

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan rusmisbruk hos foreldre påvirke barnets tilknytning?

Av

Eva Lysen

Bachelor i barnevern

BVP5-303
Mars-2010



Innholdsliste

1. INNLEDNING	2
2. METODISKE VALG	3
2.1. Litteraturvalg	4
3. RUSMISBRUK HOS FORELDRE	5
3.1. Rusmisbruk og komorbiditet med andre risikofaktorer	6
4. TILKNYTNING	7
4.1. Den tidlige tilknytningen - Hvordan dannes trygg tilknytning?	8
4.2. De fire tilknytningsstilene	10
4.3. Indre arbeidsmodeller	13
5. RUSMISBRUK OG KONSEKVENSER FOR DEN TIDLIGE TILKNYTNINGEN. 14	
5.1. Risikotegn hos barnet og foreldrene som kan påvirke den tidlige tilknytningen	14
5.1.1. Risikotegn hos barnet.....	14
5.1.1.1. Medfødte skader.....	15
5.1.1.2. Barnets temperament	16
5.1.2 Risikotegn hos foreldre	17
5.1.2.1. Umodne foreldre	17
5.1.2.2. Andre risikotegn.....	17
6. RUSMISBRUK OG OMSORGSEVNE	18
6.1. Empati og sensitivitet	18
6.2. Kontinuitet, rusatferd og trygg base funksjon.....	20
6.3. Barnets tilknytningsstil og indre arbeidsmodell	22
7. PSYKOPATOLOGI	22
8. AVSLUTNING	23
LITTERATURLISTE	25

1. Innledning

I denne oppgaven har eg valgt å skrive om rusmisbruk hos foreldre og barns tilknytning. I Norge har ca 160 000-230 000 barn en oppvekst som i kortere eller lengre tid er påvirket av foreldrenes rusmisbruk. Rusmisbruk er et tabubelagt tema (Hansen 1994), eg velger derfor å gå ut i fra at det her vil finnes mørketall, slik at det egentlige antallet barn som blir påvirket kan være høyere.

Rusmisbruk har ofte komorbiditet med andre belastningsfaktorer, som psykiske lidelser og sosiale vansker (Kvello 2008). Barn som eksponeres for foreldrenes rusmisbruk har en grundig dokumentert risikofaktor for å utvikle betydelige vansker (Brown et al. 2004 i Kvello 2008). Vanskene barna utvikler gjør at mange av barna er knyttet til barnevernstjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien eller rusmiddelomsorgen (Kjelsberg 1999, Lauritzen et al. 1997 i Kvello 2008). Det gjør at temaet rusmisbruk hos foreldre er svært relevant for barnevernspedagoger fordi det er viktig at de som møter disse barna og familiene deres har kunnskaper om rusmisbruk og hvilke konsekvenser dette kan få. Blant annet kan foreldres rusmisbruk få konsekvenser for barnas tilknytning.

Begrepet tilknytning handler om det følelsesmessige båndet som blir etablert mellom barnet og omsorgspersonene. Nesten alle barn er født med forutsetninger til å etablere tilknytning til sine nære omsorgspersoner. Hvor sterkt de knytter seg til omsorgspersonene, og på hvilken måte vil derimot variere. Tilknytning er et relevant tema i barnevernet fordi graden av barnets tilknytning til omsorgspersonene, og hvordan tilknytningsforholdet fungerer vil være sentralt i vurderingen av barnets omsorgssituasjon (Bunkholdt 2003). Rusmisbrukere utøver ofte en barneomsorg som grenser mot omsorgssvikt og/eller mishandling, fordi de har vansker med å skape et godt omsorgsmiljø (Kvello 2008). Som en konsekvens av dette kan barna utvikle en form for utrygg eller disorganisert/desorientert tilknytningsstil (Bunkholdt 2003).

På bakgrunn av dette har eg valgt problemstillingen:

Hvordan kan rusmisbruk hos foreldre påvirke barnets tilknytning?

2. Metodiske valg

I følge Halvorsen (2004) handler forskningsmetode om de fremgangsmåtene en kan bruke for å samle informasjon om det en vil undersøke. Fremgangsmåten en bruker for å frembringe kunnskap, eller for å etterprøve kunnskap en allerede har, kalles metode (Dalland 2007). Ved å bruke ulike metoder kan en sette fokus på et fenomen, på en bevisst og planlagt måte og finne meningsinnholdet i det en vil studere. Ved å velge metode påvirker en hva slags informasjon en samler inn. Innenfor forskningsmetode finnes det to hovedretninger, disse blir kalt kvalitativt orientert og kvantitativt orientert forskningsmetode (Halvorsen 2004). I følge Jacobsen (2003) er det meste som samles inn av samfunnsvitenskapelige data av kvalitativ art. Ved hjelp av kvalitative studier kan en finne ut hva mennesker gjør, og hvorfor de gjør det. Denne oppgaven er en litteraturstudie, som er kvalitativt orientert. At det er en litteraturstudie vil si at eg ikke har samlet inn egne data for å belyse problemstillingen min, men at eg har brukt en del foreliggende data om temaene tilknytning og rusmisbruk. Jacobsen (2003) skriver at kvalitative data er empiri i form av ord, f. eks tekster eller setninger som formidler en mening. De kvalitative dataene eg har valgt å bruke er produsert av forskere og fagfolk som er sentrale innenfor temaene rusmisbruk og tilknytning.

Det finnes to typer data, primærdata og sekundærdata. Primærdata er data som forskeren/forfatteren har samlet inn selv, mens data som er samlet inn av andre kalles sekundærdata (Halvorsen 2004). Fordelen med å bruke primærdata er at det er forfatteren selv som har kommet frem til funnene eller teoriene som han/hun presenterer. På denne måten unngår en eventuelle feiltolkninger som kan oppstå ved bruk av sekundærdata, ved at empirien blir tolket ut i fra sekundærkildens oppfatning. I sekundærdata kan forfatteren endre budskapet i den opprinnelige dataen, ved å tillegge eller frata den meninger, og dermed gi den et annet budskap enn det opprinnelige (Dalland 2007). I oppgaven har eg valgt å bruke både primær og sekundærdata for å belyse problemstillingen min.

2.1 Litteraturvalg

En av mine utfordringer i litteraturvalget har vært å velge litteratur om tilknytning.

Tilknytning har vært forsket mye på og skrevet mye om, og det finnes derfor store mengder litteratur om temaet. Dalland (2007) skriver at det er viktig å være bevisst og kritisk i kildevalget, fordi kildevalget er med og påvirker oppgavens troverdighet. Eg har derfor valgt litteratur som er skrevet av fagpersoner, som eg mener har legitimitet innenfor temaene rusmisbruk og tilknytning. Ut i fra dette vil eg vurdere dataene eg har brukt i oppgaven som valide, det betyr at de er gyldige og relevante for problemstillingen min (Dalland 2007).

De fagpersonene som står bak litteraturen som er mest sentral i oppgaven er Frid A. Hansen, John Bowlby, Lars Smith, Øyvind Kvello og Vigdis Bunkholdt. Med unntak av Frid A. Hansen og John Bowlby sine bøker er det meste av litteraturen eg har valgt å bruke av nyere dato.

Frid A. Hansen er psykolog, og regnes som en foregangskvinne i Norden innen barns og pårørendes situasjon i familier med rusproblemer. Boken hennes, *Barn som lever med foreldres rusmisbruk*, er derfor en av mine viktigste kilder på temaet rusmisbruk. John Bowlby (1907-1990) var barne- og familie psykiater, og er i dag verdenskjent som en av tilknytningsteoriens grunnleggere. Hans forskning er derfor med i all sekundær litteraturen eg har funnet om tilknytning. Siden Bowlby er så sentral i tilknytningsforskningen har eg valgt å bruke to av hans bøker i oppgaven: *A Secure Base* (1988) og *The Making & Breaking of Affectional Bonds* (1979). Dette er bøker som Bowlby har skrevet basert på sitt eget forskningsarbeid og de blir derfor regnet som primærkilder. En viktig sekundærkilde eg har brukt i forhold til Bowlby og tilknytningsteori er Lars Smiths bok *Tilknytning og barns utvikling*. Lars Smith er professor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, RBUP Øst og Sør. Hans spesielle interessefelt er spedbarnsalderens psykologi, nevroutviklingspsykologi og tilknytningsrelaterede problemer. Øyvind Kvello er førsteamanuensis i utviklingspsykologi ved Psykologisk institutt, NTNU. Han har bred erfaring frå barnevernet og er blant annet veileder og kursholder innen barnevern. Eg har valgt å bruke boken hans, *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*, som en av mine sentrale sekundære kilder. Vigdis Bunkholdt er klinisk psykolog med mange års

erfaring, innen alle deler av barnevernet. Bunkholdt har forfattet flere lærebøker innen fagområdet, og noen av disse har eg valgt å bruke i oppgaven. Det er *Utviklingspsykologi* (2003), *Praktisk barnevernsarbeid* (2008) som hun har skrevet sammen med Mona Sandbæk, og et temahefte, *Tilknytning og tilknytningsproblemer*, utgitt av Norsk Fosterhjemsforening i 2003.

3. Rusmisbruk hos foreldre

Det kan være vanskelig å sette skillelinjer og definisjoner på hva som kan kalles rusmisbruk, fordi grensene mellom hva som er en ok bruk av rusmidler, misbruk eller avhengighet er uklare. Hvordan bruk av rusmidler blir oppfattet vil variere etter hvem en spør, hvilke stoffer det er snakk om og i hvilken mengde eller anledning. I følge Det statlige Rusmiddeldirektoratet/ Justisdepartementet blir misbruk definert som: Alkoholbruk som avviker fra aksepterte sosiale normer, medikamentbruk som avviker fra anbefalte medisinske retningslinjer og som gjerne blir brukt uten samråd med lege. All bruk av illegale stoffer som f. eks cannabis, heroin eller khat blir regnet som misbruk (Hansen 1994). Forskning viser at foreldres rusmiddelproblemer vil påvirke barns atferd og barnets utvikling på det fysiske, intellektuelle, emosjonelle og sosiale planet (Killèn & Olofsson 2003). Hvordan rusmisbruk påvirker barnets omsorgssituasjon vil derimot variere. Det vil være avhengig av om en eller begge foreldrene har et rusproblem, hvor omfattende rusmisbruket er, om det er i helger, periodisk bruk eller et kronisk bruk. Det kan være bruk av alkohol, narkotika eller legemidler, i mange tilfeller blir disse brukt i kombinasjon med hverandre. Dersom en av foreldrene ikke er rusmisbrukende kan dette kompensere for de negative følgene det kan få for barnet at den andre forelderen er rusmisbruker. Det er imidlertid ikke alltid dette er tilfelle. Begrepet medavhengighet vil si at den rusfrie forelderen bruker så mye tid og oppmerksomhet på å tilfredsstille den rusmisbrukende, at det blir mindre oppmerksomhet og tid til barna (Bunkholdt, Sandbæk 2008).

Eg mener det er viktig å tenke på at rusmisbrukende foreldre på mange måter er like forskjellige som andre foreldre. Barna som blir utsatt for rusmisbruk er også forskjellige og hvordan de vil bli påvirket av rusmisbruket vil variere. Barn reagerer og bearbeider ulike ting på forskjellige måter. Det vil derfor også være forskjell på hvilke psykiske skadevirkninger de blir belastet med. Spiseforstyrrelser, psykosomatiske symptomer, angst, depresjoner,

personlighetsforstyrrelser og rusmisbruk er symptomer som barn oppvokst i et hjem med rusmisbruk er ekstra utsatt for. Disse symptomene kan imidlertid også oppstå som et resultat av annen alvorlig omsorgssvikt (Hansen 1994). For å komme nærmere inn på hvordan foreldres rusmisbruk kan påvirke barnets tilknytning vil eg nå nevne andre risikofaktorer som kan ha komorbiditet med rusmisbruk.

3.1. Rusmisbruk og komorbiditet med andre risikofaktorer

Det er veldokumentert at rusmisbruk har sammenheng med en del psykiske lidelser (Abrantes et al. 2003 i Kvello 2008). I mange tilfeller kan ikke de psykiske vanskene alene knyttes til rusmisbruket, men at personlighetstrekk og enkelte typer av psykiske lidelser er sterke risikofaktorer for utvikling av rusmisbruk er i dag en rådende oppfatning. I følge Kvello (2008) kan grunnen til dette i mange tilfeller være et forsøk på selvmedisinering, ved å lindre lidelsene med rus.

Angstlidelser og depresjon har en sterk sammenheng med rusmisbruk, men depresjon er en tydelig større risikofaktor for å utvikle rusmisbruk enn angstlidelser (Armstrong et al. 2002, Zimmerman et al. 2003 i Kvello 2008). Personer som har både angstlidelser og depresjon har sterkest risiko (Goodwin et al. 2004 i Kvello 2008). Man har beregnet at risikoen ved angstlidelser er 1,5 ganger høyere, ved depresjoner 3,7 og ved atferdsvansker øker risikoen til 20,3 for å utvikle rusmisbruk i forhold til personer uten slike lidelser (Kandel et al. 1999 i Kvello 2008). Andre risikofaktorer er vanskelig temperamentsstil som kan inkludere bla. Spenningssøking, impulsivitet, negative emosjoner, høyt aggresjonsnivå og/eller atferdsvansker (Kvello 2008). Personer med ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) og personer utsatt for traumer som har store kognitive, sosiale eller følelsesmessige tilpasningsvansker som for eksempel posttraumatisk stresslidelse (PTSD) har også økt risiko for å utvikle et rusmisbruk (Kilpatrick et al. 2003 i Kvello 2008).

Forskning gjennom en årrekke har vist at det er høy komorbiditet mellom rusmisbruk og personlighetsforstyrrelser. I følge Verheul (2001) i Kvello (2008) har så mange som 30-70 prosent av alkoholikere og 30- 90 prosent av de som misbruker narkotika en personlighetsforstyrrelse. Personlighetsforstyrrelsene er kjennetegnet av lav frustrasjonstoleranse, impulsivitet, lav selvfølelse, generell umodenhet og depresjon

(Kuperman et al. 1999 i Kvello 2008). Alle disse kjennetegnene vil i seg selv være med å øke risikoen for at mangelfull barneomsorg oppstår (Kvello 2008).

Det er mye diskutert om det er rusmisbruket eller de psykiske lidelsene som oppstår først, men forskning viser at de psykiske lidelsene oppstår først (Armstrong et al. 2002, i Kvello 2008). De psykiske lidelsene og rusmisbruket påvirker hverandre gjensidig slik at en må behandle begge vanskene for at misbruket skal avta (Weinberg et al. 1999, i Kvello 2008).

I tillegg til ulike psykiske lidelser er det også andre faktorer som synes å kunne ha sammenheng med rusmisbruk. Det er fattigdom, hjemløshet, sosial isolasjon, vold og barnemishandling, samt en kaotisk og lite strukturert livsstil (Walsh et al. 2003, i Kvello 2008). Det kan derfor være vanskelig å skille mellom om barnets problem er en direkte konsekvens av foreldrenes rusmisbruk, en konsekvens av psykiske lidelser hos foreldrene eller de øvrige vanskene som kan være knyttet til rusmisbruket (Kvello 2008).

4. Tilknytning

I følge tilknytningsteori blir alle barn født med egenskapene for å etablere tilknytning. Tilknytning handler om den evnen barnet har til å søke kontakt med menneskene rundt seg og å kunne knytte seg nært til noen få av disse. Derimot blir typen tilknytning som dannes påvirket av de miljøbetingelsene som barnet vokser opp under. En kan på bakgrunn av evolusjonsteoretiske betraktninger anta at barnet bruker visse innprogrammerte strategier for å tilpasse seg ulike problemer som kan oppstå i de ulike miljøene (Tooby og Cosmides 1992, i Smith 2002). Barnet er avhengig av omsorgsgivere for å overleve og tilknytningen er basisen for all kontakt med andre, dette gir igjen barnet mulighet for å få beskyttelse og omsorg. Tilknytning er også vanlig i dyreverden, den blir da kallet pregning (Kvello 2008).

Tilknytningsteori har gitt oss noen nye innfallsvinkler for å forstå barns utvikling (Bowlby 1988). John Bowlby (1960, 1969, 1988) utviklet den teoretiske referanserammen for studiet av tilknytning ved å integrere tre teorier: etologi (læren om dyreartenes utvikling og overlevelse), systemisk teori og psykodynamisk teori (Bowlby 1988) (Killén 2000). John Bowlbys hovedhypotese var at alle barn vil knytte seg til omsorgsgiverne sine, uansett hvordan de blir behandlet, men måten de gjør det på vil være avhengig av det følelsesmessige

samspeillet mellom barnet og omsorgsgiverne. En viktig faktor i dette samspeillet er hvor sensitiv omsorgsgiveren er. Noe forenklet kan man si at barn som har en sensitiv omsorgsgiver vil utvikle trygg tilknytning. Mens barn som ikke har sensitive omsorgsgivere vil utvikle ulike varianter av utrygg eller disorganisert/desorientert tilknytning (Killén, Olofsson 2003).

4.1. Den tidlige tilknytningen - Hvordan dannes trygg tilknytning?

Barn vil fra rundt seks måneders alder knytte seg til bestemte personer ved å søke nærhet eller reagere med protest dersom det blir forlatt. Barnet vil bruke ulike tilknytningsatferd overfor ulike omsorgspersoner (Grossmann et al. 2002 i Kvello 2008). Det viser at barnet kan skille mellom personer som er kjente og ukjente (Trygge og utrygge relasjoner) (Zeanah et al. 2000 i Kvello 2008). John Bowlby (1979, 1988) skiller mellom tilknytning og tilknytningsatferd. Tilknytning er noe en utvikler i forhold til et begrenset antall personer, mens tilknytningsatferd kan en vise til alle personer, også uten at en har tilknytning til dem.

Tilknytningsatferd er i følge Bowlby (1969) i Smith (2002) uttrykk som smil, gråt og bevegelser som kan øke sjansene for at omsorgspersonen kommer i fysisk nærhet. For spedbarnet betyr reguleringen av avstanden til den nære omsorgspersonen mye. Spedbarnet vil foretrekke ulike fysiske avstander til omsorgspersonen, avhengig av konteksten eller omstendighetene i en spesiell situasjon. Bowlby (1969) har beskrevet to ulike faktorer som er av betydning for tilknytningssystemet, og som begge kan være indikatorer for fare eller stress. Den ene faktoren er behov hos barnet, for eksempel sult, smerte, sykdom eller tretthet. Den andre faktoren er forhold i omgivelsene. Det betyr her mye hvor omsorgspersonen er. Hvordan omsorgspersonen handler, om han eller hun er sensitiv, ambivalent eller avvisende vil være avgjørende. Allerede fra fødselen av kan barnet oppfatte om omsorgen det får er sensitiv, ambivalent eller avvisende. Dersom omsorgspersonen tilbyr barnet stimulering av behovet, vil barnet som regel stoppe tilknytningsatferden. Er tilknytningssystemet sterkt aktivert vil det være vanskeligere å stoppe tilknytningsatferden enn dersom det er svakt aktivert. Et eksempel på dette kan være dersom barnet blir emosjonelt uroet fordi omsorgspersonen er utenfor synsfeltet, da vil barnet ofte stoppe tilknytningsatferden når omsorgspersonen blir tilgjengelig igjen. I andre tilfeller kan trøst eller kroppskontakt også være nødvendig (Smith 2002).

John Bowlby sin tilknytningsteori er basert på at tilknytningssystemet er et atferdssystem. Det vil si at det er sammensatt av ulike typer atferd som menneske kan aktivere ved behov. Det betyr at atferden ikke er aktivert hele tiden, men blir aktivert og deaktivert av indre og ytre former for stimulering. Barnets mål er å oppnå en bestemt avstand til omsorgspersonen alt etter hvilket behov barnet har eller hvilken situasjon det er i. Barnet vil velge ulike tilknytningsatferd ut i fra hvilken type atferd som er mest adaptiv i situasjonen. Hvilken type tilknytningsatferd barnet velger å bruke i en situasjon vil variere over tid, fordi barnet lærer ny atferd på ulike alderstrinn. Spedbarnet gråter, mens et større barn kan krabbe etter eller rope for å oppnå kontakt med omsorgspersonen (Smith 2002).

Tilknytningssystemet har en nær relasjon til eksploreringsystemet. I følge Ainsworth (1972) i Smith (2002) er det en fordel for barnets utvikling at det er likevekt mellom tilknytning og eksplorering. Hun mente at barnet bruker omsorgspersonen som en trygg base under eksplorering. Begrepet *trygg base* er sentralt innenfor tilknytningsteorien. Gjennom observasjonsstudier fant Ainsworth og hennes medarbeidere ut at barn allerede fra seks måneders alder kan vurdere en situasjon ut i fra ytre forhold, hvor tilgjengelig omsorgspersonen er og forutse hvordan han eller hun kommer til å handle (Ainsworth et al. 1971 i Smith 2002). Dersom barnet oppfatter situasjonen som utrygg, vil det ikke begynne eksplorering. I situasjoner der barnet føler uro kan omsorgspersonen fungere som en trygg base som barnet kan vende tilbake til. Dersom barnet er sykt eller trett, eller omsorgspersonen er fraværende vil barnet vise lite eksploreringsatferd. Sannsynligheten for at eksploreringsatferd vil skje øker dersom barnet er opplagt og omsorgsgiveren oppleves som tilgjengelig. I følge Bowlby (1973) i Smith (2002) vil litt eldre barn kunne eksplorere uten at omsorgspersonen er fysisk til stede. Det er nok for barnet at det er trygt på at han eller hun vil være tilgjengelig dersom barnet trenger den. Opplevelsen av frykt kan påvirke balansen mellom tilknytning og eksplorering. Biologisk sett vil småbarn vise mer tilknytningsatferd og mindre eksploreringsatferd i situasjoner de opplever som skremmende. I følge Bowlby vil barn som utvikler trygg tilknytning være mindre utsatt for frykt, fordi de er trygge på at tilknytningspersonen er tilgjengelig. I stedet for å bekymre seg om tilknytningspersonens tilgjengelighet, kan de konsentrere seg om å eksplorere (Smith 2002).

Hvilke faktorer som fremmer trygg tilknytning er det ulike oppfatning om. Det teoretikerne virker å være enige om er viktigheten av at omsorgspersonene er fysisk og psykisk tilgjengelige for barnet, samt at de er sensitive i forhold til de signalene barnet sender ut.

Omsorgspersonenes evne til å være stabile i omsorgsutøvelsen, og skape kontinuitet rundt barnet er også sentrale faktorer. Stabilitet i omsorgsutøvelsen handler om at stellet og omsorgen er regelmessig, mens kontinuitet blant annet handler om at barnet kan forholde seg til de samme omsorgspersonene over tid (Bunkholdt 2003). En viktig faktor i dannelsen av den tidlige tilknytningen er sensitivitet. Sensitivitet vil si at omsorgspersonen er oppmerksom for de signalene barnet sender ut, tolker dem rett og reagerer fort og adekvat. Insensitivitet vil ikke nødvendigvis bety at omsorgspersonen reagerer uvennlig eller fiendtlig, men at han eller hun ikke imøtekommer barnets tilknytningsrelevante behov. Dette kan skje ved at omsorgspersonen oppfatter barnets signaler eller tilstand på feil måte, eller lar være å reagere. Mary Ainsworth, som har gjort utforskende, naturalistiske studier av barn i Uganda og i Baltimore, kom frem til at mødrenes sensitive mottakelighet var det som betydde mest i forhold til barnas atferd. Mødrenes sensitivitet påvirker også de individuelle forskjellene i forhold til hvordan barn i løpet av de to første leveårene organiserer tilknytningsatferden (Smith 2002).

Oppsummerende kan en si at for å skape en god omsorgssituasjon for barnet må omsorgspersonene være fysisk og psykisk tilgjengelige, være sensitive for barnets signaler og svare adekvat på disse, akseptere barnet og hjelpe det å bygge egenverd. Støtte barnet i å utforske og bidra til at det opplever seg selv som mestrende og kompetent. Det er også viktig at barnet får oppleve følelsen av å høre til. Bare de aller færreste foreldre klarer å fylle disse kravene 100 prosent. En kan derfor se på kravene som ideelle holdepunkter for å vurdere *i hvilken grad* barnets behov blir dekket. Det viktigste er at omsorgssituasjonen er god *nok*, det vil si at forholdene rundt barnet er gode nok til å sikre tilstrekkelig utvikling. Barn som lever med rusmisbrukende foreldre kan ha god nok omsorg, dersom det finnes beskyttende faktorer rundt barnet som kan kompensere for de negative faktorene. I andre situasjoner der de beskyttende faktorene mangler kan omsorgen bli vurdert som ikke god nok (Bunkholdt, Sandbæk 2008).

4.2. De fire tilknytningsstilene

Alle barn er knyttet til omsorgspersonene sine, men på ulike måter. Måten barnet er tilknyttet omsorgspersonene på blir kalt tilknytningsstil. Tilknytningsstil kan sammenlignes med det første stadiet i Erik H. Eriksons (1968) stadieteori. Dette første stadiet, som omhandler barnets første leveår, består av en konflikt mellom grunnleggende tillit og mistillit. Tillit kan

sammenlignes med trygg tilknytning, mens mistillit kan sammenlignes med utrygg tilknytning (Kvello 2008).

Mary Ainsworth, som er en av tilknytningsteoriens grunnleggere, har utviklet en metode for å observere tilknytning som omtales som *fremmedsituasjonen* (*The Strange Situation*). Metoden går ut på å observere småbarns atferd i situasjoner der de atskilles eller gjenforenes med omsorgspersonen. Det vil da være mulig å observere hvordan og i hvilken grad barnet bruker omsorgspersonen som *trygg base* for eksplorering. Ut i fra disse observasjonene kan en i de fleste tilfeller kategorisere hvilken tilknytningsstil barnet har (Killén 2004). I følge Kvello (2008) er atskillelses og gjenforenings situasjoner godt egnet til observasjoner, fordi barnets tilknytningsstil vil vise best ved moderat stress. Barnet vil da vise den måten som er karakteristisk for det å søke trygghet på. Barn med ulike tilknytningsstiler synes å være mer like i situasjoner uten stress, eller med høy grad av stress eller panikk.

Mary Ainsworth fant gjennom sine banebrytende studier av barn mellom 12 og 18 måneder, tre ulike tilknytningsstiler. Disse benevnte hun som trygg, unnvikende og ambivalent (Ainsworth et al. 1978 i Kvello 2008). De er mange steder omtalt som tilknytningsstil type B, A og C. Dette fordi Ainsworth i sin kartlegging av barna lot bokstavene i alfabetets start være merkelappen på de ulike tilknytningsstilene. Da hun systematiserte datamaterialet kom hun frem til at trygg tilknytningsstil var bokstaven B, mens A og C var ulike varianter av utrygg tilknytning. På denne måten ble trygg tilknytningsstil plassert mellom de to utrygge tilknytningsstilene. Main og Solomon (1986) gjorde en gjennomgang av Ainsworth sine studier og fant enda en type tilknytningsstil som ikke passet inn i de eksisterende kategoriene A, B eller C. Denne fjerde tilknytningsstilen ble kalt for disorganisert/desorientert tilknytningsstil, men er forkortet til bokstaven D (Kvello 2008). Hart og Schwartz (2009) skriver at en kan anta at fordelingen av tilknytningsstilene er slik: 55 - 65 % av alle barn er trygt tilknyttede, 20-30 % har en utrygg unnvikende tilknytning og 5-15 % av barna har en utrygg ambivalent tilknytning. Det vil si at omtrent en tredjedel av alle barn har en type utrygg tilknytning, mens ca. 15-25 % har en disorganisert/desorientert tilknytningsstil. Eg vil nå beskrive hva som kjennetegner barn med de ulike tilknytningsstilene, og hvilke omsorgsforhold som er typiske for barn med disse tilknytningsstilene, basert på Bunkholdt og Sandbæk (2008).

Trygg tilknytningsstil (B)

Barn med trygg tilknytning viser dette ved å bruke omsorgspersonen som trygg base for utforsking av omgivelsene (eksplorering). De blir urolige ved atskillelse og viser tydelig glede og tilnærming ved gjenforening. Dersom barna blir urolige viser de tilknytningsatferd. Når barna blir roet kan de igjen bruke omsorgspersonen som trygg base for eksplorering. Barn med trygg tilknytningsstil har omsorgspersoner som er sensitive for deres signaler, tilgjengelige og aksepterende. Disse barna er trygge på at omsorgspersonene er til å stole på og at de vil bli tatt vare på. Dette viser også igjen i deres indre arbeidsmodeller.

Utrygg- unnvikende tilknytningsstil (A)

Utrygg- unnvikende tilknytningsstil fører til at barna bruker omsorgspersonen lite som trygg base. De utforsker omgivelsene (eksplorerer) uten å ta særlig kontakt med omsorgspersonen, og reagerer lite på atskillelse. Når de gjenforenes med omsorgspersonen unnlater de ofte å ta kontakt. Dersom han eller hun forsøker å løfte barnet opp vil det gjøre motstand ved å bli stivt og bøye seg for å komme unna. Barna fokuserer mer på lekene enn menneskene i fremmedsituasjonen. Barn med denne tilknytningsstilen har omsorgsgivere som er lite tilgjengelige, lite sensitive og som reagerer lite eller galt på de signalene barna sender ut. Dette fører til at barna danner en indre arbeidsmodell som er preget av lave forventninger til å bli ivaretatt, lite selvværd og en erfaring som tilsier at andre mennesker er noe en styrer unna.

Utrygg- ambivalent tilknytningsstil (C)

Barn med utrygg- ambivalent tilknytningsstil vil fort bli sutrete og urolige i fremmedsituasjonen. De er vanskelige å trøste, klamrer seg til omsorgspersonen og er lite opptatt av omgivelsene eller leker. Barna eksplorerer lite og trygg base fungerer ikke. Ved gjenforening med omsorgspersonen kan barnet veksle mellom å klamre seg fast, være sint eller avvisende. Det kan være lett å tro at den klyngingen barnet viser ved gjenforening eller atskillelse fra omsorgspersonen er et tegn på at tilknytningen er trygg. Det en ser er imidlertid et tegn på utrygghet, og ikke tilknytningsstyrke. Barn med denne tilknytningsstilen har opplevd en skiftende omsorg, med foreldre som både fysisk og psykologisk har vekslet mellom å være tilstede og ikke være tilstede. Omsorgspersonen sin sensitivitet har også vært veldig varierende. Noen ganger har barna fått svar på de signalene de har sendt ut, andre ganger ikke. Dette vil vise igjen i deres indre arbeidsmodell.

Disorganisert/Desorientert tilknytningsstil (D)

Barn med denne tilknytningsstilen ser ikke ut til å ha utformet noen fast strategi for å bli sett og tatt vare på. De virrer rundt uten å ha et fast mønster, viser utpreget frykt og forvirring, kan bli stereotype og fullfører ikke handlinger, for eksempel kan de avbryte en påbegynt tilnærning ved å ”fryse fast”. Disorganiseringen noen av disse barna viser kan ses på som et resultat av den disorganiseringen de har rundt seg. Omsorgsmiljøet til disse barna har oftest vært preget av stor grad av uforutsigbarhet, alvorlig mishandling og/eller alvorlig omsorgssvikt. Dette gjør at barna har ikke tydelige stabile indre arbeidsmodeller.

4.3. Indre arbeidsmodeller

Tilknytningsstilen kan påvirke barnets psykososiale fungering resten av livet (Feeney 2006 i Kvello 2008). I følge Hansen (1994) kan en kan se barnets handlingsmønster som en overlevelsesmekanisme som det bruker i vanskelige situasjoner. Disse handlingsmønstrene vil barnet videreføre til andre situasjoner eller relasjoner som de møter senere i livet. I samspillet mellom spedbarnet og foreldrene blir det dannet minnespor. Barnet lagrer disse minnesporene og generaliserer de til å gjelde for alle mennesker. Det vil si at de relasjonserfaringene barnet gjør med foreldrene vil det huske, og overføre til relasjoner de har eller kommer til å få til andre mennesker (Collins, Sroufe 1999 i Kvello 2008). I relasjonen til andre kan minnesporene styre en både bevisst og ubevisst (Kvello 2008).

Dette finner en også igjen i John Bowlbys teori om *indre arbeidsmodeller*. Den går ut på at de tidlige tilknytningsrelevante opplevelsene barnet har vil føre til at barnet danner mentale bilder av seg selv og av omsorgspersonene. De indre arbeidsmodellene er begynnelsen på det som senere blir selvet. Ideen om de indre arbeidsmodellene fikk Bowlby fra Craik (1943). Craik mente at alle individ hadde en liten modell inne i hodet, av den ytre virkeligheten og deres egne handlinger sett i forhold til verdenen rundt. Han var også inspirert av Miller og medarbeidere (1960). De brukte begrepet *atferdsplan* som var en overordnet organisering, inndelt i et hierarki av flere underordnede organiseringsformer. Bowlby antok at barnet helt fra fødselen av danner seg modeller av omverdenen, av de nære omsorgspersonene og av selvet. Barnet konstruerer også modeller av forholdet disse elementene imellom, basert på de erfaringene det gjør. I neste omgang vil barnet bruke disse erfaringene som rettesnor for senere erfaringer. Barnet vil ved hjelp av de tidligere erfaringene være oppmerksom på bestemte aspekter ved omgivelsene, kunne forutse mulige fremtidige hendelser og ut i fra det

planlegge adekvate reaksjoner (Smith 2002). Bretherton og Munholland (1999) i Smith (2002) skriver at barnet danner mentale forestillinger ut i fra generaliserte representasjoner av ulike hendelser som det opplever.

5. Rusmisbruk og konsekvenser for den tidlige tilknytningen

Rusmisbruk hos foreldre anses å være en betydelig risikofaktor for at barnet kan bli utsatt for omsorgssvikt, mishandling og/eller utvikle ulike psykiske lidelser (Moss et al. 2002, Ondersma 2002 i Kvello 2008). Det er mange grunner til denne sammenhengen, bla. Effekten av foreldre som er ruset i samspillet med barnet, foreldrenes psykiske lidelser og deres livsstil. For mange rusmisbrukere kan fokuset på egne behov bli sterkere enn fokuset på omsorgen for barnet, dette kan føre til at foreldrene dekker sitt eget behov fremfor barnets dersom behovene blir motstridende. Man kan si at rusmisbrukende foreldre generelt utøver en barneomsorg som er dårlig, og ofte innen det en ser på som omsorgssvikt eller mishandling (Kvello 2008).

5.1. Risikotegn hos barnet og foreldrene som kan påvirke den tidlige tilknytningen

Bunkholdt (2003) skriver at mange former for omsorgssvikt oppstår på grunn av dårlig kombinasjon av kjennetegn hos barnet og kjennetegn hos foreldrene. Disse kjennetegnene kalles for risikotegn, fordi de øker risikoen for at det kan oppstå dårlig samspill mellom barnet og foreldrene.

5.1.1. Risikotegn hos barnet

Noen barn er i utgangspunktet mer utsatt for omsorgssvikt enn andre. De er mer utsatt fordi de har spesielle behov som gjør at de vil være mer krevende og trenge mer omsorg og tilrettelegging enn andre barn. Det kan være barn med ruskader, abstinenser, for tidlig fødte barn, barn med fysisk eller psykisk utviklingshemming, barn med vanskelig temperament eller barn med andre avvik (Bunkholdt, Sandbæk 2008). I prinsippet kan et hvilket som helst kjennetegn hos barnet føre til omsorgssvikt, dersom kjennetegnet kommer i konflikt med foreldrenes krefter eller forventninger til barnet (Bunkholdt 2003). I følge Smith (2002) øker faren for at barnet skal utvikle utrygg eller disorganisert/desorientert tilknytning dess flere risikotegn som er tilstedes samtidig, og særlig dersom de ikke oppveies av sosial støtte i nettverket eller andre kompenserende forhold. Slike risikotegn kan for eksempel være

medfødte skader eller forskjeller, som i noen tilfeller kan skyldes mors rusmisbruk i svangerskapet.

5.1.1.1. Medfødte skader

Rusmisbruk i svangerskapet kan gi medfødte skader, det kan være alt fra små ubetydelige skader til store alvorlige skader. I verste fall kan rusmisbruket føre til at barnet dør (Killén, Olofsson 2003). Professor Ann-Mari Brubakk ved St. Olavs hospital i Trondheim har anslått at det hvert år blir født mellom 600 og 1800 barn i Norge med eller annen grad av alkoholskade. Noen symptomer på vedvarende alkoholskade er problemer med impuls kontroll, tidsbegrep, korttidsminne, konsentrasjon, dømmekraft og finmotorikk (Forskning.no).

Den alvorligste skaden som skyldes alkoholmisbruk i svangerskapet, er føtalt alkoholsyndrom (FAS). FAS omfatter både spesielle ansiktstrekk, veksthemning og hjerneskade. Barn med FAS er små i størrelse, ansiktstrekkene er karakterisert av bred neserygg, krokete øyespalte og smal overleppe. Den medfødte hjerneskaden kan føre til innlæringsproblem, mental retardering, forsinket språkutvikling, mangelfull oppfattelsesevne og adferdsproblemer (Weiner, Mor 1996). Føtal alkohol effekt (FAE) er en mildere form for FAS, og diagnosen blir gitt i de tilfellene der bare noen av kriteriene for FAS er oppfylt (Killén, Olofsson 2003). Barn av mødre som var rusmisbrukende under svangerskapet kan bli født med abstinenssymptomer. Abstinenssymptomene kan bestå av rykninger og/eller kramper i muskulaturen (Bunkholdt, Sandbæk 2008). Hvor sterke og langvarige abstinenssymptomene kan være vil variere etter hvilke stoffer det er, hvor lenge de er brukt og hvor mye som er blitt brukt. Ulike stoffer kan gi helt ulike abstinenssymptomer (Hansen 1994). Generelt er barn med abstinenser overfølsomme for sansepåvirkning. Det vil si at de tolerer mindre inntrykk som stimulering, lys, lyder og fysisk berøring. Både søvnrytmen og temperaturreguleringen deres kan bli påvirket av dette. Barn med abstinenser har også et spesielt skingrende skrik og er generelt vanskeligere å roe enn andre barn (Bunkholdt, Sandbæk 2008).

5.1.1.2. Barnets temperament

Allerede fra fødselen av er barn tydelig forskjellige i hvor raskt de reagerer emosjonelt på ytre stimulering, hvor mye stimulering de trenger for å reagere og hvor lenge reaksjonene varer. For å kategorisere barnas emosjonelle reaksjoner i intensitet og kvalitet bruker en begrepet *temperament*. Temperamentsforskjeller antas å være betydelig påvirket av arv, men prenatal påvirkning (Påvikning i svangerskapet) som ernæring og teratogener (F. eks rusmidler) kan også ha betydning. Temperament kan ha mye å si for hvordan samspillet mellom barnet og omsorgsgiverne vil utvikle seg. Et barn som gråter mye, er urolig og vanskelig å berolige krever mye av omsorgspersonene og kan bidra til starten på et risikofylt samspill. Et barn som smiler mye, virker rolig, er fornøyd og lett å berolige vil det være lettere få et godt samspill med (Bjerke, Svebak 2005). Thomas, Chess og Birch har forsket på barns medfødte temperamentskjennetegn og kommet frem til tre hovedtyper temperament (Bunkholdt, Sandbæk 2008). Lette barn, utgjør ca. 40 % av alle barn, vanskelige barn ca. 10 % og barn som er sene å varme opp (Slow to warm up) ca. 15 %. De *lette* barna hadde regelmessige søvn- og spisevaner, var i godt humør og tilpasset seg lett nye situasjoner. De *vanskelige* barna hadde mer uregelmessige vaner, reagerte mer intenst og var mer urolige. De hadde også vanskeligere for å tilpasse seg nye situasjoner. Barna som var *sene å varme opp* (Slow to warm up) var lite aktive, reagerte med lav intensitet og brukte lang tid på å tilpasse seg nye situasjoner. Omtrent 35 % av barna i undersøkelsen lot seg ikke innpasse i noen av de tre hovedgruppene, fordi temperamentet deres var en blanding av alle tre hovedtypene (Bjerke, Svebak 2005). *Vanskelig* temperament ser ut til å være et risikotegn. Dette fordi disse barna vil kreve mer av sine omsorgsgivere enn barn med *lett* temperament. Samspillet mellom barn med *vanskelig* temperament og omsorgsgiverne kan utløse reaksjoner som fører til at begge parter føler seg avviste og utrygge. Utrygge barn kan bli mer krevende og samspillet kan komme inn i en ond sirkel som påvirker begge parters utvikling av kompetanse og mestring (Bunkholdt 2003).

Overfor har eg nevnt ulike risikotegn som gjør at enkelte barn vil kreve ekstra mye av sine omsorgspersoner. Bunkholdt (2003) skriver at de aller fleste barn med slike risikotegn blir tatt godt vare på, men dersom omsorgsgiverne har mange andre belastninger kan det føre til at omsorgsgiverne ikke klarer å gi barnet det ekstra som det trenger for å utvikle seg optimalt. På

bakgrunn av dette vil eg her komme inn på noen risikotegn hos foreldre som kan føre til omsorgssvikt og påvirke barnets tilknytning.

5.1.2. Risikotegn hos foreldre

Foreldre med rusproblemer og/eller alvorlige psykiske vansker kan ha problemer med å ta godt nok vare på barna sine. De kan være uforutsigbare og forandre seg fra dag til dag, og misbrukerne vil forandre seg fra upåvirket til påvirket tilstand. Noen kan miste kontrollen, bli truende eller voldelige. Disse reaksjonene kolliderer med barnets behov, og ikke minst stemmer det lite med de kvalitetene som foreldrene må ha for å skape trygg tilknytning hos barnet (Bunkholdt 2003).

5.1.2.1. Umodne foreldre

Rusmisbruk blir i mange tilfeller også kombinert med umodenhet (Killén 2004). Umodne foreldre som selv har fått så lite omsorg at de ikke har nok omsorg å gi når de blir foreldre, er også et risikotegn. Dette fordi de ikke vil klare å prioritere mellom egne og barnets behov, og la egne behov komme før hensynet til barnets behov. De blir lett irriterte eller sinte og kan ha vansker med å styre sinnet sitt, dette kan igjen føre til at de blir hardhendte mot barnet. Umodne foreldre er for det meste interesserte i seg selv, og kan ha vanskelig for å se andre rundt seg, inklusive sine egne barn. Disse foreldrene vil heller ikke synes det har noen hensikt å ta i mot hjelp som kan styrke de som omsorgspersoner (Bunkholdt 2003).

5.1.2.2. Andre risikotegn

Rusmisbruk, omsorgssvikt og mishandling har til felles at vanskene ofte overføres på tvers av generasjoner. Rusmisbrukende foreldre har ofte selv vokst opp under ustabile forhold med rusmisbrukende foreldre, omsorgssvikt, mishandling og/eller seksuelle overgrep (Rowe & Liddle 2003 i Kvello 2008). Killén (2000) skriver at barndommen varer i generasjoner, med det mener hun at en er så preget av sine barndomsopplevelser at sjansene for at en vil overføre de til neste generasjon er store. Det er ikke dermed sagt at foreldre som selv har opplevd omsorgssvikt og/eller mishandling vil videreføre dette til sine egne barn. Det er her store individuelle forskjeller, og mange av disse foreldrene vil kunne fungere godt som omsorgsgivere. Generelt sett kan alle foreldre som i gode perioder er gode omsorgsgivere komme i situasjoner i livet som kan påvirke omsorgsevnen deres. Det kan være sykdom,

dødsfall, dårlig økonomi, skilsmisse eller andre store bekymringer som kan gjøre til at de ikke klarer de daglige forpliktelsene (Bunkholdt 2003).

6. Rusmisbruk og omsorgsevne

For å komme nærmere inn på hvordan rusmisbruk hos foreldre kan påvirke barnets tilknytning, vil eg her komme inn på grunnleggende forutsetninger for omsorgsevne og hvordan rusmisbruk kan påvirke foreldrenes omsorgsevne. Dette fordi den omsorgen barnet får, vil være med og påvirke hvilken tilknytningsstil barnet utvikler (Killén, Olofsson 2003).

Barn har behov for å bli sett, forstått, akseptert og riktig besvart. For at foreldrene skal kunne dekke disse behovene må de kunne oppfylle to grunnleggende forutsetninger. De må ha *empati*, det vil si at de kan sette seg inn i barnets forutsetninger og dets følelses- og tankeverden og kunne handle adekvat ut i fra barnets behov. De må kunne prioritere barna og deres behov, fremfor sine egne behov ved en interessekonflikt mellom barn og voksen. Dette innebærer også å ha kontroll over egne reaksjoner og følelser som for eksempel tretthet, skuffelse og ergrelse – *frustrasjonstoleranse* (Bunkholdt, Sandbæk 2008). I tillegg skriver Bunkholdt (2003) at for at barnet skal danne trygg tilknytning er det viktig at omsorgspersonene er tilgjengelige både fysisk og psykisk. De må være sensitive for de signalene barnet sender ut og kunne oppfatte og svare adekvat på disse. I tillegg er det viktig at omsorgspersonene er stabile i omsorgsutøvelsen og kan skape kontinuitet i omsorgen.

6.1. Empati og sensitivitet

Empati i omsorgen betyr å oppfatte og forstå barnets fysiske eller psykologiske behov og å kunne sette seg inn i hvilke tanker og følelser barnet har i ulike situasjoner. På grunnlag av dette kan en vurdere om foreldrene handler adekvat i forhold til de signalene barnet sender ut. Signalene kan være behov for trøst og beroligelse, mat, stimulering, ro eller grensesetting. For å kunne ha empati med andre må en ha evnen til *desentrering*. Desentrering er det motsatte av egosentrisitet og en del av den følelsesmessige og den kognitive utviklingen (Bunkholdt, Sandbæk 2008). Under risikotegn hos foreldre som kan øke risikoen for omsorgssvikt nevnte eg at rusmisbrukende foreldre ofte også er umodne (Killén 2004). Umodne foreldre kan redusert evne til desentrering fordi de for det meste er interesserte i seg selv, og kan ha vanskelig for å se andre rundt seg, også sine egne barn og deres behov (Bunkholdt 2003).

Empati finnes i ulike grader og er ikke noe en enten har eller ikke har. Noen foreldre har ikke selv gjort de erfaringene som gjør at det er verdt å strekke seg for andre, sette seg inn i andres situasjon eller å prioritere mellom sine egne og andres behov. De har heller ikke sett denne omsorgsattferden hos andre nok til at de selv har lært hva omsorg innebærer. For disse foreldrene er verden et sted hvor andre skal dekke deres behov, trøste dem og ta vare på dem uten at de selv behøver å gi noe tilbake. Dette synet har de også overfor barna sine. Dette viser en av grunnene til at foreldre som selv har opplevd alvorlig omsorgssvikt er et risikotegn for at deres barn også kan oppleve omsorgssvikt (Bunkholdt, Sandbæk 2008). Dette bekrefter Rowe & Liddle 2003 i Kvello 2008 ved å si at mange rusmisbrukende foreldre har selv vokst opp med rusmisbrukende foreldre, omsorgssvikt og mishandling, og at vanskene ofte overføres over generasjoner.

En annen viktig forutsetning for å utøve god barneomsorg er frustrasjonstoleranse. Betingelsene for utvikling av frustrasjonstoleranse har nær sammenheng med betingelsene for utvikling av empati. Foreldre som har adekvat empati vil også ha en rimelig frustrasjonstoleranse. I barneomsorgen betyr evne til frustrasjonstoleranse å ha evnen til å erkjenne de reaksjonene og følelsene en har overfor barnet. Barn kan være krevende og både tretthet, oppgitthet og sinne er høyst naturlige reaksjoner som alle foreldre kan oppleve. Det som er viktig er at foreldrene har et bevisst forhold til disse reaksjonene. Ved å være bevisst på reaksjonene og følelsene kan en kontrollere de, og dermed reduserer en faren for at de kommer til uttrykk i tildekte og vanskelig kontrollerbare former. Som tidligere nevnt vil foreldrenes evne til frustrasjonstoleranse vise igjen ved at de i rimelig grad kan prioritere barnets behov fremfor sine egne (Bunkholdt, Sandbæk 2008). Rusmisbrukende foreldre har slik sett lav frustrasjonstoleranse, fordi de har problemer med å prioritere mellom sine egne og barnets behov, og vil prioritere egne behov før barnets dersom det skulle oppstå en interessekonflikt (Kvello 2008). Rusmisbrukende foreldre kan i mange tilfeller være umodne (Killén 2004). Umodne foreldre blir lett irriterte eller sinte og kan ha vansker med å kontrollere reaksjonene og følelsene sine (Bunkholdt 2003). En annen viktig del av frustrasjonstoleransen er å kunne uttrykke følelsene sine på en måte som barnet har forutsetninger for å kunne tole og forstå. Dette gjelder for eksempel i grensesettingssituasjoner (Bunkholdt, Sandbæk 2008).

Sensitivitet er i følge Smith (2002) en viktig faktor i den dannelsen av den tidlige tilknytningen. Foreldre som er sensitive og svarer adekvat på barnets behov når de ikke er ruspåvirket, forandrer ofte atferd når de er ruspåvirket. Dette vil påvirke omsorgen som blir

preget av ustabilitet og uforutsigbarhet (Bunkholdt, Sandbæk 2008). Det vil si at foreldre som klarer å dekke barnets behov i en ikke-ruspåvirket tilstand kan få problemer med å dekke barnets behov godt nok i en ruspåvirket situasjon. Forskning viser at rusmisbrukende mødre sammenlignet med mødre som ikke er rusmisbrukere, har mindre samspill med barna sine og viser mindre engasjement i samspillet. De har også vanskeligere for å se, fortolke realistisk og reagere adekvat på de signalene barnet sender ut (Whipple et al. 1995 i Kvello 2008). Mødre som misbruker narkotiske stoffer kjennetegnes ofte av negativisme i tanker om barnet og i samspillet med det. De kan også tendere mot å være veldig autoritære eller ettergivende i samspillet (Heller et al. 1996 i Kvello 2008). Som tidligere nevnt kom Mary Ainsworth gjennom sin forskning frem til at mødrenes grad av sensitivitet er med å bestemme hvordan barnet i løpet av de to første årene organiserer sin tilknytningsatferd (Smith 2002). I følge Killén & Olofsson (2003) kan en noe forenklet si at hvilken tilknytningsstil barnet utvikler avhenger av hvor sensitiv omsorgspersonen er for barnets signaler.

6.3. Kontinuitet, rusatferd og trygg base funksjon

Noen av de viktigste faktorene som fremmer trygg tilknytning hos barnet er kontinuitet og stabilitet. Som tidligere nevnt kan foreldre med rusproblemer og/eller alvorlige psykiske vansker ha problemer med å oppfylle disse behovene. Dette fordi de kan være uforutsigbare, forandre seg fra dag til dag, og handle ulikt fra upåvirket og påvirket tilstand (Bunkholdt 2003). Personlighetstrekkene kan også påvirkes av rusmisbruket ved at noen blir dempet, og andre blir forsterket. Omsorgen barnet får av den ruspåvirkede omsorgspersonen vil derfor kunne være ulik den omsorgen personen gir uten ruspåvirkning (Kvello 2008).

Hansen (1994) skriver at rusmisbruket ofte går i en syklus med ulike faser. Det er rusfasen, bakrusfasen, edru fasen og fasen før ny rus. Samspillet i familien blir påvirket av dette og vil forandre seg i de ulike fasene. Det kan bli preget av ustabilitet og uforutsigbarhet, fordi familiens rutiner, regler og ritualer er i endring gjennom hele rusyklusen. Kravene og forventningene til barna endres i de ulike rusfasene, og barna vil etter beste evne prøve å tilpasse seg disse (Bunkholdt, Sandbæk 2008). I følge Hansen (1994) er det ikke nødvendigvis selve inntaket av rusmidler, hvor mye som blir tatt eller type rusmidler som kan lage problemer. Det barnet ofte reagerer mest på er de forandringene som skjer når foreldrene er ruspåvirket. Foreldre som vanligvis er snille, oppmerksomme og omsorgsfulle kan bli

egoistiske, utilgjengelige eller uinteresserte. Hvordan foreldrene forandrer seg kan være svært individuelt. Noen blir sinte, voldelige og ubehagelige. Andre kan bli sløve, blide eller medgjørlige. Disse forandringene er negative for barnet, fordi de vil påvirke barnets syn på omgivelsene som forutsigbare og trygge. For at barnet skal føle trygghet er det en forutsetning at miljøet rundt har en viss grad av forutsigbarhet og stabilitet.

Foreldre som er preget av dårlig samvittighet for at de ruser seg, eller som er sløvet av rusmidler, kan være utpreget ettergivende i oppdragsstil. I forhold til barneoppdragelsen kan rusmisbrukere skifte mellom å være ettergivende og autoritære (Kvelling 2008). Dersom hverdagen blir preget av ustabilitet og uforutsigbarhet, kan dette påvirke grensesettingen. Dersom grensene blir satt på en inkonsekvent måte vil det være vanskelig for barnet å lære sammenhengen mellom handling og konsekvens. Barnets sosiale kompetanse kan bli skadelidende for dette (Bunkholdt, Sandbæk 2008). Noen langsiktige konsekvenser av inkonsekvent grensesetting kan være angst, tristhet, dårlig selvbilde og psykosomatiske plager (Mortensen 1994, Sommerchild et al. 1997 i Bunkholdt, Sandbæk 2008).

I følge Ainsworth et al. (1971) i Smith (2002) er det en fordel for barnets utvikling om det er likevekt mellom tilknytning og eksplorering. Det vil si at barnet bruker omsorgspersonen som trygg base under eksplorering. Smith (2002) skriver at barn ikke vil eksplorere i en situasjon de oppfatter som utrygg og at frykt kan påvirke balansen mellom tilknytning og eksplorering. Da barnet viser mer tilknytningsatferd og eksplorerer mindre dersom de opplever frykt. Siden ruspåvirkede foreldre kan endre aktivitetsnivå og få lavere terskel for impuls kontroll kan det oppstå situasjoner som barnet kan oppfatte som truende (Bunkholdt, Sandbæk 2008). Barnet kan da bli skremt og prøve å beskytte seg. I samspill med foreldrene vil barnet være sterkt fokusert på foreldrenes sinnstilstand og fungering, fordi den er så uforutsigbar. Denne uforutsigbarheten i form og fremtoning kan være knyttet til psykiske lidelser, ruseffekter, stress, abstinenser eller en generelt vanskelig livssituasjon (Kvelling 2008). At barnet bekymrer seg for foreldrenes tilgjengelighet og sinnstilstand vil i følge Smith (2002) føre til at barnet eksplorerer mindre og forelderens fungerer lite eller ikke som trygg base. I følge Bunkholdt (2003) vil det at forelderens fungerer som trygg base være en viktig forutsetning for at barnet utvikler trygg tilknytning.

6.1.3. Barnets tilknytningsstil og indre arbeidsmodell

John Bowlby beskriver i sin teori om indre arbeidsmodeller at de tilknytningsrelevante opplevelsene barnet gjør vil føre til at det danner mentale bilder av seg selv, omsorgspersonene og omverdenen. Barnet vil da bruke disse erfaringene som en rettesnor for senere relasjoner (Smith 2002). Barn med *trygg* tilknytningsstil har i følge Bunkholdt og Sandbæk (2008) en indre arbeidsmodell av at omsorgsgiverne er til å stole på, og at de vil bli tatt vare på. Mange barn som har rusmisbrukende omsorgspersoner utvikler en type utrygg tilknytning med mistillit og omfattende usikkerhet til andre mennesker (Kvelling 2008). Dette kan beskrive en *utrygg- unnvikende tilknytningsstil (A)* der barna har hatt omsorgspersoner som var lite tilgjengelige, lite sensitive og svarte lite eller galt på barnas signaler. Barnas indre arbeidsmodell viser lite selvværd, lave forventinger til å bli ivaretatt og de viser som tidligere nevnt mistillit eller usikkerhet i forhold til andre mennesker. Barn med *utrygg- ambivalent tilknytningsstil (C)* har opplevd skiftende omsorg og omsorgspersoner med veldig varierende sensitivitet, dette viser igjen ved at deres indre arbeidsmodell ved de blir usikre på seg selv og på om andre mennesker er til å stole på. Barn med trygg eller ulike varianter av utrygg tilknytningsstil har tydelige indre arbeidsmodeller (Bunkholdt, Sandbæk 2008). I følge Bretherton og Munholland (1999) i Smith (2002) danner barnet mentale forestillinger ut i fra ulike hendelser de opplever. Dette vil si at barnet kan ha ulike mentale forestillinger, indre arbeidsmodeller, av omsorgspersonen i ulike situasjoner. Det kan ha en indre arbeidsmodell av omsorgspersonen som upåvirket og sensitiv for deres signaler, og en av omsorgspersonen som ruspåvirket og lite sensitiv. Barn med *disorganisert/desorientert tilknytningsstil (D)* har derimot ingen tydelige stabile indre arbeidsmodeller. Dette fordi omsorgsmiljøet deres har vært så disorganisert at de ikke har dannet seg klare tilknytningsstrategier eller mentale bilder av omsorgspersonene (Bunkholdt, Sandbæk 2008).

7. Psykopatologi

Til slutt vil eg ta med at Bowlby sin tilknytningsteori i tillegg til å være en teori om barns normale utvikling, også en teori som viser hvordan en kan forstå psykopatologi. Han hadde klare oppfatninger om hvilken betydning de tidlige erfaringene har i utviklingspsykopatologi, betydningen av barnets nåværende situasjon og hvilke utviklingsprosesser som kunne føre til

senere vansker. Barnets tilpasning er et produkt både av dets utviklingshistorie og de nåværende omstendighetene. Det betyr at de tidlige erfaringene ikke er en hovedeffekt i forhold til patologi, men at de påvirker utfallet, fordi utviklingen må ses som et avansert samspill der egenskapene hos barnet påvirker omsorgspersonen over tid. Dette vil si at utrygge og disorganiserte tilknytningsstiler ikke i seg selv er psykopatologi, eller en direkte årsak til senere vansker, men at disse tilknytningsstilene kan medvirke til at barnet kommer inn på en utviklingsvei som har sammenheng med psykopatologi (Smith 2002).

8. Avslutning

Eg begynte denne oppgaven med å velge problemstillingen: Hvordan kan rusmisbruk hos foreldre påvirke barnets tilknytning? For å belyse problemstillingen beskrev eg først temaet rusmisbruk hos foreldre og hvordan dette kan ha komorbiditet med andre risikofaktorer. Rusmisbruk ser ut til å kunne ha komorbiditet med psykiske lidelser, personlighetsforstyrrelser og andre vansker som for eksempel fattigdom, barnemishandling og en ustrukturert livsstil. Eg beskrev videre hva tilknytning er, hvordan den tidlige tilknytningen dannes ved at barnet viser tilknytningsatferd og omsorgspersonen dekker barnets behov. Tilknytningssystemet henger nært sammen med eksploringssystemet, og hvordan barnet viser tilknytningsatferd og eksplorerer blir påvirket av hvordan og om omsorgspersonen fungerer som trygg base. At omsorgspersonen fungerer som trygg base er en forutsetning for at barnet skal kunne utvikle trygg tilknytning.

Alle barn knytter seg til omsorgspersonene sine, men på ulike måter. Det vil si at de utvikler ulike tilknytningsstiler, hvilken tilknytningsstil de utvikler vil bli påvirket av hvordan og i hvilken grad foreldrene klarer å dekke barnets behov. Mary Ainsworth fant gjennom sin forskning tre ulike tilknytningsstiler. Disse kalte hun trygg, utrygg-unnvikende og utrygg-ambivalent. Main og Solomon fant senere en tilknytningsstil til som ble kalt disorganisert/desorientert tilknytningsstil. For at barnet skal utvikle en trygg tilknytning er det en forutsetning at omsorgsgiverne er fysisk og psykisk tilstede, sensitive for barnets signaler og være stabile og gi barnet kontinuitet i omsorgen. Barn med omsorgsgivere som ikke klarer å dekke disse behovene godt nok vil i de fleste tilfeller utvikle en type utrygg eller disorganisert/desorientert tilknytningsstil. I følge John Bowlby blir barnets indre arbeidsmodeller blir påvirket av den omsorgen det får. Barnet vil lagre erfaringene det gjør

med de nære omsorgspersonene og deres omsorgsutøvelse, for så å generalisere de til å gjelde i for alle mennesker de senere vil få en relasjon til.

Under punktet rusmisbruk og konsekvenser for den tidlige tilknytningen har eg sett på hvordan ulike risikotegn hos barnet og foreldrene kan påvirke den tidlige tilknytningen. I noen tilfeller oppstår det en dobbel risiko for omsorgssvikt, der barna og/eller foreldrene har ulike risikotegn som i tillegg til foreldrenes rusmisbruk, kan påvirke samspillet i en negativ retning. Dette kan for eksempel være medfødte skader hos barna, som i noen tilfeller skyldes rusmisbruk i svangerskapet. Eller det kan være at foreldrene selv har vokst opp med rusmisbrukende foreldre. En viktig faktor i barnets utvikling av tilknytningsstil er foreldrenes omsorgsevne. Eg har derfor sett på hvordan rusmisbruk kan påvirke foreldrenes omsorgsevne. Ved å gjøre det kom eg fram til at empati og frustrasjonstoleranse er viktige faktorer i barneomsorgen som rusmisbrukende foreldre kan ha vansker med å oppnå i de ulike rusperiodene. Rusmisbrukende foreldre kan også variere mellom hvor sensitive de er for barnets signaler og behov, oppfatte dem rett og handle adekvat. Dette gjør at den omsorgen de gir blir preget av lite stabilitet og kontinuitet. De kan også ha vansker med å prioritere barnets behov fremfor sine egne i en interessekonflikt. Foreldrenes rusmisbruk kolliderer med barnets behov, og ikke minst stemmer det lite med de kvalitetene som foreldre må ha for at barnet skal utvikle en trygg tilknytning.

Avslutningsvis vil eg ta med at selv om rusmisbruk hos foreldre er en betydelig risikofaktor for at barn utvikler ulike vansker, er det ikke alltid tilfellet. Barn av rusmisbrukende foreldre kan få god nok omsorg dersom det finnes beskyttende faktorer som kan kompensere for de negative faktorene. Dette kan for eksempel være at den ene forelderen ikke er rusmisbrukende eller at foreldrene har god sosial støtte i nettverket. En utrygg eller disorganisert/desorientert tilknytningsstil vil ikke nødvendigvis være psykopatologi eller føre til senere vansker, men det er med å øke risikoen for å utvikle psykiske vansker, eller et samspill som kan føre til psykopatologi.

Litteraturliste

- Bjerke, T. & Svebak, S. (2005) *Psykologi for høgskolen*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bowlby, J. (1988) *A Secure Base*. New York, Routledge
- Bowlby, J. (1979) *Making and Breaking of Affectional Bonds*. New York, Routledge
- Bunkholdt, V. & Sandbæk, M. (2008) *Praktisk barnevernsarbeid*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bunkholdt, V. (2003) *Tilknytning og tilknytningsproblemer*. Temahefte nr 16 utgitt av Norsk fosterhjemsforening.
- Bunkholdt, V. (2003) *Utviklingspsykologi*. Oslo, Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forskning.no (2008) *Mors rus endrer barnets hjerne*. Hentet 15.03.2010 fra <http://forskning.no/artikler/2008/oktober/197959>
- Halvorsen, K. (2004) *Forskningsmetode for helse og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo, Cappelen Forlag AS
- Hansen, F. (1994) *Barn som lever med foreldres rusmisbruk*. Oslo, Ad Notam Gyldendal AS
- Hart, S. & Schwartz, R. (2009) *Fra interaksjon til relasjon - Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jacobsen, D, I. (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Killén, K. (2000) *Barndommen varer i generasjoner -forebygging er alles ansvar*. Oslo, Kommuneforlaget AS

Killèn, K. & Olofsson, M. (2003) *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer.* Oslo, Kommuneforlaget AS

Killén, K. (2004) *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar.* Oslo, Kommuneforlaget AS

Kvello, Ø. (2008) *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling.* Oslo, Universitetsforlaget

Smith, L. (2002) *Tilknytning og barns utvikling.* Kristiansand, Høyskoleforlaget

Weiner, L. & Mor, B, A. (1996) *Føtalt alkohol syndrom - Hvordan hjelpe jeg mitt alkoholskadede barn.* Danmark, Hans Reitzels forlag

Forskning.no (2008) *Mors rus endrer barnets hjerne.* Henta 15.03.2010 fra <http://forskning.no/artikler/2008/oktober/197959>