

Resiliens hos barn av alkoholmisbrukere

Aina Kristin Gustavsen



Masteroppgave i pedagogisk-psykologisk rådgivning
Det utdanningsvitenskapelig fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2008

Forord

Pappa sa at han och mamma hade en liten inflyttningsfest. De satt i köket med en vinflaska och våra mjölkglas. Vi fikk glass på kaffekoppstallrikarna. Pappa pratade på ett annat sätt och mycket mer och sa andra saker än han brukade säga. När han drack vin var han antingen glad, som nu, eller så ville han allvarsprata. Och då ville han särskilt att vi skulle lyssna. Jag tyckte inte om det [...] Mamma og pappa hadde næsten druckit opp allt vinet när Markku och jag hade ätit upp glassen [...] När vi hade gått och lagt oss hörde vi att mamma och pappa bråkade om något och att Sakari grät.

Fra boka Svinalängorna av Susanna Alakoski.

Jeg visste tidlig at jeg ville skrive om resiliens, men det var først etter et seminar i regi av RBUP Øst og Sør høsten 2007 at oppgavens tema falt på plass. Derfor vil jeg takke RBUP Øst og Sør for at de ga meg som student muligheten til å delta på dette seminaret.

Jeg vil gjerne takke flere som har bidratt til skriveprosessen: veilederen min Stein Erik Ulvund for konstruktiv kritikk og gode innspill; Åse Lund for korrekturlesing og morsomme kommentarer; venner og familie som har holdt ut med meg og oppmuntret meg underveis.

Tusen takk!

Blindern, mai 2008.

Sammendrag

TITTEL:

RESILIENS HOS BARN AV ALKOHOLMISBRUKERE

AV:

Aina Kristin Gustavsen

EKSAMEN:

Masteroppgave i pedagogikk,
pedagogisk-psykologisk rådgivning

SEMESTER:

Vår 2008

STIKKORD:

Barn av alkoholmisbrukere

Resiliens

Kjennetegn på resiliente barn av alkoholmisbrukere

Forebygging og intervensjon

1. PROBLEMOMRÅDE

For pedagogisk-psykologiske rådgivere, lærere og fagfolk innenfor helsevesenet er det viktig å vite hvilke risikoer og trusler barn og unge kan utsettes for i samfunnet. Alkoholmisbruk blant foreldrene er en av de risikoene barn kan bli utsatt for. Foreldres alkoholmisbruk gir barnet økt risiko for utviklingen av psykiske problemer. Dessverre er det slik at alkoholmisbruk er et av de største helseproblemene i Norge, og det er et problem som er mer utbredt enn de fleste av oss er klar over. Det som er særegent med alkoholmisbruk er at det er et problem som kan ramme ”alle”. I tillegg er det et tabulagt område der det finnes det store mørketall.

Dermed er det viktig at PP-rådgivere, lærere og annet helsepersonell er oppmerksomme på denne trusselen mot barns velvære og mentale helse. I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i et salutogenetisk perspektiv på psykisk helse. Resiliens er et mønster av positiv tilpasning under belastende omstendigheter. Større kunnskap om resiliens vil kunne brukes i arbeidet med å skape helsebringende prosesser blant barn og unge.

For å hjelpe barn og unge med å tilpasse seg bedre og mer tilfredsstillende under belastende betingelser kan man fremme ferdighetene og styrkene deres. Hva som kjennetegner barn av alkoholmisbrukere som har utviklet resiliens er viktig å vite i forbindelse med hva man skal vektlegge i utarbeidelsen og iverksettelsen av forebygging og tiltak. Denne oppgaven har et forebyggende fokus på hvordan man kan driver resiliensfremmende arbeid på grunnlag av de faktorene som fremmer resiliens hos barn av alkoholmisbrukere. Fokuset er i hovedsak rettet mot skolen fordi dette er en stor del av barnets liv, og dermed blir den en naturlig arena for både forebygging og tiltak.

2. METODE/KILDEBRUK

Den metodiske tilnærmingen i oppgaven er teoretisk, og den bruker litteraturstudie som metode. Problemstillingen belyses gjennom studie av primær- og sekundærkilder, og oppgaven tar utgangspunkt i eksisterende forskningslitteratur om emnene resiliens og barn av alkoholikere. Gjennom en analyse av resiliensfremmende prosesser blant barn av alkoholmisbrukere har jeg prøvd å komme frem til forslag til hva som kan gjøres i praksis for å fremme og styrke resiliens.

Oppgavens fremstillinger og vurderinger bygger i hovedsak på primærkilder og supplerer med sekundærkilder. Forskningslitteraturen er både nyere og eldre. Artikkene er i hovedsak på engelsk, mens den øvrige litteraturen er på norsk. Fremstillingen av begrepet resiliens baserer seg på sentrale resiliensforskere som Emily Werner, Ann S. Masten, Michael Rutter og Trine Waaktaar. I forhold til barn av alkoholikere er Frid Hansen, Bryan Robinson og J. Lyn Rhoden vesentlige forfattere. Fremstillingen er i hovedsak basert på trykt materiale som bøker og artikler fra psykologiske og pedagogiske tidsskrifter.

3. HOVEDKONKLUSJONER

Barn av alkoholmisbrukere har blant annet en høyere forekomst av angst, depresjon, adferdsvansker, dårlig selvbilde, utagerende adferd og personlighetsforstyrrelser enn andre barn. Det er dermed viktig å fremme resiliens hos disse barna for at de skal utvikle seg tilfredsstillende og oppnå god mental helse. Barn av alkoholmisbrukere som har utviklet resiliens kjennetegnes av en del indre og ytre karakteristikker. De har et temperament og en personlighet som fremkaller positiv oppmerksomhet fra omgivelsene, og de har et positivt selvbilde og gode sosiale ferdigheter. I tillegg har de en velutviklet følelse av mestring og de er flinkere til å bruke sine kognitive evner. Barn av alkoholmisbrukere som utvikler resiliens har i tillegg en alternativ omsorgsperson som betyr mye for dem og de har minst én god venn eller venninne.

Kunnskap om resiliens kan brukes i praksis for resiliensfremmende arbeid. Ved å styrke de overnevnte faktorene som man vet fremmer resiliens hos barn av alkoholmisbrukere kan man utarbeide og iverksette effektiv forebygging og intervensjon.

Primærforebygging er viktig fordi mange barn lever med foreldre som misbruker alkohol uten at hjelpeapparatet er klar over det. Skolen kan gjennom resiliensfremmende arbeid ruste disse barna til å møte hverdagen litt bedre. Forebygging i forbindelse med barn av alkoholikere i den norske skolen vektlegger per i dag bare tiltak som omhandler hvordan man skal påvirke barnet til å ikke begynne å drikke selv. Det som blir viktig i videre arbeid med forebygging er å få opplysning om hvordan det er å være barn av alkoholikere inn i rammeplanen. Man må arbeide konkret med å få bort tabuet rundt alkoholisme. Barn må lære at alkoholisme er en sykdom, og at mamma eller pappas drikking ikke er barnets feil. Forebygging kan også skje gjennom fysisk aktivitet og kreative fag som styrker barnets mestringsfølelse, ferdigheter og selvbilde.

Ikke alle barn av alkoholikere er mørketall, og i disse tilfellene kan man iverksette konkrete tiltak både i familien og på skolen. Den intervensjonen som har best resultater er familierapi fordi omsorgsfulle og oppmerksomme foreldre er den mest resiliensfremmende karakteristikken. Familierapi er dessverre et vanskelig tiltak å iverksette fordi det her ikke bare kommer an på barnet, men krever derimot at den av foreldrene som drikker er samarbeidsvillig. Før man kan starte opp med familierapi må den alkoholmisbrukende forelderen ha innsett at han eller hun har et problem, og han eller hun må være klar for å slutte å drikke.

Når ikke familien kan hjelpes som helhet må andre intervensjoner iverksettes. Skolen er en stor del av barns liv, og en viktig arena for utvikling. Resiliens kan fremmes i skolemiljøet ved at læreren er en god rollemodell og klasseleder, og ved at barnets sosiale ferdigheter trenes ved bruk av ulike sosiale kompetansestyrkende programmer. Andre tiltak som styrker barnets kompetanse og selvbilde innebærer for eksempel at læreren stiller høye, men realistiske forventninger til barnet, at barnet opplever en følelse av sammenheng og at det er tydelige og konsekvente regler i klasserommet.

Til tross for at forskningslitteraturen foreslår mange muligheter for å fremme resiliens hos barn og unge, er resiliens et relativt nytt forskningsområde. En del betraktninger må dermed tas med i forhold til utviklingen av forebyggings- og intervensjonsprogram. Barn har ulike behov, og de tiltakene som fungerer for noen barn fungerer ikke nødvendigvis for andre i samme kontekst.

INNHold

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
INNHold	8
1. INNLEDNING	12
1.1 PROBLEMSTILLING	13
1.2 BEGREPSAVKLARING.....	13
1.3 AKTUALITET I FORHOLD TIL PPT.....	15
1.4 FREMGANGSMÅTE	16
1.5 DISPOSISJON.....	16
2. ALKOHOLMISBRUK OG KONSEKVENSER FOR BARN AV MISBRUKERE	18
2.1 ANTALL ALKOHOLMISBRUKERE I NORGE	18
2.2 HVA ER ALKOHOLMISBRUK?	19
2.2.1 <i>Definisjon av alkoholisbruk</i>	19
2.2.2 <i>Avhengighet</i>	20
2.3 BARN AV ALKOHOLIKERE.....	21
2.3.1 <i>Symptomer</i>	21
2.3.2 <i>Barns ulike reaksjoner</i>	22
2.3.3 <i>En uforutsigbar verden</i>	24
2.4 SAMSPILLET I FAMILIEN FØLGER MISBRUKETS SYKLUS.....	25
3. BEGREPET RESILIENS	28
3.1 ET NYTT PERSPEKTIV PÅ UTVIKLING.....	28
3.2 HISTORISK UTVIKLING.....	29

3.2.1	<i>Pionerstudier</i>	29
3.2.2	<i>Det usårbare barnet</i>	29
3.2.3	<i>“Ordinary magic”</i>	30
3.2.4	<i>De fire bølgene</i>	30
3.2.5	<i>Ulike tilnærminger</i>	30
3.2.6	<i>Norsk forskning</i>	31
3.3	HVA ER RESILIENS?	31
3.3.1	<i>Definisjon</i>	31
3.3.2	<i>Trekk ved resiliens</i>	33
3.3.3	<i>Bruk av resiliensbegrepet i Norge</i>	34
3.4	BELASTNING OG RISIKO – EN FORUTSETNING FOR RESILIENS.....	35
3.4.1	<i>Belastning og risiko</i>	35
3.4.2	<i>Risikofaktorer</i>	36
3.5	KOMPETANSE.....	37
3.5.1	<i>Sårbarhet</i>	38
3.5.2	<i>Beskyttelsesfaktorer</i>	38
3.6	ADEKVAT TILPASNING	40
3.7	RESILIENS HOS BARN AV ALKOHOLIKERE.....	41
4.	BARN AV ALKOHOLMISBRUKERE – HVA SKILLER BARN SOM UTVIKLER RESILIENS FRA BARN SOM IKKE GJØR DET?	42
4.1	INDRE FAKTORER: KJENNETEGN VED BARNET	42
4.1.1	<i>Temperament og personlighet</i>	42
4.1.2	<i>Gode sosiale ferdigheter</i>	44
4.1.3	<i>Positivt selvbilde</i>	45

4.1.4	<i>Følelse av mestring</i>	46
4.1.5	<i>Intelligens og kognitiv kompetanse</i>	47
4.2	YTRE FAKTORER – KJENNETEGN VED MILJØET	49
4.2.1	<i>Alternative omsorgspersoner</i>	49
4.2.2	<i>Gode venner</i>	52
4.2.3	<i>Andre faktorer</i>	52
4.3	NÅR OG I HVILKEN GRAD MÅ FAKTORENE INNTRE?	52
5.	FOREBYGGING	54
5.1	TABU GJØR ARBEIDET MED BARN AV ALKOHOLMISBRUKERE VANSKELIG.....	54
5.2	PRIMÆRFOREBYGGING	55
5.3	OPPLYSNING I SKOLEN OM DET Å VÆRE BARN AV EN ALKOHOLMISBRUKER	56
5.3.1	<i>Hva er viktig å ha med i undervisningen?</i>	57
5.3.2	<i>Hvordan er undervisningsopplegget i Norge i dag?</i>	58
5.4	FOREBYGGING GJENNOM FYSISK AKTIVITET OG KREATIVITET	60
6.	INTERVENSJON	62
6.1	FAMILIETERAPI.....	62
6.1.1	<i>Tre viktige momenter i forhold til familierapi</i>	62
6.1.2	<i>Familierapi i praksis</i>	64
6.1.3	<i>Forskjell på teori og virkelighet</i>	64
6.1.4	<i>Hva kan den edru forelderene bidra med for å fremme resiliens hos barnet?</i>	65
6.2	HVORDAN KAN SKOLEN FREMME RESILIENS HOS BARN AV ALKOHOLIKERE?.....	66
6.2.1	<i>Lærerens rolle</i>	66
6.2.2	<i>Kjennetegn læreren burde være oppmerksom på</i>	67
6.2.3	<i>God klasseledelse</i>	67

6.2.4	<i>Styrke barnets kompetanse og følelse av mestring</i>	68
6.2.5	<i>Styrke barnets selvbilde</i>	70
6.2.6	<i>Styrke barnets sosiale ferdigheter</i>	70
6.3	RESILIENSFREMMENDE PROGRAMMER	72
6.3.1	<i>Hva kjennetegner programmer som styrker positiv utvikling?</i>	73
6.3.2	<i>De utrolige årene</i>	74
6.4	BETRAKNINGER I FORHOLD TIL INTERVENSJON	74
6.4.1	<i>Barn har ulike behov</i>	75
6.4.2	<i>Noen barn utvikler ikke resiliens uansett</i>	76
6.4.3	<i>Resiliens som en dynamisk prosess kan påvirke forebygging og intervensjon</i>	77
6.4.4	<i>Hverdagsmagi – et argument for resiliensfremmende arbeid</i>	78
6.4.5	<i>Forebygging i tidlig barndom</i>	78
6.4.6	<i>Andre løsninger</i>	79
7.	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	80
	KILDELISTE	83

1. INNLEDNING

Det antas at omtrent 87 % av alle nordmenn over 15 år drikker alkohol i løpet av et år (SIRUS 2008). Flesteparten av disse drikker moderate mengder alkohol i positive sosiale situasjoner, men alkohol representerer også et av de største helseproblemene i Norge (Haugland 2003). Dessverre er det slik at rusmisbruk er vanligere enn de fleste av oss er klar over, og alkohol er det mest utbredte rusmiddelet i Norge (Hansen 1994). Det særegne med alkoholmisbruk er at dette er et problem som kan ramme "alle". Det er et problem som finnes på tvers av samfunnsklasser, og som ofte foregår i hjemmet. En annen særegenhet med alkoholmisbruk er at det finnes store mørketall. Rusmisbruk er i vår kultur omgitt av taushet, og alkoholmisbruk er fortsatt et tabubelagt område i Norge (Hansen 1994). Det er en diskrepans mellom omfanget av rusrelaterte problemer og den usynligheten problematikken er omgitt av. Dette er årsaken til at man kan omtale alkoholmisbruk som et tabuområde (Johnsen 2000).

Alkoholmisbruk påvirker ikke bare den som drikker, men også resten av familien. For hver alkoholmisbruker blir i gjennomsnitt minst tre personer innen nær familie direkte berørt av vedkommendes adferd og livsførsel. Mange barn rammes uten at samfunnet vet noe om det, og lever dermed i en risikosituasjon for å utvikle psykiske problemer uten at omverdenen er klar over dette (Nordlie 2003). Derfor trenger de fleste som arbeider med barn å oppnå større bevissthet om at barns problemer ofte kan henge sammen med foreldrenes bruk av rusmidler (Hansen 1994).

For barn og unge er foreldrenes alkoholmisbruk en risikofaktor for å utvikle psykiske problemer (Hansen 1994). En rekke undersøkelser hvor en har sammenlignet barn av misbrukere med kontrollgrupper viser at barn av misbrukere gjennomsnittelig kommer dårligere ut i forhold til emosjonell, kognitiv og adferdsmessig fungering. Resultatene dokumenterer at barn av rusmisbrukere er en høyrisikogruppe, og at det er nødvendig å opprette forebyggende tiltak og behandlingstilbud (Haugland 2003). Samtidig har det i de senere åra blitt publisert forskningsresultater som viser at en betydelig andel barn av alkoholmisbrukere ikke skiller seg fra kontrollgruppene (Haugland 2003). Risiko fører ikke alltid til problemer, og mer enn halvparten av alle barn som blir utsatt for belastning i oppveksten utvikler ikke alvorlige psykiske problemer (Borge 2003). En del barn oppvokst

med alkoholiserede foreldre fungerer like bra, og noen bedre, enn kontrollgruppene. Det finnes altså forhold innad eller utenfor barnet og familien som bidrar til å beskytte barna for belastningen det erfarer (Haugland 2003).

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av opplysningene i innledningen har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hva er resiliens, og hvorfor utvikler noen barn av alkoholmisbrukere dette? Hvordan kan kunnskap om resiliens brukes i forebygging og intervensjon?

Som følge av hovedproblemstillingen dukker disse underproblemstillingene opp: Hva er alkoholmisbruk? Hvilke konsekvenser får foreldrenes alkoholmisbruk for barna? Hva skiller barn av alkoholikere som utvikler resiliens fra barn som ikke gjør det? Hva fremmer resiliens? På hvilke måte kan man benytte seg av kunnskap om resiliens i arbeidet med forebygging og intervensjoner for barn og unge? Dette er spørsmål jeg ønsker å undersøke nærmere i denne oppgaven.

1.2 Begrepsavklaring

Det er vanskelig å gi en generell og klar definisjon på hva alkoholmisbruk er (Henriksen 2000). Definisjonen er ofte kulturelt bestemt. I Norge har vi en ganske streng toleransegrense for bruk av alkohol (Fekjær 2004). Grensen mellom bruk og misbruk av alkohol bestemmes ofte av det forbruket som er vanlig blant folk flest. Misbruk vil dermed si at konsumet i mengde og hyppighet er større enn det alminnelige forbruket i samfunnet. Det finnes ingen standardkriterier i forskningslitteraturen for å avgjøre om når et barn lever med foreldre som er alkoholikere (Haugland 2003), og derfor opereres det med ulike tall på hvor mange barn som vokser opp med en eller to foreldre som misbruker alkohol. Antall barn av alkoholmisbrukere estimeres i 2003 til et sted mellom 40 000 og 75 000 (Haugland 2003). Borge (2003) anslår at det til enhver tid er 160 000 - 230 000 barn som vokser opp med foreldre som misbruker alkohol. Som vi ser så skiller det 190 000 barn fra de laveste til de

høyeste tallene. Tallene på hvor mange barn som vokser opp i et alkoholisert hjem er dermed veldig usikre, men det er uansett et alvorlig problem.

Jeg har valgt å begrense denne oppgaven til i hovedsak å fokusere på barn og unge mellom 10 og 18 år. Årsakene til dette er flere. Ulike aldersgrupper forholder seg forskjellig til den belastningen det er å vokse opp med foreldre som er alkoholikere. En annen årsak er mangelen på faglitteratur som omhandler de minste barna. Dette skyldes at forskning på barn er vanskeligere jo yngre barna er. Det er også denne aldersgruppen som er mest relevant for pedagogisk-psykologiske rådgivere. Dette betyr ikke at yngre barn ikke tar skade av den belastningen det er å leve med alkoholiserede foreldre. Men de yngste barnas problemer blir ofte trolig tillagt andre årsaker fordi alkoholmisbruk er et tabubelagt område som er vanskelig å spore. I tillegg er det ikke sikkert at de yngste barna har utviklet problemer på et så tidlig tidspunkt, men at den dårlige tilpasningen vil vise seg mer og mer etter hvert som barnet vokser opp. Dette gjør fokuset på forebygging enda viktigere.

Resiliens er et bredt begrep som har blitt definert på ulike måter. Dette vil jeg komme nærmere tilbake til i kapittel 4 hvor jeg skal presentere tre ulike definisjoner av resiliens, og hva som skiller disse fra hverandre. Inntil videre kan resiliens defineres som ”åpenbar kompetanse i en kontekst hvor det finnes signifikant utfordring i forhold til tilpasning og utvikling” (Masten og Coatsworth 1998: 206). Resiliens omhandler dermed god tilpasning under belastede omstendigheter. I tillegg omhandler det barnets motstandskraft mot å utvikle psykiske og emosjonelle problemer. Resiliens forekommer hos barn som viser vellykket tilpasning til tross for kriser og truende omgivelser. Resiliens kan forekomme både som vedvarende prosesser og som engangsfenomen i tillegg til at det er en prosess som varierer fra individ til individ. Resiliens oppnås ved et samarbeid mellom barnets individuelle egenskaper og miljøets egenskaper (Borge 2003). To barn i samme situasjon vil ta i bruk ulike måter i behandlingen av situasjonen, og barnets kapasitet for resiliens finnes ikke bare i barnet selv, men også i miljøet.

Begrepet resiliens er hentet direkte fra det engelske begrepet *resilience* fordi det ikke finnes noen fullstendig dekkende norsk oversettelse. Allikevel finnes det alternative norske ord som for eksempel mestring og motstandskraft. Hvorfor det rettes kritikk mot bruken av disse norske oversettelsene kommer jeg nærmere tilbake til senere.

Et hovedkriterium for at barnet skal utvikle resiliens er at det må ha opplevd en form for risiko (Wright og Masten 2005). Resiliens og risiko er uløselig knyttet til hverandre. Generelt sett kan man si at jo flere risikofaktorer et barn blir utsatt for, jo flere problemer har de. Resiliens kan altså utvikles i forhold til ulike former for risiko, og dette er et stort forskningsfelt. I denne oppgaven vil jeg som sagt begrense meg til å se på resiliens i forhold til barn av alkoholmisbrukere. Andre former for risiko kan for eksempel være skilsmisse, fattigdom, hyppig flytting, dødsfall, mental sykdom hos foreldrene, vold og krig.

1.3 Aktualitet i forhold til PPT

For pedagogisk-psykologiske rådgivere er det viktig å vite hvilke risikoer og trusler barn og unge kan utsettes for i samfunnet. Hensikten med dette er å redusere risikoen slik at flere barn og unge kan få et bedre liv. I denne sammenhengen er forskning på resiliens et spennende og aktuelt felt. Et større fokus på kunnskap om resiliens vil kunne brukes i arbeidet med å skape helsebringende prosesser. Det er viktig for en PP-rådgiver å forstå mekanismene som gjør at noen barn og unge utvikler problemer mens andre ikke gjør det, og hvordan kunnskapen om disse mekanismene kan brukes som intervensjon i arbeidet med barn og unge. Siden alkoholmisbruk er et stort og omfattende problem som berører mange barn er det viktig å fokusere på denne risikofaktoren. Som nevnt tidligere er alkoholmisbruk fortsatt et tabu i Norge, og det er et problem som ofte er skjult for omverdenen. Mange barn lever i denne risikosituasjonen uten at omverdenen er klar over at barna har det vanskelig (Hansen 1994). Det er lett å oppdage de barna som reagerer med utagering, men de som reagerer med stillhet er ikke like lett å fange opp. I de fleste tilfeller oppdages rusproblemet etter at det har eksistert i mange år. Det er viktig å få mer kunnskap om barn av alkoholmisbrukere frem i lyset. Alkoholmisbruk truer barns utvikling og trivsel fordi misbruket fører med seg omsorgssvikt eller krangel, og dette dobler risikoen for at barna skal utvikle problemer (Borge 2003). I tillegg er det mange unge som dekker over for foreldrene sine, og som tar over omsorgsrollen i familien. Dette kan igjen føre til at barna får vanskeligheter med å følge med på skolen og ta til deg ny kunnskap. Det er også viktig å være oppmerksom på at barn og unge som belastes av de konsekvensene rusmisbruk kan gi for en familie viser samme symptomer som barn som utsettes for andre typer omsorgssvikt.

1.4 Fremgangsmåte

Jeg har valgt en teoretisk tilnærming til denne oppgaven. Årsaken til dette er at resiliens er et vanskelig tema å forske på i løpet av et semester. Uansett hvilke belastning eller risiko barn er utsatt for krever resiliensforskning at studiene foregår over lenger tid. Alkoholmisbruk er også et ømt tema for barn og unge, og dermed ville det vært problematisk både etisk og praktisk å få tak i informanter. Jeg valgte isteden å sette meg inn i og forstå relevant teori, litteratur og forskning som allerede finnes om barn av alkoholmisbrukere og om resiliens.

1.5 Disposisjon

Denne oppgaven består av til sammen sju kapitler, hvorav fem av kapitlene kan regnes som hoveddelen av oppgaven.

Kapittel 2 omhandler alkoholmisbruk og hvilke konsekvenser alkoholmisbruk har for barn og unge. Kapitlet starter med å omhandle alkoholmisbrukeren selv. Først presenteres en estimering av hvor mange alkoholikere det finnes i Norge i dag, og hvordan alkoholmisbruk defineres. Deretter går kapitlet over til å handle om barn av alkoholmisbrukere. Jeg gir en innføring i hvilke problemer barn av alkoholikere har en økt risiko for å utvikle, og hvilke ulike reaksjoner som er mest vanlig hos disse barna. Til slutt ser jeg nærmere på hvordan samspillet i en alkoholisert familie følger misbrukets syklus.

Kapittel 3 er en fremstilling av begrepet resiliens, og et svar på del en av problemstillingens første spørsmål. Kapitlet begynner med å gi en innføring i begrepets historiske utvikling med vekt på pionerstudier og hvordan resiliensbegrepet har blitt utviklet gjennom fire hovedtendenser i forskningen. Deretter defineres resiliens, og det gis en kort forklaring på hvordan begrepet brukes på norsk. For å forstå hva som menes med å utvikle seg tilfredsstillende på tross av belastende omstendigheter kreves det en innføring i begreper som belastning, risiko, risikofaktorer, kompetanse, sårbarhet og beskyttelsesfaktorer. Disse begrepene presenteres i denne rekkefølgen senere i oppgaven. Til slutt gis en kort presentasjon av resiliens hos barn av alkoholmisbrukere.

Kapittel 4 er en fremstilling av hvilke faktorer som skiller de barna av alkoholikere som utvikler resiliens fra de som ikke gjør det, og et svar på den andre delen av

problemstillingens første spørsmål. Det er en innføring i hvilke faktorer som er av stor betydning i barns resiliensprosess. Den første delen av kapittelet omhandler kjennetegn ved barnet selv med vekt på temperament og personlighet, gode sosiale ferdigheter, et positivt selvbilde, en følelse av mestring og intelligens. Del to av kapittelet presenterer kjennetegn ved miljøet med vekt på alternative omsorgspersoner og gode venner. Den siste delen omhandler når og i hvilken grad de ulike faktorene må inntre.

Kapittel 5 handler om hvordan resiliens kan styrkes ved hjelp av forebygging. Kapittelet starter med å belyse problematikken om hvorfor tabu gjør arbeidet med barn av alkoholmisbrukere ekstra vanskelig. Deretter kommer en forklaring på hva som skiller primær-, sekundær-, og tertiærforebygging. Resten av kapittelet omhandler hvordan man i praksis kan forebygge ved å styrke og fremme resiliens blant barn av alkoholikere i skolen. Jeg har valgt å se nærmere på hvordan opplysning av barn i skolen kan hjelpe til med dette. Først presenterer jeg hva som er viktig å ha med i undervisningen, og hvordan undervisningsopplegget i praksis skiller seg fra hvordan det i teorien burde være. Til slutt viser jeg hvordan fysisk aktivitet og kreativitet kan brukes som forebygging.

Kapittel 6 er sammen med kapittel fem et svar på problemstillingens siste del. Dette kapittelet presenterer ulike tiltak som kan iverksettes for barn av alkoholmisbrukere som allerede er identifisert. Først gis det en innføring i hvorfor familieterapi er spesielt viktig i forhold til barn av alkoholmisbrukere. Deretter går jeg over til hvilke intervensjoner skolen kan iverksette for å fremme resiliens. Jeg har valgt å se dette i sammenheng med de kjennetegnene på resiliente barn av alkoholikere som ble identifisert i kapittel fire. Etter dette følger en presentasjon av resiliensfremmende programmer, og hva som kjennetegner de programmene som på en effektiv måte styrker resiliens. Kapittelet avsluttes med en del betraktninger i forhold til intervensjon.

Kapittel 7 er en oppsummerende og avsluttende kommentar.

Til slutt følger kildelisten. Denne skal kvalitetssikre arbeidet, og veilede leseren til utfyllende lesing.

2. ALKOHOLMISBRUK OG KONSEKVENSER FOR BARN AV MISBRUKERE

Dette kapittelet handler om hva som ligger i begrepet alkoholmisbruker, om barn av alkoholmisbrukere og hvordan samspeillet mellom familiemedlemmene kan være i en familie hvor mor og/eller far misbruker alkohol.

2.1 Antall alkoholmisbrukere i Norge

Det er ikke lett å gi en klar definisjon på hva en alkoholiker er (jfr. punkt 1.2). Å finne ut eksakt hvor mange alkoholikere det finnes i Norge i dag blir dermed også umulig. Hvilken mening og betydning rusbruk har, vil variere fra kultur til kultur. I forhold til bruk og misbruk av alkohol er det de kulturelle forestillingene som skiller mellom hva som er sosialt aksepterte handlinger og hva som er avvikende. I noen kulturer er det vanlig at både mamma og pappa tar seg et par glass vin eller noen øl til middag hver dag, mens det i andre kulturer blir sett på som et problem. Rusmisbruk er altså ikke et statisk fenomen, men et fenomen som varierer fra samfunn til samfunn og fra kultur til kultur. Kriteriene for hva som betegnes som rusmisbruk utvikles dermed av menneskene gjennom deres kommunikasjon av betydninger og meninger (Henriksen 2000). En annen årsak til at det er vanskelig å gi eksakte tall på hvor mange alkoholikere det finnes i Norge er at alkoholmisbruk er et tabulagt område. Alkoholmisbruk er noe som i de fleste tilfeller skjer innenfor husets fire vegger, og som verken alkoholikeren eller de andre familiemedlemmene forteller til hvem som helst.

Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS, har prøvd å estimere hvor mange alkoholmisbrukere det finnes i Norge. Dette har de gjort ved å definere hva en storkonsument av alkohol er. En vanlig definisjon av en storkonsument er ”en som drikker mer enn 10 cl alkohol per dag i gjennomsnitt over hele året, dvs. 36,5 liter alkohol per år” (SIRUS 2008). Sammenlignet var det registrerte alkoholforbruket i Norge 6,46 liter ren alkohol per innbygger over femten år i 2006. Ut fra disse tallene anslår Statens institutt for rusmiddelforskning at antallet storkonsumenter i Norge ligger et sted mellom 66 000 og 122 000 personer. De presiserer at tallene er usikre, og at de snakker om antall storkonsumenter,

og ikke alkoholmisbrukere. Noen kan drikke såpass store mengder alkohol uten at folk vil karakterisere dem som alkoholikere. På den andre siden kan andre mennesker som drikker mindre enn 10 cl ren alkohol per dag helt tydelig ha problemer med alkoholbruken sin, og dermed kanskje karakteriseres som alkoholmisbrukere (SIRUS 2008).

2.2 Hva er alkoholmisbruk?

Med henvisning til punkt 1.2 er det ikke lett å lage tydelige grenser og definisjoner mellom bruk, misbruk og avhengighet av rusmidler. Det er flytende overganger, og ofte er det slik at konsumet gradvis økes slik at konsekvensene for både en selv og de som står rundt en gradvis blir forverret. Om forbruket blir vurdert som vanlig sosial hygge eller om det oppfattes som plagsomt for andre er ofte avhengig av hvem i familien eller omgangskretsen man spør (Hansen 1994). Men la meg nå prøve å nærme meg en definisjon av alkoholmisbruk.

2.2.1 Definisjon av alkoholmisbruk

I faglitteraturen opereres det med ulike definisjoner av alkoholmisbruk. I følge Lorvik (1994) foreligger alkoholmisbruk ved en bruk av alkohol som avviker fra aksepterte sosiale normer. Grensen mellom bruk og misbruk bestemmes i denne definisjonen av det forbruket som er vanlig blant folk flest.

I følge DSM-IV¹ (2000) er alkoholmisbruk et dårlig tilpasset alkoholemønster som fører til alvorlig klinisk svekkelse eller bekymring. Det dårlige tilpassede mønsteret må åpenbare seg i en eller flere av følgende fire symptomer innenfor en periode på tolv måneder: 1) En tilbakevendende bruk av alkohol kan medføre at man ikke klarer å fullføre forpliktelser på jobben, hjemme eller på skolen. 2) Personen kan bruke alkohol i fysisk risikable situasjoner som for eksempel når han eller hun skal kjøre bil. 3) Juridiske problemer kan oppstå på grunn av alkoholbruken. 4) Personen fortsetter alkoholbruken til tross for at han eller hun vet at et videre forbruk vil forårsake sosiale problemer. Det er i tillegg viktig å presisere at

¹ Diagnostiseringsmanual utarbeidet av American Psychiatric Association

symptomene ikke må matche kriteriene for alkoholavhengighet for at det skal være snakk om alkoholmisbruk.

I Norge er det mest vanlig å bruke en annen diagnostiseringsmanual enn DSM-IV. Denne er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon, og kalles ICD-10. ICD-10 (2006) opererer ikke med en definisjon på alkoholmisbruk.

2.2.2 Avhengighet

DSM-IV (2000) skiller mellom misbruk og avhengighet, og hevder at misbruk er mindre alvorlig en avhengighet. Ofte er det slik at alkoholmisbruket etter hvert fører til avhengighet. I følge DSM-IV er det fysiologiske symptomer som toleranse og tilbaketrekking som skiller avhengighet fra misbruk.

Det skilles mellom to ulike typer avhengighet (Lorvik 1994):

Fysisk avhengighet karakteriseres av at kroppen har vent seg til alkoholen, og reagerer med abstinenssymptomer en stund etter at inntaket har opphørt. Alkoholabstinensen inntreffer noen timer etter at inntaket er avsluttet, og ubehaget går over innen noen dager. Symptomene på abstinens er ubehagelige, og kan vise seg som hodepine, hjertebank, uro, angst, svimmelhet og svetting. Etter langvarig storkonsum av alkohol kan det også inntreffe syns- og hørselshallusinasjoner eller kramper.

Psykologisk avhengighet handler om det enkelte individets tilknytning til rusmiddelet. Det dreier seg om det følelsesmessige forholdet individet har til alkohol. Noen mennesker bruker alkoholen til å rømme fra en stressende hverdag, andre bruker alkohol til sosialt samvær, mens andre bruker alkoholen for å døyve ulike fysiske eller psykiske smerter. Hva ulike personer tenker og føler i forhold til alkohol er forskjellig fra menneske til menneske. Lorvik (1994) sammenligner alkoholavhengighet med et kjærlighetsforhold. Et menneskes forhold til alkohol kan utvikle seg slik at man blir villig til å sette mange andre viktige hensyn til side for å kunne møte rusmiddelet igjen. For eksempel kan hensynet til barn og resten av familien, økonomi og jobben blir mindre viktig for en alkoholmisbruker. Det er alkoholen som blir stående i sentrum, og alt annet er underordnet.

I denne oppgaven kommer jeg til å bruke avhengighet og misbruk om hverandre uansett om det fysiologiske aspektet er til stede eller ikke. Årsaken til dette er at barn og unge påvirkes

av foreldrenes alkoholbruk uansett om det "bare" er misbruk eller om det er avhengighet. Barn og unge vil utsettes for tilnærmet de samme belastningene og risikoene uansett om det fysiske aspektet er til stede i diagnosekriteriene eller ikke.

Fysisk sett har alkohol en generelt bedøvende virkning. Både hukommelsen og innlæringsevnen svekkes og konsentrasjonsevnen reduseres (Lorvik 1994). Hvordan mennesker oppfører seg i ruspåvirket tilstand har ikke nødvendigvis noe med den reelle fysiske virkningen å gjøre. Oppførselen styres i stor grad av det man har behov for å uttrykke eller oppleve.

2.3 Barn av alkoholikere

Tradisjonelt sett har alkoholmisbruk blitt sett på som et individuelt problem som bare angår rusmisbrukeren selv. Forskning fokuserte i hovedsak på hvor skadelig alkohol var for den enkeltes helse. Hansen (1994) påpeker at selv om det finnes omfattende kunnskap om hvilke skadevirkninger alkoholmisbruk har på misbrukeren selv så har det tidligere blitt rettet lite søkelys mot de konsekvensene misbruket har for resten av familien. Men i løpet av de siste tjue årene har det i mye større grad blitt fokusert på at alkoholmisbruk ikke bare må ses ut fra et individuelt perspektiv, men også ut fra et rasjonelt perspektiv (Lorvik 1994).

Alkoholmisbruk er som tidligere nevnt et tabubelagt område, og dette fører til at arbeidet med barn av alkoholikere blir vanskelig. Det kan være mor, far eller begge som misbruker. Barnets kontakt med alkoholmisbrukeren kan variere fra daglig kontakt til ikke noe kontakt i det hele tatt (Haugland 2003). Hva konsekvensene blir for barnet avhenger av disse faktorene så vel som andre. Det er vrient for voksne å snakke om foreldres misbruk, og det er kanskje enda vanskeligere for barna selv å snakke om foreldrenes alkoholmisbruk til utenforstående.

2.3.1 Symptomer

Undersøkelser viser at en oppvekst preget av foreldrenes alkoholmisbruk gir barnet økt risiko for utvikling av en rekke problemer. Angst, spiseforstyrrelser, depresjon, tristhet, dårlig selvbilde, personlighetsforstyrrelse, psykosomatiske symptomer, adferdsvansker, utagerende adferd, søvnproblemer, mareritt, isolasjon, rusmisbruk og kriminalitet er alle

symptomer som settes i forbindelse med å vokse opp i et hjem som er preget av rusmisbruk over kortere eller lengre tid (West og Prinz 1987, Hansen 1994, Mortensen 1994, Robinson og Rhoden 1998, Borge 2003).

Man må være oppmerksom på at dette er problemer som man også vil kunne finne en overhyppighet av hos barn som er utsatt for omsorgssvikt, seksuelle overgrep eller vold. Symptomene kan altså settes i sammenheng med flere ting, og bør dermed først og fremst oppfattes som et signal på at barnet er utsatt for store belastninger. Det er også slik at mange barn blir utsatt for flere risikofaktorer samtidig. For eksempel er det en klar sammenheng mellom vold og alkoholmisbruk. Det ser ut til å være en sammenheng mellom hvor mange risikofaktorer barna utsettes for og hvor omfattende problemene deres blir (Mortensen 1994).

2.3.2 Barns ulike reaksjoner

Barn er ulike, og de opplever dermed ting forskjellig. Dette gjelder også barn av alkoholmisbrukere. Alle barn vil oppleve foreldrenes rusavhengighet forskjellig, og de vil dermed også reagere ulikt (Johansen 2002). Felles for alle er at de reagerer med en flom av sterke følelser. Nå vil jeg presentere noen reaksjoner som er blant de vanligste hos barn av alkoholmisbrukere.

Skam er en følelse mange barn av alkoholikere opplever. Kulturelt sett er alkoholproblemer forbundet med skam, og dette preger barnet. Noen barn vil oppfatte sin familie som annerledes og mindreverdige i forhold til andre familier, og dermed oppstår en følelse av skam. Andre vil også oppleve seg selv som mindreverdige i forhold til andre mennesker på grunn av sin familiebakgrunn. På grunn av denne opplevelsen av skam er noen barn konstant redde for at noen skal oppdage at mamma eller pappa har et problem. Barna beskytter seg selv ved å trekke seg bort fra jevnaldrende og voksne, og dette fører til isolasjon (Mortensen 1994, Robinson og Rhoden 1998). Barna trekker seg bort og isolerer seg i en periode av livet hvor de heller burde vært ute og knyttet vennskap og lekt med jevnaldrende.

Skyldfølelse er også typisk for barn av alkoholikere. De tror at de selv er årsaken til, og ansvarlig for, at foreldrene drikker, og forstår ikke at alkoholmisbruk er en sykdom. Disse barna tror at de kan få foreldrene til å slutte å drikke. I tillegg føler barna seg ansvarlige for

konfliktsituasjonene som oppstår i forbindelse med misbruket (Mortensen 1994, Robinson og Rhoden 1998).

Angst eller *frykt* er også en vanlig følelse blant barn av alkoholmisbrukere. Mange av situasjonene barna opplever er uforutsigbare, og dette fører til angst eller frykt for hva som skal skje (Robinson og Rhoden 1998). Noen barn er konstant redde for når mamma eller pappa kommer til å drikke neste gang. Andre er redde for at venner, lærere eller andre skal finne ut om foreldrenes alkoholmisbruk. I noen tilfeller opplever barn av alkoholmisbrukere enten vold, fysisk, psykisk eller seksuelt misbruk, og dette fører naturligvis med seg en følelse av frykt eller angst. Noen barn er livredde for at mamma eller pappa skal sovne med en brennende røyk i hånda slik at huset begynner å brenne. Denne frykten kan for eksempel gå utover barnets søvn og konsentrasjon.

Parentifisering er ikke en følelse, men en reaksjon som ofte oppstår blant barn av alkoholmisbrukere. Parentifisering er et mønster i familieinteraksjonen hvor barn tar på seg de voksnes roller og de voksnes ansvar, eller når barna tildeles ansvar av foreldrene sine (Haugland 2006). Årsaken til dette er at noen alkoholikere i rusperioder blir så opptatt av rusen at de forsømmer andre oppgaver i hverdagen (Mortensen 1994). I noen tilfeller er det altså barna selv som aktivt tar initiativ til å ta over de voksnes roller uten at de blir pålagt det, mens i andre tilfeller kan det være de voksne som tildeler barna dette ansvaret. Ansvaret barna tar på seg, eller blir tildelt, kan for eksempel være å handle mat, passe på yngre søsken og vaske klær. Som oftest er det den eldste av søsknene som inntar voksenrollen (Robinson og Rhoden 1998).

I tillegg til de praktiske oppgavene utøver ofte barn og unge også emosjonelle omsorgsoppgaver (Haugland 2006). Man ser ofte at barn føler et ansvar for å passe på foreldrene. Barna trøster foreldrene når de er triste, passer på at foreldrene legger seg om kvelden eller mekler mellom foreldrene når de krangler. Også i disse tilfellene blir barna de voksne i familien. Disse emosjonelle omsorgsoppgavene er nok minst like, hvis ikke mer, belastende enn de praktiske arbeidsoppgavene. Uansett om det handler om praktiske eller emosjonelle oppgaver i familiesamspillet er de voksnes rolle et ansvar barn og unge ikke har forutsetninger til å ta (Mortensen 1994).

Tristhet eller *depresjon* er en vanlig følelse blant barn som vokser opp i en alkoholisert familie. Barn og unge distanserer seg fra mor og/eller far både fysisk, psykisk og sosialt, og

disse mestringsstrategiene fører dermed til at barna mister sin hovedkilde for omsorg og støtte. Mangelen på psykologisk trygghet og sikkerhet fører til depresjon (Robinson og Rhoden 1998).

Forvirring er en følelse som oppstår hos barna på grunn av foreldrenes inkonsekvente og uforutsigbare adferd. Hvorfor foreldrenes adferd kan oppleves som uforutsigbar skal jeg komme nærmere inn på i punkt 2.3.3.

Det er ingen fasitsvar på når og hvilke barn som reagerer med de ulike følelsene. I tillegg kan de vise helt andre reaksjoner og følelser enn dem jeg har tatt opp her. Noen barn reagerer med en av følelsene en viss tid i livet, og en av de andre følelsene en annen tid. Andre barn reagerer med en følelse som blir sittende i hele livet. Mens andre igjen har et sammensurium av følelser hele tiden.

2.3.3 En uforutsigbar verden

Ofte er det ikke selve inntaket av alkohol eller mengden som konsumeres som skaper problemer. Det er de forandringene som skjer med foreldrene når de er beruset som bekymrer og påvirker barnet (Lorvik 1994). Det er skremmende for barn og unge å se foreldrene sine påvirket av alkohol. Voksne som har drukket oppfører seg i de fleste tilfeller annerledes enn de gjør når de er edru. Dette kan skape forvirring hos barnet. Forandringene hos de voksne som er påvirket av alkohol varierer i stor grad fra individ til individ. Noen blir sinte og voldelige, andre blir rørete og klarer ikke å holde tråden i samtaler, mens andre igjen blir blide, snille og medgjørelige. Andre har humørsvigninger slik at barnet opplever at pappa eller mamma er blid og oppmerksom i ett øyeblikk mens han eller hun i neste øyeblikk forandrer humør til det motsatte (Mortensen 1994, Robinson og Rhoden 1998). Barna går rundt "på tå" for å ikke bringe frem en uforutsigbar oppførsel hos mamma eller pappa.

Felles for alle de voksne under påvirkning av alkohol er at de oppfører seg annerledes enn de pleier, og handlingene deres kan være svært uforutsigbare. For barn av alkoholikere, og andre rusmiddelmisbrukere, er slike angstfylte og ustabile situasjoner en del av hverdagen, og de utsettes stadig for forhold de verken kan forutse eller forstå. Barna innser tidlig at de har minst tre ulike foreldre: den som drikker, den som er edru, og den som ikke drikker.

Verden oppleves som ustabil og uforutsigbar som igjen fører til en utrygg oppvekst. Det som kan være ekstra skremmende for barna er at den voksnes reaksjon på alkoholinntaket kan variere fra gang til gang. Felles for alle typene forandring er at barnet opplever å miste den voksnes oppmerksomhet. Kommunikasjonen og samspillet med den voksne oppleves som uvirkelig. Den samhandlingen som skjer med mamma eller pappa når de er fulle vil ikke gjelde når de er edru igjen. Barnet blir stående ovenfor en uløselig konflikt, og benekter gjerne de negative følelsene fordi de er så vonde å forholde seg til. Det er vanskelig for barnet å være glad i den edru versjonen av mamma eller pappa samtidig som det er redd for eller forakter den berusede versjonen av samme forelder (Mortensen 1994).

Uforutsigbarhet hjemme vil prege barnet også i skolekonteksten. For førskolebarn er det for eksempel vanskelig i forhold til at de nettopp har begynt og lære forskjell på riktig og galt. De trenger derfor konsistens for å lære seg å stole på ferdighetene sine i møtet med det sosiale miljøet, vise følelser for andre og for å dele følelsene sine. For skolebarn er det vanskelig i forhold til regler for hva som er riktig og galt og i forhold til moralske spørsmål om hva som er bra eller dårlig. Uforutsigbar adferd hjemme og ingen konsekvente regler fører til forvirring, og at barna ikke vet hva de kan forvente. Livet til barn av alkoholikere blir flere ganger så vanskelig som for barn av ikke-alkoholikere. De vokser opp usikre på hva som er ”normalt” i tillegg til at de blir usikre på hvordan de skal oppføre seg i ulike situasjoner (Robinson og Rhoden 1998).

Parallelt med at barnet har vanskeligheter med å forholde seg til den alkoholmisbrukende forelderens forandring i oppførsel kan også den edru forelderens oppførsel forandre seg. Den edru forelderen vil gjerne prøve å begrense skadevirkningen overfor barnet, han eller hun blir stresset og mest opptatt av den alkoholmisbrukende. På denne måten vil også den edru av de voksne bli utilgjengelig for barnet (Mortensen 1994).

2.4 Samspillet i familien følger misbrukets syklus

Når foreldrene er ruset opplever barna skremmende episoder. Det er lett å tenke at barnas problemer i forhold til foreldrenes alkoholmisbruk bare eksisterer så lenge rusen er tilstede, og at familiens liv normaliseres når mamma eller pappa blir edru igjen. Dette er bare riktig til en viss grad. Barna opplever nok flere skremmende episoder mens foreldrene er berusede, og rusperiodene vil inneholde en del stressfaktorer som gjør at barna blir triste, slitne og

redde. Allikevel er det ikke slik at problemene forsvinner når de åpenbare stressfaktorene er borte. Et barn oppvokst med alkoholiserede foreldre vil ikke oppleve episodene som involverer rus som enkeltstående, isolerte handlinger. Barn vil sette handlingene i sammenheng med andre vonde opplevelser og tidligere misbruk. At pappa eller mamma drikker vil ikke bare være vondt for barnet der og da, men også skape stor usikkerhet for at den vonde historien skal gjenta seg ved en senere anledning (Lorvik 1994). Barnet vil muligens gå rundt med en stor redsel for når det vil skje neste gang, og noen voksne barn av misbrukere forteller at de opplevde de edru periodene som de verste fordi de da gikk rundt i en kronisk usikkerhet og angst for når neste alkoholiserede periode kom, hva som ventet dem da og hva den neste alkoholiserede perioden ville innebære (Mortensen 1994). Foreldrenes adferdsendringer varer ofte lenger enn rusens varighet (Johnsen 2000). I tillegg opplever gjerne barn av alkoholikere at de voksne er så opptatt av sin egen verden og sine egne problemer og behov at de ikke ser barnet og dets behov. De opplever voksne som ikke kan ta vare på seg selv, og voksne som ikke har styring og kontroll (Killén 2004).

Alkoholmisbruk er et problem som ofte går i syklus, og misbruket fører til skiftning mellom edru og berusede faser. Drikkingen medfører kognitive, emosjonelle og adferdsmessige endringer hos misbruker, og familien må forholde seg til disse endringene. Endringene vil påvirke hele familien. Haugland (1992) skiller mellom to ulike faser, den edru fasen og den berusede fasen, mens Mortensen (1994) foreslår fire ulike faser. Disse kaller han rusfasen, bakrusfasen, edrufasen og fasen som kommer før ny rus. Felles for begge forfatterne er at de hevder at samspillet i familien og hvordan familien organiserer seg følger fasenes syklus. Resten av familien, og ikke bare misbrukeren, utvikler reaksjonsmåter som følger fasene i drikkesyklusen. Gradvis begynner familien som helhet å dele livet sitt i to kategorier: edru faser og faser med rusing. Alle familiemedlemmene vil på sin egen måte utvikle reaksjonsmåter som følger drikkesyklusens faser, og familiens samhandlingsmønster vil virke belastende på barna (Haugland 1992).

I syklusens ulike faser er det også en tendens til at grenser forandrer seg, og dette er en risiko for barnet. Rutiner og ritualer er viktig for barns utvikling (Haugland 1992). Men i en alkoholisert familie vil det være ulike uskrevne regler som gjelder for de forskjellige fasene, og denne ustabiliteten og uforutsigbarheten vil være belastende for barna (jfr. punkt 2.3.3). Mulige konsekvenser for en slik uforutsigbarhet kan være flere enn de jeg nevnte i forrige punkt. Andre konsekvenser kan være at mangel på konsistent anerkjennelse vil påvirke

barnets selvbylde og positiv identitetsutvikling. Ustabiliteten kan føre til at barnet utvikler mindre hensiktsmessige problemløsningsstrategier. I tillegg kan barnet ha vansker med å danne seg et helhetlig bilde av verden (Haugland 1992).

Ingen foreldre er like. Dette gjelder også foreldre som misbruker alkohol. Hvilken måte alkoholmisbruket forstyrrer barnas utvikling vil dermed variere fra familie til familie. Familiens problemer vil variere i art, grad og omfang (Johansen 2000). Hvordan barnet reagerer på og bearbeider det som skjer vil være forskjellig fra barn til barn. Noen barn vil utvikle psykiske problemer mens andre barn vil vokse opp uten problemer. Hva er det som utgjør denne forskjellen? Dette temaet kommer jeg tilbake til i kapittel 4.

3. BEGREPET RESILIENS

Resiliens handler barns tilpasning, og om normal fungering under unormale forhold (Borge 2003). Dette kapitlet er i hovedsak en innføring i fenomenet resiliens. I forbindelse med dette er det naturlig å se nærmere på en del nøkkelbegreper for å forstå hva resiliens handler om.

3.1 Et nytt perspektiv på utvikling

Tradisjonelt sett har det blitt fokusert på å identifisere, forklare og behandle sykdom i arbeidet med medisin og helseforsikring. Dette perspektivet kalles patogenese (Antonovsky 1987). I stedet foreslår Antonovsky (1987) at man skal bruke en salutogenetisk orientering. Dette innebærer at man skal fokusere på hva som bidrar til helse istedenfor å forklare hva som skaper sykdom. Salutogenese ses på som en aktiv prosess som utvikler positiv fungering (Borge 2003).

Også pedagogisk og psykologisk forskning har i hovedsak handlet om de negative sidene ved utvikling opp igjennom historien. Hovedfokus har vært på problemer, skjev utvikling og negative resultater, og ikke på hvordan kompetanse faktisk blir utviklet (Masten m.fl. 1988). De medisinske modellene fokuserte kun på symptomer og negativt utkom (Masten og Powell 2003). Tradisjonelt sett har det dermed vært forholdsvis liten vitenskapelig interesse for barn og unge som viser bedre utvikling enn det risikoen de lever under forutsier. Dette har endret seg i løpet av de siste fire tiårene, og det er i dag mye større fokus på barns tilpasning og positive utvikling. Det er dette fenomenet som kalles resiliens. Både resiliens og salutogenese legger dermed vekt på de prosessene som bringer individet fram mot friskhet istedenfor å fokusere på sykdom (Borge 2003).

3.2 Historisk utvikling

3.2.1 Pionerstudier

Med henvisning til forrige punkt er resiliens et relativt nytt begrep som har vokst frem i løpet av de siste førti årene, og som har vært mye i fokus den senere tiden. Opptakten til resiliensforskningen kom på 1950-tallet med Werner og Smith (Borge 2003). Ved hjelp av et longitudinelt studium studerte de samspillet mellom barns oppvekst og risikoen i miljøet på Kauai i Hawaii. Poenget var ikke å beskrive elendighet, men derimot å beskrive hva som karakteriserte de av risikobarna og familiene som mot alle odds likevel greide seg bra (Borge 2003: 22).

Et annet pionerstudium innenfor forskningen på resiliens var et forskningsprogram grunnlagt av Garmezy ved universitetet i Minnesota (Masten og Powell 2003). Dette forskningsprogrammet startet med et fokus på overraskende god kompetanse og fungering hos barn av mødre som led av schizofreni. Kompetanse ble etter hvert et sammenhengende tema i Garmezy's arbeid, og på 1970-tallet opprettet han et forskningsprogram som ble kalt *Project Competence*. Gjennom ulike studier forsket han og hans studenter på barn i ulike risikosituasjoner som for eksempel mentalt syke foreldre, fattigdom og stressende livserfaringer. Andre vitenskapelige pionerene innen resiliensforskningen er blant annet Irving Gottesman, Michael Rutter og Arnold Sameroff (Masten 2007a).

3.2.2 Det usårbare barnet

På begynnelsen av 1970-tallet var det populært å bruke uttrykket *the invulnerable child* på barn som utviklet resiliens (Rutter 1985). Grunnen til dette var at noen barn ble ansett som så tøffe at de ikke ga under for det presset risiko og stress førte med seg. Rutter (1985) hevder at man ikke kan bruke denne termen på grunn av minst tre årsaker. For det første så mener han at motstandsdyktighet mot stress er noe relativt, og ikke noe absolutt. For det andre mener Rutter (1985) at fundamentet for forsvarsevnen både er miljømessig og konstitusjonell. For det tredje hevder han at graden av motstand ikke er en bestemt kvalitet, men at den derimot varierer med omstendighetene og over tid. Ut fra disse årsakene hevder Rutter at man burde bruke konseptet resiliens i stedet for den absolutte ideen om usårbarhet.

3.2.3 “Ordinary magic”

Bruken av uttrykket *the invulnerable child* både i forskning og i massemedia (jfr. forrige punkt) tyder altså på at man tidligere har ment at det var noe bemerkelsesverdig eller spesielt med de barna som klarte seg godt til tross for risiko. Masten (2001) argumenterer for at dette er en feiloppfatning, og at det som er overraskende med resiliensforskning er at fenomenet er mer ordinært enn man skulle tro. Det virker som om resiliens er et vanlig fenomen som i de fleste tilfeller skyldes menneskenes omstillingssystem. Masten (2001) konkluderer med at resiliens springer ut fra ordinære og ikke ekstraordinære prosesser, og omtaler resiliens i denne forbindelsen som *ordinary magic*. Resiliens er dermed vanlig magi eller hverdagsmagi som alle kan utvikle i en eller annen grad.

3.2.4 De fire bølgene

Utviklingen av resiliensbegrepet har skjedd gjennom fire bølger eller faser. Den første bølgen, som oppsto rundt 1970, var i hovedsak opptatt av å identifisere individuell resiliens og hva som utgjør forskjellene mellom personer som utvikler resiliens og de som ikke gjør det (Wright og Masten 2005, Masten 2007b). Forskerne prøvde å demonstrere at dårlige erfaringer produserte psykiatrisk forstyrrelse (Rutter 1985). Den andre bølgen omhandlet hvilke prosesser som er involvert i resiliens, og hvordan disse virker. Fokuset flyttet seg nå fra hvilke faktorer som var assosiert med resiliens til hvilke prosesser som var involvert i utviklingen av resiliens. Sammenlignet med den første bølgen fokuserte den andre bølgen i større grad på utviklingssystemer og økologiske systemer. I tillegg fokuserte den på individuelle faktorer. Den tredje bølgen la i hovedsak vekt på om resiliens kan fremmes gjennom intervensjon. Forskingen fokuserte på om man kan fremme og skape resiliens og bruke det som prevensjon og forebygging når ikke resiliens oppstår naturlig (Wright og Masten 2005, Rutter 1985). Den fjerde og hittil siste bølgen er nå på vei. Den ser på hvordan man kan integrere forskning på tvers av interaksjonsnivåer. I tillegg er den også opptatt av hvordan vi kan lære fra resiliens på tvers av disipliner (Masten 2007a).

3.2.5 Ulike tilnærminger

Resiliensforskning har hatt ulike tilnærminger for å prøve å identifisere faktorer som assosieres med bedre tilpasning blant risikobarn. For å forstå hvilke prosesser som ligger til

grunn for sammenhenger mellom risikofaktorer og god tilpasning opererer resiliensforskningen med to ulike hovedtilnærminger: variabelfokuserte eller personfokuserte (Masten 2001, Masten og Powell 2003). Personfokuserte tilnærminger identifiserer individer som har utviklet resiliens for å avgjøre hvordan disse individene skiller seg fra andre som har vært utsatt for samme belastning. De mest vanlige personfokuserte tilnærmingene er case-studier og longitudinelle studier. Variabelfokuserte tilnærminger undersøker karakteristikker ved individet og miljøet rundt det. Dette gjør de for å finne ut hva det er ved både individet selv og miljøet rundt som bidrar til at resultatet blir positivt til tross for at belastningen eller risikoen er stor. Variabelfokuserte tilnærminger ønsker også å undersøke sammenhengen mellom kompetanse, belastning og andre potensielle beskyttelsesfaktorer. Denne tilnærmingen er viktig av to grunner. For det første tester den hypotesene om ulike beskyttelsesfaktorer. For det andre kan den være en modell for intervensjon (Masten og Powell 2003, Wright og Masten 2005).

3.2.6 Norsk forskning

Hovedtyngden av forskningen på resiliens er amerikansk, og resiliensbegrepet blir i størst grad tatt opp i amerikansk litteratur (Borge 2003). I den senere tid har det også i Norge blitt satset mer på resiliensforskning, og i 2005 mottok Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør midler fra Strategiplan for barn og unges psykiske helse til et femårig prosjekt for forskning på resiliens. Prosjektet er et longitudinelt tvillingprosjekt som dreier seg om å finne årsaker til resiliens hos ungdom, konsekvenser av resiliens og utprøving av hvilke tiltak som kan settes i gang for å fremme resiliens hos ungdom. Dette er et forskningsprosjekt som avsluttes sommeren 2010 (R-BUP 2008).

3.3 Hva er resiliens?

3.3.1 Definisjon

Som nevnt i innledningen refererer resiliens generelt sett til kompetanse i en kontekst hvor det finnes store utfordringer i forhold til tilpasning og utvikling (Masten og Coatsworth 1998). Resiliens er et bredt begrep som har blitt definert på ulike måter, og som har hatt ulike betydninger opp igjennom årene. La oss nå se på tre ulike definisjoner.

Wyman m.fl. (1999) definerer resiliens som ”a child's achievement of positive developmental outcomes and avoidance of maladaptive outcomes, under significantly adverse conditions”. Han og hans kolleger vektlegger i stor grad barnets rolle, og definisjonen kan tolkes på den måten at resiliensprosessen i hovedsak ligger i barnets egen streben etter et tilfredsstillende resultat. Den kan gi et uttrykk for at oppnåelsen av et positivt utviklingsresultat, og unngåelsen av et dårlig tilpasset utviklingsresultat, er en prosess som barnet alene jobber mot i situasjoner med store belastninger.

Rutter definerer resiliens som ”the processes that differentiate people's responses to serious stress or adversity [...] Resilience is relatively good outcome despite the experience of situations that have been shown to carry major risk for the development of psychopathology” (2000: 653). Rutter har her et annet fokus i defineringen av resiliensbegrepet. Han vektlegger prosessene i utviklingen av resiliens i motsetning til den forrige definisjonen som i hovedsak vektla barnets rolle. I den første definisjonen kan man få et inntrykk av at det er barnet som oppnår det positive resultatet, mens man i denne definisjonen forstår at resiliens handler om prosessene som virker inn på barnets utvikling.

Wright og Masten definerer resiliens som ”a pattern of positive adaptation in the context of past or present adversity” (Wright og Masten 2005: 18). Heller ikke denne definisjonen gir barnet en aktiv rolle som oppnår resiliens. Her defineres resiliens omtrent på samme måte som hos Rutter (2000). Begge omhandler det at det skjer en positiv tilpasning, men Wright og Masten (2005) velger å bruke begrepet ”tilpasningsmønster” der hvor Rutter (2005) bruker begrepet ”prosess”. Alle de tre definisjonene har en ting felles, nemlig det at de understreker barnets oppnåelse av et tilfredsstillende utviklingsresultat til tross for alvorlig belastning.

Wright og Masten sin definisjon er hentet fra *Handbook of resilience in children* (Goldstein & Brooks 2005), og det er denne definisjonen jeg har valgt å bruke i oppgaven. Årsaken til dette er at det i mange år har vært stor forvirring rundt den presise meningen av mange ord og uttrykk som blir brukt i forbindelse med resiliensforskning (Masten 2001), men at det nå er en voksende enighet rundt definisjonene. Wright og Mastens definisjon er et resultat av denne konsensusen. I tillegg er definisjonen relativ ny og lett forståelig. Den forteller oss at resiliens handler om positiv tilpasning til tross for belastning. For at definisjonen skal bli mer helhetlig velger jeg å ta med en utdypning. Rutter (1990, i Waaktaar og Christie 2004: 17) påpeker at ”resilience involves a range of processes that bring together quite diverse

mechanisms operating before, during and after encounter with stress experience or diversity”. Her kommer det tydelig frem at resiliens ikke er noe som skapes av individet alene. Det er derimot flere prosesser som skjer i samspill mellom individet, belastningen og omgivelsene rundt individet. Om resiliens vil finne sted avgjøres av hvordan disse tre faktorene til sammen virker på hverandre både før, under og etter en belastning. Altså er både tidligere erfaringer og det som skjer i etterkant av en påkjenning like viktig som det som skjer mens belastningen direkte er til stede (Rutter 2000). Et positivt tilpasningsmønster og de ulike prosessene gir til sammen et godt og helhetlig bilde på hva resiliensbegrepet omhandler.

To vurderinger kreves før et positivt tilpasningsmønster kan identifiseres. Disse er atskilte fra hverandre. For det første må man ut fra visse kriterier vurdere om det har vært en alvorlig trussel mot individets utvikling eller tilpasning. For det andre må man avgjøre om individet har oppnådd tilfredsstillende tilpasning til tross for denne utsettelsen for risiko eller trussel. Dette gjøres ut fra noen valgte kriterier (Wright og Masten 2005, Luthar m.fl. 2000). Hvis ikke barnet har vært utsatt for alvorlig risiko, og deretter oppnådd tilfredsstillende tilpasning, kan man ikke si at barnet har utviklet resiliens. For å være resilient må barnet ha vært utsatt for noe som kunne ”slått det ned” (Masten 2007b).

Masten og Powell (2003) hevder at det ikke er riktig å kalle en person resilient ut fra diagnostiserende kriterier. Resiliens er en beskrivelse av et generelt mønster, mens en diagnostisering først kan gjøres når et individ blir matchet opp mot symptomene eller kriteriene. De mener at det passer bedre å si at et individ har et resilient mønster eller at en person viser kjennetegn på resiliens enn å si at en person er resilient.

3.3.2 Trekk ved resiliens

Resiliens er ikke absolutt, men derimot en dynamisk prosess som skjer over tid (Rutter 2000). Resiliens trenger ikke nødvendigvis være noe vedvarende, og prosessen kan komme og gå. Noen barn viser resiliens på ett tidspunkt i livet, og ikke på et annet (Wright og Masten 2005). Andre barn viser resiliens under visse belastninger og risikoer, og ikke under andre (Rutter 2000).

3.3.3 Bruk av resiliensbegrepet i Norge

Barn som klarer seg til tross for vanskelige oppvekstvilkår har i skjønnlitteraturen og på folkemunne populært blitt kalt ”løvetannbarn”. Borge (2003) forklarer uttrykket ”løvetannbarn” med at risikobarn, akkurat som blomsten løvetann, tar i bruk sine helt spesielle egenskaper for å tilpasse seg et vanskelig miljø. Løvetann klarer til og med å vokse opp igjennom sprekker i asfalten. Waaktaar og Christie (2000) hevder at det ikke er passende å bruke uttrykket ”løvetannbarn” i forbindelse med barn som utvikler resiliens. Årsaken til dette er at ”løvetannbarn” lett kan skape assosiasjoner til at det finnes noen barn som vil klare seg uansett hvor store belastninger eller påkjenninger de har opplevd. Slik vil det ikke være i virkeligheten. Et barn som utvikler resiliens i en situasjon kan utvikle store problemer under en annen type påkjenning eller risiko. Og at et barn har utviklet resiliens betyr ikke at det er upåvirket av belastningen.

I den norske faglitteraturen om resiliens har det blitt brukt alternative ord som for eksempel motstandskraft og motstandsdyktighet. For eksempel har Gjærum m.fl. (1998) valgt å bruke uttrykket motstandsdyktighet i boka *Mestring som mulighet i møte med barn, unge og foreldre*. Waaktaar og Christie (2000) mener at disse alternative uttrykkene i for stor grad fremhever at det handler om trekk ved personen, og at uttrykkene dermed ikke er dekkende nok. Forfatterne ønsker ikke at valg av ord skal føre til at begrepet mister meningen om at det dreier seg om et svært komplekse samspill mellom en rekke faktorer. De påpeker at man må bruke et uttrykk som fremhever at det handler om et komplisert samspill mellom både personer og situasjoner, og at dette samspillet bestemmer utfallet for det enkelte mennesket (Waaktaar og Christie 2000: 17). Siden det ikke finnes en fullstendig dekkende norsk oversettelse har Waaktaar & Christie (2000) derfor valgt å bruke det engelske uttrykket ”resilience” uten å oversette det i sin bok *Styrk sterke sider*. Borge (2003: 15) har av samme årsak som Waaktaar og Christie (2000) valgt å beholde termen resiliens i sine fagbøker, men i fornorsket form. Hun mener at en slik fornorskning supplerer det norske språket med et nytt psykologisk begrep.

3.4 Belastning og risiko – en forutsetning for resiliens

Med henvisning til punkt 3.3.1 må det to vurderinger til før man kan identifisere et resilient tilpasningsmønster. Det første kriteriet er at det har vært en alvorlig trussel mot individets utvikling. Risiko er dermed en forutsetning for resiliens, og det er først når barnet tilpasser seg eller utvikler seg bra til tross for denne risikoen at resiliens oppstår (Borge 2003, Wright og Masten 2005). Hvis det ikke har vært en risiko eller belastning til stede kan det man tror er resiliens skyldes at barnet ikke har vært utsatt for noen risiko eller at det ikke har erfart en belastning. Det er dette kriteriet jeg vil se nærmere på i dette hovedpunktet. Det andre kriteriet som må tas i betraktning før et resilient tilpasningsmønster kan identifiseres involverer avgjørelsen om hvor bra individet gjør det i livet. Dette vil jeg komme tilbake til i punkt 3.5.

Siden jeg i denne oppgaven valgte å bruke Wright og Mastens (2005) definisjon på resiliens, vil jeg fortsette å bruke deres terminologi i dette kapittelet.

3.4.1 Belastning og risiko

Uttrykkene risiko og belastning brukes om hverandre i litteraturen, og det gjør jeg også i denne oppgaven. Allikevel vil jeg her vise hva som skiller de to begrepene fra hverandre for at leseren skal få et bedre overblikk over resiliensbegrepet og for at leseren skal få vite hva som er riktig terminologi. Årsaken til at jeg bruker risiko og belastning om hverandre i denne oppgaven er at begge begrepene passer i forhold til barn av alkoholikere. Dette kommer jeg nærmere inn på rett etter definisjonene.

Belastning defineres som “environmental conditions that interfere with or threaten the accomplishment of age-appropriate developmental task” (Wright og Masten 2005: 19). Eksempler på dette er barnemishandling, fattigdom eller alkoholisme hos foreldre som denne oppgaven handler om.

Risiko defineres som “an elevated probability for an undesirable outcome” (Wright og Masten 2005: 19). Hvis det er en høy sannsynlighet for et uønsket utfall er det en risiko til stede. Et eksempel på dette er at sannsynligheten for å utvikle schizofreni er større hos individer med schizofrene foreldre. Det er ikke slik at all risiko er negativ, og for å konkludere med at dårlige opplevelser får uheldige konsekvenser må man analysere tre

forhold: 1) Hvilken risiko eller type stress fører til 2) hvilke typer problemer, via 3) hvilke prosesser eller mekanismer (Borge 2003: 46).

Barn av alkoholmisbrukere blir utsatt for belastning fordi de vokser opp i et hjemmemiljø som i mange tilfeller forstyrrer utviklingen. De får ikke den omsorgen og oppmuntringen de trenger, og foreldrenes alkoholmisbruk fører med seg mange vonde følelser og forvirrende opplevelser (jfr. kapittel 2.3). Man kan også si at barn av alkoholikere er utsatt for risiko. Årsaken til dette er at det er en større sannsynlighet for at barn av alkoholikere blant annet utvikler depresjon, psykososiale problemer og adferdsvansker (jfr. punkt 2.3.1).

Ulike former for risiko kan tilsynelatende forsvinne i flere år for så og dukke opp igjen. Borge (2003: 48) kaller dette *sleepers effect*. Noen risikotyper kan også komme tilbake i ny forkledning. Årsaken til problemer er svært sammensatte, og man kan ikke ta det for gitt at alle risikobarn automatisk får økte problemer.

Borge (2003) deler psykososial risiko inn i tre typer: individuell, familiebasert og samfunnsmessig risiko. Individuell risiko kan for eksempel være medfødte problemer og utviklingen av alvorlige tilpasningsproblemer. Denne typen er forbundet med barns temperament eller personlighet. Familiebasert risiko er knyttet til de voksne og deres forelderrolle. Alkoholmisbruk tilhører denne typen. Samfunnsmessig risiko er av samfunnsmessig art. Noen skapes av menneskene selv mens andre skapes av naturen. Menneskeskapte katastrofer kan for eksempel være skyteepisoder og terrorangrep. Naturskapte katastrofer er for eksempel jordskjelv, flom, ras, vulkanutbrudd eller skogbrann.

3.4.2 Risikofaktorer

Risikofaktorer defineres av Wright og Masten (2005: 19) som "a measurable characteristic in a group of individuals or their situation that predicts negative outcome on a specific outcome criteria". Risikofaktorer forutsier tilpasningsproblemer og negative utkom. Alvorlig familiekrangel og alkoholmisbruk er for eksempel to hyppige og velkjente risikofaktorer som kan ødelegge barns utvikling og trivsel, men de må forekomme i alvorlig grad for at de skal virke negativt (Borge 2003).

Risikofaktorer dukker ikke opp isolert fra hverandre (Wright og Masten 2005). Derimot forekommer de ofte sammen med hverandre. Barn utsatt for store trusler er ofte

høyrisikobarn fordi de blir utsatt for flere belastninger som varer over lenger tid (Wright og Masten 2005). Risikofaktorer som opptrer sammen er ofte mer forutsigbare enn de som opptrer alene (Masten og Coatsworth 1995). Dette kalles kumulativ risiko. Kumulativ risiko defineres som ”økt risiko skyldes (a) nærværet av mange faktorer; (b) flere forekomster av samme risikofaktor; eller (c) opphopningseffekten av pågående belastning” (Wright og Masten 2005: 19). Barn av alkoholikere blir ofte utsatt for en slik kumulativ risiko. I tillegg til at mor eller far er alkoholikere blir de kanskje utsatt for vold, fraværet av foreldre, uadekvat oppdragelse, angst for at det skal skje foreldrene noe eller stress fordi de ønsker å skjule foreldrenes problemer for samfunnet rundt dem. Man kan ut i fra dette si at risiko og belastning har en tendens til å ha en snøballeffekt. En risiko fører til en annen som fører til den tredje også videre.

3.5 Kompetanse

Med henvisning til punkt 3.4 kreves det to vurderinger før resiliens kan identifiseres. Det andre kriteriet omhandler hvor bra individet gjør det i livet. Vurderingen omhandler altså kvaliteten på utviklingen eller tilpasningen, og dette kriteriet ses i forhold til nøkkelkonseptene kompetanse, sårbarhet og beskyttelsesfaktorer (Wright og Masten 2005).

Ford (1985, i Masten og Coatsworth 1995) identifiserte fem relaterte, men ulike, betydninger av kompetanse: motivasjon, troen på sin egen effektivitet, spesielle evner eller ferdigheter, personlighetstrekk og synlig prestasjon. Alle de fem betydningene refererer til effektiv funksjonering, men de skiller seg fra hverandre i sin fokus på indre prosesser, mentale strukturer og ferdigheter.

Når et barn vokser opp stiller samfunnet både implisitte og eksplisitte forventninger til det. Kompetanse vurderes gjerne ut i fra hvor bra barnet har møtt, og fortsetter og møte, disse forventningene. Man vurderer hvordan barnet gjør det på utviklingsoppgaver som er aldersrelaterte adferdsstandarder på ulike områder som for eksempel emosjonelle, fysiske, moralske eller kognitive. Det er viktig å være oppmerksom på at disse kan variere fra kultur til kultur (Wright og Masten 2005).

3.5.1 Sårbarhet

Sårbarhet er ”individual susceptibility to undesirable outcomes; the diathesis in diathesis-stressor models of psychopathology” (Wright og Masten 2005: 19). Sårbarhet refererer altså til individuell mottakelighet for uønsket utfall. Årsaken til at begrepet sårbarhet tas opp i forbindelse med beskyttelsesfaktorer er at de to begrepene er nært forbundet med hverandre. Tilstedeværelsen av en eller flere beskyttelsesfaktorer kan redusere et barns sårbarhet i møtet med en risiko eller belastning (Wright og Masten 2005). Barnets tilpasning til en belastning vil påvirkes av barnets sårbarhet og tilstedeværelsen av beskyttelsesfaktorer.

3.5.2 Beskyttelsesfaktorer

Wright og Masten (2005: 19) definerer beskyttelsesfaktorer som “a quality of a person or context or their interaction that predicts better outcomes, particular in situations of risk or adversity”. Sagt med andre ord refererer beskyttelsesfaktorer til en påvirkning som modifierer, forbedrer eller forandrer en persons respons til samme miljømessige risiko som forårsaker et dårlig tilpasset utfall (Rutter 1985). Veldig forenklet kan man si at en beskyttelsesfaktor er det motsatte av en risikofaktor. Risikofaktoren er en målbar karakteristikk som forutsier negativt utfall, mens beskyttelsesfaktoren er en kvalitet som forutsier et mer positivt utfall.

Wright og Masten (2005) skiller mellom beskyttelsesfaktorer og ressurser eller kompenserende faktorer. Ressurser eller kompenserende faktorer definerer de som ”en målbar karakteristikk i en gruppe individer eller i deres situasjon som forutsier generelle eller spesifikke utfall” [min oversettelse] (Wright og Masten 2005: 19). Det som skiller disse to er dermed at kompenserende faktorer predikerer generelle positive utfall på alle nivåer av risiko mens beskyttelsesfaktorer er viktige i forhold til positiv tilpasning ved høyt risikonivå.

Resiliensmodeller inneholder beskyttelsesfaktorer som hypotetisk sett skal redusere sannsynligheten for dysfunksjon og forstyrrelser i nærværet av belastning og stressende livserfaringer. Noen steder i forskningslitteraturen klassifiseres beskyttelsesfaktorene i to ulike grupper mens de andre steder deles inn i fire. Gore og Eckenrode (1994) er et eksempel på dem som deler beskyttelsesfaktorene inn i to, mens Wright og Masten (2005) er et eksempel på dem som deler inn i fire grupper med ulike kjennetegn.

Gore og Eckenrode (1994) klassifiserer beskyttelsesfaktorene i personlige faktorer og miljøressurser. De personlige faktorene kan enten ha en sterk biologisk komponent eller de kan være nært forbundet med det sosiale miljøet. Eksempler på de biologiske komponentene er temperament eller fysisk helse. Selvtillitt og selvoppfatninger er eksempler på personlige faktorer som er knyttet til det sosiale miljøet. Miljøressurser er for eksempel familiens inntekt eller støttende sosiale forhold i samfunnet. Det som er positivt med en slik klassifisering er at den hjelper oss å skille det en person tar med seg i møtet med miljøet fra miljøets objektive trekk. På den andre siden kan en slik klassifisering skjule viktig interaksjon mellom personen og miljøet (Gore og Eckenrode 1994).

Til sammenligning deler Wright og Masten (2005) beskyttelsesfaktorene og de andre ressursene inn i karakteristikk ved barnet, ved familien, ved samfunnet eller ved kulturen. Karakteristikk ved barnet er omtrent det samme som Gore og Eckenrode (1994) kaller personlige faktorer, og kan for eksempel være høy selvtillitt, positivt syn på livet, gode kognitive evner, sosialt temperament og effektive strategier for adferdsregulering. De faktorene Gore og Eckenrode (1994) kaller miljøressurser deler Wright og Masten (2005) derimot opp i tre mindre grupper. De skiller som sagt mellom karakteristikk ved familien, ved samfunnet og ved kulturen, og gir dermed et mer nyansert bilde på ressursene som ligger utenfor barnet selv. Eksempler på karakteristikk ved familien er sosioøkonomiske fordeler, høyere utdanning, at foreldrene er involvert i barnas skolegang og stabilt hjemmemiljø. Karakteristikk ved samfunnet som kan være beskyttende er god skole, trygt nabolag og bra helsetilbud. Kulturelle karakteristikk kan være beskyttende barnepolitikk, at kulturen ikke aksepterer fysisk vold og at det brukes ressurser på utdanning (Wright og Masten 2005).

Beskyttelsesfaktorer er ressurser som særskilt betyr noe eller bare betyr noe når risikoen eller belastningen er høy. For eksempel vil ikke beskyttelsesfaktorene bety noe for et barn som ser mammaen sin drikke alkohol tre til fire ganger i løpet av året. Derimot vil de ha noe å si for et barn som vokser opp med en alkoholisert mor. Det kreves forsvar mot effekten risikoen fører med seg for at beskyttelsesfaktorene skal bety noe. Det er dette som skiller beskyttelsesfaktorer fra ressurser, og dermed gjør dem vanskeligere å identifisere. Effekten av beskyttelsesfaktorene brukes i hovedsak i en risikokontekst. Mange faktorer som i tidligere forskning har blitt identifisert som beskyttelsesfaktorer er mer sannsynlig ressurser som hjelper barnets utvikling og tilpasning uansett om barnet er utsatt for risiko eller ikke (Wright og Masten 2005). Det som blir sett på som beskyttelsesfaktorer kan egentlig være

veletablerte sammenhenger som å generelt gjøre det bra, både under betingelser med lav og høy risiko (Masten og Powell 2003).

En beskyttelsesfaktor dukker gjerne opp sammen med andre beskyttelsesfaktorer som virker sammen. Derfor kan det være vanskelig å eksplisitt observere en risikofaktor alene. (Gore og Eckenrode 1994). Det er ikke sikkert en enkeltstående beskyttelsesfaktor faktisk er en beskyttelsesfaktor hvis denne hadde opptrådt uten en annen. Beskyttelsesfaktorer er ikke synonymt med et positivt eller fordelaktig resultat (Rutter 1985). De reparerer ikke fullstendig problemet risikoen fører med seg, men derimot moderer de belastningens påvirkning på tilpasning (Wright og Masten 2005). Timing er også viktig i forhold til beskyttelsesfaktorer. Når en belastning eller opplevelse skjer vil det virke inn på resultatet (Rutter 1985).

Det har vært stor debatt omkring det å identifisere en sammenhengende variabel som korrelerer med tilpasning som enten en risikofaktor eller som en beskyttelsesfaktor. En slik sammenheng kan bli sett på som enten eller, eller begge deler (Wright og Masten 2005). Det er vanligvis ikke lett å avgjøre om et positivt utfall skyldes at barnet har blitt utsatt for mindre risiko eller om det er mindre sårbart heller enn at det skyldes barnets resiliens eller andre beskyttelsesfaktorer (Masten 1994, i Masten og Coatsworth 1995). Et bedre utfall kan altså skyldes lavere samlet risiko, og ikke resiliensmekanismer.

3.6 Adekvat tilpasning

Noen barn klarer seg altså bra til tross for at de over kortere eller lenger tid blir utsatt for belastning eller risiko. Men hva betyr det egentlig ”å klare seg”? I resiliensforskningen varierer kriteriene på ”å klare seg” fra studie til studie (Waaktaar og Christie 2004). I forbindelse med dette kommer flere sentrale diskusjonsspørsmål opp. Eksempler på spørsmål en må stille seg er når man kan si at et barn har tilpasset seg tilfredsstillende, og på hvilke områder den tilfredsstillende tilpasningen må skje.

3.7 Resiliens hos barn av alkoholikere

Utviklingen av resiliens blant barn av alkoholmisbrukere påvirkes av en lang rekke risiko- og beskyttelsesfaktorer og medierende og modererende mekanismer (Lindgaard 2002). I Kauai-undersøkelsen (jfr. punkt 3.2.1) var Werner og Smith (1986) spesielt opptatt av utviklingen hos de barna som i tillegg til annen risiko hadde foreldre som misbrakte alkohol. Barn av foreldre med alkoholproblemer hadde større risiko for å utvikle tilpasningsproblemer enn barn som vokste opp med foreldre som ikke misbrakte alkohol. Allikevel var det hele 59 % av barna i en slik form for risikofamilie som ikke utviklet problemer. Risikoen kan reduseres ved hjelp av barnas personlighet og positive forhold tidligere i oppveksten. Hvilke kjennetegn på hva som skiller resiliente fra ikke-resiliente barn av alkoholikere som Werner og Smith (1986) og andre forskere har kommet fram til skal vi se nærmere på i neste kapittel.

4. BARN AV ALKOHOLMISBRUKERE – HVA SKILLER BARN SOM UTVIKLER RESILIENS FRA BARN SOM IKKE GJØR DET?

Barn er ulike allerede fra fødselen. Noen barn blir født fysisk og psykisk sterkere enn andre barn. Utviklingen av resiliens fremmes av biologiske og fysiske krefter (Kumpfer 1999). Dette betyr at barn og unge som på visse områder er sterkere enn andre barn har større sannsynlighet for å utvikle resiliens. Men hva er det som skiller de barna som utvikler resiliens fra de barna som ikke gjør det? Jeg har prøvd å sammenfatte hva som kjennetegner resiliente barn oppvokst i en familie hvor en eller flere av foreldrene misbruker alkohol. Disse kjennetegnene ønsker jeg å se nærmere på i dette kapitlet. Jeg har valgt å dele karakteristikkene opp i to kjennetegn: 1) kjennetegn ved barnet og 2) kjennetegn ved omgivelsene.

Det er viktig å understreke at kjennetegn ved barn av alkoholmisbrukere som utvikler resiliens i stor grad er de samme kjennetegnene som beskriver resiliente barn som har vært utsatt for andre typer risiko enn alkoholmisbruk (Werner og Smith 1992).

4.1 Indre faktorer: kjennetegn ved barnet

Kjennetegn ved barnet selv utgjør en del av faktorene som skiller resiliente barn fra ikke-resiliente oppvokst i en alkoholisert familie.

4.1.1 Temperament og personlighet

Mange forskere er enige om at hvilket temperament og personlighet barnet har, vil være med på å påvirke om det utvikler resiliens eller ikke (se for eksempel Werner og Smith 1992, Kumpfer 1999, Lindgaard 2002, Zucker m.fl. 2003, Wright og Masten 2005). Barn som har utviklet resiliens kjennetegnes ofte ved at de har et temperament som fremkaller positiv oppmerksomhet fra omgivelsene. I Kauai-studiet beskrives disse barna som ”lette å ha med å gjøre” allerede som ettåring av omsorgspersonene sine. Jentene blir beskrevet som mer ”hengivne” enn de som ikke utvikler resiliens, og guttene blir beskrevet som ”gode av natur”

(Werner og Smith 1992). I tillegg har begge kjønn større tilpasningsdyktighet og et mer positivt gemytt (Kumpfer 1999).

Werner og Smith (1992) hevder at personlighets- og temperamentskarakteristikker finnes hos barn allerede ved fødselen. Flere av de resiliensfremkallende faktorene er dermed delvis biologisk eller genetisk bestemt.

I noen tilfeller er det slik at foreldrenes og barnets personlighet og temperament ikke passer sammen. Noen personligheter matcher, mens andre ikke gjør det. Dette er viktig å ta med i betraktningen i forhold til hvordan barns personlighet og temperament kan brukes som et kjennetegn på resiliens. Personlighet og temperament er faktorer som kan oppfattes ulikt av ulike omsorgspersoner, lærere eller andre mennesker i barnets sosiale miljø. Beskrivelsene av barna blir subjektive oppfatninger. To forskjellige voksne kan i noen tilfeller oppfatte det samme barnets temperament på ulike måter. Årsaken til dette er at temperament og personlighet også varierer fra voksen til voksen, og hvordan et bestemt individ vil beskrive et annet individ vil påvirkes av dette. For eksempel vil kanskje en omsorgsperson beskrive barnet som vanskelig å ha med å gjøre, mens en annen vil beskrive det som omgjengelig. Årsaken til dette kan da være at den voksne har såpass ulikt temperament og personlighet i forhold til barnet.

I forbindelse med personlighet og temperament påpeker Kumpfer (1999) at barn som utvikler resiliens oppleves som emosjonelt stabile. De er relativt glade og energiske, og mange bruker humor som en strategi for å takle den vanskelige situasjonen sin (Torgersen og Waaktaar 2007). Et annet hovedkjennetegn er at de har et optimistisk syn på livet og fremtiden. De tror at det finnes en mening med livet (Masten 2007a). Resiliente barn er flinke til å gjenkjenne sine egne følelser, og på denne måten kan de kontrollere vanskelige og uønskete følelser som for eksempel anger, frykt og tristhet.

I forhold til barn av alkoholikere understreker Kumpfer (1999) at det er vanskeligere for barn av alkoholmisbrukere å lære og gjenkjenne følelser enn det er for andre barn. Grunnen til dette kommer hun ikke nærmere inn på. Årsakene er nok flere, men en av hovedgrunnene er trolig at barn lærer å gjenkjenne følelser og kontrollere destruktive impulser gjennom rollemodeller og samspill mellom foreldre og barn. Dette er vanskeligere for barn av alkoholikere fordi foreldrene ikke framstår som tydelige rollemodeller, og samspillet mellom foreldrene og barna er ustabil og vil variere med drikkingens syklus. Foreldre som er

påvirket av alkohol vil i mange tilfeller reagere forskjellig fra gang til gang når de er beruset. Noen ganger blir kanskje mamma eller pappa veldig glad og andre ganger blir han eller hun kanskje trist eller aggressiv. I tillegg vil foreldrenes oppførsel og reaksjoner være annerledes når mamma og pappa er full enn når hun eller han er edru. På denne måten blir barnet utrygg i forhold til følelsesmessige situasjoner, og det vil dermed heller ikke lære om hvordan det selv skal reagere i ulike situasjoner som involverer følelser. Alkoholmisbrukende foreldre er dermed ikke gode rollemodeller i forhold til emosjonell stabilitet.

For noen barn av alkoholikere betyr dette at de ikke får muligheten til å utvikle emosjonell stabilitet i så stor grad som andre barn. Men mange barn av alkoholikere bekjemper denne risikoen, og utvikler resiliens til tross for at de ikke er like flinke til å gjenkjenne sine egne følelser. En mulig årsak til dette er at barna utvikler flere andre resiliente karakteristikk, og at disse er så sterke at de fungerer som beskyttelsesfaktorer uansett. Det er ikke slik at alle karakteristikkene på resiliens må være tilstede for at resiliens skal utvikles. Noen barn som utvikler resiliens kjennetegnes av et par faktorer, mens andre barn kjennetegnes av mange karakteristikk.

I tillegg har tilpasningsevne eller fleksibilitet blitt identifisert som en temperamentskomponent (Deater-Deckard m.fl. 2005). Et barn som utvikler resiliens kjennetegnes ofte av at det klarer å tilpasse seg og bearbeide forandringer i miljøet uten å bli stresset eller distrauert.

Barn med et temperament som frembringer positiv oppmerksomhet fra omgivelsene, frembringer også positiv oppmerksomhet fra andre barn. Et vanskelig og aggressivt temperament vil derimot føre til at barna blir avvist av jevnaldrende. Dette fører meg over på den neste faktoren som skiller resiliente barn fra de som ikke utvikler resiliens, nemlig gode sosiale evner.

4.1.2 Gode sosiale ferdigheter

Generelt har barn som utvikler resiliens bedre sosiale evner enn de barna som ikke gjør det. De har stor empati og de bryr seg om andre (Kumpfer 1999). Schjeldrup-Mathiesen (2007) fant i sin studie at barn med resilient utviklingsforløp er blant de 33 % med høyest skårer i forhold til sosial kompetanse.

I tillegg er resiliente barn lenger fremme enn sine jevnaldrende når det gjelder kommunikasjon, og de kommer godt overens med klassekameratene sine. De har nære, positive vennskap med minst en jevnaldrende (Werner og Smith 1992, Kumpfer 1999, Wright og Masten 2005). I tillegg kan Zucker m.fl. (2003) rapportere at det er mindre sannsynlighet for at resiliente barn av alkoholmisbruker har adferdsproblemer enn ikke-resiliente barn.

Vennskap og sosiale nettverk som skapes ved hjelp av barnas sosiale evner gjør det lettere for barna å håndtere stressende situasjoner i tillegg til at de lærer nye måter og håndtere vanskelige situasjoner på. Det sosiale nettverket blir også en ytre faktor som kjennetegner resiliente barn. Jacobs og Wolin (1991, i Kumpfer 1999) rapporterer at resiliente barn av alkoholmisbrukere allerede som små barn velger å omgås den best fungerende av foreldrene. Når de blir eldre søker de seg heller til for eksempel naboer, lærere eller andre voksne personer i nærmiljøet enn sine egne foreldre, og finner støtte der (Werner og Smith 1992). Barnets velutviklede sosiale evner gjør at barnet ønsker å oppsøke andre mennesker og at de blir tatt vel i mot. På denne måten får barnet gode rollemodeller, den støtten og den voksenkontakten det trenger, og som i tillegg fremmer resiliens.

Sammen med et lett temperament fører barnas sosiale evner til positiv oppmerksomhet fra omgivelsene. Positiv oppmerksomhet bidrar igjen til et bedre selvbilde. Dette er neste kjennetegn på hva som skiller barn som utvikler resiliens fra de som ikke gjør det.

4.1.3 Positivt selvbilde

Et positivt selvbilde ser ut til å være avgjørende i forhold til utviklingen av resiliens (Lindgaard 2002, Wright og Masten 2005, Waaktaar m.fl. 2006). Resiliente barn har bedre selvtillitt og tror på seg selv og sin egen verdi (Deater-Deckard m.fl. 2005). De har troen på at de klarer å oppnå mål selv om de møter motstand og frustrasjon på veien.

Flere ting er med på å styrke et barns selvbilde. Resiliente barn kjennetegnes ved at de har en positiv følelse i forhold til anerkjennelse av seg selv og opplevelse av kontroll (Robinson og Rhoden 1998, Lindgaard 2002). Til tross for vanskelig livssituasjon opplever resiliente barn av alkoholmisbrukere at de selv kan påvirke begivenheter og miljøet rundt dem. I kontrast vil barn som ikke utvikler resiliens oppleve en følelse av hjelpsløshet. De vil

kanskje føle at ingenting de sier eller gjør vil ha noen betydning i forhold til sin egen situasjon. Dette vil igjen påvirke selvbildet deres på en negativ måte.

I forhold til opplevelsen av kontroll indikerer forskning at barn av alkoholmisbrukere i større grad har *external locus of control* sammenlignet med andre barn. Dette betyr at barn av alkoholikere i større grad føler at det er ytre krefter som avgjør skjebnen deres (Robinson og Rhoden 1992). Årsaken til dette kan være at disse barna har vært vitne til at foreldrene har vanskeligheter med å ta kontroll over og styre livene sine. Barna opplever at det er ytre krefter, for eksempel alkoholen, som tar over foreldrenes liv. Foreldrenes måte å håndtere stress og belastning på påvirker hvordan barna møter problemer og utfordringer (Rutter 1985). En annen årsak kan være at det kaoset og den ukontrollerbarheten barnet opplever ved å leve i et alkoholisert hjem fører til en oppfatning om at de ikke er i stand til å kontrollere sine egne liv (Sher 1991). Barn av alkoholmisbrukere som utvikler resiliens har en større følelse av *internal locus of control*. De forstår at de kan ta kontroll over sine egne liv til tross for at de har opplevd at mamma eller pappa ikke styrer sine liv. De resiliente barna har en følelse av at de kan ta kontroll over det vanskelige alkoholiserede miljøet, og de tror på at deres egne handlinger kan avgjøre de positive eller negative konsekvensene de opplever i livet (Robinson og Rhoden 1998).

Et positivt selvbilde vil føre til en følelse av mestring som er neste kjennetegn på resiliente barn.

4.1.4 Følelse av mestring

Resiliente barn kjennetegnes av at de har en velutviklet følelse av mestring. Det er flere ting som sammen virker inn på om barnet føler mestring eller ikke. Som nevnt i forrige punkt hjelper et godt selvbilde positivt inn på mestringsfølelsen. Hvis barnet opplever å ha kontroll, uansett om kontrollen anvendes eller ikke, vil det føle større mestring. I forbindelse med dette er den kognitive vurderingen viktig. Gjennom gode kognitive evner vil barnet utvikle større fleksibilitet i bruken av mestringsstrategier, og det kan også utvikle nye mestringsstrategier (Lindgaard 2002). Hva som skiller de kognitive evnene hos resiliente barn fra ikke-resiliente, og hvordan mestring og kognitive evner må ses i sammenheng, kommer jeg tilbake til i punkt 4.1.5.

Werner og Smith (1992) rapporterer at resiliente barn har mange hobbyer og fritidsaktiviteter. Barn av alkoholmisbrukere som utvikler resiliens er også mer aktive enn de som ikke utvikler resiliens (Zucker m.fl. 2003). Man har også funnet en overhyppighet av kreativ aktivitet hos resiliente personer (Waaktaar og Christie 2000). Gjennom fritidsaktiviteter og hobbyer utvikler barna evner og interesser som igjen vil føre til en mestringfølelse. Det er også positivt at barn er aktive og deltar i aktiviteter utenfor hjemmet slik at de kommer i kontakt med andre personer i nærmiljøet. De kan utvikle vennskap med jevnaldrende, og de kan få støtte, oppmuntring og omsorg av andre voksenpersoner. Håndballtreneren eller korpssjefen kan bli en ny rollemodell. Dette vil igjen føre til bedre sosiale ferdigheter og et positivt selvbilde. Slike omsorgspersoner og rollemodeller blir i tillegg ytre faktorer. Dessverre er det slik at barn av alkoholikere i mange tilfeller ikke deltar på aktiviteter. Årsaken til dette kan være mange. Mange fritidsaktiviteter krever både økonomiske og personlige ressurser. I noen tilfeller har ikke foreldrene råd fordi alkoholmisbruk er en pengekrevenne sykdom. I andre tilfeller stiller ikke foreldrene opp i den grad det kreves fordi alkoholen opptar all tiden deres. Dermed blir barna og deres interesser forsømt. I andre tilfeller igjen er det barna selv som ikke vil delta i aktiviteter utenfor hjemme. De kan være redde for at nærmiljøet oppdager problemene i hjemmet, eller de kan ha angst for at noe vil skje med mamma og pappa når de ikke er hjemme og passer på dem.

4.1.5 Intelligens og kognitiv kompetanse

En genetisk faktor som fører til større sjanse for utviklingen av resiliens er intelligens og kognitiv kompetanse. Kognitive ferdigheter er en sterk og konsekvent forutsigelse for resiliens hos barn og unge (Kumpfer 1999, Rutter 2000, Deater-Deckard m.fl. 2005).

Men det er ikke slik at det er barn med høy intelligens som blir resiliente. Barn som utvikler resiliens har vanligvis ikke høyere intelligens enn sine jevnaldrende, men de bruker de evnene de har effektivt (Werner og Smith 1992, Lindgaard 2002). I tillegg har de flere og bedre håndteringsstrategier til disposisjon enn ikke-resiliente barn. De har også bedre utviklede problemløsningsevner, og de er flinkere til selvregulering (Rutter 1985, Masten 2007a). Rutter (1985) påpeker at det viktigste i forhold til disse strategiene ikke nødvendigvis er de spesifikke metodene som brukes, men derimot at håndteringsprosessene i det hele tatt eksisterer hos barnet.

Intelligens bestemmes ikke bare av genene. Barn er født med visse forutsetninger i forhold til intelligens, men flere faktorer spiller inn. Gener og miljø arbeider sammen om å fremme optimal utvikling under optimale betingelser i størst mulig grad. For eksempel må barn stimuleres og oppmuntres for at intelligensen og de kognitive evnene skal utvikles til sitt fulle potensial. Ikke alle barn av alkoholmisbrukere opplever den stimuleringen de trenger i tidlig barndom. Mange barn blir forsømt eller ignorert av foreldrene sine. Dette er heldigvis et problem som i de fleste tilfeller løser seg når barnet begynner på skolen. Her blir alle barn støttet og oppmuntret av lærere, og de fleste barn utvikler en følelse av mestring gjennom å klare oppgaver tilpasset deres nivå.

Resiliente barn gjør det som oftest bedre på skolen enn ikke-resiliente barn (Masten 2007b). De har bedre akademisk kompetanse i løpet av skolegangen, og de tar ofte høyere utdanning enn sine ikke-resiliente jevnaldrende (Werner og Smith 1992).

Intelligens og kognitive evner kan ofte ses i sammenheng med flere av de tidligere kjennetegnene. Som nevnt i punkt 4.1.4 så kan kognitive evner ha innflytelse på utviklingen av konstruktiv mestring. Et individs kognitive fundament har innflytelse på konstruktiv mestring, og et grunnleggende forhold med hensyn til utviklingen av resiliens er at barna har utviklet konstruktive mestringsstrategier. I tillegg vet de når og hvilke strategier som er mest hensiktsmessig å bruke i ulike situasjoner. Lindgaard (2002) skiller fire ulike mestringsstrategier fra hverandre: 1) rasjonell, 2) distanserende, 3) emosjonell og 4) unngående mestring. Rasjonell mestring er handlings- og oppgaveorientert, og barna lager planer i forhold til beslutning og handling. Distanserende mestring innebærer evnen til emosjonell kontroll, og går ut på at barnet klarer å gjøre seg uavhengig av hendelsen og følelsen som assosieres med hendelsen. Dette må skje uten at barnet bruker fornektelse. Emosjonell mestring er når barnet blir overveldet av situasjonen, og det får en følelse av maktesløshet og handlingslammelse. Unngående mestring er når barn og unge prøver å unngå den belastende eller stressende situasjonen, eller når de prøver å unngå kontakt med følelsene som forbindes med risikoen.

En hovedregel er at rasjonelle og distanserende mestringsstrategier er konstruktive for de fleste individer mens emosjonelle og unngående strategier er ukonstruktive. Det finnes unntak fra denne regelen, og dette unntaket gjelder spesielt barn av alkoholmisbrukere. Det er kanskje vanlig å tenke at for barn av alkoholikere vil det være lettere og mer adekvat å ta i

bruk emosjonelle og unngående mestringsstrategier i de ukontrollerbare situasjonene som oppstår når foreldrene drikker. Men mange barn av alkoholmisbrukere tar isteden i bruk de konstruktive mestringsstrategiene. For eksempel kan barnet distansere seg fra den alkoholmisbrukende forelderen for at ikke problemene og belastningen skal ta opp all plassen i hodet og i hverdagen generelt. Et annet eksempel er at en ungdom hver morgen legger en plan over dagen slik at den er forutsigbar og fylt opp av andre aktiviteter enn å ta vare på en full mamma eller pappa. Dette blir i tillegg en måte å distansere seg på. Konstruktive mestringsstrategier som barnet tar i bruk fremmer og styrker dermed resiliens.

At barn tar i bruk de konstruktive mestringsstrategiene istedenfor de ukonstruktive gjelder selvfølgelig ikke alle barn av alkoholmisbrukere, men i stor grad de som utvikler resiliens. Samtidig vil andre barn av alkoholmisbrukere utvikle resiliens ved å ta i bruk unngående strategier som for eksempel å sove mye, være mye ute i nærmiljøet eller søke seg til andre omsorgspersoner.

Som vi ser påvirker flere av kjennetegnene hverandre på en positiv måte, og det oppstår en positiv sirkel. Et barn som fra begynnelsen av har ett eller flere resiliensfremmende kjennetegn vil muligens få flere etter hvert fordi det ene fører det andre med seg. Dette er viktig å være oppmerksom på i arbeidet med forbygging og tiltak for barn og unge av alkoholmisbrukere (se kapittel 5 og 6).

4.2 Ytre faktorer – kjennetegn ved miljøet

Hvordan menneskene erfarer verden påvirkes av de genetiske anleggene våre. Denne prosessen reguleres av både av de sosiale og av de psykologiske omstendighetene i livet (Robinson og Rhoden 1998). Det er dermed ikke bare kjennetegn ved barnet selv som skiller barn som utvikler resiliens fra de som ikke gjør det. Resiliente barn karakteriseres også av ytre faktorer, av kjennetegn ved miljøet. Det er disse jeg vil presentere nå.

4.2.1 Alternative omsorgspersoner

Generelt sett er varme og støttende foreldre den faktoren som i størst grad fremmer resiliens (Rutter 2000, Deater-Deckard m.fl. 2005, Wright og Masten 2005). Dette er ikke en karakteristikk som passer resiliente barn av alkoholikere. Alkoholmisbrukere har i mange

tilfeller nok med å ta vare på seg selv. Dermed forsømmes barna, og de får ikke den støtten og oppfølgingen de trenger i oppveksten. I mange tilfeller er det jo som sagt barna som tar på seg foreldrenes rolle.

Det som kjennetegner barn av alkoholikere som utvikler resiliens er at en av foreldrene fungerer bra, og som gir barnet masse positiv oppmerksomhet (Werner og Smith 1992, Waaktaar og Christie 2000). Det er dessverre slik at i mange familier hvor den ene forelderen misbruker alkohol så vil den andre forelderen bruke store deler av sin tid på å dekke over alkoholmisbruket til samboeren eller ektefellen (jfr. kapittel 2.3). Den av foreldrene som er edru vil i mange tilfeller bli stresset og mest opptatt av den alkoholmisbrukende, og dermed vil også den edru voksne bli utilgjengelig for barnet (Mortensen 1994).

I denne forbindelsen kjennetegnes resiliente barn av alkoholmisbrukere av at de har minst en betydningsfull person som følger barnet gjennom oppveksten (Waaktaar og Christie 2000; Werner og Smith 1992). Eksempler på dette kan være andre familiemedlemmer som besteforeldre, søsken, tanter eller onkler. Som nevnt tidligere kan eksempler på dette også være andre rollemodeller som lærere, trenere eller lederen på fritidsklubben. Spesielt andre familiemedlemmer kan fungere som stedfortredere for barnets biologiske foreldre, og spiller en viktig rolle som positive identifikasjonsmodeller (Werner og Smith 1992). De alternative omsorgspersonene kan som oftest ikke gjøre så mye med belastningen barnet er utsatt for, men det som er viktig for resiliensutviklingen er at barnet føler at noen bryr seg om dem og følger dem gjennom den vanskelige situasjonen. Det er også viktig at de betydningsfulle personene gir en kontakt som er positiv og stabil over en lengre tidsperiode (Waaktaar og Christie 2000). På den andre siden påpeker Rutter (2000) at det er grenser for i hvilken grad en god relasjon kan kompensere for problemer i andre relasjoner. Tilknytningen mellom foreldre og barn er som oftest så sterk at det er vanskelig for alternative omsorgspersoner å kompensere for den.

Alternative omsorgspersoner er viktig i forhold til barnets positive selvbilde. Utviklingen av selvtilitt og selvverdi begynner tidlig i livet. Når barn blir oppmerksomme på sin egne, tydelige kvaliteter begynner de å sammenligne seg selv med andre. Denne oppfatningen blir en integrert del av hvordan barnet betrakter seg selv og hvordan det tror at andre oppfatter det. Hvis barnet tror at det er verdifullt i andres øyne, og at det selv er med på å kontrollere

sin situasjon, så vil dette fremme resiliens (Deater-Deckard m.fl. 2005). De barna som ikke tror de er verdifulle, og som ikke får støtte og omsorg fra alternative omsorgspersoner, vil alltid tro at det verste kommer til å skje. De vil da heller ikke tilpasse seg bra når det oppstår vanskelige situasjoner.

Forskning viser at i noen tilfeller vil individet selv gå aktivt inn for å bedre sin livssituasjon (Kumpfer 1999). For eksempel velger de en bedre skole eller flytter til andre slektninger. Men dette er muligheter de færreste barn har anledningen til. Å øke sin resiliens aktivt ved å flytte til andre familiemedlemmer vil kanskje være ekstra vanskelig for barn av alkoholmisbrukere. Som vi har sett tar mange barn og unge over sine foreldres roller gjennom parentifisering. Disse barna vil kanskje ha angst for å flytte fra hjemmet fordi de er redd for at det skal skje mamma eller pappa noe mens de er borte. Noen barn har muligens ikke overtatt foreldrenes voksenrolle, men de har kanskje ambivalente følelser for foreldrene. På den ene siden har de negative følelser overfor de alkoholmisbrukende foreldre fordi de frembringer mange vonde følelser og konfliktsituasjoner. På den andre siden er barnet glad i mamma eller pappa, og får dårlig samvittighet fordi det ønsker å komme seg bort fra familien. Noen barn vil ikke forlate foreldrene fordi de føler at foreldrenes misbruk er deres skyld, og de vil dermed bli i hjemmet for å ta ansvar. Andre barn igjen vil kanskje ikke forlate familien fordi de ikke ønsker å forlate søsken og den edru forelderen. Disse barna ønsker ikke å overlate alle de vanskelige situasjonene til resten av familiemedlemmene. Som vi ser så fører alkoholmisbruket med seg mange vanskelige, forvirrende og negative følelser overfor foreldrene, en selv og resten av familien som fører til at barnet ikke klarer å gå aktivt inn for å fremme sin resiliens og forbedre sin livssituasjon.

For at barn av alkoholikere skal utvikle resiliens er det som nevnt viktig at de til en viss grad klarer å distansere seg fra familien (Robinson og Rhoden 1998). Blant annet kan opplevelsen av kontroll, sosiale ferdigheter og en følelse av mestring hjelpe barnet til å distansere seg fra de destruktive samspillmønstrene som kanskje finnes i familien. Det er viktig at barna forstår at den vanskelige situasjonen som oppstår i forbindelse med alkoholmisbrukende foreldre ikke er deres feil, og at problemene i familien ikke skyldes dem.

4.2.2 Gode venner

I tillegg til varme og støttende foreldre eller alternative omsorgspersoner har barn som utvikler resiliens som oftest minst en nær venn (Werner og Smith 1992). Gode sosiale ferdigheter kan føre til at barnet utvikler positive vennskap med jevnaldrende og andre (jfr. punkt 4.1.2). Men utviklingen kan også skje andre veien, og på denne måten være et kjennetegn ved miljøet. At barnet får en god venn kan føre til at barnet utvikler bedre sosiale ferdigheter. Disse sosiale ferdighetene kan igjen føre til et godt selvbilde og en følelse av mestring. Faktorene som påvirker resiliens går på denne måten i en sirkel som enten kan fremme eller hemme utfallet av resiliensutviklingen.

4.2.3 Andre faktorer

Andre faktorer som har betydning i utvikling av resiliens er god helse, sosioøkonomiske fordeler og et trygt nærmiljø (Masten 2007b). I tillegg blir resiliens fremmet av effektive skoler med kompetente lærere og en beskyttende politikk rettet mot barn (Wright og Masten 2005). Dette er faktorer som ikke er spesielt rettet mot barn av alkoholmisbrukere, men som gjelder for resiliente barn generelt. Trygge omsorgspersoner og nære venner er de ytre faktorene som oftest blir nevnt i forskningslitteraturen som omhandler hva som skiller resiliente fra ikke resiliente barn. Fellestrekket for de ytre faktorene som spiller den største rollen i forhold til resiliensutviklingen er dermed gode relasjoner.

4.3 Når og i hvilken grad må faktorene inntre?

Werner og Smith (1992) rapporterer at kjennetegn som helse og temperament i størst grad skiller resiliente fra ikke-resiliente barn når de er spedbarn og i tidlig barndom. Støtte fra alternative omsorgspersoner og kognitive ferdigheter er de karakteristikkene som utgjør det største skille i midten av barndommen. I ungdomstiden er det personlige karakteristikk, for eksempel selvtillitt og opplevelse av kontroll, som i størst grad avgjør om barnet utvikler resiliens eller ikke.

Alene eller sammen virker de ulike indre eller ytre faktorene som beskyttelsesfaktorer på barn og unge som vokser opp i en familie med alkoholmisbrukende foreldrene. Sammen eller alene fremmer faktorene resiliens. Alle faktorene trenger ikke å være tilstede samtidig,

eller i det hele tatt, for at barnet skal utvikle resiliens. I noen tilfeller holder det med en eller to av karakteristikkene. Men det er slik at hvis et barn som vokser opp i en alkoholmisbrukende familie blir utsatt for flere risikofaktorer, eller de stressende og vanskelige begivenhetene i barnets liv øker i omfang, trengs det flere beskyttelsesfaktorer for å balansere de negative aspektene (Werner og Smith 1992). De indre og ytre faktorene som kjennetegner resiliente barn virker som beskyttelsesfaktorer, og barnet må dermed ha flere karakteristikk for at utfallet skal bli bra. Som nevnt kan faktorene føre til en positiv sirkel. Har barnet en eller flere resiliensfremmende faktorer kan disse føre til at barnet utvikler flere karakteristikk på resiliens. Denne sirkelen kan også virke motsatt vei.

Det er viktig å være oppmerksom på at selv om resiliente barn fungerer godt i livet så betyr ikke dette at de har glemt smerten fra fortiden. Selv om noen barn klarer seg bra så betyr ikke dette automatisk at man er uten spor fra oppveksten (Borge 2003). Resiliente barn forneker ikke de vanskelige erfaringene de har vært igjennom, men det som skiller dem fra ikke-resiliente barn er at de klarer å trekke ut konstruktiv mening fra de vanskelige erfaringene (Robinson og Rhoden 1998).

5. FOREBYGGING

Resiliens kan styrkes med tiltak både før, under og etter belastning (Rutter 2000). Både forebyggende og behandlende tiltak dreier seg om å redusere risiko og symptomer, og om å styrke beskyttelsesfaktorer i individet og i situasjonen (Waaktaar m.fl. 2007). Man trenger dermed ikke å vente til barnet har blitt usatt for risiko eller belastning før man setter i gang tiltak for å hjelpe det. Også når det gjelder barn av alkoholikere kan samfunnet på ulike måter forebygge og forhindre at barnet utvikler psykiske problemer, adferdsvansker eller andre vanskeligheter (jfr. punkt 2.3.1). Det er dette jeg ønsker å se nærmere på i dette kapitlet, før jeg i neste kapittel vil fokusere på hvilke tiltak som kan iverksettes når problemene først har oppstått.

Først og fremst kan skolen forebygge vansker hos barn av alkoholmisbrukere ved å styrke barnets kompetanse, følelse av mestring, selvbilde og sosiale ferdigheter. Forebygging og spesifikke intervensjoner går på mange områder over i hverandre, og de kan ofte omhandle samme faktorer. Jeg har valgt å ta med hvordan man som lærer kan styrke barns kompetanse, mestring, selvbilde og sosiale ferdigheter i neste kapittel fordi dette passer best i forhold til oppbyggingen av oppgaven.

5.1 Tabu gjør arbeidet med barn av alkoholmisbrukere vanskelig

Arbeidet med barn av alkoholikere er vanskelig, og årsaken til dette er at alkoholmisbruk er et tabulagt område. Det er spesielt to grunner til at arbeid med barn av alkoholmisbrukere er vanskelig. Egentlig er det ikke to atskilte årsaker, men derimot to sider av samme sak. Tabu er en årsak som kan slå ut to forskjellige veier. For det første er arbeidet med barn av alkoholikere problematisk fordi alkoholmisbruk er vanskelig å oppdage. Det finnes mange barn rundt om i Norge som for eksempel skolen, barnehagen eller PP-tjenesten ikke klarer å fange opp fordi de ikke vet at barnet vokser opp i en alkoholisert familie. Både foreldrene og barna selv holder det i mange tilfeller skjult fordi misbruket er forbundet med skam (jfr. punkt 2.3.2). På den andre siden kan samfunnet selv være årsaken til at barn av alkoholikere ikke får den hjelpen de trenger. Killén og Olofsson (2003) hevder at siden alkoholmisbruk er

et tabulagt problem vil dette føre til en passiv omsorgssvikt fra hjelpeapparatet. Hjelpen blir manglende eller kommer for sent fordi menneskene i ulike hjelpeapparater synes det er et vanskelig problem å ta tak i. Det blir snakket om problemet i det skjulte, men ikke tatt opp med personene som er innblandet fordi alkoholmisbruk er et problem man ikke snakker om. Det å tabulegge et problem innebærer et forbud mot å synliggjøre det hevder Johnsen (2000). Kulturen gjør det til et ikke-tema. Et ikke-tema er noe som er der, men som vi ikke ønsker å se eller vite noe om, og som vi ikke ønsker å forholde oss til. Killén og Olofsson (2003) mener at de utsatte barna vet hva tabu innebærer lenge før de hører ordet fordi det snakkes om alkoholproblemet bak barnets og foreldrenes rygg. Barnet forstår at det er noe nedverdiggende. I tillegg snakkes det sjelden om alkoholmisbruk og andre rusmiddelproblemer i skolen, og mange personer i hjelpeapparatet synes det er vanskelig å snakke med barn om foreldrenes alkoholmisbruk.

5.2 Primærforebygging

Men barn av alkoholmisbrukere trenger ikke nødvendigvis fanges opp av samfunnet og hjelpeapparatet for at vanskelighetene og problemene barnet møter i hverdagen skal bekjempes. Caplan (1964) deler forebygging inn i tre: 1) primærforebygging, 2) sekundærforebygging og 3) tertiærforebygging. Primærforebygging er de aktiviteter som brukes på hele populasjonen før de møter risikoen eller belastningen de står i fare for å utsettes for. Risikoen er på forhånd ikke identifisert. Primærforebygging skjer som oftest gjennom bruken av universelle programmer (Winslow m.fl. 2005). Sekundærforebygging involverer den tidligst mulige identifikasjon og behandling av eksisterende problemer for å redusere intensitet og varighet. Tertiærforebygging er behandling av de som erfarer problemer på en slik måte at den gjenoppretter høyeste funksjonsnivå (Caplan 1964). I tillegg skal tertiærforebygging forhindre at risikoen og belastningen ikke gjentas ved senere anledninger. Sekundær- og tertiærforebygging skjer ofte gjennom bruken av selektive programmer. I slike programmer er allerede de spesifikke individene eller undergruppene identifisert ut fra belastning og risiko (Winslow m.fl. 2005).

Jeg vil i dette kapitlet i hovedsak fokusere på primærforebygging. Sekundær- og tertiærforebygging kommer jeg tilbake til i neste kapittel, og jeg kommer ikke til å skille de

to fra hverandre. Jeg vil heretter omtale primærforebygging bare som forebygging, og sekundær- og tertiærforebygging vil jeg omtale som tiltak eller intervensjon.

Forebygging er viktig i for å hindre utviklingen eller redusere forekomsten av psykiske forstyrrelser eller adferdsvansker (Borge 2003). Forebygging er dermed viktig i forhold til barn som vokser opp i en alkoholisert familie. Gjennom forskning på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer har man fått en større kunnskap om hvilke forebyggende tiltak som fører til effektiv forskning (Borge 2003). Man kan gjennom forebygging styrke sider ved barnet som fremmer resiliens slik at det møter belastningene og risikoen på en bedre måte. Allikevel må man huske på at forholdet mellom resiliensforskning og forebyggende tiltak er kompliserte prosesser. I tillegg er barn ulike, og de møter verden med ulike forutsetninger. Forebyggende tiltak som er effektive i noen tilfeller trenger ikke nødvendigvis være effektive i andre.

I dette kapittelet skal jeg se nærmere på måter samfunnet kan forebygge for å fremme resiliens og som gir barnet en bedre følelse av mestring. Som PP-rådgiver er det på skolen man i hovedsak møter på elever som har det vanskelig. Jeg vil derfor konsentrere meg om hvordan man kan forebygge ved å fremme resiliens i skolesammenheng. I tillegg går alle norske barn og unge på skole, og dermed er dette måten man kan nå ut til de barna som vokser opp i en familie hvor mor og eller far misbruker alkohol.

5.3 Opplysning i skolen om det å være barn av en alkoholmisbruker

Gjennom opplysning i skolen om det å være barn av en eller to alkoholmisbrukere kan man nå ut til mange barn på en gang. Det vil da ikke nødvendigvis være sånn at alle barna som deltar vil være barn av alkoholikere. Man vil derimot nå ut til en del barn av alkoholikere, og forebygge ved å kanskje fremme resiliens hos dem. I tillegg vil en slik opplysning muligens være med å fjerne tabuet hos resten av barna. Alkoholmisbruk i hjemmet vil kanskje avmystifiseres til en viss grad. Lærerne kan være med å fjerne tabuet forbundet med å ha en mamma eller pappa som drikker ved å snakke åpent om rusmisbruk og alkoholisme i klasserommet. Dette kan for eksempel gjøres gjennom å arrangere temadager hvor skolen inviterer tidligere barn av alkoholikere til å komme og fortelle med etterfølgende samtale og

diskusjon i klassen. Temaet kan også tas opp i forbindelse med fag som helse og miljø eller religion.

Det er viktig å forandre barnas oppfatning av en alkoholmisbruker. Det inntrykket barna har av alkoholmisbrukere stammer fra den alkoholikeren som er synlig i samfunnet, den nedslitte og utslåtte alkoholikeren som barna møter full på skoleveien (Johnsen 2000). Dette kan være skremmende for barn. Ved at misbrukeren blir sett på som en annerledes person opprettholdes det tabulagte. Blant barn, unge og voksne skapes det myter om hvordan en alkoholmisbruker er, ser ut og hvordan han eller hun oppfører seg. De barna som vokser opp med foreldre som misbruker alkohol vet at det ikke er slik mamma eller pappa er (Hansen 1994). Det blir i tillegg skapt en myte om at dette er et problem som bare rammer noen få. Læreren eller andre relevante fagpersoner som inviteres inn i klasserommet kan hjelpe barna til å forstå at de fleste alkoholmisbrukere ikke er så veldig annerledes enn andre mennesker, men at de derimot har en sykdom.

For at dette skal gjennomføres i praksis må temaer i forbindelse med barn av alkoholikere inn i skolens undervisningsplan. Hvis ikke vil muligens ikke lærerne ha tid til å ta opp emnet, eller prioritere det bort i forhold til noe annet. Det er viktig å ta med i betraktningen at det er flere barn av alkoholmisbrukere der ute enn man tror.

5.3.1 Hva er viktig å ha med i undervisningen?

I forbindelse med temaet som omhandler hvordan det er å være barn av alkoholmisbrukere hevder Robinson og Rhoden (1998) at det er en del hovedpoeng som er spesielt viktig å ta opp for at samtalen og opplysningene skal bli meningsfulle for barn og unge. For det første er det viktig å poengtere for barna at alkoholisme er en sykdom som den misbrukende foreldereren ikke kan kontrollere.

Videre må det understrekes at barna som vokser opp med en mor eller far som misbruker alkohol ikke er alene, men at det derimot finnes mange barn som vokser opp med samme problem rundt om i landet vårt og i verden generelt. Med henvisning til kapittel 1 så kan det være opp mot 230 000 barn av alkoholmisbrukere til enhver tid i Norge (Borge 2003). For de minste barna kan det være viktig å konkretisere hvor mange dette egentlig er i forhold til hvor mange barn som finnes for at de virkelig skal forstå at det er flere som har det vanskelig på samme måte. Kunnskapen om at det er flere barn som er som dem over hele landet kan

styrke barnet og dets tro på seg selv. Hvis skolen for eksempel får et tidligere barn av en alkoholmisbruker til å komme og snakke om temaet, eller hvis barna leser en bok skrevet av et tidligere barn av en alkoholiker, vil risikobarna lære at andre tenker og føler på akkurat samme måte som dem (Robinson og Rhoden 1998). Barn blir ofte overrasket av å høre om skuespillere, sangere og idrettsutøvere som også har vokst opp i et alkoholisert hjem.

Opplysningsprogrammer som vektlegger at alkoholisme påvirker alle medlemmene av familien på en negativ måte, hjelper barn og unge til å forstå at de har blitt såret (Robinson og Rhoden 1998). Det er viktig å få frem at foreldrene elsker barnet selv om "flaska" er mer viktig for foreldrene enn barnet der og da. I tillegg må det vektlegges at barnet ikke er ansvarlig for misbruket. Barna må forstå at drikkingen ikke er deres feil. Programmene for denne typen opplysning må understreke at barn ikke kan kurere foreldrenes drikking uansett hvor hardt de prøver, og at det heller ikke er deres ansvar å kurere den.

Disse hovedpoengene kan også brukes i forbindelse med intervensjon. Momentene er like viktig i arbeidet med tiltak i forhold til et spesifikt barn av alkoholmisbrukere som ved forebygging (se neste kapittel).

En presentasjon av hvordan det er å være barn av alkoholiker bør helst ha form som et foredrag hevder Hansen (1994). På denne måten blir barna trygge på at de ikke trenger å komme med egne kommentarer eller erfaringer. I tillegg trenger ikke barna å være redde for at deres situasjon blir avslørt. Samtidig er det viktig å understreke at barnet alltid kan komme til læreren og snakke hvis det har det vondt, at det er helt i orden å snakke om slike vanskelige problemer og at barnet ikke utleverer mamma eller pappa hvis det har behov for å snakke.

5.3.2 Hvordan er undervisningsopplegget i Norge i dag?

Dessverre er det slik at opplysning om hvordan det er å være barn av alkoholmisbrukere ikke vektlegges i undervisning i skolen. Ifølge Norges offentlige utredninger på vegne av Arbeids- og inkluderingsdepartementet er det tiltak i skolen rettet mot barn og unge i forhold til alkohol (NOU 2003). De tiltakene som finnes i skolen går på å gi barna faktakunnskap om alkohol og narkotika, og tar sikte på å utvikle negative holdninger hos barna i forhold til alkohol og narkotika. I tillegg har tiltakene som mål å utsette de unges bruk av rusmidler. I mange tilfeller brukes eksperter som politi, sosialarbeidere og tidligere misbrukere i

gjennomføringen av en slik forebygging. Målgruppen er primært elever i grunnskolen (NOU 2003).

I forhold til de tiltak som allerede brukes i klasserommet per i dag for å forebygge alkoholmisbruk blant barn og unge finnes det tre hovedmål. Det første målet er å minske bruk av alkohol og illegale rusmidler. Det andre målet er å usette bruken av alkohol eller få de unge til å ta avstand fra alkohol. Det tredje målet handler om å øke kunnskapen om og skape gode holdninger til legale og illegale rusmidler (NOU 2003). Det er en mulighet å utvide dette tredje målet, eller skape et fjerde mål, som går på å øke barnas bevissthet om de tabuer som finnes i samfunnet i forhold til det å leve i en alkoholisert familie. Det er som sagt veldig viktig å utslette tabuet som eksisterer i forhold til alkoholmisbruk. Dette er en prosess som vil ta lang tid. Når barna lærer at det er mange flere der ute som vokser opp i samme situasjon vil de muligens utvikle et mer positivt selvbilde og en større følelse av mestring. Dette vil igjen styrke barnets resiliens, og dets evne til å klare seg bra i livet. Etter hvert som tabuet i forbindelse med det å være barn av alkoholmisbrukere forvinner vil kanskje følelsene som skyld, skam og angst forsvinne hos barna. Et viktig poeng som kan ses i sammenheng med at barnet ikke i like stor grad føler skam og skyld er at barnet selv vil søke hjelp. Det vil kanskje komme til læreren sin, eller en annen voksenperson i nærmiljøet, og fortelle om problemene sine. På denne måten vil det oppdages at barnet er utsatt for belastning, og sekundær- og tertiærtiltak kan tas i bruk for å bedre barnets oppvekst og livssituasjon på best mulig måte.

Det som vektlegges er dermed forbygging i forhold til barns egen bruk av alkohol. Skolens undervisningsplan inneholder flere tiltak om hvordan man skal påvirke barnet til å ikke begynne med alkohol. Det nevnes dessverre ikke noe sted om forebygging i forhold til hvordan det er å vokse opp i en familie hvor mor eller far er alkoholiker (NOU 2003). Hansen (1994) påpeker at i tillegg til å sette barn og unges rusmiddelbruk på dagsordenen så er det like viktig å formidle kunnskap til elever om hvordan mange barn opplever og reagerer når voksne bruker rusmidler som belaster og bekymrer barn. Skolen bør ikke bare fokusere på forholdet den enkelte skal skape seg til sin egen bruk av rusmidler, men derimot utvide perspektivet til å gjelde hvordan mange barn og unge opplever det å ha en mamma eller pappa som misbruker alkohol. Hansen (1994) hevder at det er viktig å ikke ta opp dette temaet i forbindelse med barns egen bruk av rusmidler. Opplysning om hvordan det er å

være barn som vokser opp med en mamma eller en pappa som drikker må derfor innføres som eget tema i skolen uavhengig av forebyggingen i forhold til barns egen alkoholbruk.

Den store utfordringen i skolen i dag er å gjøre alkoholmisbruk og andre rusproblemer til en sosial realitet. Det må være en realitet alle i samfunnet, inkludert barn og unge, kan snakke om, reflektere rundt og bearbeide opplevelsen av, både på godt og vondt (Johnsen 2000). Skolen er en viktig arena for at dette skal kunne gjennomføres i praksis. Kort oppsummert er det altså viktig å fjerne tabuene som finnes rundt alkoholisme, og forandre både barn, unge og voksnes holdninger til alkoholmisbrukere slik at det ikke lenger blir forbundet med skam.

5.4 Forebygging gjennom fysisk aktivitet og kreativitet

Forebygging i forhold til barn av alkoholmisbrukere behøver ikke nødvendigvis innebære opplysninger om hvordan det er å være barn av alkoholmisbrukere. Skolen kan også forebygge ved å styrke sider av barnet som karakteriserer resiliente barn (jfr. kapittel 4). Gjennom ulike forebyggingstiltak kan skolen styrke barnets kompetanse, følelse av mestring, selvbilde og sosiale ferdigheter. Dette vil jeg komme nærmere inn på i neste kapittel.

Men skolen kan også forebygge og styrke stryke følelsen av mestring og kompetanse gjennom kreative og fysiske aktiviteter. Forskning viser at barn og unge ser på dette som konstruktiv bruk av tid. Unge individer som får bruke tre eller flere timer i uka til tegnetimer eller musikktimer og tre eller flere timer på gym bruker dette som en ressurs i møtet med belastning og risiko (Sesma m.fl. 2005). Risikobarn vil få økt selvtillitt ved at kreativiteten gir dem lov til å skape nye ting som andre setter pris på og roser (Kumpfer 1999). Barn flest vil profittere på at skolen setter av mer tid til fysiske og kreative aktiviteter hvor de får utfolde seg på en annerledes måte enn de gjør i akademiske fag. Kreativitet vil spesielt bidra til resiliensutviklingen blant barn av alkoholmisbruk hevder Jacobs og Wolin (1991, i Kumpfer 1999). De tror at barn av alkoholikere bedre kan uttrykke og løse indre konflikter gjennom maling, tegning, dans, musikk, fotografering og skriving.

Sesma m.fl. (2005) hevder at forskning viser at det i tillegg er en ressurs for yngre individer å lese for sin egen fornøyelse. Barn og unge som lystleser i tre eller flere timer hver uke kan

bruke dette som en indre ressurs. Å oppmuntre barn og unge til å lese bøker og spre leseglede kan derfor være en viktig oppgave for skolen i det forebyggende arbeidet.

Fysisk aktivitet, kreativitet og lystlesing trenger ikke nødvendigvis bare fungere som primærforebygging. Dette er også tiltak skolen kan ta i bruk som intervensjon.

6. INTERVENSJON

Ikke alle barn av alkoholikere er mørketall. Mange barn av alkoholikere fanges opp av systemet fordi samfunnet og hjelpeapparatet merker at noe er galt. Hvordan skal man som voksen møte og arbeide med å hjelpe disse barna? Hvordan kan man fremme resiliens gjennom tiltak og intervensjon slik at barna er bedre rustet til å møte risiko og belastning? Gjennom intervensjoner forsøker man å forandre fokuset fra sårbarhet til resiliens, enten ved å øke antallet beskyttende faktorer i barnets liv eller ved å minke eksponeringen av risikofaktorer eller belastninger barnet blir utsatt for (Werner 2000). Dette temaet ønsker jeg å se nærmere på i dette kapitlet. Jeg vil begynne med en kort presentasjon av familierapi, og hvorfor denne typen intervensjon er viktig. Deretter vil jeg gå over på hvilke intervensjoner og tiltak man kan ta i bruk i skolen.

Rutter (2000) gir noen anbefalinger til intervensjon på basis av resiliensforskning. Dette er anbefalinger som gis på et generelt grunnlag, og de gjelder i hovedsak tiltak som settes inn mens belastningen foregår. Gode intervensjoner reduserer antall risikofaktorer i miljøet og minsker individuell sårbarhet for stress. I tillegg reduserer de negative kjedereaksjoner, og skaper positive.

6.1 Familierapi

Omsorgsfulle og støttende foreldre er det kjennetegnet ved barnets miljø som i størst grad fremmer resiliens (jfr. kapittel 4.2.1). I tillegg er det den karakteristikken som er mest fremmede generelt. Dermed involverer de mest effektive tiltakene og intervensjonene familien som helhet fordi en familie er mer enn summen av individene i den (Gelso og Fretz 2001). For at et barn skal utvikle resiliens må man arbeide med hele familien, ikke bare med barnet alene. Det er viktig å huske på at alle familier er forskjellige, og at deres problemer varierer både i grad, art og omfang (Johnsen 2000).

6.1.1 Tre viktige momenter i forhold til familierapi

Rutter (1999) hevder at familierapi kan være kritisk for at intervensjon skal være suksessfull. Det er tre ting som er spesielt viktig i forhold til familierapi:

For det første kan terapien hjelpe forelderen til å bli rusfri. Dette i seg selv er et stort steg på veien mot at barnet skal utvikle resiliens. Når alkoholmisbruket opphører forsvinner også en del av belastningen og risikoen barnet utsettes for, og beskyttelsesfaktorene blir dermed flere enn risikofaktorene. Men alle problemer blir ikke automatisk løst ved at mamma eller pappa blir ”tørrelagt”. Har mor eller far en gang vært alkoholiker, vil hun eller han være det resten av livet. Som tidligere alkoholiker er det en lang vei å gå etter at man har sluttet å drikke. For eksempel må man kjempe mot alkoholbehovet, man må opparbeide seg selvtillitt og man må vende tilbake til det virkelige livet uten ”trøst fra flasken”. Allikevel er det et stort steg på veien for både foreldre og barn.

For det andre kan foreldrene ved hjelp av klinisk intervensjon på familienivå lære hvordan de i størst mulig grad kan fremme barnets sterke sider, og hvordan de kan fremme et hjemmemiljø som kan støtte en sunnere utvikling hos barna. Foreldrene kan lære å bli bedre omsorgspersoner og de kan lære å mestre dagligdagse, praktiske situasjoner i forhold til barn, skole, jobb og fritidsaktiviteter (Killén 2004). Gjennom terapien kan foreldrene få hjelp til å forstå at barna trenger en konsekvent og forutsigbar oppdragelse. Det er viktig med en bevisstgjøring av foreldrenes adferd overfor barnet. De kan lære hvordan de skal fremme sunnere tilknytning, regulering og kognisjon (Rutter 1999). Dette er faktorer som er viktig både hos yngre og eldre barn.

For det tredje kan barnet selv få hjelp til å bearbeide og snakke ut om de vonde følelser de har knyttet til mammas eller pappas drikking. De kan for eksempel få hjelp til å bearbeide skam, skyldfølelse og angst. I tillegg kan de lære å ta kontroll over sitt eget liv slik at de opparbeider seg en bedre *locus of control* (jfr. punkt 4.1.3). De kan få hjelp av terapeuten til å bedre selvbildet. Alle disse tingene gjøres i forbindelse med arbeidet med familien. Barnet vil derfor få større utbytte, og tiltakene vil muligens være mer effektive enn hvis man bare hadde arbeidet med barnet alene. For de barna som har inntatt en voksenrolle i familien (jfr. punkt 2.3.2) kan de gjennom familierapi få hjelp til å komme seg ut av denne rollen. Som helhet kan familien få hjelp til å styrke grensene mellom familiemedlemmene og generasjonene (Killén 2004). De voksne lærer å ta ansvar for barna, og barna lærer å gå tilbake til rollen som barn.

6.1.2 Familieterapi i praksis

Barnet trenger ikke nødvendigvis være til stede i terapien for at alkoholmisbrukeren skal bli klar over barnets problem. Det som er viktig er at terapeuten inkluderer barnet kontinuerlig i samtalen for at den voksne skal bli mer oppmerksom på denne delen av problemet (Johnsen 2000). Allikevel er det nødvendig at barnet også får delta i behandlingen for at det skal få hjelp til å bearbeide opplevelsene sine. Dette gjøres som regel ved at terapeuten snakker med barna og foreldrene sammen.

Mange avrusningsinstitusjoner i Norge arbeider etter modeller som bringer hele familien inn i behandlingen. Eksempler på dette er Vangseter som ligger ved Hamar og Alfa behandlingssenter i Vestfold (Vangseter 2008, Alfa behandlingssenter 2008). De to senterne følger begge Minnesota-modellen, men med ulik oppholdstid. Begge institusjonene har en uke avsatt til familieuke hvor familien inviteres til å delta i behandlingen. Verken Vangseter eller Alfa behandlingssenter krever deltagelse av familien, men påpeker at det er en fin anledning for familiemedlemmene å delta i behandlingsprogrammet. Det som skiller de to fra hverandre i beskrivelsen er at Vangseter påpeker at for mange av alkoholmisbrukerne blir familieuken den viktigste uken (Vangseter 2008). Alfa behandlingssenter vektlegger derimot at familiebehandlingen ikke er et tilbud til pasienten, men til familiemedlemmene for deres egen del. Målet er at familiemedlemmene skal lære hva det gjør med dem selv å ha en alkoholavhengig i familien, dele erfaringer med andre, og hvordan de selv skal håndtere alkoholmisbruket (Alfa behandlingssenter 2008).

Barnet trenger ikke bare hjelp mens foreldrene drikker. De trenger også hjelp og støtte for å tilpasse seg den nye situasjonen når misbruket opphører. Barna må lære å sortere forventninger og følelser, som for eksempel frykt for tilbakefall (Johnsen 2000).

6.1.3 Forskjell på teori og virkelighet

En forutsetning for at familieterapi skal være mest mulig effektiv er at den alkoholmisbrukende forelderen er villig til å delta. Men dessverre er det slik at de fleste alkoholmisbrukere fornekte at de er misbrukere og at de har et problem. I mange tilfeller innser de det ikke selv. Noen foreldre er klar over sitt eget problem, men er ikke klar for å gjøre noe med det, og ønsker dermed heller ikke å samarbeide med hjelpeapparatet. Andre foreldre er på et eller annet plan klar over hvor dårlig barnet har det, men de er ikke i stand

til å ta det inn over seg (Killén 2004). I slike situasjoner blir familierapi vanskelig. Terapeuter kan ikke hjelpe mennesker som selv ikke ønsker å bli hjulpet, og som på grunn av dette kanskje unnlater å komme til terapitimer og samtaler. Man kan ikke tvinge mennesker til å ta i mot hjelp.

6.1.4 Hva kan den edru forelderen bidra med for å fremme resiliens hos barnet?

Begge foreldrene trenger ikke nødvendigvis delta i familierapien for at den skal styrke barnets utvikling av resiliens. Den edru forelderen kan fungere som en beskyttelsesfaktor for barnet, og kompensere for den parten som drikker (Johnsen 2000). Terapi kan kanskje hjelpe barnet og den ikke-misbrukende forelderen til å få hjelp til å bearbeide de vonde følelsene alkoholmisbruket fører med seg, og de vil muligens utvikle et bedre samspill seg i mellom. Dette vil igjen fremme resiliens hos barnet. Det er allikevel ikke slik at familierapi er en nødvendighet for at barnet skal fungere adekvat. Forskning viser at det holder av at en av foreldrene fungerer fint og gir barnet masse positiv oppmerksomhet for at barn av alkoholikere skal utvikle resiliens (jfr. kapittel 4.2.1).

Den edru forelderen kan bidra til å styrke barnets sterke sider ved å kompensere for den av foreldrene som har et misbrukproblem. Forskning viser at den edru forelderen kan fremme resiliens hos barnet blant annet gjennom følgende faktorer: 1) Det er viktig at barnet får følelsesmessig støtte og adekvat informasjon. 2) Den edru forelderen må lykkes med å holde konfliktnivået nede i familien. 3) Barnet blir beskyttet mot å bli eksponert for ulike situasjoner hvor det opplever mamma eller pappa full. På denne måten blir barnet heller ikke utsatt for den fulle forelderens uforutsigbare oppførsel (jfr. punkt 2.3.2). I tillegg er det viktig for barnet at familien klarer å opprettholde regler og rutiner (Werner og Smith 1992, Haugland 1992). Sist, men ikke minst, er det viktig at barnet vet at foreldrene elsker det. En forutsetning for at den edru forelderen på denne måten kan fremme resiliens hos barnet er at han eller hun ikke bare er opptatt av og bruker tiden sin på den alkoholmisbrukende ektefellen eller samboeren (jfr. punkt 2.3.2).

Familierapi kan muligens være effektiv for barn av alkoholmisbrukere sammen med den av foreldrene som ikke drikker i mange tilfeller, men ikke alle.

6.2 Hvordan kan skolen fremme resiliens hos barn av alkoholikere?

I dette kapittelet skal jeg se på hvilke tiltak skolen kan bruke for å fremme resiliens hos barn av alkoholikere. Jeg har valgt å konsentrere meg om hvilke intervensjoner skolen kan ta i bruk fordi det i hovedsak er gjennom tiltak i skolen at pedagogisk-psykologisk tjeneste arbeider direkte med barn og unge. Det er i skolen man i hovedsak som PP-rådgiver kommer i kontakt med barn av alkoholikere. I tillegg er skolen en stor del av barnets liv, og en viktig arena for utvikling. Skolen blir en motvekt til hjemmet, og det barnet opplever på den ene arenaen vil påvirke barnet på den andre arenaen. Det blir derfor nødvendig med gode tiltak i skolekontekst, og det er viktig både for PP-rådgivere og lærer å vite hvilke intervensjoner som kan fremme resiliens hos barn av alkoholikere slik at de kan vokse opp til å få et best mulig liv, både nå og senere.

I kapittel fire så jeg nærmere på hvilke kjennetegn som skiller barn av alkoholmisbrukere som utvikler resiliens fra de som ikke gjør det. Det er naturlig å se en sammenheng mellom disse karakteristikene og hva som kjennetegner gode intervensjoner for barn og unge av alkoholmisbrukere. For at skolen best mulig skal kunne fremme resiliens hos barn av alkoholikere er det dermed naturlig å iverksette intervensjoner som styrker sider hos barnet som er resiliensfremmende. Jeg vil nå se nærmere på hvordan dette kan gjøres i praksis.

6.2.1 Lærerens rolle

Hansen (1994) påpeker at det er viktig å presisere at lærere ikke skal fungere som barnets terapeut. Derimot kan læreren være den personen som kommer i nærmest kontakt med barnet, og som også blir den voksenpersonen barnet ser opp til og stoler på. Både når det gjelder forebygging og intervensjon så må læreren være oppmerksom på signaler og tegn hos barnet slik at de først og fremst kan gi hjelp og støtte, for deretter eventuelt hjelpe barnet videre i systemet hvis belastningen er for stor. Lærerens mål burde være å få barna til å forstå at alkoholmisbruk er noe man kan snakke om. Det er også viktig at læreren viser omsorg (Werner og Smith 1992) i tillegg til at han eller hun burde opptre som en god rollemodell med positiv og ansvarsfull adferd (Sesma m.fl. 2005). Gjennom autoritet, tillitt og systematisk bruk av forsterkere og negative konsekvenser kan læreren gå foran som en god rollemodell (Ogden 2002).

Mange barn av alkoholikere fungerer på skolen samtidig som de lever med store belastninger og bekymringer knyttet til livet utenfor skolen. Det er derfor viktig at lærerne er bevisst på at barn og unge kan ha det vanskelig hjemme uten at det viser avvikende adferd på skolen (Hansen 1994). Samtidig må lærerne være forsiktig med å lete etter symptomer på at noe er galt fordi man da gjerne finner tegn på at noe er galt. Det er ofte slik at man finner det man leter etter. Noen kjennetegn på barn av alkoholmisbrukere er handlemåter som alle barn kan vise i perioder. Dermed gjelder det for lærere og finne den gyldne middelvei. Dette kan være vanskelig.

6.2.2 Kjennetegn læreren burde være oppmerksom på

Til tross for at mange barn av alkoholikere kan fungere på skolen er det ofte små tegn man som lærer burde kunne se. Hansen (1994) hevder at det ofte er lærerens evne eller vilje til å se som er avgjørende.

Barn av alkoholikere har ofte problemer med å konsentrere seg om oppgaver og å fungere faglig jevnt. Noen ganger kan barnet være over middels på skolen mens det i andre perioder kan ligge langt under middels. Dette vil i mange tilfeller samsvare med foreldrenes periodedrikking. Barn av alkoholikere kan ha problemer med å gjøre lekser. I tillegg kommer de ofte for sent på skolen, og de er trøtte. De kan virke tiltaksløse og triste, og mange overreagerer følelsesmessig i vanligvis bagatellmessige situasjoner (Hansen 1994). Barn av alkoholmisbrukere forteller ofte om eller viser magesmerter, hodepine og motorisk uro (Mortensen 1994).

Det er viktig å understreke at disse kjennetegnene ikke nødvendigvis er tegn på at det er noe alvorlig galt med barnet. Symptomene forteller heller ikke hva som er galt med barnet. Dette kan være kjennetegn på flere andre belastninger eller problemer enn at foreldrene misbruker alkohol.

6.2.3 God klasseledelse

Ogden (2002) hevder at det kreves av læreren at han eller hun må være en god klasseleder for at man skal kunne styrke karakteristikker som fremmer resiliens i skolekonteksten. Med innføringen av Kunnskapsløftet i den norske skolen ble begrepet klasseledelse avskaffet. Det

som tradisjonelt sett har blitt kalt klasseleder eller klasseforstander kalles i dag baseleder eller gruppeleder. Jeg har allikevel valgt å bruke Ogdens (2002) opprinnelige begrep i denne oppgaven fordi dette er et ord som fortsatt er godt innarbeidet i det norske dagligspråket.

Læreren trenger utdanning og veiledning i hvordan han eller hun skal lede klassen på en mest positiv og effektiv måte. Lærere på skoler som driver resiliensfremmende arbeid vil også ha behov for oppfølging og støtte i sitt arbeid. Men hva innebærer det å være en god klasseleder? De viktigste målsettingene med klasseledelse er å stimulere elevenes motivasjon, skolefaglig innsats og prestasjoner. Læreren skal skape produktiv arbeidsro som er tilpasset læringsaktivitetene, og han eller hun fremmer oppmerksomhet hos elevene. At skolen har tydelige grenser, og klare regler og konsekvenser gjør det lettere for barn og unge å forholde seg til alt som skjer på skolen. Mange barn av alkoholmisbrukere har indre kaos, og disse vil profittere på tydelige regler for god oppførsel. Andre barn opplever uforutsigbarhet i hjemmet (jfr. 2.3.3). Disse elevene vil profittere av en forutsigbar skolehverdag. Klare regler kan også føre til at andre resiliensfremmende karakteristikk styrkes hos barnet (jfr. kapittel 2 og 4).

I tillegg fremmer en god klasseleder elevenes sosiale kompetanse og prososiale adferd, og han eller hun skaper samhold og trivsel i klassen (Ogden 2002). Gjennom å være en god klasseleder skaper læreren et omsorgsfullt og oppmuntrende skolemiljø som fremmer resiliens. Barnets personlighet styrkes ved at det får muligheten til å videreutvikle en ferdighet det har mulighet til å mestre (Nøvik 1998). Ulike sider ved barnets personlighet kan styrkes ved at læreren oppmuntrer det til å videreutvikle evnene sine. På denne måten utvikles også barnets selvbilde, kompetanse og mestringsfølelse.

Lærerens rolle som klasseleder har dermed mye å si i forhold til hvordan barnas resiliens kan fremmes på skolen. La oss se nærmere på hvordan dette kan gjøres.

6.2.4 Styrke barnets kompetanse og følelse av mestring

Hvis læreren stiller høye forventninger til barnet vil det styrke barnets følelse av mestring og kompetanse (Sesma m.fl. 2005). Forventninger øker også barnets forutsigbarhet. Det er generelt viktig at barn og unge klarer å oppnå og utrette ting på skolen (Wright og Masten 2005). Gjennom de høye forventningene oppmuntrer læreren barnet til å gjøre det bra, og barnets følelse av mestring og kompetanse vil dermed bli styrket. Dette vil igjen fremme

resiliensutvikling. Her er det viktig for læreren å være oppmerksom på at forventningene ikke må være for høye. Hvis forventningene er for høye i forhold til det barnet klarer å utrette vil effekten gå motsatt vei. Når barnet ikke klarer utfordringene det blir stilt overfor vil følelsen av mestring svekkes istedenfor å styrkes. I tillegg er det viktig at skolen lærer barnet å sette realistiske mål og forventninger til seg selv og sine ferdigheter.

Det å lære barnet å tenke på alternative løsninger i møte med vanskelige oppgaver og andre utfordringer vil være med å styrke barnets kompetanse og mestringsfølelse. Dermed lærer barnet å se nye og annerledes løsninger hvor det tidligere bare har sett vanskeligheter og dermed sittet igjen med en følelse av å ikke strekke til. Ved å lære barnet å se etter alternative løsninger vil i tillegg barnets selvbilde styrkes.

Barna av alkoholmisbrukere bør oppmuntres til å aktivt engasjere seg i skolehverdagen (Sesma m.fl. 2005). Med henvisning til kapittel 4 så føler mange barn av alkoholikere at de ikke har kontroll over egen livssituasjon. Ved at de oppmuntres aktivt til å engasjere seg i skolehverdagen er barna til en viss grad med på å kontrollere og bestemme hva som skal skje i timene og på skolen generelt. Elevmedvirkning kan i praksis for eksempel bety at barna får lage sin egen arbeidsplan og være med på å bestemme hvilke regler som skal gjelde i klassen. Ved å erfare at det finnes individuelle og kollektive muligheter for kontroll vil barna kunne bruke denne erfaringen i møtet med belastningen. Tidligere har kanskje barna opplevd at belastningen fører til at de fratras kontroll over sin egen situasjon. Dette blir dermed en av måtene barna kan lære at de har og kan ta kontroll over sitt eget hverdagsliv, og denne følelsen vil igjen fremme resiliens. Det at barn av alkoholmisbrukere lærer seg å medvirke og bestemme selv gjør også at de lærer seg å sette grenser for eget ansvar. Dette er viktig i forhold til at mange barn oppvokst i et alkoholisert hjem ofte tar på seg for mye ansvar både for foreldre og søsken (jfr. punkt 2.3.2).

Barns kompetanse og følelse av mestring styrkes også gjennom større bruk av fysisk aktivitet og kreative fag i skolen (jfr. kapittel 5.4).

Det er viktig både for barn av alkoholikere, og andre barn, å få mye ros både i skolesituasjonen og ellers. Håndfast tilbakemelding og strukturerte belønningssystemer gir elevene gode mestringsopplevelser.

6.2.5 Styrke barnets selvbilde

Barnets følelse av at det har ferdighetene og mulighetene til å løse et problem som oppstår er en nødvendig ingrediens i barnets følelse av kontroll (Brooks 2005). Det er resiliensfremmende at elever opplever å ha kontroll og være aktører i sitt eget liv. Skolen kan ved å lære barnet å løse problemer og ta egne avgjørelser styrke barnets selvbilde.

Som jeg har vært inne på tidligere kan ikke barnet kontrollere mammas eller pappas alkoholmisbruk uansett hvor hardt det prøver fordi alkoholisme er en sykdom. Unyttige forsøk på å få foreldrene til å slutte å drikke eller kontrollere alkoholinntaket kan gi barnet en følelse av nederlag og dårlig selvtillitt (Robinson og Rhoden 1998). Det er dermed viktig at intervensjonsprogrammer lærer barna at det er andre ting i livene deres som de effektivt kan kontrollere og klare. Barn med høy selvtillitt tror på at de kan kontrollere sin egen skjebne (jfr. kapittel 4 og punkt 6.1.1), og at de kan definere hva de har kontroll over og hva som er utenfor deres egen kontroll (Brooks 2005). Et positivt selvbilde fremmer resiliens hos barn av alkoholmisbrukere (jfr. punkt 4.1.3).

Positiv tilbakemelding er i de fleste tilfeller et kraftfullt virkemiddel for styrker barnets selvbilde (Brooks 2005). I forhold til barn av alkoholmisbrukere som utvikler adferdsvansker gir det ofte større mening hvis læreren gir barnet oppmerksomhet når det viser positiv adferd, og ikke når det viser negativ.

6.2.6 Styrke barnets sosiale ferdigheter

Resiliens hos barn av alkoholikere blir styrket av vennskap med jevnaldrende (Sesma m.fl. 2005, Wright og Masten 2005). Dette ble tatt opp i punkt 4.1.2. Resiliensfremmende arbeid i skolen burde dermed også fokusere på relasjoner mellom barn. Skolen kan hjelpe barna med å lære og å ta i bruk sosiale ferdigheter, og støtte barna i utviklingen av forventning om mestring av sosiale situasjoner. I tillegg kan læreren arbeide med å styrke samholdet i arbeidsfellesskapet barna er en del av på skolen. Arbeidet med å styrke sosiale ferdigheter er viktig for barn av alkoholikere fordi de ofte kommer fra et ustabil hjemmemiljø hvor de ikke i like stor grad som andre barn lærer hvilke sosiale regler og normer som finnes i ulike kontekster. Barn av alkoholikere har ofte problemer med å stole på andre, og de har en tendens til å trekke seg unna vanskelige situasjoner (Werner og Smith 1992). I tillegg har de generelt vansker med venner og sosial tilhørighet (Mortensen 1994). Barn får ofte positiv

innflytelse fra jevnaldrende, og venner kan være positive modeller for positiv og ansvarsfull adferd.

Ved å bevisstgjøre barn bruken av sosiale ferdigheter kan man styrke barnas grunnleggende tilpasningsferdigheter. Programmer som fokuserer på barns egne følelser kan bevisstgjøre dem om hvordan de blir påvirket av affekt, og hvordan de selv kan regulere sine følelsesreaksjoner. Ogden (2002) hevder at den sosiale opplæringen i skolen ideelt sett bør bygge på en nasjonal læreplan og fagplan. Årsaken til dette er at læreplanen vil legitimere at skolen og lærerne investerer tid og ressurser i arbeidet med sosial opplæring. Men det viktigste arbeidet skjer ved den enkelte skole. Det er her lærerne i praksis lærer barna ferdigheter som trolig styrker barnas mulighet for utviklingen av resiliens. Ulike tiltak og programmer er bare gode hjelpemidler på veien.

Det finnes ulike skolebaserte programmer for sosial kompetansetrening i Norge, for eksempel KREPS, Steg for Steg, Du og jeg og vi to og Tren opp motet. Programmene inneholder retningslinjer for organisering og gjennomføringen av opplæringen. Programtilbudet er foreløpig bedre for barn enn for ungdom (Ogden 2002). Gjennom bevisste pedagogiske opplegg er det lettere for lærerne å fremme resiliens hos både barn av alkoholmisbrukere og barn generelt.

Programmet Steg for Steg er har best dokumentert effekt i Norge (Granberg 1999, i Ogden 2002). Dette er egentlig et forebyggingsprogram rettet mot hele klasser, og barn av alkoholmisbrukere trenger dermed ikke å være identifisert for at dette programmet skal være effektivt. Jeg har allikevel valgt å ta det med i dette kapittelet. Målet med Steg for Steg er å øke barns evne til å vise empati og til impuls- og aggresjonskontroll, og det er beregnet for elever på barnetrinnet i grunnskolen. Elevene skal utvikle økt bevissthet om egne følelser, empati, impulskontroll, problemløsningsferdigheter og ferdigheter til å kontrollere sinne (Ogden 2002:232). Å styrke disse egenskapene vil fremme resiliens hos barn av alkoholikere (jfr. kapittel 4.1). Steg for Steg vektlegger både sosiale og kognitive ferdigheter, og for å nå målene lærer elevene hvordan de kan bruke en metode for problemløsning i sosiale situasjoner. De lærer også å øve inn og praktisere sosiale ferdigheter.

Steg for Steg kan i praksis integreres som et fast innslag på timeplanen, og det er utarbeidet læreveiledning for de ulike sidene av programmet. Hver leksjon tar 30-40 minutter. Det er en fordel hvis klassen deles i to fordi det da er lettere å aktivisere elevene. Gjennom bruk av

dvd, cd, plansjer, rollespill og elevdiskusjoner skal elevene gjennom fiktive og virkelige situasjoner praktisere sosiale ferdigheter. Læreren tar utgangspunkt i bildeplansjer som viser velkjente sosiale hverdagssituasjoner for barna, og leser en fortelling som tilhører bildet. På baksiden av plakatene står det spørsmål læreren stiller til elevene, og det er disse spørsmålene som følges opp av rollespill og andre øvelser. Overføringen av læringen stimuleres gjennom planlegging av skolehverdagen og bekreftelse og ros ved bruk av riktig adferd og ferdigheter. På slutten av skoledagen skal klassen ha en oppsummering hvor de diskuterer oppståtte situasjoner (Ogden 2002).

KREPS er i motsetning til Steg for Steg et program som er tilrettelagt for ungdomstrinnet i grunnskolen. Programmet innebærer at man kan gi ungdomsskolen et opplæringsprogram som kan brukes på alle elever som ikke har nødvendige sosiale ferdigheter. KREPS står for kreativ problemløsning i skolen, og det er et sosialt-kognitivt opplæringsprogram. Målsettingen med KREPS er å gi elever med samhandlingsvansker opplæring i ferdigheter de trenger for å fungere i sosiale sammenhenger, og å gi lærerne et verktøy de kan bruke med elever som ikke har nødvendige sosiale ferdigheter (Ogden 2002:233). Dette programmet krever at lærerne som skal fungere som instruktører deltar på opplæringen som tar 14 dager. Opplæringen blir senere fulgt opp med faglige samlinger. I praksis gjennomføres KREPS i timene med praktiske øvelser i forhold til konflikthåndtering, evne til mellommenneskelig samvær og problemløsning. De praktiske øvelsene skjer gjennom rollespill, strukturerte gruppeaktiviteter, gåter og tankeeksperimenter.

Å styrke sider ved barnet som fremmer resiliens er en positiv sirkel. Hvis læreren bevisst arbeider med å styrke et av de overnevnte punktene vil mest sannsynlig også de andre faktorene bli sterkere. For eksempel fører økt kompetanse til en større følelse av mestring og et mer positivt selvbilde. Det er heller ikke sånn at spesifikke tiltak bare øker en av faktorene. Hvis man som lærer arbeider med noen tiltak vil disse ofte fremme flere resiliensfremmende faktorer på samme tid.

6.3 Resiliensfremmende programmer

Ofte tar skolene, og andre hjelpeinstanser, i bruk intervensjonsprogrammer for å styrke barn og unges sterke sider, og for å fremme positiv utvikling. Disse programmene er ofte utviklet

på grunnlag av kunnskap fra epidemiologisk forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer (Waaktaar m.fl. 2007).

6.3.1 Hva kjennetegner programmer som styrker positiv utvikling?

Catalano m.fl. (2002) gjennomgikk programmer som fokuserer på å styrke positiv utvikling i ungdomstiden. De programmene som hadde dokumentert positiv effekt kjennetegnes ved følgende: de fokuserer på å styrke sosial, emosjonell og kognitiv kompetanse, og de fremmer adferdsmessige og moralske evner. De fremmer opplevelsen av mestring og kontroll, og de styrker sunne bånd mellom ungdommen og yngre, jevnaldrende og voksne. I tillegg fremmer de en positiv og tydelig identitet, *self-efficacy* og en tro på fremtiden. Programmene utvider også ungdommens mulighet for anerkjennelse. Intervensjonene programmene tilbyr er strukturerte og konsistente.

Gjennomgangen viste også at de mest effektive programmene varte i ni måneder eller mer. Dette betyr i praksis at de mest effektive programmene varer i ett skoleår. Selv om en tredjedel av de effektive programmene bare opererte i en kontekst er det viktig å merke seg at de resterende to tredjedelene kombinerte ressurser fra flere kontekster. De effektive programmene var en kombinasjon av intervensjoner på to eller flere arenaer i barnets liv, for eksempel en blanding av ressurser i familien, på skolen og i samfunnet (Catalano m.fl 2002).

Catalano m.fl. (2002) konkluderer med at programmer som er konstruert for å forebygge problemer og for å fremme positiv utvikling hos ungdom virkelig virker. Samtidig påpeker de at resultatet bare ble målt idet programmet sluttet i mer enn halvparten av tilfellene. Dermed kan man ikke vite om de har effekt over lang tid. Om programmene vil fortsette å vise positive resultater er et spørsmål som i det omtalte forskningsprosjektet står ubesvart. I mange tilfeller er det dessverre slik at effekten opphører når tiltakene opphører, og langtidseffekten blir mindre enn man på forhånd forventer. I tillegg poengterer Catalano m.fl (2002) at det er ikke finnes standardiserte mål på hva positiv utvikling hos barn og unge egentlig er.

Dette er forskning på amerikanske programmer som fokuserer på å styrke positiv utvikling hos ungdom. Dermed kan det ikke uten videre overføres til norske forhold og norske programmer.

6.3.2 De utrolige årene

Et kombinert risiko- og beskyttelsesfaktorprogram som har blitt prøvd ut i Norge er De utrolige årene (Mørch 2005). Dette programmet har vist positive effekter i form av reduserte symptomer og bedret fungering i kontrollerte studier (Waaktaar m.fl. 2007).

De utrolige årene er opprinnelig utviklet av en amerikansk professor i barnepsykologi, Carolyn Webster-Stratton, men har i de senere årene blitt prøvd ut i Norge. Forebyggingsprogrammet tilbys i hovedsak til barn mellom fire og åtte år med alvorlige adferdsforstyrrelser. I tillegg tilbys det når barnet lever under omsorgsbetingelser som representerer risiko for utvikling av adferdsforstyrrelser som for eksempel alkoholmisbruk (Mørch 2005).

Programmet består av flere elementer, ett rettet mot foreldre, ett mot barna og ett mot lærerne. Foreldreprogrammets hovedmål er å fremme foreldrekompetanse og styrke familien. Intervensjonen med barna ønsker å styrke barnas sosiale kompetanse og redusere aggressiv adferd. Jeg skal ikke gå nærmere inn på de to førstnevnte elementene i denne oppgaven. Årsaken til dette er at når det kommer til barn av alkoholikere er det ikke alltid like lett å involvere foreldrene (jfr. punkt 6.1.3). I tillegg brukes de to førstnevnte elementene i hovedsak av barne- og ungdomspsykiatrien. Det er det tredje elementet av De utrolige årene jeg har lyst til å utdype i denne oppgaven. Den tredje delen av programmet kalles lærerprogrammet. Målet med denne delen av programmet er å styrke lærerens kompetanse i forebygging og håndtering av adferdsproblemer i skolen. Programmet skal styrke lærerens kompetanse i klasseledelse og hvordan læreren kan bruke sin oppmerksomhet til å regulere elevenes adferd. I tillegg skal lærerens kompetanse om motivasjon styrkes, og læreren skal øves i å anvende ros riktig. I byene lærerprogrammet har blitt utprøvd tilbys det av PPT, og Mørch (2005) hevder at lærerprogrammet prinsipielt bare bør tilbys av PPT eller av andre skoleressurser som for eksempel rådgivere. Årsaken til dette er å sikre kvaliteten på forebygging i størst mulig grad.

6.4 Betraktninger i forhold til intervensjon

Forskningslitteraturen foreslår at det er mange muligheter for å øke resiliens hos barn og unge gjennom forebygging og tiltak. Samtidig er resiliens et relativt nytt forskningsområde,

og prinsippene for utformingen av design og realiseringen av forebyggingsprogrammer er dermed også under utforming (Kumpfer 1999). Det kan per dags dato derfor være vanskelig å vite hvilke faktorer som må vektlegges i forhold til alle former for forebygging. Det er viktig å huske på at det meste av resiliensforskningen omhandler individuelle tilfeller når man skal utarbeide forebygging og tiltak. Man skal i tillegg være oppmerksom på at forskningen på risikofaktorer har fokusert på barn som har klart seg på egenhånd uten at de har mottatt noen form for tidlig intervensjon (Werner 2000).

6.4.1 Barn har ulike behov

Waaktaar m.fl. (2007) hevder at for å lage bedre intervensjoner må man vite hvilke beskyttelsesfaktorer som virker for hvilke barn og ungdommer i hvilke situasjoner, og at epidemiologisk resiliensforskning foreløpig ikke har kommet særlig langt i å besvare dette spørsmålet. Dette gjelder i forhold til risiko og belastning generelt. Når det kommer til hvilke beskyttelsesfaktorer som gjelder for barn oppvokst i en alkoholmisbrukende familie så viser kapittel 4 at en del faktorer og karakteristikk allerede er identifisert. Ut i fra disse kjennetegnene vet man hvilke sider av barnet og miljøet man burde arbeide med både i skole og i hjemmet for å styrke resiliens. Samtidig må man være oppmerksom på at forskningen ikke sier noe om hvordan disse faktorene er relatert årsaksmessig (Waaktaar m.fl. 2007). Det man derimot vet er at flere av faktorene setter i gang en positiv kjedereaksjon (Rutter 2000), og det er derfor uansett nyttig å jobbe med noen av faktorene som fremmer resiliens. Når noen av faktorene blir styrket vil de forhåpentligvis styrke noen av de andre kjennetegnene.

Mens mange risikofaktorer er enkeltstående og tidsbegrensede (Wright og Masten 2005) er foreldre som misbruker alkohol som oftest ikke det. Derimot er alkoholisme hos foreldre en risikofaktor som varierer i omfang og varighet fra familie til familie. For noen barn er alkoholmisbruk en belastning som er til stede hele tiden fordi mamma eller pappa drikker litt hele tiden. For andre barn er alkoholisme en risiko som kommer og går. Mange alkoholikere drikker i perioder over kortere eller lenger tid. Omfanget og varigheten varierer dermed fra familie til familie. I tillegg er det store individuelle forskjeller blant barn av alkoholikere i forhold til hvordan de reagerer på både positive og negative omstendigheter i miljøet (Werner 2000). Dette betyr at barn kan ha ulike behov i forhold til forebygging og intervensjon, og at ikke all forebygging og alle intervensjonsprogrammer virker like godt på alle elever. Masten (1999) hevder at det som fungerer for en gruppe barn i en kontekst ikke

nødvendigvis fungerer for den samme gruppen eller andre barnegrupper i en annen kontekst. Det er heller ikke sikkert at samme program virker på alle barn oppvokst med alkoholmisbrukende foreldre. Konsekvensen av dette er at programmer som i teorien skal passe for alle ikke er optimale.

For at programmene skal gi best mulig resultat er det derfor viktig at man foretar en individuell kartlegging og vurdering. Man må finne ut hvorvidt og hvordan barnet blir belastet i sin utvikling, hva som er de alvorligste belastningene og hva som er mulige resurser i barnets situasjon (Johnsen 2000). Dette er en viktig del av iverksettingen av tiltak, og som passer best på intervensjonsnivå. I tillegg er det mest gjennomførbart i forbindelse med familieterapi og i barne- og ungdomspsykiatrien. En individuell kartlegging er ressurskrevende for skolen, og som nevnt så skal ikke læreren fungere som terapeut for barnet (Hansen 1994). I forbindelse med forebygging er ikke en individuell vurdering aktuell uansett siden forebyggingsprogrammene gjelder hele skolen.

Alkoholmisbruk er ikke knyttet til sosial klasse (jfr. kapittel 1). Barn i alle sosiale klasser kan bli utsatt for belastningen det fører med seg å ha foreldre som misbruker alkohol. Dessverre er det slik at hjelpeapparatet i større grad fanger opp de utsatte barna som kommer fra familier med lavere status og dårlig økonomi enn de barna som kommer fra høystatusfamilier med god økonomi (Johnsen 2000).

6.4.2 Noen barn utvikler ikke resiliens uansett

I noen tilfeller kan foreldrenes alkoholmisbruk være så kronisk og langvarig at man ikke kan forvente at barnet eller ungdommen utvikler resiliens til tross for at det iverksettes forebygging og tiltak. I slike tilfeller vil ikke barnet utvikle resiliens før et trygt og mer normalt miljø for utvikling er gjenopprettet (Wright og Masten 2005). En løsning i slike tilfeller kan være familieterapi (jfr. punkt 6.1), men dette forutsetter at den alkoholmisbrukende forelder er klar for å ta i mot hjelp både til seg selv og til resten av familien. Den mest drastiske løsningen i slike tilfeller hvor belastningen for barnet blir for stor vil være å ta barnet bort fra familien og alkoholmisbruket og plassere det i et alternativt hjem (Killén 2004). Denne løsningen kan virke begge veier. I noen tilfeller vil for eksempel et fosterhjem fremme resiliens hos barnet. Fosterfamilien vil bli en beskyttelsesfaktor gjennom for eksempel å gi trygge familieforhold og sunn familiefunksjon, vise omsorg og

sørge for at barnet får utvikle talenter og ferdigheter (Masten 2007b). I andre tilfeller kan det å fjerne barnet fra foreldrene sine være en risikofaktor i seg selv.

Det er viktig å ha i tankene at for de barna som utvikler resiliens så betyr ikke dette nødvendigvis at barnet er upåvirket eller uberørt av foreldrenes alkoholmisbruk. Ingen barn er usårbare. I tillegg er det også mulig at barnet viser resiliens i en periode i livet, men ikke i en annen (Wright og Masten 2005).

6.4.3 Resiliens som en dynamisk prosess kan påvirke forebygging og intervensjon

Utviklingen av programmer for forebygging og intervensjon kan også være vanskelig i forhold til at resiliens er dynamisk (Rutter 2000). Det kan virke som om resiliens blir styrt av en dynamisk interaksjon mellom beskyttelsesfaktorer i individet selv, i familiemiljøet og i en større sosial kontekst (Werner og Johnson 1999). Forskning indikerer at de mest effektive intervensjonsprogrammene er de som koordinerer tiltak både på skolen og i miljøet utenfor skolen (Rolf og Johnson 1999). I forbindelse med at resiliens er dynamisk hevder Benard (1999) at resiliensforskning viser at det å fremme resiliens er en prosess, ikke et program. Resiliensforskningen må dermed konsentrere seg om "hvordan" istedenfor "hva" for å finne de beste forebyggingsprogrammene.

Sesma m.fl. (2005) hevder at programmer for forebygging og intervensjon er viktig for å fremme resiliens, men at det ikke kan være den eneste strategien for sunt utfall hos barn. Programmene kan ikke alene tilby den type støtte, de mulighetene og de relasjonene barn og unge trenger. Men de programmene skolene gjennomfører hjelper barna et godt stykke på vei mot utviklingen av resiliens og sunn utvikling til tross for at de utsettes for belastning og risiko. I tillegg er det viktig å ha i tankene at barn og unge ikke kan være det eneste målet for forandring. Luthar og Zelazo (2003) hevder at kjennetegn ved barnet selv mest sannsynlig er av mindre betydning for en resiliensprosess enn aspekter ved omgivelsene. I forbindelse med barn av alkoholmisbrukere er det nødvendig at foreldrenes adferd og holdninger må forandres. Her spiller familieterapi en viktig rolle (jfr. kapittel 6.1). I tillegg er det viktig å fjerne tabuet rundt alkoholmisbruk som finnes i samfunnet.

6.4.4 Hverdagsmagi – et argument for resiliensfremmende arbeid

Dermed er det en del implikasjoner i forhold til forebygging og tiltak som fremmer utviklingen av resiliens. Betyr dette at det ikke er hensiktsmessig at skolene driver resiliensfremmende arbeid og iverksetter programmer for å styrke barnas sterke sider? Resiliens har, som nevnt i punkt 3.2.3, blitt betegnet som ”vanlig magi”. Resiliens som vanlig magi understreker betydningen av prosesser og faktorer hos personen og omgivelsene som utvikles naturlig i barnets omgivelser. Forebygging kan dermed fremme og forsterke de naturlige prosessene som allerede er i gang i det enkelte barn. Hvis barnet ikke møter et forebyggende skolemiljø vil i verste fall de naturlige forsterkende prosessene stoppe, og barnet vil få en negativ utvikling istedenfor en positiv. De intervensjonene som oftest virker er de som tar utgangspunkt i eksisterende styrker og egenskaper (Masten 2007b).

6.4.5 Forebygging i tidlig barndom

Denne oppgaven har i størst grad konsentrert seg om forebygging og intervensjon i skolen. Samtidig viser forskning at forebyggingsprogrammer i tidlig barndom kan være mer effektive enn tiltak både i grunnskolen og ungdomsskolen (Reynolds og Ou 2003). Werner (2000) hevder at i forhold til tiltak for barn av alkoholikere så er det spesielt viktig å fokusere på yngre barn. Årsaken til dette er at spedbarn og yngre barn mangler, enten midlertidig eller permanent, noen av de essensielle sosiale båndene som motvirker stress. Dette betyr at forebygging i forhold til barn som vokser opp i en alkoholisert familie burde begynne allerede i barnehagen.

Dessverre er det slik at arbeidet med forebygging og intervensjon i forhold til barn av alkoholmisbrukere kan være ekstra vanskelig med små barn. Forebygging vil nok være lettere i praksis enn intervensjoner fordi dette kan skje på generelt grunnlag. Det er vanskelig å oppdage barn av alkoholikere så tidlig (Hansen 1994). Derfor vil også iverksettingen av konkrete tiltak bli problematisk. Men dette betyr ikke at forebygging ikke er nødvendig. Gjennom tidlig forebygging vil barnet for eksempel kunne utvikle bedre kognitive strategier, gode sosiale evner, et positivt selvbilde og mestringsstrategier som det kan bruke senere i livet, og i møtet med flere eller andre risikofaktorer. Forebygging som begynner allerede i barnehagen og som fortsetter opp igjennom barnets skolegang vil kanskje vise best resultat. En slik forebygging vil støtte barnets utviklingskontinuitet. I tillegg vil den styrke de sidene

av barnet som er viktigst å fremme på de ulike stadiene i utvikling. Ikke alle karakteristikk på resiliens er like viktige i alle aldre (jfr. kapittel 4).

Masten (2007b) hevder at det å fremme resiliens krever samarbeid. Effektive intervensjoner som gir best mulig resultat involverer gjerne flere systemer og nivåer. Hansen (1994) vektlegger at skole og barnehage burde samarbeide med andre hjelpeinstanser. For eksempel bør instanser som PP-tjenesten veilede og rådgive skolene i forhold resiliensfremmende programmer og andre forebyggende tiltak (Waaktaar og Christie 2000). På den andre siden må ikke økt kompetanse om problematikken føre til at skolen eller barnehagen går utover sin rolle. Skolens oppgave skal ikke være terapi, men derimot å styrke sider ved barnet som kan fremme resiliens (Hansen 1994).

I forhold til samarbeid i arbeidet med barn av alkoholmisbrukere er det viktig å ha etablert gode interne samarbeidsrutiner. De ulike instansene bør ha en felles faglig forståelse innad og en felles faglig profil utad. Bevissthetens rundt den enkeltes rolle burde økes, og alle burde ha en enhetlig oppfatning av skolens og barnehagens mandat. Et godt samarbeid kan gi hver enkelt en større trygghet og mot til å involvere seg innenfor sin funksjon (Hansen 1994). På grunn av at alkoholmisbruk er så tabubelagt, er det nok mange som er utrygge på om de i det hele tatt kan involvere seg, hvordan de skal gripe an problemet og hvor mye de skal involvere seg. Mange i de ulike hjelpeinstansene vil nok føle at alkoholmisbruk er et så privat tema at de ikke vil tre inn i den private sfæren. Når man samarbeider med andre kan man i tillegg drøfte og få veiledning på vanskelige problemstillinger.

6.4.6 Andre løsninger

I noen tilfeller vil ikke resiliensfremmende arbeid i skolen være nok til at barn av alkoholikere oppnår en sunn utvikling. I noen tilfeller vil skolen eller PP-tjenesten føle at barnet blir utsatt for omsorgssvikt. Da kan det være lurt med en bekymringsmelding til barnevernet. Skole og barnehage er lovpålagt informasjonsplikt (Hansen 1994). Hvis man som lærer eller pedagogisk-psykologisk rådgiver er i tvil om at bekymringen ikke er alvorlig nok i forhold til informasjonsplikten kan man ta kontakt med barnevernet for å drøfte saken anonymt.

7. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Resiliens er et relativt nytt begrep som har vokst frem de siste førti årene, og er en del av et nytt perspektiv på utvikling som kalles salutogenese. Forskning har gått fra et fokus på problemer og negativ utvikling til et fokus på hvordan kompetanse faktisk blir utviklet. Forskningslitteraturen definerer resiliensbegrepet noe ulikt, men kort oppsummert kan man si at resiliens refererer et positivt tilpasningsmønster i en kontekst hvor det finnes, eller har vært, alvorlig belastning eller risiko. Det kreves to forutsetninger for at man kan si at et barn har utviklet resiliens. For det første må det være eller ha vært en alvorlig trussel mot barnets utvikling. For det andre må barnet ha oppnådd tilfredsstillende utvikling til tross for denne risikoen. Resiliens er en prosess som avhenger av et komplisert samspill mellom ulike risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.

Ved å sammenfatte forskningslitteratur på resiliens har jeg kommet frem til en del faktorer som skiller barn av alkoholmisbrukere som utvikler resiliens fra de som ikke gjør det. Disse har jeg delt opp i indre og ytre faktorer. De indre faktorene er kjennetegn ved barnet selv, mens de ytre faktorene er kjennetegn på miljøet barnet vokser opp i. Barn av alkoholikere som utvikler resiliens kjennetegnes ofte av følgende indre faktorer: et temperament og en personlighet som fremkaller positiv oppmerksomhet fra omgivelsene, gode sosiale evner, flinke til å kommunisere, et godt selvbilde og en opplevelse av at de kontrollerer sitt eget liv. I tillegg har barnet en velutviklet følelse av mestring og at det har gode kognitive evner. Dette betyr ikke at barn som utvikler resiliens er mer intelligente enn andre barn, men at de klarer å bruke de evnene de har mer effektivt. En viktig ytre faktor som fremmer resiliens hos barn av alkoholikere er det har en alternativ og støttende omsorgsperson som følger barnet over lengre tid. Dette kan for eksempel være besteforeldre, søsken, en tante, eller andre rollemodeller som lærere, trenere og fritidsklubbedere. De alternative omsorgspersonene trenger ikke nødvendigvis gjøre så mye med belastningen barnet er utsatt for. I tillegg har barna en god venn eller venninne. I mange tilfeller flere gode venner. Det som er viktig er at barnet føler at noen bryr seg om dem og støtter dem i den vanskelige situasjonen. En resiliensfremmende faktor fører gjerne en annen med seg som igjen fører til en tredje. På denne måten oppstår det en positiv sirkel som styrker resiliens på ulike måter. Dette kan dessverre også virke motsatt vei, og hemme barnets resiliensutvikling.

Forebygging og intervensjon burde lære foreldre, lærere og andre som arbeider med barn hvordan de kan øke resilienskarakteristikk hos barn og unge. Jeg har ut fra kunnskap om hva som kjennetegner resiliente barn av alkoholmisbrukere prøvd å foreslå hvordan forebygging og hvilke intervensjoner man kan iverksette for å styrke og fremme resiliens. Forebygging i forhold til hvordan det er å være barn oppvokst i en alkoholisert familie vektlegges ikke i skolen i dag. Det som vektlegges er forebygging i forhold til barns eget alkoholbruk. Dette er viktig, men det er også viktig å supplere undervisningsopplegg med opplysningsprogrammer om hvordan det er å være barn av alkoholmisbrukere. Skolen kan arbeide med å fjerne tabuet rundt alkoholmisbruk, og barna kan lære at alkoholisme er en sykdom. I tillegg er det viktig at barna lærer at foreldrenes alkoholmisbruk ikke er deres skyld og ansvar. Dette burde helst gjøres i form av et foredrag for at elevene skal føle seg mest mulig trygge. Skolen kan også forebygge ved å ta i bruk flere fysisk og kreative aktiviteter i undervisningen.

Den intervensjonen som ser ut til å være mest suksessfull er familieterapi. Dette er et tiltak skolen ikke har noe med. Familieterapi kan være mest effektiv av minst tre viktige årsaker. For det første hjelper det alkoholmisbrukeren selv å bli rusfri. For det andre kan foreldrene lære hvordan de skal fremme en sunnere utvikling hos barnet sitt i hjemmemiljøet. For det tredje kan barnet få hjelp til å bearbeide og snakke ut om vonde følelser de har i forhold til at mamma eller pappa drikker. Familieterapi er vanskelig å iverksette fordi det krever at alkoholmisbrukeren selv innser at han eller hun har et problem, og at han eller hun er villig til å delta. Selv om familieterapi ser ut til være den mest effektive intervensjonen, er det mange tiltak skolen kan iverksette for å styrke ferdigheter og resiliens hos barn og unge. Læreren har en sentral rolle i barnets skolemiljø, og er dermed både rollemodell og omsorgsperson. Det er viktig å være oppmerksom på at læreren ikke skal fungere som elevens terapeut. Gjennom ulike tiltak kan læreren styrke barnets kompetanse, selvbilde og sosiale ferdigheter.

Forebygging og intervensjon i skolen er viktig av ulike årsaker. For det første når man ut til mange barn på en gang. I forhold til forebygging så trenger man ikke å ha identifisert barna som opplever denne belastningen. I stedet styrker man egenskaper og ferdigheter hos barn som nå, eller senere, vil bli utsatt for en eller annen form for risiko inkludert alkoholiserede foreldre. Siden resiliens er et relativt nytt forskningsområde er prinsippene for utformingen av design og realiseringen av forebyggingsprogrammer også i startfasen. Allikevel er det

påvist en del kjennetegn på effektive forebyggingsprogrammer. De effektive programmene fokuserer på å styrke emosjonell, sosial og kognitiv kompetanse og de fremmer opplevelsen av kontroll og mestring. Dessverre er det slik at man fortsatt ikke vet om forebyggings- og intervensjonsprogrammer har langtidsvarende effekt. Man vet ikke om forebyggende arbeid basert på å styrke tilpasningsferdigheter har noen effekt utover intervensjonsperioden. I tillegg er det fortsatt usikkert man kan gjøre mennesker resiliente. Resiliens er en prosess som skjer i samspill mellom individet, belastningen og miljøet rundt. Også den genetiske komponenten har innvirkning på om et individ utvikler resiliens eller ikke. Noen barn har et temperament eller en personlighet som begrenser utviklingen deres av egenskaper og ferdigheter som er viktige i en resiliensprosess.

Forebygging og intervensjon burde iverksettes både på individnivå og på systemnivå for at de skal være mest mulig effektive. Noen intervensjoner burde arbeide direkte med barnet for å øke dets personlige styrke og resiliens, mens andre burde arbeide med å redusere belastningen i miljøet. Hvis forebygging og intervensjon i forhold til barn av alkoholmisbrukere på skolen skal bli en del av timeplanen og få et større fokus i undervisningen må det innføres i undervisningsplanen. Først da vil lærerne bruke tid på dette i undervisningssituasjonen. Skolen trenger også flere ressurser for at dette skal kunne gjennomføres i praksis. Resiliensfremmende programmer og andre tiltak koster både tid og penger. Både kommunen og staten må bli mer oppmerksomme på at skolene trenger flere ressurser for å kunne bedre og styrke barn og unges psykiske helse på ulike måter. For at skolene skal kunne iverksette tiltak på individnivå må de hjelpes i gang av systemnivået i samfunnet.

Målet med å fremme og styrke resiliens er ikke å gjøre barnet uavhengig av støttende resiliensfaktorer som finnes i omgivelsene i møtet med en belastning eller risiko. Derimot er målet med et resiliensfremmende arbeid å lære barn og unge å oppdage, ta i bruk og ta i mot støtte av omgivelsene. I tillegg lærer resiliensfremmende arbeid barnet at det har kontroll over sitt eget liv.

Kildeliste

- Alfa Behandlingscenter (2008): *Familieuke*.
http://www.alfavest.no/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=44 (23.04.2008).
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Benard, B. (1999). Applications of resilience. I: Glantz, M. D. & Johnson, J. L. (red.). *Resilience and development. Positive life adaptations*. (s. 269-277). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Borge, A. H. (2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borge, A. H. (2007). *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Brooks, R. B. (2005). The power of parenting. I: Goldstein, S. & Brooks, R. B. (red.). *Handbook of resilience in children* (s.297-314). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books Publishers.
- Catalano, R. F., Berglund, L. M., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S. & Hawkins, D. J. (2002). Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, 5, 1.
- Deater-Deckard, K., Ivy, L. & Smith, J. (2005). Resilience in gene-environment transactions. I: Goldstein, S. & Brooks, R. B. (red.). *Handbook of resilience in children* (s.49-63). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Fekjær, H. O. (2004). *Rus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fulland, H. (2006). *Resiliensfremmende arbeid*. Oslo: Universitetet (hovedoppgave i pedagogikk).
- Gelso, C. & Fretz, B. (2001). *Counseling psychology. 2nd edition*. Belmont CA: Wadsworth Group/Thomson Learning.
- Gjærum, B., Grøholt, B. & Sommerschild, H. (1998). *Mestring som mulighet i møte med barn, unge og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Gore, S. & Eckenrode, J. (1994). Context and process in research on risk and resilience. I: Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Garmezy, N. & Rutter, M. (red.). *Stress, risk, and resilience in children and adolescent*. (s. 19-63). New York: Cambridge University Press.
- Hansen, F. A. (1994). Innledning. I: Hansen, F. A. (red.). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk* (s.9-13). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Haugland, B. S. M. (1992). Ritualer og rutiner i familier med alkoholproblemer, del 1. Teoretiske begrep for beskrivelse av samspill. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 29, 735-746.
- Haugland, B. S. M. (2003). *Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment*. Bergen: universitetet i Bergen (doktoravhandling i psykologi).
- Haugland, B. S. M. (2006). Barn som omsorgsgivere: adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 3, 211-220.
- Henriksen, Ø. (2000). *Ikke som jeg gjør, men som jeg sier. Om rus, kommunikasjon og oppdragelse*. Otta: Tano-Aschehoug.
- Johnsen, A. (2000). Hjelp til barn i familier med rusgiftproblemer. *Tidsskrift mot rusgift*, 66.
- Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. & Olofsson, M. (2003). Rusmiddelproblemer og omsorg for barn. I: Killén, K. & Olofsson, M. (red.). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*(s. 59-78). Oslo: Kommuneforlaget.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience. I: Glantz, M. D. & Johnson, J. L. (red.). *Resilience and development. Positive life adaptations*. (s. 179-224). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lindgaard, H. (2002). *Voksne børn fra familier med alkoholproblemer – mestring og motstandsdyktighet*. Århus: Center for rusmiddelforskning.
- Lorvik, I. M. (1994). Ulike rusmidler. I: Hansen, F. A. (red.). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk* (s.15-32). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 3, 543-562.
- Luthar, S. S. & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: an integrative review. I: Luthar, S. S. (red.). *Resilience and vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities*. (s.510-549). New York: Cambridge University Press.
- Masten, A. S. (1999). Commentary: the promise and perils of resilience research as a guide to preventive interventions. I: Glantz, M. D. & Johnson, J. L. (red.). *Resilience and development. Positive life adaptations*. (s. 251-258). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A. S. (2007a). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.
- Masten, A. S. (2007b). Resilience in development. Forelesning. Oslo: regionsenteret for barn og unges psykiske helse øst og sør, 26.10.2007.

-
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. I: Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (red.). *Developmental psychopathology. Volume 2. Risk, Disorder, and Adaption*. (s. 715-752). New York: John Wiley & Sons.
- Masten, A. S. & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A. S., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D. S., Larkin, K. & Larsen, A. (1988). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 745-764.
- Masten, A. S. & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. I: Luthar, S. S. (red.). *Resilience and vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities*. (s.1-25). New York: Cambridge University Press.
- Mortensen, O. (1994). Barn reaksjoner på foreldrenes misbruk. I: Hansen, F. A. (red.). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk* (s.33-54). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Mørch, W. T. (2005). *De utrolige årene*. <http://www.deutroligearene.no> (02.05.2008).
- Nordlie, E. (2003). Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 123, 52-54.
- Norges offentlige utredninger, Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2003): *Tiltak i skolen rettet mot barn og unge*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/NOUer/2003/NOU-2003-4/8-2/2/1.html?id=453085> (22.04.2008).
- Nøvik, T. S. (1998). Kunnskap om mange – ressurs for den enkelte. Epidemiologisk kunnskap i mestringens tjeneste. I: Gjærum, B., Grøholt, B. & Sommerschild, H. (red.). *Mestring som mulighet i møte med barn, unge og foreldre* (s.99-116). Oslo: Tano Aschehoug.
- Ogden, T. (2002). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (2007): *The causes and implementation of resilience*. [http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/\(\\$all\)/5237506FB5999F67C12572C80034119D?open&mcp=0&mc=7&mcl=2](http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/($all)/5237506FB5999F67C12572C80034119D?open&mcp=0&mc=7&mcl=2) (15.01.2008).
- Reynolds, A. J. & Ou, S. (2003). Promoting resilience through early childhoods interventions. I: Luthar, S. S. (red.). *Resilience and vulnerability. Adaption in the context of childhood adversities*. (s.436-459). New York: Cambridge University Press.
- Robinson, B. E. & Rhoden, J. L. (1998). *Working with children of alcoholics*. Thousand Oaks: Sage Publications.

-
- Rolf, J. E. & Johnson, J. L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. I: Glantz, M. D. & Johnson, J. L. (red.). *Resilience and development. Positive life adaptations*. (s. 229-250). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I: Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (red.). *Handbook of early childhood interventions* (s. 651-682). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schjeldrup-Mathiesen, K. (2007). Resiliente utviklingsforløp og sosial kompetanse, to sider av samme sak? I: Borge, A.H. (red.). *Resiliens i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv* (s.130-144). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Sesma, A., Mannes, M. & Scales, P. C. (2005). Positiv adaptation, resilience, and the developmental asset framework. I: Goldstein, S. & Brooks, R. B. (red.). *Handbook of resilience in children* (s.281-296). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*.
<http://www.kith.no/sokeverktøy/icd10/icd10.htm> (14.03.07).
- Statens institutt for rusmiddelforskning (2008): *Fakta om rusmidler*.
<http://www.sirus.no/internett/statistikk/article/337.html#Hvor%20mange%20alkohol%20likere%20finnes%20det%20i%20Norge?> (07.01.2008).
- Torgersen, S. & Waaktaar, T. (2007). Resiliens som personlighetsegenskap. I: Borge, A. H. (red.). *Resiliens i praksis* (s. 52-74). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vangseter (2008): *Primærbehandling*. <http://www.vangseter.no/content/view/15/31/> (23.04.2008).
- Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider. Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Waaktaar, T., Avdem, J. & Torgersen, S. (2006). Forebygging av vansker hos ungdom – hva kan vi lære av resiliensforskningen? I: Kleven, K. (red.). *Barn i risiko*. Oslo: voksne for barn.
- Waaktaar, T., Torgersen, S. & Christie, H. J. (2007). Resiliens og intervensjon. I: Borge, A. H. (red.). *Resiliens i praksis* (s. 119-129). Oslo: Gyldendal Akademisk.

-
- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. I: Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (red.). *Handbook of early childhood intervention* (s. 115-132). Cambridge: Cambridge University Press.
- Werner, E. E. & Johnson, J. L. (1999). Can we apply resilience? I: Glantz, M. D. & Johnson, J. L. (red.). *Resilience and development. Positive life adaptations*. (s. 259-268). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press.
- West, M. O. & Prinz, R. J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 204-218.
- Winslow, E. B., Sandler, I. N. & Wolchik, S. A. (2005). Building resilience in all children. I: Goldstein, S. & Brooks, R. B. (red.). *Handbook of resilience in children* (s.337-356). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Wright, M. O. & Masten, A. S. (2005). Resilience processes in development. I: Goldstein, S. & Brooks, R. B. (red.). *Handbook of resilience in children* (s.17-38). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W.C., Hoyt-Meyers, L. A., Magnus. K. B. & Fagen, D. B. (1999). Caregiving and development factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension. *Child development*, 70, 645-659.
- Zucker, R. A., Wong, M. M., Puttler, L. I. & Fitzgerald, H. E. (2003). Resilience and vulnerability among sons of alcoholics. I: Luthar, S. S. (red.). *Resilience and vulnerability* (s.76-103). New York: Cambridge University Press.