkeskvinne bli reorganisert for å gjøre plass til hennes rolle som mor. Det har vist seg at en gravid kvinnes indre arbeidsmodeller kan påvirke hennes forståelse og samspill med barnet. Mors forventninger i forhold til mor-barn forholdet kan sees i sammenheng med hvordan mor oppfører seg med barnet, uavhengig av barnets egenskaper. Dette kan igjen påvirke tilknytningen mellom mor barn (Pajulo et al., 2006).

Ved å undersøke mors indre arbeidsmodeller kan man lettere forstå hvordan mor forutser barnets behov og hvordan hun definerer barnets emosjonelle miljø. Man har sett at en mors tanker om hvordan hennes egen mor fungerte som mor, ofte kan predikere hvordan tilknytningsmønstret mellom henne og hennes eget barn er når barnet er rundt ett år (Pajulo et al., 2006).

I en undersøkelse av 400 gravide kvinner fant man at de mødrene som var deprimerte, hadde liten sosial støtte og/eller hadde problemer med rusmidler var mer negative i måten de tenkte på barnet, seg selv, barnets far og på seg selv som mor og sin egen mor som mor. Dette kan også se ut til å gjelde mødre med flere barn under syv år og/eller at svangerskapet ikke var planlagt (Pajulo et al., 2006).

3.3 Metoder for å vurdere tilknytning

Jeg vil nå se på ulike metoder som blir brukt for å vurdere tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver. Først vil jeg ta for meg ”fremmedsituasjonen”. Jeg velger å trekke frem denne først siden den er den mest kjente av metodene. Deretter vil jeg se på ”atypisk tilknytning”, ”California-prosedyren” og tilknytning hos barn eldre enn to år. Jeg har valgt å ta med California-prosedyren siden denne har vist seg å være et godt supplement til fremmedsituasjonen, og da spesielt i forhold til de barna som går i barnehage.

3.3.1 “Fremmedsituasjonen”

“Fremmedsituasjonen” er en metode som blir brukt for å undersøke hvordan barn er tilknyttet sine omsorgspersoner. Denne metoden ble utarbeidet av Ainsworth og medarbeidere og har senere hatt stor betydning i forhold til forskning på dette området (Smith og Ulvund, 1999). Denne metoden er beregnet på barn fra 12 til 20 måneder (Smith, 2002).

Metoden går ut på undersøke hvordan barn reagerer når deres tilknytningsperson forlater dem på et nytt sted, hvordan de reagerer når det er fremmede tilstede, og hvordan de reagerer når tilknytningspersonen kommer tilbake. Metoden er delt inn i 8 sekvenser. Det blir gitt skårer i forhold til hvordan barna reagerer i fremmedsituasjonen. Man vil da se på barnas atferd i forhold til seks ulike kategorier. Kategoriene er nærhetssøking, opprettholdelse av kontakt, unngåelse av nærhet og samspill, kontaktmotstand, samspill på avstand og søking etter omsorgiver. På bakgrunn av skårene som blir gitt i forhold til barnas atferd i disse kategoriene, blir barna delt inn i tre hovedgrupper som alle beskriver barnas tilknytning til sine omsorgspersoner. De tre hovedgruppene er: A – Utrygg tilknytning, engstelig og ignorerende, B – Trygg tilknytning og C – utrygg tilknytning, engstelig og ambivalent (Ainsworth et al., 1978). Jeg vil nå gå litt mer i dybden på de ulike gruppene av tilknytning.

Gruppe A – Utrygg tilknytning, unnvikende: Barn som kommer inn under gruppe A bryr seg tilsynelatende lite om at omsorgspersonen deres forlater dem. Når de blir gjenforent med omsorgspersonen unngår de som regel kontakt. Disse barna kan eksplorere (Ainsworth et al., 1978 og Smith, 2002).

Gruppe B – trygg tilknytning: Barn som har en trygg tilknytning til sine omsorgspersoner bruker disse som en trygg base for å undersøke omgivelsene. Disse barna viser ofte tegn til at de savner omsorgspersonene når disse ikke er tilstede. Når de blir gjenforent med omsorgspersonene hilser de aktivt på disse (Ainsworth et al., 1978 og Smith, 2002).

Gruppe C – Utrygg tilknytning, ambivalent: Barn som faller inn under denne gruppen av tilknytning ønsker ofte ikke å undersøke omgivelsene sine. Disse barna blir ofte veldig urolige og lei seg når omsorgspersonene forlater dem. Når omsorgspersonene vender tilbake

prøver de både å opprette kontakt med omsorgspersonene samtidig som de avviser dem. (Ainsworth et al., 1978 og Smith, 2002).

Fremmedsituasjonen har fått en del kritikk. Denne kritikken har gått ut på at ikke alle barn lar seg plassere inn i en av disse tre gruppene (Main og Solomon, 1990). Grensene til de ulike gruppene er heller ikke så klare blir det sagt (Smith og Ulvund, 1999 referert fra Lamb og medarbeidere, 1982). I tillegg er det blitt hevdet at metoden ikke tar godt nok hensyn til kulturelle forskjeller. I en undersøkelse gjort i Tyskland ble for eksempel en mye større andel barn klassifisert som utrygge, engstelige og ignorerende enn i en tilsvarende studie gjort i USA (Smith og Ulvund, 1999 referert fra Grossmann og Grossmann, 1982). Det er også blitt stilt spørsmålsteget til metodens begrepsvaliditet (Smith og Ulvund, 1999 referert fra Connell og Goldsmith, 1982 og Waters og Deane, 1985). Her blir barnas temperament trukket inn (Smith og Ulvund, 1999 referert fra Kagan, 1982). Begrepsvaliditet går ut på ”grad av samsvar mellom begrepet slik det er definert teoretisk og begrepet slik vi lykkes med å operasjonalisere det” (Kleven, 2002:150). I forhold til fremmedsituasjonen tolker jeg det slik at man stiller spørsmålsteget til om metoden måler barnets tilknytning, eller om man ved å bruke metoden egentlig undersøker barnas temperament. Metoden kritiseres også for at den bare kan anvendes i en kort aldersperiode, denne metoden passer mest sannsynlig best for barn mellom 12 og 18 måneder (Smith og Ulvund, 1999). På bakgrunn av denne kritikken er klassifikasjonssystemet i fremmedsituasjonen blitt utvidet, slik at de barna som ikke passer inn i det tradisjonelle klassifikasjonssystemet nå kan klassifiseres som atypiske. Man har også videreutviklet kategoriene i fremmedsituasjonen slik at de passer for barn mellom to og fem år. I tillegg er det kommet flere metoder for å undersøke barns tilknytning til sine omsorgspersoner. Jeg vil nå gå nærmere inn på ”atypisk tilknytning”, ”California-proseduren” og se på tilknytningen hos barn eldre enn to år.

3.3.2 Atypisk tilknytning

Når det er snakk om ”atypisk tilknytning” henviser man til barn som oppfører seg på en slik måte at man ikke klarer å klassifisere dem som A, B eller C i fremmedsituasjonen (Smith, 2002 referert fra Main og Solomon, 1986). Atypisk tilknytning kommer gjerne til syne ved at barn i fremmedsituasjonen verken viser eksplorering eller tilknytningsatferd overfor sine

omsorgspersoner (Smith, 2002). Barna viser ofte heller tegn til frykt eller en kombinasjon av frykt og tilknytning. Andre tegn på atypisk tilknytning kan vise seg gjennom fastfrysning av bevegelser, tegn på frykt eller depresjon rettet mot omsorgspersonen eller hodedunking (Main og Solomon, 1990). For at slike spesifikke atferdsmønstre skal være tegn på atypisk tilknytning må de bare oppstå når barnet er sammen med en bestemt omsorgsperson (Smith, 2002).

Som nevnt tidligere i oppgaven har fremmedsituasjonen fått kritikk fordi ikke alle barn lar seg plassere inn i A, B og C kategoriene. På bakgrunn av dette har det blitt opprettet følgende tre klassifikasjonssystemer for atypisk tilknytning:

Desorganisert, Type D: I følge Main og Solomon (1990) har barn med en slik form for tilknytning sterke eller ofte forekommende uttrykk av:

- motstridende atferdsmønstre etter hverandre over tid.
- samtidig motstridende atferdsmønstre.
- urettede, feilrettede, ufullstendige og avbrutte bevegelser og uttrykk.
- stereotyper, asymmetriske bevegelser, bevegelser på feil tid, abnormale kroppstillinger.
- fastfrysning av bevegelser, langsomme bevegelser og uttrykk.
- direkte tegn på at barnet er redd for den voksne.
- direkte tegn på desorganisering eller desorientering.

Barn som blir klassifisert som type D kan også vise atferd som samsvarer med type A, B eller C, men har i tillegg uttrykk som nevnt ovenfor. Det som er felles for barna med Type D tilknytning er at det kan se ut som de ikke helt vet hvordan de skal reagere når tilknytningssystemet blir aktivert samt at de ofte viser frykt for tilknytningssystemet (Main og Hesse, 1990). Disse barna har ofte blitt mishandlet eller vanskjøttet av omsorgspersonen, eller at omsorgspersonen har psykiatriske lidelser (Smith, 2002 referert fra Ainsworth og Eichberg, 1991, Lyons-Ruth ofl. 1991) eller ikke har klart å bearbeide traumatiske opplevelser (Main og Hesse, 1990).

Unnvikende/ambivalent, Type A/C: Smith (2002) viser til Barnett og Vondra når han oppgir disse kriteriene for at barn skal kunne klassifiseres som type A/C:

- Moderat til høy unnvikelse kombinert med moderat til høy motstand ved gjenforening.
- Moderat til høy nærhetssøking og opprettholdelse av kontakt, som typisk hos trykt tilknyttede barn.

A/C mønstret ble lansert av Crittenden. I motsetning til Main og Solomon hevder Crittenden at barn med A/C tilknytningsmønster har en organisert mestringsstrategi. Denne strategien springer ut av at omsorgspersonen er uforutsigbar og at barnet derfor må følge med på den voksnes signaler, sinnsstemninger og handlinger. Barnet må ut i fra dette tilpasse sin atferd (Smith, 2002 referert fra Crittenden, 1999). I likhet med barna som blir klassifisert som type D, har barna under kategori A/C ofte opplevd mishandling og vanskjøtsel fra sine omsorgspersoner (Crittenden, 1988).

Barn som bli klassifisert som type A/C havner også inn under type D klassifiseringen. Men de barna som blir klassifisert som type D behøver ikke å bli klassifisert som type A/C (Spieker og Booth, 1988).

Ustabil-avvisende, type U-A: For at barn skal bli klassifisert som type U-A må de vise:

- Tydelig unnvikelse ved første gjenforening (5-7 på Ainsworths rangeringsskala for samspill), mens de ved andre gjenforening har et fall på minst 4 poeng i unnvikelse (1-3 på den samme skalaen).

De barna som blir klassifisert som type U-A har ofte vært utsatt for mishandling eller at omsorgspersonen viser depressive symptomer. Barn som faller inn under U-A kategorien ved 12 månedersalderen blir ofte klassifisert som type D ved 18 månedersalderen, dette fordi det ikke er så lett å påvise U-A mønstret ved 18 månedersalderen (Smith 2002 referert fra Lyons-Ruth og medarbeidere, 1986, 1987, Barnett og Vondra, 1999).

3.3.3 California-prosedyren

California-prosedyren ble utviklet av Clarke-Stewart og medarbeidere og er en metode for å vurdere tilknytningen mellom barn og omsorgspersoner. Denne metoden har en del likhetstrekk med fremmedsituasjonen ved at barnet blir observert i et fremmed rom og at det blir presentert for hendelser som aktiverer tilknytningsatferd. Det som skiller denne metoden fra fremmedsituasjonen er at omsorgspersonen er sammen med barnet hele tiden og kan derfor gi barnet trøst og trygghet når det måtte være behov for det. På denne måte kan man observere hvordan omsorgspersonen fungerer som en trygg base (Smith, 2002).

I California-prosedyren blir barnet presentert for tre ulike hendelser. Den første går ut på at barnet hører en høy, merkelig lyd. Lyden kommer fra en boks i rommet. Barnet blir oppfordret til å nærme seg boksen. Når barnet, enten alene eller sammen med omsorgspersonen, nærmer seg boksen vil lyden skrues av. Det hele varer i ca tre minutter. I den andre hendelsen kommer det en trollmann inn i rommet der barnet og omsorgspersonen oppholder seg. Barnet blir nå oppmuntret til å gå bort til trollmannen og leke med han. Denne sekvensen varer i ca seks minutter. I den siste hendelsen kommer en assistent inn med en mekanisk robot. Roboten beveger seg mot barnet. Omsorgspersonen blir bedt om å skru av roboten etter 15-30 sekunder. Denne hendelsen varer i ca tre minutter (Smith, 2002).

For å sammenligne fremmedsituasjonen og California-prosedyren ble barna observert to ganger, den første gangen tok man i bruk fremmedsituasjonen mens man den andre gangen fulgte California-prosedyren. Når man har sammenlignet fremmedsituasjonen med California-prosedyren har man kodet begge etter Ainsworth kriterier og barna ble klassifisert etter A-B-C typologien. I California-prosedyren måtte man gjøre nødvendige modifikasjoner (Smith, 2002).

Man har kommet frem til at man ved å bruke California-prosedyren vil klassifisere flere barn som trygge og færre barn som A-barn og C-barn enn når man brukte fremmedsituasjonen som metode. Det viste seg også at California-prosedyren passet bedre for de barna som fikk dagomsorg. Dette kan være fordi barn som får dagomsorg er mer vant til korte atskillelser fra sine omsorgspersoner og derfor ikke føler fremmedsituasjonen som så stressende. På

bakgrunn av dette kan California-prosedyren fungere som et godt supplement til fremmedsituasjonen (Smith, 2002).

3.3.4 Tilknytning hos barn eldre enn to år

Når barn blir eldre vil tilknytningen komme til syne på en annen måte. For eksempel vil et trygt barn ofte ha mindre behov for fysisk nærhet, samtidig som det blir mer viktig med gjensidig følelsesmessig nærhet. På bakgrunn av dette er tilknytningskategoriene som blir brukt i fremmedsituasjonen blitt videreutviklet slik at man har kategorier som passer for barn mellom to til fem år (Killèn, 2003).

Betegnelsen kategoriene har når det er snakk om yngre barn er nå blitt endret. Nå kalles trygg tilknytning (B) for balansert tilknytning, den utrygge /unnvikende tilknytningen (A) kalles hemmet tilknytning og ambivalent/motstridende (C) kalles manøvrerende tilknytning (Killèn, 2003).

Har barnet en balansert form for tilknytning har det som regel en god følelsesmessig nærhet til mor. Barnet vil da dele sine tanker, følelser og opplevelser med henne. De klarer også å hankses med sine følelser og utforsker omgivelsene friere. Som andre barn er også disse forskjellige, noen er mer reserverte, andre er mer åpne mens andre igjen trenger mer trøst (Killèn, 2003).

Barn med hemmet tilknytning viser ofte ikke følelsene sine. De trenger ikke å ta fysisk avstand fra sine omsorgsgivere, men tar gjerne følelsesmessig avstand. De regner ikke med å få trøst eller å bli forstått av sine omsorgsgivere. Man deler gjerne opp hemmet tilknytningsmønster opp i tre underkategorier. Disse er hemmet mønster, tvangsmessig omsorgsgivermønster og tvangsmessig/underkastende mønster. Hemmet mønster går ut på at barnet har funnet ut hvordan det kan ha det bra med omsorgsgiver ved ikke å vise mye uttrykk for egne følelser og later som at alt er greit. Barn med tvangsmessig omsorgsgiver mønster har tatt omsorgsgiver funksjonen og passer på at mor har det bra. Da blir de sett og de klarer å holde mor tilgjengelig. Barn av foreldre med rusmiddelproblemer eller foreldre som sliter med depresjon, utvikler ofte en slik form for tilknytning. Barn med

tvangsmessig/underkastende mønster forsøker å leve opp til mors forventninger. Mor kan fort bli veldig utagerende, noe barnet prøver å unngå (Killèn, 2003).

Et barn med et manøvrerende mønster viser fortsatt en ambivalent/motstridende atferd, men nå vil barna også manøvrere og kontrollere sine foreldre. Disse barna kan svinge mellom fra å være foreksempel aggressive til hjelpeløse eller fra straffende til forførende. Barna kan også bare vise den ene siden av ambivalensen. Det vil si at de foreksempel opptrer som hjelpeløse når foreldrene er tilstede, men at de klarer seg mye bedre når foreldrene ikke er der (Killèn, 2003).

Noen barn kombinerer et hemmet og et manøvrerende mønster. Da kan barnet i det ene øyeblikket vise omsorg for mor, samtidig som det holder avstand fra mor. Eller at barnet er svært fortvilet og klynger seg til mor når hun skal gå (Killèn, 2003).

Andre barn igjen vil ha et desorganisert/desorientert mønster. Dette mønstret har jeg omtalt tidligere. De barna som ble klassifisert som desorganisert/desorientert som ettåring har ofte utviklet en kontrollerende atferd ovenfor sine foreldre når de nærmer seg seks år. De kunne da være enten straffende eller omsorgsgivende ovenfor mor (Killèn, 2003).

3.4 Tilknytningsforstyrrelser

Diagnosen ”tilknytningsforstyrrelser” har ikke eksistert så lenge. I 1980 ble reaktiv tilknytningsforstyrrelse for første gang presentert i diagnosemanualen til det amerikanske psykiaterforening (DSM-III). Man skilte mellom en ”inhibert” og en ”desinhibert” form for reaktiv tilknytningsforstyrrelse. Barn med en inhibert tilknytningsforstyrrelse vil ha vansker med å søke trøst hos noen få omsorgspersoner, og deres sosiale samhandling vil være hemmet, ambivalent eller at de er veldig årvåkne ovenfor omsorgspersonen. Desinhibert tilknytningsforstyrrelse går ut på at barn lett knytter seg til andre, og at det derfor ofte oppstår tilfeldige relasjoner. I DSM-IV beholdt man dette skillet mellom ”inhibert” og ”desinhibert” reaktiv tilknytningsforstyrrelse, men en del av de øvrige kriteriene ble endret. Alderen for når symptomene for tilknytningsforstyrrelser måtte oppstå ble foreksempel

endret fra 8 måneder til 5 år, og kravet om svikt i vektøkningen ble tatt bort. For å kunne få diagnosen ”reaktiv tilknytningsforstyrrelse” i henhold til DSM-IV, må man kunne dokumentere barnemishandling eller alvorlig vanskjøtsel. Barn med retardasjon, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse eller ADHD utelukkes (Smith, 2002). Og barna må vise tegn til tilknytningsforstyrrelse i de fleste sosiale situasjoner (Smith og Ulvund, 1999).

Diagnosesystemet til Verdens helseorganisasjon (ICD-10) har noenlunde de samme kriteriene for tilknytningsforstyrrelser som DSM-IV, men de stiller ikke krav til dokumentasjon av barnemishandling eller alvorlig vanskjøtsel og barn med retardasjon eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser blir ikke utelatt (Smith, 2002). I følge ICD-10 må barn vise tegn til tilknytningsforstyrrelser ovenfor mer enn en person. Disse tegnene på forstyrrelse kan være mer synlige i forhold til primære omsorgspersoner, enn de er ovenfor foreksempel førskolelærere (Smith og Ulvund, 1999).

På bakgrunn av at verken DSM-IV eller ICD-10 i stor grad er basert på databasen vedrørende barns utvikling av tilknytning, utviklet Zeanah og medarbeidere et sett med alternative kriterier for tilknytningsforstyrrelser. De alternative kriteriene er delt opp i tre hovedgrupper av tilknytningsforstyrrelser. Den første går ut på at barn ikke har hatt anledning til å knytte seg til noen spesielle omsorgspersoner, i den andre gruppen har det oppstått forstyrrelser i trygg basefunksjonen, mens det i den siste gruppen er snakk om barn som har opplevd tap av en tilknytningsperson, og som reagerer veldig sterkt på dette (Zeanah og Boris, 2000). Jeg vil nå gå litt nærmere inn på disse tre hovedgruppene.

Forstyrrelser i forbindelse med manglende tilknytning: Denne formen for tilknytningsforstyrrelser samsvarer med det som blir beskrevet i DSM-IV og ICD-10. Her skiller man mellom to typer tilknytningsforstyrrelser der barn ikke har noen foretrukket tilknytningsperson. Den første går ut på at barn er emosjonelt tilbaketrukket, inhibert og som samtidig ikke er tilknyttet noen spesiell omsorgsperson. Barn med en slik type forstyrrelse har ofte problemer med emosjonell selvregulering. Disse barna har også ofte vansker med å søke trøst, vise hengivenhet, å samarbeide, be om hjelp, i tillegg til at eksploreringsatferden ofte er forstyrret. Den andre går ut på at barn som mangler en tilknytningsperson søker trøst og sosial kontakt med relativt fremmede personer. Disse barna har ofte problemer med å beskytte seg selv. Man forventer at tilknytningsforstyrrelser i forhold til manglende

tilknytning kommer til syne i ulike sosiale forhold fordi disse barna ikke har en spesiell tilknytningsperson. For å kunne hevde at barn har slike forstyrrelser må de ha en mental alder på minst 10 måneder (Zeanah og Boris, 2000).

Forstyrrelser av trygg basefunksjon: Her har barnet en tilknytningsperson, men forholdet til denne er skadet. Zeanah og Boris (2000) deler Forstyrrelser av trygg basefunksjon opp i fire undergrupper:

Tilknytningsforstyrrelser der barn setter seg selv i fare: Barn vil her utforske omgivelsene som forventet, men de vil ikke opprettholde nærheten til tilknytningspersonen som normalt. Det vil si at de ikke vil søke trøst og trygghet hos tilknytningspersonen der det ville vært naturlig å gjøre nettopp det. Barna vil også utføre provoserende og farlige handlinger når tilknytningspersonen er tilstede, dette være seg å løpe ut i trafikken, klatre opp på høye steder eller å gå seg bort på kjøpesentre med vilje. Denne type atferd kommer gjerne i situasjoner der det hadde vært naturlig å søke trøst. For å kunne si at barn lider av denne formen for tilknytningsforstyrrelser må barnas atferd komme til syne i forhold til en bestemt tilknytningsperson.

Tilknytningsforstyrrelser med innpåslitenhet eller inhibert eksplorering: Barn med denne typen tilknytningsforstyrrelser vil ikke tørre å utforske omgivelsene sine på en måte som ville ha vært normalt i forhold til deres alder. Her vil barna gjerne holde seg i nærheten av tilknytningspersonen og vil ofte være preget av angst. Slik atferd skal ikke være gjennomgripende men situasjonsspesifikk, og vil oppstå når barn er sammen med tilknytningspersonen i en ukjent situasjon eller sammen med tilknytningspersonen og en annen fremmed voksen.

Tilknytningsforstyrrelser med årvåkenhet og høy grad av føyelighet: Barn med denne formen for tilknytningsforstyrrelser vil heller ikke utforske omgivelsene sine. Barna vil være emosjonelt tilbaketrukkne, vaksomme overfor tilknytningspersonen og veldig føyelige ovenfor tilknytningspersonens krav. Det virker som barna er redde for å vekke mishag hos tilknytningspersonen. Barna gir også inntrykk av å være skremt av tilknytningspersonen. På bakgrunn av at barna må være så vaksomme overfor tilknytningspersonen er de veldig lite spontane. Barnas atferd kommer som regel til syne når det er sammen med

tilknytningspersonen, men det er ikke alltid slik atferd er synlig. Det kan se ut som at det er spesielle hendelser, som sinneutbrudd fra tilknytningspersonen, som utløser barnas atferd. Denne typen tilknytningsatferd er nevnt DSM-IV som frossen vaktksomhet.

Tilknytningsforstyrrelse med rolleombyting: Her vil det være barna som prøver å gi den voksne emosjonell støtte og sørge for at den voksne har det bra, i stedet for at tilknytningspersonen sørger for at barna føler seg trygge og beskyttet. Barna må ofte ta på seg ansvaret for tilknytningspersonens emosjonelle velbefinnende. Denne type tilknytningsforstyrrelser kommer gjerne til uttrykk ved at barna prøver å kontrollere tilknytningspersonens atferd ved å være straffende, overbekymret eller på en annen måte vise rolleombyting.

Avbrutt tilknytningsforstyrrelse: Barn med denne typen tilknytningsforstyrrelse har opplevd å plutselig å miste tilknytningspersonen. Denne atskillelsen fra tilknytningspersonen kan vare i mange dager eller i flere uker, eller at barn mister tilknytningspersonen gjennom død eller at barn blir plassert bort i fosterhjem eller lignende (Zeanah og Boris, 2000). Barn kan da utvikle atskillelsessyndromet (Smith, 2002), som kjennetegnes av at barn går igjennom fasene protest, fortvilelse og midlertidig frakopling (Zeanah og Boris, 2000 referert fra Robertson og Robertson, 1989).

Det finnes veldig lite data på hvor mange barn som lider av kliniske tilknytningsforstyrrelser. Dette kommer av at det har vært uenighet om i forhold til hvordan barna skal diagnostiseres. Mange barn med utrygg tilknytning oppfyller ikke kravene for en klinisk tilknytningsforstyrrelse (Smith, 2002).

4. PSYKISKE PROBLEMER HOS MOR

Det har vist seg at mange av de som har rusmiddelproblemer også sliter med psykiske vansker. I en undersøkelse gjort av Kompetansesentret Rus ved Sanderud sykehus har man kartlagt psykiske vansker hos klienter som er til behandling for rusmiddelproblemer. Man kom da frem til at 85 % av de som var inne til behandling hadde minst en psykiatrisk lidelse i tillegg til rusmiddelproblemet. Man fant også ut at det var en forskjell mellom menn og kvinner i forhold til hvilke psykiske problemer de slet med. Kvinnene hadde oftere depressive plager, mens mennene slet mer med angst. Man så også at de personene som misbrukte medikamenter og/eller illegale stoffer hadde større psykiske vansker, enn de som slet mest med alkoholproblemer (Lauritzen og Waal, 2003). I artiklene til Jacobson og Jacobson (2001) og Lester og kollegaer (2000) blir det også hevdet at kvinner som bruker rusmidler under svangerskapet ofte har psykiske vansker.

Man kan da spørre seg om rusmiddelproblemene var årsaken til de psykiske problemene? Man har sett at det som oftest er de psykiske problemene som kommer først, og at de deretter får rusproblemer (Lauritzen og Waal, 2003). Dette er noe man bør ha i tankene når en skal behandle personer med psykiske problemer eller rusmiddelproblemer.

På bakgrunn av at mange gravide med rusmiddelproblemer i tillegg sliter med psykiske vansker, ønsker jeg å si noe om hvordan mennesker med psykiske vansker fungerer som omsorgspersoner. Her vil jeg se på hvordan det tidlige samspillet fungerer og på hvordan tilknytningen mellom mor og barn kan utvikle seg.

Mange studier har dokumentert at mødre som har psykiske vansker oftere responderer mindre på barna, er mindre engasjert i dem og at de ofte er negative i samspillet med barna. Som en reaksjon på dette blir også barna mindre positive. Det kommer også frem at disse barna opplever mødre som viser mindre hengivenhet, er mer fiendtlige og generelt har et dårligere hjemmemiljø. Utviklingen av tilknytningen mellom mor og barn er et resultat av det tidlige samspillet mellom dem. Men det må sies at studiene ikke er helt entydige (Seifer og Dickstein, 2000).

Det har vist seg at barn som har mødre som sliter med psykiske vansker ofte utvikler en utrygg tilknytning (Eiden et al., 2002, Seifer og Dickstein, 2000).

5. HVA KAN MORS RUSMIDDELFORBRUK UNDER SVANGERSKAPET HA Å SI FOR TILKNYTNINGEN?

Her vi jeg gå direkte inn på hvilke konsekvenser rusmiddelbruk kan få for barns tilknytning.

I tilknytningsteorien går man som regel ut i fra at det er omsorgsgivers atferd som i hovedsak er bestemmende for hvordan tilknytningen mellom omsorgsgiver og barn fungerer. Man fokuserer da på at omsorgsgiver sensitivitet og hvordan hun responderer på barnets signaler vil ha stor betydning for barnets følelse av trygghet, og som dermed påvirker barnets tilknytning til omsorgsgiver. Flere studier viser at også barnets atferd kan spille inn i forhold til utvikling av tilknytning. Barnets temperament og medfødte sårbarhet kan ha en medvirkende rolle for hvordan barnet er tilknyttet omsorgsgiver. En teori går ut på at barnets temperament direkte påvirker tilknytningsatferd, her vil egenskaper som at barnet er vanskelig å ha med å gjøre, har lett for å bekymre seg og føle ubehag, og at det viser negativ affekt ha stor betydning. En annen teori går ut på at barn som ofte er i dårlig humør og har problemer med å regulere negativ effekt, vil ha mindre sjanse for å oppleve et positivt tidlig samspill med sine omsorgsgivere. Et tidlig samspill som fungerer godt er viktig for å kunne utvikle en trygg tilknytning (O'Connor et al., 2002).

I en studie gjort av Mangelsdorf et al. fant man ut at for barn som lett blir bekymret og som lett føler ubehag og stress, er det svært viktig at omsorgsgiver har en personlighet som gjør at hun klarer å takle dette for at barnet skal kunne utvikle en trygg tilknytning. Dette fordi man så at både barnets og omsorgsgivers personlighet var med på å påvirke tilknytningen barnet hadde til omsorgsgiveren (O'Connor et al., 2002 referert fra Mangelsdorf et al., 1990). Man har også sett at barn som er irritable ofte har omsorgsgivere som responderer negativt på dem, og at disse barna ofte har en utrygg tilknytning (O'Connor et al., 2002 referert fra Boom, 1994). Dette kan tyde på at et spedbarns tidlige problemer kan komme av vansker med å tilpasse seg, som igjen kan påvirke atferd, samspill og tilknytningsforhold (O'Connor et al., 2002).

Som nevnt tidligere blir barn som har vært eksponert for alkohol mens de ennå lå i magen til mor ofte mer irritable, har vanskelig for å konsentrere seg, har sinneutbrudd, blir lett distraheret og er impulsiv (O'Connor et al., 1993). Disse barna kan også ha problemer med søvn, mating og blir lett overstimulert (Olofsson, 2003). Dette gjelder ikke bare de barna som har vært eksponert for alkohol, men også de som har vært eksponert for andre rusmidler (Moe, 2002).

På bakgrunn av dette er det ofte vanskelig å tolke de signalene som barna sender ut. Dette gjør det igjen vanskelig for omsorgsgiver å vite hvordan hun skal reagere på barnet, og det blir lett å oppfatte barnet som vanskelig (Olofsson, 2003). Barn som har et vanskelig temperament får ofte forstyrrelser i samspillet med omsorgsgiver. Disse forstyrrelsene kan igjen få negative konsekvenser for barnet (O'Connor et al., 1993).

Killèn (2003) viser til Crittenden som har utviklet en prosedyre for å kunne undersøke det tidlige samspillet. Denne prosedyren går ut på å filme foreldrene og barnet i tre til fem minutter. Ut i fra denne filmen blir foreldrene og barnet vurdert i forhold til stemme, ansiktsuttrykk, følelsesmessige uttrykk, kroppsholdning, "tur-taking", kontroll og aktiviteter. Man vil her vurdere om foreldrene er sensitive, kontrollerende/invaderende eller passive. Hos barnet vil man vurdere om det er samarbeidsvillig, vanskelig, passiv eller om det viser en tvangsmessig atferd. Tvangsmessig atferd kan vise seg fra barnet er rundt ett år. Foreldrenes sensitivitet, kontrollerende/invaderende eller passive holdning kan si oss noe om hvilken følelsesmessig omsorg barnet får. Er foreldrene sensitive vil de klare å tolke barnets signaler og være tilgjengelige for barnet. Er foreldrene kontrollerende/invaderende vil de som regel være mer opptatt av å tilfredsstille sine egne behov enn barnets. Er foreldrene passive vil de ha vansker for å engasjere seg i barnet. De foreldrene som blir vurdert som sensitive trenger ikke å være det hele tiden, men som regel er de det. Dette gjelder også de kontrollerende/invaderende og passive foreldrene, de trenger ikke å oppføre seg slik hele tiden, men vil ha hovedtyngden på slik atferd (Killèn, 2003).

Barn som har vært utsatt for rusmidler i fosterlivet vil som regel være preget av dette når de blir født. I tillegg til dette sliter kanskje mor enda med rusmiddelproblemer, skyldfølelse og skam. Dette vil som oftest prege det tidlige samspillet og dermed også tilknytningen. Mor har ofte nok med seg selv og sine problemer, samtidig som det er vanskelig å få til samspill

med barn som lider av medfødte alkohol skader eller andre rusmiddelrelaterte skader. Når det er vanskelig å få til samspill med barnet kan noen foreldre reagere med å bli for aktive i forhold til barnet slik at de opptrer som invaderende, mens andre igjen skyver barnet fra seg og blir passive. Er mødrene deprimerte vil de ofte ha vansker med å engasjere seg i barnet (Killèn, 2003).

Foreldre med rusmiddelproblemer kan vise både kontrollerende/invaderende og passiv atferd ovenfor barnet. Er foreldrene kontrollerende/invaderende reagerer barnet ofte med å bli misfornøyd, noe som igjen kan føre til at foreldrene føler seg enda mer mislykkete i foreldrerollen. På denne måten kan foreldre og barn komme inn i en ond sirkel med destruktivt samspill, som igjen kan utløse raseri hos foreldrene. Passive foreldre vil si at barnet ikke har noen som er følelsesmessig til stede for det, og det har heller ingen å ha samspill med. Dette kan føre til utviklingsmessige forsinkelser. Studier av samspillet mellom foreldre med rusmiddelproblemer og deres barn har vist at samspillet kan bære preg av liten kontakt eller at de klynger seg til hverandre og at barnet er passivt, urolig eller ansent. Det kan også være at foreldre og barn hele tiden er i konflikt med hverandre eller at man dekker over problemene (Killèn, 2003).

Mødre med rusmiddelproblemer bruker ofte mindre språk når de samhandler med barna, de ser ut til å glede seg mindre over situasjonen og til å tilpasse miljøet rundt barnet i mindre grad, enn mødre uten slike problemer (Pajulo et al., 2001).

Tilknytningen mellom foreldre og barn er et resultat av det tidlige samspillet. De erfaringene barnet får gjennom det tidlige samspillet vil påvirke hvilket tilknytningsmønster det utvikler. Er foreldrene tilgjengelige og sensitive vil barnet som oftest utvikle et trygt tilknytningsmønster, erfarer barnet i stedet for at det ikke blir trøstet når det har behov for det, at foreldrene er hardhendte, at foreldrene ikke ser det eller er uforutsigbare vil barnet med stor sannsynlighet utvikle et utrygt tilknytningsmønster (Killèn, 2003).

Barn som har foreldre med rusmiddelproblemer har ofte foreldre som er utilgjengelige og uforutsigbare. Dette fører til at barna enten utvikler strategier som gjør det lettere for dem å forholde seg til foreldrene, eller at de rett og slett ikke klarer å finne noen strategier som fungerer (Killèn, 2003 referert fra Larsson 1980).

I en undersøkelse gjort av O'Connor et al. hvor man ønsket å se på tilknytningskvaliteten hos barn av mødre med alkoholproblemer, fant man ut at 52 % av barna hadde en utrygg tilknytning. Mødrene som var med i undersøkelsen var middelklassekvinner over 30 år, og barna var ett år gamle. Det var 46 barn med i undersøkelsen. 35 % av barna ble klassifisert som utrygge/desorganiserte/desorienterte, 13 % ble klassifisert som utrygge/unnvikende og 4 % ble klassifisert som utrygge/ambivalente/motstridende. Man fant også ut at en større andel av de mødrene som fortalte at de hadde drukket mer alkohol før og under svangerskapet hadde barn med utrygg tilknytning, enn de som hadde drukket mindre alkohol (Killèn, 2003 referert fra O'Connor et al., 1987).

Dette stemmer godt overens med funnene til Carlson et al. og Lyons-Ruth et al. De fant ut at 40-50% av barna til deprimerte og alkoholiserte mødre ble klassifisert som utrygge/desorganiserte/desorienterte (Killèn, 2003 referert fra Carlson et al., 1989 og Lyons-Ruth et al., 1990).

I en undersøkelse gjort av Rodning et al. i 1991, så man at majoriteten av de barna som hadde vært eksponert for PCP og kokain i svangerskapet hadde en utrygg tilknytning. Dette gjaldt også for de barna som fikk omsorg av andre enn sin biologiske mor (Killèn, 2003).

Man har også funnet ut at av barn som har vært utsatt for omsorgssvikt vil 80 % utvikle desorganisert/desorientert tilknytningsatferd (Killèn, 2003 referert fra Main og Solomon, 1986). Dette tyder på at de barna som blir klassifisert som desorganisert/desorientert veldig ofte lever eller har levd under svært risikofylte hjemmeforhold.

Det har vist seg at så mange som 80 % av barna som hadde mødre som drakk moderate til store mengder alkohol under svangerskapet, hadde en utrygg tilknytning. Blant de barna som hadde mødre som drakk lite alkohol under svangerskapet, var det bare 36 % som hadde en utrygg tilknytning. Studien det her er snakk om ble gjort på barn som har mødre som har drukket alkohol under svangerskapet, og som bor i fattigdom sammen med sine biologiske mødre. (Olson et al., 2001 referert fra O'Connor et al., 2000). Dette kan tyde på at det er en klar sammenheng mellom mødres alkoholforbruk under svangerskapet og tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver etter at barnet er født.

I en studie gjort av O`Connor et al. (2002) så man at et høyt alkoholkonsum under svangerskapet er en viktig risikofaktor når det gjelder barns utvikling av utrygg tilknytning. Studien viste at barn som har vært utsatt for alkohol i fosterlivet ofte viser negativ affekt, noe som igjen påvirker mors evne til å støtte barnet emosjonelt. Dette fikk igjen betydning for tilknytningen. Studien viste også at de barna som hadde blitt utsatt for store mengder alkohol i fosterlivet, men som hadde mødre som var i stand til å gi barnet adekvat støtte, klarte å håndtere stress og frustrasjoner på en bedre måte. Dette hadde en positiv innvirkning på tilknytningen. Her kan man stille spørsmålsteget om alkoholforbruk under svangerskap har en direkte påvirkning på tilknytningen. Ut i fra denne studien kan det se ut som mødres alkoholkonsum under svangerskapet kan få betydning for barnets temperament. Men hvis moren klarer å støtte barnet på en skikkelig måte vil barnet håndtere stress på en bedre måte, noe som igjen gjør at barnet har større sjanse for å utvikle en trygg tilknytning. Klarer moren derimot ikke å støtte barnet på en slik måte, er det større sjanse for at barnet vil håndtere stress på en dårligere måte og også utvikle utrygg tilknytning.

Slik jeg tolker det, vil alkoholforbruk under svangerskapet indirekte kunne påvirke tilknytningen mellom omsorgsgiver og barn. Dette fordi et barn som har blitt utsatt for alkohol mens det ennå lå i magen til mor ofte er urolig, vanskelig å trøste, sover dårlig og viser mer negativ affekt. Det er også vanskelig for omsorgsgiver å tolke de signalene barnet sender ut. Det er heller ikke så enkelt for omsorgsgiver å få til et godt, positivt samspill med et slikt barn. Klarer man ikke å få til et godt samspill mellom mor og barn, blir det vanskelig for barnet å utvikle en trygg tilknytning.

6. ULIKE FAKTORER SOM ER MED PÅ Å PÅVIRKE TILKNYTNINGEN

Jeg vil her se på ulike faktorer som vil være med på å påvirke hvordan samspillet og tilknytningen mellom mor og barn fungerer. Først vil jeg si litt om transaksjonsmodellen til Sameroff (1995). Deretter vil jeg komme inn på Bronfenbrenners (1979) økologiske utviklingsmodell. Tilslutt vil jeg se litt på Pajulo, Savonlathi og Pihlas (1999) hypotetiske modell for risikofaktorer for den tidlige mor-barn interaksjonen. Jeg trekker frem disse modellene for å belyse at det er flere faktorer som påvirker tilknytningen mellom mor og barn, og at dette er noe man bør være bevisst på når en skal forbygge og behandle rusmiddelrelaterte problemer.

6.1 Transaksjonsmodellen

Transaksjonsmodellen går i korte trekk ut på at mor og barn gjensidig påvirker hverandre over tid. Mors atferd vil påvirke barnets atferd og omvendt. I følge transaksjonsmodellen kan man verken si noe om miljøets kvaliteter uten å ta hensyn til barns egenskaper, eller forstå et barns egenskaper uten å ta hensyn til miljøet rundt det. Dette fordi forskjellige barn vil utløse ulike reaksjoner fra det samme miljøet, og ulike miljøer vil utløse forskjellige reaksjoner hos det samme barnet. Sett ut i fra transaksjonsmodellen vil interaksjonen mellom egenskapene til barnet og de erfaringene miljøet gir det være av stor betydning for barnets utvikling. De erfaringene miljøet gir barnet vil være påvirket av egenskaper hos barnet. Derfor vil barnet til en viss grad skape sine egne utviklingsmiljøer (Sameroff, 1995).

Et eksempel på en transaksjonsprosess der mor og barn påvirker hverandre gjensidig over tid er der barnet har en vanskelig fødsel. Fødselen fører til at mor som ellers er rolig blir engstelig og derfor ikke klarer å gi barnets optimal omsorg, dette førte igjen til at barnet utviklet uregelmessigheter i forhold til matning og soving. Disse uregelmessighetene tolket mor som vanskelig temperament, som igjen førte til at mor trakk seg bort fra barnet. Når moren trakk seg bort fra barnet førte det til en lite gunstig samhandling med barnet, som igjen førte til at barnet ble forsinket i sin tidlige språkutvikling (Sameroff, 1995).

De voksne må bli påvirket av barnets atferd til å gjøre noe de ikke ville ha gjort hvis barnet oppførte seg på en annen måte, for å kunne kalle det en transaksjon. Det vil si at hvis foreldrene oppfører seg på samme måte uansett hva barnet gjør er det ikke snakk om en transaksjon. Når det er snakk om ett barn, er det ikke så lett å skille transaksjonseffekter fra effekter som skyldes egenskaper hos foreldrene. Ser man derimot på tvillingforeldre og deres reaksjoner ovenfor barna er det lettere å oppdage transaksjonsprosesser. Reagerer den samme forelder på forskjellige måter på de to barna er det snakk om en transaksjonsprosess (Sameroff, 1995).

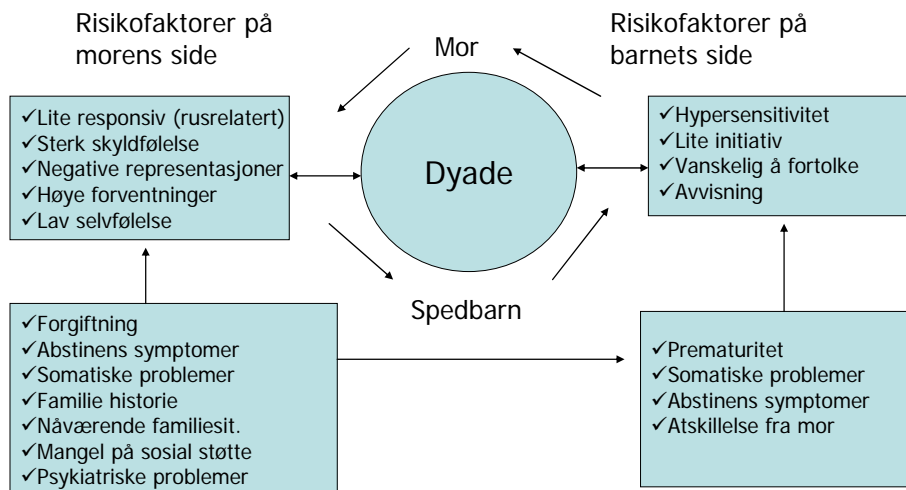
6.2 Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell

Bronfenbrenners (1979) økologiske utviklingsmodell er en modell der man tenker at et barn ikke bare er en del av familien, men også en del av et lokalsamfunn, som igjen er en del av et storsamfunn. Barnet vil derfor ikke bare bli påvirket av sin familie, men av hele samfunnet rundt det. Modellen deler miljøet rundt barnet opp i fire systemer som virker på forskjellige nivåer. Disse systemene er mikro, meso, ekso og makro. Alle systemene kan ha betydning for barnets utvikling. I mikrosystemet vil menneskene samhandle direkte med hverandre, et eksempel er familien. Mesosystemet består av alle de aktuelle mikrosystemene og relasjonene mellom dem. For et barn kan mesosystemet bestå av familien og barnehageavdelingen dens. Eksosystemet har en mer indirekte betydning for barnets utvikling, sett i forhold til de to foregående systemene. Eksempler på et eksosystem er foreldres arbeidssituasjon eller barnehagens økonomi. Makrosystemet viser til generelle trekk ved et samfunn, det være seg levestandard, familiepolitikk og kulturelle faktorer. Det denne modellen prøver å få frem er at faktorer utenfor en familie kan ha betydning for omsorgen som blir gitt innenfor familien.

6.3 Hypotetisk modell for risikofaktorer for den tidlige mor-barn interaksjonen

Dette er en modell som tar for seg risikofaktorene for den tidlige mor-barn interaksjonen, der mor har rusmiddelproblemer. Her prøver man å se på risikofaktorene i forhold til mor og

risikofaktorene hos barnet. Disse risikofaktorene vil påvirke samspillet mellom mor og barn, som igjen vil være med på å påvirke barnets tilknytning til mor (Pajulo, Savonlahti og Piha, 1999).



Figur 1: Hypotetisk modell for risikofaktorer for den tidlige mor-barn interaksjonen (Pajulo et al. 1999: 766)

Dette er en oversatt versjon av modellen. Slik det kommer frem av modellen er det mange faktorer som er med på å påvirke samspillet mellom mor og barn. Hos begge er det underliggende faktorer som er med på påvirke atferden deres, som igjen påvirker hvordan samspillet dem i mellom fungerer. Modellen er ikke ment for å skape stereotypier av situasjonen rundt en mor med rusmiddelproblemer og hennes nyfødte barn, men for at man lettere skal kunne forstå hva som kan være med på å påvirke samspillet deres.

7. FOREBYGGING OG BEHANDLING

Jeg vil nå komme med noen tiltak som kan iverksettes for å prøve å redusere skadene rusmiddelbruk under svangerskapet kan påføre fostre. Når man snakker om å forbygge problemer relatert til rusmiddelbruk under svangerskapet bør man skille mellom hva man kan gjøre før det oppstår problemer, altså før kvinnene blir gravide, og hva man kan gjøre for å minske skadene etter at kvinnen er blitt gravid eller har født. Man kaller det gjerne for universal eller primær forebygging når man prøver å hindre at problemer oppstår. Her vil man prøve å nå ut til så mange som mulig. Når man prøver å oppdage problemer som allerede er tilstede og forbygge at disse utvikler seg videre, kalles det gjerne for selektiv eller sekundær forebygging (Killèn og Olofsson, 2003).

Jeg vil først gå inn ulike tiltak som kan settes i verk for å forbygge og behandle rusmiddelskader hos barn. Etterpå vil jeg komme med en grundig presentasjon av København-modellen. Slik jeg ser det er dette en god modell for å forbygge rusmiddelrelaterte skader på fostre. I tillegg til å prøve å forebygge skadene ønsker man å behandle barna og mødrene etter fødselen. Modellen tar ikke bare for seg den gravides rusforbruk, men ser på hele den gravides og etter hvert også barnets livssituasjon. Jeg vil også se litt på hva vi gjør på dette området i Norge, her vil jeg trekke frem ”aksjon rus og graviditet”, Ullevålteamet, Aline barnevernsenter og Borgestadklinikken.

7.1 Forskjellige tilnærminger til forbygging og behandling

7.1.1 Universal forebygging

For å kunne forebygge for eksempel medfødte alkoholskader hos barn er det viktig å informere kommende foreldre om alkoholens mulige skadevirkninger på fostre, og at det ikke er snakk om store mengder alkohol før det kan oppstå skader. Dette er det ikke bare de kommende foreldre som trenger informasjon om, også helsepersonell trenger å få slik informasjon. Informasjonen bør være lett tilgjengelig (Killèn og Olofsson, 2003).

Man bør også prøve å redusere tabuforestillingene som ofte er knyttet seg til rusmiddelbruk, da spesielt i forhold til gravide og barnefamilier. De familiene det her er snakk om har så store problemer allerede, og det gjør det ikke lettere at de må slite med avvisning, angst og fordømmelse i tillegg. Det at rusmiddelbruk er tabubelagt vil ofte føre til at foreldre og barn opplever skamfølelse og føler seg mindre verd. Dette kan igjen føre til at man ikke søker hjelp. Ved at man øker forståelsen for og blir mer åpen rundt rusmiddelproblemer, vil det gjerne bli lettere å snakke om problemene. Barn vil da også kanskje ha lettere for å åpne seg for andre slik at man kan bli bevist på problemer knyttet opp til rusmiddelbruk som familien eventuelt sliter med (Killèn og Olofsson, 2003).

Når gravide, foreldre og barn kommer til sykehus, leger, helsestasjoner og lignende bør det være en rutinesak å spørre om rusmiddelbruk. På denne måten klarer man kanskje å oppdage problemene tidligere enn det man gjør nå (Killèn og Olofsson, 2003).

7.1.2 Selektiv forebygging

I forhold til de gruppene i samfunnet som man vet kan slite med rusmiddelproblemer bør man drive oppsøkende virksomhet. Det være seg personer som har store psykososiale problemer, eller personer som er i kontakt med institusjoner som driver med rusmiddelbehandling (Killèn og Olofsson, 2003).

Når det er snakk om forbyggende arbeid i forhold til rusmiddelbruk er det viktig at de som jobber med dette er profesjonelle. Med det menes det at de må klare å få de gravide kvinnene eller foreldrene til å føle seg akseptert og respektert. Man må klare å sette seg inn i og forstå både foreldrenes og barnas situasjon (Killèn og Olofsson, 2003).

Forskjellige familier trenger forskjellig hjelp. Man bør vurdere hver enkelt familie, slik at man kan finne ut hvilken hjelp som vil fungere best for dem. Her må man se på den enkeltes ressurser og risikofaktorer (Killèn og Olofsson, 2003).

Når man skal forebygge og behandle familier med rusmiddelproblemer er det viktig å jobbe tverrfaglig. På denne måten får familien et helhetlig tilbud. For at det skal bli et godt tilbud, må alle ansatte som er involvert i arbeidet med familien ta ansvar, være bevisst sin rolle og

kompetanse og at de klarer å vise forståelse for familiens problemer. Arbeidet med familien må være basert på observasjoner og kunnskap, ikke på hva man syns og tror. Hjelpen man tilbyr bør også være av kortsiktig og langsiktig karakter (Killèn og Olofsson, 2003).

Barn som blir utsatt for omsorgssvikt har ofte foreldre som selv har slike erfaringer fra sin egen barndom. For å kunne klare å snu trenden er det viktig at de som arbeider med familien gir foreldrene god omsorg i forhold til det psykiske og det materielle, at de støtter og oppmuntrer dem, samt at det blir stilt realistiske krav til dem. Når det er sagt, er det viktig å ikke glemme barnets situasjon opp i dette. Man bør også gjøre foreldrene klar over hvordan deres egne opplevelser fra barndommen kan påvirke hvilken omsorg de selv gir til sine barn. Når foreldrene blir gjort oppmerksomme på dette er det større sjanse for at de klarer å fungere som bedre omsorgsgivere. Som barn utvikler vi "indre arbeidsmodeller", disse arbeidsmodellene sier noe om hva vi kan forvente av foreldre og hva vi kan forvente av barn. De indre arbeidsmodellene vi utviklet som barn vil dermed påvirke hvordan vi opptrer som foreldre. Foreldre bør også få hjelp til å bearbeide sine barndomsopplevelser, på denne måten kan de kanskje klare å sette seg bedre inn i barnets situasjon. Det må påpekes at selv om det for noen fungerer bra å se tilbake på sin egen oppvekst, vil andre igjen ha bedre nytte av å konsentrere seg om det som skjer nå. Blir foreldrene bedre i stand til å sette seg inn i barnas situasjon, vil de også lettere kunne forstå de negative konsekvensene deres rusmiddelbruk har for barna (Killèn og Olofsson, 2003).

Skal man hjelpe familier med rusmiddelproblemer bør man jobbe med samspillet mellom foreldre og barn. Det tidlige samspillet har mye å si for barnets videre utvikling. Barn som har blitt eksponert for rusmidler i fosterlivet er ofte urolige og vanskelige å trøste. Det er viktig at man forklarer foreldrene hvorfor barnet oppfører seg slik det gjør. Hvis ikke tillegger ofte foreldrene barnet negative egenskaper det ikke har. Å oppmuntre foreldrene til samspill med barna kan føre til at foreldrene ser barna bedre og det kan gi muligheter for å stimulere de forskjellige foreldrefunksjonene (Killèn og Olofsson, 2003).

Hjelp til å redusere stressfulle forhold og til bygging og styrking av rusmiddelfrie nettverk kan være viktig i forhold til familier med rusmiddelproblemer (Killèn og Olofsson, 2003).

Blir et barn plassert i fosterhjem er det viktig at barnet ikke blir flyttet rundt til forskjellige hjem. Dette vil føre til brudd i tilknytningen, noe som er svært uheldig for barnet. For å få til en varig omsorgssituasjon er det viktig å finne egnede omsorgspersoner. Disse må man gi god innsikt i barnets situasjon og tilstand. Her blir det viktig å støtte opp under samspill og tilknytning (Killèn og Olofsson, 2003).

Et barn som har vært utsatt for omsorgssvikt vil ha størst sjanse til å klare seg hvis det har en trygg tilknytning til en person i eller utenfor familien. Derfor er det viktig å finne en person som kan fungere som tilknytningsperson for barn i en slik situasjon. Ved å finne ut hvilket tilknytningsmønster barnet har dannet seg, kan man på en lettere måte veilede den aktuelle tilknytningspersonen i forhold til hvordan det på best mulig måte kan respondere på barnets atferd (Killèn og Olofsson, 2003).

7.2 København-modellen

København-modellen ble utviklet Olofsson M. og har i mange år vært brukt og utprøvd ved Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i København med gode resultater i forhold til barnas utvikling, helsetilstand, livsvilkår og prognose. Modellen er utviklet med tanke på familier med generell rusmiddelproblematikk. Denne modellen har som utgangspunkt å komme i kontakt med den gravide kvinnen så tidlig som mulig slik at man kan komme i gang med behandling på et tidlig stadium i graviditeten (Olofsson, 2003).

For å kunne hjelpe den gravide kvinnen og fosteret er det av stor betydning å kjennskap til kvinnens rusmiddelforbruk. Derfor blir alle gravide kvinner i København bedt om å fylle ut et strukturert spørreskjema om rusmiddelbruk. På denne måten blir det lettere å fange opp gravide kvinner som kan ha behov for veiledning og støtte i forhold til sitt rusmiddelforbruk (Olofsson, 2003).

7.2.1 Risikofaktorer hos gravide rusmiddelbrukere

Gravide rusmiddelbrukere har mange risikofaktorer som kan ha betydning for barnets utvikling, både i fosterstadiet, under fødselen og i barseltiden. Disse risikofaktorene kan også få betydning for barnets videre utvikling. Eksempler på slike risikofaktorer er belastet oppvekst, lav selvtillit, kort skolegang, psykopatologi, dårlig bolig, dårlig økonomi, bosituasjon, kriminalitet, underernæring/feilernæring, infeksjonssykdommer, bruk av rusmidler, overdosering, abstinenser, sen oppdaging av graviditet, møter ikke opp på svangerskapskontroller og utilstrekkelig behandlingstilbud. Behandlingen bør gå ut på å redusere disse risikofaktorene så mye som mulig, og dette bør skje på et så tidlig tidspunkt i graviditeten som mulig (Olofsson, 2003).

Det blir ansett som svært viktig å ikke bare behandle kvinnenens rusmiddelbruk, men at man ser på kvinnens samlede livssituasjon og helsetilstand når tiltak skal iverksettes. En slik innfallsvinkel har vist seg å være av stor betydning for barnets tilstand ved fødselen. Det har også vist seg at det er en direkte sammenheng mellom antall svangerskapsundersøkelser og barnets tilstand (Olofsson, 2003 referert fra Olofsson, 1995, 1997 og Connaughton et al. 1977).

7.2.2 Kommunikasjon

På bakgrunn at hver dag teller i forhold til barnets tilstand er det viktig at hjelpen er lett tilgjengelig, tillitskapende og uten ventetid. Den gravide skal også ha mulighet til å få rådgivning anonymt. For å øke sannsynligheten for at den gravide kvinnen fortsetter å søke hjelp er det av stor betydning at hun bli møtt på en positiv, respektfull og likeverdig måte. Det er for eksempel viktig at den gravide kvinnen blir tatt i mot som nettopp en gravid kvinne og ikke som en misbruker. Personalet skal jobbe tverrfaglig (Olofsson, 2003).

7.2.3 Behandling

For gravide kvinner som bruker rusmidler er det en risiko for abort, misdannelser, fosterdød, for tidlig fødsel, veksthemming hos fosteret, morkakeløsning, dødfødsel med mer. For å forhindre at dette skjer er det viktig å komme i gang med substitusjonsbehandling med

metadon og/eller fenemal. Under behandlingen må fostrets tilstand bli kontrollert nøye. Blir det oppdaget graviditetskomplikasjoner må avrusningsbehandlingen roes ned, eller doseringen økes til situasjonen har roet seg. Grunnen til at man bare ikke kan kutte ut rusmidlene med en gang, men at avrusningen må skje gradvis er fordi fostret allerede fra det er 16 uker reagerer på rusmidlene på samme måte som mor. Det vi si at når mor er påvirket av rusmidler eller har abstinenser, så vil fostret også være/ha det. Denne svingningen mellom å være påvirket av rusmidler til å ha abstinenser fører til akutt oksygenmangel i livmoren, noe som kan føre til fostret dør eller får varig hjerneskade. Ettersom kvinnen kommer lengre og lengre ut i svangerskapet vil fostret tåle oksygenmangelen dårligere og dårligere. I tillegg til oksygenmangel kan en abstinensstilstand føre til morkakeløsning, spontant abort, for tidlig fødsel eller for tidlig vannavgang. Når man har funnet en dose med substitusjon som gjør at fostret ikke opplever å verken bli påvirket eller får abstinenser, skal man forsette med denne dosen i syv dager. Etter dette kan avrusningen begynne, men man må passe på at det ikke oppstår abstinenser. Metadon brukes som substitusjon for heroin, morfin, ketogan og metadon, mens det mot for eksempel mot alkohol, benzodiazepiner og amfetamin brukes fenemal. Behandling med metadon og/eller fenemal må skje i kombinasjon med psykososial støtte i tillegg til en tett oppfølging av graviditeten. Hvis ikke kan metadonbehandlingen være farligere for barnet enn om man hadde utelatt denne behandlingen. Det er viktig at den gravide selv er klar over hva mye fostret kan tåle, slik at hun er klar over risikoen hvis hun ikke følger opp behandlingen (Olofsson, 2003, referert fra Finnegan, 1994, 1982 Zuspan et al., 1975 og Kandall, 1992).

Den gravide kvinnen kan bli lagt inn på sykehus eller an annen form for døgnbehandling slik at behandlingen blir mer intensiv. Ønsker derimot ikke kvinnen å bli innlagt, kan hun få tilbud om poliklinisk behandling (Olofsson, 2003).

Under fødselen er det viktig at den fødende får god støtte og smertelindring, samt at hun heller ikke bør bli forlatt. Hvis den fødende ikke er godt nok forberedt på fødselen, smertebehandlingen, eller hun føler seg redd, er det store sjanser for at hun inntar rusmidler under fødselen (Olofsson, 2003).

7.2.4 Abstinenssymptomer

En god del av barna som har rusavhengige mødre blir født med abstinenser, neonatalt abstinenssyndrom (NAS). NAS kan som nevnt være svært farlig for spedbarnet hvis det ikke får behandling for dette. For å kunne oppdage NAS er det viktig å observere alle barn som har blitt utsatt for rusmidler i fosterlivet nøye. Spesielt hvis de har blitt utsatt for rusmidler de siste tre ukene før de ble født. Loretta Finnegans metode blir ofte brukt under observasjonen. Denne går ut på å fylle ut et observasjonsskjema som inneholder alle symptomene på NAS. Når man fyller ut skjemaet gir man samtidig barnet en skåre ut i fra hvordan barnet oppfører seg. Summen av skårene sier noe om alvorlighetsgraden av symptomene, jo høyere skåre dess mer alvorlig er det. På bakgrunn av barnets skåre avgjøres det om barnet skal behandles med medisin. Hvor mye og hvor lenge barnet skal medisineres avhenger også av hvor høyt barnet skårer på observasjonsskjemaet (Olofsson, 2003, refererer til Finnegan et al., 1975 og Finnegan, 1986). Det er svært vanskelig å skille mellom medfødte alkoholskader og abstinenssymptomer. En god del barn med utelukkende medfødte alkoholskader blir derfor behandlet med medisin fordi det mistenkes at de har abstinenser (Olofsson og Lindemann, 2003). Barn med medfødte alkoholskader behøver derimot som oftest ikke å bli behandlet med medisiner (Olofsson, 2003 referert fra Streissguth 1983).

7.2.5 Reaksjons- og atferdsmønstre

På bakgrunn av at barn som har blitt eksponert for rusmidler i fosterlivet har et annet reaksjons og atferdsmønster enn friske barn, trenger de omsorgsrutiner som stiller ekstra krav til omsorgspersonens kvaliteter og ressurser. Barna som er født av mødre som har brukt rusmidler under graviditeten har ofte symptomer som ble nevnt under beskrivelsen av NAS, det vil si at de ofte er urolige, irritable, skjelver, har kramper, dårlig sutte og spiseevne, gulpetendens, søvnforstyrrelser, kontaktforstyrrelser, gråter mye og er vanskelige å trøste. Barnet blir lett overstimulert og klarer ikke på samme måte som friske barn å fordøye sanseinntrykk. Dette kan igjen føre til at barnet blir understimulert ved at omsorgspersonen gir opp å prøve å få kontakt med barnet. Grunnene til dette kan være mange; noen barn er født for tidlig, noen lider av alkoholskader, noen har vært utsatt for oksygenmangel, andre

igjen har hatt infeksjonssykdommer eller en vanskelig fødsel. Et barn med et slikt reaksjons og atferdsmønster er ofte vanskelig å tolke, de reagerer ofte på en måte som ikke forventes, og det blir vanskelig å få til et normalt samspill med barnet (Olofsson, 2003).

7.2.6 Tidlig samspill

I tillegg til at barnet ofte er urolig og vanskelig å tolke og trøste, lider den tidlige mor-barn kontakten under at moren livssituasjon som oftest ikke er enkel. Graviditeten ble kanskje oppdaget sent, moren fortsetter kanskje å bruke rusmidler eller hun sliter med abstinenser, moren har kanskje lav selvtillit, svak kontaktevne og sliter med nederlagsfølelse og skyldfølelse for barnets tilstand. I tillegg er ofte moren redd for at barnet sla få varige skader som følge av hennes rusmiddelbruk og at barnet skal bli tatt i fra henne. Ofte har moren også andre bekymringer, for eksempel hvem faren til barnet er, kanskje faren sitter i fengsel eller at det har skjedd andre dramatiske hendelser i livet hennes. På bakgrunn av dette trenger moren hjelp til å klare å se sitt barns behov, både når det gjelder de basale omsorgsbehovene og behovene for nærhet og kjærlighet. Moren trenger også hjelp til å se hvordan kontakten mellom henne og barnet på best mulig måte kan etableres. Det er viktig at moren blir støttet i å fortsette med avrusningen og hun trenger ofte hjelp til å bearbeide skyldfølelsen sin i forhold til barnet (Olofsson, 2003 referert fra Kandall et al., 1993). Hvis moren ikke får god nok støtte i denne perioden er det stor sjanse for at hun begynner å ruse seg igjen (Olofsson, 2003).

I København-modellen vil psykologer samarbeide med en utvalgt kontaktsykepleier på neonatalavdelingen og barselavdelingen slik at mor og barn kan få den støtten de trenger. Moren kan være innlagt på sykehuset så lenge barnet er der. Moren blir oppmuntret til å være mest mulig sammen med barnet. Kontakten mellom mor og barn og mors omsorgsevne blir observert. Observasjonene går ut på å se hvor mye hun er sammen med barnet, hvordan hun oppfører seg sammen med barnet, om hun klarer å se barnets signaler og behov, om hun holder avtalene som bli inngått, om hun klarer å sette seg selv til side til fordel for barnet, om hun klarer å ta i mot råd og veiledning angående barnet, hvordan hun selv fremstår, har hun ruset seg eller har hun abstinenser, er hun rolig eller rastløs og kaotisk og om hun klarer å organisere omsorgsfunksjonen med andre ting. Bethlems observasjonsmetode av mor-barn

kontakt og omsorgsfunksjon er en god metode som kan gjøre disse observasjonene mer ”objektive”. Brazeltons Neonatal Assessment Scale kan brukes som en metode for å lære moren å se barnet sitt, det vi si å se barnets ressurser, sårbarhetssymptomer, hvordan man på best mulig måte kan etablere kontakt med barnet, hvordan barnet best kan trøstes og hvordan man kan få barnet oppmerksom. Denne form for støtte blir gitt selv om barnet blir plassert i fosterhjem (Olofsson, 2003 referert fra Kumar og Hipwell, 1996 og Brazelton, 1970 og 1973).

Barn som har vært utsatt for rusmiddelbruk i fosterlivet blir veldig lett overstimulert. De klarer ikke å ta inn over seg mange ulike stimuleringer på en gang, og vil derfor ofte reagere med gråt og uro hvis de får for mange inntrykk på samme tid. Friske barn vil like å bli tatt opp, kjenne kroppskontakt og ha øyekontakt med omsorgspersonen. For et barn med rusmiddelrelaterte problemer, vil dette ofte være for mye stimuli på en gang. Ønsker man å oppnå for eksempel øyekontakt med barnet kan det være lurt å la barnet ligge for seg selv i rolige omgivelser mens man forsøker å oppnå kontakt. Tar man barnet opp kan det ofte bli for mye for barnet. Barn med slike problemer har ofte også vanskeligheter med å spise. Det kan derfor hensiktsmessig å la barnet få ha mest mulig ro rundt seg, med lite øye og kroppskontakt, slik at barnet kan konsentrere seg om å spise. Når barnet er så følsomt for stimuli er det lett for omsorgspersonen å bli frustrert. Barnet reagerer ikke på samme måte som friske barn, friske barn ønsker jo masse nærhet og kroppskontakt. Hvis omsorgspersonen ikke er klar over at barnet reagerer på den måten det gjør fordi det har blitt eksponert for rusmidler i fosterlivet er det lett å gi opp å forsøke å nærme seg barnet. Man tror kanskje at barnet ikke ønsker kontakt med en. På denne måten kan man risikere at barnet blir understimulert, både følelsesmessig og sansemotorisk. Risikoen for at barnet utvikler tilknytningsforstyrrelser er dermed forholdsvis stor (Olofsson, 2003 referert fra Thormann og Guldberg, 1995). I tillegg til dette kan det hende at barnet ikke får nok mat og søvn, noe som er svært viktig for å kunne utvikle seg på en normal måte. Det er derfor viktig å informere omsorgspersonene om at barnet oppfører seg på den måten det gjør fordi moren har brukt rusmidler mens hun gikk gravid, og ikke fordi barnet er født med et vanskelig temperament eller av dårlig omsorgsevne hos omsorgspersonene. Lider barnet av abstinenssymptomer vil disse normalt sett gå over når barnet runder seks måneder (Olofsson, 2003). Hos barn som er født med alkoholskader vil derimot slike symptomer være varige.

Dette er noe man bør ta hensyn til gjennom hele oppveksten (Olofsson, 2003 referert fra Aronson et al. , 1985, Streissguth et al., 1994, og Spohr et al., 1993 og 1994).

7.2.7 Tverrfaglig samarbeid

Følger man København-modellen vil man tidlig i graviditeten innkalle til et tverrfaglig møte med sosialforvaltning, praktiserende leger, narkobehandlingssystem, alkoholbehandlingssystem, helsesøster og andre relevante profesjonelle og instanser utenfor sykehuset, i tillegg til de avdelingene på sykehuset som man forventer skal ha noe med den gravide og barnet å gjøre. Møtets formål er å kartlegge familiens behov for hjelp og da med det nye barnet i tankene. Under møtet kommer man frem til hva man mener familien trenger av hjelp og utarbeider også en videre handlingsplan der det kommer frem hvem som har ansvar for hva. Man har gjerne et slikt tverrfaglig møte i midten av svangerskapet, når barnet er født, når det er ca tre måneder og ellers ved behov. Referatet av møtene skal alltid ligge i den gravides journal. Man vil også skrive en rapport til sosialforvaltningen angående kjennskapet til familiens problemer. Denne rapporten vil da være utgangspunktet for hva sosialforvaltningen mener familien trenger av hjelp og i hvilket omfang (Olofsson, 2003).

Barna blir tett oppfulgt av leger og psykologer ved familieambulatoriet. Dette for at man på et tidlig tidspunkt skal kunne oppdage eventuelle feilutviklinger eller sykdom, og dermed komme i gang med behandling og tiltak så fort som mulig. Man foretar også samtaler med barnas omsorgsperson. Trenger barnet å henvises til for eksempel fysioterapeut, logoped eller at barnet trenger andre undersøkelser blir dette gjort. Møter ikke barnet opp til undersøkelsene prøver man å gjøre det man kan for å få undersøkt barnet. Det være seg å legge ting til rette slik at det blir enklest mulig for omsorgspersonen å møte opp til undersøkelsene, eller å få myndighetene til å pålegge dem til å møte opp. Flytter barnet prøver man å samarbeide med den nye kommunen barnet flytter til. Undersøkelsene foregår når barnet er 3, 6, 9, 12, 18, 24, 30 og 36 måneder, og deretter en gang i året frem til barnet begynner på skolen samt ellers ved behov. Når barnet skal begynne på skolen møtes alle relevante parter for å drøfte hva barnet trenger av hjelp og støtte, slik at overgangen til skole går lettest mulig (Olofsson, 2003).

7.2.8 Hjelper København-modellen?

Etter at man har tatt i bruk København-modellen har man sett at:

- Gravide kommer fortere i gang med behandling.
- Barnas tilstand ved fødselen er forbedret, det vil si at det fødes færre for tidlig fødte barn, barn med oksygenmangel og barn med andre medfødte skader, for eksempel alkoholskader.
- Det er færre barn som lider av abstinenser.
- Barn skrives ikke ut til en kaotisk livssituasjon.
- Barna sikres nettverk under oppveksten.
- Kvinnene sikres prevensjon

Man har også sett at de fleste av barna (89 %) utvikler seg normalt. De barna som ikke gjør det er i stor grad barn med medfødt alkoholskader og barn som, på tross av anbefalinger, utskrives til ustabile hjemmeforhold (Olofsson, 2003).

København-modellen kan, i tillegg til gravide med rusmiddel problemer, brukes i forhold til gravide kvinner med alvorlig psykososial problematikk, for eksempel gravide som er psykisk syke, psykisk utviklingshemmede og tungt sosialt belastede (Olofsson, 2003).

De man har sett har vært vanskelig å hjelpe ved bruk av København-modellen er de gravide kvinnene som er psykisk syke i tillegg til at de har rusmiddelproblemer eller på andre måter er svært tungt belastet. Skal man klare å forebygge skader hos disse fostrene er det som oftest nødvendig med tvangsinnleggelse på sykehus (Olofsson, 2003). I Norge er det mulig å tvangsinnlegge gravide kvinner med rusmiddelproblemer. I sosialtjenesteloven § 6-2a står det:

”Det kan vedtas at en gravid rusmiddelbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon, utpekt av regionalt foretak, jf. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m § 2-1a annet ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig.”

”Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.”

(Sosialtjenesteloven § 6-2a, 1999)

Men det er svært sjeldent at gravide rusmisbrukere blir tvangsinnlagt, ca 7-8 ganger hvert år (Olofsson, 2003).

7.3 Hva gjør vi i Norge for å forbygge og behandle?

Jeg vil nå si litt om hva vi gjør her i Norge når det gjelder å forebygge og behandle rusmiddelrelaterte skader hos barn. Først vil jeg si litt om ”aksjon rus og graviditet” som ble utført i 1985. Grunnen til at jeg ønsker å si litt om denne aksjonen er fordi den viser viktigheten av å drive med universal forebygging. Deretter har jeg valgt å trekke frem Ullevålteamet, Aline barnevernsenter og Borgestadklinikken som eksempler på steder der de jobber med denne problematikken.

7.3.1 Aksjon rus og graviditet

”Aksjon rus og graviditet” gjennomført i 1985, og hadde som mål å øke kunnskapen hos helsepersonell slik at de har bedre forutsetninger for å oppdage og hjelpe gravide med rusmiddelproblemer. Man ønsket også å nå ut til flest mulig gravide gjennom massemedia og helsepersonell (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Før aksjonen utførte man både en befolkningsundersøkelse angående holdninger til alkoholbruk under graviditet og en kartlegging av gravides alkoholkonsum i svangerskapet. Disse undersøkelsene ble gjentatt fem år etter aksjonen. Det viste seg at alkoholkonsumet hos de gravide var halvert på disse fem årene, og andelen av befolkningen som hadde en restriktiv holdning til alkoholbruk under svangerskapet var mye større (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

7.3.2 Ullevålteamet - Ullevål universitetssykehus

Fra 1976 har Ullevål sykehus hatt ansvar for gravide stoffmisbrukere i Oslo. I 1981 ble Ullevålteamet opprettet, og nå skulle de ha ansvar for alle gravide med problemer som kunne føre til skader på fostret og /eller der man er bekymret for barnets ve og vel etter at det har kommet til verden. Men man har sett at de fleste av klientene er rusmiddelbrukere. Rusmiddelbrukerne anses også som den største risikograppa (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2006).

Hovedmålsettinger for teamet er (jf. Statens institutt for rusmiddelforskning, 2006):

- Å komme i kontakt med risikogravide så tidlig som mulig slik at man øker sjansen for å gjennomføre et normalt svangerskap, og at man legger forholdene til rette slik at mor skal ha muligheter for å beholde barnet.
- Å prøve endre mors bruk av rusmidler/medikamenter som kan føre til skader på fostret.
- Hvis ikke tiltakene som blir satt i verk under svangerskapet fører til at mor blir i stand til å ha omsorgen for barnet, prøver man å forbedre barnets situasjon etter fødselen og overføre det til et alternativt omsorgstilbud.

Det er fødeavdelingen ved Ullevål sykehus som har ansvaret for teamet, og derfor blir alle henvisningene sendt dit. Det skal være enkelt å bli henvist til fødeavdelingen ved Ullevål sykehus. Den gravide selv eller andre i familien kan ta kontakt. Henvisningene kommer fra helsestasjoner, sosialkontor, utekontakter, barnevernsvakt og allmennpraktiserende leger. Det er fødeavdelingen som har ansvaret med å koordinere det tverrfaglige og det tverretatlige samarbeidet rundt den gravide. Ullevålteamet har hatt en økning fra 90 klienter i 2003 til 130 klienter i 2004. På grunn av ressursmangel blir det vanskelig å gjennomføre formidlings og oppfølgingsarbeidet på en tilfredsstillende måte. Ullevålteamet samarbeider med Aline barnevernsenter. Mødrene ved Ullevålteamet benytter seg både av institusjonstilbudet for mor/barn og de polikliniske utrednings- og behandlingstilbudene ved sentret (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2006).

7.3.3 Aline barnevernsenter

Aline barnevernsenter eies av Barne- og familieetaten i Oslo kommune, og har 8 plasser i familieavdelingen og 14 beredskaps plasser. Sentret gir akutthjelp til og utredning av barn mellom 0-3 år og deres familier. Sentret behandler ikke foreldrenes rusmiddelproblemer direkte, men rusmiddelproblemene er et tema som blir tatt opp i arbeidet med foreldrene. I tillegg har poliklinikken tilbud til vanskeligstilte gravide og barn opp til 5 år. Sentret blir regulert av Lov om barneverntjenester §§2-4,5. ledd, 4-6,1. eller 2. ledd eller 4-12, samt Lov om sosiale tjenester § 4-2. Kommunehelsetjenesteloven (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

Ved inntak samarbeider Aline barnevernsenter med barneverntjenesten i bydelene i Oslo, kommer familien utenbys fra samarbeider de med fagteamene. Sentret samarbeider med barneverntjenesten i Oslo og utenbys, sykehus, sosialtjenesten, russektoren, voksenpsykiatrien og habiliteringstjenester mens barn og familie er innlagt ved senteret. Ved utskrivelsen har sentret et samarbeid med barneverntjenesten og sosialtjenesten. Etter utskrivelsen blir de rusmiddeleksponerte barna tilbudt oppfølging ved sentrets poliklinikk frem til de er to år. Oppfølgingen går ut på å teste og undersøke barnet i forhold til dets alder. Aline barnevernsenter har kontakt med barnet inntil det er fem år. I 2004 var 68 barn innlagt ved Aline barnevernsenter. Barna var innlagt fra 1-121 døgn (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

Aline barnevernsenter har i samarbeid med Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo gjennomført en prospektiv, longitudinell studie av barn som ble eksponert for rusmidler i svangerskapet. 78 barn av rusmiddelbrukene mødre og 58 kontrollbarn var med i undersøkelsen. Man ønsker her å undersøke hvordan det går med disse barna. Resultatene viser at 85 % av barna ble plassert i fosterhjem- eller adoptivhjem det første leveåret. Hjemmene barna ble plassert i er spesielt plukket ut med tanke på å kunne klare å håndtere problemene som disse barna kan ha. Selv om de rusmiddeleksponerte barna ble plassert i permanente hjem der man antar at omsorgen har vært god, utgjør de fremdeles til en risikogruppe. Disse barna slet med abstinenser og reguleringsvansker den første tiden (Moe og Slinning, 2001 og Moe, 2002).

I småbarnsalderen viste undersøkelsene at de rusmiddeleksponeerte barna var motorisk og mentalt forsinket i forhold til kontroll barna. Når barna var 4,5 år gamle viste undersøkelsene at disse barna at de slet mer med figur-form kopiering, øye-hånd koordinering og orientering i rom enn kontroll barna. De rusmiddeleksponeerte barna hadde mer oppmerksomhetsvansker og problemer med å håndtere atferd og følelser i tidlig førskole alder, enn kontroll barna. I tillegg så det ut som disse barna hadde større problemer med lek og samspill enn sine jevnaldrende. Man kunne også se at guttene slet litt mer enn jentene på dette alderstrinnet. Undersøkelsen viser derimot også at forskjellene mellom de rusmiddeleksponeerte barna og kontrollgruppe barna avtok etter hvert. Men man ser at bruk av rusmidler under svangerskapet kan føre til skader på sentralnervesystemet, som igjen kan påvirke atferden til barna (Moe og Slinning, 2001 og Moe, 2002).

Man har ønsket å følge utviklingen til disse barna videre, derfor har det blitt gjort oppfølgingsundersøkelser når barna var ni og elleve år. Resultatene fra disse undersøkelsene er ikke klare enda (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

7.3.4 Borgestadklinikken

Borgestadklinikken ble opprettet I 1977, mens tilbudet til foreldre/barn ble opprettet i 1993. Klinikken eies av Blå Kors, og har driftsavtale med Helse Sør RHF. Borgestadklinikken har tilbud til gravide, både frivillig og tvang, og til foreldre med barn under 6 år. Tilbudet rettes også mot rusmiddelavhengige kvinner og menn generelt, spilleavhengige og ulike grupper pårørende. Klinikken har totalt 54 døgnplasser og ti dagplasser. De har plass til åtte familier i bofellesskapet og seks plasser til tvangsbehandling av gravide. Borgestadklinikken reguleres av Lov om spesialisthelsetjenesten og Lov om sosiale tjenester § 6-2a (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

På Borgestadklinikken var det i 2004 innlagt 14 barn, 12 av disse ble født på klinikken. I gjennomsnitt var barna innlagt i 6 måneder (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

Ved inntak samarbeider Borgestadklinikken med barnevern, fosterhjem og beredskapshjem. Mens familien er innlagt hos dem samarbeider de med sosialtjenesten, barnevern, fosterhjem og beredskapshjem. Ved utskrivelse samarbeider de med barneverntjenesten. Etter

utskrivelsen gjøres det avtaler med barnevernet om oppfølging. Klinikken arrangerer oppfølgingsgrupper i inntil to år for mor og barn, men oppfølgingen er mest rettet mot mor. Etter utskrivelsen følger barnet morens kontakt med institusjonen. Det har blitt utført pasienttilfredshetskjema ved Borgestadklinikken (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

Både Aline barnevernsenter og Borgestadklinikken er institusjoner der foreldre og barn blir innlagt sammen. Hvorfor blir barna innlagt sammen med foreldrene? Er det fordi det er bra for barna eller er det fordi foreldrene har godt av det? Institusjonene som legger inn barna sammen med foreldrene begrunner det med:

- Når gravide blir lagt inn, da spesielt på et tidlig tidspunkt, vil man kunne klare å redusere skadevirkningen rusmidlene kan ha på fostret.
- Når foreldre og barn blir innlagt sammen hindrer man en unødvendig atskillelse mellom dem, og det vil være med på å gi barna et stabilt omsorgstilbud. Dette kan også være positivt for barnas tilknytning til foreldrene.
- Man har mulighet til å utrede både barnets og foreldrenes fungering i tillegg til samspillet mellom dem. På denne måten kan man avdekke hjelpebehov.
- Behov hos mødre. Det være seg behov til å gjennomføre svangerskapet og/eller å få lagt forholdene tilrette for barnet sitt etter fødselen.
- Avdelingen er en familiebehandlingsenhet og må derfor jobbe med hele familien.
- Gjennom observasjon og veiledning vil foreldrerollen bli styrket.
- Man driver med forebyggende arbeid slik at man kan bryte den sosiale arven som er vanlig i familier med rusmiddelproblemer.
- Man ønsker å stimulere de rusmiddeleksponerte barna på en riktig måte og å gi barna rammer av struktur og forutsigbarhet, noe som være med på å gi barna trygghet og muligheter for positiv utvikling.

Veldig mange mødre ønsker ikke å skilles fra sine barn, derfor kan en innleggelse av barnet sammen med foreldrene være nødvendig for at foreldrene skal ta imot tilbudet om hjelp. At barna er innlagt sammen med dem kan også fungere som en motiverende faktor for foreldrene for å gjennomføre behandlingen (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

Når dette er sagt så finnes det situasjoner der det ikke er så heldig for barnet å bli innlagt sammen med foreldrene. Det vil være i de situasjonene der foreldrene ikke klarer å gi barnet god nok omsorg selv om de får veiledning i institusjonen, der institusjonen ikke klarer å

forbedre foreldrefungeringen, der barna til tross for innleggelse fremdeles blir utsatt for foreldrenes ustabilitet ved at foreldrene fortsetter å bruke rusmidler, der institusjonsmiljøet ikke egner seg for små barn, at eldre barn kan føle det som en belastning å bli tatt bort fra eller komme tilbake til hjemmemiljøet, der foreldrene har en for langsom positiv utvikling, eller der det blir aktuelt med omsorgsovertakelse til tross for innleggelsen og man på denne måten har utsatt barnet for en ekstra påkjenning (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

Det er ikke lett å avgjøre om et barn bør bli innlagt sammen med foreldrene, men man bør ha tenkt nøye gjennom både positive og negative sider ved en innleggelse.

Når man har kommet frem til at den beste løsningen er å innlegge barnet sammen med sine foreldre, hvilket tilbud gis disse barna da? I følge rapporten til Statens institutt for rusmiddelforskning (2005) gir ikke institusjonene noe utdypende svar på dette, de kommer heller med hva de ønsker å gi barna. Dette gjelder ikke bare Aline barnevernsenter og Borgestadklinikken, men alle institusjonene som var med i undersøkelsen. Tilbud som blir nevnt er:

- At behandlingens organisering, tempo og intensitet blir tilpasset den enkelte familie.
- Familien blir skjermet de seks første ukene etter fødselen.
- Medisinsk behandling av abstinensplager.
- Babymassasje, babysvømming, barnehage, utflukter, aktiviteter, lekerom og utelekeplass.
- De ønsker å gi barna kontinuitet, stabilitet og forutsigbarhet.
- Tilrettelegge omsorg og pleie i forhold til barnas sårbarhet på grunn av ruseksponering.
- Gi råd og veiledning slik at foreldrene er bedre rustet til å håndtere livet som spedbarnsforeldre, her vil tema som barns behov og utvikling på ulike alderstrinn, barn og stimulering, lek, grensesetting, og barnesykdommer være aktuelle.
- Samtaler rundt hvordan foreldrenes rusmiddelbruk virker inn på barns utvikling.
- Ekstra stimulering av barnet ved behov.
- Rytme og bevegelsesgruppe.
- Miljøterapi med fokus på foreldre/barn.
- Oppfølging på helsestasjon og sykehus.

- Avlastningshjem/besøkshjem, beredskapshjem.

Det blir i rapporten til Statens institutt for rusmiddelforskning (2005) poengtert at det er svært viktig at institusjoner som legger inn barn sammen med foreldrene gjør overgangene mellom dageliv og institusjonsliv så gode som mulig. Det vil si at institusjonsoppholdet gis innhold og kvalitet i forhold til de behovene barna har og at selve miljøskiftet ikke fører til store påkjenninger for barnet.

I undersøkelsen kom det frem at det ble gjort lite systematisk kartlegging av barnas problemer. En del av institusjonene nevnte noen metoder for kartlegging, men det kom ikke frem hvor ofte de benyttet seg av disse (Statens institutt for rusmiddelforskning, 2005).

7.4 Mine vurderinger

Slik jeg ser det kan det være hensiktsmessig å innføre København-modellen i Norge. Dette fordi den fokuserer på viktigheten av tidlig oppsporing av de gravide som trenger hjelp og lett tilgjengelighet. Det hjelper lite å ha et godt opplegg hvis det er vanskelig for de som trenger det å søke hjelp. Modellen ser på alle aspektene ved den gravides liv og ikke bare rusmiddelproblemer hun sliter med, noe som er veldig bra. Samtidig som de tar opp problemer som mor sliter med, har de hele tiden barnets beste i tankene. Det er også veldig positivt at modellen ikke bare følger opp barnet i tiden rett etter fødselen, men også prøver å hjelpe og støtte barnet helt frem til skolestart. Det at det er noen som tar ansvar for hele opplegget rundt gravide med rusmiddelproblemer er veldig positivt. I dag synes jeg opplegget rundt disse kvinnene blir for dårlig organisert i Norge. Som Statens institutt for rusmiddelforskning (2006) sier så er tilbudet i dag veldig tilfeldig og lite helhetlig.

Som nevnt er modellen ikke så gunstig for gravide som sliter med rusmiddelproblemer i tillegg til psykiske lidelser. Dette er veldig uheldig siden svært mange av de som sliter med rusmiddelproblemer også sliter med psykiske lidelser (Lauritzen og Waal, 2003). For disse personene kan det se ut som det bare er tvangsinnleggelse som kan hjelpe. I Norge har vi mulighet til å tvangsinnlegge gravide kvinner, men denne muligheten blir sjelden brukt. Kanskje vi burde brukt denne muligheten oftere? Det finnes flere eksempler på at gravide

kvinner selv spør om å bli tvangsinnlagt, kvinner som sier: ”Lås døren, så jeg ikke går ut og gjør det, som jeg ikke ønsker å gjøre, men som jeg ikke kan la være å gjøre, og som jeg vet vil skade mitt barn” (Olofsson, 2003:151). Men samtidig bør det ikke bli slik at gravide med rusproblemer vegrer seg for å søke hjelp fordi de er redd for å bli tvangsinnlagt.

København-modellen ser heller ikke ut til å hjelpe de barna som blir født med alkoholrelaterte skader. Men det positive er jo at man ved hjelp av modellen klarer å redusere antallet barn som bli født med slike skader.

I likhet med sosial- og helsedirektoratet (2005), synes jeg at vi har behov for et nasjonalt kompetansesenter som tar for seg alkohol og graviditet i Norge. Slik det fungerer nå er det ikke noen som har et formelt ansvar i forhold til for eksempel kunnskapsoppdatering, utvikling av opplæringsmateriell, metodeutvikling, etablering av felles internasjonale kriterier for diagnostisering, kunnskapsformidling og veiledning til omsorgspersoner, helsepersonell, barnevern og barnehage/skole eller allmennopplysning om alkoholens påvirkning på fostre.

Jeg anser det som svært viktig å opplyse alle i samfunnet hvor skadelig alkohol kan være for det ufødte barnet. Det er mange som tenker at et lite glass skader jo ikke, eller at en fest kan vel ikke være så farlig. Det er sikkert også mange som tenker at mange har jo tatt seg en skikkelig fest før de visste at de var gravide, og det gikk jo bra, så da kan jeg også gjøre det. Dette er i alle fall det inntrykket jeg sitter igjen med etter å ha snakket med folk angående dette.

En annen ting som jeg synes er svært viktig å ha i tankene når en jobber med familier med rusmiddelproblemer, er at alle familier er forskjellige. Det gjelder jo ikke bare familier med rusmiddelproblemer, men familier generelt. Det som fungerer for en familie trenger ikke være så bra for en annen. Man må sammen med familien finne ut hva som vil fungere best for dem.

For å avrunde dette kapitlet, vil jeg hevde at det viktigste av alt er hvordan du møter den gravide, familien og barna. Man må møte disse menneskene med respekt og forståelse. Gjør man ikke det kan det bli svært vanskelig å forebygge og behandle.

8. AVSLUTNING

Jeg har gjennom denne oppgaven satt fokus på ”rus og graviditet”. Jeg vil nå komme med en kort oppsummering av oppgaven og konklusjon, før jeg avrunder det hele med å si litt om veien videre.

8.1 Oppsummering og Konklusjon

I denne oppgaven har jeg prøvd å besvare problemstillingen: *”Hvordan kan mors rusmiddelbruk under svangerskapet påvirke barnets tilknytning, og hvordan kan man forebygge og behandle tilknytningsvansker?”*.

For å kunne besvare problemstillingen måtte jeg undersøke hvordan mors rusmiddelbruk under svangerskapet kan påvirke fostret, derfor tok jeg for meg føtalt alkoholsyndrom, føtale alkohol effekter og neonatal abstinenssyndrom. Det viste seg at rusmiddelbruk hos gravide kan få store konsekvenser.

For å kunne si noe om hvordan rusmiddelbruket kunne påvirke tilknytningen mellom barnet og omsorgsgiver måtte jeg også komme inn på hva tilknytning er, hvordan barn knytter seg til sine omsorgsgivere og hvordan man kan undersøke hvordan tilknytningen fungerer. Det siste er viktig for å i det hele tatt å kunne si noe om hvordan rusmiddelbruk under svangerskap påvirker tilknytningen.

Når mor bruker rusmidler under svangerskapet blir ofte barnet blant annet irritabelt, vanskelig å roe ned, søvnmønstret blir forstyrret, barnet sover kanskje lite, blir lett overstimulert og det får ofte problemer med å ta til seg næring. Dette gjør at det blir vanskelig å tolke barnets signaler. Dette sammen med at mor ofte er i en vanskelig livssituasjon gjør at det blir vanskelig å få til et positivt samspill, som igjen vil påvirke tilknytningen i negativ retning.

Mange av barna som blir født av mødre som har brukt rusmidler i svangerskapet blir plassert i fosterhjem eller lignende. Men selv om disse barna da lever under gode forhold, oppstår det ofte problemer i forhold til tilknytning.

Studier har vist at majoriteten av barna som blir født av mødre som har brukt rusmidler under svangerskapet har en utrygg tilknytning, dette ser også ut til å gjelde barn som har byttet omsorgsgiver i løpet av det første året.

Når man skal undersøke om rusmiddelbruk under svangerskapet kan påvirke tilknytningen, er det viktig å tenke på at det også er andre faktorer som er med på å påvirke tilknytningen. Derfor har jeg tatt med transaksjonsmodellen, Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell og en hypotetisk modell for risikofaktorer for den tidlige mor-barn interaksjonen.

På bakgrunn av at mange som bruker rusmidler også sliter med psykiske problemer valgte jeg å si litt om dette i oppgaven. Det har vært forsket en god del på hvordan omsorgsgivers psykiske problemer kan påvirke tilknytningen, da spesielt i forhold til de som sliter med depresjoner. Man har sett at slike problemer påvirker tilknytningen i negativ retning.

Hvordan kan man forebygge og behandle slike at slike problemer oppstår? I oppgaven ser jeg både på hvordan man kan drive forebyggende arbeid i forhold til befolkningen generelt og i forhold til mennesker i utsatte miljøer. Begge deler er svært viktig. Når man ser hvor alvorlige konsekvenser alkoholbruk under svangerskapet kan få, blir det spesielt viktig å drive med universal forebygging nettopp i forhold til alkohol. Og når man vet hvilke konsekvenser rusmiddelbruk under svangerskap kan få, sier det seg selv at det er viktig å drive med selektiv forebygging i de miljøene der man vet at det er forholdsvis store sjanser for at den vordende mor bruker rusmidler.

Når mor bruker rusmidler i svangerskapet er det viktig å komme i kontakt med henne så fort som mulig slik at man kan komme i gang med behandling på et tidlig tidspunkt i svangerskapet. Hver dag teller for det lille fostret.

Jeg valgte å trekke frem København-modellen som et godt eksempel på hvordan man kan forebygge og behandle slike problemer. Når det gjelder hva vi gjør her i Norge valgte jeg å

trekke frem ”Aksjon rus og graviditet”, Ullevålteamet, Aline barnevernsenter og Borgestadklinikken.

Slik jeg ser det gjør vi for lite på dette området. Kunnskapen blant helsepersonell bør bli bedre og vi bør få et mer helhetlig tilbud. Noen burde også ha det overordnede ansvaret for at tilbudet som gis er forsvarlig.

8.2 Veien videre

Jeg synes det er flott at Universitetet i Oslo og Aline barnevernsenter er i gang med en ny undersøkelse der de skal se på reguleringsvansker, samspill og utvikling de første årene hos barn av mødre som har rusproblemer. I tillegg til å øke kunnskapen på området synes jeg det er viktig å ta i bruk den kunnskapen vi allerede har. Når man vet hvilke konsekvenser rusmiddelbruk under svangerskapet kan få for et lite barn, synes jeg det er viktig at man legger alt til rette for å forhindre at slike skader oppstår gjennom forbygging av rusmiddelbruk under graviditeten. Der det ikke er mulig å forhindre slike skader bør man gjøre alt for å minimere skadene og dessuten følge opp barnet og familien etter fødsel med hjelp og støtte, slik at vanskelige samspill og tilknytningsvansker kan forebygges og behandles.

Kildeliste

Ainsworth, Mary D. Salter, et al. (1978): *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc

Bowlby, John (1973): *Attachment and Loss. Volume II. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Bronfenbrenner, Urie (1979): *The Ecology of Human Development. Experiments By Nature And Design*. Cambridge and London: Harvard University Press

Crittenden, Patricia M. (1988): Relationships at Risk. I: Belsky, Jay og Teresa Nezworski (red.): *Clinical Implications Of Attachment*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc

Eiden, Rina Das, Ellen Peterson Edwards og Kenneth E. Leonard (2002): Mother-infant and father-infant attachment among alcoholic families. I: *Development and Psychopathology* 14, 253-278. Cambridge University Press

Jacobson, Sandra W. og Joseph L. Jacobson (2001): Alcohol And Drug-Related Effects On Development: A New Emphasis On Contextual Factors. I: *Infant Mental Health Journal*, vol 22 (3), 416-430

Killén, Kari (2003): Samspill og tilknytning i familier med rusmiddelproblemer. I: Killén, Kari og May Olofsson (red.): *Det sårbare barnet*. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforlaget AS

- Killén, Kari og May Olofsson (2003): Ulike tilnæringer til forebygging og behandling. I: Killén, Kari og May Olofsson (red.): *Det sårbare barnet*. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Kleven, Thor Arnfinn (2002): Begrepsoperasjonalisering. I: Lund, Thorleif (red.): *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub AS
- Lauritzen, Grethe og Helge Waal (2003): Sammenheng mellom rusmiddelbruk og psykisk helse i et generasjonsperspektiv. I: Killén, Kari og May Olofsson (red.): *Det sårbare barnet*. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Lester, Barry M., C. F. Zachariah Boukydis og Jean E. Twomey (2000). Maternal Substance Abuse and Child Outcome. I: *Handbook of Infant Mental Health*, 2 ed. The Guilford Press, New York, London
- Main, Mary og Erik Hesse (1990): Parents` Unresolved Traumatic Experiences Are Related to Infant Disorganized Attachment Status: Is Frightened And/Or Frightening Parental Behavior The Linking Mechanism? I: Greenberg, Mark T., Dante Cicchetti and E. Mark Cummings (red.): *Attachment in the Preschool Years. Theory, Research, and Intervention*. Chicago: The University of Chicago Press
- Main, Mary og Judith Solomon (1990): Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. I: Greenberg, Mark T., Dante Cicchetti and E. Mark Cummings (red.): *Attachment in the Preschool Years. Theory, Research, and Intervention*. Chicago: The University of Chicago Press
- Moe, Vibeke (2002): *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to drugs. Prediction and developmental outcome at 4 1/2 years*. Department of psychology, University of Oslo, Aline Clinic for Infants and Families, Oslo Municipal Child and family welfare Service
- Moe, Vibeke og Kari Slinning (2001): Children Prenatally exposed To Substancec: Gender-related Differences In Outcome From Infancy To 3 Years Of Age. I: *Infant Mental Health Journal*, Vol 22 (3), 334-350.

- O'Connor, Mary j., Marian Sigman og Connie Kasari (1993): Interactional Model for the Association Among Maternal Alcohol Use, Mother-Infant Interaction, and Infant Cognitive Development. I: *Infant Behavior and Development* 16, 177-192
- O'Connor, Mary J., Nina Kogan og Richard Findlay (2002): Prenatal Alcohol Exposure and Attachment Behavior in Children. I: *Alcoholism: Clinical And Experimental Research* vol. 26, No 10
- Olofsson, May og Rolf Lindemann (2003): Rusmiddelbruk i svangerskapet og konsekvenser for det nyfødte barnet. I: Killèn, Kari og May Olofsson (red.): *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Olofsson, May (2003): København-modellen. Forebyggelse og behandling ved tidlig og tværfaglig intervention. I: Killèn, Kari og May Olofsson (red.). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Olson, Heather Carmichael, Mary J. O'Connor og Hiram E. Fitzgerald (2001): Lessons Learned From Study Of The developmental Impact Of Parental Alcohol Use. I: *Infant Mental Health Journal*, Vol 22 (3), 271-290
- Pajulo, Marjaterstu, Hans Helenius og Linda Mayes (2006): Prenatal Views Of Baby And Parenthood: Association With Sociodemographic And Pregnancy Factors. I: *Infant Mental Health Journal*, Vol. 27(3), 229-250
- Pajulo, Marjaterstu, Elina Savonlahti og Jorma Piha (1999): Maternal Substance Abuse: Infant Psychiatric Interest: A Review and a Hypothetical Model of Interaction. I: *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, 25(4), pp. 761-769
- Pajulo, Marjaterstu, et al. (2001): An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers. I: *Journal of Substance Abuse Treatment* 20, 143-151

- Sameroff, Arnold J. (1995): General Systems Theories and Developmental Psychopathology. I: Cicchetti, Dante og Donald J. Cohen (red.). *Developmental Psychopathology*. Volume 1. Theory and Methods. New York: John Wiley & Sons, Inc
- Seifer, Ronald og Susan Dickstein (2000): Parental Mental Illness and Infant Development. I: *Handbook of Infant Mental Health*, 2 ed. The Guilford Press, New York, London
- Smith, Lars (2002): *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Smith, Lars og Stein Erik Ulvund (1999): *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Sosial og helsedirektoratet, avd. Rusmidler (2005): *Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fostret? Hvordan forebygge og behandle?* Rapport fra en ekspertgruppe.
- Spieker, Susan J. og Cathryn L. Booth (1988): Maternal Antecedents of Attachment Quality. I: Belsky, Jay og Teresa Nezworski (red.): *Clinical Implications Of Attachment*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Statens institutt for rusmiddelforskning (2006): *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. Rapport 1. Oslo
- Staten institutt for rusmiddelforskning (2005): *Barn innlagt sammen med foreldre som er til behandling for rusmiddelproblemer*. Rapport 5. Oslo
- Testa, Maria, Brian M. Quigley og Rina Das Eiden (2003): The Effects Of Prenatal Alcohol Exposure On Infant Mental Development: A Meta-Analytical Review. I: *Alcohol and Alcoholism*, Vol 38, No 4 , 295-304
- Zeanah Charles H. Jr. og Neil W. Boris. (2000): Disturbances and Disorders of Attachment in Early Childhood. I: *Handbook of Infant Mental Health*, 2 ed. The Guilford Press, New York, London

Sosialtjenesteloven (1999) : <http://www.lovddata.no/all/tl-19911213-081-007.html#6-2a>
(04.07.2006)