

Barn med foreldre som ruser seg

Av Hilde Evensen Holm

”Nina” (10) har lærevansker og PPT er koblet inn. Gode hjelpetiltak settes i gang, men ”Nina” sliter fortsatt. Kan det være forhold i hjemmet som vi ikke i første omgang ser og oppdager som er årsaken til vanskelighetene til barnet? Noen barn lider under tabuiseringen knyttet til mors eller fars rusproblemer. Skammen og hemmeligholdet kan være en utfordring for alle som kommer i kontakt med familien.



Hilde Evensen Holm, informasjonsrådgiver ved Borgestadklinikken. Klinikken er både et behandlingssted og et kompetansesenter for rusmiddelspørsmål. Borgestadklinikken er spesielt opptatt av rus i et familieperspektiv og da særlig barnets situasjon.

EN UTSATT GRUPPE

Flere studier viser at barn i misbrakerfamilier har forhøyet risiko for en rekke problemer og symptomer. Dette kan vise seg allerede når barna er små. Det gjelder blant annet angst, søvnproblemer, atferdsvansker, tristhet, tvangstanker, følelsesmessig labilitet og skole/konsentrasjonsproblemer. De kan også ha fysiske plager som mye hodepine eller mageproblemer. Vanskene kan følge barna inn i ungdomsårene. Sammenliknet med andre unge voksne har barn som har vokst opp i en misbrakerfamilie økt risiko for å utvikle emosjonelle, kognitive, sosiale og psykiske problemer. Dette kan gi utslag i depresjon/ angstlidelser, spiseforstyrrelser og psykosomatiske lidelser hyppigere enn hos normalbefolkningen. De er også i større grad enn andre utsatt i forhold til det å utvikle egne rusproblemer. (Frid Hansen 1990, Helle Lindgaard 2006). En dansk undersøkelse understreker også alvorlighetsgraden i vanskene barn av alkoholmisbrukere kan ha i voksen alder. Der fant en økt risiko for tid-

lig død, psykiske lidelser, voldelig kriminalitet, tenåringsgraviditet og selvmordsforsøk. (Christoffersen og Soothill, 2003)

Noen barn kan ha et dårlig utgangspunkt fra fødselen av fordi mor har ruset seg under graviditeten. Det kan gi barnet vansker som hyperaktivitet, sosiale vansker og lærevansker (rapport fra ekspertgruppe, Alkohol og graviditet- 2005, Vibeke Moe, 2004) De rusrelaterte fosterskadene omtales mer inngående mot slutten av denne artikkelen.

HVA ER MISBRUK?

Men hvordan definere hva som er et misbrakerproblem? Det er flytende grenser mellom hva som er vanlig forbruk, misbruk og avhengighet. Ved Borgestadklinikken ser vi rusmiddelproblematikk i et familieperspektiv. Vi definerer misbrakerproblemet slik:

”Det eksisterer et rusrelatert problem når en person bruker rusmidler på en slik måte at det går utover de oppgaver og funksjoner

som skal ivaretas i familien, og når følelsesmessige bånd belastes og forstyrres av rusmiddelinntaket." (Frid Hansen, 1990).

Om hva avhengighet er sier vi at dette er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer. Disse gjentakelsene skjer på tross av at handlingene møter både sanksjoner og fordømmelser. De gjentas også til tross for nøye overveielser, beslutninger og bestemmelser om å slutte. Slik atferd fremstår for omverdenen både som upålitelig og ambivalent. Vi ser at handlingene utløser stor fortvilelse hos den det gjelder og fører til en opplevelse av å være totalt maktesløs. Den avhengige opplever å ikke bestemme over egne handlinger.

MED RUSEN SOM HØYESTE PRIORITET

I mange familier med rusmiddelproblemer kan det være slik at barna blir belastet av og bekymret over foreldrenes rusmiddelinntak lenge før voksne definerer dette som problematisk. Det er ikke selve inntaket av rusmidler som forstyrrer barnet, det som skaper uro er de atferdsmessige forandringene som skjer hos den voksne som ruser seg. Endringer i holdninger til barnet kan komme plutselig, uten forvarsel og uten noen direkte tilknytning til hva barnet gjør eller ikke. *"Far var så ekstra snill og blid før han startet på fylla. Han kunne gå taus rundt i huset, ofte sur og grinete, og så plutselig ble han blid. Jeg husker hvor redd jeg ble når han begynte å bli så glad og fornøyd."*

Barnet blir utrygt og lever med mye bekymring for hvordan det er hjemme, og det kan få konsekvenser for hverdagen på skolen. Lærerne opplever barnet som ukonsentrerte, det er vanskelig å følge med og huske det læreren forteller. Bekymringen over hjemmeforholdene kan også forstyrre det spontane samværet med andre. Det utsatte barnet må hjem å sjekke forholdene først, før det tør ta noen med seg hjem, eller gjøre avtaler om å være hos andre.

Mange av disse barna forteller også at det ikke nødvendigvis er periodene med mye rus

og drikking som er de vanskeligste. Det kan være minst like vanskelig for dem når rusmiddelmissbrukeren er edru, fordi da er de fylt av bekymring og engstelse for når neste periode med rus kommer og hvordan det blir.

Når rusen får høyeste prioritet i en familie, brytes grunnleggende ideer om hva foreldre skal være for barna sine. Foreldre/barn relasjonen blir snudd på hodet og barna forstår ikke hva som foregår. Det blir foreldrenes behov og ikke barnets som bestemmer hvilke regler som gjelder til enhver tid. Det innebærer at barna kan få en relasjon til foreldrene fylt med konflikter og skuffelser. *"Jeg husker at mamma kom fra et av sine mange behandlingsopphold, og lovet meg at hun aldri skulle drikke mer. Jeg pleide å si til mamma at har vi det ikke fint nå, og så plutselig var hun full igjen. Jeg klarte aldri å forstå hva det var som gjorde at hun begynte å drikke igjen"*

Barnet er opptatt av å forsøke og forstå hvorfor mor eller far drikker og ruser seg.

Mange opplever en slik mangel på forklaring. Noen vikles inn i en evig kamp for å bevise at mor eller far har brukt rusmidler. De kan fortelle at de setter merker på flasker for å se om noen har drukket. Når hendelsene ikke blir snakket om eller bekreftet som virkelige, opplever barnet at det er som om hendelsene ikke eksisterer. Det som har skjedd bagatelliseres så mye at det ikke får noen sosial gyldighet og barnet mister muligheten til å bearbeide det følelsesmessig. De frarøves muligheten til å dele opplevelsen med andre.

"Så skrev jeg brev til mamma og hengte det på vinflaskene hun hadde gjemt i vaskekjelleren. Dagen etterpå løp jeg dit og fant at mamma hadde fjernet alle flaskene og laget seg en nytt gjemmede".

HVORFOR SÅ HEMMELIG?

Fordi foreldre sjelden snakker med barnet om sitt rusproblem, får ikke barnet sine opplevelser bekreftet. De voksne beskytter seg ved å bagatellisere, benekte og tåkelegge og

for barnet som gjerne vil finne en mening og sammenheng i tilværelsen sin, fører det til at tilliten til foreldrene blir borte og egen usikkerhet øker.

Barn som har foreldre som ruser seg opplever tidlig at rusen er et "ikke-tema" og at dette er skamfullt. De lærer seg også til å følge med i mors eller fars atferd og humør og "ha radaren på" for å fange opp signaler om når en rusperiode begynner igjen. Barna blir derfor vant til å holde følelsene sine skjult. De har behov for å tyde foreldrenes sinnstilstand for å skape forutsigbarhet og struktur i hverdagen sin. Deres løsningsstrategi kan bli å være minst mulig til bry og mest mulig til hjelp. Barna kan ta på seg ansvar for at nødvendige oppgaver hjemme blir utført. Har de en rusfri forelder som opplever sliten og ulykkelig, forsøker mange av de utsatte barna å være ekstra snille og hjelpsomme. De trøster og oppmuntrer den voksne og hjelper til med småsøsken og husarbeid. Lojaliteten til foreldrene er stor og forsøkene mange for å gjøre de voksne mer kompetente. En mor har blant annet fortalt oss hvordan hennes fireåring alltid passet på at hun – moren - så på oppslagstavlen i barnehagen som var ment for beskjeder til de voksne. Barnets erfaring var at mamma pleide å glemme det, og slik sørget den lille for at beskjeder ble husket. Ellers er det gjerne slik at større barn passer yngre søsken, rydder i huset og kan skulke skolen for at ikke mamma skal være alene. Mens de voksne administrerer rusmisbruket administrerer barna hus og familie. (Aase Sundfær, 2004)

Barna kan komme til å utvikle en væremåte som skal gi dem minst mulig skuffelser og mest mulig beskyttelse mot det som er vondt og vanskelig.

"Det var som om jeg hele tiden sto og ventet på at barndommen skulle gå over".

HVORDAN KAN BARN BESKYTTES?

Vi kjenner til beskyttelsesfaktorer som kan hindre eller redusere feilutviklingen som barn i en rusfamilie blir utsatt for:

Det som er avgjørende er:

- når det er en edru forelder i familien; i hvilken grad kompenserer han eller hun for den som har et rusmiddelmissbruk?
- får barnet adekvat informasjon og følelsesmessig støtte?
- klarer foreldrene i så stor grad som mulig å beskytte barnet mot situasjoner med rus?
- lykkes en å holde konfliktnivået i familien nede?
- klarer familien å opprettholde regler, rutiner og ritualer ?
- har barnet en eller flere personer utenfor kjernefamilien å støtte seg til?
- blir barnet utsatt for vold eller seksuelle overgrep?
- har foreldrene psykiske lidelser i tillegg til rusmiddelmissbruket?

(Helle Lindgaard, 2006)

Støtten til barna kan deles opp i tre trinn i følge forsker Bente S. Haugland.

1. Barnet trenger bekreftelse på sine erfaringer, opplevelser og følelser. Barnet må få vite at det de opplever er reelt og at det er normalt å føle det de gjør.
2. Barnet trenger informasjon om hva rusmisbruk er og hvordan dette påvirker familien
3. Familien må få støtte i krisesituasjoner så barna kan skjermes mot episoder med rusing. Det kan dreie seg om avtaler hvor barnet plasseres hos andre eller at rusmisbrukeren flytter ut for en periode. En tredje løsning er at den edrue forelderen tar barnet med og flytter ut mens rusingen pågår.

(Bente S. Haugland, 2003)

Vi møter familier hvor rusmiddelproblemet nærmest har infisert familielivet, og andre familier hvor det riktignok er rusproblemer, men hvor regler, rytme og trygghet som er så viktig for et barn, er intakt. Spørsmålet er i hvilken grad rusmiddelinntaket er det som styrer kvaliteten på samhandlingen i familien. Ved å se etter dette i den enkelte familie får vi grep om hvordan dagliglivet arter seg for barna i familien. Da ser vi bedre hvordan barna forholder seg til problemene som voksenverdenen utsetter dem for. Barna lever i risikofylte situasjoner, men alle er ikke nødvendigvis risikobarn.

Det er ikke alltid slik at den voksnes problematikk er en belastning for barnet. Kan de voksne løse problemene sine uten å dra barnet inn? Får barnet god informasjon tilpasset den alder det er i? Barnas helse og fungering påvirkes av en rekke faktorer i miljøet rundt barnet og faktorer hos barnet selv. Barn av rusmiddelmissbrukere er ingen heterogen gruppe med hensyn til barnets psykiske helse og generelle fungering. Familier med rusproblemer er i likhet med andre familier, hvor det er store livsproblemer eller andre risikofaktorer, ulike i forhold til omsorgsevne og fungering. (Bente Haugland, 2008)

På den annen side er det voksne som har så store problemer at hele dagliglivet bryter sammen og familiens situasjon blir preget av kaos, kriser, nød og håpløshet. Graden av belastning for barnet henger nøye sammen med styrken hos den rusfrie av foreldrene. Mange av dem ser barnets vansker og er motiverte for å komme barnet i møte. De ønsker å hjelpe barnet til å forstå det som skjer og rydde opp i det som er forvirrende og vanskelig. Noen av de rusfrie foreldrene både aner og forstår, men bærer på så mye skyldfølelse og smerte at de ikke klarer å ta opp barnets uro direkte. Andre foreldre skjuler og bagatelliserer situasjonen hjemme og overser barnets vanskeligheter. Så her er det et stort spekter av familiemønstre.

RISIKOBARNETS RESILIENS

Vi vet også at det er faktorer hos barnet selv som verner dem som er risikoutsatte:

- at barnet har egenskaper som gjør det godt likt, for eksempel at det har et godt humør
- at barnet er flink til å rekruttere alternative omsorgspersoner, for eksempel en nabofamilie det er mye hos
- at barnet beholder troen på at det kan påvirke omgivelsene på en positiv måte

Barnet i en rusfamilie kan altså både vise klare tegn til mistilpassning i skole og fritid, psykiske vansker og somatiske plager- og de kan klare seg svært godt i skolen og ha en alminnelig god sosial atferd og utvikling. Undersøkelser av risikobarnets resiliens- bar-

nets motstandskraft- viser at selv med store belastninger og høy risiko er det ikke uvanlig med en adekvat tilpassning. En amerikansk undersøkelse viser imidlertid at selv når barn i risikogrupper viser eksemplarisk sosial atferd vil likevel mange av dem ha det ganske vanskelig. (Luthar og Cicchetti, 2000)

Det risikoutsatte barnet kan trenge direkte hjelpetiltak, som for eksempel tiltak i skole/læringssituasjonen. Men noen barn trenger også først og fremst at de voksne hjemme får hjelp for sine vansker – og slik får barnet indirekte hjelp også. Ofte er det nødvendig med en kombinasjon av begge disse intervensjonene.

SNAKK OM DET!

Vår erfaring er at rusmiddelmissbruk fortsatt er et tabuområde i det norske samfunnet. Å tabubelegge et problem fører til usynliggjøring. Riktignok rettes søkelyset stadig vekk mot de nedslåtte stoff- eller alkoholmisbrukerne, men da gjøres misbrukeren til en person som er annerledes enn deg og meg og det opprettholder mytene og tabuene. Mytene er at problemene bare rammer noen få og at det rammer folk som er annerledes. Men sannheten er at de fleste av oss kan utvikle et rusproblem. Det er ikke nødvendigvis slik at du uten videre kan se på folk at de lever med et rusproblem som belaster og forstyrrer egne barn.

Det er et stort paradoks at disse problemene som er så utbredt, møtes med så mye taushet. Særlig er dette tabubelagt hvis det er mor som drikker.

Å ruse seg når du er kvinne og har barn er ikke akseptert, derfor må rusmisbruket hemmeligholdes. Mødrene og barna hjelper hverandre med å holde det hemmelig slik at det ikke blir snakket om verken innad i familien, i barnehagen, på skolen, i hjelpeapparatet eller i det offentlige rom (Aase Sundfær, 2004).

Det er en stor utfordring å gjøre rusbruk til en sosial realitet – noe vi kan snakke om på godt og vondt. Det kan bryte ned noen av de barrierene som hindrer åpenhet.

”Våk opp og snakk om det”, sier en av våre tidligere pasienter, ”Tone”, som er vokst opp med en alkoholisert far: ”Min drøm er at samfunnet våkner opp. At det blir åpenhet rundt problemet med alkohol og rus i familier. Åpenhet vil redde mange små mennesker som i dag er opplært til å tie for enhver pris”

TILFELDIG HJELP?

Det mest slående med dagens tilbud til barn av rusmiddelmissbrukende foreldre er hvor tilfeldig og lite helhetlig det er bygget opp. Hva slags tilbud barnet eller familien har tilgang til, avhenger blant annet av hvor i landet de bor (SIRUS rapport, 2006. Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer).

SIRUS rapporten er skrevet på grunnlag av svar på spøringer til alle landets helsestasjoner, barnevern, sosialkontor, PPT og hjelpe-tilbud innen psykisk helsevern og russektoren. Frivillige organisasjoner er også omfattet av undersøkelsen.

SIRUS forskerne Bjørn Solbakken og Grethe Lauritzen peker på to forhold som har stor betydning når man vil nå barna: Er foreldrenes rusmiddelproblem kjent og viser barna tegn på mistilpasning. Når rusmiddelmissbruket er kjent og barna har tydelige tegn på at de trenger hjelp, er utfordringen å finne egnede tiltak og få disse satt i gang.

I familier hvor en av foreldrene har et kjent rusproblem men barna ikke viser tegn på mistilpasning, er utfordringen for hjelpeapparatet å avdekke om dette er en av de mestringsstrategier barna har tilegnet seg, og om de likevel har behov for noen avlastende samtaler.

Ute i feltet møter man også familier med barn som åpenbart har problemer, men hvor man ikke kjenner sikkert til om det er rusproblemer hjemme. Barnet – eller barna – kan da bli henvist til PPT, barne-ungdomspsykiatrien eller andre hjelpetiltak. Her er utfordringen å ikke behandle barnas symptomer isolert, men bringe dette med voksnes rusvaner opp som et naturlig tema i en kartleggingsprosess. En slik samtale om rusvaner og rusbruk og hvordan dette påvirker barn og familiens fungering kan oppleves som vanskelig for mange.

DE NØDVENDIGE SAMTALENE

På Borgestadklinikken kaller vi ikke disse samtale for de vanskelige samtale, men de nødvendige samtale. Det kan være utfordrende å krysse egen barrierer og hindringer for å kunne snakke om rus, men vår erfaring er at dette er helt nødvendig. En kartlegging vi gjorde i 2005 blant personell i barnehager og skoler viser at det å gå fra en bekymring for et barn til handling er utfordrende.

Vår erfaring er at det er mye usikkerhet og ambivalens; ”Hva om jeg tar feil?” ”Takler jeg sinne og forsvar?” ”Hva setter jeg i gang av følelsesmessige reaksjoner i familien?” ”Gjør jeg vondt verre?” Vår oppfordring til alle fagpersoner som møter barn med vansker er å ikke vente for lenge med å erkjenne at barnet har problemer, ta det opp i kollegiet og drøfte situasjonen. Hva gjør vi med en mistanke om at barnets vansker kan skyldes foreldres rusmiddelmissbruk?

Vårt råd er at en trosser tabuiseringen og tar bekymringen rundt barnet opp med foreldrene så snart det er mulig. Fagpersonen rådes til å beskrive observasjonene av barnet, hva er sett og hørt, hva er det med barnets samspill, vansker med læring og sosialisering som fører til bekymring og ta dette opp med foreldrene. Når det formidles en bekymring og ikke en anklage kan det bli lettere å få et konstruktivt samarbeid med foreldrene.

Som fagperson kan du føle deg trygg på den kunnskap du og dine kollegaer har om rus og rusens skadevirkninger hos enkeltmennesker, i familier og i samfunnet. Det er et lovverk å støtte seg til og hjelpetiltak i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Så utfordringen er – anvend kunnskapen og omsett dette til handling og samhandling - til hjelp for det utsatte barnet.

Sitatene i artikkelen er hentet fra Heftet ”Rusmisbruk i et familieperspektiv” av Frid Hansen (1990).

REFERANSER:

- Hansen, F. (1990) Rusmiddelmissbruk i et familiersperspektiv. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan det få for barn? Borgestadklinikken, ISBN 82-90354-19-3, Publisert første gang i Tidsskrift for Norsk Psykologforening 27/91.
- Hansen, F. (1992) Fra avmakt til handlekraft. En terapeuts møte med voksne barn av misbrukere. Borgestadklinikken, ISBN 82-90354-17-7, Publisert første gang i Tidsskrift for Norsk Psykologforening 29/92.
- Hansen, F. (1994) Er det barnet eller den voksne som skal behandles? Refleksjoner knyttet til kriterier for inkludering av barn av alkoholikere i behandling. Borgestadklinikken. Foredrag holdt på Nordisk Psykologkongress, Oslo 1994.
- Haugland, B. S. (2003) Når far eller mor drikker. Helsenytt for alle.
- Lindgaard, H. (2002): Voksne barn fra familier med alkoholproblemer – mestring og motstandsdyktighet. Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Lindgaard, H. (2006): Familieorientert Alkoholbehandling- et litteraturstudium at familiebehandlings effekter, Sundhedsstyrelsen.
- Sundfær A. (2004) Barna til 31 kvinner med rusproblemer er blitt 20 år, hvordan har det gått? Regionsenter for barne-og ungdomspsykiatri. Ullevål Universitetssykehus.
- Christoffersen og Soothill (2003) Journal of substance abuse treatment, s 107-116, sept 2003.

Barn med rusrelaterte fosterskader

Det er ikke uvanlig med lærevansker hos et barn som er skadet pga mors rusbruk i graviditet. Vi vet at bruk av narkotiske stoffer som amfetamin, heroin og kokain, kan føre til lærevansker, konsentrasjonsvansker og økt uro hos barnet. Dette gjelder også ved misbruk av beroligende midler.

Når det gjelder alkoholbruk i svangerskapet så er alkohol det klart mest skadelige rusmiddelet og kan føre til omfattende skader hos barnet.

Føtal Alkohol Syndrom (FAS) er en beskrivelse av permanente skader som vil påvirke barnet livet ut. Hvis et barn fødes med noen, men ikke alle skadene i FAS, kan barnet få *diagnosen Føtale Alkohol Effekter (FAE)*

Særlige kjennetegn ved alkoholrelaterte fosterskader er:

- Veksthemming. Barnet er kortvokst, og har hodeomkrets som er mindre enn det som er normalt (FAS).
- Særegne ansiktstrekk. Dette sees hos noen barn med FAS, men ikke alle. Barna har en smal overleppe med lite lepperødt, randen

fra nesen ned mot leppen kan være helt borte, og det er smale øynespalter (FAS).

- Nevrologiske/kognitive skader. Dette kan arte seg som overfølsomhet i forhold til sanseintrykk, konsentrasjons-/lærevansker/sosiale vanskeligheter, problemer med søvnregulering og matinntak (FAS og FAE).
- Ulik grad av psykisk utviklingshemming hos barn med fullt utviklet syndrom (FAS).

Det er forholdsvis lite kunnskap og oppmerksomhet i Norge og flere andre europeiske land om de føtale alkoholskadene. I USA og Canada er dette mer kjent og der er det også forsket mer på dette. Med bakgrunn i denne forskningen har helsemyndighetene i Norge for en tid tilbake gått inn for å anbefale totalavhold fra alkohol under graviditet.

PERMANENT HJERNESKADE

Et alkoholskadet barn har en permanent hjerneskade. Det er særlig frontallappen i hjernen som er skadet. Dette påvirker barnets eksekutive funksjoner. Man kan enkelt

si det slik at "hjernens administrerende direktør" har fått en skade. Det innebærer blant annet at det blir svikt i arbeidshukommelsen; det barnet husket og lærte en dag, kan være helt borte den neste dagen. Det er en svikt i fokusert oppmerksomhet slik at impulskontrollen er dårlig. Det kan være vanskelig både å starte og avslutte en aktivitet. En ser også et sent psykomotorisk tempo, noe som innebærer at det kan være en ekstra utfordring å tenke og utføre en handling på samme tid.

Et barn med FAS eller FAE vil ofte ha en dagsform som svinger veldig fra dag til dag. Alkoholskaden fører til "av og på" dager - det kan også være store svingninger fra time til time.

Det er viktig å understreke at selv om det er en del kjennetegn i forhold til skadene og hvordan de arter seg, er barn med alkoholskader like forskjellige som andre barn. Konsentrasjonsvansker og lærevansker er imidlertid typisk, og særlig er innlæring i forhold til tall og matematikk vanskelig. Det å ha problemer med årsak/virkning, være sensitive for lyder og stimuli, og forstå og tolke sosiale situasjoner er også kjennetegn som går igjen hos mange alkoholskadede barn. Men barn med en alkoholrelatert skade er også kreative og åpne, og har lett for å komme i kontakt med andre.

MISFORSTÅELSER

Det kan være krevende for omgivelsene å forholde seg til et barn med FAS/FAE. Barna blir ofte misforstått og hverdagen kan bli preget av mye frustrasjon og sinne både hos barnet og omgivelsene. De kan bli oppfattet som ulydelige og trassige, men et alkoholskadede barn forstår ikke sammenhengen mellom årsak og virkning, kan ikke generalisere og lærer ofte ikke av egne feil. De har problemer med tid – og kan ofte komme for sent. De kan bli sinte og irriterte over merkelapper som klør i halsen eller en sokk som krøller seg i støvelen, fordi de er så veldig sensitive for berøring. Mye lyd kan virke overveldende, slik at de lar seg lett distrahere og forstyrre. Det er hukommelsvanskene som fører til at det er vanskelig å jobbe selvstendig med skolearbeidet.

Amerikansk fagmiljøer har mye erfaring med diagnostisering og oppfølging av alkoholskadede barn. Hos New York State FASD Interagency Workgroup finnes publikasjonen "Take another look" som er en guide for skolepsykologtjenesten.

Heftet kan anbefales da det beskriver det alkoholskadede barnets vanskeligheter og behov i skolehverdagen og er meget konsis i sine råd og anbefalinger til tiltak. Det gir også en forklaring på hvordan disse spesifikke vanskene skiller seg fra en ADHD diagnose.

Denne guiden kan lastes ned på [www.borgestadklinikken.no/rusrelaterte fosterskader](http://www.borgestadklinikken.no/rusrelaterte-fosterskader).

Hilde Evensen Holm

Borgestadklinikken
Postboks 1, Sentrum
3701 Skien
Telefon: 35 90 47 00

E-post: hilde.evensen.holm@borgestadklinikken.no