

«Noen dager kan jeg, noen dager kan jeg ikke»

Om barn med Føtalt Alkohol Spektrum Forstyrrelser (FASD) i skolen

Bacheloroppgave skrevet av Sunniva P. H. Olaisen
Sosialpedagogikk ved Rudolf Steinerhøyskolen i Oslo

April 2020

11945 ord

Innholdsfortegnelse

INNLEDNING	3
LITTERATUR OG ANDRE KILDER	5
OPPGAVENS OPPBYGNING	6
OM FØTALT ALKOHOL SPEKTRUM FORSTYRRELSER	7
HVORDAN KOMMER FØTALT ALKOHOL SPEKTRUM FORSTYRRELSER TIL UTTRYKK?	7
DIAGNOSTISKE KRITERIER FOR FØTALT ALKOHOL SYNDROM	8
NEUROLOGISKE OG KOGNITIVE SKADER.....	9
«MEN ETT GLASS KAN DA VEL IKKE SKADE...»	10
STEINERS TEORIER OM ALKOHOLENS VIRKNING	11
ANDRE RUSMIDLER OG DERES EFFEKT PÅ FOSTERET	12
MØDRENE TIL BARN MED FASD	13
HVORFOR DRIKKER KVINNER UNDER SVANGERSKAPET?	13
BARN AV MØDRE MED AVHENGIGHETSPROBLEMER	14
BARN OG UNGE MED FASD I SKOLEN; HVA SKOLEN KAN GJØRE FOR Å STIMULERE TIL UTVIKLING OG LÆRING	15
HVLKE KONSEKVENSER HAR DE KOGNITIVE SKADENE FOR LÆRING?	15
LÆRERENS ROLLE OG HOLDNINGER.....	17
FYSISKE OG MATERIELLE RAMMER	18
PEDAGOGISK TILRETTELEGGING	19
TALL OG TID	21
SOSIALE UTFORDRINGER OG TILRETTELEGGING FOR POSITIVE SOSIALE ERFARINGER.....	22
FRIMINUTT OG OVERGANGER.....	24
LEGG Vekt PÅ STYRKER.....	24
HJEMMENE DE LEVER I, SAMARBEID OG UTFORDRINGER	25
BARN MED FASD I STEINERSKOLEN	26
OM STEINERPEDAGOGIKK	26
FORDELER OG UTFORDRINGER FOR BARN MED FASD I STEINERSKOLEN	28
BEHOV FOR SPESIALPEDAGOGISKE METODER OGSÅ I STEINERSKOLEN	30
FORSTERKET STEINERPEDAGOGIKK LIVET UT?	30
HVA ER DET VIKTIGSTE VI KAN LÆRE BARN?	31
LITTERATUR:.....	32

Innledning

På nrk.no kunne vi den 9.april lese om Erling Due Bergseth, som fikk en hard start på livet fordi moren drakk under svangerskapet (Solli, 2020). Heldigvis har det gått veldig bra med Erling, som stråler i avisartikkelen, og som lever et kjendis-liv han er godt fornøyd med. Erling ble født med cerebral parese, lettere psykisk utviklingshemning og Føtalt Alkohol Effekt, en tilstand som i dag betegnes som Føtalt Alkohol Spektrum Forstyrrelse. Han er en av flere som blir født med omfattende skader forårsaket av alkohol drukket under svangerskap, men er en av de heldige som har fått forutsetningene til et godt liv. I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på barna som har skader på grunn av alkoholbruk i svangerskapet. Jeg ønsker å forstå mer om tilstanden og hva som er de beskyttende og styrkende faktorene som gjør at noen får det så bra som Erling, for ikke alle født med FASD er like heldige.

Barn med Føtalt Alkohol Spektrum Forstyrrelser, eller FASD, har varierende grader av kognitive skader fordi mor inntok alkohol under svangerskapet. Dette fører nesten bestandig til utviklingsforstyrrelser, hvor graden varierer fra lese- og skrivevansker og konsentrasjonsvansker, til dyp psykisk utviklingshemning (Løhaugen & Skarnes, 2018, s. 198). Tilstanden blir i stor grad underdiagnostisert (Olson, 2015), noe som betyr at de fleste som arbeider med barn, men også de som jobber med voksne med forskjellige utfordringer, sannsynligvis har vært i kontakt med mennesker med medfødte alkoholskader uten å være klar over det. Flere undersøkelser har vist at veldig mange flere barn har blitt sendt til utredning etter at fagfolk som jobber med barn har blitt kurset i problematikken, noe som gjør det tydelig at økt kunnskap om tilstanden bidrar til å oppdage flere barn med disse vanskene (Elgen, Bruarøy og Lægreid, 2006).

Det er et tankekors at alkohol, som er et lovlig og mye benyttet rusmiddel, ser ut til å føre til større skader enn andre rusmidler. Fra barnets perspektiv er alkohol det farligste av alle rusmidler (Killen & Olofsson, 2003, s. 42). Hele 39% av barn med FASD har en viss grad av utviklingshemning, mens barn av mødre som har brukt narkotiske stoffer og legemidler, som heroin, amfetamin og beroligende midler, sjelden har like omfattende skader. Så å si alle barn med FASD vil kunne kvalifisere for en ADHD-diagnose, de vil i tillegg ha omfattende læringsvansker, og de kan bli født med fysiske skader (Elgen, Bruarøy og Lægreid, 2007).

Det er viktig å alltid møte barnet der det er. Å se og forstår utfordringene de bærer med seg, samtidig som man ser og styrker det friske i dem. Lærerne og pedagogene må være observante og komme med gode og kreative tiltak som fremmer god utvikling hos barnet, for selv om de har skader er det mulig. Enda hjerneskadene de er født med er varige og ugjenopprettelige, har man sett at tidlig tiltak utgjør en stor forskjell for barnas utvikling (Hinde, 1993, s. 132; Morse, 1993, s. 38; Kulp & Kulp, 2013, s. 5; Bjelland og Ruud, 2012). Mange barn har klart seg godt, og har gode liv som voksne, når det har vært satt i gang omfattende tverrfaglig oppfølging tidlig (Kleinfeld, 1993). For å komme i gang med dette så tidlig som mulig er det viktig å tidlig kunne se tegnene og starte prosessen for henvisning og utredning av barn med mulige medfødte ruskskader. Dessverre er gjennomsnittsalderen for utredning av disse tilstandene i Norge rundt 10 år (Løhaugen & Skarnes, 2018). Dette er beklagelig, ettersom feilbehandling kan føre til en forverring av følgetilstander som angst og depresjoner (Kulp & Kulp, 2013, s. 13).

Det er vanskelig å anslå hvor mange barn som blir født med alkoholskader hvert år. I Hordaland anslo man at det forekom i 0,3 tilfeller per 1000 barn, men etter en informasjonskampanje hadde pågått blant faggrupper som arbeidet med små barn steg dette tallet til 1,5 (Elgen et. al. 2006). Senere studier i USA og noen vest-europeiske land har vist at FASD forekommer så ofte som hos 2-5% hos alle levendefødte barn (Olson, 2015). Det er dermed en stor sannsynlighet for at også ansatte i steinerskolen vil komme i kontakt med barn med denne problematikken. Det kan være lett å tro at dette er en skade som i høyeste grad treffer familier med lavere sosioøkonomisk status, og at disse familiene ikke søker seg til en privatskole som steinerskolene. Men undersøkelser viser at alkoholkonsum hos gravide er større hos eldre kvinner med høyere inntekt og utdanning (Killen og Olofsson, 2003, s. 41; Kulp & Kulp, 2013, s. 5). En stor majoritet av barna bor også i fosterhjem, og mange fosterforeldre kan av flere grunner ha interesse av å sende sine barn på steinerskole. Jeg ble selv introdusert for problematikken gjennom arbeid ved en steinerskole, med nettopp et barn i fosterhjem, og dette var også Erling Due Bergseth sin situasjon (Solli, 2020).

Med denne oppgaven forsøker jeg å gi et så klart som mulig bilde av hva FASD er, slik at det blir gjenkjennelig for de som kan ha kontakt med mennesker som er rammet av dette.

Min problemstilling er derfor:

Hvilke kunnskaper har vi om Føtalt Alkohol Spektrum Forstyrrelser og hvordan kan steinerskolen legge til rette for å styrke læring og utvikling for barn i grunnskolen med vanskene som følger av dette?

Jeg mener det er høyst aktuelt å øke kunnskapsnivået rundt denne problematikken. Som en avgrensning vil jeg fokusere på barna i grunnskolen, selv om tematikken også er relevant for barn i barnehage og ungdom på videregående trinn.

Jeg vil i oppgaven min også se på hva Rudolf Steiner har sagt om alkohol og undersøke om dette har en relevans i forhold til den gjeldende forståelsen av tilstanden i dag.

Alkoholkonsumet i Norge er lavere enn i andre europeiske land, og forbruket i samfunnet er skjevt fordelt, ettersom 10% av de som drikker står for landets totale forbruk (FHI, 2018).

Unge voksne drikker mest, og i store mengder når de drikker (FHI, 2018), et fenomen som i faglitteraturen blir omtalt som «binge-driking» og blir antatt å være et av de mer risikofylte drikkemønstrene for det ufødte barnet (Carpenter, 2011, s. 39).

Litteratur og andre kilder

Føtalt Alkohol Syndrom er ikke et nyoppdaget fenomen. Allerede i jødernes Talmud står det at «den som nyter berusende drikk vil få underlige barn» (Løhaugen & Skranes, 2018, s. 195).

Likevel er det begrenset kunnskap og forskning gjort på området. Diagnosen ble først formulert i 1973 (Kleinfeld, 1993, s. 9; Comasco, Oreland & Rangmar, 2017), men kriteriene for denne er såpass ekskluderende at den kun favner en brøkdel av barna som lever med skader på grunn av alkohol. Store variasjoner innenfor gruppen og begrensinger i forskningsmetoder har ført til at det foreligger lite sikker forskning rundt effektive pedagogiske tiltak (Carpenter, 2011, s. 38). Det finnes derimot mye dokumentert kunnskap fra engasjerte foreldre, fosterforeldre og fagpersoner i USA. Judith Kleinfeld og Sioban Wescott har gjort et flott og omfattende arbeid med å samle artikler fra en rekke av disse ressurspersonene. Bøkene er litt gamle, men blir hyppig referert til og har en så grundig og optimistisk forståelse av FASD at de blir vurdert som aktuelle selv i dag. Liz Kulp som selv har FAS har på eget initiativ skrevet en bok, med støtte fra sin adoptivmor Jodee Kulp og denne inneholder både deres erfaringer, men også mye fagkunnskap. Jeg kommer i relativt stor grad til å basere oppgaven på denne amerikanske litteraturen, samt det som finnes av nordisk forskning og en veileder, hentet fra USA, men oversatt og tilpasset norske forhold av Bjelland og Ruud, utgitt i samarbeid mellom Statped og KoRus Sør.

I 2015 ble Skandinavias første regionale ressurscenter for medfødte rus-skader etablert i Arendal. Dette er en del av Habiliteringstjenesten for Barn og Unge (HABU) (Løhaugen og Skarnes, 2018, s. 196). Det er begrenset hvor mye litteratur de har publisert, men en masteroppgave de har publisert på sine nettsider, skrevet av Ane J. Rossavik bekrefter at lite av den norske faglitteraturen handler om pedagogiske tiltak for å hjelpe barna med FASD (SSHF, 2020). Det meste av den norske litteraturen legger vekt på selve skadene barna har og hvordan de viser seg. Jeg vil dermed benytte meg av mest mulig norsk faglitteratur i delen av oppgaven som forklarer FASD fra et mer klinisk ståsted.

Jeg kommer til å bruke forkortelsen for Føtalt Alkohol Spektrum Forstyrrelser (FASD) for å gjøre lesing enklere. Denne omfatter både diagnosen Føtalt Alkohol Syndrom (FAS) og de som har medfødte skader forårsaket av alkoholbruk under svangerskap, men som ikke kvalifiserer for diagnosen FAS, som er den eneste varianten i spekteret med en faktisk diagnosekode. FASD er estimert til å forekomme opp til ti ganger oftere enn FAS, og er mye mindre kjent, noe som muligens kan være en del av årsaken til at barna med FASD opplever større utfordringer enn de som blir diagnostisert med FAS (Morse, 1993, s. 27; Kvello, 2015, s. 351). En redegjørelse av forskjellen mellom diagnosen og spektrumforstyrrelser kommer i første del av oppgaven.

Oppgavens oppbygning

Oppgaven begynner med en forklaring av hva det vil si å ta medfødte skader som følge av alkohol, og jeg vil her skrive om kjernesymptomene og noen av de vanligste utfordringene barna opplever. Jeg vil deretter se på hvorfor akkurat alkohol er så skadelig for fosteret, og hva Steiner mente om alkoholens virkning, både for mennesket i seg selv, men også for det ufødte barnet. Jeg vil i tillegg komme inn på omstendighetene under svangerskapene som har ført til at FASD har oppstått, da det er viktig at vi har en helhetlig forståelse av dette for å nedbygge fordommer.

Deretter vil jeg se spesifikt på utfordringene barna har ved læring, og dokumentert erfaring og anbefalinger rundt hva som fungerer for dem. Her vil jeg se på om steinerpedagogikken kan bidra på en annen måte enn den rådende pedagogiske tenkningen. Jeg kommer også til å berøre hjemmesituasjonen for barna, samt mulighetene og utfordringene i forhold til et godt foreldresamarbeid. Dette vil være oppgavens hoveddel.

Til slutt vil jeg forsøke å se om det er elementer i steinerpedagogikken som kan hjelpe barna spesielt, og om noe av dette kan styrke barna livet ut.

Om Føtalt Alkohol Spektrum Forstyrrelser

Hvordan kommer Føtalt Alkohol Spektrum Forstyrrelser til uttrykk?

I mors mage opplever fosteret de første påvirkningene fra omgivelsene. Om den gravide drikker alkohol i denne tiden er det mye som kan gå galt med fosterets utvikling.

Det kan føre til skader som viser seg på mange forskjellige måter. Jeg vil her komme inn på de mest tydelige og hyppigst rapporterte, enda det finnes flere varianter.

Alkohol hindrer og hemmer fosterutviklingen ved at den fører til misdannelser og virker som en gift på fosteret, noe som på fagspråket omtales som en teratogen effekt. Resultatet av dette viser seg ved kognitive og/eller fysiske skader (Morse, 1993, s. 24). Det er flere faktorer som spiller inn på hvor synlige og omfattende disse skadene blir, som når i svangerskapet mor har drukket, hvor ofte hun har drukket, samt hvor mye hun drakk ved disse anledningene. Bruk av andre rusmidler eller narkotiske legemidler, i tillegg dårlig livsstil og kosthold vil kunne forverre situasjonen. Fosterets genetiske forutsetninger for å bryte ned alkohol vil også spille inn, da disse varierer fra person til person allerede før fødsel (Løhaugen & Skarnes, 2018, s. 197; Olson, 2015; Morse, 1993, s. 26). Effekten av alkohol kan føre til fysiske, mentale, atferdsmessige problemer, samt læringsvansker som kan gi livslange utfordringer (Elgen et al., 2006; Olson, 2015).

De fysiske skadene kan vise seg på flere måter, og her er tidspunktet i svangerskapet alkoholen har blitt drukket avgjørende. For eksempel utvikles hjertet mellom uke 4 og 8 av svangerskapet, så alkohol inntatt i denne perioden vil kunne skade hjertet. Av samme grunn er sentralnervesystemet særlig utsatt, ettersom dette utvikles kontinuerlig gjennom hele svangerskapet (Løhaugen & Skarnes, 2018, s. 197).

Annet som er karakteristisk for barn som har blitt utsatt for alkohol under svangerskapet er lav fødselsvekt, forsinket utvikling og vekst, og barna kan ha skader i alle organer. Olofsson og Lindemann nevner at de blant annet kan bli født med klumpfot, misdannelser i urinveiene og kjønnsorgan, og at de kan få dårligere utviklede synsnerver. Mange vil også bli født med liten hodeomkrets, noe som fører til at det blir dårlig plass til at hjernen kan vokse, noe som kan

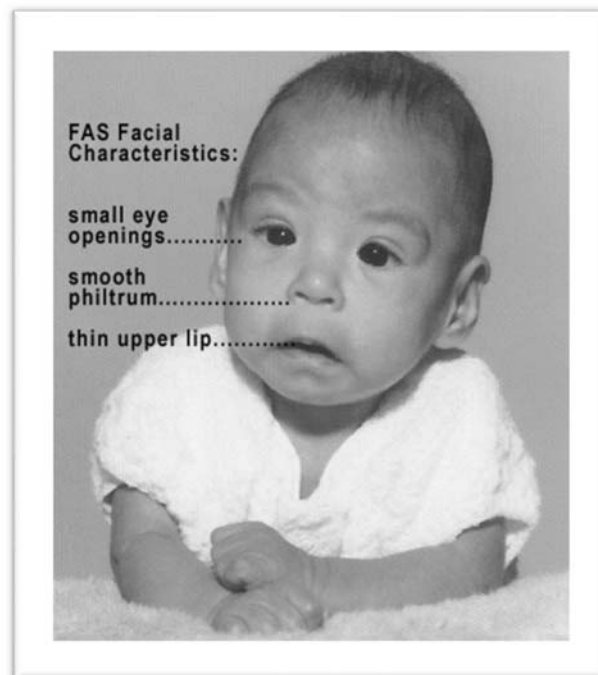
føre til skader på hjernen (Olofsson og Lindemann, 2003, s. 42-44).

Diagnostiske kriterier for Føtalt Alkohol Syndrom

De som har mange synlige skader kan få diagnosen Føtalt Alkohol Syndrom, mens de fleste kun vil få betegnelsen Føtalt Alkohol Spektrum Forstyrrelser (Løhaugen & Skarnes, 2018, s. 195). Diagnosekriteriene for FAS er svært omdiskutert og begrensende, og dette har ført til at fagfolk har brukt en rekke andre betegnelser på personer som tydelig har senskader fra å ha blitt eksponert for alkohol under svangerskapet, men som ikke oppfyller kriteriene for FAS (Løhaugen og Skarnes, 2018, s. 200-204). Det som blir mest brukt i dag er FASD, et begrep som ble godkjent i 2004, men som ikke har en egen diagnosekode (Olson, 2015).

For å sette diagnosen FAS må tre hovedkriterier være tilstede. Disse er at alkoholkonsum under svangerskapet må være bekreftet, at barnet må ha betydelige skader på sentralnervesystemet og at de må ha minst to særegne avvikende ansiktstrekk.

Ansiktstrekkene ved fullt utviklet FAS er små øyespalter som ofte litt skråstilt, stor avstand mellom øynene og de kan få en ekstra hudfold i øyekroken mot nesen, slik man også finner hos de med Downs syndrom. Barna kan få bred, flat neserygg, oppstoppernese, manglende eller svakt utviklet nese-leppe-fure, tynn overleppe, liten hake og lavt plasserte ører (Olson, 2015; Morse, 1993, s. 25; Oloffson og Lindemann, s. 43; Løhaugen & Skarnes, 2018, s. 195).



(Baby with Fetal Alcohol Syndrom, Teresa Kellermann, 1999, <http://www.come->

over.to/FAS/fasbabyface.jpg)

Noen har alle trekkene, mens andre bare har noen.

En svakhet i at diagnosekriteriet er at ansiktstrekkene får en avgjørende betydning. Dette er egentlig ganske uvitenskapelig, ettersom at fosterets ansikt utvikles tidlig i svangerskapet, allerede mellom uke 6 og uke 9. Om mor drikker senere enn dette vil dermed skadene ikke være synlig enda barna utsatt for store mengder alkohol på et senere tidspunkt vil få større og mer betydelige hjerneskader (Løhaugen og Skarnes, 2018, s. 195; Kulp & Kulp, 2013). Det kan være lett å tenke at de mer synlige skader er de som er hardest rammet, men når det kommer til medfødte alkoholskader er dette faktisk ikke tilfellet. Mange vil også vokse fra en del av disse ansiktstrekkene når de blir eldre (Kvello, 2015, s. 356). De som ikke har ansiktstrekkene har dårligere prognoser for å klare seg videre i livet, ettersom tilstanden hos dem ikke blir oppdaget og anerkjent før senere, om den overhode blir det. Det blir dermed ikke satt inn tidlige tiltak slik det blir for dem med synlige skader, og de blir ofte overvurdert og forventet å prestere på lik linje med sine jevnaldrende (Løhaugen & Skarnes, 2018, s. 203; Kleinfeld, 1993, s. 6).

Nevrologiske og kognitive skader

Mange med FASD sliter allerede som spedbarn med reguleringsvansker. Ved spedbarnsalder ser man dette ved at de har vansker med søvn og mat, noe som for mange vedvarer i voksenalder. De kan også være svært urolige, sensitive for berøring, og de kan gråte mye og virke utrøstelige. De kan senere få vansker med følelsesregulering, spesielt når det kommer til sinne, og mange har hele livet problemer med å bearbeide sensorisk inntrykk, noe som gjør dem hypersensitive for blant annet lyd, lys og berøring. De er på grunn av dette svært utsatt for å bli sensorisk overstimulert eller understimulert (Løhaugen og Skarnes, 2018, s. 198; Morse, 1993, s. 25; Kulp & Kulp, 2013; Carpenter, 2011).

Selv om graden av skadene en person får vil de aller fleste få lignende kognitive skader. De mest omfattende kognitive skadene fører til vansker med hukommelse, innlæring og vansker med å bearbeide og benytte seg av sosial informasjon (Olson, 2015; Løhaugen & Skarnes, 2018; Olofsson og Lindemann, 2003; Morse, 1993; Kulp & Kulp, 2013; Comasco et. al, 2017).

Gjennomsnitts IQ er hos dem med full FAS rundt 70, og grenser altså mot psykisk

utviklingshemning, mens IQ hos de med FASD ligger i det nedre sjiktet av hva som regnes som «normalt» med rundt 80 poeng (Løhaugen og Skarnes, 2018, s. 198). Det finnes også dem med høyere IQ-skår, men også disse vil ha behov for bistand da selv disse menneskene har mange vansker i dagliglivet, og behov for tilrettelegging livet ut (Bjelland og Ruud, 2012).

«Men ett glass kan da vel ikke skade...»

Hvorfor er egentlig alkohol så farlig? Alkohol regnes som den hyppigste, kjente årsaken til utviklingshemning, og det er den eneste som er 100% mulig å forebygge (Olofsson og Lindemann, 2003; Brandt og Grenvik, 2010, s. 48). Det er ikke lenge siden fagfolk mente det var trygt for en gravid kvinne å drikke et par glass alkohol i uken. Det ble til og med anbefalt av både leger og jordmødre i visse tilfeller under tredje trimester, ettersom det så ut til å stagge en for tidlig påbegynt fødsel (Gaskin, 2002, s. 425). Dette skjedde selv om man var klar over at alkohol kunne ha en skadelig effekt på fosteret.

Noen fagfolk, og mange privatpersoner, tror fortsatt i dag at det finnes en trygg nedre grense man kan drikke under svangerskap (Olofsson og Lindemann, 2003, s. 42). Men ingen undersøkelser har enda klart å finne bevis for dette, og man anbefaler derfor totalavhold allerede fra man planlegger å bli gravid. Mange vordende mødre som har drukket alkohol uten å vite at de var gravide kan bli betrygget av helsepersonell som hevder at giftstoffer inntatt tidlig ikke påvirker fosteret ettersom det ikke ennå inntar næring fra morkaken og da ikke deler blod med henne. Men forskere har funnet tilfeller der ansiktstrekk forbundet med FAS har blitt rapportert hos barn hvor mor kun har drukket i uke 4 (Kesmodel et al, 2019). Det er også forbundet en stor risiko for spontanabort ved moderat drikking tidlig i svangerskapet (Andersen & Olsen, 2011).

Grunnen til at alkohol er så skadelig er mangefasettert. Den har som tidligere nevnt en forgiftende effekt som fører til misdannelser og forhindrer normal utvikling av flere organer (Løhaugen & Skarnes, 2018; Morse, 1993). Det er viktig å være klar over at alkoholen har en like skadelig effekt uansett når i svangerskapet den blir konsumert, selv om det er forskjellige organer man risikerer å skade (Løhaugen & Skarnes, 2018). Alkoholen når fosteret ved at det brytes ned i små molekyler som raskt blir tatt opp i mors blodbaner, og derfra går videre til fosterets via morkaken (Kulp & Kulp, 2013; Olofsson og Lindemann, 2003, s. 42). Fosteret vil til enhver tid ha samme promille som mor, men det har ikke utviklet organer for å bryte

ned alkohol, slik mor har, og dermed vil alkoholen ha en sterkere effekt på det.

Steiners teorier om alkoholens virkning

Ettersom oppgaven skal omhandle barn i steinerskolen vil det kunne være interessant å se på hva Rudolf Steiner mente om hvordan alkohol virker i menneskets organisme. Han hadde sine tanker om hvordan alkohol skader fosterutviklingen, både ved inntak av alkohol hos moren, men også hos faren. Enda hans innsikt på dette området var noe begrenset i forhold til det vi i dag vet, er det han sa av interesse. Noe av det kan være litt merkelig om man ikke kjenner til esoteriske forståelsesmodeller, og Steiner påpeker flere ganger i foredragene jeg har referert til at det ikke nødvendigvis er snakk om faktiske fysiske prosesser, men prosesser i det åndelige aspektet av mennesket.

Etter spørsmål fra salen i forbindelse med et foredrag forklarte Steiner at når en kvinne drakk alkohol var det spesielt de røde blodlegemene som ble påvirket. Da disse, ifølge Steiner, inneholder en viss jordlig tyngde vil dette føre til en for stor tyngde i kvinnens blod. Han mente at om en gravid kvinne drakk alkohol ville denne tyngden gå over i barnet og føre til at dets organer ble holdt nede og ikke fikk utviklet seg tilstrekkelig (Steiner, 2018). Jeg har selv ikke god nok forståelse av alle Steiner sine begreper til å virkelig kunne påstå å forstå hva han mente med «jordlig tyngde», men jeg antar at denne «jordlige tyngden» han omtaler er krefter som tynger mennesket ned og holder utvikling tilbake. Han mente også at fars alkoholkonsum ville påvirke barnets utvikling, og her føre til skader på barnets nervesystem. Dette er nok litt lenger vekk fra det vi i dag vet om fosterutviklingen, men det er interessant at han allerede da hadde fått med seg at både barnets organer og nervesystem tok skader av alkohol. De antroposofiske legene Goebel og Glöckler hevder også at alkohol drukket under svangerskapet fører til hemming av barnets sjelelig-åndelige utvikling (Goebel og Glöckler 2002, s. 283).

Ettersom vi i dag vet at alkohol virker like sterkt inn på fosterets fysiske kropp som det gjør på moren kan det være interessant å se på hvordan Steiner mente alkoholen virket i mennesket generelt. Steiner sa i et annet av sine foredrag at alkohol fører til en overaktivitet i blodsirkulasjonen, og at en person hadde større vansker med å kontrollere lidenskap og sinne under påvirkning av alkohol. Neste dag ville sirkulasjonen være tilsvarende redusert og virke for sakte, og dermed går hele systemet ut av rytme. Han hevdet at når kroppen ikke fungerte

riktig ville den få en overproduksjon av avfallsstoffer og at når dette skjer foretrekker kroppen å sende overskuddet til hodet. Fordøyelsesaktiviteten ville altså havne i hodet fremfor i fordøyelsessystemet der de vanligvis hører hjemme, og er litt av grunnen for at hodet fungerer dårlig under bakrus (Steiner, 2012). Dette får meg til å tenke på barna med ruskkader sine utfordringer med følelsesregulering, og om noe av grunnlaget til dette allerede etableres før fødsel.

Andre rusmidler og deres effekt på fosteret

Det har tidligere vært en antagelse om at andre rusmidler også har en svært skadelige effekter på fosteret (Olofsson og Lindemann, 2003, s. 46), men senere norske undersøkelser har vist at rusmidler som heroin og metadon ikke har en teratogen effekt slik alkohol har (Elgen et. al, 2007). På den annen side er det stor fare for spontanabort og fosterdød i flere perioder av svangerskapet ved all form for rusmisbruk. Det er også stor risiko for lav fødselsvekt og prematur fødsel med bruk av andre rusmidler (Olofsson og Lindemann, 2003). Svært mange av barna utsatt for slike rusmidler blir født med Neonatalt Abstinens Syndrom (NAS), en tilstand hvor de nyfødte skjelver, kaster opp, har diaré, skriker lenge og ustoppelig, og har behov for medisinsk oppfølging. Tilstanden går over i løpet av 3-6 uker og har lite senvirkninger, men den kan vanskeliggjøre tilknytning mellom mor og barn i perioden det pågår, og det ser ut til at barna også får reguleringsvansker (Holm, 2013a). Barn som var utsatt for alkohol i svangerskapet ser ikke ut til å bli født med abstinenssymptomer (Elgen et. al, 2007). Det ser også ut til at tilnærmet alle får ADHD, en tilstand som innebærer hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og impulsivitet (Engh, 2014), i tillegg til at mange får reguleringsvansker (Kvello, 2015, s. 353). Likevel er de ellers friske og utvikler seg normalt sammenlignet med sine jevnaldrende (Kvello, 2015).

Nikotin er et fortsatt lovlig og svært mye benyttet rusmiddel som kan gi store skader hos fosteret (Goebel & Glöckler 2002; Olofsson og Lindemann, 2003, s. 45). Nikotin har også en teratogen effekt på fosteret, og det kan føre til hareskår, hjerneskade og misdannelser på hjerte, skjelett og tenner. Når nikotin passerer morkaken får fosteret en konsentrasjon av nikotin som er 15% høyere enn det hos moren. Røyking kan føre til spontanabort og plutselig fosterdød etter andre trimester, samt en rekke fødselskomplikasjoner (Olofsson og Lindemann, 2003).

Det er ikke til å stikke under en stol at det er en stor sannsynlighet for at barn utsatt for alkohol lett kan være utsatt for flere skadelige stoffer samtidig som igjen forverrer situasjonen for dem. Mange vil bli utsatt for både alkohol og nikotin, og flere vil bli utsatt for en form for blandingsmisbruk, enten i form av alkohol og ulovlige rusmidler, eller i form av alkohol og reseptbelagte, narkotiske legemidler. Heldigvis vokser majoriteten av barna likevel ikke opp i disse omgivelsene, da opp mot 85% av barna ser ut til å bo i fosterhjem (Elgen et. al, 2006; Blackburn, Egerton & Carpenter, 2010, s. 142).

Mødrene til barna med FASD

«Det finnes ingen overgripere, kun offer» sa 19 år gamle Morgan Fawcett som selv lever med FASD (NOFAS, 2012). Selv om han selv lever for å formidle budskapet om hvor skadelig alkohol er for et foster bærer han ikke nag til sin egen mor. Flere pårørende bekrefter at både mor og barn er offer i disse situasjonene, og Erling Due Bergseth sier han er takknemlig for at hans mor i det hele tatt bar ham fram (Kulp & Kulp, 2013, s. 4; Solli, 2020). Jodee Kulp som er adoptivmor til en datter med FAS, ber folk tenke over Jesus sine ord om å kaste den første stenen før man dømmer disse kvinnene (Kulp & Kulp, 2013, s. 5). Mange kvinner som drikker sosialt aksepterte mengder alkohol står i fare for å skade sine ufødte barn, rett og slett fordi svangerskapene oppdages for sent.

Hvorfor drikker kvinner under svangerskapet?

Akkurat som at skadene barna kan få har mange sider, er det mange ulike årsaker som fører til at barn blir utsatt for alkohol under svangerskapet. I Norge er vi på verdenstoppen i å slutte å drikke når vi har anerkjent svangerskap. Men undersøkelser har vist at 78% av kvinner som selv planlegger å bli gravide ikke stopper å drikke før svangerskapet har blitt bekreftet (Løhaugen og Skarnes, 2018). I Sverige, og svært mange andre land som har tilnærmet lik drikkekultur som i Norge, rapporteres det at mellom 6-30% av gravide drikker alkohol i svangerskapet (Comasco et. al, 2017).

Det som blir rapportert som den hyppigste grunnen er sent oppdaget svangerskap (Løhaugen & Skarnes, 2018, s. 197). Langt over halvparten av kvinner i fertil alder drikker alkohol på lik linje med menn (60-80%) og 13% drikker alkohol daglig. Når man tenker over at omtrent halvparten av alle svangerskap ikke er planlagte står dermed veldig mange i fare for å ha delt

alkohol med barnet sitt på et eller annet tidspunkt. Undersøkelser har vist at 60% ikke vet at de er gravide innen uke 4 (Løhaugen & Skarnes, 2018). Noen kvinner kan ha få til ingen symptomer på svangerskap og kan dermed uvitende fortsette å drikke alkohol i flere måneder etter unnfangelsen (Løhaugen og Skarnes, 2018). Det er ikke overraskende at svenske undersøkelser viser at FASD forekommer oftere der svangerskapene har vært oppdaget sent (Comasco et. al, 2017).

Løhaugen og Skarnes oppgir den andre mest rapporterte grunnen til at mødre har drukket under svangerskap er manglende kunnskap om alkoholens skadelige effekt (Løhaugen & Skarnes, 2018, s. 197). Etersom både helsemyndighetene i Norge og Vinmonopolet selv (Vinmonopolet 2012) har jobbet hardt med informasjonskampanjer om dette kan man lett stusse over at dette fortsatt er mulig. Men gammel feilinformasjon dør sakte. Mange tror fortsatt det er trygt å drikke noen enheter i uken, og helsepersonell den gravide kan komme i kontakt med kan være blant dem som forfekter slike meninger (Olofsson og Lindemann, 2003, s. 42). Man bør også være klar over at informasjonskampanjer ikke når ut til alle. Ikke alle leser brosjyrene på venterommet, det er ikke sikkert at disse informasjonskampanjene har blitt publisert på alle språk. Det er heller ikke alle som tror på ubehagelige sannheter. Det har også vært en tendens til at FASD har vært mer utbredt i spesielle befolkningsgrupper, som i urbefolkningsgrupper (Kleinfeld, 1993). Man kan her lure på om myndighetene har gjennomført godt nok arbeid med å tilby tilpasset informasjon.

Den siste rapporterte grunnen for at mor har drukket alkohol under svangerskapet er relatert til avhengighetsproblematikk (Løhaugen & Skarnes, 2018). Norsk Helseinformatikk oppgir at ca 10% av befolkningen i Norge lider av alkoholisme, og at rundt 70 000 mennesker drikker en mengde alkohol som tilsvarer rundt en kvart liter brennevin daglig (NHI, 2018).

Barn av mødre med avhengighetsproblemer

Det er viktig å være klar over at de barna som vokser opp i alkoholiserede hjem, eller hjem med blandingsmisbruk, er ekstra utsatt. Heldigvis ser det ut til at majoriteten av barn med FASD havner relativt tidlig under barnevernets omsorg, men ettersom det er en så stor grad av underdiagnostisering kan det godt hende at flere enn vi er klar over av barna med medfødte russkader vokser opp i hjem hvor foreldrene aktivt misbruker rusmidler. Brandt og Grenvik påpeker at barna med kognitive skader har dårligere forutsetninger for å klare seg i slike

omgivelser, da de har særskilte behov og er virker mindre robuste enn andre barn (Brandt og Grenvik, 2010, s. 50), og Killén og Olofsson mener det er viktig å huske at det er svært skadelig å vokse opp i disse hjemmene selv for barn uten medfødte svakheter (Killén og Olofsson, 2003). Barna vokser her opp i et miljø preget av uforutsigbarhet, ustabilitet, foreldrene har ofte psykiske problemer, og barna står i fare for å oppleve understimulering, omsorgssvikt, vold og misbruk (Killén og Olofsson, 2003. s 10; Brandt og Grenvik, 2010 s. 51; Kvello, 2015, s. 347).

Men faktisk kan erkjent alkoholmisbruk være en forebyggende faktor for barna med medfødte ruskskader. Blant annet gir helse- og omsorgstjenesteloven mulighet for at man kan tvangsinnlegge gravide som utsetter sine ufødte barn for rusmidler (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2020, §10-3).

I Oslo finnes Aline Spedbarnsenter, hvor familier med barn utsatt for rusmidler i svangerskapet kan komme og bo opp til 8 uker under et utredningsopphold (Holm, 2013a). Her kan foreldre lære om hvordan de møter sitt nyfødte barns særskilte behov. Noen mestrer det, mens noen ganger er det for omfattende problemer hos foreldrene som forhindrer dem i å gi barna tilstrekkelig omsorg. Det er barnevernet som henviser til et opphold her (Holm, 2013a), og det er ikke usannsynlig at flere av barna som havner i fosterhjem tidlig allerede blir oppdaget her.

Barn og unge med FASD i skolen;

Hva skolen kan gjøre for å stimulere til utvikling og læring

Hvilke konsekvenser har de kognitive skadene for læring?

Mange med FASD kan ha gode verbale ferdigheter, mens språkforståelsen likevel er redusert (Kleinfeld, 1993, s. 4; Blackburn et. al, 2010). Dette kan føre til at mye av det de ikke forstår blir kamuflert av det gode overflatespråket. Mange forsøk på læring kan gå rett over hodet på dem, og de blir dermed stående igjen med begrenset forståelse av innholdet i skolen, enda de muligens kan gjenfortelle deler av fagstoffet (Morse, 1993, s. 32).

På et mer detaljert nivå vil skadene barna bærer med seg vise seg ved mange vansker man i spesialpedagogikken kan kjenne igjen fra en rekke andre nevrologiske forstyrrelser, og mye

av dette vil være allment for barn med utviklingshemning (Bjelland og Ruud, 2012, s. 9).

Det ser ut til at de kognitive vanskene barna har gjør det utfordrende å prosessere og integrere informasjon, et konsept som innebærer fire områder for læring, nemlig;

- **å ta inn informasjon**
- **å prosessere denne informasjonen**
- **å forstå hva som er forventet i situasjonen**
- **å fullføre oppgaven de har blitt presentert**

(Morse, 1993; Kulp & Kulp, 2013, s. 32).

Man tar inn informasjon via sansene. Mange av barna med FASD vil bare få med seg bruddstykker av verbal informasjon, eller de vil huske den i en rekkefølge som ikke gir mening. Fosterforeldre har observert at det kan virke som at mange av disse barna faktisk ikke er i stand til å høre det som blir sagt med mindre man har direkte øyekontakt med dem, og man holder seg til korte, konkrete beskjeder (Hinde, 1993). De kan også være distraheret av andre sanseinntrykk, da disse mange ganger kan virke sterkere inn på dem.

Å prosessere informasjon består av å tolke inntrykk. Dette er utfordrende for barn med disse skadene, blant annet fordi evnen til å lagre og innhente tidligere lært informasjon er redusert. De finner ikke igjen kunnskapen fra tidligere, og må fortolke informasjon uten forforståelser og erindring av tidligere erfaringer. Disse vanskene med hukommelsen kan føre til at det blir vanskelig for dem å oversette beskjeder til håndgripelige handlinger.

Den dårlige korttidshukommelsen kan for eksempel vise seg ved at barna velvillig kan si ja til å gå ut med søpla, men når de kommer til kjøkkenet har de fullstendig glemt hva det var de skulle gjøre der, og de kan begynne å vaske bordet istedenfor (Morse, 1993).

Mange lærere og foreldre blir svært overrasket over å observere at barna kan huske og forstå noe på mandag, mens kunnskapen på tirsdag er helt vekk (Kleinfeld, 1993 s. 2; Morse, 1993, s. 32). Dette fører til en veldig variasjon i fungering ettersom de tilsynelatende kan mestre og forstå noe en dag, for så å ha store vansker med å gjøre det samme neste dag (Kleinfeld, 1993; Kulp & Kulp, 2013).

Det å forstå hva som forventes av dem i en konkret situasjon er dermed utfordrende, da det å avkode selve beskjeden i seg selv er vanskelig. Dette blir ikke lettere av at barna ser ut til å ha

vansker med å generalisere læring (Bjelland og Ruud, 2012, s. 9; Morse, 1993, s. 33; Lutke, 1993, s. 89). Dette vil i praksis si at de kan lære seg at de må banke på døra til naboen før de går inn, men de forstår ikke at dette gjelder alle ytterdører til alle hus. Dette, kombinert med manglende evne til å huske tidligere lignende erfaringer og ta lærdom av dem kan muligens være en forklaring på hvorfor det ser ut til at barna med FASD sliter med å være «føre var» og lære av sine egne feil, men ser ut til å gjenta samme feilene gang på gang, en tendens man også ser hos barn med ADHD (Rønhovde, 2018, s. 125-126).

Når alle disse vanskene er til stede i de første tre punktene av det å prosessere og integrere læring blir det ikke nødvendig å utdype hvorfor det å fullføre oppgaven som har blitt presentert kan være vanskelig. Dessverre fører manglende forståelse for barnas reduserte kognitive fungering ofte til at barna lett kan bli stemplet som rampete, trassige, vrange, late og uregjerlige (Kleinfeld, 1993; Kulp & Kulp, 2013).

Lærerens rolle og holdninger

Skolehverdagen kan by på utfordringer for mange, men for barn med FASD kan skolehverdagen by på flere og annerledes utfordringer enn for de fleste. Bjelland og Ruud hevder samtidig at mange av metodene som er nødvendig for å undervise et barn med FASD kan være fordelaktig for den øvrige klassen (Bjelland og Ruud, 2012).

Det grunnleggende og kanskje det viktigste for barna med FASD er *tydelige rammer* og *fast struktur*, tilrettelagt av *tydelige, konsekvente, omsorgsfulle voksne*. Fosterforeldre har observert at om omgivelsene er kjente og forutsigbare gir dette barnet en stor ro, og dermed bedre muligheter til å fokusere læring (Morse, 1993, s. 34; Caldwell, 1993, s. 100).

Noe av det mest avgjørende man som lærer kan gjøre for barna er å få mest mulig kunnskap om deres særegne måte å fungere på, og å ha en åpen, positiv holdning i møte med dem. Bjelland og Ruud skriver i sine anbefalinger at man som pedagog må lære seg å observere og tolke uhensiktsmessig adferd undrende, fremfor å slå ned på upassende eller forstyrrende adferd som «feil». Sannsynligvis er negativ adferd fra disse barna et uttrykk for at de strever, at de ikke forstår, eller at de er overstimulerte (Bjelland og Ruud, 2012, s. 15-16).

Mange lærere og omsorgspersoner opplever en stor forandring i egne holdninger når de endrer forståelsen fra «dette barnet vil ikke» til å tenke at «dette barnet klarer ikke» (Bjelland og Ruud, 2012; Lutke, 1993). Barna vil ofte kunne gjenta instruksjoner, men likevel oppleve

at de ikke kjenner eller finner stegene som må til for å gjennomføre det de har blitt bedt om. Dette kan komme mindre tydelig frem på grunn av den store diskrepansen mellom verbale ferdigheter og faktisk forståelse. Å være bevisst på disse og andre vansker vil gi en tydelig effekt på hvordan vi håndterer situasjoner som oppstår (Bjelland og Ruud, 2012, s. 16).

Både lærere og fosterforeldre har opplevd at noen lærere kan ha en noe romantisk tilnærming til barna, hvor de ikke ønsker å lese barnets papirer eller sette seg inn i diagnoser, for å møte dem «uten forforståelser» (Engh, 2014, s. 63; Lutke, 1993). Dette er ikke faglig holdbart når det kommer til barn med så omfattende behov. Lærere kan muligens benytte seg av en slik tilnærming om de møter barnet god tid i forkant av at det skal begynne på skolen, men innen barnet skal begynne på skolen er det avgjørende for et godt læringsmiljø at læreren er godt forberedt og har en grundig forståelse og kunnskaper om den spesielle tilstanden og det individuelle barnet (Lutke, 1993, s. 91; Bjelland og Ruud, 2012, s. 15).

Det kan være en utfordring om du som pedagog opplever å stå alene med kompetansen og forståelsen omkring dette barnet. Det er derfor viktig å engasjere hele skolesamfunnet i eleven med FASD. Bjelland og Ruud foreslår at kollegiet kan reise på kurs, eventuelt at man kan invitere fagpersoner eller foreldre til å holde kurs for kollegiet på et lærermøte (Bjelland og Ruud, 2012, s. 20). Selv om det vanligvis ikke er praksis anbefales det å forbli involvert i en elev med FASD i opp til ett år etter at det bytter klasse eller skole, da den nye læreren vil trenge din støtte og erfaring med eleven (Bjelland og Ruud, 2012, s. 20). Mange med FASD har hatt svært negative erfaringer ved skifte av lærer og skole, og det er derfor viktig å sørge for at kunnskapen om barnet og problematikken ikke stopper med deg.

Fysiske og materielle rammer

Da mange er sensitive for sanseinntrykk kan det fysiske klasserommet tilby mange distraksjoner. Bjelland og Ruud anbefaler derfor at man bør sørge for at en elev med FASD alltid blir tildelt fast plass i klasserommet på begynnelsen av skoleåret, og at denne blir markert som deres (Bjelland og Ruud, 2012, s. 19). Å sitte langt foran i klasserommet skjerner dem fra distraksjoner fra medelevene, gir dem bedre mulighet for direkte kontakt med læreren, og blir en del av den faste strukturen. Om nødvendig kan plassen til eleven markeres fysisk med for eksempel maskeringstape på gulvet, ettersom de ikke har en sterk opplevelse av grenser selv (Lutke, 1993, s. 76; Bjelland og Ruud, 2012).

Man bør sørge for å ha minst mulig distraherende ting på veggene i klasserommet, og rydde vekk materiell som ikke er i bruk (Lutke, 1993, s. 76; Bjelland og Ruud, 2012; Carpenter, 2011, s. 40). Døren til gangen burde alltid være lukket, man bør være bevisst på lyssettingen i klasserommet. Det kan være godt for eleven å få et rolig, skjermet hjørne i klasserommet hvor det kan trekke seg tilbake og roe seg ned om det blir overveldet (Bjelland og Ruud, 2012; Carpenter, 2011, s. 40-41).

Fysiske rammer kan også forsterkes ved visuelle hjelpemidler. En godt synlig timeplan for dagen kan være godt for mange barn, og eleven med FASD kan gjerne få dette, gjerne med visuelle hjelpemidler som symboler, klistret på hennes pult. Ting som brukes ofte, som alfabetet eller gangetabeller kan også festes til elevens pult (Bjelland og Ruud, 2012). Eldre barn som mestrer det kan ha lister over dagens gjøremål i lommene (Lutke, 1993), og det finnes utvilsomt mange muligheter for digitale hjelpemidler som kan være fordelaktig for barna med FASD.

Som tidligere nevnt kan de ha en del utfordringer med hukommelsen, noe som kan føre til at de lett kan miste og glemme viktige gjenstander som for eksempel bøker og skolemateriell. Bjelland og Ruud anbefaler derfor at barna skal få utlevert to sett med skolebøker, ett de kan ha på skolen og ett de kan ha hjemme (Bjelland og Ruud, 2012). Dette vil også gjelde for øvrig skolemateriell som fargeblyanter, skrivesaker, kalkulator og linjal. Det er viktig at læreren er bevisst på dette og har ekstra materiell tilgjengelig for dette barnet, ettersom det kan støtte barna mye om de får mulighet til å bruke alt som finnes av hjelpemidler (Bjelland og Ruud, 2012). Blant annet kan de gjerne bruke en linjal for å følge med på linjene når de leser.

Pedagogisk tilrettelegging

Barn med FASD har som tidligere nevnt store vansker med å forstå og omsette verbale beskjeder. Dette kan være vanskelig for de rundt å forstå med det første, ettersom mange av barna kan være flinke til å uttrykke seg verbalt (Bjelland og Ruud, 2012, s. 10; Carpenter, 2011). De kan lett se ut som de lytter, og de kan gjøre det også, men hjerneskaden deres gjør det vanskelig å omsette beskjeden til noe de faktisk kan handle ut fra (Rathbun, 1993, s. 307).

Ettersom de har en veldig billedlig forståelse vil visuelle hjelpemidler ha en god effekt på barna, og et fravær av dette fører til at mange med FASD ikke får med seg det som blir sagt (Blackburn et. al, 2010, s. 141-142). Siden verbale beskjeder kan være en stor utfordring er det lurt at læreren er bevisst på dette og sørger for å ha elevens fulle oppmerksomhet før hun gir en beskjed. Det kan være en god hjelp om læreren står foran en ren, nøytral bakgrunn, som en ren tavle, og hun bør holde seg til korte, konkrete beskjeder. Det kan også være lurt å forsterke beskjedene visuelt, for eksempel ved å holde en bok når det er lesetid (Bjelland og Ruud, 2012, s. 18). I fortellerstund kan hun gjerne bringe inn rekvisitter som forsterker det hun forteller om. Carpenter hevder at læring via sansene vil være veldig mye lettere for dem å begripe, så å bringe inn elementer i skoletimen som stimulerer andre sanser vil være svært gunstig for dem (Carpenter, 2011, s. 39). Det finnes ingen grenser for hva dette kan bestå av, men man bør være bevisst på å være forsiktig med stimuli som kan virke for sterkt på barna, for noen kan det være skarpe lyder, for andre kan det være lukt, hva det er som vil bli «for mye» vil som regel variere fra barn til barn. Jeg mener man også bør være bevisst på omgivelser som kan virke overstimulerende på et sensitivt barn. Man kan lett tenke seg at musikk og sløyd, eller timer utendørs kan gi mange gode sanseinntrykk og stimulere motorisk urolige barn, men jeg har selv erfart at dette fort kan bli for ustrukturert og bråkete for en del sensitive barn. Nettopp av denne grunnen mener jeg det er veldig viktig å bli godt kjent med det individuelle barnet man forsøker å undervise. Mange velmente, gode råd fungerer godt for «det typiske» barnet med en diagnose eller tilstand, men det er ganske mange barn som avviker fra det typiske, enda diagnosen stemmer.

En av de største utfordringene man som lærer vil oppleve med barna med FASD er en stor inkonsistent ved prestasjoner (Bjelland og Ruud, 2012, s. 9; Kleinfeld, 1993, s. 2; Morse, 1993, s. 32; Kulp & Kulp, 2013). Jodee og Liz Kulp beskriver dette som at de gjerne kan huske noe den ene dagen, mens det neste dag er som fordampet (Kulp & Kulp, 2013, s. 24). Som et frustrert barn med FASD uttrykte til sin fostermor «Du kan ikke forvente det samme av meg hver dag. Noen dager kan jeg, noen dager kan jeg ikke» (Yureck i Kulp & Kulp, 2013, s. 2, egen oversettelse).

Pedagoger har på grunn av dette forsøkt å utvikle en alternativ modell for disse barna som inneholder tre forskjellige typer oppgaver; en hovedoppgave, en utvidelse, og en støtteoppgave. Med denne modellen kunne læreren se an elevens dagsform og velge dagens oppgave ut ifra hva barnet var mentalt tilgjengelig for å lære den gitte dagen. Var eleven svært

uroelig ville kanskje kun støtte-aktiviteten være aktuell, mens om barnet var rolig og konsentrert kunne de klare å jobbe med hovedoppgaven eller til og med utvidelsene av hovedoppgaven. Ved utprøving av denne metoden så man at barna ikke falt utenfor, men opplevde mestring uansett dagsform. Disse oppgavene skulle alltid ha en klar sammenheng med noe de hadde lært tidligere (Carpenter, 2011, s. 40-41).

Det kan vært aktuelt å gi elever med FASD materiell som er beregnet på barn som er et par år yngre og man bør alltid gi barnet ekstra tid på å fullføre oppgaver (Bjelland og Ruud, 2012). Noen profiterer på hyppige pauser, og mange kan få ut mye motorisk uro ved for eksempel å få lystbetonte oppgaver som krever at de beveger seg, som å dele ut bøker til klassen, vaske tavlen eller spisse blyanter (Bjelland og Ruud, 2012, s. 18). Andre vil trenge å løpe en tur rundt skolebygget, mens flere kan ha stor nytte av å få ha noe i hendene til å fikle med (Carpenter, 2011, s. 40). Det blir også anbefalt at man bør la yngre elevene ligge på gulvet eller stå bakerst i klasserommet mens de arbeider, om dette kan hjelpe dem holde fokus (Bjelland og Ruud, 2012).

Tall og tid

Barna med FASD kan ha veldig svak forståelse av det abstrakte, noe som fører til utfordringer på flere områder (Bjelland og Ruud, 2012, s. 9; Kulp & Kulp, 2013, s. 23). I mange skoler foregår det en skiftning fra det mer konkrete til det abstrakte rundt 10-års alderen. HABU Arendal mener dette er grunnen til at barn først blir henvist til dem for utredning ved denne alderen (Løhaugen & Skarnes, 2018).

Både tall og tid er abstrakte begreper, og mange kan ha store vansker med dette. Men det er ikke en regel, og man bør være klar over at det også finnes barn med FASD som ikke sliter med matematikk. Likevel vil matematikk kunne bli en spesiell utfordring for de fleste. Mange barn med FASD vil ha stor nytte av å få bruke kalkulator i mattetimer, og flere har god erfaring med å la barna spille matematikkspill på datamaskiner (Wortley & Wortley, 1993). Noen vil også å god nytte av å få si oppgavene høyt når de skal løse den, og selv om det ikke burde være en regel kan det være en fordel å la barna telle på fingrene om det er nødvendig (Phillpot & Harrison, 1993; Kvigne, Struck, Engelhart & West, 1993).

Med vansker med tallforståelse kommer også konseptet av tid. Jan Lutke skrev at alle hennes

10 fosterbarn med FASD slet med å forstå at 09:55 var det samme som fem på ti, og at dette var nærme kl 10. De opplevde også store utfordringer ved forsøk på å få et barn med FASD til å gå til en avtale ved et bestemt klokkeslett, da barnet ikke så på klokken ved det nøyaktige klokkeslettet 09:45, og tilbrakte resten av dagen med å vente på at klokken skulle bli 09:45 (Lutke, 1993, s. 81). Hendelser som dette ville i dag vært enkelt å unngå med ved bruk av en digital klokke med programmerte alarmer for slike ting, så fremt barnet ikke mister klokken. En person jeg har arbeidet med viser utfordringer med dette ved at han begynner han gjerne begynner å vente en time i forveien om han venter på noe eller noen, og han står i vinduet og speider med en utålmodighet som skulle tilsi at de han ventet på var sent ute. Han har flere ganger møtt opp til avtaler opp til to timer før avtalt tid. Dette er ikke utypisk for unge med FASD, da de heller gjør det enn å risikere å komme for sent (Malbin, 1993).

Sosiale utfordringer og tilrettelegging for positive sosiale erfaringer

Mange av barna med FASD utmerker seg ved at de fremstår som åpne, blide og sosiale (Wortley & Wortley, 1993, s. 180; Caldwell, 1993, s. 124; Groves, 1993).

Barnet jeg selv ble kjent med ved arbeid i skolen ble gjentatte ganger utpekt som klassens mest populære lekekamerat, og var alltid hyggelig, omsorgsfull og kjærlig mot andre. Nettopp dette kan være en av deres styrker, men det er også sider av det sosiale som kan gjøre dem mer sårbare.

Det kan være vanskelig for barna å forstå sosiale koder, og de kan lett overse eller ikke forstå tonefall, kroppsspråk og gester (Bjelland og Ruud, 2012, s. 12). Det kan være lett for dem å gå over andres grenser ved å stå for nær dem eller bruke et ufint språk, de har vansker med å oppfatte når deres adferd sjenerer eller skader andre. Enkelte også utvise upassende sosial adferd ved å være for vennlig, for eksempel kan de berøre andres klær eller hår, og slite med å skille mellom privat og offentlig (Bjelland og Ruud, 2012; Kulp & Kulp, 2013, s. 6; Rangmar, Aronsen, Sandberg og Fahlke, 2015; Rangmar, Aronsen, Sandberg og Fahlke, 2016).

Jeg jobber selv for en ung mann som opplever mange av disse utfordringene. Han går til stadighet i bar overkropp, enda flere i kollegiet gjentatte ganger har uttrykt eksplisitt at de synes dette er ubehagelig, da han også har en tendens til å stå veldig nærme andre. Han kan også bruke et svært ufint språk, snakke høyt om upassende tematikk eller komme med sterkt kritisk, fiendtlige og dømmende meninger, men blir veldig lei seg hvis andre blir opprørt eller

såret av noe han sier. Han blir da svært forvirret, for han «mente jo ikke noe galt med det han sa».

Fosterforeldre til barn med FASD har observert at barna ofte viser redusert dømmekraft, noe som kan gjøre dem mer utsatt for å bli utnyttet og å havne i farlige situasjoner (Hinde, 1993, s. 140; Lutke, 1993, s. 83). Det er heller ikke sjelden at de uttrykker lite forståelse for å ha gjort noe galt, noe som har blitt tolket som liten evne til samvittighet (Morse, 1993). Jodee og Liz Kulp setter dette i sammenheng med en redusert evne til årsak- og virkning-tenkning, for svært mange av barna har stor omtanke og kjærlighet for de rundt seg (Kulp & Kulp, 2013, s. 11). Men denne tilsynelatende motstridende tendensen kan forvirre mennesker rundt dem, og man kan lett lure på om de egentlig bryr seg om andre eller om dette er kun når det passer dem. Noe faglitteratur vil påstå at de ikke har empati, men flere fosterforeldre avviser dette tvert og opplever sine barn som svært omsorgsfulle og empatiske (Groves, 1993, s. 52; Caldwell, 1993, s. 116). En ung mann jeg jobber med viser vansker med å forstå konsekvenser av sine egne handlinger, noe som blant annet har ført til at han har blitt anmeldt til politiet flere ganger for å kjøpe alkohol og tobakk til mindreårige. Han gir lett bort både penger og gjenstander, noe som heller ikke er utypisk for barn med FASD (Caldwell, 1993, s. 123), og har ved mange anledninger blitt utnyttet økonomisk og praktisk av både yngre ungdommer, jevnaldrende og sine egne foreldre. Når jeg forklarer ham dette sier han at det går greit, fordi han er glad i dem og vil at de skal ha det greit.

Barry Carpenter mener skolen kan bidra til å forebygge negative sosiale erfaringer ved å gjennomføre rollespill med barna, hvor de kan øve på forskjellige scenarioer barnet lett kan komme opp i (Carpenter, 2011). Man kan også forebygge negative sosiale opplevelser for barnet ved å unngå å utsette det for krevende situasjoner, blant annet ved å la det stå først i kø-situasjoner, så det ikke dytter og forstyrrer klassekameratene som venter i kø (Bjelland og Ruud, 2012, s. 17). Det å gi barnet oppgaver som krever at den beveger seg slik tidligere nevnt kan også forhindre at eleven forstyrrer og sjenerer klassekameratene. Mange av barna vil også trenge å bli undervist om det «personlige rom».

Da mange har vansker med følelsesregulering og kan bli noe eksplosive eller fortvilte kan man i tillegg lære barna korte setninger de kan bruke for å roe seg ned eller stoppe momentant i tilfelle de skal til å gjøre noe farlig eller ting holder på å eskalere veldig og barnet begynner å bli for overstimulert til å tenke (Lutke, 1993, s. 84; Bjelland og Ruud, 2012, s. 17; Kulp & Kulp, 2013, s. 18). Dette kan virke litt nedverdiggende og minne om adferdsterapi, som flere

ikke ønsker benytte seg av, men i situasjoner hvor det er snakk om at barnet holder på å miste kontrollen, eller det er fare for liv og død kan det være godt å ha noen verktøy (Lutke, 1993). Det er også viktig å huske at foreldrene ofte har de beste strategiene for å håndtere adferd og utbrudd hos sine barn, og vi bør be dem om råd og alltid samarbeide tett med dem (Bjelland og Ruud, 2012). Noen barn kan lett akseptere at regler og rammer er litt forskjellige fra et sted til et annet, som at noe er lov hos bestemor, men ikke hjemme eller på skolen, men jeg vil anta at dette ikke vil fungere så godt med disse barna, og at det vil være enklest å orientere seg for dem i en verden hvor de fleste arenaer har like regler og konsekvenser.

Friminutt og overganger

Overgangen fra en aktivitet til en annen er ofte utfordrende for barna med FASD (Kulp & Kulp, 2013, s. 21). Det kan være vanskelig å skifte fra en aktivitet til en annen i løpet av en skoletime, og overgangen fra time til friminutt kan være utfordrende om den kommer uten forvarsel. Det kan være vanskelig til helt umulig å forholde seg til endringer i faste rutiner, da det er vanskelig for barna å skape indre strukturer (Bjelland og Ruud, 2012, s.11+ 14; Kulp & Kulp, 2013, s. 21; Rathbun, 1993, s. 308). Dette blir ikke alltid forstått av de rundt barnet, ettersom de motstridende nok kan være ganske impulsive selv. Om en fast rutine skal endres eller avvikes fra er det viktig at barnet er informert om dette og forberedt på det god tid i forveien.

Det første man som lærer bør gjøre er å sørge for færrest mulig overganger i løpet av en skoletime, og man kan lette overgangene som er ved innlæring av et fast signal, som for eksempel en bankelyd (Bjelland og Ruud, 2012, s. 17). Det kan her være lurt å bli enig med eleven om hva denne lyden skal være, da enkelte lyder kan «gå dem på nervene». Blant annet blir det ikke anbefalt å bruke bjeller eller høye, skarpe lyder. De kan også gjerne få forvarsel i forkant av en overgang, som «nå er det 15 minutter til vi skal skrive, nå er det 10 minutter, nå er det 5 minutter, nå skal vi skrive». Elevene burde alltid ha én til én oppsyn under friminutt, for å forebygge eventuelle konflikter, og en assistent eller en klassekamerat bør følge eleven til og fra timer og til skolebussen (Bjelland og Ruud 2012, s. 17; Lutke, 1993, s. 83).

Legge vekt på styrker

Opplevelsen av mestring i skolehverdagen er viktig for at barnets skal utvikle god selvtillit. Skole og hjem bør være i forkant slik at barna kan unngå for mange mislykkede forsøk på

læring (Lutke, 1993, s. 89; Caldwell, 1993, s. 118). Ved å hjelpe barnet med å forstå hvordan de skal gå fram for å gjennomføre det som forventes kan man gi barnet økt mestringsfølelse og bedre selvtillit (Blackburn et. al, 2010).

Siden barn med FASD har omfattende og varierte utfordringer kan det være lett å fokusere primært på dette, fremfor styrkene de har. For sterke sider har de, og de vil nyte godt av å få dem løftet fram. Mange er svært kreative og kunstnerisk anlagt, muligens fordi de nettopp ser ting på en annen måte enn andre (Bjelland og Ruud, 2012, s. 22; Groves, 1993, s. 52). Mange er også praktisk anlagt og finner stor glede i å jobbe fysisk og skape noe. Det finnes suksesshistorier med voksne som har klart seg godt som kunstnere, kunstlærer, kokker, veterinærassistenter og rørleggere (Bjelland og Ruud, 2012). Mange har stor empati og forståelse for dyr og små barn, og kan dermed lykkes med både barnepass og stell av dyr. Faktisk kommer arbeid med dyr opp gang på gang som en beskyttende faktor for barn med FASD, da mestringen og sosialiseringen de opplever ved arbeidet med dyr ser ut til å styrke dem og gi dem mye tilbake (Bjelland og Ruud 2012; Kulp & Kulp, 2013, s. 25). En ung mann jeg jobber for har for eksempel endret mye av sine negative holdninger og redusert aggressiv adferd etter at jeg ga ham en ganske masete og klengete katt.

Noen opplever også suksess i militæret, og nyter strukturen og de klare rammene som finnes der (Bjelland og Ruud, 2012). Dette kan være særskilt aktuelt for de av barna som er atletisk anlagt. Selv om noen har dårlig koordinasjon vil mange av barna kunne trene opp dette ved svømming og løping, som de dessuten opplever som beroligende, og de kan ha gode muligheter til mestring i sport (Groves, 1993, s. 51). For de som mestrer dette vil også lagsport kunne tilby en god arena for sosialisering og samarbeid med andre, ettersom det finnes tydeligere rammer innenfor dette enn det er i normal sosial omgang.

Hjemmene de lever i, samarbeid og utfordringer

Da svært mange barn med FASD bor i fosterhjem er sannsynligvis foreldrene man vil ha mest kontakt med nettopp fosterforeldre. Skolen burde alltid bestrebe å utvikle et godt samarbeid med foreldrene, da mange foreldre er ressurspersoner når det kommer til FASD, og de er dessuten eksperter på sine barn. Vi må ikke være redde for å lære av dem, og vi bør være bevisst på å ikke undergrave det intense arbeidet de gjør for sine barn (Lutke, 1993, s. 74). Et tett samarbeid med dem kan være helt avgjørende for å kunne hjelpe barnet best mulig (Bjelland og Ruud, 2012, s. 16). Amerikansk litteratur fra 90-tallet inneholdt mange

fortellinger fra fosterforeldre som opplevde at de måtte kjempe for sine barn i kontakt med helsevesen og skole, på grunn av manglende kunnskaper om tilstanden (Groves, 1993; Lutke, 1993, s. 74), og skolen bør være bevisst i at foreldre kan ha møtt slike hindringer, da det ikke er helt usannsynlig ettersom tilstanden ikke er så kjent som den burde være.

Noen barn lever fortsatt hos sine biologiske foreldre. De av dem som har klart å ta inn over seg situasjonen og har fått adekvat hjelp til egne eventuelle rusproblemer vil også kunne være ressurspersoner skolen kan samarbeide godt med. Her er det viktig at skolen ikke holder noen fordommer mot disse foreldrene. Som tidligere nevnt er det flere og komplekse grunner til at en mor drikker alkohol under svangerskapet. Mange av oss har sannsynligvis gjort det selv på et tidspunkt.

Den siste gruppen foreldre vi kan møte på er foreldrene hvor det fortsatt foregår et skadelig forbruk av alkohol. Dette vil i mange tilfeller være den mest utfordrende gruppen å samarbeide med. Skolen og PPT kan ikke iverksette noen form for utredning og sakkyndig vurdering uten foreldres samtykke (Utdanningsdirektoratet, 2015), og foreldre som mistenker at de kan være skyld i barnets utfordringer kan nekte å gi dette samtykket i frykt for å få sitt alkoholmisbruk avslørt. Noen kan gå så langt som å flytte til en annen kommune om de frykter skolen eller andre vil sende bekymringsmelding til barnevernet (NRK, 2013; Langset, 2011).

Mange i skole og barnehage kan mistenke at det forekommer alkoholmisbruk i et hjem, men unngår å gjøre noe med saken av frykt for å gjøre feil eller fordi de føler at de mangler kompetanse på området (Johnsen, 2011). Borgestadklinikken har derfor utviklet et kursopplegg kalt «Den nødvendige samtalen», hvor de gir konkrete eksempler på hvordan man kan gå fram for å forsøke å møte disse foreldrene og jobbe for å forbedre situasjonen for barnet (KoRus Sør, 2017).

Barn med FASD i steinerskolen

Om steinerpedagogikk

Steinerskolen bestreber å tilby en oppdragelse til frihet. Dette formidles gjennom et levende engasjement hos læreren som skal gi grunnlaget for å forstå sammenhenger og konsepter i den verden som omgir barnet. Målet er å gi barnet det det trenger for å kunne bli ett fritt tenkende og erkjennende individ. Pedagogikken bygger på en helhetlig forståelse av mennesket, hvor

man ser mennesket som motivert og drevet av forskjellige sjels-krefter, som fra barndom til tidlig voksen alder hovedsakelig er tanken, følelsen og viljen.

Ifølge Steiner dominerer disse tre forskjellige sjels-krefter i forskjellige tidsperioder bestående av 7 år, og steinerpedagogikken bygger på dette konseptet. Her forstås det som at viljen er dominerende i den første perioden på 7 år, følelsene i den andre, og tanken i den tredje perioden (Steinerskoleforbundet, 2014).

Siden mennesket ikke lever kun i det intellektuelle blir det lagt stort vekt på kunst, og det kunstneriske skal være tilstedeværende i de fleste aspekter av skolen. Det er kunstnerisk bearbeidelse i de fleste av fagene (Steinerskoleforbundet, 2014, s. 8-9). Skolen forstår også sansingen som grunnleggende nødvendig for læring og utvikling (Steinerskoleforbundet, 2014, s. 19). Det blir også lagt stor vekt på å skape en rød tråd i alt som undervises, og nye ting som blir presentert skal ha en sammenheng med noe barna har lært tidligere, slik at barna etterhvert lærer å se en større sammenheng (Steinerskoleforbundet, 2014, s. 21-22).

Skoledagen i seg selv er bygget opp etter en avdeling av tanke, følelse og vilje, og hver enkelt time er også strukturert etter dette, med først det teoretiske, så det øvende og til slutt det bearbeidende.

Den første delen av skoledagen består av hovedfag, en periode hvor læreren formidler fagstoff via fortelling, og barna i etterkant bearbeider dette i individuelle tegne- og skrivebøker (Steinerskoleforbundet, 2014, s. 12). I denne perioden er det hovedsakelig tanken som engasjeres, enda også følelsene må vekkes for at fagstoffet skal gjøre inntrykk på elevene. Hovedfag varer frem til matpausen, og etter denne har de fagtimer med de mer øvende fagene som språk, matematikk og noen av kunstfagene, og man kaller dette for rytmisk del. Rytmene i det øvende skal synke inn i følelsene. Dagen avsluttes med en de mer praktiske og kunstneriske fagene, som kroppsøving, eurytmi, mat og helse eller håndarbeid. Nå er hodet gjerne fullt for dagen, og de kan bearbeide det teoretiske på en mer viljes-betont måte (Steinerskoleforbundet, 2014).

Altså fokuserer man undervisningen i den første perioden på opplevelser og sanseerfaring, mens den i den neste perioden rettes mot barnets følelsesmessige opplevelser og relatering til fagstoffet, da man mener barnet ikke er i stand til å benytte seg av voksnes ferdigtenkte, innlærte sannheter (Kranich, 2003, s. 69). Om en voksen derimot deler sine bevisste bilder kan de lære gjennom lærerens erfaringer og fortellinger, da det er barnets opplevelsesmessige og billedskapende evner som vil gi barnet inntrykk og læring som varer (Steinerskoleforbundet, 2014, s. 13). Å moralisere har lite for seg, mens egen-erfarte eller

ektefølte fortellinger er av stor interesse. Undervisning som i for stor grad retter seg mot det intellektuelle vil pasifiserer og trette barnet (Steinnes, 2004, s. 398), og gir ingen opplevelse som blir med barnet videre.

Ved overgangen til denne tredje perioden har det følelsesmessige begynt å stabilisere seg, og ungdommen er ideelt sett er mer emosjonelt stabil og tilregnelig (Lievegoed, 2005, s. 22). Mens læringen fra den første perioden ligger i det drømmeaktige underbevisste, lagres det som ble lært i den andre perioden semi-bevisst, mens det som nå skal læres er fullstendig bevisst (Lievegoed, 2005, s. 117). Ungdommen skal i løpet av denne perioden kunne ta selvstendige, fri avgjørelser, og det er viktig å styrke deres dømmekraft (Kranich, 2003, s. 70). Det er nå linjene i faget, ikke fortellingene, som legges vekt på, og eleven skal kunne gjennomskue faget selv (Steinerskoleforbundet, 2014).

Fagene i skolen undervises slik at norsk som fag skal hjelpe barnet å forstå kulturen rundt seg, samt gi begreper som fordrer gode tankeprosesser. Skolens matematikkundervisning tar ikke bare utgangspunkt i det matematiske, men også det historiske bakteppet for matematikk og de har i tillegg kunstneriske tilnærminger til faget, som geometrisk tegning o.l. Denne typen kunstneriske tilnærming til fagstoff går igjen i alle fag. Religion og livssyn skal gi elevene innsikt i relevante religioner som har vært med på å forme kulturen vi lever i, men det skal også gi innsikt i andre livssyn (Steinerskoleforbundet, 2014). Naturfagene omfatter biologi, astronomi, kjemi, fysikk og geografi, og lik Steiner anbefalte læres ikke disse fagene separert, men samtidig for å hjelpe barna se sammenhengene i verden rundt seg (Steiner, 2010). Engelsk og fremmedspråk kommer inn tidlig, hvor et av de overordnede målene er å få innsikt og en empatisk forståelse av andre kulturer. Samfunnsfagene, historie og kunsthistorie skal også bidra til økt forståelse av den verden barnet er en del av. Videre kommer kunst og håndverk som viktige fag, samt musikk, kropp og helse, kroppsøving og friluftsliv, eurytmi og IKT (Steinerskoleforbundet, 2014).

Fordeler og utfordringer for barn med FASD i steinerskolen

På grunnlag av momentene jeg nå har nevnt ønsker jeg å se på styrkene og utfordringene steinerpedagogikken kan tilby barna. Det finnes flere fordeler i steinerskolen for barn med FASD, som så sårt trenger sine behov dekket for å få forutsetningene for å lære.

En av fordelene med steinerskolen vil da nettopp være den faste og gjenkjennelige strukturen av skoledagen. Formen på skoledagen avviker nemlig ikke selv om lærestoffet varierer når temaene i hovedfag endres (Steinerskoleforbundet, 2014, s. 12). Dette gir elevene en gjenkjennelig struktur på dagen som de trygt kan hvile i.

Jeg tror også at det at man i steinerskolen bestreber å lage en rød tråd og skape sammenheng i læringen er av stor betydning for barna med FASD, ettersom de selv kan ha vansker med å sette ting i sammenheng. Undersøkelser hos voksne med FASD viser at mange av dem har en lav opplevelse av visse sider av «Sense of Coherens», en tilstand formulert av sosiolog Aaron Antonovsky, som omhandler opplevelsen av ting som meningsfulle, håndterbare og forståelige (Rangmar et. al, 2015). Her tror jeg steinerskolen vil kunne bidra til å styrke dette, da de benytter seg av flere metoder for å se og forstå sammenhenger.

Mange barn med FASD er svært kreative og kunstnerisk anlagt, og de har som allerede nevnt gode forutsetninger for å drive med kunst på et profesjonelt nivå. Her vil steinerskolen kunne styrke dem. Den kreative bearbeidelsen av fagstoffet vil kunne gi barna flere visuelle knagger å henge lærestoffet på. Det kan også være mulig å oppdage det om barnet ikke har forstått hva som har blitt undervist om de tegner noe som avviker veldig fra det læreren har snakket om.

En annen styrke i steinerskolen er vekten som blir lagt på å lære via forskjellige kanaler, hvorav flere innebærer sansestimuli. Da barna med FASD har en svakhet i sin verbale forståelse vil intellektualisert læring være vanskeligere for dem å gripe an, mens en læring via sansene er mye mer tilgjengelig for dem. Her har steinerskolen sine klare fordeler med sitt fokus på bevegelsesutfoldelse, sanseerfaringer, emosjonell åpenhet, og kombinasjonen av flere sanseerfaringer, samt bruken av tegn, markeringer og symboler som markerer aktiviteten og overgangene (Steinerskoleforbundet, 2014, s. 19-20). Blant annet tenner man gjerne et lys før en fortellerstund, man ringer i en liten bjelle eller spiller en liten melodi på et instrument, og for de yngre barna finnes både ryddesanger og bordvers.

I småskolen legges det stor vekt på barnas egne evner til billedskapning, og her har barna med FASD gode muligheter til å fungere like godt som sine jevnaldrende, ettersom de ofte har god fantasi. Som Sally Caldwell sa om sin adoptiv sønn med FAS «selv om hjernen hans har tatt skade av alkohol, har sjelen hans ikke det» (Caldwell, 1993, s. 124, egen oversettelse). Da vil

en undervisning som rettes mot følelsene, slik undervisningen skal være for barn mellom 7-14 år, være godt for disse barna (Steinerskoleforbundet, 2014, s. 14).

Behov for spesialpedagogiske metoder også i steinerskolen

Selv om det er mange fordeler med undervisningsformen i småskolen er ikke steinerskolen reservert mot å møte utfordringer ved undervisning av barna med FASD. Mange vil kunne ha gode år i småskolen, og flere familier erfarer at steinerskolen har en større takhøyde for barn som er annerledes (Holm, 2013b). Den store hindringen for barna, som er overgangen fra det konkrete til det abstrakte kommer likevel også i steinerskolen, mot slutten av 4-klasse og i 5 klasse (Steinerskoleforbundet, 2014, s. 14; Holm, 2013b, s. 26).

Her må pedagogen være forberedt og bevisst på når disse overgangene kommer. Det vil kunne hjelpe barna om pedagogen finner måter å skape gode overganger som kan bidra til at terskelen fra det konkrete til det abstrakte blir mer overkommelig. Da det blir anbefalt å gi elever med FASD læringsmateriell og lærebøker beregnet på yngre barn kan man muligens fortsette med de følelses-rettete undervisningsmetodene beregnet på barn i andre 7-årsperiode en stund til, som en slags forsterket steinerpedagogikk. Det at barna selv lager sine lærebøker kan virke begge veier for barn med spesielle behov, og noen ganger vil barnet ha godt av å få trykte lærebøker eller, som tidligere nevnt, få bruke en større grad av datamaskiner enn det man tradisjonelt foretrekker i steinerskolen.

Det er ikke sikkert at det alltid er mulig for barna med FASD å komme over terskelen til det abstrakte, og på noen punkter vil man måtte akseptere at læringskurven stagnerer, mest typisk i matematikkundervisningen. Ved slike tilfeller er det svært nødvendig at pedagogen er klar over at dette er et resultat av barnets hjerneskade, og ikke nødvendigvis forfeilet pedagogikk. Det er også viktig å fokusere på mulighetene barna har på andre områder om man kommer til et punkt hvor læringen stagnerer. Det er mange mennesker som klarer seg i livet til tross for vansker med matematikk eller lesing.

Forsterket steinerpedagogikk livet ut?

Jeg mener man alltid skal være forsiktig i å sementere et menneske i en mental alder, da de både fysisk og sjelelig vokser, til tross for skader og utviklingshemninger. Mange med FASD vil få diagnosen lettere psykisk utviklingshemning, med en estimert mental alder på mellom 9-12 år (NAKU, 2019). Jeg mener ikke at vi skal bidra til å stadfeste en mental stagnering, men det kan se ut til at elementer fra undervisningen tiltenkt barn i de tidligere 7-årsperiodene

kan hjelpe mennesker med FASD også ved senere tidspunkt i livet. For eksempel vil læring via sanser, rytmer og rim alltid kunne hjelpe dem, og man vil alltid kunne nå dem enklere ved å appellere til følelser og erfaringer. De vil også ha stor nytte av at vi forsøker å hjelpe dem med å se og forstå sammenhenger, da dette vil være vanskelig for dem å gjøre på egenhånd. Man bør ikke undergrave dette fordi man prinsipielt skal behandle dem som eldre.

Hva er det viktigste vi kan lære barna?

Ettersom det blir påpekt at barna med FASD trenger lang tid for å lære opp nye ferdigheter kan man tenke seg at de ville hatt nytte av arbeidstrening allerede før videregående skole, der det vanligvis blir et tilbud for ungdom med særskilte behov. For å gå lov til å implementere dette enda tidligere vil det kreve at skolen har et nært og tillitsfullt forhold til PPT, da økonomiske og byråkratiske formaliteter kan vanskeliggjøre slike undervisningsopplegg. Man skal heller ikke konkludere med at høyere utdanning ikke er tilgjengelig for dem overhode, da det finnes gode eksempler på nettopp dette. Jeg tror noe av det viktigste vi kan gjøre for barna er å jobbe for å gi dem selvtillit og mestring, slik det er for alle barn. For alle barn med FASD er forskjellige tross sine likheter, og selv om det finnes mange begrensninger er det også uante muligheter for barnas fremtid.

Litteratur:

Andersen, A. & Olsen, J. (2011) The Danish National Birth Cohort: Selected scientific contributions within perinatal epidemiology and future perspectives, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011; 39, s. 115-120, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494811407674>

Bjelland, T. og Ruud, K. (2012) Åpne for læring. Opplæring av barn og unge med Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD. *Statped, Sørlandet kompetansesenter og Kompetansesenter rus-region sør, Borgestadklinikken-Blå kors sør.*

Blackburn, Egerton & Carpenter (2010) Shaping the future for children with foetal alcohol spectrum disorders, *Support for learning; August 2010, s. 139-145*, DOI: 10.1111/j.1467-9604.2010.01452.x/references

Brandt, E. og Grenvik, T. (2010) *Med barnet i sentrum*, Oslo: Kommuneforlaget

Caldwell, S. (1993) Nurturing the Delicate Rose I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red.) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome.* Fairbanks, AK: University of Alaska Press

Carpenter, B. (2011) Pedagogically bereft! Improving learning outcomes for children with foetal alcohol spectrum disorders. *British Journal of Special Education* 38(1), mars 2011, s. 37-42. DOI: 10.1111/j.1467-8578.2011.00495.x

Comasco, Oreland & Rangmar (2017) Neurological and neuropsychological effects of low to moderate prenatal alcohol exposure, *Acta Physiologica*, Mai 2017, s. 1-18, DOI:10.1111/apha.12892

Elgen, Braurøy og Lægreid, (2006) Lack of recognition and complexity of foetal alcohol neuroimpairments, *Acta Pædiatrica* iSSN 0803 – 5253, s- 1-5, DOI:10.1111/j.1651-2227.2007.00026.x

Elgen, Bruarøy, Lægreid (2007) Complexity of foetal alcohol or drug neuroimpairments. *Acta Pædiatrica*, iSSN 0803-5252, s.1730-1733, DOI:10.1111/j.1651-2227.2007.00522.x

Engh, R. (2014) *Barn og unge med ADHD i skolen*, Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Folkehelseinstituttet (2018) Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol, oppdatert 05.12.2019, hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkehelseperspektiv-pa-alkohol/>

Gaskin, I. M. (2002) *Spiritual Midwifery, 4th edition*, USA: Book Publishing Company

Goebel & Glöckler (2002) *Barnets helse og utvikling, En medisinsk og pedagogisk rådgiver*, Oslo: Antropos

Groves, P. G. (1993) Growing with FAS: Parent to parent advice I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*. Fairbanks, AK: University of Alaska Press

Helse og Omsorgstjenesteloven (2020) Lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §10-3 https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_10#KAPITTEL_10

Hinde, J. (1993) Early Intervention for Alcohol-affected Children, I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*. Fairbanks, AK: University of Alaska Press

Holm, Hilde Evensen (2013a) Tidlige vansker hos det rus-eksponerte barnet, *Barnet & Rusen, temamagasin nr 1, 2013*, Kompetansesenter rus-region sør, Borgestadklinikken, s. 28-29

Holm, Hilde Evensen (2013b) Tuvas bror har FASD: Se ressursene, ikke bare begrensningene! *Barnet & Rusen, temamagasin nr 1, 2013*, Kompetansesenter rus-region sør, Borgestadklinikken, s. 26-27

Johnsen, Randi (2011) Problematiske foreldre og utsatte barn, *Rus & samfunn 05/2011 (volum 5)*, s. 4-5, <https://www.idunn.no/rusos/2011/05/art07>

Kellermann, T. (1999) Baby with Fetal Alcohol Syndrome, hentet fra <http://www.come-over.to/FAS/fasbabyface.jpg>, 26.03.2020

Kesmodel, Nygaard, Mortensen, Bertrand, Denny, Glidewell & Hemingway (2019) Are Low-to-Moderate Average Alcohol Consumption and Isolated Episodes of Binge Drinking in Early Pregnancy Associated with Facial Features Related to Fetal Alcohol Syndrome in 5-Year-Old Children? *Alcoholism Volume 43, Issue 6, Juni 2019*, <https://doi.org/10.1111/acer.14047>

Killén, K. & Olofsson, M. (2003) *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget

Kranich, E-M. (2003) *Pedagogisk antropologi* Oslo: Antropos

Kvelling, Ø. (2015) *Barn i risiko; Skadelige omsorgssituasjoner 2. utgave*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvigne, Struck, Engelhart & West (1993) Appendix 1 education Techniques for Children with FAS/FAE I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*. Fairbanks, AK: University of Alaska Press

Kulp L. & Kulp, J. (2013) *The best I can be—Living with fetal alcohol syndrome or effects*. Brooklyn Park, MN: Better Endings New Beginnings

Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) (1993) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*. Fairbanks, AK: University of Alaska Press

KoRus Sør (2017) Den nødvendige samtalen, Blå Kors Borgestadklinikken, hentet fra <https://www.korus-sor.no/verktoy/den-nodvendig-samtalen/>

Langset, K. G. (2011) Ukjent antall barn forsvinner i barneverns-smutthull, *Aftenposten på nett*, 12.10.2011, hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/QmoOJ/ukjent-antall-barn-forsvinner-i-barneverns-smutthull>

Lievegoed, B. (2005) *Phases of Childhood. Growing in body, soul and spirit*. Edinburgh: Floris Books

Lutke, J. (1993) Parental advocacy for Alcohol-Affected Children I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*. Fairbanks, AK: University of Alaska Press

Løhaugen, G. C. C. og Skarnes, J. (2018) Føtale alkoholspektrumforstyrrelser, I: Urnes, Anne-Grethe, *Den interaktive hjernen hos barn og unge*, Oslo: Gyldendal

Malbin, D. B. (1993) Stereotypes and Realities: Positive Outcomes with Intervention I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*. Fairbanks, AK: University of Alaska Press

Morse, B. A. (1993) Information processing. Identifying the Behavioral Disorders of Fetal Alcohol Syndrome, I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*. Fairbanks, AK: University of Alaska Press

NAKU (2019) Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming, <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10>, 15.01.2019

The National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (2012) *Morgan Fawcett on living with FASD*, Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=K0VrkLQfkFg>

Norsk Helseinformatikk PRO (2018) Alkoholisme- hva er problemet? Revidert 11.04.2018, <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkoholisme-problemet/>

NRK (2013) Familier som flytter fra barnevernet, *Dagsrevyen 04.04.2013*
<https://tv.nrk.no/serie/dagsrevyen/201304/NNFA19040413/avspiller>

Olofsson, M. og Lindemann, R. (2003) Rusmiddelbruk i svangerskapet og konsekvenser for det nyfødte barnet I: Killén, K. & Olofsson, M, *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget

Olson, H. C. (2015) Advancing recognition of fetal alcohol spectrum disorders: the proposed DSM-5 diagnosis of Neurobehavioral Disorders associated with prenatal alcohol exposure (ND-PAE), *Springer International Publishing Switzerland*, s. 187-198, DOI 10.1007/s40474-015-0056-4

Opplæringslova (2019) Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa, § 5-1, https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6

Phillpot B & Harrison, N (1993) A One-Room Schoolhouse for Children with FAS/FAE I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*. Fairbanks, AK: University of Alaska Press

Rangmar, Aronsen, Sandberg & Fahlke (2015) Cognitive and executive functions, social cognition and sense of coherence in adults with fetal alcohol syndrome, *Nordic Journal of Psychiatry, February 2015*, DOI: 10.3109/08039488.2015.1009487

Rangmar, Aronsen, Sandberg & Fahlke (2016) Self-reported health, use of alcohol and illicit drugs and criminality among adults with foetal alcohol syndrome, *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 2017, Vol 34 (3), s. 256-266*, DOI: 10.1177/1455072517707887

Rathbun, A. (1993) "Overcoming the Cycle of Failure and Frustration" I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*. Fairbanks, AK: University of Alaska Press

Rønhovde, L. I. (2018) *Kan de ikke bare ta seg sammen; Om barn og unge med ADHD og Tourettes Syndrom (3.utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Solli, H. (2020) Erling ble kjendis mot all odds, *NRK*, hentet fra <https://www.nrk.no/norge/erling-ble-kjendis-mot-alle-odds-1.14896718>,

SSHF (2020) Regional Kompetansetjeneste - medfødte ruskader, <https://sshf.no/helsefaglig/kompetansetjenester/regional-kompetansetjeneste-medfodte-ruskader>, 14.04.2020

Steiner, R. (2010) *The Kingdom of Childhood*, hentet fra http://wn.rsarchive.org/Lectures/GA311/English/AP1982/KinChi_index.html (26.11.2013)

Steiner, R. (2012) *The Effect of Occult Development Upon the Self and the Sheaths of Man, Lecture I*, <https://wn.rsarchive.org/Lectures/GA145/English/RSPC1945/19130320p02.html>

Steiner, R. (2018) *Health and Illness, Volume II, The Effects of Alcohol on Man*, <https://wn.rsarchive.org/Lectures/GA348/English/AP1983/19230108p01.html>

Steinerskoleforbundet (2014) *En læreplan for steinerskolene 2014: Oversikt – steinerpedagogisk idé og praksis*, Oslo: Steinerskoleforbundet, hentet fra <https://www.steinerskole.no/wp-content/uploads/2018/05/En-lareplan-for-steinerskolene-Oversikt-steinerpedagogisk-ide-og-praksis-2014.pdf>

Steinnes, J. (2004) ”Rudolf Steiner: Pedagogikk som kunstnerisk aktivitet.” I: *Kjetil Steinsholt og Lars Løvlie (red.). Pedagogikkens mange ansikter: pedagogikkens idéhistorie fra antikken til det postmoderne*. Oslo: Universitetsforlaget

Utdanningsdirektoratet (2015) 5.1 Samtykke fra foreldre før sakkyndig vurdering, 16.06.2015, <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/sarskilte-behov/spesialpedagogisk-hjelp/Spesialpedagogisk-hjelp/Fase-2/samtykke-fra-foreldrene/>

Vinmonopolet AS (2012) Alkohol, Kropp og helse- Graviditet <https://www.youtube.com/watch?v=Q7vSrZWXJXQ&frags=pl%2Cwn>

Wortley & Wortley (1993) On Raising Lisa I: Kleinfeld, J., & Wescott, S. (red) *Fantastic Antone succeeds: Experiences in educating children with fetal alcohol syndrome*, Fairbanks, AK: University of Alaska Press