

Å være barn eller ungdom i familier med rus og/eller psykisk sykdom.

Av: Aase Sundfær, klinisk sosionom (2017). Hun har i mange år jobbet ved Oslo Universitetssykehus, tilknyttet Barne -og Ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP). Her har hun blant annet deltatt i oppbyggingen av egne spedbarn- og småbarnsteam, en modell som nå brukes av BUP-enhetene i alle bydeler i Oslo. Sundfær er også forfatter av boka «God dag jeg er et barn. Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien».

-Du må huske at jeg har vært mye ensom og nødt til å klare meg selv, men så har jeg blitt sterk også.

Det er Jonas som forteller dette. Moren greide å forlate faren hans da Jonas var fire år. Faren ble ofte voldelig når han drakk. Moren tok Jonas med til nærmeste krisesenter. Så forsvant hun etter noen dager, og Jonas ble alene bare med fremmede rundt seg og bekymringen for moren. Først da Jonas var blitt ungdom og flyttet hjemmefra fortalte han meg dette. Jonas er ett av barna fra mine studier. De andre barna hadde opplevd lignende hendelser. De hadde vært mye ensomme og måtte klare seg selv.

Denne artikkelen bygger på forløpsstudiene mine om 31 kvinner med rusproblemer og barna deres. Barna ble født på Ullevål sykehus i årene 1982 og 1983. Jeg har fulgt opp barna og foreldrene på fem tidspunkt, frem til barna ble 25 år (Martens 1985, Sundfær 1992, 1999, 2004, 2009.) Det overordnede tema gjennom alle fem delstudiene har vært: Hvordan mestrer kvinnene og barna tilværelsen med henhold til forløp av rusmisbruk, omsorg for barn, familiedannelse, arbeid, helse og utdanning. Hvordan forholder informantene seg til viktige personer og hendelser i sitt liv? En rød tråd gjennom alle de fem studiene har vært hvilke følger rusfrihet eller tilbakefall til rusavhengighet har hatt for mødre og barna i den enkelte familie. Hvilket syn informantene har på hjelpen de har fått fra de offentlige helse- og sosialtjenestene har også vært sentralt.

Utvalg og metode.

Utvalget for studiene var opprinnelig 31 mødre og deres 31 barn.. Alle kvinnene hadde født barnet sitt på Ullevål sykehus i årene 1982 og 1983. Utvalget inneholder alle kvinner med rusproblemer som var vurdert av Ullevålteamet til å få barnet med hjem etter fødsel. Dette fordi de hadde greid å slutte med rusmidler før eller i løpet av svangerskapet. Ullevålteamet er et tverrfaglig team som vurderer bekymringssvangerskap på bakgrunn av kvinners psykososiale situasjon. Etter at kvinnene hadde født barnet sitt, skulle de følges opp av det vanlige hjelpeapparatet, slik som barnevern og helsestasjon.

Mødrene hadde ulik rushistorie: fra 12 år med rusing før graviditet til ½ år med rus. Mødrenes alder var fra 18 til 42 år. Bare unntaksvis hadde mødrene utdanning eller en jobb, og unntaksvis var barnefedrene rusfrie.

Alle de fem studiene har i hovedsak hatt samme struktur. Mødrene og barna har blitt intervjuet, bortsett fra den første studien da bare mødrene ble intervjuet. Dersom barnet eller den unge har kommet i fosterhjem, har fosterforeldre blitt intervjuet. I tillegg har jeg også møtt barnas lærer. Det har vært dybdeintervjuer etter kvalitativ metode¹. Foreldre og barn ble intervjuet i sitt eget hjem, og læreren på barnets respektive skole. Intervjuene har blitt transkribert og kodet for å spore den enkelte informants bakgrunn og forståelse for sin situasjon. Den første studien ble gjennomført i 1985², den andre i 1992³ da barna var begynt på skolen, den tredje i 1998 da barna var blitt ungdommer⁴, den fjerde i 2004 da de var blitt 20 år⁵ og den femte studien da barna var 25 år og flere hadde selv fått barn⁶.

Sped- og småbarnet i familien med rus/psykisk sykdom.

I ettertid fortalte Anett om hva som skjedde i familien da hun bare var noen måneder og skulle døpes. Bestemoren hadde fortalt henne at da hun om morgenen kom for å hjelpe foreldrene med å gjøre i stand til dåpen, så var det fullt kaos i leiligheten. Babyen Anett gråt, våt og sulten. Foreldrene lå og sov, og leiligheten bar preg av at det hadde vært fest der om natten. Bestemoren fikk ryddet opp, Anett fikk mat og tørr bleie og dåpen ble gjennomført. Men hvor mange ganger Anett har blitt «glemt» av foreldrene vet vi ikke. I ettertid har bestemoren bebreidet seg selv. Hun hadde ikke skjont hvor vanskelig barnebarnet må ha hatt det før hun endelig fortalte bestemoren om hva som skjedde hjemme når foreldrene ruset seg.

Sped- og småbarn er helt avhengige av kontinuerlig stell og omsorg fra foreldrene. Det stilles store krav til foreldrene og evnen deres til å gi det lille barnet alt det trenger av regelmessig mat, søvn og trygghet. Det lille barnet trenger forutsigbare rutiner for mat, stell og påkledning i tillegg til helsekontroller og legetilsyn når barnet er syk.

Gjennom et nært samspill med de viktigste omsorgspersonene dannes barnets syn på hva de kan forvente av sine nærmeste. Slik formes barnets bilde av seg selv og sine omgivelser.

¹ Fog, J, (1994) Kvale og Brinkmann (2015)

² Martens, Aa, (1985) Hva skjer med gravide stoffmisbrukere? Sentralrådet for narkotikaproblemer. Notatserie nr. 3 Oslo

³ Sundfær, Aa, (1992) Fra rus til mening. En undersøkelse av barna til mødre med tidligere rusproblemer.

Dagligliv og mestring. Utfordringer til hjelpeapparatet. Barnevernets utviklingssenter. Rapportserie nr.3, Oslo

⁴ Sundfær, Aa, (1999) Ung og lovende. Barna til 31 mødre med rusproblemer har blitt ungdommer. Barne- og familieetaten/Rusmiddeldirektoratet, Oslo.

⁵ Sundfær, Aa, (2004) Barna til 31 kvinner med rusproblemer har blitt 20 år. Hvordan har det gått? Kvinne-barn divisjonen, Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri, Ullevål universitetssykehus, Oslo

⁶ Sundfær, Aa, (2009) Voksenliv i lys av foreldrenes rusmisbruk. Femte studie. Monografiserien Rapport nr.29-2009 Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål, Klinikk for psykisk helse-barn og ungdom Universitetet i Oslo 2009

Barn som skal vokse opp og utvikle seg trenger at foreldrene er emosjonelt til stede for barnet. Dersom foreldrene er sterkt bekymret, alvorlig deprimerte eller syke, blir den følelsesmessige tilgjengeligheten for barnet mindre (Berg- Broden, 1989). Når den voksne har nok med sitt og nok med å mestre sine egne vansker enten det er rusproblemer, økonomiske vansker eller alvorlige helseplager, kan barnet oppleve å komme i annen rekke eller bli glemt. Gjennom å oppleve forutsigbare svar fra foreldrene vet barnet at det kan få trøst, hjelp og kontakt når det trenger det. I familier med store belastninger lærer barnet at dets behov blir tilsidesatt, fordi mamma eller pappa har nok med sitt. Selv om de fleste barn er robuste og kan tåle en vanskelig livssituasjon og manglende følelsesmessig tilgjengelighet over kortere tid, vil en vedvarende vanskelig livssituasjon sette sine spor.

Gjennom omsorgen og samspillet med foreldrene utvikler barnet tilknytningen til dem som er dets første viktige omsorgspersoner. Gjennom foreldrenes blikk og speiling av det lille barnet får barnet kunnskap om seg selv og sin nærmeste omsorgsperson. Hvis omsorgspersonen er alvorlig deprimert, kan barnet oppleve at mors eller fars ansikt er «blankt» og uten gjensvar til barnet. Barnet kan reagere med å trekke seg bort fra kontakt med foreldrene fordi kontakten har vært for forvirrende eller «tom».

Sped- og småbarn i rusfamilier kan oppleve at foreldrene har en vekslende følelsesmessig tilgjengelighet. Foreldrene kan veksle mellom nedstemthet, irritabilitet (i abstinens), oppstemthet og «sløvhet» i rus. Når foreldrene ruser seg vil det påvirke kvaliteten i samspillet og de daglige rutinene i omsorgen, i tillegg til samspillet med det lille barnet. Dersom det lille barnet opplever uforutsigbare eller motstridende svar når det er trett, sultent, glad eller utforskende fra sine nærmeste omsorgspersoner, kan det føre til engstelse og usikkerhet hos barnet. Særlig trenger sårbare sped- og småbarn spesielt tilrettelagt omsorg for å sikre optimal utvikling.

Det lille barnet kan også oppleve høye stemmer og bråk mellom foreldrene dersom konfliktnivået er høyt. Sped- og småbarn som blir raskt alarmert av høye lyder, kan oppleves spesielt «skvetne». Dersom sped- og småbarn oppfattes slik, kan det være et signal til oss som hjelpere at barnet har opplevd angstvekkende mye bråk og høye stemmer i tidlig barndom. En baby jeg ble kjent med reagerte med å avvise far og foretrekke mors armer da det gråt og ville opp av vognen. Jeg hadde i forkant fått vite fra mor at far kunne være voldelig i hjemmet. Særlig ble faren provosert av barnegråt, og kunne mene at barnet gråt for å «forstyrre» han.

Når det lille barnets viktigste omsorgsperson, oftest moren, blir utsatt for vold fra faren, vet man at det medfører et traume for barnet som er helt prisgitt sine omsorgspersoner. Når personen som skal sikre dets trygghet blir angrepet og slått, rammer det barnets egen opplevelse av trygghet. Barnet opplever at ingen er der for å beskytte det. Den alvorligste barnemishandlingen er hyppigst for barn under ett år (Raundalen 2009). Pressen skriver hyppig om saker der sped- og småbarn har blitt mishandlet, i noen tilfeller til døde.

Anetts foreldre flyttet ofte. Den lille familien ble vanskelig for helsestasjonen å få tak i når foreldrene ikke møtte til helsekontroll med barnet. Dette er en velkjent problemstilling for både helsestasjon og barnevern. Familien kan bestemme seg for å flytte til nye bydeler eller nye steder når de opplever at de er under mistanke for å ruse seg. De er redde for å miste omsorgen for barnet. For helsestasjon eller barnevern kan det medføre det rene detektivarbeid å finne ut hvor familien bor. I en travel hverdag kan dette bli en oppgave som nedprioriteres, dessverre med alvorlige konsekvenser for det lille barnet som er prisgitt foreldrene.

Når foreldre til små barn er i rusbehandling, har helsepersonell en unik og gylden sjanse til å bli kjent med det lille barnets situasjon, og handle til det beste for barnet og foreldrene. Her må hjelperen, som har kontakt med foreldrene i behandling, være aktiv for å få treffe det lille barnet, selv om det kanskje er plassert i annen omsorg eller hos slektninger når mor/far er i behandling. Det haster å følge opp det lille barnet. Mishandling og omsorgssvikt setter tidlige spor i den plastiske barnehjernen.

Førskolebarnet i familien med rus/psykisk sykdom.

Da Tom var fire år skrøt moren av at han kunne gå på postkontoret for henne, helt alene. Hun fortalte hvor flink han var til å huske det som stod på oppslagstavla i barnehagen, noe hun ofte glemte å følge med på. Da Tom var fem år gikk han til naboen og lånte ris. Det var tomt i kjøleskapet. Mamma hadde ikke handlet. Hun lå mye og sov på sofaen fortalte han. Han ville lage grøt av ris. Det var vanskelig, men han var sulten og gjorde så godt han kunne.

Tom ble tidlig ansvarlig i familien. Det var bare han og moren. Han hadde lært, slik alle barn lærer, å lese morens ansiktsuttrykk for å sjekke om hun var sint, redd eller trist. Når moren skulle beskrive egenskaper ved sønnen, la hun vekt på at han var «lydig» og flink å hjelpe til og greie seg selv. Han tilpasset seg hennes humør og gjorde alt han kunne for gjøre slik hun ville. På den måte sørget han for å få mest mulig kjærlighet fra henne.

Med førskolebarnet får foreldreomsorgen nye utfordringer. Førskolebarn er krevende, aktive og utforskende. De løper, klatrer, balanserer og sykler. De roter og maser. De kan sette foreldrene på mange tålmodighetsprøver. Men førskolebarnet er ennå umodent og trenger mye støtte og hjelp fra foreldrene og andre voksne. Foreldrene kan vurdere barnet ut fra egne behov, eller tro at barnet bråker eller roter for å irritere forelderens, istedenfor å forstå at barnets atferd er naturlig ut fra barnets alder.

Førskolebarnet trenger hjelp til å regulere sterke følelser. Barnet kan oppleve at det ikke får hjelp til å regulere sterke og motstridende følelser, fordi den nærmeste omsorgspersonen ikke har kapasitet til å støtte barnet sitt når det trenger trøst eller anerkjennelse av sterke følelser som sinne, glede eller ulykkelighet.

Det er viktig for barnets psykologiske utvikling at følelsesmessige erfaringer kan deles med den nærmeste omsorgsperson, og bli bekreftet både språklig og emosjonelt (Stern, 1985.) I stedet kan barnet oppleve at egne følelser og reaksjoner ikke er viktige og ikke blir satt ord på. Dersom barn ikke har blitt bekreftet og forstått når de har vært lei seg og trengt trøst, vil manglende emosjonell tilgjengelighet og gjentatte avvísninger fra viktige voksne i slike situasjoner kunne lede til at barna avvís triste følelser hos seg selv. Det kan føre til at de agerer ut/bort slike følelser gjennom sinne og ulydighet, eller underkastelse og tilbaketrekning. Barn som har opplevd lite støtte og toleranse fra sine viktige voksne når de har vært hjelpeløse, usikre, sinte eller triste, vil derfor kunne avvís slike «vanskelige» følelser hos seg selv. (Sundfær 2012)

Barn som lever nært med foreldre som ruser seg, lærer tidlig at hendelser knyttet til rusen ikke er et tema. Erfaringene kan ikke deles til tross for dramatiske hendelser i familien. Ingen snakker om hendelsene i familien. Det betyr at barnet ikke får et språk om det barnet opplever (Sundfær 2004). I en av familiene snakket heller ikke søsken med hverandre om alvorlige episoder. At mamma løp ut i snøen om natten og ville ta livet sitt, var det taust om morgenen etter, fortalte et av barna.

For barn som lever med foreldre som ruser seg, kan barnehagen bety en viktig forandring i barnets daglige liv. Barnehagen kan bety en ny utviklingsarena. Moren til Tom fortalte også hvordan Tom blomstret etter at han begynte i barnehagen. Der lærer barnet nye ferdigheter, får en forutsigbar hverdag og treffer andre barn som de utvikler seg sammen med. Barnet vil kunne få et «pusterom» fra hverdagen hjemme, med foreldre som kan «ha nok med seg selv». Barnehagen kan fungere som et beskyttende miljø på kort sikt, men som sovepute og tilsløring på lengre sikt dersom barnehageplass blir det eneste tiltaket som settes i gang for barnet som lever i en risikosituasjon i hjemmet.

For foreldre som strever med rusproblemer kan det være et for stort krav å skulle bringe barnet til barnehagen innen faste tidspunkter hver dag. Dette kan medføre at barnet er mye borte fra barnehagen, noe som heldigvis kan vekke barnehagepersonalets bekymring, og gi en mulighet for at familien kan få oppmerksomhet og hjelp. For å nå foreldrene i en slik situasjon, er det viktig at barnehagens personale har evne til å bygge en positiv allianse med foreldrene. I motsatt fall kan foreldrene velge å ta ut barnet fra barnehagen og flytte. Dette alliansearbeidet er livsviktig for at barnet skal bli hjulpet. Flere av mødrene i studien opplevde seg mistenkeliggjort av barnehagepersonalet, og valgte å ta barnet ut av barnehagen og flytte. Anett opplevde dette mange ganger i sin oppvekst. Foreldrene flyttet når de ble mistenkt for ikke å være gode nok foreldre og kunne risikere å miste omsorgen. For Anett innebar det stadige brudd med personer hun hadde knyttet seg til.

For barn i familier med rus eller andre helseplager kan det være spesielt viktig at barna blir tidlig flinke og selvstendige. Foreldrene kan trenge støtten og hjelpen fra barna i større grad enn funksjonelle familier. Foreldrenes bekreftelse og speiling av barna kan derfor bli mangelfull, ved at barnet bare blir verdsatt for hva det gjør og ikke hva det er. Mange

forskere og klinikere har vært opptatt av konsekvenser for barns utvikling når foreldre først og fremst verdsetter barna ut fra enkelte egenskaper, og ikke gjennom barnets totale personlighet og egen kraft (Binder og Nielsen 2009).

Barna kan betale en høy pris ved denne tilpasningen, ved at egne behov blir underordnet de voksnes. Barnet tilpasser seg den voksnes humør og sinnsstemning, og blir god på å tolke den voksnes behov, mens de i mindre grad kjenner sine egne behov. Barnas situasjon forverres ved at belastningen i familien må bæres i hemmelighet. Tonje forteller hvorfor hun ikke røpet til noen om hverdagen i familien før hun var tjue år. Hun sier hun visste hva hun hadde, men ikke hva som kunne skje hvis hun måtte flytte fra moren. For å greie å overleve morens omsorgssvikt tok hun avstand fra moren og var mye ensom både som barn, ungdom og i voksen alder (Sundfær 2005). Tonjefortalte meg at hennes verste mareritt gjennom barndommen var å komme på barnehjem. I drømmen så hun alltid køyesenger på rad i en stor sal. Dit var hun redd for å komme.

Skolebarnet i familien med rus/psykisk sykdom.

Anett vokste opp med begge foreldre som var stoffmisbrukere. Skolen ble et fristed for henne og hun fikk lett venner i klassen. Hjemme var det vanskelig og Anett var mye redd i barndommen. Redd for at moren skulle dø når hun injiserte seg på badet, og hadde låst badedøra, slik at Anett ikke kom inn til henne. Redd når hun måtte være alene om kvelden når foreldrene gikk ut for å skaffe seg stoff. Når faren ruset seg kunne han bli aggressiv mot moren. Ikke før Anett var elleve år fortalte hun bestemoren om hvordan det var hjemme. Da hadde familien flyttet ti ganger og hun hadde byttet skole sju ganger. Jeg spurte henne hvorfor hun ikke tidligere fortalte bestemoren om dette. Hun svarte: Men hvem skulle passe på mamma da?

Tom likte også å begynne på skolen. En ny verden åpnet seg, husket han. Læreren fortalte at Martin virket forsømt og understimulert da han begynte i første klasse, og at han trengte litt ekstra positiv oppmerksomhet. Tom lærte fort og var spesielt flink med de barna i klassen som var litt svake. Tom så andre barn. Men, i ferien var det kjedelig. Ferien og fridagene likte han ikke.

Flere forskere (Rutter 1986; Bronfenbrenner 1989) er opptatt av betydningen av skolestart for barn som vokser opp under vanskelige hjemmeforhold. Det blir et positivt vendepunkt og en beskyttende livshendelse. Som i barnehagen, blir barnet sett og kan få støtte til å utvikle nye sider ved seg selv innenfor et fellesskap og en fast struktur.

Skolebarnet utfordrer foreldrene på nye måter. Barna trenger hjelp til oppfølging av skolearbeid og aktiviteter i fritiden. Ofte trenger de hjelp til å bli bragt og hentet slik at de kan få være med på trening eller møte venner. De trenger hjelp til å holde bursdag eller delta i venners bursdager. Hjelp til å kjøpe gave eller ha passende klær. Når foreldrene er

rusavhengige eller har andre alvorlige helseplager, kan det gå utover deres initiativ og oppfølging av barna. Såfremt barna ikke har andre voksne i eller utenfor familien som kan bidra til at barnet får gjennomført alminnelige aktiviteter i eller utenfor lokalmiljøet. Skolebarn har evne til å passe på foreldrene, og gå inn i rollen som en som passer på fra tidlig alder. Barnet sørger ofte for småsøsken, rydder i leiligheten, lager mat etc. (Sundfær 1992, Sundfær 1999).

På alle alderstrinn finner barna strategier og løsninger for å få den voksnes oppmerksomhet, kjærlighet og nærhet. En av løsningene i familier med «uverdige» forhold slik som rusmisbruk, vold eller kriminalitet kan være å holde problemet hemmelig. Barna er solidariske med foreldrene ved å ikke røpe hemmeligheten, slik Anett lot være å fortelle bestemoren om hvordan det var hjemme hos dem. Fordi rusproblemet må skjules og bortforklares, hindres barnet i å søke støtte fra andre voksne. Anett visste alt om foreldrenes rusmisbruk. Gjennom mange år hjalp hun dem med å skjule hemmeligheten. Som en «utenforstående» forsker fikk heller ikke jeg del i dette sørgelige og angstvekkende. Først når hun ikke lenger var avhengig av foreldrenes omsorg, men hadde flyttet fra dem, kunne hun dele hendelsene med meg. Rusmisbruket er tabuisert. Slik kan den psykologiske virkningen av tabuiseringen bli mer traumatiserende enn det opprinnelige traumet (Leira 1990). Barna er redde for å røpe hemmeligheten og snakker helst ikke med læreren eller andre som kunne ha hjulpet dem. Foreldrene søker sjelden hjelp frivillig fordi de er redde for å miste omsorgen for barnet. På den måten kommer vi som er i hjelpeapparatet altfor seint til.

Den nye rollen som skolebarnet får kan være vanskelig å oppfylle for barn som er bekymret for hva som skjer med foreldrene når barnet er borte fra hjemmet. Eller barnet kan være redd, trett og uopplagt fordi det var fyll og bråk i hjemmet om natten. Direkte spørsmål fra læreren om hjemmesituasjonen til barnet, vil kunne trigge barnets behov for å beskytte foreldrene sine fra «avsløring». Barna fortalte meg at de alltid sa at det var bra hjemme hvis læreren spurte dem. Barn vil være «vanlige» og ikke skille seg ut.

En av jentene i forløpsundersøkelsen knyttet seg sterkt til venninnens familie, spesielt venninnens mor (Sundfær 1992). I denne familien fikk hun omsorg og oppmerksomhet. Hun var der så ofte hun kunne, spiste der og deltok i familiens liv og ferier. Den biologiske moren ble sjalu og følte seg avvist av datteren, noe som kompliserte relasjonen mellom mor og datter. Da venninnens mor ble alvorlig syk og ikke hadde overskudd til å ha omsorg også for datterens venninne, mistet «min» jente en viktig støtteperson i sin oppvekst. Hun fortalte at hun da begynte å skulke skolen og trakk til et rusmiljø med eldre deltakere, hvor hun opplevde å få omsorg og oppmerksomhet.

Foreldrenes grad av rusing eller psykiske vansker bestemmer hvordan hverdagslivet leves i familien, og hvordan virkeligheten blir oppfattet. Barnets løsningsstrategier er ofte å være til minst mulig bry og til mest mulig hjelp. Barnets egne følelser og utvikling blir forsømt, det

samme kan egne aktiviteter og venner bli. Foreldrene er skamfulle. De snakker ikke med barna om det som skjer i familien.

Det er viktig at vi som møter barna er interessert i å bli kjent med dem, ikke bare med foreldrene som vi kanskje har i behandling. Vi som er barneansvarlig må bli kjent med skolebarnet gjennom barnets interesser, hverdagsliv, venner, være interessert i å høre om hvordan barnet har greid å hjelpe foreldrene så mye som det har. Selv har jeg mange ganger takket barna for alt de har gjort for foreldrene sine, for å hjelpe dem å se hvor sterke og flotte de har blitt. Barna er de virkelige heltene i disse familiene. De kan oppleve å leve i en permanent «krigstilstand» i familien, med usikkerhet, konflikter, vanskelig økonomi og kaos i hverdagslivets rutiner. De har vært oppfinnsomme og flinke til å finne måter å overleve på.

Å være ungdom i familien med rus/psykisk sykdom.

Tom fikk flytte fra moren til en ny familie i løpet av barndommen. I barneskolen hadde han lærere som ga ekstra omsorg og viste spesiell interesse for han. Det kunne skyldes at lærerne på denne tiden var oppmerksomme på Toms bekymring for moren. De kjente til morens vanskelige liv. Dette kan man anta hadde en positiv forebyggende effekt på Tom. Så begynte han på videregående skole. Der trivdes han ikke, fortalte han. Han mistet nærheten og kontakten med sine gamle lærere og støttespillere. Nå kjente ingen hans bakgrunn lenger. Fagene ble også vanskeligere. Han prøvde seg på forskjellige linjer. Selvtilliten var skjør. Tilslutt ga han opp skolen.

Videregående skole er krevende for ungdom som strever med livet sitt. Alle de unge i min studie, bortsett fra en, ble forsinket med ett år med å fullføre videregående skole (Sundfær 2004). To unge deriblant Tom fullførte ikke videregående.

Kalle ringte selv saksbehandleren i barnevernet da han var 14 år. Da hadde han opplevd en lang biltur i Norge med en ruset stefar ved rattet, livredd for at det skulle skje en ulykke. Selv hadde han fått i oppgave å passe på lillebroren mens de kjørte. Moren var også passasjer i bilen, men var ruset og ikke i stand til å beskytte og passe på barna. Det var Kalle som fikk jobben.

Kalle visste hvor han kunne få hjelp etter bilturen, en tur som hadde gjort han veldig redd. Han ringte en ansatt i barnevernet som han kjente fra tidligere, og som hadde bedt han ringe dersom han trengte hjelp. Nå var det på tide å ta kontakt. Kontakten resulterte i at Kalle og broren fikk raskt plass i et beredskapshjem og deretter i hvert sitt fosterhjem. I ettertid berømmet Kalle fosterforeldrene som han kom til. Spesielt var han glad fordi han ikke måtte flytte fra fosterhjemmet da han var blitt 18 år. Han fikk være der mens han prøvde seg i voksenlivet, og kunne flytte litt frem og tilbake.

Ungdomstiden innebærer mestring av nye muligheter og utprøving av grenser. Fortsatt er støtte fra foreldre og andre voksne viktig. Skolen stiller store krav til de unge. Ungdommer

som har sosial og kulturell kapital med seg fra egen familie, vil lettere kunne få støtte til en krevende skolehverdag og hjelp til yrkesvalg. Skolen som tidligere kunne være et ankerfeste for barn som lever i en vanskelig familiesituasjon, kan i ungdomstiden skape for høye krav til den unge. Hvis engasjementet og heilagjengen mangler i egen familie, eller er veldig vekslende, kan den unge oppleve at kravene fra skolen blir umulig å innfri. Mange faller fra i videregående skole og kan søke seg til antisosiale miljøer. Der kan de bygge en subkulturell kapital sammen med andre unge med liknende utvikling (Befring et al. 2010.)

Barn og unge som har levd i familier hvor de har hatt mye omsorgsansvar for syke foreldre eller mindre søsken, utvikler betydelig omsorgskompetanse. I kontrast til stor omsorgskompetanse kan selvfølelsen være lav. Påkjenninger over tid kan ha ført til egne plager, atferdsvansker og psykologiske belastningsskader. I stedet for å være «ung og lovende» kan den unge være bekymret og forbannet. Barn som har levd med alvorlige belastninger over tid kan utvikle egne psykiske helseplager. Dersom den unge er deprimeret, kan foreldre som selv strever med rus eller psykiske vansker mangle overskudd eller evne til å gi den unge adekvat hjelp og oppfølging.

Mona kom i fosterhjem da hun var seksten år. Da hadde hun hatt barndommen og de første årene av ungdomstiden hos moren, som drakk mye og var ustabil følelsesmessig. Mona hadde også hatt bestemoren sin i oppveksten, som roste henne for at hun var så flink med småsøsknene sine. Selv fortalte Mona at hun mang en gang hadde hatt lyst til bare å forsvinne fra familien og alle pliktene. Hun opplevde det urettferdig at jevnaldrende kunne delta i fester på kvelden, mens hun ofte måtte bli hjemme og passe søsknene sine fordi moren ikke var hjemme. Hun sluttet aldri å hjelpe søsknene sine. Søsknene var sterkt knyttet til hverandre, og Mona som var den eldste fortsatte å være familiens overhode selv etter at de to yngre søsknene hennes også kom i fosterhjem.

For unge med en sårbar historie kan en naturlig løsrivelse fra foreldrene være mer komplisert enn for unge som vokser opp hos foreldre som greier seg godt. En løsrivelse vil kunne gi dårlig samvittighet og følelse av å svikte foreldrene, og kanskje etterlate yngre søsken i en dysfunksjonell familie. Bare unntaksvis brøt barna med foreldrene sine, de fleste fortsatte å ha tett kontakt med foreldrene. Tom pleide å la moren bo på rommet hans i hemmelighet når hun var ute fra institusjonen og hadde ruset seg. Da bodde hun på hemmelig adresse hos han og hans fosterforeldre, fortalte Tom.

Ung voksen i familier med rus/psykisk sykdom

Hanne fortalte om faren sin som alltid hadde trodd på og støttet henne, til tross for at han stjal konfirmasjonspengene hennes for å dra på heisatur med Danskebåten. Selv om faren låste seg inn i et rom i leiligheten og ruset seg med en kamerat i flere døgn, og Hanne og moren var både redde og bekymret. Til tross for at han møtte rusa på foreldrekonferanse på skolen. -Pappa har alltid vært den viktigste, sa hun. Da hadde hun erfaring fra et

velfungerende fosterhjem som hun kom til da hun var 15 år. Selv om hun anerkjente støtten fra fosterforeldrene, var det faren hun fremhevet spesielt. Å fremheve egen familie positivt kan også forstås som en måte å øke familiens verdighet.

Et av spørsmålene jeg stilte barna da de var blitt tjue år var: Hvem så deg og støttet deg i oppveksten? Jeg ønsket å få vite hvem som hadde vært de viktigste personene for dem gjennom barndom og ungdomstid (Sundfær 2004). De svarte alltid mamma eller pappa. Det forundret meg. Jeg trodde kanskje de ville fortelle andre historier, fremheve gode fosterforeldre, engasjerte lærere eller trofaste sosialarbeidere. Barn og de unge håper alltid at foreldrene skal slutte å ruse seg. Tom håpet at moren skulle bli rusfri, helt til han fikk egne barn. Da brøt han med henne. Kaja fortalte at hun alltid lengtet etter at moren skulle erkjenne egne alkoholproblemer, og anerkjenne Kajas belastninger ved å ha en mor som drakk. Moren forsvarte istedenfor sin egen drikking med at Kaja var så vanskelig at moren trengte å trøste seg. Vanskene mellom moren og datteren forble fastlåste og ubearbeidet.

Mange av de unge opplevde å ha blitt sterke gjennom en oppvekst med mye omsorgsansvar. –*Jeg måtte finne løsninger, sa flere til meg da de var blitt unge voksne.*

Mona fikk tidlig en fast jobb i et regnskapsfirma. Det skjedde et par år etter at hun var ferdig med videregående skole, og ikke hadde fått seg noe mer utdanning. Hun ble godt likt av sjefen og kollegene sine. Sjefen kunne stole på henne. – *Du tar ansvar, hadde han sagt til Mona.*

Vi snakket om det, Mona og jeg. Hvor god hun var til å se andre, ta ansvar og at det ga henne fordeler i arbeidslivet. – *Ja, sa Mona. Jeg er god på å ta ansvar, jeg liker det.* Mona fikk flere forfremmelser på jobben og fikk bedre selvtillit etter som tiden gikk.

Vi vet at unge i familier med rus og /eller psykisk sykdom, bruker mer tid og energi på sine foreldre enn unge i andre familier (Becker 2014). De unge besøker dem ofte, følger dem til avtaler hos leger, kler på dem, passer på medisiner, hjelper dem i seng når de er fulle, dusjer dem, gjør rent, handler osv. De skjuler problemene for andre i familien, slik de gjorde da de var yngre.

Bente fortalte meg at hun var den som måtte ringe legevakten når hun var engstelig for moren som hadde tatt for mange piller. På legevakten spurte de alltid om hennes alder. Bente hadde lært at hun måtte lyve på alderen for å få hjelp til moren. Hun sa alltid at hun var eldre enn hun var.

Vi vet at disse unge får mer og tidligere omsorgsansvar for foreldrene enn andre. Foreldrene deres har levd et hardt og helsefarlig liv med rusing over lang tid, og blitt tidligere utslitte med ulike helseplager. Da barna var blitt 25 år hadde de fleste fortsatt omsorgsansvar for sine foreldre (Sundfær 2009).

Både Mona, Kalle og Tom har hatt kontinuerlig omsorgsansvar for mødrene sine, først gjennom barnealder, siden gjennom ungdomsalder og ung voksen. Mona fortsatte å hjelpe foreldrene, sine selv om det var mange år siden hun hadde bodd sammen med noen av dem. Hun besøkte dem regelmessig og passet på at de hadde mat i huset, eller passet på at de kom seg til lege når det var nødvendig. Foreldrene bodde ikke sammen så det tok mye tid å følge dem opp. Kjæresten til Mona syntes hun «ofret» seg for mye for foreldrene, noe som kunne gå utover tiden Mona fikk til å ta vare på seg selv og deres liv. Dette kunne skape konflikter i parforholdet.

Det kan være en fare for at ungdom og unge voksne har motstand mot å snakke med mors eller fars behandler eller barneansvarlig der forelderen får behandling. De kan oppleve det som meningsløst og uaktuelt når de selv har blitt nesten voksne, og er i gang med å skape sitt eget liv uavhengig av foreldrene. Noen vil kanskje benekte egne vansker eller en vanskelig livssituasjon, for å skjerme seg fra ubehagelige hendelser som har vært. De kan være redd for å grave i «gamle sår» som de har prøvd å skjerme seg fra. Andre kan være redd for at de har «arvet» de psykiske helseplagene fra foreldrene og er redd for å få det bekreftet. Mange unge kan være preget av avmakt og håpløshet under et dekke av likegyldighet.

Det vil være viktig å hjelpe den unge voksne til å fortelle sin historie. Bruke tid på å lytte til historien. For en som ofte er skamfull over foreldrene sine og hva som har skjedd i familien, kan det ha betydning å få frem den enkelte unges historie. Dette for å gyldiggjøre og kanskje omskrive eller redefinere den i et nytt perspektiv, for å bedre forstå hvorfor ting ble som de ble. Å hjelpe de unge til å se at de har gjort så godt de kunne i den situasjonen de har vært i, og frata skam og skyld, er vesentlig for å støtte en positiv selvutvikling. Samtidig kan det være aktuelt at barneansvarlig eller familiebehandler støtter den enkelte i å sette grenser for omsorgen og ansvaret for foreldrene. Det kan også være aktuelt at den unge får hjelp til å stille nye krav til foreldrene og færre krav til seg selv.

Ja, det er håp.

Anett som bodde hos foreldrene som ruset seg de første elleve årene av livet sitt, hadde for lengst gitt opp at mor eller far skulle greie å bli rusfri da hun selv var blitt voksen. Da jeg traff henne som 20-åring hadde hun brutt kontakten med foreldrene, som den gang fortsatt bodde og ruset seg sammen. Anett orket ikke å bli gjenkjent av dem og hadde farget håret. Hvis hun traff foreldrene på gata, skulle de alltid ha penger av henne, eller de oppsøkte henne der hun bodde. Hun hadde etablert seg med egen leilighet etter at hun flyttet fra bestemoren, som alltid var en støtte for henne. Anett opplevde også skammen og fortvilelsen over å se moren stå på Plata og kjøpe stoff. – *Jeg orket ikke å se henne der og fortalte ingen om det før lenge etterpå. Hun var så tynn og hadde dårlige tenner. Jeg så det. Det var så fryktelig trist.*

Moren til Anett hadde ruset seg i førti år. Det samme hadde faren gjort. Så viste det seg at moren endelig greide å nyttiggjøre seg et behandlingsopplegg etter mange tidligere forsøk. Anett fikk høre om dette, men trodde ikke at moren hadde greid det. Hun fikk sitt første barn uten å ta kontakt med moren. Så gikk det et par tre år og Anett var gravid på nytt. Hun ventet sitt andre barn. Nå tok hun kontakt med moren og fikk bekreftet at moren fortsatt var rusfri! Etter førti år med rusing, mange overdoser og mange behandlingsforsøk, greide moren seg bra uten rus. Hun hadde vært rusfri de siste fire årene. Omsider torde Anett å stole på at moren virkelig hadde forandret livet sitt.

Det betød at da Anett skulle føde sitt andre barn kunne hun og mannen dra på sykehuset, og overlate den første fødte trygt til moren og hennes nye samboer. Endelig kunne moren bidra til å hjelpe Anett når hun trengte det!

Sluttord.

Foreldre med rusavhengighet oppsøker sjelden hjelpeapparatet. Årsaken er, som vi vet, foreldrenes engstelse for at barnet skal tas fra dem. Rusmisbruket i familien blir holdt hemmelig og følelsesmessige erfaringer blir ikke delt. Det betyr at barnet ikke får anerkjennelse eller et språk for viktige følelser. Omsorgen og oppmerksomheten barnet får er ofte vekslende og uforutsigbar, avhengig om mor og far er ruset eller i abstinens. Eller om en av foreldrene lever med ubehandlet alvorlig psykisk sykdom. Barnet tilpasser seg livet i familien, er solidarisk med foreldrene og hjelper dem til å skjule vanskene i familien. Det kan være viktig for foreldrene at barnet blir tidlig «flink» og selvstendig, fordi foreldrene trenger mye praktisk hjelp og støtte. Barnet kan betale en høy pris for tilpasning til en dysfunksjonell familie. En pris som forstyrrer barnets egen følelsesmessige utvikling.

Barn og unge er helten i familier med rus /psykisk sykdom. Barnet utvikler strategier for å løse vanskeligheter og motstand i familien, og med sine omgivelser. Vi som er hjelpere må være nysgjerrig på hvordan barnet har greid å «overleve» i familien, og hvilke «triks» som har vært nødvendig for å greie det. Nysgjerrighet kan være det første skritt til kontakt mellom barnet og hjelper.

Ikke glem Jonas som sier: - *Du må huske på at jeg har vært mye ensom og vært nødt til å klare meg selv, men så har jeg blitt sterk også.*

Referanser.

Becker, S. (2014) Young Carers. www.oxfordbibliographies.com/

Befring, E., I. Frønes og A.M. Sørli (red) (2010) *sårbare unge. Nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Berg – Broden, M (1989) *Mor og barn i ingenmannsland*. Stockholm: Almqvist & Wiksell
- Binder, P.E. og G.H. Nielsen(2009) Selvet og relasjonene I: L.M. Gulbrandsen(red) *Oppvekst og psykologisk utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bronfenbrenne,U. (1989) Ecological systems theory. *Annals of Child Development* 6:187-249.
- Fog, J.(1994) *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk forlag, København.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal norsk forlag.
- Leira, H(1990) Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* nr. 27.
- Martens, Aa, (1985) *Hva skjer med gravide stoffmisbrukere?* Sentralrådet for narkotikaproblemer. Notatserie nr. 3 Oslo
- Raundalen, M.(2009) Vold mot barn – studier av skadevirkningene. *Bulleteng* nr. 6: Skader. Oslo: Alternativ til vold.
- Rutter, M. (1986) Psychosocial resilience and protective mechanisms. I: J.Rolf, A.S. Masten og D.Cicchetti (red) *Risk and Protective Factors in the Development of Pschycopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stern, D. (1985) *The interpersonal world of the infant*. USA. Basic books.
- Sundfær, Aa,(1992) *Fra rus til mening. En undersøkelse av barna til mødre med tidligere rusproblemer. Dagligliv og mestring. Utfordringer til hjelpeapparatet*. Barnevernets utviklingscenter. Rapportserie nr.3, Oslo
- Sundfær, Aa,(1999) *Ung og lovende. Barna til 31 mødre med rusproblemer har blitt ungdommer*. Barne- og familieetaten/Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Sundfær, Aa, (2004) *Barna til 31 kvinner med rusproblemer har blitt 20 år. Hvordan har det gått?* Kvinne-barn divisjonen, Nydalen senter for barne- og ungdomspsykiatri, Ullevål universitetssykehus, Oslo
- Sundfær, Aa, (2005) Bill. Mrk. Hemmelig. Hemmeligholdelse som strategi i familier med rusproblemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2: 160-173.
- Sundfær, Aa, (2009) *Voksenliv i lys av foreldrenes rusmisbruk. Femte studie*. Monografiserien Rapport nr.29-2009 Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål, Klinikk for psykisk helse-barn og ungdom Universitetet i Oslo 2009
- Sundfær, Aa, (2012) *God dag jeg er et barn. Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.