

Resiliens blant barn av foreldre med et alkoholmisbruk

En litteraturstudie.

Kandidatnummer: 5008

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sosialt arbeid

Kull: 11SOSHEL

Antall ord: 8721

5.mai 2014

## Innhold

1 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og sosialfaglig relevans.....	3
1.2 Problemstilling.....	4
1.3 Begrepsavklaring .....	4
1.3.1 Sosialarbeideren .....	4
1.3.2 Resiliens .....	5
1.3.3 Barn av foreldre med et alkoholmisbruk.....	5
1.4 Oppgavens oppbygning .....	6
2 Metode.....	8
2.1 Litteraturstudie som metode .....	8
2.2 Kildesøk.....	8
2.3 Kildekritikk.....	9
3 Teori og litteratur .....	11
3.1 Resiliens.....	11
3.1.1 Begrep og definisjon .....	11
3.1.2 Hva er resiliens?.....	12
3.1.3 Fire beskyttelsesmekanismer .....	12
3.1.4 Kauai-undersøkelsen .....	13
3.1.5 Indre faktorer ved resiliens .....	13
3.1.6 Ytre faktorer ved resiliens.....	14
3.2 Barn av foreldre som misbruker alkohol .....	16
3.2.1 Omfang i Norge .....	16
3.2.2 Pårørende barn .....	16
3.2.3 Familiesamhold og emosjonelt klima .....	18
3.2.4 Parentifisering .....	19
3.2.5 Kommunikasjonssvikt og tabuisering.....	20
3.3 Sosialfaglig arbeid .....	21
4 Drøfting .....	22
4.1 Familiesamhold og emosjonelt klima.....	22
4.2 Parentifisering.....	24
4.3 Kommunikasjonssvikt og tabuisering .....	26
5 Avslutning .....	28
6 Litteratur.....	29

## 1 Innledning

Det finnes antageligvis omtrent 90 000 barn i Norge som lever med en eller to foreldre med et alkoholmisbruk (Rognmo og Torvik 2011). Dette er barn som lever i risiko. De lever i risiko for å overta foreldrenes dårlige drikkevaner, men i enda større grad – å utvikle andre psykososiale vansker (Haugland 2012).

Kanskje var jeg redd før jeg sovnet om kvelden når de voksne herjet som verst i stua. Kanskje drømte jeg andre drømmer enn jentene i klassen. Jeg vet ikke. Husker bare at jeg av og til var forferdelig engstelig for at pappa skulle drikke seg i hjel. Og at jeg også kunne håpe at han virkelig gjorde det. (Ringheim og Throndsen 1997: 66-67).

Sitatet er hentet fra boken ”Løvetannbarn”, som inneholder historier om ti barn som vokste opp under ulike, men svært belastende omstendigheter. Felles for alle historiene er at de ti klarte seg til tross for den vanskelige oppveksten. De utviklet ikke psykiske lidelser og de valgte en annen vei enn foreldrene. Sitatet er fra historien om Liv. Hun vokste opp med en far med et alvorlig alkoholmisbruk, og sitatet beskriver noe av elendigheten og kaoset hun vokste opp med. Det som skapte en endring hos Liv var en engasjert og målrettet fostermor hun bodde hos da faren kom i fengsel.

Noen barn klarer seg til tross. Omtrent en tredel, i følge forskning (Borge 2010). Dette kan kalles resiliens, en teori på hva det er som gjør at noen klarer seg tross risiko og belastninger. Med kunnskap om resiliens kan vi få innsikt i hvordan legge til rette for at flere barn kan utvikle slik motstandsdyktighet.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og sosialfaglig relevans

Jeg har valgt ”resiliens” og ”barn av foreldre med et alkoholmisbruk” som tema. Jeg ønsker å lære mer om resiliens, fordi det bidrar med et annet perspektiv på risiko enn tradisjonell forskning, hvor en fokuserer på de som utvikler vansker. Forskning på resiliens skjer blant dem som til tross for risiko har klart seg (Borge 2010). Dette gir et viktig bidrag til forskning på det sosialfaglige feltet, og sier noe om oppgavens sosialfaglige relevans. ”Barn av foreldre med et alkoholmisbruk” er inkludert som tema for å konkretisere og få anvendt

resiliensteorien, men også for å få mer kunnskap om gruppen. Grunnen til at jeg har avgrenset oppgaven til alkoholmisbruk, og ikke rusmisbruk generelt, er fordi alkohol er det rusmiddelet som i størst grad blir misbrukt og som flest barn blir berørt av (Rognmo og Torvik 2011: 11). Det er også interessant å se hva som er spesielt med akkurat alkoholmisbruk. I problemstillingen har jeg i tillegg valgt å inkludere ”sosialarbeideren” for i større grad å se temaet med et sosialfaglig blikk.

## 1.2 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er:

”Hvordan kan sosialarbeideren bidra til å fremme resiliens blant barn av foreldre med et alkoholmisbruk?”

For å avgrense spørsmålet, har jeg valgt å se på hvordan resiliens kan fremmes under tre aktuelle forhold barn i oppvekst med alkoholisererte foreldre kan leve under. Disse forholdene er omtalt som overføringsmekanismer, som kommer av synet på at det ikke er direkte alkoholmisbruket som overfører problemer på barna, men forholdene i hjemmet og i samspillet mellom barn og foreldre (Haugland 2012). ”Familiesamhold og emosjonelt klima”, ”parentifisering” og ”kommunikasjonssvikt og tabuisering” er de tre overføringsmekanismene jeg har fordypet meg i.

## 1.3 Begrepsavklaring

Under vil jeg redegjøre for begreper i problemstillingen. Øvrige begreper i oppgaven vil bli gjennomgått fortløpende i teksten.

### 1.3.1 Sosialarbeideren

Med ”sosialarbeideren” mener jeg den beskyttede yrkestittelen sosionom, som har minst en treårig utdanning fra høyskolenivå. Denne avgrensningen er gjort for å sikre helheten i den

sosialfaglige kompetansen, selv om det finnes mange ufaglærte i feltet. I denne oppgaven mener jeg sosialarbeidere på generell basis, og ikke knyttet til et spesifikt arbeidssted som barnevernet, sosialtjenesten eller lignende. Dette gjør jeg for å fremme generell sosialfaglig tenkning.

### 1.3.2 Resiliens

Jeg velger å bruke begrepet ”resiliens”, som er et fornorsket begrep fra det engelske ordet ”resilience” (Borge 2010: 12). Direkte oversatt fra engelsk kan ordet, i følge Borge (2010: 13), bety ”den menneskelige evnen til bedring”. Andre norske ord kan være ”motstandsdyktighet” eller ”løvetannbarn”, men disse knyttes for sterkt opp til menneskelige indre egenskaper, som jeg dermed ikke opplever er dekkende. Resiliens, slik jeg forstår det ut fra Borge (2010), handler om indre egenskaper ved personen, faktorer i omgivelsene og det komplekse samspillet mellom disse to. Resiliensbegrepet vil bli ytterligere gjennomgått i teorikapitlet.

### 1.3.3 Barn av foreldre med et alkoholmisbruk

Med ”barn” menes mindreårige personer i Norge - alle personer under 18 år. Eventuelle unntak fra dette vil presiseres i teksten. Denne avgrensningen er også den helsepersonelloven § 10a og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a bruker om pårørende barn av pasienter. Denne lovgivningen skal videre anvendes i oppgavens teori- og drøftingsdel.

Jeg velger å bruke begrepet ”foreldre med et alkoholmisbruk”. Andre alternativer kunne vært å skrive ”alkoholmisbrukere” eller ”alkoholmisbrukende foreldre”. Med forståelse for at alkoholmisbruk påvirker alle aspekt av livet, kan de to sistnevnte begrepene tillegge alkoholmisbruket som identitet i for stor grad. I oppgaven vektlegger jeg dessuten disse menneskenes foreldreroller og opplever det slik relevant å skrive ”foreldre *med et alkoholmisbruk*”. For barna vil disse menneskene også først og fremst være foreldre, på godt og vondt. I oppgaven inkluderer jeg familier med både en og to foreldre som har et alkoholmisbruk.

”Alkoholmisbruk” er et omdiskutert begrep. Det som skiller ”misbruk” fra ”bruk” er for eksempel drikking som fører til skadelige eller farlige situasjoner, problemer med hverdagslige rutiner og kriminelle handlinger (Rognmo og Torvik 2011: 11). Misbruk skiller seg igjen fra begrepet ”avhengighet”. Alkoholavhengighet innebærer blant annet fysiske abstinenser uten alkohol, og at toleransenivået øker for å oppleve rusfølelsen (Rognmo og Torvik 2011: 11). Men begrepene overlapper hverandre. Mange misbrukere har et avhengighetsproblem, og misbruk kan være et tegn på nærliggende avhengighet (Lund og Bretteville-Jensen 2010: 14). Når jeg i oppgaven bruker alkoholmisbruk som begrep, inkluderer det både dem som er avhengige av alkohol og dem som misbruker alkohol. I noen tilfeller bruker jeg samlebegrepet ”rusmisbruk” for å favne avhengighet og misbruk av andre typer rusmidler i tillegg til alkohol.

Med begrepet ”barn av foreldre med et alkoholmisbruk” mener jeg de barna som bor med sine foreldre som har et alkoholmisbruk. Noen ganger velger barnevernet å flytte barn ut av deres hjem på grunn av foreldrenes alvorlige alkoholmisbruk og omsorgssvikt. Jeg opplever det for omfattende å ta høyde for dette i oppgaven, og har valgt å fokusere på hvordan en kan tenke resiliensfremmende for barna som blir boende hjemme. Slik løftet jeg også oppgaven fra det barnevernsfaglige til det generelt sosialfaglige.

#### **1.4 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven har fire deler. Første del er metode, hvor jeg beskriver metodevalg, kilder og kildekritikk. I andre del redegjør jeg for relevant teori for oppgaven. Teoridelen er tredelt. Først redegjør jeg for resiliens ved å forklare begrepet og teorien bak, samt å se på hvilke faktorer som har vært tilstede i situasjoner hvor resiliens er blitt utviklet. Disse faktorene er relevante å ta med da de kan si noe om hvilke tiltak som kan være med å fremme resiliens hos andre. Jeg redegjør så for gruppen barn av foreldre med et alkoholmisbruk. Her velger jeg å redegjøre for omfang av berørte barn i Norge og hvordan barn kan sies å være pårørende. Jeg presenterer så de tre overføringsmekanismene i samspillet mellom foreldre og barn, som jeg siden skal bruke drøftingen. Til slutt i teoridelen velger jeg å redegjøre for sosialarbeiderens faglige ståsted, med relevans til resiliens og barn av foreldre med et alkoholmisbruk. Jeg får slik utdypet begrepet ”sosialarbeideren” fra problemstillingen og vist sosialfagets særegenhet. I oppgavens tredje del drøfter jeg hvordan sosialarbeideren kan bidra til å fremme resiliens i

de tre forholdene ”familiesamhold og emosjonelt klima”, ”parentifisering” og ”kommunikasjonssvikt og tabuisering”. I drøfting av resiliensfremmende tiltak velger jeg å fokusere på tiltak mot barna som lever i risiko, og tar derfor ikke høyde for tiltak som retter seg mot foreldrenes rusbehandling. Siste del av oppgaven er en oppsummerende avslutning.

## 2 Metode

Dalland (2013: 111) påpeker at metode kan sies å være fremgangsmåten vi bruker for å komme frem til kunnskap på. Valg av metode har konsekvenser for resultatene en sitter igjen med til slutt (Jacobsen 2013: 88). Under vil jeg gjennomgå litteraturstudie som metode, kildesøk og kildekritikk.

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å besvare oppgavens problemstilling ved å benytte litteraturstudie som metode. En litteraturstudie bygger på skriftlige kilder (Dalland 2013: 223). Dalland (2013: 67) ser på litteratur som oppgavens utgangspunkt og det som drøftingen skal dreies rundt. Et viktig element i litteraturstudiet er kildekritikk (Dalland 2013: 223). Kildekritikk handler om å vise evne til å vurdere den litteraturen en har valgt som kilder, og bevissthet rundt hvordan en anvender litteraturen (Dalland 2013: 72). Det handler om å kunne forholde seg kritisk til hvorvidt kildene en bruker kan være med å besvare problemstillingen.

Alternativet kunne jeg valgt å benytte meg av kvalitativt intervju som metode. Kvalitativ metode handler om å skaffe data som går i dybden og som ikke lar seg måle av tall i eksempel statistikk (Dalland 2013: 112, Jacobsen 2013). Jeg kunne valgt å intervju mennesker som hadde vokst opp med foreldre med et alkoholmisbruk, og som hadde utviklet resiliens. Jeg ville da fått mulighet til å fortolke de innsamlede data selv, fremfor å måtte basere oppgaven på andres funn. Men samtidig har jeg gjennom å velge litteraturstudie fått muligheten til å få større bredde i oppgaven enn jeg kanskje ville hatt tid og ressurser til ved kvalitative intervju.

### 2.2 Kildesøk

I størst grad har jeg benyttet meg av selvvalgt pensum, da jeg fant den mest relevante litteraturen om resiliens og alkoholmisbruk utenfor pensum. For å finne frem til relevant litteratur har jeg søkt i BibSys, på ordene: "Resiliens", "alkoholmisbruk" og "risiko". Gjennom dette fant jeg frem til de bøkene jeg har anvendt mest i denne oppgaven, samt en del supplerende litteratur. Gjennom søket i BibSys, og gjennom søk i databasen NORA, fant jeg også bachelor- og masteroppgaver som handlet om alkoholmisbruk, resiliens, eller begge



deler. I oppgavene fant jeg tips til annen litteratur jeg kunne anvende. Jeg har i tillegg søkt i Tidsskrift for Den norske legeforening, samt Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Veileder gav også tips til relevant litteratur.

### 2.3 Kildekritikk

Anne Inger Helmen Borge er en relevant skikkelse når det kommer til litteratur om resiliens i Norge. Jeg har i stor grad anvendt hennes bok *”Resiliens. Risiko og sunn utvikling”* (2010), da hun i dybden her gjennomgår hva resiliens er, samt presenterer relevant forskning på området, nasjonalt og internasjonalt. Jeg har opplevd det utfordrende å få tak i primærkilder om resiliensforskning, og benytter meg da av Borges presentasjon av dette i stedet. Jeg presenterer blant annet den grunnleggende forskningen på resiliens, Kauai-undersøkelsene. Disse undersøkelsene pågikk mellom 50- og 90-tallet og ble utført på Hawaii. Undersøkelsene kan virke lite relevante med tanke på tidsepoke og kultur, men i det meste jeg leser om resiliens blir det referert til denne undersøkelsen likevel. Undersøkelsen er grunnleggende for resiliensforskningen, og den er svært omfattende og strekker seg langt i tid, og derfor opplever jeg det relevant å ta den med i oppgaven. Jeg har brukt masteroppgaven *”Resiliens hos barn av alkoholmisbrukere”* av Aina Kristin Gustavsen (2008) og hennes inndeling av indre og ytre resiliensfaktorer, da jeg fant det som en relevant og ryddig måte å dele inn disse faktorene på.

Når jeg skriver om alkoholmisbruk, og om barn av foreldre med et alkoholmisbruk, anvender jeg meg av Hauglands, Ytterhus’ og Dyregrovs bok *”Barn som pårørende”* (2012). Her har jeg særlig anvendt kapitlet *”Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre”* skrevet av Bente Storm Mowatt Haugland. For å supplere dette har jeg blant annet brukt Kvello (2010) og Brandt og Grenvik (2010). For å finne tall på hvor mange barn som lever med foreldre med et alkoholmisbruk i Norge, benyttet jeg meg av Folkehelseinstituttets artikkel (Rognmo og Torvik 2011). I tillegg supplerte jeg med Statens institutt for rusmiddelforskning sin artikkel på området, som anvender en annen metode (Rossow, Moan og Natvig 2009).

I innledningen siterte jeg fra boken *”Løvetannbarn. De klarte seg – mot alle odds”* av Gunnar Ringheim og Jane Throndsen (1997). Boken er ikke ment som en faktabok eller forskning, og

det er heller ikke slik jeg anvender den. Jeg har brukt den som en inspirasjon og for å få et bilde på hva resiliens kan være. Begrepet "løvetannbarn" er jeg også faglig sett kritisk til, som jeg har beskrevet i begrepsavklaringen.

### 3 Teori og litteratur

#### 3.1 Resiliens

Det har lenge blitt forsket på årsaker til hvorfor personer utvikler sosiale eller mentale problemer. Det blir forsket på dem det går galt med, på årsaker i personens utvikling. Teorier om resiliens har et annet perspektiv. Resiliensteorien viser hva som gjør at et barn utvikler seg tilfredsstillende, til tross for oppvekst i en risikosituasjon eller erfaring av en akutt krise (Borge 2010: 11). Gjennom resiliensforskning får en innblikk i hvilke faktorer som er med å beskytte barn mot å utvikle psykiske lidelser eller antisosial atferd. Dette kan gi kunnskap om hvordan en kan arbeide forebyggende og lage velfungerende tiltak for barn i risiko.

##### 3.1.1 Begrep og definisjon

I følge Borge kommer ordet resiliens fra det engelske ordet "resilience", og er et fornorsket psykologisk begrep (2010: 13). Borge skriver at begrepet betyr "god psykososial fungering hos barn til tross for opplevelse av risiko." (2010: 11). Barn kan reagere på risiko, stress og kriser på mange måter. Resiliens handler ikke om dem som klarer å unngå elendigheten, men om dem som klarer å fungere godt og utvikle seg normalt til tross for en risikofylt tilværelse (Borge 2010: 12).

Resiliens er ikke det samme som begrepet "resilient" og "motstandsdyktig", men begrepene blir ofte brukt om hverandre og i samme sammenheng. "Resilient" og "motstandsdyktig" går på egenskaper ved en person, eller personlighetstrekk, og kan gi et bilde av at barnet vil tåle alt av påkjenninger (Borge 2010: 12, Kvello 2010: 156). Begrepet "løvetannbarn" blir populært brukt om barn som klarer seg til tross for en problematisk oppvekst (Ringheim og Thronsen 1997: 7). Begrepet kan derimot være misvisende brukt i sammenheng med resiliens, fordi det kan virke som at resiliens da handler om barnets egenskaper alene (Borge 2010: 15). Resiliens handler om både barns egenskaper og om egenskaper i miljøet rundt barnet (Borge 2010: 12). Det er det komplekse samspillet mellom disse som betegner hva resiliens er, og det er her grunnlaget for motstandskraft ligger (Borge 2010: 30).

### 3.1.2 Hva er resiliens?

Resiliens er komplekse prosesser (Kvello 2010), men kan også være en engangshendelse (Borge 2010). Borge bruker de tre begrepene ”gjenopprette”, ”opprettholde” og ”forbedre” for å beskrive hva resiliensteorien handler om (2010: 13). Et barn kan komme tilbake til sin normale fungering etter en krisesituasjon, og gjenopprette sin vante atferd (Borge 2010: 13). Det er resiliens. Men det er også resiliens når et barn som lever med risiko i familiesituasjonen hver dag klarer å opprettholde god psykososial fungering, eller til og med forbedre den (Borge 2010: 13).

Mange knytter resiliensteori til å handle om barnevernsbarn. Men resiliens handler om barn som opplever risiko på mange ulike måter. Det kan være ustabile familieforhold, oppvekst på institusjon, alvorlig sykdom eller akutte traumer, kriser og katastrofer (Borge 2010: 16). Barn er ulike, og er i forskjellig grad sårbare i risikosituasjoner (Kvello 2010: 157). Brandt og Grenvik (2010: 131) fremhever dessuten at risikofaktorer, for eksempel somatisk sykdom, foreldres rusmisbruk og fattigdom, sjelden opptrer alene. Risikofaktorer kan utløses av hverandre, og bli en kjede av uheldige erfaringer.

Hva er det som kjennetegner situasjoner hvor barn har utviklet resiliens? Hvilke faktorer er tilstede? Gustavsen (2008) skiller mellom indre og ytre faktorer, som skal gjennomgå videre i punkt 3.1.5 og 3.1.6. De indre faktorene er kjennetegn ved barnet, de ytre faktorene er kjennetegn ved omgivelsene. Til tross for inndelingen av indre og ytre faktorer, ser vi at de påvirker hverandre gjensidig (Gustavsen 2008).

### 3.1.3 Fire beskyttelsesmekanismer

Rutter (2000, i følge Borge 2010: 39) skriver om fire beskyttelsesmekanismer som kan forklare noe av den komplekse resiliensprosessen, og om hvordan en kan utvikle resiliensfremmende tiltak. Den første mekanismen handler om ”å redusere risikoens gjennomslagskraft.”(Borge 2010: 39). Eksempelvis kan risikoen få en annen betydning om man hjelper barnet med å forstå hva som skjer. Den andre mekanismen er at tiltak kan bryte en ond sirkel eller en negativ kjedereaksjon (Borge 2010: 39). Tiltak og intervensjon kan være grunnleggende for å fremme resiliens hos barn. Borge fremhever at ethvert tiltak kan ha mening og fremme resiliens, da det skaper en viss endring. ”Sped- og småbarnsalderen er en

sårbar periode i barnets liv, men det er også mulighetens tid.” (Borge 2010: 77). Særlig tidlig intervensjon og tidlige tiltak kan forebygge når foreldre og barn er sårbare for risiko (Borge 2010). Den tredje beskyttelsesmekanismen er at stabile familieforhold og prestasjoner på skolen er begge viktige for å utvikle et godt selvbilde og resiliens (Borge 2010: 39). Den siste beskyttelsesmekanismen handler om betydningen av viktige varige endringer i livet. Dette kan være flytting, førstegangstjeneste i militæret eller å få seg kjæreste (Borge 2010: 39).

#### 3.1.4 Kauai-undersøkelsen

Werner og Smith drev en undersøkelse på øyen Kauai i Hawaii, som viste seg å være et viktig grunnlag for videre forskning på resiliens (Borge 2010: 19). På Kauai levde flere familier i risiko, gjennom for eksempel fattigdom (Borge 2010: 22). De fulgte opp personer født i 1955 i over 40 år. Poenget med undersøkelsen var å beskrive karakteristika av de barna, og deres familier, som til tross for risiko utviklet seg tilfredsstillende (Borge 2010: 22). Oppfølgingen skjedde ved fødsel og alder 2 år, 10 år, 18 år, 32 år og 40 år. Datainnsamlingen skjedde gjennom intervju, lege- og psykologundersøkelser og intelligenstagninger. 201 risikobarn ble undersøkt, og 72 av disse viste seg å ha utviklet resiliens, de hadde en sunn og tilfredsstillende psykososial utvikling (Borge 2010: 23). Resten av dem, 129 barn, utviklet ulike typer forstyrrelser, som atferdsvansker, lærevansker og psykiske lidelser (Borge 2010: 23). Under blir ytterligere funn fra resiliensforskningen presentert.

#### 3.1.5 Indre faktorer ved resiliens

Barnets temperament og personlighet er delvis genetisk bestemt, mener Werner og Smith (1992) i følge Gustavsen (2008: 43). Barnet kan ha noen karakteristika allerede fra fødselen av som tiltrekker positiv oppmerksomhet fra omsorgspersonen (Borge 2010: 78, Killén 2009: 115). Kjennetegn ved barn som har utviklet resiliens er at de har et positivt lynne, er tilpasningsdyktige, at de bruker humor og er optimistiske.

Intelligens og kognitiv kompetanse er en annen indre faktor (Borge 2010: 78, Gustavsen 2008: 47). Disse faktorene er både noe som er hos barn fra fødsel av, men som må utvikles gjennom stimulering og oppmuntring, i første omgang fra foreldrenes side (Gustavsen 2008:

48). Som Killén skriver: ”Barnets arvemessige potensial utvikles ikke hvis ikke miljøet legger til rette for det.” (2009: 113). Barn som utvikler resiliens har ikke nødvendigvis høyere intelligens enn jevnaldrende, men de bruker sine evner effektivt (Gustavsen 2008: 47). De har utviklet evner til å håndtere situasjoner og evner til problemløsning.

Gode sosiale ferdigheter kjennetegner barn som har utviklet resiliens (Gustavsen 2008: 44). Gustavsen (2008) påpeker at disse barna er bedre på kommunikasjon enn sine jevnaldrende. De har utviklet empati og viser at de bryr seg om andre (Kumpfer 1999 i følge Gustavsen 2008: 44). Barna som har utviklet resiliens har minst én god venn, noe som kan komme av deres evne til god kommunikasjon og til å vise omsorg (Gustavsen 2008: 45). Et solid nettverk med positive sosiale relasjoner virker avstressende på et barn i risiko.

Barn som har utviklet resiliens ser ut til å ha et positivt selvbilde (Gustavsen 2008: 45). Barna tror på seg selv, anerkjenner sin verdi og opplever at de har kontroll til å påvirke situasjonen (Gustavsen 2008). Barna har ambisjoner om å få et bedre liv enn foreldrene hadde hatt. Dette kan gi følelse av mestring og et positivt selvbilde. Gustavsen skriver til sammenligning at barn som ikke utvikler resiliens opplever en følelse av hjelpeløshet, at deres ord og handlinger ikke har noe betydning (2008: 46). Denne avmaktsfølelsen vil kunne påvirke selvbildet negativt.

Mestring er en annen indre faktor for utvikling av resiliens (Gustavsen 2008: 46). Som nevnt i forrige punkt er opplevelse av å ha kontroll en viktig forutsetning for mestring. Mestring kan fremmes på ulike måter. Det går igjen at barn som utvikler resiliens er aktive i fritidsaktiviteter og hobbyer (Gustavsen 2008: 47). I disse aktivitetene kan barna oppleve at de kan lage noe eller at de er flinke til noe, og en opplevelse av mestring blir skapt. Dessuten vil deltagelsen på aktiviteter utenfor hjemmet bidra til at barnet treffer flere jevnaldrende og voksne. Nettverket vokser og barnet får utviklet sine sosiale evner, som vi tidligere har nevnt også er en viktig faktor.

### 3.1.6 Ytre faktorer ved resiliens

Resiliens handler også om faktorer i barnets omgivelser. Men disse ytre faktorene kan også fremme de indre faktorene, altså å bygge motstandskraft i barnet (Kvelling 2010: 156).

Generelt vil en varm og sensitiv omsorg fra foreldrene være en viktig og grunnleggende faktor for resiliens (Kvelling 2010: 156). I tilfeller hvor dette ikke er mulig å oppnå, vil en resiliensfremmende faktor være å ha en alternativ voksen omsorgsperson i livet (Gustavsen 2008: 50). Det er foreldrene, de primære omsorgspersonene, som påvirker barnet sterkest, men andre betydningsfulle voksne kan bidra med "en modifisering av effekten fra den primære relasjonen." (Brandt og Grenvik 2010: 79). Eksempelvis kan dette være fra slekten, som besteforeldre eller tanter og onkler, eller det kan være ledere fra fritidsaktiviteter. I tillegg til at disse voksne fungerer som rollemodeller, er det en viktig opplevelse for barnet at noen bryr seg og følger med dem (Gustavsen 2008: 50). Dette kan i særlig grad være med å bygge selvværdien til barnet. Hvordan barnet ser og føler om seg selv, er en viktig faktor i resilienstenkningen. Når barnet blir oppmuntret, opplever mestring og får ros for noe gjennom sin sosiale kontakt, fremmes resiliens (Borge 2010: 37). Da blir barnets kognitive, sosiale og atferdsmessige karakteristika styrket. Barnet må få tro på seg selv og sine muligheter til å takle risiko i miljøet (Borge 2010: 37). En annen måte å styrke barnet på er å la det mestre dagligdagse rutiner (Borge 2010: 37).

Barn som utvikler resiliens har som regel minst én nær venn (Gustavsen 2008: 52). Dette kan også være en ytre faktor, da man gjennom venner kan bedre sine sosiale evner (Gustavsen 2008: 52). Ved å få en sensitiv omsorg og samtidig få støtte fra nettverket sitt, vil barnet i følge Kvelling (2010: 156) kunne utvikle en trygg tilknytningsstil, et godt selvbilde, egenverd, selvstendighet, sosiale evner samt en tro på fremtiden.

I følge Borge (2010: 79) gjennomførte Stiloff (1996) et dybdeintervju med åtte personer som til tross for oppvekst med en eller to alkoholmisbrukende foreldre, fungerer godt.

Intervjuobjektene kan sies å ha utviklet resiliens. I tillegg til å komme frem til mye av de samme resiliensfremmende faktorene som nevnt over, blant annet fra Kauai-undersøkelsen, fant Stiloff at en viktig faktor for resiliensutvikling var å få innsikt i foreldrenes alkoholmisbruk og å se urettferdighet i sin livssituasjon (Borge 2010: 80). Dette skapte framtidstro og egenverd, og de hadde et ønske om et annet liv enn det foreldrene hadde levd. Kunnskap om alkoholmisbruk kan altså sies å være en resiliensfremmende ytre faktor, som er med og bygger opp indre faktorer.

### 3.2 Barn av foreldre som misbruker alkohol

Alkohol er det mest utbredte rusmiddelet i Norge, og samtidig det rusmiddelet som blir mest misbrukt (Rognmo og Torvik 2011: 11)]. Alkohol kan både nytes, misbrukes og være avhengighetsskapende. Det går an å misbruke alkohol, for eksempel ved å drikke før en skal kjøre bil, uten å være avhengig av stoffet (Rognmo og Torvik 2011: 11). Men de som er avhengig av det, misbruker det også. Ved alkoholavhengighet utvikles toleransenivået, så mengden alkohol må økes over tid (Rognmo og Torvik 2011: 11). En person som er avhengig av alkohol, som av andre rusmidler, bruker også gjerne mye tid og krefter på å få tak i alkohol. Som andre typer rusmisbruk, går misbruket som regel ikke bare utover det avhengige individet – det går også ut over nettverket rundt den enkelte. Aller mest går det ut over den nærmeste familien (Nordlie 2003: 52).

#### 3.2.1 Omfang i Norge

Nasjonalt Folkehelseinstitutt anslår at omtrent 8,2 % av mennene og 3,0 % av kvinnene i Norge har et alkoholmisbruk (Rognmo og Torvik 2011: 22). De anslår videre at 2,8 % av mødre og 6,4 % av fedre til barn under 18 år misbruker alkohol (Rognmo og Torvik 2011: 23). Dette gir, etter å ha tatt høyde for forutsetninger som parterlikhet og andre faktorer, et anslag på 90 000 barn som har foreldre som misbruker eller har misbrukt alkohol det siste året i Norge (Rognmo og Torvik 2011: 23). Statens institutt for rusmiddelforskning anslår at antall barn av foreldre med alkoholmisbruk i Norge er mellom 50 000 og 150 000 (Rossow m.fl. 2009: 55).

#### 3.2.2 Pårørende barn

Gruppen barn av foreldre med et alkoholmisbruk kan ikke sies å være en homogen gruppe. De viser stor variasjon i psykososial helse, hvor noen fungerer godt, mens andre sliter med psykiske vansker (Haugland 2012: 84). Det barna har til felles er at de er pårørende til voksne, sine foreldre, med et alkoholmisbruk. Men dette utarter seg ulikt fra familie til familie, og gir seg forskjellige utslag. De pårørende barna har ikke alltid fått oppmerksomhet av hjelpeapparatet, men er i de siste årene viet mer oppmerksomhet (Kvelling 2010). I 2010 kom



det lovgivning som bekreftet barns stilling som pårørende. I helsepersonelloven § 10a kom det lovgivning om "Helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende", og i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a står det om at institusjoner skal ha "barneansvarlig personell" som skal koordinere oppfølgingen av mindreårige barn.

En kan tenke seg at det er når mor og/eller far er ruspåvirket at tilværelsen blir skremmende og problematisk for barna. Dette er i følge Mortensen (1994: 45) bare delvis rett.

Rusepisodene inneholder stressfaktorer og dramatiske opplevelser som skremmer og forvirrer barna. Men det er også skremmende å vente i beredskap på neste rusepisode, i uvisshet om hva som kan skje og når det skjer. Foreldrene mangler kanskje evnen til å forstå barnets behov, og kan heller forvente at barnet skal ta seg av dem (Killén 2009: 185). I dybdeintervjuundersøkelsen til Stiloff (1996, i følge Borge 2010), forklarte tre av de åtte intervjuobjektene at de slet med skyldfølelse ovenfor foreldrenes misbruk. Disse tre hadde derfor brukt mye energi på å fremstå som snille og veltilpassede (Borge 2010: 80).

Skyldfølelsen gjorde at de ikke brukte tiden og kreftene på sine egne interesser og premisser. Stiloff (1996) omtalte disse tre som dem som fikk flest arr fra oppveksten, i følge Borge (2010: 80).

Før ble gjerne barnas problemer direkte forklart med foreldrenes alkoholmisbruk. Nå går forskningen ut på mer komplekse forståelsesmodeller, som inkluderer foreldre-barn-samspill, genetik og biologi (Haugland 2012: 85). Det er det vanskelige hjemmemiljøet, eller den reduserte omsorgskvaliteten til foreldrene, som er avgjørende for barnas utvikling, ikke direkte foreldrenes alkoholmisbruk (Brandt og Grenvik 2010: 131, Haugland 2012: 85, Killén 2009: 184). En måte å forklare årsaker til at barn av foreldre med et alkoholmisbruk utvikler problemer, kan være overføringsmekanismer (Borge 2010: 85). Det kan være alkoholspesifikke overføringsmekanismer, som handler om hvordan alkoholbruken til foreldrene påvirker barna, eller det kan være generelle overføringsmekanismer (Haugland 2012: 85). De generelle overføringsmekanismene har mye til felles med andre risikosituasjoner barn kan leve under, for eksempel foreldre med psykiske lidelser (Haugland 2012: 86). Tre slike overføringsmekanismer kan være "familiesamhold og emosjonelt klima", "parentifisering" og "kommunikasjonssvikt og tabuisering", som viser til forhold i familien.

### 3.2.3 Familiesamhold og emosjonelt klima

Familiesamhold er ”styrken i det emosjonelle båndet mellom familiemedlemmer.” (Haugland 2012: 89). Er graden av samhold høy vil medlemmene oppleve seg støttet av hverandre og kjenne nær tilhørighet til hverandre (Haugland 2012: 89). Emosjonelt klima kan handle om grad av varme og sensitivitet i samspillet i familien, her spesielt mellom foreldre og barn. Det emosjonelle klimaet i familier preget av en eller to foreldres alkoholmisbruk er ofte forbundet med negativitet og mindre varme og sensitivitet (Haugland 2012: 90).

Haugland (2012) viser til studier som sammenligner familiesamholdet i familier med foreldre med et alkoholmisbruk og i familier uten. Det er oftere lavere grad av samhold i familier som preges av foreldres alkoholmisbruk. Grunner til dette kan være ustabilitet og foreldres kanskje svekkede evne til å vise omsorg og varme. Brandt og Grenvik (2010: 78) beskriver viktigheten i at foreldrene er emosjonelt tilgjengelige omsorgspersoner. Med det menes at de ser barnas behov og initiativ, og at de responderer sensitivt på dette. Dette gjør at barnet opplever trygghet, og dermed i større grad søker å utforske og mestre omgivelsene (Brandt og Grenvik 2010: 79). Det kan være flere årsaker til at familiesamholdet og det emosjonelle klimaet blir påvirket av alkoholmisbruket. At ruspåvirkede foreldrene snakker med endret toneleie og er ustø på foten kan gjøre barna utrygge og usikre (Rossow m.fl. 2009: 51). Det kan også være fordi temaet om alkoholmisbruket og drikking er blitt et tabuemne familiemedlemmene imellom (Mortensen 1994: 41). Det er også ofte et mer anspent emosjonelt miljø, med mindre latter, lek og humor (Haugland 2012: 90). Et slikt hjemmemiljø kan for barn virke som en følelsesmessig avvisning fra foreldrene (Haugland 2012: 90).

Dette negative emosjonelle miljøet, sammen med lavt familiesamhold, kan være en overføringsmekanisme av problemer fra foreldre til barn. Det er ikke uten grunn at barnevernloven § 4-4 vektlegger tiltak i familien, og at hjelpetiltak skal bidra til positiv endring hos barnet eller i familien. Et eksempel kan være at barna ikke lærer om kommunikasjon i sine nære relasjoner, og vil dermed kunne slite med å få seg nære venner på grunn av mangel på sosial kompetanse (Mortensen 1994: 41). Dårlig familiesamhold kan også knyttes til at noen barn utvikler depresjon, angst og atferdsvansker (Haugland 2012: 89).

### 3.2.4 Parentifisering

I vestlig kultur er en opptatt av at barn skal først og fremst være mottakere av omsorg, og at ansvar tillagt barna skal være tilpasset deres nivå og utvikling (Haugland 2006).

Parentifisering handler om at det innad i en familie er blitt et mønster hvor barn og unge helt eller delvis har overtatt foreldrerollen, og får tildelt omfattende ansvar eller omsorgsoppgaver (Haugland 2012: 94). Barna kan enten selv velge å ta ansvaret, eller de kan bli tillagt det av de voksne (Gustavsen 2008: 23). Haugland (2012: 95) skriver at i familier hvor foreldrene misbraker alkohol kan dette for eksempel være praktiske oppgaver som å passe på at søsken får mat eller å pleie foreldrene i bakrus. Det kan også være emosjonelle oppgaver som å trøste og bekrefte foreldre og/eller søsken (Haugland 2012: 95). Barn som har tatt foreldrerollen ønsker ofte, for å beskytte foreldrene sine, å skjule dette for omgivelsene (Glistrup 2004: 29, 39, Haugland 2006). Slik kan ofte barn utsatt for parentifisering å være vanskelig å få øye på.

Haugland (2006) benytter seg av Boszormenyi-Nagy og Spark (1973) og Jurkovic (1997) sin forskning når hun sier at parentifisering kan deles inn i adaptiv og destruktiv parentifisering. Adaptiv parentifisering handler om at barnet har store omsorgsoppgaver i familien, men samtidig får støtte og hjelp fra nettverket sitt (Haugland 2006). Adaptiv parentifisering kan også være at omsorgsansvaret er midlertidig. Destruktiv parentifisering er når ansvaret barnet får ikke er tilpasset alder og modenhet, og det ikke mottar støtte eller anerkjennelse for det som blir gjort. Praktiske oppgaver kan virke mindre destruktive, da oppgavene er mer synlige og tydelig definerte (Haugland 2006). Emosjonelle oppgaver derimot, sees på som mer destruktive (Haugland 2006). Emosjonelle oppgaver kan ha et stort omfang, som at det er barnets oppgave å sørge for at alle i familien har det bra. Dette overveldende ansvaret kan samtidig være lite synlig.

Kvellido (2010: 207) skriver at konsekvensene av parentifisering vil variere blant annet ved graden av ansvar barnet får, hvor stort omfang ansvaret har og hvor tidlig parentifiseringen begynte. Parentifisering er generelt forbundet med at barn utvikler blant annet lav selvfølelse, psykiske vansker, identitetsproblemer og vansker med løsrivelse, i følge Haugland (2012: 95). Det kan være belastende for barnet å ikke ha ansvarsoppgaver tilpasset alder og grad av utvikling, samtidig som det må bekrefte andre uten kanskje å bli bekreftet selv (Haugland 2006). Konsekvenser av slik destruktiv parentifisering kan være negativ sosial utvikling, lave skoleprestasjoner, psykiske problemer eller parentifisering av egne barn (Haugland 2006).

### 3.2.5 Kommunikasjonssvikt og tabuisering

Med begrepet ”kommunikasjonssvikt”, i familier med alkoholmisbruk, menes hvordan misbruket blir forsøkt holdt skjult eller bortforklart ovenfor barna i familien (Haugland 2012: 95). ”Tabuisering” er når for eksempel rusmisbruket blir et taust tema i familien som det ikke snakkes om (Glistrup 2004, Haugland 2012). Temaet er blitt et tabu. Vi kan også snakke om tabuisering når det gjelder taushet om temaet i nærmiljøet eller i storsamfunnet.

Alkoholmisbruket i en familie er ofte noe som forsøkes å holdes skjult (Haugland 2012, Kvello 2010). Foreldre kan opplyse hjelpeapparatet at barna ikke vet om rusmisbruket, eller at barna blir skjermet fra det (Kvello 2010: 352). Foreldrene har dermed en flersidig hemmeligholdelse i å opprettholde en fasade mot omverdenen og en fasade innad mot barna i familien (Christensen 1994, i følge Haugland 2012: 96). For å skjule alkoholmisbruket, må det ofte løgn og bortforklaringer til, som er med og tabuiserer problemet. Dette er, i følge Haugland (2012: 95), en type kommunikasjonssvikt som kan være med å ugyldiggjøre barns følelser. Følelser barn kan sitte med grunnet foreldrenes alkoholmisbruk kan være skam, skyldfølelse, angst, tristhet og forvirring (Gustavsen 2008: 22-24). Ugyldiggjøringen kan føre til at barnas kognitive og emosjonelle utvikling trues, da de ikke blir bekreftet, og kan begynne å betvile egne følelser (Haugland 2012: 95). Glistrup (2004: 133) skriver i forhold til tabuet i familien: ”Et tabu er brutt når det brytes sammen med dem som er bundet av det.” Glistrup fremhever her at tabuet må først og fremst brytes innad i familien. Haugland påpeker også at det i noen tilfeller blir åpent snakket om alkoholmisbruket som sak, men at barna likevel ikke får mulighet til å snakke om sine reaksjoner og følelser om det (2012: 96).

Barn er trofaste mot sine foreldre, og er gjerne med på å holde alkoholmisbruket til foreldrene skjult for omverdenen (Kvello 2010: 352). Dette kan også være på grunn av følelsen av skam barna kan kjenne på, som kan komme av å oppleve sin egen familie som annerledes, eller fordi at i samfunnet er alkoholmisbruk forbundet med skam, noe som preger barnet (Hansen 1994: 55-56, Mortensen 1994: 40). Når en opplever noe som skamfullt ønsker en gjerne å holde det skjult for å beskytte seg selv. Dette gjør at barna ofte ikke snakker med andre voksne eller barn om hva som foregår hjemme (Hansen 1994: 55). Denne hemmelighetsholdelsen kan også gjøre at barnet, eller hele familien, isolerer seg fra nærmiljø og nettverk (Haugland 2012, Kvello 2010).

### 3.3 Sosialfaglig arbeid

”Sosialt arbeid er et anvendt fagområde hvis hensikt er å hjelpe mennesker løse sine sosiale problemer.” (Levin 2004: 10). Sosialt arbeid er altså i stor grad et praktisk fagfelt, som retter seg mot å hjelpe mennesker. En viktig nøkkel i sitatet over er at det ikke handler om å fikse de sosiale problemene for mennesker, men å hjelpe dem til å løse problemene selv. Dette kalles ofte ”empowerment”, som handler om at mennesker blir styrket til å ta i bruk egne ressurser, og å ha makt til å ta avgjørelser i eget liv (Levin 2004: 114, FO 2010: 7). Sosialfaglig arbeid kan bli utført på individ- og familienivå, som samfunnsarbeid i lokalmiljøet, i organisasjoner eller i det offentlige på samfunnsnivå (Hutchinson 2012). I FO’s yrkesetiske grunnlagsdokument blir viktige prinsipper for yrkesutøvelsen presentert (FO 2010). Her finner vi blant annet helhetssyn på mennesket, respekt for enkeltindividet, rettferdighet og solidaritet (FO 2010). Grunnleggende for sosialarbeideres identitet er å ha solidaritet med utsatte grupper, og å kjempe mot fattigdom og for sosial rettferdighet (FO 2010: 3).

Sosialarbeidere kan som nevnt arbeide på mange nivåer, men også i mange ulike sammenhenger. I flere sammenhenger vil sosialarbeidere møte på voksne med et alkoholmisbruk, og deres barn, da alkohol er det mest misbrukte rusmiddelet i Norge (Rognmo og Torvik 2011). Med kunnskap om hva som fremmer resiliens, og med et sosialfaglig blikk, har de mulighet til å se behov og bevisstgjøre barnet selv på sine styrker og ressurser.

## 4 Drøfting

Problemstillingen jeg har valgt å svare på i drøftingsdelen er ”Hvordan kan sosialarbeideren bidra til å fremme resiliens blant barn av foreldre med et alkoholmisbruk?” For å svare på dette skal jeg se på hvordan tre typiske forhold i familier med alkoholmisbruk kan påvirke barnet negativt, og hvilke tiltak som kan være med å fremme resiliens blant barn som lever under disse forholdene. De tre forholdene er ”familiesamhold og emosjonelt klima”, ”parentifisering” og ”kommunikasjonssvikt og tabuisering”.

### 4.1 Familiesamhold og emosjonelt klima

Familiesamhold er det emosjonelle båndet mellom familiemedlemmer (Haugland 2012: 89). Dette båndet kan oppleves svakt eller sterkt, og familiemedlemmene kjenner på svakere eller sterkere tilhørighet eller nærhet til familien deretter. Emosjonelt klima handler om graden av sensitivitet og varme i relasjonene i hjemmemiljøet.

Sosialarbeideren skal ha et helhetssyn på mennesker (FO 2010). Dette kan bety å se individet i sin kontekst. Sosialarbeideren ser derfor på risikobarnet som et barn i et samfunn, et barn på en skole og, ikke minst, et barn i en familie. Omgivelsene barnet lever i vil påvirke det, i aller størst grad de nærmeste omgivelsene. Sosialarbeideren kan slik sies å ha en god forutsetning for å jobbe med familier. Ut fra resiliensteorien ser vi at på den ene siden er varme relasjoner og et godt samspill med foreldrene er en viktig faktor for å utvikle resiliens. I barnevernloven § 4-4 står det også presisert at barnevernet skal sørge for tiltak for barnet og familien. Hvilke tiltak kan fremme et bedre samspill og et varmere emosjonelt klima mellom foreldre og barn? Foreldrene kan være med på foreldrekurs, og lære hvordan gi ros, oppmuntring og støtte til barna – altså hvordan skape et mer positivt og varmere emosjonelt klima i hjemmet (Haugland 2012: 90). Sensitivitetstrening kan også være et tiltak. Det har som mål å lære foreldrene å se barnets reaksjoner på stimuli, og slik bli bedre kjent med barnet på for eksempel når det er åpent for samspill og ikke (Brandt og Grenvik 2010: 82). En kan også mer konkret gi tips til aktiviteter for hele familien. Det at familien gjør en aktivitet sammen kan være morsomt for alle og kan lette på stemningen (Haugland 2012: 90). For eksempel kan det være å gå på tur, dra i dyrehagen eller spille spill. I barnets samvær med foreldrene er det vesentlig at foreldrene er tilstede også mentalt, og kan gi barnet den fulle oppmerksomhet. Om foreldrene er fraværende, for eksempel ved å være ruset eller ved å kikke mye ned på

mobilen sin, kan de gi barnet et inntrykk av at andre ting er viktigere. Det å etablere gode rutiner i familien, og egne familieritualer, er eksempler på tiltak for å skape et bedre familiesamhold (Haugland 2012: 90). Familieritualer og rutiner kan for eksempel være å spise middag sammen hver dag, pizzakveld hver fredag og etablere faste høytidstradisjoner.

Sosialarbeideren skal også ha et empowermentfokus i arbeidet sitt (FO 2010). I stedet for at sosialarbeideren bestemmer hvilke tradisjoner og rutiner familien skal innføre, kan altså familien bli oppmuntret til å bestemme det selv. Sosialarbeideren vet også at en klient er ekspert på eget liv (Levin 2004). Familien kan best bestemme hvilke tiltak som vil passe, og hva som ikke vil passe. Her kan familien bli oppmuntret til å snakke sammen om hvilke rutiner de skal beholde eller innføre, hvilke familieaktiviteter de skal gjøre og hvilke tradisjoner de skal ha. Familien bestemmer hva som passer dem best, ut i fra sine interesser, ressurser og behov. Dette kan gjøre at tiltakene fungerer bedre og kan vare og gi resultater.

På den andre siden vil kanskje disse tiltakene i mange familier, ikke være realistiske eller oppnåelige, med mindre alkoholmisbruket opphører. Alkoholmisbruket kan skape uforutsigbarhet, og familiekonflikter kan oppstå eller eskalere (Haugland 2012). Når far og/eller mor drikker, endrer de oppførsel og de kan for eksempel glemme daglige rutiner og familietradisjoner. En kan tenke seg at sviket kan virke stort om foreldrene er beruset når familien skal ha en aktivitet sammen. Kanskje foreldrene også hopper over rutiner eller glemmer dem på grunn av rusen.

Det ideelle for barnet er å bedre relasjonen med foreldrene, og å lage et trygt samhold i familien (Borge 2010). Men for mange barn som bor med foreldre med et alvorlig alkoholmisbruk, vil dette, som begrunnet over, være utfordrende å få til. Hva med disse, og dem en sosialarbeider ikke får tilpass til å hjelpe i familien? Her kan vi se til en annen faktor som går igjen blant barn som har utviklet resiliens tross risiko, nemlig en ekstern omsorgsperson. Det viser seg å hjelpe å ha en stabil voksenperson i nettverket sitt, som evner å anerkjenne barnet og å se barnet (Borge 2010, Gustavsen 2008). Dette kan være med å påvirke indre resiliensfaktorer også, som å bedre selvbildet til barnet og å utvikle barnets sosiale evner. Det går an å kartlegge nettverket til barnet, for å finne ut om en slik relasjon finnes. En eventuelt eksisterende relasjon kan bli oppmuntret og styrket. Om en slik ekstern voksenrelasjon ikke finnes, kan sosialarbeideren forsøke å bidra til å etablere en. Om barnet er i riktig alder til det, kan en for eksempel oppmuntre det til deltakelse på fritidsaktiviteter. Her kan en treffe både trygge voksne og få jevnaldrende venner, som også kan være en

resiliensfremmende faktor (Gustavsen 2008). I tillegg kan barnet her oppleve mestring ved å være kreativ eller å lære noe nytt.

Men, det er foreldrene som er barnets primære relasjoner (Brandt og Grenvik 2010), og det er her sosialarbeiderens fokus bør ligge. Borge (2010: 39) skriver at ethvert tiltak kan være et tiltak med mening. Kanskje det i dette ligger at når barn opplever at andre ser at noe må gjøres i familien, så er dette meningsfylt i seg selv? Kanskje små eller store tiltak i familiens samhold og emosjonelle klima kan stanse en negativ spiral, og begynne en vei mot endring? Samtidig vil kanskje det å styrke foreldrene, empowerment, kunne gjøre at foreldrene begynner å ta ansvar som foreldre og dermed også drikke mindre.

#### 4.2 Parentifisering

Parentifisering er når barn har helt eller delvis overtatt omsorgsoppgaver i familien, som kulturelt sett egentlig er foreldres ansvar (Haugland 2012). Dette kan være både praktiske og emosjonelle oppgaver. Parentifiseringen kan være adaptiv eller destruktiv, som vil si at barnet kan vokse på ansvaret, hvis det har støtte rundt seg og hvis oppgavene ikke har for stort omfang eller varighet, eller barnet kan utvikle vansker på grunn av belastningen oppgavene kan føre med seg (Haugland 2006).

Sosialarbeidere kan møte på voksne med et alkoholmisbruk i mange sammenhenger. Dette kan være i barnevernet, på sosialkontor, i en rusbehandlingsinstitusjon og flere andre steder. Sosialarbeideren har her en god mulighet til å bli kjent med om den voksne har barn, og hvilken oppfølging barna eventuelt får. I helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven er også barnas stilling som pårørende, og helsepersonells ansvar til å følge opp disse, lovfestet. Sosialarbeideren og helsepersonell kan i møte med den alkoholmisbrukende voksnes barn og familier være observant på oppførsel og samspillsmønstre som kan vise seg å være parentifisering. Men hva kan sosialarbeideren gjøre for å fremme resiliens hos disse barna?

Parentifisering kan starte tidlig og bli et mønster i familiesamspillet. Kvello (2010: 207) legger vekt på at jo tidligere i barndommen parentifiseringen begynner, jo større konsekvenser kan det få. Som også sitert tidligere, skriver Borge (2010: 77): "Sped- og småbarnsalderen er en sårbar periode i barnets liv, men det er også mulighetens tid." Intervensjon, tiltak, kan ha stor effekt om det skjer tidlig. Som nevnt over, er et godt samspill mellom foreldre og barn,



eller mellom en ekstern omsorgsperson og barn, resiliensfremmende. Barna kan slik oppleve seg anerkjent og verdsatt, og dermed stå sterkere og mer motstandsdyktig mot risiko. Med tidlig intervensjon hos barn av alkoholmisbrukere, kan en være med å skape gode samspillsmønstre og dermed forebygge parentifisering. Dette kan vise seg å gi barnet, som er født inn i en familie hvor en eller begge foreldrene misbruker alkohol, muligheten til å utvikle resiliens.

Tidlig intervensjon er viktig, men vil parentifisering alltid kunne forebygges eller oppdages tidlig nok? Det er, som nevnt, lovfestet at helsepersonell skal koordinere oppfølging av barn av blant annet rusmisbrukere i institusjoner under helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Men denne lovfestingen garanterer ikke for at barn får oppfølging tidlig (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012). Dessuten er ikke alle foreldre med et alkoholmisbruk til behandling. Og selv om sosialarbeidere kan sies å favne vidt, vil de ikke nødvendigvis møte på foreldre og barn på et tidspunkt hvor det kan skje en tidlig intervensjon i familiens samspillsmønstre. Dessuten ønsker familien ofte å skjule parentifiseringen (Haugland 2006). Hvordan kan sosialarbeideren fremme resiliens når parentifiseringen er et etablert mønster i familien?

En av de fire beskyttelsesmekanismene som legger grunnlag for resiliens, er at ethvert tiltak og endringer i barnets liv kan bryte kjedereaksjoner av problemer (Borge 2010: 39). Eksempler på resiliensfremmende tiltak i familien kan være å få inn eksterne til å gjøre praktiske oppgaver som husarbeid og eventuell pleie (Haugland 2012: 95). Endringen her blir at barnet ser at de konkrete oppgavene blir tatt hånd om, og barnet kan slippe ansvaret. Barnet kan også, i motsetning til før, oppleve at behovene i familien blir sett av andre, og dermed ikke lenger føle seg alene om ansvaret. Men hva med den emosjonelle parentifiseringen? Det er, i følge Haugland (2006), det emosjonelle ansvaret som er den mest destruktive parentifiseringen, sammenlignet med det praktisk orienterte ansvaret. Om barnet har et emosjonelt omsorgsansvar i familien, sier det noe om at far og/eller mor, ikke klarer å ta det ansvaret (Haugland 2012). Kanskje foreldrene selv trenger omsorg, og derfor ikke makter å gi det? I slike tilfeller kan relevante tiltak være at foreldrene går i terapi, hver for seg eller som par (Haugland 2012: 95). Dette kan både gi foreldrene muligheten til å få orden på livet selv, og få overskudd til å gjenoppta omsorgsoppgavene i familien. Det kan også hjelpe barnet å se at foreldrene får emosjonell hjelp av andre, og dermed ikke trenger å ta oppgaven med å oppmuntre, trøste og ta vare på foreldrene som kanskje før.

Men, som nevnt, utgjør ikke all parentifisering en fare for barnets utvikling. Sosialarbeideren kan, i tillegg til de andre resiliensfremmende tiltakene nevnt over, benytte seg av denne kunnskapen. Adaptiv parentifisering, motsatsen til destruktiv parentifisering, er når barnet har en viktig omsorgsrolle i familien, men omsorgsrollen er kanskje midlertidig, og barnet får hverdagslig hjelp og støtte fra et nettverk (Haugland 2006). Med hjelp og støtte fra voksne i nettverket sitt, kan barnet prioritere oppgavene tilpasset sin modenhet og utvikling, mens andre voksne kan bidra med det som blir for omfattende eller belastende for barnet. Barnet kan gjennom dette oppleve mestring og styrke sitt eget selvbilde, som er indre resiliensfaktorer. Slik kan adaptiv parentifisering være resiliensfremmende. Barnet slipper dessuten å være alene om ansvaret sitt, og det får tid til å møte opp på skolen og å være sosial.

#### 4.3 Kommunikasjonssvikt og tabuisering

”Kommunikasjonssvikt” handler om mangler i kommunikasjonen om foreldrenes alkoholmisbruk i familien, og ”tabuisering” handler om hvordan alkoholmisbruket til foreldrene blir et taust tema. I nærmiljø og samfunn kan også temaet sies å ha blitt et tabu, og enkeltfamilier søker derfor gjerne å holde misbruket skjult for omverdenen (Hansen 1994: 55). Både tabuiseringen i og utenfor familien påvirker barna og kan være med å overføre problemer til dem.

Hvordan kan sosialarbeideren bidra til å fremme resiliens blant barn i familier preget av kommunikasjonssvikt og tabuisering? Et tiltak kan være å oppmuntre til å gå til familiesamtaler (Glistrup 2004). Kommunikasjonssvikten og tabuiseringen sliter på barna ved for eksempel at deres følelser ikke blir anerkjent (Borge 2010: 95). Haugland (2012: 96) presiserer at noen familier bryter tabuet om rusmisbruket, men lar for eksempel ikke barnets følelser komme frem. Likevel er det da tabuer og kommunikasjonssvikt i familien. I familiesamtale kan tabuet brytes og kommunikasjonen bedres. Stiloff sin dybdeintervjuundersøkelse viste at mer kunnskap om og innsikt i foreldrenes alkoholmisbruk var en faktor for resiliensutvikling (Borge 2010: 80). Når barnet får større forståelse for alkoholmisbruket vil det kanskje lettere distansere seg fra problemet, da det lærer at alkoholmisbruket er den voksnes ansvar. Kanskje vil det også redusere eventuell skyldfølelse ovenfor foreldrenes misbruk. Slik generell kunnskap er på den ene siden viktig. Men på den andre siden, mener Glistrup (2004) at det ikke holder med at en voksen, for eksempel en

familieterapeut eller sosialarbeider, forteller om foreldrenes alkoholmisbruk. Tabuet blir brutt og kommunikasjonen åpnet, når foreldrene og barna snakker sammen om det (Glistrup 2004: 133).

Sosialarbeideren kan, som vist over, være med å støtte resiliensutvikling ved å bidra til at kommunikasjonen i familien åpnes og tabuet innad i familien brytes. Men tabuisering skjer ikke bare innad i familien. Barn får også med seg mytene og skammen rundt alkoholmisbrukere som råder i nærmiljø og samfunn (Hansen 1994: 55). I frykt for å være annerledes, og i uvisshet om hva som skjer om barnet avslører noe, kan det tenkes at barnet i større grad ønsker å skjule for omverdenen hvordan det er hjemme. I Norge er det av Rognum og Torvik (2011) anslått å være rundt 90 000 barn som lever med en eller to foreldre med et alkoholmisbruk. Det er altså et betydelig antall barn i landet som er preget i større eller mindre grad av tabuet. Hvordan kan sosialarbeideren jobbe utover individ- og familienivået for å fremme resiliens?

Sosialarbeideren kan arbeide på flere nivåer. I tillegg til å arbeide individuelt med enkeltmennesker eller familier, som nevnt over, kan en også jobbe med lokalmiljøet og med samfunnsmessige forhold (Hutchinson 2012). En kan altså jobbe med alle plan hvor kommunikasjonssvikt og tabuisering skjer. I FO's yrkesetiske grunnlagsdokument står det at sosialarbeidere har solidaritet med utsatte grupper og at de skal kjempe for sosial rettferdighet (FO 2010: 3). Samfunnsperspektivet, eller helhetsperspektivet er med, også i arbeid rettet mot enkeltindivider. Sosialarbeideren kan altså også jobbe for å fremme kunnskap og bevissthet rundt alkoholmisbruk i samfunnet. Media og politisk påvirkning kan være verktøy til dette. I nærmiljøet kan sosialarbeideren for eksempel være med å spre kunnskap på skolen og i barnehagen, som er sentrale arenaer i barns liv. Hansen (1994: 56) mener en kan bryte tabuer og spre bevissthet og kunnskap om temaet i skoler og barnehager. Dette kan for eksempel gjøres som et tilpasset foredrag for at berørte barn ikke skal frykte å bli "avslørt" (Hansen 1994: 56). I foredraget kan det være vesentlig at det kommer frem at det er alle slags mennesker som blir rusmisbrukere slik at de barna som har foreldre med et alkoholproblem kan høre at sine egne foreldre ikke er annerledes eller rare (Hansen 1994). Det bør bli lagt opp til at barna kan snakke på tomannshånd med lærere om dette i etterkant. Kunnskap om misbruket kan fremme resiliens, bryte tabuer og åpne opp for at barn lettere kan snakke om problemet sitt med andre.

## 5 Avslutning

I denne oppgaven har jeg stilt spørsmålet: ”Hvordan kan sosialarbeideren bidra til å fremme resiliens blant barn av foreldre med et alkoholmisbruk?”

Jeg har i oppgaven forsøkt å vise til hva resiliens er og hvordan det skiller seg fra mye annen forskning i det sosialfaglige feltet. Videre har jeg skissert hva som kjennetegner gruppen barn av foreldre med et alkoholmisbruk og gått i dybden på tre forhold i familien som kan vise seg å være overføringsmekanismer av problemer.

Ved å inkludere ”sosialarbeideren” i problemstillingen fikk oppgaven en mer praktisk vri, samt større sosialfaglig relevans. Jeg fikk mulighet til å anvende resiliensteori på en konkret målgruppe i konkrete situasjoner. I drøftingsdelen fikk jeg gjennom et sosialfaglig blikk se på ”familiesamhold og emosjonelt klima”, ”parentifisering” og ”kommunikasjonssvikt og tabuisering”, og hvilke tiltak og tilnærminger som kunne fremmet resiliens her.

Sosialarbeidere kan bruke kunnskap om resiliens til å iverksette gode tiltak for barn av foreldre med et alkoholmisbruk som de treffer i hjelpeapparatet. Men det er ingen automatikk i resiliens. Med det mener jeg at de tiltak som fungerer for noen barn, fungerer ikke nødvendigvis for andre. Resiliens blir utviklet i et komplekst samspill mellom personlige egenskaper og faktorer i omgivelsene (Borge 2010). Derfor har jeg i drøftingen forsøkt å ha et kritisk blikk på hvilke tiltak som kan være relevante, ved å stille spørsmål ved dem og dvele ved dem.

## 6 Litteratur

- Barnevernloven. *Lov av 17.juli 1992 nr 100 om barneverntjenester.*
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brandt, A. E. og Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum. Nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving.* 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- FO. (2010). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere.* Oslo: Fellesorganisasjonen.
- Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet... har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn.* Oslo: Pedagogisk Forum.
- Gustavsen, A. K. (2008). *Resiliens hos barn av alkoholmisbrukere.* Oslo: Universitetet i Oslo. (Masteroppgave i pedagogisk-psykologisk rådgivning)
- Hansen, F. A. (1994). Hvordan kan barnehagen og skolen hjelpe disse barna? I: F. A. Hansen (red.). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum – hva vil vi løfte frem? I: B. S. M. Haugland, B. Ytterhus og K. Dyregrov (red.). *Barn som pårørende.* Oslo: Abstrakt forlag.
- Haugland, B. S. M. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I: B. S. M. Haugland, B. Ytterhus og K. Dyregrov (red.). *Barn som pårørende.* Oslo: Abstrakt forlag.
- Haugland, B. S. M. (2006). Barn som omsorgsgivere: adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43 (3):211-220. Hentet 2.mai 2014 fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=243513&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=243513&a=2)
- Helsepersonelloven. *Lov av 2.juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*
- Hutchinson, G. S. (2012). *Samfunnsarbeid. Mobilisering og deltakelse i sosialfaglig arbeid.* 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2013). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene.* 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Killén, K. (2009). *Sveket I – Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner.* 4. utg. Oslo: Kommuneforlaget.

- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lund, I og Bretteville-Jensen, A. L. (2010). Kan vi skille mellom bruk og misbruk? I: E. J. Amundsen (red.). *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Mortensen, O. (1994). Barns reaksjoner på foreldrenes misbruk. I: F. A. Hansen (red.). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nordlie, E. (2003). Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 123 (1):52-54. Hentet 2.mai 2014 fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2003/52-4.pdf>
- Ringheim, G. og Throndsen, J. (1997). *Løvetannbarn. De klarte seg – mot alle odds*. Oslo: Cappelen.
- Rognmo, K. og Torvik, F.A. (2011). *Rapport 2011:4 Barn av foreldre med psykiske lidelser eller rusmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Rossow, I., Moan, I. S. og Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere - hvor mange er de og hvordan berøres de?* Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.*