

Oda Karoline Sørøy

Barn som har foreldre i rusbehandling

Children Who Have Parents in Drug Treatment

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Mai 2021

Oda Karoline Sørøy

Barn som har foreldre i rusbehandling

Children Who Have Parents in Drug Treatment

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Vær nå litt voksen!

Vi sier det til barna våre rett som det er.
Som oftest når vi vil ha dem til å slutte med noe.
Slutte å mase. Slutte å søle. Slutte å slåss.

Noen barn er voksne uten at de blir bedt om det.

De maser ikke. De søler ikke. De slåss ikke.

De gjør mye annet.

De rydder. De passer småsøsken.

De trøster mor eller far. De trøster seg selv.

De bruker ikke bare krefter på å gjøre en voksens jobb.

Mange av dem bruker også krefter på å skjule at noe er galt.

De tror at de svikter mamma eller pappa hvis de ber om hjelp.

Rundt 450.000 barn vokser opp med foreldre som strever med rusavhengighet og psykiske lidelser.

Helsepersonell som møter de minste pårørende har en spesiell plikt.

De har plikt til å forebygge, fange opp og forhindre vold, overgrep og omsorgssvikt.

De må høre det som ikke blir sagt. De må se det som ikke synes.

Disse barna må få mase. De må få søle. De må få slåss.

Disse barna må få slippe å være voksne.

- Bent Høie på åpningen av Pårørendekonferansen, Sandnes 2019 (Regjeringen, 2019).

Sammendrag i

Barn som pårørende har de siste årene fått økt oppmerksomhet i det politiske landskapet i Norge. Gjennom nye lovverk som retter seg mot å sette barn av foreldre med rusmiddelavhengighet i front, har barn som pårørende blitt et begrep som helsepersonell nå må ta hensyn til. Forskning tyder på at barn som har foreldre i rusbehandling har behov for informasjon rundt foreldrene, og en arena der de kan samtale om komplekse følelser. Barn som har hatt en oppvekst preget av rus er også disponert for å utvikle inngripende følelser av skam og skyld, og har behov for å sette alle disse kaotiske tankene i sammenheng. I denne oppgaven har jeg derfor valgt å ha et særskilt fokus på barn som har foreldre i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og hvordan de kan bli ivaretatt av behandlere i TSB og bidra til deres opplevelse av sammenheng. Jeg har drøftet ulike perspektiver og tilnærminger gjennom å anvende relevant litteratur. Innhenting av den relevante litteraturen er gjort gjennom systematisk litteratursøk, samt kjedesøk og supplering med andre relevante kilder. Funnene viser blant annet viktigheten av å ha samtaler med barn som fører til opplevelse av sammenheng og hvorfor familieorientert rusbehandling kan være hensiktsmessig å innlemme som en del av ordinær praksis i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Abstract ii

In recent years, children of parents with drug addiction have received increasing attention in the political landscape in Norway. New legislation has aimed at putting children of parents with drug addiction at the forefront and health professionals must now take it into account in their daily work. Research indicates that children who have parents in substance abuse treatment need information about their parents' problems, and an arena where they can talk about complex emotions. Children who have had a difficult childhood with parents suffering from substance abuse problems are also predisposed to develop intrusive feelings of shame and guilt, and have a need to put all these chaotic thoughts into context. In this thesis, I have therefore chosen to discuss how children can be taken care of by therapists in specialized drug treatment and contribute to their sense of coherence. I have discussed different perspectives and approaches through the use of relevant literature. The collection of the literature has been done with a systematic literature search, in addition to other relevant sources. The findings shows the importance of having meaningful conversations with children and why family-oriented substance abuse treatment could be appropriate to incorporate as part of ordinary practice in drug treatment.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag i	1
Abstract ii	1
1.0 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Relevans for sosialt arbeid	4
1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer.....	4
1.3.1 Barn som pårørende.....	5
1.3.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	5
1.4 Oppgavens videre oppbygging	5
2.0 Metode	6
2.1 Relevans av valgt litteratur og kildekritikk	6
2.2 Søkeprosessen	7
3.0 Forståelsesramme	8
3.1 Aaron Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng	8
3.2 Rusens påvirkning på samspillet mellom foreldre og barn	9
3.3 Noen utviklingsmessige fellestrekk ved barn mellom 6 og 12 år	10
3.4 Skam og skyld	11
3.5 Familieorientert rusbehandling.....	12
4.0 Relevant litteratur og diskusjon	14
4.1 Individet eller familien i sentrum?	14
4.2 Familieintervensjoner for å styrke foreldrefunksjon	16
4.2.1 Psykoedukasjon som tiltak i familieorientert rusbehandling	18
4.3 Behandlers evne til selvrefleksjon.....	19
4.4 Å foreta samtaler med barna – noen tilnærminger	21
5.0 Avsluttende refleksjoner	25
6.0 Litteraturliste	27

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Høsten 2020 fikk jeg tildelt praksisplass i en institusjon for døgnbehandling av rusmiddelavhengighet underlagt Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Spekteret av følelser, både forforståelsen av rusmiddelavhengighet og tanker knyttet til tiden som lå foran meg, var en naturlig del av det jeg bar med meg inn i praksis. Men det var et aspekt av rusbehandling som jeg hadde hørt lite om i forkant – *barna*. Det første som møtte meg på dag én av praksistiden var en ung pasient som trillet på en barnevogn. Dette vekste en nysgjerrighet i meg. Noen av menneskene i rusbehandling har barn, og hvordan blir disse barna ivaretatt av TSB? Utover praksistiden, der hovedfokuset ble lagt på selve behandlingen av pasientene og min egen læringsprosess, la jeg ikke fra meg denne nysgjerrigheten vedrørende barna – og det fordret nok til tematikken som skal drøftes i denne bacheloroppgaven. I dag jobber jeg selv i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og valg av tema er naturligvis av personlig preferanse. Søken etter å finne ut mer på bakgrunn av min nåværende jobb var en viktig indikator for nettopp å omfavne dette temaet.

Den 1. januar 2010 ble det opprettet en ny paragraf under Lov om helsepersonell, denne lovfester at helsepersonell er *pliktig* til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til enten foreldre eller søsken som sliter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom (Helsepersonelloven, 1999, § 10a). På den samme datoen ble også § 3-7 i Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) et faktum, denne implementerer at helseinstitusjoner som omfattes av loven, «skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell» og disse skal «fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende barn (...)».

Lovendringen som skjedde i 2010 stadfestet at en må *se* barna. Å anerkjenne sårbarheten barn som pårørende innehar, og viktigheten av ivaretagelsen av disse barna i helsetjenesten kan gjøre seg gjeldende når en tolker lovens ordlyd. Folkehelseinstituttet anslår i en undersøkelse fra 2011 at om lag 90 000 barn i Norge har foreldre med moderat til alvorlig rusmiddelproblem knyttet til alkohol (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). Å være forelder med en samtidig rusmiddelavhengighet kan av det øvrige samfunnet ofte bli stempelt som skambelagt, og denne skamfølelsen kan videre påvirke barna i stor grad. Barn som i tillegg vokser opp med foreldres rusproblematikk, er i større grad disponert for å utvikle psykisk

uhelse i senere voksenliv (Mohaupt & Duckert, 2010; Nordanger & Braarud, 2018). Barn som har vanskelige livsbetingelser kan være preget av kaotiske tanker og følelser, og har gjerne behov for å utvikle narrativer om eget liv som gir en opplevelse av sammenheng (Wangensteen et al., 2020). I denne oppgaven vil det derfor bli satt søkelys på barn som har foreldre i rusbehandling, og hvordan de kan bli ivaretatt av behandlere innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I tillegg skal det bli sett på hvordan TSB kan bidra til at barn får større opplevelse av sammenheng gjennom å bli involvert i foreldrenes rusbehandling.

På bakgrunn av nevnt innledning, har jeg derfor valgt «*Hvordan kan barn av voksne rusmiddelavhengige bli ivaretatt av behandlere i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og bidra til deres opplevelse av sammenheng?*»

1.2 Relevans for sosialt arbeid

Sosialt arbeid er et sammensatt fagområde som rommer mange ulike felt. Barns oppvekst og rusmiddelavhengighet er begge en tydelig del av sosialt arbeids kompetanseområde, og det er et faktum at sosialarbeidere arbeider med mennesker i sårbare livssituasjoner. Innenfor TSB er det også en forutsetning at det er sosialfaglig perspektiv innad i behandlingen, i tillegg til andre medisinsk- og psykologfaglige perspektiv (Helsedirektoratet, 2015). Ved at en sosialarbeider kan bidra i behandlingen i TSB, bør hun også se *personen i situasjonen* (Berg et al., 2015). Forutsetningen for det er at en sosialarbeider skal anvende helhetsperspektivet i møte med den som har behov for hjelp. Det kan eksempelvis være seg at mennesket som er i rusbehandling har barn og at det vurderes som hensiktsmessig å involvere barna – her kan den sosialfaglige kompetansen bli essensiell. FOs yrkesetiske grunnlagsdokument legger også frem at profesjonsutøveren skal «bistå de som ikke selv kan ivareta egne behov» (FO, 2019, s. 3). Barn har ikke alltid en stemme i samfunnet og det er derfor utslagsgivende at noen *ser* dem. Innenfor TSB vektlegges den sosialfaglige kompetansen som viktig når diskursen omhandler barna (Lundberg, 2017). Derfor kan en si at sosialarbeiderens rolle blir sentral og det blir spesielt avgjørende i arbeidet med tematikken *barn som pårørende*.

1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Som nevnt innledningsvis har jeg valgt å ha et spesielt fokus på barneperspektivet i rusbehandling. I denne oppgaven vil jeg ha et særskilt fokus på barn mellom 6 og 12 år, fordi

det ble ansett som hensiktsmessig å ha en spesifikk aldersgruppe som forståelsesramme. Konteksten er behandling innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling av voksne mennesker med rusmiddelavhengighet som er biologiske foreldre til barn i nevnte aldersgruppe. Forskningslitteraturen skiller ikke i noe stor grad på de ulike type rusmidlene. Jeg har derfor ikke valgt å fokusere på et spesifikt rusmiddel, men heller fokusere på rusmiddelavhengighet generelt. I tillegg er problemstillingen rettet mot hvordan *behandlere* som er ansatt i TSB kan arbeide med barneperspektivet. Dette for at det er mange ulike profesjoner som kan jobbe med denne gruppen, i tillegg til at TSB har et tverrfaglig fokus.

1.3.1 Barn som pårørende

I rundskrivet om barn som pårørende fra Helsedirektoratet (2010) fremmes det at barn som pårørende ikke må forstås som pårørende i rette forstand ved at de skal ivareta foreldrenes behov. Det er heller en indikasjon på at barn må forbli barn når foreldrene ikke lenger kan imøtekomme det barna har behov for (Helsedirektoratet, 2010, s. 4). I denne oppgaven vil 'barn som pårørende' bli presentert som biologiske barn av voksne mennesker i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

1.3.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble en realitet da rusreformen fra 2004 kom på banen og tjenestene for rusmiddelavhengige ble redefinert fra sosialtjenesteloven til å være en del av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a femte ledd (1999). Det ble dermed et faktum at mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet fikk pasientrettigheter under de regionale helseforetakene (Pasientrettighetsloven, 1999).

1.4 Oppgavens videre oppbygging

Videre i oppgaven vil jeg nå redegjøre for innhentingen av den valgte litteraturen. I kapittel 3 vil jeg presentere forståelsesrammen for den videre drøftingen av oppgaven ved å anvende relevant litteratur. I kapittel 4 vil det bli redegjort for relevante funn fra litteraturen, i tillegg til at oppgavens overordnede problemstilling vil bli drøftet opp mot disse funnene. Til slutt vil jeg legge frem avsluttende refleksjoner rundt de funnene som har blitt drøftet.

2.0 Metode

Dalland (2018) gjør metodebruk gjeldende ved at det formidler *hvordan* en skal gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap, samt at det er et verktøy som sier noe om hvordan en har samlet denne spesifikke kunnskapen. Jeg vil videre i dette kapittelet fremlegge hvordan innhenting av relevant litteratur har blitt gjort.

I denne teoretiske oppgaven har jeg anvendt litteratursøk som metode, kjedesøk og supplering med bøker og offentlige utgivelser. Litteratursøk som metode omhandler bruken av vitenskapelige artikler og *søken* etter disse i relevante databaser (Støren, 2013, s. 37). Gjennom arbeidet med denne bacheloroppgaven har det derfor blitt søkt systematisk etter anvendbar forskning og litteratur som viste seg å være relevant for oppgavens overordnede problemstilling.

2.1 Relevans av valgt litteratur og kildekritikk

For å besvare oppgavens problemstilling var det viktig for meg å finne frem til litteratur som fremhevet relevansen for tematikken. En indikator på om litteraturen var relevant for oppgaven, var om den eksempelvis var fagfelleverdert eller kom fra en kilde med kredibilitet, for eksempel en pensumbok. Artikler som er fagfelleverdert stilles det en rekke krav til, blant annet skal de være vurdert og godkjent av andre forskere innen samme fagfelt (Støren, 2013). Det var også viktig for meg å relatere noe av oppgaven tilbake til studiet, og dermed ble det også anvendt tidligere pensumbøker som viste seg å være nyttig for oppgaven. I tillegg ble det også brukt en del eksterne bøker for å få en større faglig tyngde på oppgavens ordlyd. Sammen med både fagfelleverderte artikler og bøker, implementerte jeg også noe lovverk og andre offentlige publikasjoner for å aktualisere tematikken ytterligere.

For å gjennomføre en slik innhenting av relevant litteratur er det en nødvendighet at en er *kritisk* under søkeprosessen, det stilles dermed krav til ens egen kompetanse i å samle og vurdere funnene (Dalland, 2018). Det er derfor elementært at en anvender *kildekritikk*. Kildekritikk handler om hvilken vurdering vi iverksetter funnene og hvilken relevans litteraturen har for oppgavens omfang (Dalland & Trygstad, 2018, s. 158). Alle valg som blir gjort av mennesker bærer nok også preg av en subjektiv forforståelse. Jeg jobber som nevnt

innledningsvis selv i TSB, og valg av litteratur vil muligens være påvirket av at jeg allerede har et lite innblikk i rusfeltet.

Fokuset mitt lå hele tiden på å lese forskningsartikler som var relativt nylig publisert, men tidvis måtte jeg lete så langt tilbake som i 2010. Det ble dermed en tidsperiodeavgrensning fra 2010 til i dag. Noen bøker som er gitt ut før 2010 er derimot tatt med, da de ble vurdert som relevant for oppgaven. Å se overføringsverdi mellom oppgavens ordlyd og artikler som rettet seg mot «andre» temaer ble også noe jeg måtte jobbe en del med. Eksempelvis er det skrevet mange internasjonale artikler om barn av psykisk syke voksne i behandling, og noe mindre om barn av rusmiddelavhengige voksne i behandling. For å få et bredere blikk på temaet, valgte jeg å søke etter internasjonale publikasjoner, i tillegg til nordiske.

2.2 Søkeprosessen

Underveis i søkeprosessen brukte jeg databasene Oria, Google Scholar, Idunn, Scopus og PubMed. I kombinasjon, eller for seg selv, benyttet jeg søkeordene «barn som pårørende», «rusbehandling», «familiepraksis» og «barnesamtaler». Som nevnt i underkapittel 2.1 valgte jeg å se etter internasjonale artikler som var fagfellevurdert, dermed ble det også gjort ordsøk på engelsk. Her valgte jeg å bruke ordene «affected children», «drug treatment», «family practice» og «parental substance use». Jeg skilte systematisk ut artikler gjennom å først og fremst se på overskrift og publiseringsdato, dersom jeg fant det relevant, leste jeg videre sammendragene for å få et mer detaljert bilde av hva artikkelen inneholdt av relevans for oppgaven. I tillegg brukte jeg litteraturlisten på noen av funnene mine for å finne annen litteratur å supplere med, dette kalles *kjedesøk* og var til stor hjelp da jeg sto litt fast i søkeprosessen på databasene. Arksey & O'Malley (2007) henviser også til begrepet «snøballmetoden» der en følger opp referansene i allerede identifiserte studier. Kjedesøking går ut på at en skal finne egnet litteratur gjennom å følge opp referanselisten i eksempelvis vitenskapelige artikler (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 119). Et kritisk blikk på den systematiske søkingen er at det ikke alltid gir en fullstendig oversikt, men et innblikk i *hvilken* forskning som allerede finnes. Å anvende kjedesøk kan derfor være en god supplering for å få et enda bredere blikk på hva som finnes av litteratur.

I oppgavens påfølgende kapitler vil det nå bli lagt frem funn som har blitt analysert som relevant for oppgaven.

3.0 Forståelsesramme

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere forståelsesrammen som er vurdert som sentral for oppgavens tematikk og videre drøfting. Innledningsvis vil jeg presentere Aaron Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng, da dette vil være utgangspunkt for forståelsen av begrepet 'opplevelse av sammenheng' i problemstillingen. Antonovskys teori vil også bli sentral i den avsluttende refleksjonen i kapittel 5.0. Jeg vil også presentere noen utviklingsmessige fellestrekk for barn i alderen 6-12 år. Videre skal jeg fremlegge ulik litteratur på rusens påvirkning på samspillet mellom foreldre og barn. Avslutningsvis vil det i dette kapittelet bli presentert perspektiver på skyld og skam, samt hva familieorientert rusbehandling er. Alt dette vil inngå som forståelsesramme for drøfting av funn i kapittel 4.0.

3.1 Aaron Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng

Vår selvoppfatning utvikles gjennom hele livet og spesifikt gjennom de erfaringer vi har gjennom kontakt med betydningsfulle andre (Håkonsen, 2014). Vår oppfattelse av omverden er også et resultat som er knyttet til utviklingen i barndommen, dette gjenspeiler seg igjen i identiteten og *hva* en har lært og blitt forklart (ibid). Aaron Antonovskys begrep *sense of coherence*, som på norsk kan oversettes til *opplevelse av sammenheng*, omhandler et teoretisk utgangspunkt på hvordan mennesker mestrer livet ut ifra hva en har lært og har av redskaper, især i vanskelige livssituasjoner (Antonovsky, 2012). En kan også definere begrepet gjennom å dele det inn i tre underbegreper: *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*.

Begripelighet retter seg mot den grunnleggende tilliten en har til selvet og omverden, samt om en stoler på at det som skjer er forståelig. Dette baserer seg på at det som skjer i livet oppleves som sammenhengende, isteden for tilfeldig og uforståelig (Antonovsky, 2012, s. 40). Videre handler *håndterbarhet* om at en som menneske må ha ressurser tilgjengelig for nettopp å takle alle krav som livet stiller og at en stoler på disse ressursene (ibid). Til slutt omhandler begrepet *meningsfullhet* at kravene som livet stiller gir mening og at det er verdt oppmerksomheten din. I tillegg handler *meningsfullhet* om at en involveres i livsområder som «gir mening» følelsesmessig (Antonovsky, 2012, s. 41).

Alle disse begrepene er i et gjensidig samspill og er like viktig for opplevelsen av sammenheng, men oppsummert handler det om *hvordan* en tilegner seg forståelse over det som skjer i livet, samt at en har ressurser nok til å takle eventuelt motgang og stress. Sterk

opplevelse av sammenheng vil derfor føre til sterk motstandskraft mot risikofaktorer (Antonovsky, 2012). Grunnlaget for dette blir lagt i barndommen ved at en danner seg en identitet utenfor det indre selvet gjennom det en erfarer og lærer (Mæland, 2017).

Oppsummert handler opplevelse av sammenheng om å ha en trygg identitet, med opplevelse av kontroll over eget liv og sammenheng mellom erfaringer og følelser (ibid).

3.2 Rusens påvirkning på samspillet mellom foreldre og barn

Paraplybetegnelsen «rusmiddelavhengighet» er et fenomen som favner svært bredt og er komplekst i seg selv, men det blir enda mer komplisert idet man får barn. Forskning tyder på at foreldre med rusmiddelavhengighet preges av mangel på stabilitet i sitt foreldreskap og at foreldrefunksjon svekkes. Primært handler dette om å støtte barns behov utviklingsmessig (Wangensteen et al., 2019). Hansen (2012) mener at det største problemet knyttet til rusmiddelavhengighet blant foreldre er knyttet til *samhandlingsmønstrene* i familien, og at dette kan være skadelig for barn. Dette har sammenheng med at rusmidler har stor påvirkning på menneskers oppførsel og at dette igjen har innvirkning på relasjoner, også mellom barn og foreldre.

Killén & Olofsson (2003, s. 64) påpeker at utøvelsen av et godt foreldreskap forutsetter at en må en akseptere barnet, engasjere seg følelsesmessig, ha innlevelse sammen med det, prioritere barnets utviklingsmessige behov og ha realistiske forventninger til det. Sundfær (2012) peker også på at foreldrenes sensitivitet ovenfor barnet og å være mentalt til stede bidrar til god foreldreatferd. Disse mekanismene kan bli svekket eller i verste fall være ikke-eksisterende når en kombinerer foreldreskap og rusmiddelavhengighet. Atferdsmønstre som en konsekvens av rusmiddelproblematikken er ikke definitivt å gi barn en utrygg oppvekst, men det handler mye om alvorlighetsgrad og sosiale forhold *rundt* barnet (Lauritzen et al., 2018a). Forholdet mellom *barn og foreldre* kan likevel være interessant å se på gjennom perspektiv på *tilknytning og resiliens*.

Et viktig adresseringspunkt når en snakker om foreldreskap og rus, og samspillet mellom barn og foreldre, er *tilknytning*. Tilknytning kan betegnes som et biologisk basert og emosjonelt bånd mellom barn og omsorgsgiver (Andersen, 2017, s. 405). Dette understreker det grunnleggende samspillet mellom primær omsorgsgiver og barnet, og denne interaksjonen er viktig for at barnet skal utvikle en rekke ferdigheter (Mohaupt & Duckert, 2010; Nordanger &

Braarud, 2018). En trygg tilknytning vil dermed fordre til at barnet har utviklet selvstendighet til å *takle* en utfordrende verden og at barnet har tillit til at omsorgsgiver vil mobilisere støtte. Rusmiddelavhengighet har blitt knyttet til ulike tilknytningsforstyrrelser som opptrer i voksen alder som ustabile atferdsmønstre i nære relasjoner, dette blir derfor en *risikofaktor* når en får barn (Mohaupt & Duckert, 2010, s. 415). En *risikofaktor* kan være en faktor i oppvekstmiljøet som «assosieres med negativ psykososial utvikling i fremtiden» (Hole, 2014, s. 47). Ved at rusmiddelavhengighet *svekker* foreldrefunksjonen, vil dette være en risikofaktor i form av at foreldrene ikke lenger kan møte barnets behov, spesielt følelsesmessig i form av tilknytning (Backe-Hansen, 2007).

Gjennom resiliensteori kan en likevel ha grunn til å tro at ikke alle barn av rusmiddelavhengige blir syke voksne. Begrepet 'resiliens' fremlegger hvordan motstandsdyktighet i barn kan gjøre at de, tross en vanskelig barndom, har et adekvat og velfungerende voksenliv. Resiliens er «å klare seg bra tross påkjenninger» (Borge, 2007, s. 13). I livssituasjoner preget av stressbelastninger peker Borge (2007) på at å oppleve sammenheng mellom indre følelser og ytre faktorer skaper beskyttelse. Videre kan en begrepsfeste dette som en *beskyttelsesfaktor*. En beskyttelsesfaktor er «en faktor i oppvekstmiljøet som assosieres med redusert sannsynlighet for negativ psykososial utvikling» (Hole, 2014, s. 47). Å styrke foreldreferdigheter og samhandlingsmønstre i familiesystemet kan være effektive beskyttelsesfaktorer (Mohaupt & Duckert, 2010).

3.3 Noen utviklingsmessige fellestrekk ved barn mellom 6 og 12 år

Barn i aldersgruppen 6-12 år er barn som er i skoleaktiv alder. De utvider sitt sosiale nettverk og får et større innblikk i hvordan andre barn på egen alder lever sitt liv. Sundfær (2012) presenterer at denne aldersgruppen har en økende evne til å tilpasse seg og uttrykke seg gjennom språket. Fra cirka tre år vil barnet fortelle om sitt eget liv og utvikler videre språklige ferdigheter for å gjøre nettopp dette – det skapes *narrativer* (Håkonsen, 2014, s. 52). Narrativer handler om vår selvoppfatning, våre relasjoner og samhandlingen med andre mennesker, barnet bygger også opp indre forestillinger ut ifra de erfaringene det har (ibid). Barn i denne aldersgruppen blir preget av den sosiale sfæren, og ved at barnet er i et nettverk gjennom skolen, vil det også sammenligne seg med venner og bruke dette som målestokk på eget liv (Sundfær, 2012). De erfaringene barnet tilegner seg i denne perioden har stor betydning for videre fungering i voksenlivet (Lauritzen et al., 2018a).

Barn i denne aldersgruppen har et stort informasjonsbehov og trenger voksne som snakker med dem. De forstår sosiale sammenhenger på en adekvat måte, men kan ha vanskeligheter med å forstå hvorfor verden ikke er slik den *skal* være (Sundfær, 2012). Det er dermed viktig å gi barna tilgang på informasjon som de har behov for, da barn i denne alderen bygger sine tanker på det de *erfarer* (Sundfær, 2012). Øvreeide (2009) peker også på at denne gruppen av barn er preget av en større moralsk forpliktelse og at dette igjen fører til en større mulighet for at barnet kan bli fanget i vanskelige følelser. Hvis det barna opplever ikke gir mening og er forvirrende, og de samtidig ikke får hjelp til å *forstå*, kan dette være en drivkraft for skam- og skyldfølelse.

3.4 Skam og skyld

Skam og skyld er begge begreper som en kan klassifisere som sosiale reguleringsmekanismer (Skårderud, 2002). Øvreeide (2009) fremlegger at skamfølelsen er den følelsen som er mest tilstedeværende for barn av rusmiddelavhengige. Rusmiddelproblematikk er fortsatt, selv med en økende tendens til åpenhet, preget av tabu (Andersen, 2017). Spesielt kan dette være aktuelt i familiesystemet. Lauritzen (2018b) understreker at der det ikke blir gitt informasjon rundt foreldrenes tilstand, vil barna utvikle en skam- og skyldfølelse som ikke er virkelighetsnær. Skårderud (2002) beskriver *skam* som emosjoner som innebærer at en føler seg mislykket og verdiløs. Det kan derfor sies å prege selvet i stor grad og kan kategoriseres som en destruktiv følelse.

Weston (2010) legger frem at det er ulike former for skam, men at den mest fremtredende når en snakker om familiesystem preget av rus, er en form for skam som oppstår når man ikke følger samfunnets kulturelle normer og verdier – *den kulturelle påførte skammen*. I studien til Delås (2015) fant de resultater på sterke skamfølelser hos barn av alkoholavhengige, spesifikt fordi de så at foreldrene ikke møtte de kulturelle normene som samfunnet krevde av dem. Wangensteen et al. (2020) forsterker dette perspektivet i sin studie, da det ble funnet at foreldre med rusmiddelproblematikk ikke alltid møter de kulturelle forventningene som samfunnet har av et 'normalt' foreldreskap. Mennesker er av natur redde for å være annerledes. Denne stemplingen som 'annerledes' kan internaliseres som en del av din egen identitet. Dette kan også fremkalle en usikkerhet og redsel, fordi samfunnsidealene setter en rekke krav til foreldreskap og familiesystemet generelt (Wangensteen et al., 2019, s. 12).

Delås (2015) presenterer at å vokse opp med rusmiddelavhengige foreldre fører til at barn utvikler vanskeligheter med å uttrykke ubehagelige følelser, og at de blir «lært» til å ikke prate om det de opplever hjemme. Skårderud (2002) viser også til at dersom tankene ikke blir pratet om, vil dette gjenkjenne seg i kroppslig ubehag eller problematisk atferd for barn. Lauritzen et al. (2018a) fremstiller at det ikke er uvanlig at barn føler på en skyldfølelse når foreldre er i behandling, da de gjerne ikke vil uttrykke egne tanker og følelser, av hensyn til foreldrene. En fare er derfor om barna attribuerer seg selv som skyld i foreldrenes rusmiddelproblematikk (Gamst, 2017, s. 109).

Foreldrenes skamfølelse ovenfor egen rusproblematikk kan derfor overføres til barna ved at en ikke skal snakke om den problematiske tilstanden. Dersom barnet ser og opplever ting som ikke samsvarer med det som blir forklart av voksne, at det ikke er befestet i virkeligheten, vil barna ofte tilegne seg skyld eller betvile sine egne tanker (Andersen, 2017). Skam og skyld som blir til i barndommen kan derfor sies å være nødvendig å prate om, og gjennom familieorientert rusbehandling bør en eventuell skam- eller skyldfølelse aktualiseres, både hos foreldre og barn.

3.5 Familieorientert rusbehandling

Rusmiddelavhengighet rammer bredt og det kan legges frem som et faktum at det medfører store sosiale konsekvenser. Lindgaard (2015, s. 65) peker på at problematisk bruk av rusmidler ikke er et individuelt problem, men et relasjonelt problem. Det er dermed ikke usannsynlig at nære relasjoner blir påvirket når mennesker har behov for hjelp for sin rusmiddelproblematikk. En måte å involvere nær familie på er bruken av *familieorientert rusbehandling*. Familieorientert rusbehandling stammer fra systemisk tilnærming og baserer seg på at en ser relasjonelt og økologisk på mennesket som har behov for hjelp (Lorås & Ness, 2019). Det vil si at en må forsøke å forstå problematikken ved å se på forhold *rundt* individet. Et slikt perspektiv fører til en involvering av familien til mennesket i behandling, eksempelvis barna, og fordrer til en bruk av *familieorientert* praksis.

Andersen (2017) legger frem to «retninger» innenfor familieorientert rusbehandling. Det ene er et behandlingsfokus som hovedsakelig fokuserer på rusmiddelavhengighet og påvirkningen det har på familiefunksjonen. Denne retningen har som mål å redusere rusbruken og forbedre familiemedlemmenes overordnede psykiske helse gjennom å tilby behandling til både

pasienten og øvrige familiemedlemmer (Andersen, 2017, s. 415). Den andre retningen av familieorientert rusbehandling har som mål å redusere konsekvensene det har for barna å være pårørende. Denne retningen omhandler et ønske om å *lære* barna å håndtere ulike belastninger relatert til foreldrenes rusproblematikk og utvikle mestringsstrategier. Det er også et mål å jobbe med foreldrefunksjon, samt øke sosial støtte, selvoppfatning og psykososial funksjon hos både barn og foreldre (Andersen, 2017, s. 416).

Kalsås et al. (2020) presenterer at å involvere familiemedlemmer kan bidra til endringer som får relevans for livet *etter* behandling, og at det er en svært effektiv terapiform. Ulike metoder kan brukes, men mest typisk er barne- og familiesamtaler som enten fokuserer på individualsamtaler med barn, foreldresamtaler eller nettverks- og familiearbeid (Osen et al., 2019). Et annet viktig element i familieorientert rusbehandling er *psykoedukasjon*, som handler om å utvikle forståelse og en større kunnskapsbase rundt familiesamspill, foreldreskap, barns behov og den generelle forståelsen av hva rusmiddelavhengighet *er* og *gjør* (Lindgaard, 2015). Familieorientert rusbehandling beskriver derfor en kontinuerlig praksis for å støtte familieenheten som helhet, der hovedtilnærmingen handler om å forsøke å *forstå* familiesystemet, men også dets forhold til omverden og omvendt.

4.0 Relevant litteratur og diskusjon

I forrige kapittel var jeg inne på fag- og forskningslitteratur som beskriver hvilke forhold en kan ta til etterretning når en skal se på barn i aldersgruppen 6-12 år, samt foreldreskap og rus. Jeg presenterte også Aaron Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng, som blir videre diskutert i avsluttende refleksjoner og som vil være forståelsesrammen når jeg adresserer barnas opplevelse av sammenheng i dette kapittelet. I tillegg la jeg frem perspektiver som kan arbeide som forståelsesramme for den videre drøftingen av relevant litteratur. Kort oppsummert vil det å se på skam og skyld, samt familieorientert behandling som tilnærming i TSB, være behjelpelig når en skal ivareta barn som har foreldre i rusbehandling og bli brukt som utgangspunkt for den videre drøftingen i dette kapittelet.

I dette kapittelet skal jeg derfor drøfte problemstillingen «*Hvordan kan barn av voksne rusmiddelavhengige bli ivaretatt av behandlere i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og bidra til deres opplevelse av sammenheng?*», i tillegg vil det bli presentert funn fra den relevante litteraturen som supplerer til diskusjonen.

4.1 Individet eller familien i sentrum?

Som nevnt tidligere ble omsorgen for rusmiddelavhengige som hadde behov for behandling flyttet fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven i 2004, gjennom rusreformen (Helsedepartementet, 2004). En kan gjerne stille spørsmål om dette fordret til et *skifte* innen rusdiskursen og det ble inkorporert et mer medisinsk syn på de som lider av rusmiddelavhengighet. Det sosiale paradigmet innenfor rusmiddelavhengighet har de siste årene vært preget av at individuell praksis er det som råder (Selbekk & Sagvaag, 2016). Dette er nesten paradoksalt, da barn av rusmiddelavhengige har fått økt anerkjennelse og står mer i front nå enn tidligere. Velferden til barn har de siste årene stått i høysetet, også innunder TSB gjennom ny lovgivning (Helsepersonelloven, 1999, §10a), men spørsmålet er om dette faktisk blir praktisert.

Lindgaard (2015) peker blant annet på at barneperspektivet ikke har en etablert plass i rusbehandling, og at det er vanskelig å implementere barns behov inn i den generelle rusbehandlingen. Den rene individualistiske forståelsen fremmer muligens at når rusproblemet er løst og pasienten har blitt «frisk» vil en også løse de relasjonelle problemene som pasienten hadde før behandling. Men hvis avhengigheten er løst, løser en fremdeles da

barnas tanker knyttet til mor eller fars tidligere problem? Svarene forskningen gir på dette spørsmålet er ikke entydige. Funnene til Selbekk & Sagvaag (2016) viste blant annet at familieorientert rusbehandling kun var et *alternativ*, og ikke ordinær praksis i TSB, men studien til Skogøy et al. (2019) viser at det er en økende internasjonal trend i familieinvolvering, spesielt indikerer disse trendene at barna må få større plass i foreldrenes behandling. Det er belegg i forskningslitteraturen for at familieorientert rusbehandling bidrar til å *styrke* den generelle funksjonen i familien. Skogøy et al. (2019, s. 2) konkluderer blant annet med at familieorientert behandling reduserer risikoen for at barna får samme sykdom som foreldrene med 40%, i tillegg til å styrke kunnskapene om foreldrenes lidelse og øke motstandskraft (resiliens). En kan derfor spørre hvorfor en implikasjon av familieorientert rusbehandling ikke blir hyppigere anvendt og om *helhetsperspektivet* på pasienten i behandling er under press. Kan individfokuset fungere som et hinder for å involvere familien i rusbehandling, ettersom individets selvbestemmelsesrett kan anses som en prioritet i dagens rusdiskurs?

Selbekk & Sagvaag (2016) peker på at vektleggingen av det medisinske perspektivet fremfor andre perspektiv er en tiltakende trend i rusbehandling, spesielt etter at rusbehandling ble inkorporert som en del av spesialisthelsetjenesten. Er det da en tendens til at de relasjonelle og motivasjonelle arbeidsmetodene i rusbehandling, som også er gunstig for ivaretagelsen av barna, går tapt til fordel for det medisinske? Det kan uansett trekkes frem som forståelig at et individuelt fokus blir sterkere vektlagt enn et familieorientert fokus. Det kan blant annet tenkes at familieorientert rusbehandling er svært tid- og ressurskrevende. Fagpersonene som ble intervjuet i studien til Selbekk & Sagvaag (2016) uttrykte at en involvering av familie i rusbehandling er svært komplisert og intensivt, og at det krever mye både fra behandler og pasient. Informantene sa blant annet at «det er terapeutisk mer effektivt, men organisatorisk og operasjonelt mindre effektivt» (Selbekk & Sagvaag, 2016, s. 1068). Tid og ressurser er begrensede goder generelt i helsesektoren, og selv om studien kartlegger at familieorientert rusbehandling er organisatorisk tidkrevende, kan en se på om det hadde vært lettere å involvere familie dersom det hadde vært en del av obligatorisk praksis. Skogøy et al. (2019) viser blant annet til at helsepersonell opplevde å ivareta barna *på* institusjonen som svært perifert fra sin ordinære praksis, da hovedfokuset ligger på individet i behandling.

Familieorientert rusbehandling skal fortrinnsvis anvendes der en har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter på området, da god kompetanse på å bevisstgjøre foreldre om barns behov var en

viktig faktor for å få til god familieinvolvering (Skogøy et al., 2019). Men hva hadde skjedd dersom familieorientert rusbehandling hadde vært en obligatorisk del av TSB? En kan reise tvil om mange hadde vært like interessert i å motta behandling der involvering av barn eller øvrig familie hadde vært obligatorisk. Mange kjenner på inngrepene skam- og skyldfølelser, og å involvere barn kan da styrke disse følelsene ytterligere. Når det gjelder barneperspektivet fremlegger Selbekk & Sagvaag (2016) at informantene de intervjuet *kartla* barna og dermed undersøkte om de fikk hjelp andre steder, men involverte de ikke i noe stor grad i foreldrenes behandling. Det er derfor ikke opplagt at det er realistisk å anvende familieintervensjoner i rusbehandling, men en slik tilnærming *kan* være interessant å se på for å styrke foreldrefunksjon, og videre ivareta barna og deres opplevelse av sammenheng.

4.2 Familieintervensjoner for å styrke foreldrefunksjon

Foreldrefunksjonen blir, som nevnt i kapittel 3.2, ofte svekket ved inntak av rusmidler. I tillegg kan dette påvirke omsorgssystemet og videre ha konsekvenser for tilknytningsmønsteret til barna. Lindgaard (2015) påpeker at familieinteraksjon vil fremme motstandskraft hos barn som pårørende, og at dette vil bidra til en større effekt i et langtidsperspektiv sammenlignet med ren individuell behandling. Også Kalsås et al. (2020) viser til at selv om nære bånd brytes, er det likevel et stort behov for å forholde seg til familie igjen, nettopp fordi rusen har erstattet behovet for gode relasjoner i lang tid. Familiesamtaler med barneperspektiv har som mål å gi både barn og voksne informasjon om lidelsen og fordre til å snakke *sammen* om rusmiddelavhengigheten (Helgeland, 2012). Styrking av foreldreferdigheter kan derfor være viktig for å få tilgang på foreldre-barn-samspillet igjen, og ivareta barna gjennom å knytte relasjon til biologisk forelder (Mohaupt & Duckert, 2010). Det er derimot en forutsetning at en har kunnskap om *hva* rusmidler kan gjøre med en som person. Lossius (2017, s. 24) peker på at rusmidler erstatter den aktiviserte delen av hjernen som opplever glede når det gjelder etablerte relasjoner. Derfor vil rusmidler ofte utkonkurrere behovet for nærhet, dette gjelder også omsorgssystemet som blir aktivert når en får barn, og de automatiske reaksjonene i tilknytningsmønsteret vil svekkes (Lossius, 2017).

Forskningen til Lauritzen et al. (2018a) viser at å inkludere både foreldre og barn i familiesamtaler gir positive resultater. Å foreta familiesamtaler kan være nyttig nettopp for å styrke foreldrefunksjon, men også foreldrenes kunnskap om barns behov. I undersøkelsen til Kalsås et al. (2020) fant de at en styrking av familierelasjoner i enkelte tilfeller førte til at

foreldrene kunne beholde omsorgsansvar for barna sine. Doesum (2012, s. 34) peker på at målet med familiesamtaler er å styrke foreldrenes ferdigheter gjennom å øke deres bevissthet rundt barnets situasjon. Det som derimot kan være utfordrende med en familiesamtale er skam- og skyldfølelsen som kan forekomme. Osen et al. (2019) peker på at en gjennomføring av en familiesamtale gjerne fører til ytterligere belastning for foreldre i behandling, fordi de allerede kan være overveldet av egen problematikk. Å forhåndsinnstille seg på forelderens tilstand *før* en eventuell gjennomføring av en familiesamtale kan være nyttig for barna.

Selv om en familiesamtale kan anses som god praksis, blir det derimot straks mer komplisert idet det blir negative konsekvenser av familieintervensjonene. En kan stille spørsmål om familiesamtaler indirekte gjør at pasient føler seg mislykket i rollen som forelder, noe som gjør arbeidet med å etablere et bedre foreldre-barn-samspill mer komplisert. Det å gi *støtte* i rollen som forelder, fremfor å moralisere, kan være avgjørende for at arbeidet skal være drivkraft for god utvikling av foreldrefunksjonen. Studien til Wangensteen et al. (2019) viser at å bli veiledet i foreldrerollen opplevde pasientene som svært nyttig og hensiktsmessig, men de ville likevel ikke invitere til familie- eller barnesamtaler, grunnet redselen for barnevernet og den ubehagelige skamfølelsen over å ikke strekke til i foreldrerollen. Et spørsmål en derfor kan stille, er hvorvidt en har internalisert en moralsk holdning ovenfor foreldre-barn-relasjon eller har forståelse for autonomien til de deltakende. Å samtale *med* barn, i tillegg til å samtale *om* barn, er overhengende utfordrende, både holdningsmessig og følelsesmessig (Killén & Olofsson, 2003). En konsekvens av å involvere helhetsperspektivet og familien i rusbehandling er dermed at behandler kan foreta en slags *moralisering* ovenfor hva et godt foreldreskap er. Mange av pasientene som er i behandling har videre ikke nok tillit til at behandlere kan ivareta barna deres på en empatisk måte (Wangensteen et al., 2019).

Et annet aspekt er at foreldrene i behandling kan være redd for å belaste barna med egen rusmiddelavhengighet. Osen et al. (2019, s. 32) presenterer at mange foreldre som er i rusbehandling har selv vokst opp med vanskelig livsbetingelser, noen har hatt en vanskelig barndom selv, og har dermed dårlige referanser til foreldrerollen. Noe av poenget med familiesamtaler er å hindre generasjonsoverføringen av ruslidelsene, og det kan bli nødvendig å skape et *felles* språk slik at en lettere kan snakke om rusmiddelproblematikken. Dette kan gjøres gjennom *psykoedukasjon* (Lindgaard, 2015).

4.2.1 Psykoedukasjon som tiltak i familieorientert rusbehandling

Lauritzen (2018b) fremmer at å styrke foreldreferdigheter gjennom psykoedukasjon er å bevisstgjøre foreldrene på hva som er barns behov. Å være i behandling for sin rusmiddelavhengighet betyr ikke konkret at en er dårlig i foreldrerollen, men det vil i ulik grad *påvirke* foreldrefunksjonen (Haugland et al., 2015). Lindgaard (2015) fokuserer, som nevnt i kapittel 3.5, på at psykoedukasjon er en forutsetning for å styrke foreldrefunksjon. Her er det nødvendig at en gir kunnskap om barns utvikling og sårbarhet. I studien til Wangensteen et al. (2020) fant de at å skape narrativer hos foreldrene bidro til å utvikle følsomhet ovenfor eget barn. Dette dreide seg om en bevisstgjøring av egen atferd ovenfor barna og sin egen sykdom. Videre kunne dette bistå i å redusere skam- og skyldfølelsen foreldrene hadde ovenfor barna, og heller fokusere på styrkeperspektivet i foreldrerollen (Wangensteen et al., 2020). I vestlige samfunn idealiserer en gjerne familien som helhet og har sterke krav rettet mot foreldrerollen. Dette styrker gjerne skamfølelsen dersom man ikke imøtekommer alle disse kravene.

Weston (2010) legger frem at å føle på skam er så overveldende, at det kan tenkes at det å forhåndsinnstille seg på foreldrenes skamfølelser før og under en eventuell familiesamtale også er vesentlig. Dersom foreldrene arbeider godt med sitt eget følelsesliv, vil dette kanskje gjøre at barna lettere kan prate om sine følelser i samtalen. «Re-parenting» kan derfor være et begrep som er aktuelt å drøfte. Dette handler om foreldrenes evne til å forstå seg selv i foreldrollen, samt sin egen foreldreatferd (Killén & Olofsson, 2003). Å anvende psykoedukasjon som tiltak i TSB, kan kanskje gjøre at foreldre i mindre grad utøver forsvarstrekk mot sitt eget foreldreskap, isteden for en ren terapeutisk tilnærming der det fokuseres på å *behandle* det som eventuelt ikke korrelerer med samfunnets krav til foreldreskapet. Å utvikle foreldrenes forståelse for konsekvenstenkning, samt utvide forståelsen for barnas situasjon, er essensen i intervensjoner som henvender seg mot å involvere barn i foreldrenes rusbehandling (Lindgaard, 2015). Det som kan være en tendens her er at foreldrene inkorporerer en skyldfølelse og kommer i forsvar. Sundfær (2012, s. 19) fremmer at en må tone seg inn på den delen hos foreldre som, tross rusmisbruket, bare vil at barnet skal ha det godt. Behandlerens evne til å gjøre nettopp dette er dermed avgjørende å rette søkelyset mot.

4.3 Behandlers evne til selvrefleksjon

Relasjonen mellom behandler og pasient er emosjonelt ladet, derfor er det nødvendig å være bevisst på egen rolle når en skal involvere barn i foreldrenes behandling. Når barna involveres i foreldrenes rusbehandling, er det gjerne *behandlerens* oppgave å ivareta barnet, jamfør Lov om helsepersonell § 10a (1999). Å være i en *hjelperposisjon*, som en gjerne er når en er ansatt som behandler i TSB, bidrar ofte til et asymmetrisk maktforhold mellom behandler og pasient. Eksempelvis har behandler mulighet til å kontakte barnevernet – dette kan skape en ubalansert maktrelasjon til foreldrene, noe som gjør arbeidet med å ivareta barna betydelig mer komplisert.

Killén & Olofsson (2003, s. 17) viser til begrepet *overidentifisering* der behandler kan ha en tendens til å tillegge foreldre flere positive kvaliteter. Videre kan behandler også overidentifisere barna og mene at de er best tjent med å kutte all kontakt med foreldre. I noen tilfeller vil nok også det være den beste avgjørelsen for alle involverte, men en kan reise spørsmål om behandlers evne til selvrefleksjon kan være iverksettende eller hemmende for arbeidet med ivaretagelsen av barna. Eksempelvis kan overidentifiseringsbegrepet føre til urealistiske forventninger til pasient i foreldrerollen. Et annet spørsmål er om barna blir brukt for å behandle foreldrene. Psykoedukasjon, der pasient blir bevisst på egen rolle som forelder, kan være svært viktig for barnets situasjon, men en fare er om dette blir en metode for å gjøre pasient rusfri. En kan stille spørsmål ved om behandler klarer å avslutte familieintervensjonene dersom en ser at barnet ikke har noe nytte av det, mens pasienten får fremgang i egen rusbehandling.

En annen side er også at behandler kan distansere pasient fra foreldrerollen og ikke ta opp dette som et element i behandlingen. Killén & Olofsson (2003) legger frem at mange behandlere kan tenke at så lenge foreldrene blir friske, vil barna også få det bra. Dette hevder også Lauritzen (2018b) ved at mange behandlere i spesialisthelsetjenesten «skjermer» barna fra foreldrene, nettopp for å beskytte barna fra foreldrenes vansker. Men som behandler er en også i en utsatt posisjon. Idet du skal involvere barn for å ivareta dem, blir arbeidet ytterligere emosjonelt ladet, og pasient kan oppleve lojalitetsbrudd. En balansegang mellom å skape tillit til pasient og stille krav, blir nødvendig.

Er det dermed slik at det beste for barna er å holdes på utsiden av foreldrenes rusbehandling? Barn har en tendens til å få med seg mer enn vi tror, så det kan tenkes at det å holde barna på utsiden har en motsatt effekt – at konsekvensen er flere risikofaktorer enn beskyttelsesfaktorer. Ifølge Antonovsky (2012) har barn et medfødt ønske om å *forstå* verden rundt seg, og at hvis det rundt barnet skal oppleves som sammenhengende og begripelig, må de ytre informasjonskildene gi mening. Lauritzen (2018b) legger frem at å ikke gi kunnskap til barn over foreldrenes vansker, kan medføre at barna lager egne forklaringer på hvorfor foreldrene er i behandling, og verden blir dermed ikke like begripelig. Videre kan det føre til lite motstandskraft mot ytre belastningsforhold, nettopp fordi at en ikke utvikler hensiktsmessige tanker om den realistiske verden (Antonovsky, 2012).

Å opprettholde kontakt er avgjørende for foreldre-barn-samspeillet og dette er positivt for barns psykiske helse (Wangensteen et al., 2018), men vi kan også trekke frem at det er viktig at behandler forstår hvilket ubehag dette kan medføre for barna. Øvreeide (2009) peker på hvilken utfordring det kan være å se ting fra barnets perspektiv, spesielt hvis den profesjonelle anser en situasjon som trygg. Det er viktig å gjøre seg oppmerksom på at for et barn kan det oppleves som utrygt. Barn kan også, grunnet en oppvekst med et turbulent forhold til hjelpeapparatet, være sosialisert til å ikke *stole* på mennesker i «hjelperposisjoner». Wangensteen et al. (2018) fremhever barns medbestemmelse som et avgjørende moment. Samtaler med behandlere er ikke alltid like naturlig når barnet har hatt liten kontakt med foreldrene eller har utviklet nære forhold til andre voksne – det er dermed ikke noe forutsetning at barna *vil* snakke med det som kanskje er en perifer behandler.

Et annet aspekt i ivaretagelsen av barna, er egne automatiserte atferdstendenser når en skal samtale med barn og at dette vekker til live følelsesmessige reaksjoner. Osen et al. (2019) presenterer begrepet *sekundærtraumatisering*, der det å være vitne til barns belastninger, medfører et så stort ubehag hos behandler at en vil beskytte seg mot det. Spenningsfeltet mellom hjelp og kontroll kan også trekkes frem som ubehaget i dette arbeidet. Å være den «gode» hjelperen til pasienten, samtidig som du skal ivareta barna, kan kanskje oppleves som et fragmentert arbeid. Behandler-pasient-relasjonen er som nevnt emosjonelt ladet, og pasienten opplever muligens ivaretagelsen av barna som et lojalitetsbrudd, dersom en eksempelvis må kontakte barnevernet. Den behandlingmessige utfordringen til behandleren som skal foreta familiesamtalene blir dermed å respektere både pasient og barns autonomi.

Studien til Wangensteen et al. (2018) viser til viktigheten av å ta hensyn til barnas følelser rundt foreldrenes rusmiddelavhengighet, selv når barna ikke har hyppig samvær med foreldre. Informantene i studien savnet blant annet profesjonell støtte av de som hadde kontakt med foreldrene i oppveksten, og hadde behov for en arena å prate fritt om egne, undertrykte følelser. Haugland (2012) legger derimot frem at barn har en sterk lojalitetsfølelse til sine foreldre, og at de i enkelte tilfeller vil beskytte de, dette fører videre til en hemmelighetsholdelse ovenfor egne følelser. Det blir dermed viktig at en kartlegger dette under en eventuell barne- eller familiesamtale, slik at barnet ikke blir satt i en ytterligere lojalitetskonflikt, verken av behandler eller familiemedlem.

4.4 Å foreta samtaler med barna – noen tilnærminger

Helgeland (2012) sier at hensikten med barnesamtaler i rusbehandling er at barna skal få informasjon om foreldrene og at det er avgjørende at barna føler at det er noen som lytter til dem. Som nevnt tidligere kan det å foreta samtaler med barn være utfordrende, og det er mange hensyn en må ta. I dette kapittelet skal jeg drøfte noen tilnærminger og perspektiver på barnesamtaler for barn som har foreldre i rusbehandling.

Øvreeide (2009) peker på at mange barn mangler en forståelse rundt livserfaringene sine og sentrale sammenhenger. Det tematiske rundt barnesamtaler dreier seg i stor grad om undersøkelse eller behandling, men det skal her ses på hvordan en kan samtale med barn for at de skal oppleve sammenheng eller redusere vanskelige følelser. I Helsedirektoratets rundskriv (2010) om barn som pårørende viser de til at barnesamtalen må foretas på barnets premisser. Det vil si at samtalen bør være alderstilpasset og respektere barnets situasjon. I rundskrivet henvises det også til at barn i alderen 6-12 år kan ha behov for egne samtaler med forelders behandler, dette for at det kan være vanskelig for barna å uttrykke seg med forelder til stede grunnet lojalitetskonflikten barn ofte føler på.

Wangensteen et al. (2018) fant i sin studie at barna trengte støtte i å forstå de motstridende følelsene mot foreldrene, samtidig var oppveksten preget av at de sto i front for å beskytte foreldrene. Behandler kan her være til stede ved å sette slike bestridende følelser inn i sammenheng. Antonovsky (2012) viser blant annet til at en slik lojalitetskonflikt også kan tolkes som indre kaos, og at hvis verden skal oppleves som *håndterbar*, må barnet oppleve at det har trygge nok rammer til å uttrykke sine tanker. Hvis en slik ustabilitet i tankemønster

oppstår, kan behandler i en eventuell barnesamtale innstille seg på denne problematikken og gjøre det trygt for barnet å sette ord på det de gjerne har opplevd, og bidra til at barnet får frigjort energi fra invaderende tanker. Gamst (2017) peker på at opplevelse av sammenheng forutsetter at barnet får hjelp til å tydeliggjøre en uavklart eller forvirrende situasjon, for eksempel at foreldrene er i rusbehandling. Å konseptualisere foreldrenes rusmiddelavhengighet kan derfor være viktig for at barna skal oppleve mening og få uttrykt sensitive tanker. Dette sier også Wangensteen et al. (2020) gjennom sin forskning - her fremmes det at å skape meningsskapende samtaler vil hjelpe barna i å forstå at foreldrenes vansker ikke er noe de har skapt. Narrativ praksis er viktig i samtaler med barna for at det skal dannes en utvikling av en egen livshistorie (ibid). Konkret handler det om at barnet kobler erfaringer med følelser, og et mulig resultat kan være at barnet får en større opplevelse av sammenheng (Øvreeide, 2009). Likevel sier Antonovskys teori at dersom en har *ulike* tilnærminger i en slik samtale, kan dette føre til *mindre* opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). Barnet har behov for at det som sies gir mening, slik at barnet ikke opplever de ytre informasjonskildene som polariserte, eksempelvis gjennom at behandler og omsorgsgiver gir forskjellig informasjon.

Lauritzen et al. (2018a) fremlegger at barn av psykisk syke mennesker som fikk mulighet til å *snakke* om det de følte på, gjorde det mulig for barna å kjenne på økt mestringfølelse i eget liv. På den andre siden sier Gamst (2017) at en *verbalisering* fra voksne lettere fører til at barna anerkjenner de eventuelt forvirrende følelsene rundt foreldrene. Øvreeide (2009) understreker også dette ved å peke på at barn lettere vil motta informasjon når de sitter i en lytterposisjon, fremfor en direkte dialogisk samtale. Her kan en se at barnet får større kontroll over situasjonen og får rom til å reagere på eget initiativ. Det kan derimot være nyttig for barna å sette språk på erfaringene, fremfor å bli *forklart* av en fremmed person. Å rotfeste erfaringer gjennom språket medfører at barna lettere kan feste sine opplevelser andre steder enn i hodet eller kroppen, og kanskje får lettet på de eventuelt ubehagelige følelsene (Wangensteen et al., 2020).

Haugland (2012) viser til at informasjonssamtaler kan bidra til sekundær kontroll og meningsskapelse, nettopp fordi barnet kan vurdere erfaringene mer realistisk og dermed i mindre grad integrere uhensiktsmessige strategier for å takle et komplekst følelsesregister. Her kan behandlere være i en nøkkelposisjon, fordi de lettere kan gi barna tilgang på *hvorfor* foreldrene er i behandling, og dermed gi støtte til barna i å utvikle sine egne narrativer.

Det kan likevel være nyttig å aktualisere motstanden barn kan føle på dersom en skal gjennomføre en slik samtale. Barnet vil gjerne bevare den «tryggheten» de har gjennom realitetsbildet de har opparbeidet seg (Øvreeide, 2009). Å gjengi informasjon eller gjennomføre én barnesamtale kan derfor ikke trekkes frem som den gylne løsningen på opplevelse av sammenheng.

Barn er også i en sårbar posisjon ved at de ikke har like mye medbestemmelse som en voksen. I utgangspunktet er det pasient i behandling eller omsorgsperson som bestemmer om barnet skal involveres i barne- eller familiesamtaler (Helsedirektoratet, 2010). Å anerkjenne barnets følelser og jobbe ut ifra barnets premisser, blir avgjørende for å ikke belaste barnet ytterligere ved å simpelthen ta avgjørelser på vegne av barnet. Det kan likevel trekkes frem som en faktor at hvis en behandler, som står tett med forelder i behandling, bekrefter barnets følelser, vil dette muligens virke normaliserende og dermed bidra til mer sammenhengende følelser fra barnets side. Dette viser også studien til Wangensteen et al. (2018), der informantene savnet å snakke med de som sto *nærmest* foreldrene i oppveksten, nettopp fordi de hadde behov for å *forstå* foreldrene og situasjonen. Gjennom en kontinuerlig prosess med samtaler, kan opplevelse av sammenheng muligens bli et resultat. Denne prosessen kan også bidra til en reduksjon av komplekse følelser, som skam og skyld.

Delås (2015) sier at i en eventuell barnesamtale som skal adressere skamfølelsen, bør barnet få bekreftelse på at deres emosjoner rundt foreldrenes behandling er normale og at *ubehaget* bør adresseres. Derfor bør det ikke bare gjennomføres informasjonssamtaler som retter seg mot å *forklare*, men også gjennomføres oppfølgingssamtaler som har til hensikt å *redusere* eventuelle ubehagelige følelser. Skyld- og skamspørsmålet er derfor viktige moment for behandler å håndtere i barnesamtalen.

Kommisrud et al. (2019) fremmer gjennom sin forskning at ytre belastninger vil være sterkt knyttet til indre følelsesliv, og at det gjennom samtaler med barna om *hvorfor* dette skjer vil redusere faren for skyld- og skamfølelser. Lauritzen et al. (2018a) fant også at dersom barn får mulighet til å snakke om foreldrenes tilstand og vansker, vil dette redusere vanskelige følelser som skam og skyld. Et viktig premiss for en slik intervensjon er at behandler innbefatter en forståelse av hvordan barnet bearbeider egne følelser og forholder seg til erfaringene (Kommisrud et al., 2019). Behandler kan derfor ikke legge til rette for egen

forståelse av situasjonen, men støtte barnet i det de forteller *selv* og tilrettelegge for at barnet kan sette egne ord på egen forståelse.

Øvreeide (2009) peker derimot på at barn gjerne holder tilbake i barnesamtalene, fordi de forstår seg selv som roten til foreldrenes problematikk. Dersom barna da blir innkalt til en barnesamtale med en fremmed behandler, kan dette også forsterke skam- og skyldfølelsen. I samtalen blir det derfor avgjørende at behandler, og de voksne som barnet har tillit til, bekrefter det barnet har *opplevd*, slik at de ikke sitter igjen med bestridende følelser og tanker. Dersom det skjer kan resultatet bli *mindre* opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). Å foreta barnesamtaler alene med barnet kan derfor i enkelte tilfeller ikke få det resultatet som en gjerne kunne ha forespeilet, men gjennom å foreta en prosess med ulike familieintervensjoner kan en etter hvert *nærme* seg de inngripende følelsene barnet kanskje kjenner på, og eventuelt få til opplevelse av sammenheng som et resultat. Barna må først og fremst føle seg trygg på at skam- og skyldfølelsen ikke skal bli forsterket, og at de går imot lojaliteten til foreldrene.

5.0 Avsluttende refleksjoner

Gjennom hele denne oppgaven har jeg prøvd å ha et gjennomgående fokus på barn av foreldre i rusbehandling og hvordan de kan bli ivaretatt på en hensiktsmessig måte, samt få større opplevelse av sammenheng. Konkluderende ser jeg at å implementere familieintervensjoner i rusbehandling, der en foretar samtaler med barn for å gi de mulighet til å redusere vanskelige følelser, kan være et nødvendig tiltak i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for å få til dette. Forskningslitteraturen som har blitt anvendt i denne oppgaven pekte også på hvorfor skam og skyld er noe som bør adresseres i samtale med foreldre og barn, både for å styrke foreldrefunksjon, men også for at barn skal skape mening i sin tilværelse. Det er likevel viktig å presisere at funnene i denne oppgaven ikke gir et fullstendig svar på alle behov barn som pårørende muligens har, men de funnene som har blitt anvendt viser *viktigheten* av hvorfor barn av rusmiddelavhengige bør bli ivaretatt – også i TSB.

Jeg ser at å anvende Aaron Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng kan være en nyansert måte å *se* barn av rusmiddelavhengige på. Å fordre til en større involvering i foreldrenes behandling, kan bidra til at barn skaper narrativer som gir en større forståelse av tanker de har om eget liv, og dette igjen kan føre til større motstandskraft (resiliens). Dette henviser ikke til en patogen tilnærming der barna blir ansett som *sårbare*, men heller en tilnærming mot å se hvordan en involvering av barn i rusbehandling kan bidra som et helsefremmende tiltak som fører til styrket motstandskraft. Spesielt tror jeg at en opplevelse av sammenheng for barn i aldersgruppen 6-12 år kan være nyttig for videre fungering, nettopp fordi denne gruppen har anlegg til å *forstå* og sette ord på opplevelsene sine (Håkonsen, 2014).

Hvis det barnet opplever i livet blir tolket som sammenhengende, fremfor forvirrende, kan dette bidra til økt motstandskraft hos barnet til å takle eventuelle vanskelige følelser, som skam og skyld ovenfor foreldrenes rusmisbruk. Jeg tror at dette kan gjøres gjennom en involvering av barn i TSB, slik at de får satt tanker de eventuelt har om sine biologiske foreldre inn i system. Som Antonovsky (2012) konkluderer med vil sterk opplevelse av sammenheng føre til en utvikling av indre ressurser hos barn, fordi de gjerne blir forklart hvorfor mor eller far er i behandling. Hvis en da anvender Antonovskys teori som utgangspunkt i forståelsen ovenfor barn som pårørende, spesifikt i aldersgruppen 6-12 år, kan dette bidra til å ivareta barna på en hensiktsmessig måte. Gjennom barne- og familiesamtaler i

TSB, som tar utgangspunkt i å gi barna tilgang på støtte og informasjon, vil kanskje en opplevelse av sammenheng forekomme – og barna i større grad enn tidligere *forstår* hvorfor foreldrene er i behandling. Et resultat kan derfor være at barna får redusert tilgang på vanskelige følelser som skam og skyld, bedre samspill med biologisk forelder, en styrket opplevelse av sammenheng rundt livserfaringer og økt mestring i livet.

Avslutningsvis vil jeg gjerne fremme noen tanker jeg har gjort meg. Jeg stiller meg blant annet undrende til hvorfor barn som pårørende, og øvrig familieinvolvering, ikke er en behandlingsmessig forpliktelse i TSB. Som oppgaven også viser stilles det spørsmål om familieorientert rusbehandling burde vært en obligatorisk del av behandlingen i TSB. Selv om barn som pårørende de siste årene har fått høyere status i spesialisthelsetjenesten, har mye av forskningslitteraturen også vist til at implikasjonen i praksis er mangelfull. Dette handler spesifikt om mangelen på kunnskap blant de ansatte i spesialisthelsetjenesten, og en vegring mot å foreta familieintervensjoner (Lauritzen, 2018b). En større satsing på kompetanse blant ansatte i helsesektoren rundt ivaretagelsen av barn kan være et nødvendig tiltak for å sikre at barn som pårørende får oppfølging også i TSB. En bedre samhandlingspolitikk for denne gruppen, samt etablering av familieorientert rusbehandling som ordinær praksis, kan kanskje være en fremtid rusfeltet og samfunnet har nytte av. Selv om pasienten står i førersetet, så er det paradoksalt at en ikke retter blikket utover mot en systemisk tilnærming – barn er fremtiden vår, og det bør være en ambisjon at alt arbeid som retter seg mot å ivareta dem på best mulig måte bør vies oppmerksomhet.

6.0 Litteraturliste

- Andersen, N. E. (2017). Pårørende. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s. 399-424). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modell*. Gyldendal Akademisk.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2007). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, (8)1, 19-32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Backe-Hansen, E. (2007). Hvordan kan gode fosterforeldre bidra til utvikling av resiliens? I A. I. H. Borge (Red.), *Resiliens i praksis: Teori og empiri i et norsk perspektiv* (s. 105-118). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 19-35). Universitetsforlaget.
- Borge, A. I. H. (2007). Introduksjon. I A. I. H. Borge (Red.), *Resiliens i praksis: Teori og empiri i et norsk perspektiv* (s. 105-118). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Delås, G. M. (2015). Barn i familier med alkoholproblemer og skam – Barn i familier med alkoholproblemer er ofte bærere av skam. Hva kan være årsakene til skamfølelsen, hvordan oppleves den, og hvordan påvirker den deres hverdag? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(4), 298–306.
- Doesum, K. V. (2015). Forebyggende tiltak for barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 29-42). Fagbokforlaget.

- FO. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere* [Brosjyre]. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Gamst, K. M. T. (2017). *Profesjonelle barnesamtaler: Å ta barn på alvor* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Hansen, F. (2012). *Familieorientert rusmiddelbehandling*. Blå Kors Forlag.
- Haugland, B.S.M. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I B.S.M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 82-106). Abstrakt Forlag AS.
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum – hva vil vi løfte frem? I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 11-17). Abstrakt Forlag AS.
- Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 185-201). Abstrakt Forlag AS.
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (Nr. I-8/2004). [Rundskriv]. <https://lovdata.no/static/RDEP/i-2004-0008.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. (Nr. IS-5/2010). [Rundskriv]. <https://www.helsebiblioteket.no/lover-og-regler/barn-som-parorende-rundskriv?lenkedetaljer=vis>
- Helsedirektoratet (2015, 22. oktober). *Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: En innføring*. Universitetsforlaget.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kalsås, Ø. R., Selbekk, A. S. & Ness, O. (2020). «Jeg får et helt annet innblikk»: Fagpersoners erfaringer med familieorientert rusbehandling. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(3), s. 243-261. <https://doi.org/10.1177/1455072520914207>
- Killén, K. & Olofsson, M. (2003). *Det sårbare barnet: Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Kommuneforlaget.
- Kommisrud, K., Söderström, K., Halsaa, L. & Halsaa, A. (2019). «Jeg er ikke noe offer for mamma»: Ungdoms søken etter mening og sammenheng i dobbelt-rollen som pårørende og BUP-pasient. *Fokus på familien*, 47(2), s. 82-101.
<https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-02-02>
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Rognmo, K., Nilsen, M. A. & Walstad, A. (2018a). Identification of and Support for Children of Mentally Ill Parents: A 5 Year Follow-Up Study of Adult Mental Health Services. *Frontiers in psychiatry*, 9, s. 1-10.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00507>
- Lauritzen, C. (2018b). Barn som pårørende anno 2018. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 368-373. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-10>
- Lindgaard, H. (2015). Foreldre med rusmisbruk – familieorientert behandling. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 65-76). Fagbokforlaget.
- Lorås, L. & Ness, O. (Red.). (2019). *Håndbok i familierapi*. Fagbokforlaget.

- Lossius, K. (Red.). (2017). *Håndbok i rusbehandling til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lundberg, A. (2017). Hva er det med rusmiddelavhengighet som krever tverrfaglighet? I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg., s. 40-45). Gyldendal Akademisk.
- Mohaupt, H. & Duckert, F. (2010). Barn av rusmisbrukere - drøfting av sentrale risikofaktorer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(5), s. 408-414.
- Mæland, J. G. (2017). Forebygging og folkehelsearbeid – mellom fag og politikk. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: Om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg., 339-361). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2018). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Osen, N. L., Relling, M., Overvik, M. & Glørstad, T. (2019). *Barne- og familiesamtaler når barn er pårørende: En praktisk håndbok for helsepersonell* (2. utg.). Kommuneforlaget.
- Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Regjeringen. (2019, 25. september). *Den usynlige smerten*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/parorendekonferansen-2019/id2670060/>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Selbekk, A. S. & Sagvaag, H. (2016). Troubled families and individualised solutions: An institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices

- involving affected others. *Sociology of Health & Illness*, 38(7), 1058-1073.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12432>
- Skogøy, E. B., Ogden, T., Weimand, B., Ruud, T., Sørgaard, K., & Maybery, D. (2019). Predictors of family focused practice: Organisation, profession, or the role as child responsible personnel? *BMC Health Services Research*, 19, 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4553-8>
- Skårderud, F. (2002). Tapte ansikt. I T. Wyller. (Red.), *Skam: Perspektiv på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Fagbokforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjenesten>
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn: Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Fagbokforlaget.
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser* (Rapport 2011:4). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/publ/2011/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidel/>
- Wangenstein, T., Bramness, J. G. & Halså, A. (2018). Growing up with parental substance use disorder: The struggle with complex emotions, regulation of contact, and lack of professional support. *Child & Family Social Work*. 24(2), 201-208.
<https://doi.org/10.1111/cfs.12603>
- Wangenstein, T., Jansen, S.D. & Halså, A. (2019). Foreldreskap og rus – den tause skammen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 16(1), 5-15.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2019-01-02>

Wangensteen, T., Halså, A. & Bramness, J. G. (2020). Creating meaning to substance use problems: a qualitative study with patients in treatment and their children. *Journal of Substance Use*, 25(4), 382-386. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1715497>

Weston, M. C. (2010). *Fra skam til selvrespekt*. Dansk psykologisk forlag.

Øvreide, H. (2009). *Samtaler med barn: metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* (3. utg.). Høyskoleforlaget.

