

Vi ses på tirsdag!

Hvordan beskriver foreldre med psykiske vansker og deres barn sitt hverdagsliv og sine erfaringer med gruppetilbudet Tirsdagstreffet?

Bjerg Eva Skogøy

Masteroppgave i Sosialt arbeid

HØGSKOLEN I BODØ

Avdeling for Samfunnsfag

2009

*"Æ har nok ikke vært den mora
æ har ønska å være førr dem.*

-Det har æ nok ikke vært.

*Æ unnskyldde mæ jo ikke,
-men æ kan kanskje forklar korførr.*

Gjort e gjort.

Æ prøva jo å gjør det godt igjen, men....."

"Mamma æ ælska dæ"

Har du ikke en kjærest?

"Jo æ har dæ, mamma.

Du e kjæresten min!"

Innhold

1	Innledning	5
1.1	Valg av problemstilling	6
1.2	"Tirsdagstreffet"	6
1.2.1	Tema og innhold i møtene	6
1.2.2	Deltakere	7
1.3	Psykiske vansker	7
1.4	Barn med psykisk syke foreldre	8
1.5	Omfang	9
1.6	Forebyggende arbeid	9
1.7	Formålet med studien	10
1.8	Perspektiver på oppgaven	10
1.9	Oppgavens oppbygging	11
2	Teori	11
2.1	Tilknytning	12
2.2	Resiliens	14
2.3	Empowerment og brukervedvirkning	16
2.4	Barn og brukervedvirkning	18
2.4.1	Barnet som subjekt	18
2.4.2	Barns rett til medvirkning	19
2.4.3	Informasjon om egen alvorlige sykdom og død	19
2.4.4	Informasjon og medvirkning i barnevernet	20
2.4.5	Informasjon om foreldres psykisk sykdom	21
2.4.6	Barns egen innhenting av informasjon	22
2.4.7	Språk og forklaringer til mindre barn	22
2.5	Risiko og beskyttende faktorer	23
2.5.1	Foreldrefungering	24
2.5.2	Forstyrrede biologiske systemer	25
2.5.3	Økt eksponering for stress	26
2.5.4	Negativ tenkning	27
2.5.5	En modell med flere perspektiver	28
2.5.6	Utvikling av forebyggende tiltak	29
3	Metode	33
3.1	Valg av tema	33
3.2	Valg av forskningsspørsmål	34
3.3	Litteratursøk	35
3.4	Typer av undersøkelsesobjekt	37
3.5	Type data	38
3.6	Kvalitative intervju	39
3.7	Intervju som kommunikasjon	40
3.8	Analyse og fortolkning	41
3.9	Design av studien	42
3.10	Hypoteser	43
3.11	Etiske dilemma	43
4	Presentasjon av data	46
4.1	Utvalg	46
4.2	Informantene	47
4.3	De psykiske vanskene	47

4.4	Forholdet til barna.....	49
4.5	Informasjon til barnet.....	50
4.6	Erfaringer med treffet.....	53
4.7	Foreldrenes beskrivelser av hvordan barna har opplevd tilbudet	56
4.8	Barnas beskrivelser av sine erfaringer med tirsdagstreffet.....	58
5	Analyse.....	78
5.1	Analyse i forhold til resiliensfaktorer	78
5.1.1	Personlige egenskaper ved barnet	78
5.1.2	Å styrke barnets tilknytning til foreldre (eller minst en voksen)	80
5.1.3	Å styrke barns vennskap	84
5.1.4	Å styrke barns mestring	85
5.1.5	Å styrke barnas mulighet til å forstå og skape mening.....	89
5.2	Analyse i forhold til empowerment	92
5.2.1	Erfaringene med brukermedvirkning	92
5.2.2	Muligheter for å øke foreldrenes brukerdelaktelse	93
5.2.3	Mulighet for å øke barnas brukerdelaktelse.....	94
6	Utfordringer/ diskusjon.....	95
6.1	Snakk versus handling	95
6.2	Profesjonell ledelse versus brukerstyrt utvikling.....	96
6.3	Delvis sykemelding fra foreldrerollen	98
6.4	Forebyggende arbeid, valg av strategier	100
7	Sammendrag og oppsummering.....	102
7.1	Valg av studie	102
7.2	Teori.....	103
7.3	Metode	104
7.4	Presentasjon av data.....	104
7.5	Analyse	105
7.5.1	Å styrke barnets tilknytning til foreldre.....	105
7.5.2	Å styrke barns vennskap	106
7.5.3	Å styrke barns mestring	106
7.5.4	Å styrke barnas mulighet til å forstå og skape mening.....	107
7.5.5	Empowerment/ brukermedvirkning.....	108
7.5.6	Barns brukermedvirkning	109
7.6	Diskusjon	109
7.6.1	Snakk versus handling	109
7.6.2	Profesjonell ledelse versus brukerstyrt utvikling.....	110
7.6.3	Delvis sykemelding fra foreldrerollen	111
7.6.4	Forebyggende arbeid, valg av strategier	112
	Litteraturliste	114
	Vedlegg.....	120

1 Innledning

Det har siden midten på 90-tallet vært et økende fokus i Norge på behovet for nærmere kunnskap om barnas situasjon når foreldrene er psykisk syke. Det har fra en rekke hold vært påpekt at fagfolk innenfor psykisk helsevern eller i kommunene i liten grad tar ansvar for å forebygge at barn og unge utvikler egne vansker (Kufås, Lund og Rynning Myrvoll 2004, Mevik og Trymbo 2002, Svendsen 1994). Foreldre har selv i økende grad gitt uttrykk for at de ønsker å snakke om foreldrerollen og vanskene med å mestre denne, og har reist kritikk mot helsevesenet for i liten grad å inkludere familien og spesielt barnas situasjon i behandlingen (Mevik og Trymbo 2002, Vik, Rirud og Rabbe 2002, Wang og Goldschmidt 1996).

Fra 1998 gjennomførte Organisasjonen Voksne for barn, VFB, på oppdrag fra Helsedirektoratet et tverrfaglig kompetansehevingsprogram "Når mor eller far er psykisk syk", i alle landets fylker. I en landsomfattende kartlegging finner en at de siste årene er utviklet en rekke ulike tiltak, de fleste i etterkant av Voksne for Barns opplæringsprogram. Disse er imidlertid fortsatt i stor grad knyttet til ildsjeler og ulike prosjekter, og det er et sterkt behov for en klarere forankring i virksomheten og strukturer som sikrer stabil drift. Det er også et stort behov for videre evaluering av de ulike tiltakene og plan for spredning i større skala der tiltak har vist seg gode (Aamodt og Aamodt 2005).

Det er flere steder etablert bedre kartleggingsrutiner i forbindelse med sykehusinnleggelse, tilbud om familiesamtaler og ulike typer av grupper for barn i alderen 8-12 år og 13-18 år. Noen sykehus, som Sørlandet HF og Asker & Bærum HF har etablert ordninger med egne barnekontakter eller barneansvarlige som har et spesielt ansvar for å følge opp i forhold til barnas situasjon (op.cit.). I 2008 ble det etablert et Nasjonalt kompetansesenter ved Sørlandet sykehus HF for barn med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Deres mandat ble senere utvidet til å gjelde alle barn som er pårørende, også ved somatisk sykdom. For nærmere informasjon vises til nettsiden: www.barnsbeste.no

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, RBUP Øst og Sør la i 2008 frem en rapport over kunnskapsstatus for sped- og småbarn i risiko på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten inneholder oppdatert kunnskap og oversikt over sentrale kartleggings- og utredningsverktøy, hjelpetiltak og behandlingsmetoder. De har også blitt oppnevnt som Nasjonalt kompetansesenter for å utvikle arbeidet i forhold til de minste barna, 0-3 år (Bergum Hansen og Jacobsen 2008).

1.1 Valg av problemstilling

Høsten 2006 inviterte psykiske helsearbeidere i Bodø kommune til et møte for å drøfte manglende tilbud til barn med psykisk syke foreldre. De hadde da også kontakt med flere foreldre som hadde deltatt i gruppetilbud i tilknytning til innleggelse ved Nordlandssykehuset, og som nå etterlyste et bedre kommunalt tilbud til seg og sine barn. Bodø kommune, Oppvekst- og Kulturavdelingen (OK) og Helse- og Sosialavdelingen(HS) søkte prosjektmidler fra Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, RBUP i Tromsø for å utvikle et nytt tilbud til denne målgruppen. Jeg syntes det ville være viktig å få en grundigere evaluering av dette prosjektet, og valgte å bruke etableringen av gruppetilbudet som en del av min masterstudie i sosialt arbeid.

Problemstillingen ble derfor;

"Hvordan beskriver foreldre med psykiske vansker og deres barn sitt hverdagsliv og sine erfaringer med gruppetilbudet "Tirsdagstreffet"?"

Jeg vil utdype valget av problemstilling i metodekapittelet.

1.2 "Tirsdagstreffet"

Prosjektgruppen kom raskt i gang med planleggingen i nært samarbeid med to foreldreprerentanter. Før oppstart ble det laget informasjonsbrosjyre (vedlegg 1) og tilbudet ble gjort kjent gjennom intervju i lokalavisen. I tillegg ble det informert om tilbudet på helsesøstermøte, psykiatrisk dagsenter, BUP og Salten DPS.

1.2.1 Tema og innhold i møtene

Tirsdagstreffet har en fast rytme og struktur som skal ivareta behovet for felles samvær mellom foreldre og barn, men også gi tid for samtaler hver for seg.

1. Tilberedning av felles middag
2. Hyggelig samtale rundt bordet, med fokus på hva som har skjedd siden sist og hva som skal skje i dag.
3. Felles aktivitet for foreldre og barn.
Ofte en liten historie fra en bok som tematiserer følelser som redsel, sinne, glede, tristhet. Eller tema som forandring, vennskap osv.

4. Barna leker, tegner, maler, lager collage og snakker videre ut fra tema.

Gruppen har laget en "andedam" der livet forandrer seg etter årstiden og der mange tema kan tas opp gjennom leken. Barna lager trær, dyr, samler stein og andre ting som bygger opp andedammen. Andre aktiviteter er spill, utkledding og lek.

5. Foreldrene samles til samtale om utfordringer i foreldrerollen med utgangspunkt i tema.

6. Kort felles oppsummering og avslutning.

Gruppen har også vært på ulike utflukter; en tur til en ekte andedam, tur til fjæra, bibliotekbesøk og kinobesøk.

1.2.2 Deltakere

Gruppen er etablert som en åpen gruppe, med mulighet for å delta etter behov.

Gruppen har møttes til treff hver 14.dag, fra kl. 16-19.30

Dette utgjør 20 treff, med 11 på våren og 9 på høsten i 2007.

Gruppen samlet første året i alt 13 deltakere, hvorav 5 mødre og 7 barn i alderen 1-8 år.

De fleste barna var mellom 4-9 år (Bodø kommune 2007).

I løpet av 2008 startet flere nye deltakere. Gruppen ble høsten 2008 vedtatt videreført gjennom ordinær drift i et samarbeid mellom Helse- og Sosialavdelingen, HS og Oppvekst og kulturavdelingen, OK.

1.3 Psykiske vansker

Psykisk sykdom, psykiske lidelser og psykiske vansker er noen av de ord og begreper som brukes for å beskrive ulike psykiske tilstander hos barn og foreldre. Vanskene beveger seg på et kontinuum fra det vi forstår som lette og mer forbigående psykiske vansker eller livsproblemer, og det vi forstår som mer alvorlige og langvarige psykiske lidelser eller psykisk sykdom. Psykiske lidelser eller psykisk sykdom omfatter en rekke tilstander som diagnostiseres som schizofreni, bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelser, angst eller depresjon, som alle har svært forskjellige uttrykk og forløp.

Når er man frisk og når er man syk? Er man mer syk dersom man har vært innlagt enn hvis man går til poliklinisk behandling? Er man psykisk syk i perioder mellom flere innleggelse? Noen foreldre vil gjerne stå frem med at de har spesifikke psykiske sykdommer eller

diagnoser, mens andre synes det er for stigmatiserende og vil til nød kunne identifisere seg med at de har psykiske vansker, selv om de mottar omfattende hjelp og behandling.

I problemstillingen til denne studien har jeg valgt å bruke formuleringen ”psykiske vansker.” I invitasjonsbrosjyren som var laget til Tirsdagstreffet hadde de benyttet begrepet ”foreldre som strever psykisk”. De ønsket ikke at tilbudet skulle oppfattes å bare være for personer som vurderte seg selv som å ha de mer alvorlige og langvarige lidelsene. Tilbudet er et åpent tilbud, der foreldre selv vurderer om det kan være nyttig for dem å delta.

Jeg var opptatt av at problemstillingen ikke skulle virke begrensende på en slik måte at deltakere i gruppetilbudet ville oppfatte seg som for frisk til å delta i min studie. Jeg ønsket heller å invitere dem inn i en dialog om hvilke ord og begreper de selv benytter når de forklarer hvilke typer av psykiske vansker de har, og spesielt hvordan de snakker om dette med barna. I teorigjennomgangen benyttes hovedsakelig begrepene psykisk sykdom og psykisk lidelse, i tillegg til ulike diagnoser der det refereres fra forskning på spesifikke lidelser. Jeg vil ikke gi en beskrivelse av de ulike lidelsene. For en grundigere gjennomgang av forskning knyttet til ulike diagnoser, vises til Aalbæk & Glistrups gjennomgang fra 1997.

1.4 Barn med psykisk syke foreldre

Forskning viser at barn med psykisk syke foreldre, er en av de mest utsatte risikogrupperne for selv å utvikle ulike psykiske lidelser og alvorlige sosiale og emosjonelle vansker.

Ulike studier varierer fra 41-77% risiko (Beardslee et al. 1993, Downey & Coyne 1990, Rutter & Quinton 1984, i Doesum 2005). Det er imidlertid ikke slik at barna arver foreldrenes lidelse direkte. Campbell finner at depresjon kan ha en negativ innvirkning på små barns psykiske helse, men utfallet har ikke sammenheng med mors depresjon, men i hvilken grad depresjonen påvirket morens evne til å være sensitiv overfor barnet (Campbell 2004, i Bergum Hansen og Jacobsen 2008). En folkehelseundersøkelse fra Sverige viser at denne gruppen barn og unge, har en tredobbel risiko for å få en psykisk lidelse som voksen (Skerfving 2005).

Mange barn klarer seg likevel godt til tross for oppvekst i et høyrisiko-miljø. Barn utvikler over tid ulike mestringsstrategier i forhold til å leve med foreldrenes vansker.

Fra en studie i Finland finner en at barn som utvikler overinvolvering eller unngåelsesadferd i forhold til foreldrenes vansker, rapporterer mer depressive eller eksternaliserte symptomer enn barn som bruker andre strategier (Solantus-Simula, Punamäki, Beardslee 2002).

Det kan derfor være av stor betydning å se på om forebyggende strategier kan fremme at barna finner en balanse mellom å være overinvolvert eller å unngå forelderen som er syk.

1.5 Omfang

Psykiske lidelser kan varigere sterkt i alvorlighetsgrad og varighet i tillegg til at foreldre i ulike grad søker hjelp fra fastlege eller fra spesialisthelsetjenesten. Det har også vært mangelfulle rutiner for kartlegging av om foreldre som søker psykiatrisk behandling har barn. Det kan derfor være vanskelig å anslå hvor mange barn og unge som lever sammen med psykisk syke foreldre. Organisasjonen Voksne for barn har hatt et anslag på at om lag 90 000 barn lever sammen med minst en psykisk syk forelder, mens andre anslår tallet til 100000 (Rimehaug 2006). Helsedirektoratet antar at 130 000 barn lever sammen med en forelder med psykiske vansker eller rusmiddelavhengighet (Handlingsplan mot fattigdom 2006-2007). Det anslås at det er om lag 15000 barn under 18 år med en eller to foreldre som til en hver tid får behandling innenfor psykisk helsevern (op.cit.). Undersøkelser i tilknytning til innleggelse i psykiatrisk sykehus viser at 68-70% av de mest alvorlig syke har daglig omsorg for barn (Hestman m.fl. 1995, Ytrehus og Almvik 1999, Brinchmann og Finnson 2000).

1.6 Forebyggende arbeid

Et åpenbart viktig punkt også for barna, er jo å utvikle gode metoder for behandling av psykiske lidelser, slik at deres foreldre får rask og god hjelp. En rekke undersøkelser viser imidlertid at vanskene har en tendens til å vare ved over mange år, og at i tillegg til psykiske vansker hos en av foreldrene, kan det være mange andre risikofaktorer tilstede. Det kan være rusproblemer, psykiske vansker hos den andre forelderen, fattigdom og alvorlige familiekonflikter (Aalbæk & Glistrup 1997, Rutter og Quinton 1984, Skerfving 2005).

I stedet for bare å konsentrere seg om tiltak som retter seg mot behandling av foreldrene, eller behandling av barna etter at de selv har utviklet egne vansker, er det være viktig å se på hvordan en kan styrke de faktorene som kan virke beskyttende for barna.

Ut fra forskning på resilience (oftest oversatt til resilens, mestring eller motstandskraft), har vi kunnskap om ulike faktorer som kan beskytte barn i en vanskelig livssituasjon. Jeg har valgt å

oppsummere disse i 5 sentrale faktorer: barnets personlige egenskaper, tilknytning til foreldre eller minst en annen voksen, vennskap og mestringsopplevelser. En femte viktig faktor er evnen til å skape mening, oversikt og forståelse i forhold til de vanskene man opplever (Antonowsky 1988, Werner og Smith 1985). Jeg vil i teoridelen komme tilbake til en nærmere beskrivelse av disse faktorene.

1.7 Formålet med studien

Formålet med studien er todelt;

Det ene er å undersøke hvordan foreldre med psykiske vansker og deres barn beskriver sitt hverdagsliv. Hensikten er å få frem deres erfaringer med å leve med psykiske vansker i familien. Deres egne beskrivelser av mestring og problemløsning, og deres eventuelle behov for hjelp og støtte. Den andre delen er å undersøke hvordan brukerne av "Tirsdagstreffet", beskriver sine erfaringer med dette gruppetilbudet for foreldre og barn.

Tilbudet er et ikke-terapeutisk, forebyggende tilbud som er utviklet i samråd med foreldrene selv. Det baserer seg også på forskning om generelle beskyttende faktorer for barn. Sentrale elementer er bedring av samspill mellom foreldre- barn og styrking av barnets evne til problemløsning og mestring. I tillegg kommer utvikling av vennsksapsrelasjoner.

Andre elementer er å øke barnets generelle erfaringer med å uttrykke og bearbeide følelser. Det arbeides med å finne frem til gode forebyggende tiltak for denne gruppen, og det vil være viktig å få frem foreldre og barns beskrivelser av hvordan de selv opplever dette tilbudet.

1.8 Perspektiver på oppgaven

Ved å studere dette prosjektet vil det være mulig å få frem en grundigere beskrivelse av brukernes erfaringer, samt evaluering av tilbudet. Dette innebærer at både barnas og foreldrenes erfaringer blir satt ord på. Siden dette er et nytt type tiltak som retter seg til sårbare grupper, kan det være viktig å få frem en bredere beskrivelse av erfaringer, enn det en ville fått gjennom spørreskjema/ evalueringsskjema. Det vil også være viktig å få bedre bakgrunnsinformasjon om hvilke foreldre og barn som søker seg til en slik gruppe, slik at en også kan se hvilken målgruppe en når med tilbudet. Foreldre og barn har i liten grad selv blitt spurt og fått mulighet til å uttrykke sine erfaringer med hvordan psykiske vansker påvirker

hverdagslivet og foreldrerollen. Gjennom denne studien håper jeg å få frem synspunkter og erfaringer fra brukerne, som kan være av interesse for andre foreldre med lignende vansker. Helse- og sosialtjenesten har også behov for brukernes erfaringer for å kunne planlegge en bedre oppfølging for foreldre og barn.

1.9 Oppgavens oppbygging

Kapittel 1 er en innledning og introduksjon til temaet.

I kapittel 2 vil jeg gå nærmere inn på teori om tilknytning, resiliens og empowerment /brukermedvirkning. Jeg vil også se nærmere på forskning der en prøver å forstå bakgrunnen for at psykisk sykdom utgjør en så sterk risiko i forhold til barns psykiske helse, med spesiell vekt på depresjon. Viktige elementer i dette er biologisk sårbarhet, foreldrefungering, stress og beskyttende faktorer. Videre vil jeg se på forskning på ulike forebyggende tiltak, og hvilke konsekvenser dette kan ha i forhold til hvordan vi bør forsøke å utforme tiltak.

I kapittel 3 vil jeg gjøre rede for metodevalg og etiske vurderinger.

I kapittel 4 vil jeg presentere dataene. Intervjuene med barna vil bli presentert i en *barnebokfortelling*.

I kapittel 5 vil jeg analysere funnene i forhold til teori, med spesiell vekt på resilienfaktorer og empowerment.

I kapittel 6 vil jeg trekke frem og diskutere noen sentrale funn.

I kapittel 7 vil jeg sammenfatte oppgaven og oppsummere de viktigste funnene.

2 Teori

Jeg vil i dette kapittelet gå inn på teori som jeg anser som svært relevant i forhold til å forstå hvordan vi kan arbeide forebyggende i forhold til psykisk syke foreldre og barn.

Først vil jeg se litt på *tilknytning*. Dette er teori som har stor betydning i forhold til å forstå hvordan samspillet mellom barn og foreldre utvikles. Tilknytningsteori kan gi en forståelse for hvordan foreldrefungeringen påvirkes ved psykisk sykdom, og hvordan dette vil kunne ha betydning for tilknytningen mellom foreldre og barn. Deretter vil jeg se på *resiliens*. Dette kan være en viktig bakgrunn for å forstå hvorfor noen barn klarer seg bra, til tross for en oppvekst under vanskelige vilkår. Resiliens og beskyttende faktorer, vil være vesentlig for å se hvilke faktorer vi skal forsøke å påvirke i forebyggende arbeid med barn.

Jeg vil også se nærmere på *empowerment og brukermedvirkning*. Foreldre med psykiske vansker og deres barn har vært lite synlige. Deres situasjon har vært knyttet til skyld, skam og taushet. Teori rundt disse temaene kan gi bidrag til å analysere hvordan brukernes ønsker og behov kan inkluderes i valg av forebyggende strategier. Til slutt vil jeg se nærmere på forskning om risiko og beskyttende faktorer, spesielt i forhold til depresjon.

2.1 Tilknytning

Tilknytning kan defineres som et emosjonelt bånd som dannes mellom barnet og en spesifikk annen person. Dette båndet binder dem sammen og varer over tid, og kommer til uttrykk i forskjellige former for tilknytningsadferd (Ainsworth, Bell og Stayton 1991, i Bergum Hansen og Jacobsen 2008: 42).

Det er beskrevet 4 ulike former for tilknytningsmønstre. Trygg tilknytning innebærer at barnet opplever at forelderen er tilgjengelig for barnet, og at det vil ha en selvfølgelig forventning om å bli trøstet når det er nødvendig. Utrygg tilknytning finnes i to ulike former, unnvikende og ambivalent. Barn med unnvikende tilknytning vil være i tvil om foreldrene er emosjonelt og fysisk tilgjengelig. De vil ofte vende seg bort fra omsorgspersonen og unngå kontakt selv om de opplever truende situasjoner. Ved ambivalent tilknytning vil barnet ha opplevd omsorgspersonen som lite forutsigbar og uberegnelig når barnet har behov for trøst. Dette fører til en blanding av nærhetssøking og motstand mot nærhet.

Det fjerde tilknytningsmønsteret kalles desorganisert tilknytning. Denne er som regel et resultat av alvorlig omsorgssvikt eller mishandling og kjennetegnes ved at barnet mangler en effektiv tilknytningsstrategi. Studier viser at 15% av barn i normalfamilier utvikler desorganisert tilknytning, mens i risikofamilier vil 80% av barna utvikle dette tilknytningsmønsteret. Disse barna mangler gode mestringsstrategier og oppnår ikke trøst og støtte fra den voksne, -noe som øker risikoen for utvikling av patologi (Van IJendorn 1999 og Lyon-Ruth & Jacobvitz 1999, i Bergum Hansen og Jacobsen 2008).

Bowlby(1969) beskriver tilknytning som et målkorrigert kontrollsystem, som er innstilt på at barnet skal føle seg trygg. Når tilknytningspersonen er tilgjengelig og gir respons, fungerer han eller hun som en trygg base. Dette gir barnet en sterk følelse av sikkerhet, og får det til å verdsette relasjonen. Denne måltilstanden innebærer at atferden blir regulert slik at det er

større sannsynlighet for å oppnå og opprettholde fysisk nærhet og kontakt, med en eller noen få personer. Tilknytningsadferden er lettest å observere når barnet er redd, trett eller sykt. Adferden avtar når tilknytningspersonen gir beskyttelse, hjelp og trøst (Smith 2002).

Mens Ainsworth m.fl.(1991) hevder at tilknytningssystemet på alle alderstrinn, er rettet mot at individet skal oppnå fysisk nærhet til tilknytningspersonen, mener Marvin at grunnlaget for tilknytningssystemet forandres en gang mellom 4 og 5 år. Mens tilknytningen hos yngre barn, til 3-årsalderen, alltid er innrettet på en viss grad av fysisk nærhet og kontakt, hevder han at tilknytningen hos eldre barn først og fremst er lagt til rette for å matche de to personenes perspektiver. Samspill basert på nærhet blir mindre viktig, mens bevisstheten om å dele tanker, holdninger, planer og mål, blir vesentlig for tilknytningen. Gjennom forhandlinger og felles planer, forteller tilknytningspersonen hvor og hvorfor hun må gå, når hun kommer tilbake og hva de skal gjøre sammen etterpå. Gradvis vil så barnet lære å si hva det føler og hva det helst vil gjøre, samtidig som det tar hensyn til hva de voksne føler og hva hun eller han helst ønsker (Marvin 1977, i Smith 2002).

I førskolealderen vil barnet gradvis utvikle evnen til å fortelle om sine opplevelser. Utviklingen av fortellerkunsten er en langvarig prosess, og det er ikke før i skolealderen at fortellingene blir organisert i klare årsakssammenhenger. Barn erverver mange av sine forteller-ferdigheter når de samhandler med tilknytningspersoner. Dersom denne felles ”konstruksjonen” blir forstyrret på grunn av vansker i familien, kan barn få problemer med å forstå betydningen av sosiale hendelser som de har opplevd. Det er vanlig at barn og foreldre opplever samme hendelse på forskjellige måter. Om barnet likevel får til å konstruere en sammenhengende fortelling, er avhengig av hvordan slike forskjeller blir forstått og fortolket innenfor familien (Smith 2002).

Dawson studerte virkningen av depresjon på barna til 159 mødre. Barn i alder 13-15 mnd. med depressive mødre, hadde mindre tendens til å vise tilknytningsadferd overfor moren samt foretok mindre berøring av henne, i løpet av en 15-minutters observasjon med fri lek. De samme barna hadde også problemer med å regulere seg selv i en situasjon der det bare fantes noen få leker som ikke var nye, og der mødrene ble bedt om å fylle ut et spørreskjema samtidig som de skulle være alene med barna. I denne krevende situasjonen var det mer sannsynlig at barna av de depressive mødrene holdt øye med moren, prøvde å få oppmerksomheten hennes, satt på fanget og til slutt ble aggressive overfor moren,

sammenlignet med barn som ikke hadde depressive mødre. De fant også at der var en nedsatt aktivitet i barnets venstre frontallapp, målt med EEG. Denne hadde sammenheng med redusert tilnærmingsadferd, mer aggressiv adferd og raserianfall (Dawson 1997, i Bergum Hansen og Jacobsen 2008). Samlet tyder resultatene på at det skjer forandringer i barns hjerneaktivitet som følge av mødres depresjon. Disse er relatert til mindre tilnærmingsadferd hos barna og mer vansker med å regulere negativ affekt. Resultatene viste at det var de depressive mødrenes intensiverte atferd i forbindelse med samspillsaktivitet som var relatert til barnas atypiske hjerneaktivitet.

Manglende sensitivitet (som når moren initierer fysisk kontakt uten at det skjer kontingent i forhold til barnets atferd, reagerer på barnets ønske om oppmerksomhet bare ved passivt å holde barnet eller avvise det, eller invaderer barnet med sin altfor overstrømmende atferd) er sannsynligvis bindeleddet mellom depresjon hos tilknytningspersonene i tiden etter fødselen og barnets senere utrygge eller desorganiserte tilknytning (Smith 2002:78).

2.2 Resiliens

Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik (Rutter 2000, i Borge 2003:15).

Borge har fornuksket ordet "Resilience" og velger å bruke dette begrepet i stedet for en mye brukt oversettelse av resilience som motstandskraft (Gjærum, Grøholdt og Sommerschild 1998). Både Borge (2003) og Waaktaar & Cristie (2000) mener at begrepet motstandskraft i for sterk grad fremhever det som er "i" barnet og at det tar for lite hensyn til det komplekse samspillet mellom en person og situasjoner som blir bestemmende for belastninger for det enkelte menneske. Resiliens brukes både om fysiske og menneskelige fenomen, og kan bety både det å gjenopprette original form etter en fysisk belastning, og den menneskelige evnen til bedring. Ordet spenst viser kanskje i større grad til engangsfenomener, mens resiliens også omfatter vedvarende prosesser. Borge (2003) peker på at begrepene gjenopprette, opprettholde og forbedre, viser til spenst, men også til vedvarende prosesser.

Mestring er et annet ord som benyttes, men Borge (op.cit) mener at dette er forskjellig fra resiliens, ved at det i større grad legger vekt på læring. Barn kan lære ulike former for mestring i barnehagen og på skolen rettet mot dagligdagse utfordringer. Men de kan ikke lære resiliens på samme måten, fordi den utvikles i det virkelige liv i samspill med en avpasset dose reell risiko og barnets egenart. Gjennom å illustrere resiliens ikke bare som spenst, men også som prosesser, vil man ivareta Rutters definisjon på en god måte.

En annen viktig bidragsyter i forhold til dette feltet er Antonovsky (1988). Han studerte mennesker som hadde overlevd konsentrasjonsleirene under 2.verdenskrig. Han mener at det som er avgjørende for hvordan vi greier oss i livet, er vår opplevelse av det han kaller for en *Sence of coherence, SOC*. Dette innebærer å oppleve at livet henger sammen, slik at det fremtrer som forståelig, håndterbart og meningsfullt. Dersom barnet opplever indre og ytre stimuli som forståelig, vil det lettere lete etter mestringsstrategier for å håndtere situasjonen. Dette vil også oppleves som meningsfullt å forsøke å mestre utfordringene.

Raundalen og Dyregrov peker på fire faktorer som er grunnleggende for barns forståelse av seg selv og omgivelsene: opplevelse av sammenheng, opplevelse av klarhet og forståelse, opplevelse av kontroll og forutsigbarhet og opplevelse av refleksivitet.

Refleksivitet handler om den indre dialogen et menneske fører med seg selv, og om evne og mulighet til å reflektere høyt sammen med andre. Refleksivitet er viktig for å forstå seg selv og det en har opplevd, og på den måten høste lærdom av sine erfaringer og forstå seg selv i en større sammenheng” (Raundalen og Dyregrov 1997, i Holmsen 2004: 32).

Fra vi er barn, utvikler vi gradvis vår evne til å reflektere over oss selv og vårt eget liv. Barn trenger innsikt og forståelse i egne følelser og tanker både når livet er godt, og når det er vanskelig. Holmsen (2004) peker på at en kan fremme barns refleksjon gjennom historiefortelling, eventyr og dramatiseringer.

”Med bakgrunn i mestrings og resiliensforskningen vil det være godt forebyggende arbeid å bruke tid og krefter på samtaler med barn både enkeltvis og i mindre grupper for å gi barn muligheter til å sette ord på egne tanker og følelse, fortelle om egne opplevelser og reflektere over eget liv” (Holmsen 2004: 28).

Dersom et barn blir ivaretatt på en god måte følelsesmessig, vil dette styrke barnets muligheter for læring og mestring. Dette vil også bidra til barnets kognitive, språklige og emosjonelle utvikling.

Werner og Smith (1985) finner at viktige beskyttende faktorer for barn er: høy kompetanse, et positivt foreldre-barn samspill, støtte fra en annen frisk forelder (eller annen voksen), å ha vennskap med jevnaldrende, positive skoleerfaringer og aktiviteter utenfor hjemmet. Beardslee og Podorowsky (1998) peker på at ungdom som klarer seg bra, beskriver at deres "selvforståelse" er av stor betydning for deres mestring. Disse barna setter ord på problemene og er opptatt av foreldrenes lidelser, samtidig som de beskriver seg som adskilt fra foreldrene og ikke opplever skyld for foreldrenes lidelser.

Ut fra forskning har vi kunnskap om ulike faktorer som kan beskytte barn i en vanskelig livssituasjon. Jeg velger å sammenfatte disse i 5 sentrale faktorer; barnets personlige egenskaper, barnets tilknytning til foreldrene (eller minst en annen voksen), barnas vennskap og barns mestring. En femte viktig faktor er evnen til å skape mening, oversikt og forståelse i forhold til de vanskene man opplever (Antonowsky 1988, Beardslee og Podorowsky 1998, Werner og Smith 1985).

2.3 Empowerment og brukermedvirkning

Egenkraftmobilisering (empowerment), er den prosessen som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets egenkraft til å bli kjent med sine egne problemer, og erverve seg nødvendige ressurser for å kunne håndtere hverdagen (Talseth 2000).

En annen vanlig norske oversettelse av empowerment er: *å bemyndige, gi makt til, sette i stand til*. I denne definisjonen settes søkelyset på det en mektig aktør kan gjøre med en mindre mektig, nemlig bemyndige. Her overser man imidlertid at individet selv kan mobilisere og ta i bruk egne krefter.

"Empowerment-begrepet oppstod i USA i 1960-årene i "the new social movements". Stigmatiserte grupper begynte å kjempe for menneskerettigheter og respekt. Det handlet om mobilisering og styrking av egne krefter parallelt med nøytralisering av motkrefter. Dette skulle bidra til å hindre undertrykking. Det er to ulike retninger innenfor empowerment. Den sørlige retningen er nært knyttet til marxistisk teori og legger stor vekt på en kollektiv endring av samfunnsforhold som virker undertrykkende, mens den nordlige retningen er mer

individuell fokusert, ved at den enkelte skal styrke sin evne til deltakelse. Dette kan gjerne skje gjennom å delta i ulike organisasjoner (Follesø 2004, i Oltedal 2005).

Flere offentlige utredninger peker på ”empowerment” som en sentral politisk målsetting for at personer med spesielle behov skal kunne bidra sterkere som tjenestebruker til å ha innflytelse over sine tjenestetilbud og egen livssituasjon (Nasjonalt kunnskapssenter 2008).

Umyndiggjøring og manglende muligheter til å delta, er noen av de opplevelsene som er beskrevet av brukere og pårørende i psykisk helsevern (Austrem 2006, Rådet for psykisk helse 2004). Brukermedvirkning er imidlertid et lite entydig begrep og studier viser at det ofte tolkes på ulike måter (Sverdrup 2007). Funksjonshemmendes Fellesorganisasjon (2001) bruker en definisjon der fagkunnskap og brukerkunnskap sidestilles som likeverdige kunnskapskilder. Kommuner og helseforetak er pålagt å ha etablerte systemer for brukermedvirkning. På systemnivå innebærer det at brukere er talsmenn for andre brukere, gjennom å delta i råd eller utvalg som gjelder oppbygging av psykisk helsetjeneste. På individnivå skjer det gjennom å delta i planlegging av egen behandling. Brukermedvirkning kan være virksomt også for bedringsprosessen ved at man kan motta hjelp på egne premisser, og bli sett og respektert (Rådet for psykisk helse 2004).

Det gjennomføres flere steder ulike typer av brukermedvirkningskurs. Målet for disse kursene er firedeelt: å skape en sosial arena, å utvikle brukerkompetanse, å øke kompetansen innen dialogkonferanse-metodikk og større åpenhet omkring psykiske lidelser (Andvig 2005). Dialogkonferansen har som målsetting at mennesker i ulike posisjoner og status skal samarbeide for å finne løsninger på felles problemer. Evaluering av denne type konferanser viser at brukerne begynte å handle annerledes i møte med hjelpeapparatet, og at tjenesteyterne ble mer bevisst på brukernes ressurser, samt lyttet mer til deres synspunkter (op.cit.).

Barn og unge med psykisk syke foreldre har ikke tidligere hatt egne rettigheter som pårørende (Aamodt 2005). I et lovforslag fra HOD, som ble sendt på høring høsten 2008, foreslås det nå at barn skal få lovfestede rettigheter når deres foreldre mottar behandling innenfor psykisk helsevern. Dette vil innebære at barna får en rett til informasjon i forhold til foreldrenes sykdom (HOD, høringsnotat 2008).

2.4 Barn og brukermedvirkning

Jeg vil i dette kapitlet gå nærmere inn på hvordan synet på barn er i endring, og hvilke konsekvenser dette får i forhold til barn som pårørende.

2.4.1 Barnet som subjekt

Synet på barn har lenge vært i endring. Gjennom forskning fra ulike fagområder om psykologi, sosiologi, pedagogikk og antropolog, i pekes det på at barn må sees på som subjekt helt fra begynnelsen av livet. Spedbarn forstås ikke bare som passive mottakere av de voksnes omsorg, men som aktive deltakere i utvikling av relasjoner til andre mennesker. De bidrar selv i å skape mening i de situasjoner de møter (Stern 1991, i Sommer 1997).

Bae (2004) fremhever at forskningen viser at små barn er sosiale vesener som via kroppslige handlinger og nonverbale kommunikasjonssignaler, både søker og går inn i relasjoner til andre. De er i stand til å signalisere egne intensjoner og grenser, for eksempel når de vil ha pause fra interaksjonen med omsorgspersonen, eller at de kjenner seg usikre. For å komme inn i konstruktiv dialog og samhandlingsmønster, må omsorgspersonene være i stand til å se og tolke både kroppslige og nonverbale kommunikasjonssignaler. Å møte barn som subjekt er altså ikke noe som trer i kraft etter hvert som de vokser og får språk. Utfordringen ligger der helt fra de kommer til verden.

Barnet er derfor ikke et barn som skal formes og utvikles til små voksne, men barnet har rett til å bli møtt i forhold til egne opplevelser, og bli møtt med anerkjennelse som et eget individ med selvstendige tanker og følelser.

I stedet for å fokusere på det barnet mangler, på det uferdige, noe mindre utviklet, må oppmerksomheten rettes mot barn som *deltagere eller aktører* i sitt eget liv (James, Prout & Jenks 1998 i Bae 2004). De bruker metaforene "*human beings*" og "*human becomings*", i sin drøfting av synet på barn. I stedet for å se barn som noe som hele tiden må forandres til noe annet enn det de nå, blir utfordringen å møte dem som individer med følelser, tanker og meninger; som fullverdige mennesker i det livet de lever som barn. Barn må altså møtes som medmennesker, og ikke ut fra et fokus på hva de skal utvikles til å bli.

2.4.2 Barns rett til medvirkning

FNs barnekonvensjon ble vedtatt i 1989 og ratifisert av Norge i 1991. I 2003 ble barnekonvensjonen inkorporert i norsk lov, og er nå overordnet denne.

Konvensjonen gir barn universelle rettigheter som individer, samtidig som deres rett til omsorg og beskyttelse understrekes. Barnekonvensjonen, artikkel 13, slår fast som et viktig prinsipp at barn og unge har rett til ytringsfrihet; ”*Barn har rett til ytringsfrihet og til å søke, motta og utbre informasjon*”. Retten til ytringsfrihet henger nøye sammen med andre rettigheter Barnekonvensjonen gir barnet. De har rett til å uttale seg i viktige saker, og har tankefrihet, samvittighetsfrihet, religionsfrihet og retten til privatliv. For å kunne danne seg meninger og oppfatninger, og dermed ha full nytte av ytringsfriheten sin, har barnet også krav på god tilgang til informasjon, både i saker som angår dem direkte og i samfunnsspørsmål, politiske, sosiale og kulturelle forhold.

Barnekonvensjonen, artikkel 12 stadfester barnets rett til å si sin mening; ”*Barn har rett til å si sin mening i saker som vedrører det. Barns meninger skal tillegges vekt*”.

Også Barnelovens §31 sier at etter hvert som barnet modnes, skal foreldrene høre på hva barnet har å si, før de tar avgjørelser om personlige forhold for barnet. Foreldrene skal legge vekt på hva barnet mener. Det samme gjelder for andre barnet bor hos eller som barnet har med å gjøre.

I Pasientrettighetsloven, kap. 3, beskrives de mest sentrale rettighetene til informasjon for pasienter og pårørende. Her heter det blant annet at pasienten skal få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også få informasjon om mulig risiko og bivirkninger. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, og helsepersonell skal så langt det er mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Det understrekes også at informasjon er det pasienter og pårørende har forstått, ikke bare det som er blitt sagt.

2.4.3 Informasjon om egen alvorlige sykdom og død

Det har tidligere vært lagt vekt på at barn bør skånes i forhold til vanskelige tema som f.eks deres egen alvorlige sykdom og død. Dette er et vanskelig tema, der både foreldre og helsevesen strever med hvordan de skal snakke med barna. Erfaringer fra klinisk arbeid og

forskning, har bidratt til at en i dag i større grad mener at barn bør få slik informasjon. Mange hevder også at barn som ikke informeres, ofte vet eller aner mye om situasjonen sin, men at de ikke tør spørre, fordi de merker de voksnes taushet og unngåelse(Hummelvoll, 2000).

2.4.4 Informasjon og medvirkning i barnevernet

Barnevernet har de siste årene lagt stor vekt på at brukerne skal være delaktige og ha innflytelse på utforming av tiltak og tjenester. Sandbæk (2001) peker imidlertid på at begrepet er omdiskutert innenfor en tjeneste der muligheten til maktutøvelse er stor. Likevel har brukerperspektivet i barnevernet og i barnevernforskningen fått større legitimitet.

De aller fleste problemene og vanskene mennesker møter i livet, forutsetter samarbeid og aktiv deltakelse for å kunne takles. Dette innebærer at brukernes egne erfaringer er helt nødvendige både i planlegging av tiltak, og i tilrettelegging av hjelpetilbud for den enkelte. Den profesjonelle kunnskapen er ikke tilstrekkelig for å gi god hjelp. Det fordres også at brukerne ikke er passive mottakere, men deltar som aktive aktører gjennom hele prosessen. Når barn og foreldre kommer i kontakt med barnevernet, kan de føle seg både kontrollert og overvåket, noe som kan oppleves som objektiviserende og hindre dem i mulighet for å få innflytelse over beslutninger som fattes i forhold til deres eget liv.

Sandbæk benytter både bruker- og aktørbegrepet, når hun argumenterer for å gi barn og foreldre i kontakt med barnevernet større innflytelse i saker som angår deres egne liv. Hun hevder at aktørbegrepet favner videre. Kontakten med hjelpetjenesten er bare en del av deres hverdag, de har også et liv utenfor hjelpeapparatet, som de selv håndterer på ulike måter. Gjennom å erkjenne barn og foreldre som aktører i eget liv, kan også relasjonen med de profesjonelle hjelperne bli annerledes. Fokus kan i større grad rettes mot utfordringer i hverdagslivet. Dette kan også bidra til et økt fokus på empowerment; -teorier som vektlegger myndiggjøring, partnerskap, mestring og kompetanse. For å få til et økt fokus må den profesjonelle kunnskap avmystifiseres, og klientene må få definere sine problemer på egne premisser.

2.4.5 Informasjon om foreldres psykisk sykdom

Som pårørende til psykisk syke foreldre, har barns selvstendige rettigheter vært lite vektlagt. Barn har vært betraktet som underordnet de voksne, ikke som selvstendige personer med egne rettigheter. Dette innebærer at dersom en av deres foreldre blir innlagt i psykiatrisk sykehus, har de ikke en lovfestet rettighet i form av å være pårørende. Dette til tross for at stadig flere barn lever alene med en av sine foreldre, og de også i mange tilfeller yter en sterk omsorg overfor sine psykisk syke foreldre (Aamodt 2005). Det arbeides nå for at barn skal få sterkere rettigheter i forhold til informasjon, og at deres behov for bistand skal kartlegges i forbindelse med foreldres sykehusinnleggelse.

I et høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av 22.04 2008, fremmes det flere forslag til endringer av helsepersonelloven m.v. for å styrke rettstillingen til barn.

Departementet foreslår å lovfeste at helsepersonell skal bidra til å ivareta barns behov når foreldre har psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig sykdom eller skade.

Departementet foreslår i § 23a, første ledd, bokstav a, at helsepersonell bør pålegges en plikt til å informere foreldrene om det de mener er en hensiktsmessig eller nødvendig oppfølging av barna, og be om samtykke til å gjennomføre dette. I de tilfeller der pasienten ikke er kompetent til å samtykke eller motsetter seg å gi informasjon, foreslår departementet i § 23 a fjerde og femte ledd, at det likevel innføres en opplysningsplikt overfor pasientens barn om strengt nødvendig og grunnleggende informasjon om helsetjenestens behandling av pasienten.

I tillegg foreslår departementet at helsepersonell i visse tilfelle, uavhengig av taushetsplikten skal gi andre som har omsorgen for barnet, informasjon som er strengt nødvendig for å sikre barnet samvær med pasienten. For å sikre at denne informasjonen gis på en god måte foreslås det å opprette egne *barneansvarlige* ved de ulike postene innen psykisk helsevern for voksne, jfr. § 3-7a. *Formålet med denne ordningen er å sikre at barnas behov blir ivaretatt, at pasienter får tilbud om å mestre foreldrerollen og gi grunnlag for bedre koordinerte tjenester mellom spesialisthelsetjenesten i kommunene (HOD, høringsnotat 2008: 38).*

I forslag til ny journalforskrift § 8, foreslås det også at det skal fremkomme i journalen om pasienten har mindreårige barn, og at det i barns journal skal inneholde opplysninger om foreldres sykdom, dersom de påvirker barnas helsetilstand eller omsorg.

Disse forslagene vil, dersom de blir vedtatt, bidra til en styrking av barnets rettstilling, både i forhold til informasjon, men også til å motta forebyggende tiltak.

2.4.6 Barns egen innhenting av informasjon

Barn og unge bruker moderne medier ut fra flere ulike motiv samtidig. De innhenter informasjon, de styrker personlig identitet, de får hjelp til sosialt samspill, i tillegg til å brukes som underholdning (Søbstad 1998 i Skaalvik og Kvello). Ved flere anledninger har jeg snakket med barn som forteller at de gjennom bruk av bøker har søkt hjelp til å forstå og bearbeide egne vansker og problemstillinger. Barnebøkene har gjennomgått store endringer de senere årene. Den gjenspeiler også den tiden vi lever i, og tar i større grad opp eksistensielle og psykologiske spørsmål knyttet til barns hverdag (Ommundsen 2006). Fremveksten av en ny generasjon av bøker gir nye muligheter. De utgjør en enestående kilde for både barn og voksne til å leve seg inn i historier som også omhandler vonde sider av barns virkelighet og som kan gi gjenkjennelse og skape diskusjon.

FNs barnekonvensjon, artikkel 17, omhandler barns forhold til massemedia.

Barn har rett til å motta informasjon fra nasjonale kilder. Staten skal også oppmuntre massemedia og forleggere til å lage barnestoff og spre barnebøker. Minoritetsbarns språklige behov skal tas hensyn til. Follesø (2005) viser til at enkelte barn som har hatt en vanskelig oppvekst kan vegre seg for å gå inn i diskusjoner, blant annet fordi de sliter med å formulere seg. Hun peker på at språket er et nødvendig redskap for at brukermedvirkning skal kunne realiseres, og at det kan være viktig å ta høyde for de vanskeligheter som det kan medføre.

2.4.7 Språk og forklaringer til mindre barn

Mindre barn tenker på en mer konkret og fakta-orientert måte, mens mer abstrakt tenkning utvikles senere. Opplevelsen av tid og sted, personer og hendelser, kan være vanskelig å skille fra tanker og fantasier. Dette innebærer at det er viktig at informasjon til små barn er enkel og konkret, og uten for mange detaljer. For mange detaljer kan oppleves som forvirrende og uforståelige. Forebyggende program for denne aldersgruppen bør derfor være enkle og konkrete og informasjon knyttet nært opp til hvordan det enkelte barn har opplevd foreldrenes sykdom (Mayberry 2006). Barna kan være sårbare for farlige historier og ta ting veldig bokstavelig. Det er positivt å få mulighet for å sette ord på enkle hendelser i hverdagslivet, og utforske fantasi og virkelighet. Barnas evne til å huske, og reflektere over hendelser i fortid kan være begrenset. Det kan være vanskelig for dem å danne seg et helhetlig bilde av hva som skjer, og hvordan hendelser henger sammen. De fortolker ofte hendelser ut fra seg selv som

midtpunkt, og kan oppfatte at de har innflytelse eller ansvar for hendelser på en ”magisk måte”.

Yngre barn er spesielt sensitive overfor foreldrenes følelser og deres egne psykologiske reaksjoner reflekterer ofte foreldrenes følelser og adferd. Dette kan innebære at jo mer fortvilt forelderen er, jo mer fortvilt blir de selv. Barn i 4-7 års alderen er i ferd med å utvikle mer kompliserte følelser, som skam, skyld og stolthet. De starter å reflektere over seg selv og begynner å eksperimentere med ulike måter å uttrykke en lang rekke følelser. Som en konsekvens av dette trenger programmet å legge til rette for å oppmuntre til å uttrykke følelser, på ulike måter og i ulike sammenhenger (Mayberry 2006).

Tilknytning referer til de følelsesmessige bånd mellom barnet og deres omsorgspersoner. Graden av tilknytning er også relatert, til barnets kognitive utvikling. For eksempel må barn først kjenne at personer er en sikker del av verden, før de er i stand til å knytte seg trygt til en voksen. Barn i 4-7 års alder kan derfor være klamrende og lite villig til å separere seg fra foreldrene, når de er i fremmede situasjoner. Dette er særlig tilfelle for mange barn med psykisk syke foreldre på grunn av deres familiehistorier med stress og forstyrrelser. Som en konsekvens av dette, vil det være viktig når man skal utvikle program for denne aldersgruppen, at foreldrene er i nærheten eller fysisk tilstede (op.cit).

2.5 Risiko og beskyttende faktorer

Barn som vokser opp under problematiske familieforhold, som har et vanskelig temperament og som lever i et miljø som gjennomgår få positive forandringer, har en økt sannsynlighet for å utvikle psykiske lidelser. Allerede fra barn er halvannet år, er det mulig å identifisere forhold som kan bidra til at barnet utvikler langvarige psykiske plager (Rapport fra Folkehelseinstituttet 2007:5). Om lag en fjerdedel av barna som hadde betydelige plager ved halvannet års alder, hadde fremdeles plager da det var 8 år. Problemadferd hos de minste barna, var i særlig grad knyttet til mors symptomer. Barn som har foreldre med psykiske plager, rusproblemer, konflikter i parforholdet/ og eller manglende foreldreferdigheter, har større sannsynlighet enn andre barn for å utvikle psykiske problemer. Denne sammenhengen er godt dokumentert, men det har likevel vært vanskelig å finne frem til de spesifikke elementene i hvordan denne risikoen opptrer (Killèn 2000).

Psykisk syke utgjør jo også en stor og uensartet gruppe, i tillegg til at psykisk sykdom hos foreldre, ikke kan gi hele forklaringen på den økte risikoen for barna.

En rekke studier viser at noen barn går det veldig bra med, til tross for en oppvekst med syke foreldre. De resiliente barna utvikler evnen til en vellykket tilpasning. Evnen til å arbeide og engasjere seg i støttende og intime personlige relasjoner, bidrar til resiliensutviklingen (Beardslee & Podorefsky 1988).

Jeg har derfor valgt å forsøke å belyse dette nærmere ved å trekke frem ulike forskeres bidrag for å forstå elementene i risiko og beskyttende faktorer. Interessen for dette er spesielt knyttet til om denne forskningen vil kunne hjelpe oss til å utvikle forebyggende tiltak for barna.

Jeg vil ta utgangspunkt i Goodman og Godtliebs (2002) samling av flere sentrale forskere, til å bidra med ulike perspektiver på risiko og beskyttende faktorer for barn med deprimerte foreldre, og deres forslag til hvilke implikasjoner dette kan ha i forhold til utvikling av forebyggende tiltak.

2.5.1 Foreldrefungering.

En av de gjennomgående faktorene i forhold til økt risiko hos barn, er svak foreldrefungering. Depresjon vil ha en forstyrrende effekt på foreldre-barn samspillet, særlig på grunn av at symptomene på depresjon innebærer vansker med den følelsesmessige reguleringen, og at vanskene ofte korrelerer med andre forhold, som økt stress. Svak foreldrefungering utgjør en stor bekymring i forhold til flere aspekter ved barnets utvikling. Barnet trenger en passende mengde stimulering fra sine foreldre for å utvikle sine følelsesuttrykk og selvregulering (Ashman & Dawson 2002, Field 2002). Foreldrefungeringen spiller også en stor rolle gjennom utviklingen av en trygg tilknytning mellom foreldre og barn, og i forhold til utvikling av selvtilitt og tro på egen mestring. Dersom disse normale utviklingsprosessene forstyrres, øker risikoen for utvikling av depresjon (Lyons-Ruth 2002, Garber & Martin 2002).

Berg-Nilsen(2002) har gjennomført en metastudie av litteratur knyttet til foreldrefungering i familier der en eller begge foreldre er psykisk syke. Foreldrefungering defineres som foreldres hverdagsadferd i forhold til sitt barn, inkludert kognisjoner, emosjoner og attribusjoner rettet mot barnet, holdninger og verdier. Dysfunksjonell foreldrefungering er det foreldrene gjør, eller ikke gjør, som kan ha negativ påvirkning på barnet. Dysfunksjonell foreldrefungering deles i to hoveddimensjoner; foreldrenegativitet og ulike former for ineffektiv

disiplineringspraksis. Foreldrenegativitet innebærer fiendtlighet og manglende varme, ved at foreldrene avviser, kritiserer eller latterliggjør barnet. Det ser ut til at mengden av negativitet er mer avgjørende for barnets utvikling, enn hvilken type negativitet foreldrene viser.

Ineffektiv disiplinering vises ved hard, nedbrytende og inkonsistent disiplineringsspraksis. Dette kan innebære at barnet kan få en opplevelse av å ikke forstå og kontrollere omgivelsene sine, noe som kan minne om fenomenet *lært hjelpesløshet*. Dersom barnet møter mange situasjoner som er utenfor egen kontroll, begynner det etter hvert å forvente at også nye situasjoner vil være ukontrollerbare. Dette kan bidra til en større risiko for å utvikle angst. I andre tilfelle kan barnet utvikle en adferd som kan oppfattes som manipulerende, og som kan oppfattes som en forsvarmekanisme for å håndtere den ustabiliteten de opplever hos foreldrene (Berg-Nilsen 2002).

Killen(2000) beskriver fire sentrale foreldrefunksjoner; - evne til å se barnet som det er, evne til å engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, evne til empati med barnet, og evne til å ha realistiske forventninger til barnets mestring. Evnen til å se barnet som det er, innebærer at forelderen har en sensitivitet i forhold til barnets signaler, og at de responderer på en måte som dekker barnets behov. Denne evnen vil være avhengig av hvordan forelderen selv har det, og hvordan barnets adferd og reaksjoner påvirker forelderen. Evnen til å engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, er avhengig av at den voksne har evnen til å glede seg over barnet. Dette bidrar til at barnet utvikler positive forventninger, optimisme og glede.

Evnen til empati med barnet innebærer at forelderen er i stand til å leve seg inn i barnets behov og at de kan hjelpe barnet til å forstå sine egne følelser og andres følelser. Denne evnen har også betydning for i hvilken grad foreldrene unnlater å av reagere dagliglivets frustrasjoner på barna, og er en sentral faktor i forhold til vurdering av foreldrenes omsorgsevne.

Evnen til å ha realistiske forventninger til barns mestring, vil si at forventningene er i samsvar med barnets utviklingsnivå og faktiske ferdigheter. Barn som opplever realistiske forventninger, vil ikke bekymre seg over å ikke strekke til, men utvikle sin egen mestringsevne. Opplevelse av mestring er en viktig beskyttelsesfaktor i forhold til utvikling av egne vansker.

2.5.2 Forstyrrede biologiske systemer.

Det ser ut til at barnets biologiske system relatert til emosjonelle uttrykk og regulering, spiller en stor rolle, enten som moderator, eller mediator for dårlig foreldrefungering.

Spebarn som har mødre som var deprimerte gjennom graviditeten, er karakterisert ved skjevutvikling i forhold til psykobiologiske systemer. Dette kan skyldes både en genetisk påvirkning og at de er utsatt for atypiske nevroendokrine mønster i løpet av fosterutviklingen når moren er deprimert (Field 2002). Det kan være avgjørende forskjeller i måten denne mekanismen opptrer på, i forhold til om barnet opplever mors depresjon under graviditeten eller etter fødsel (Ashman & Dawson 2002). Spebarn med mødre som blir deprimert etter fødsel, kan også oppleve forstyrrelse i det nevroendokrinske systemet, spesielt hypothalamic-pituitary-andrenalin (HPA) axenog utvikling av frontallappene (Lyons-Ruth 2002, Ashman & Dawson 2002). Frontallappene er en region som er særlig kritisk i forhold til emosjonelle uttrykk og regulering, i tillegg til utvikling av et stress-respons system. Barn som er født med denne biologiske sårbarheten kan være mindre responderende, ekspressive og oppmerksomme. I tillegg vil deprimerte mødres svake foreldrefungering øke barnets biologiske sårbarhet (op.cit).

Det er lett å se for seg at en deprimert mor, med lite mimikk og lite overskudd til barnet, vil oppleve mindre mestring i samspill med et barn som er krevende og har vanskelig for å regulere sin stress-respons. Dette vil starte et gjensidig forsterkende mønster for samspillet.

2.5.3 Økt eksponering for stress

Et annet viktig tema er hvordan stress opptrer som en mekanisme for overføring av depresjon fra foreldre til barn. Slike stressfaktorer kan være forelderens sykdomsrelaterte adferd, vansker i forhold til sosiale nettverk, vansker i forhold til arbeidslivet og økonomiske bekymringer (Hammen 2002). Det kan se ut til at deprimerte kvinner kan være mer utsatt for å velge partnere som har egen psykopatologi, i tillegg til å oppleve flere konflikter i ekteskapet. Begge disse faktorene kan bidra til økt stress hos barna (Hammen 2002, Garber & Martin 2002, Radke-Yarrow & Klimes-Dougan 2002).

Andre risikofaktorer som opptrer samtidig, kan være fattigdom, minoritetsbakgrunn, manglende utdanning, kroniske helseproblem og at de er tenåringsmødre (Field 2002, Hammen 2002). Barna kan oppleve stress i relasjon til mødrene, f.eks ved at de ikke responderer når de henvender seg til dem (Ashman & Dawson 2002, Field 2002, Garber and Martin 2002, Lyons –Ruth et al. 2002, Compas et al. 2002).

Tidlige og hyppig stresseksposering kan føre til inadekvat stressregulering i andre situasjoner. Barna kan også være mer utsatt for stress ved at de utvikler en uhensiktsmessig mestringsadferd, kommer lett i konflikter med andre barn og har dårlige skoleprestasjoner (Ashman & Dawson 2002, Field 2002, Lyons- Ruth m.fl. 2002 og Hammen 2002).

2.5.4 Negativ tenkning

Utvikling av negative tankemønstre kan også bidra til en økt risiko for utvikling av depresjon. Dette kan skyldes at foreldrene forklarer barnas adferd ut fra et depressivt tankemønster. Det kan også være at foreldrene lærer barna negative oppfatninger om seg selv og omgivelsene gjennom sitt samspill med barna. Dette kan skje gjennom en kritisk og skyldbelastende språkbruk, i tillegg til en straffende eller ignorerende adferd (Garber & Martin 2002). Deprimerte foreldre kan også bidra til at barna blir utsatt for flere stressfaktorer som kan være traumatiske, kronisk eller ikke kontrollerbare. Dette vil kunne bidra til barns utvikling av negativ tenkning, inkludert å påta seg skyld, hjelpeløshet og håpløshet (Garber og Martin 2002, Hammen 2002). Barna kan ha vanskelig for å forstå hendelsene og oppførselen. Gjennom å påta seg en hjelperrolle prøver de å veie opp for en sterk skyldfølelse i forhold til oppførsel de ikke forstår (Radke-Yarrow 2002, Klimes-Dougan 2002, Hammen 2002).

Som vi har sett er det ikke bare en risikofaktor, men flere ulike faktorer som spiller sammen. Dette innebærer at det er et komplekst bilde av risiko og beskyttende faktorer som er avgjørende for hvordan det går med det enkelte barn. Familien kan utgjøre en viktig støtte for det enkelte barn. På den ene siden er relasjonen til den syke forelderen viktig. Dersom forelderen uttrykker varme og positivt tilgjengelig for barnet, er dette en helt annen situasjon enn om forelderen har stort fokus på seg selv og er negativ eller avvisende. Fravær av foreldrekonflikter gir også et bedre utgangspunkt. I tillegg kan nærhet til den andre forelderen eller søsken innebære en viktig støtte.

Barnets egne mestringsprosesser er også en viktig faktor for hvordan barnet responderer på det stresset de blir utsatt for (Compas m.fl. 2002). Ulik sårbarhet ser også ut til å være avhengig av kjønn. Gutter er noe mindre sårbare for selv å utvikle depresjon, mens tenåringsjenter med deprimerte mødre ser ut til å ha en spesiell risiko. Sheeber (2002) mener

at jenter kan være mer sårbare fordi de lærer et kjønntypisk adferdsmønster med tristhet og nedvurdering av seg selv, i stedet for å ta i bruk problemløsningsstrategier.

Tenåringsjenter kan også være mer sårbar for depresjon fordi de har flere konfliktfylte samspill med mødre sine og at de er mer sensitive for forstyrrelser i foreldre- barn relasjoner. Det kan også være at mødres depresjon fungerer som en oppfordring til å påta seg omsorgs og ansvarsoppgaver hos barna, spesielt hos døtrene (op.cit).

2.5.5 En modell med flere perspektiver.

Ulike forskere og forfattere beskriver modeller der en rekke ulike komponenter er påvirket av ulike faktorer og samtidig påvirker flere andre faktorer. Hammen (2002) refererer til at nevrobiologiske prosesser også kan medvirke i relasjonene mellom stress og risiko for barna, særlig når de blir utsatt for stress tidlig i utviklingen. Radke-Yarrow og Klimes-Dougan (2002) peker på negativitet hos foreldre, vil påvirke barna ikke bare gjennom direkte kritikk og avvisning, men også generelt, ved at foreldrene har et mer negativt blikk på livet. Barna vil også bli eksponert for foreldrenes negative samhandling med hverandre, i tillegg til at familien ofte blir mer isolert fra verden omkring. Barna vil kunne oppleve mindre kontakt med venner og familie og ha mindre anledning til å få støtte hos andre.

Radke-Yarrow og Klimes-Dogan (2002) finner også støtte for et kumulerende risikoperspektiv. De fant at individuelle risikofaktorer som familiestress og alvorlighet av foreldres depresjon, bare kunne forklare moderate variasjoner av barnas problemer. Barn som hadde begge disse risikofaktorene, særlig i tenårene, hadde imidlertid høyere grad av depresjon. Det skjer trolig en interaksjon mellom karakteristika ved barnet, mors symptomer og mentale utviklingsprosesser. Barnas vanskelige temperament kan ha større betydning i forhold til mødre med sterke symptomer, ved at de negative prosessene har startet tidlig og akselerert over tid. Hammen (2002) uttrykker lignende ideer, og foreslår at barn som utvikler psykososial misstilpasning tidlig i tilknytning til mors depresjon, konsekvent har større problemer i forhold til relasjoner til venner. Dette bidrar igjen til færre muligheter til å utvikle effektive mestrings og problemløsningsstrategier. Denne situasjonen kan også øke ved at den deprimerte forelder har mindre kapasitet til å hjelpe barnet sitt.

Garber og Martin (2002) mener at korrelasjonen mellom foreldre og barns kognitive stil ikke trenger å være knyttet til at barna tar modell av foreldrene, men at det kan være

utenforliggende stressfaktorer som har influert både foreldre og barnas kognisjon og tendens til negativ tenkning. Silberg og Rutter(2002) mener at genetisk innflytelse er involvert både i forhold til barnas sjanse til å oppleve stressfulle omgivelser, men også i forhold til i hvilken grad de blir påvirket av risikomiljø.

Hammen (2002) har en hypotese om at stress påvirker flere generasjoner. En svekket fungering ved depresjon bidrar til flere stressende omstendigheter, som igjen utfordrer den deprimerte personens mestringsferdigheter og øker misstilpasningen. Deprimerte mødre som er karakterisert med inadequate foreldreferdigheter, vil resultere i barn som er økende urolige, krevende og negative. Et barns problemer og negativitet vil igjen medføre økt stress hos forelderen, og sette i gang spirallignende negative konsekvenser for både mor og barn, og for deres relasjon.

2.5.6 Utvikling av forebyggende tiltak

Hvilke implikasjoner har så denne forskningen i forhold til hvilke forebyggende tiltak som bør settes i verk? Goodman (2002) viser først og fremst til at det er viktig å se forelderens sykdom ut fra et familieperspektiv, og at det vil være viktig å møte både partner og barn. Et annet viktig aspekt er å utdanne foreldrene om hvilke potensielle effekter deres lidelse kan ha i forhold til barna. Dette samsvarer med en rekke undersøkelser også i Norden (Glistrup 2004, Skerfving 2005). I intervju med foreldre om hva de skulle ønske i forhold til seg og sine barn, trekker de også selv frem behovet for å arbeide tettere i forhold til familien (Mevik og Trymbo 2002).

Phares (2002) minner om å inkludere fedrene, både for å få bedre informasjon om barna og om behandlingsprosessen. Han viser også til at fedre influerer barna slik som mødre, og fedres symptomer og karakteristika er relatert til barnets videre utvikling. I tillegg viser forskning at i familier der en av foreldrene deprimert, er det også ofte slik at den andre forelderen også har psykiske vansker (op.cit.). Dersom fedrene er friske, kan de ha en viktig beskyttende rolle dersom mor er deprimert (Beardslee og Podorefsky 1988). Goodman (1993) fant at barn der begge foreldre hadde psykiske lidelser, var mindre i stand til å forstå sosiale koder enn barn med en deprimert mor og frisk far.

Radke-Yarrow og Klimes-Dougan (2002) mener at det kan være viktig å screene barna for symptomer som ennå ikke påvirker deres fungering. Foreldrene har kanskje ikke oppfattet problemet eller har ikke kunnskap nok om risikofaktorer til å bli bekymret.

Gladstone og Beardslee (2002) beskriver to ulike forebyggende tiltak som er prøvd ut og evaluert med positive effekter. Den ene er en mer kortfattet informasjon til foreldre og barn om psykiske lidelser. Den andre er en klinisk basert intervensjon med flere samtaler med foreldre og barn, sammen og hver for seg. Selv om begge var effektive, var det den klinisk baserte som ga de største endringene. Spesielt vises det til at barna hadde fått en bedre forståelse av foreldrenes depresjon og hadde forbedret kommunikasjonen med foreldrene. Begge disse intervensjonene er implementert i stor skala i Finland (Solantus 2006). Flaaten og Rynning Myrvoll (2006) beskriver et pilotprosjekt der de har arbeidet med å implementere denne modellen i Oslo og Akershus.

I tillegg til undervisningsintervensjoner for å øke kunnskapene om psykiske lidelser og kommunikasjon i familien, er det flere av teoriene som gir støtte til ekteskaps- og familierapi. For eksempel vil en reduksjon av ekteskapskonflikter minske en av de viktige stressfaktorene for disse familiene. Alle tilnærmingene som har som fokus på å øke kommunikasjonen vil også kunne redusere barnas tendens til negativ tenkning, som å påta på seg skyld for foreldres sykdom. Støtte i foreldrerollen vil også kunne bidra til at barna ikke påtar seg en omsorgsrolle overfor foreldrene (Goodman 2002).

Shaeber m.fl. (2002) anbefaler at foreldrene hjelpes til å oppdage og stoppe alle tendenser til depressiv adferd, spesielt hos døtrene, og arbeide med å styrke barnas sosiale og problemløsningsadferd. De anbefaler også familie-adferdsterapi for å redusere uhensiktsmessig avhengighet for barna, og spesielt at det arbeides i forhold til å redusere mor– datter konflikter. Det foreslås også andre mer kunnskapsbaserte og mestringsfokuserte tilnærminger, der en også inkluderer foreldreskapet i terapien. Spesielt bør en legge vekt på å arbeide med tilknytning og om nødvendig gi spesifikk foreldrekunnskap i forhold til det enkelte barns utviklingsfase.

I tillegg til tradisjonelle kliniske tilnærminger og intervensjoner, gir de mekanismene som er presentert sterke implikasjoner for å utvikle forebyggende strategier (Gladstone og Beardslee 2002). Dette er særlig viktig i forhold til spedbarn som har deprimerte mødre (Field 2002).

I intervensjoner rettet mot mødre og barn, har det vist seg å være viktig å matche intervensjonen til den interaktive stilen som den enkelte mor har. Field (2002) viser til at effektiviteten av en intervensjonsstrategi med rådgiving, bare er effektiv når intervensjonene tar hensyn til om mor har en tilbaketrukket eller overinvolvert depressiv stil.

Dersom mor har en overinvolvert stil, ga det bare positiv effekt når mor ble bedt om "å imitere barnet sitt" eller "å ta det med ro og ikke være så pågående". Hun fikk ikke positiv respons fra barnet når hun ble bedt om "å holde på barnets oppmerksomhet". For mødre med en tilbaketrukket og understimulerende stil, var det derimot bare effektivt å bli bedt om "å holde på barnets oppmerksomhet", i motsetning til å bli bedt om "å imitere barnet sitt." Barna utviklet en tilbaketrukket stil med lite følelser og lav aktivitet dersom moren var tilbaketrukket, mens en annen gruppe utviklet en hyperaktiv adferd med irritabilitet og høy aktivitet som reaksjon på et overstimulerende samspill. Denne adferden holdt seg stabil gjennom førskolealder, som forløper for en mer tydelig internaliserende eller eksternaliserende adferd.

Andre virksomme korttidsintervensjoner er avlappende massasje og musikkterapi. Massasje to ganger i uken til moren bidro til mindre depressivitet, mindre angst og lavere kortisolnivåer. Det ble også målt en lavere høyre frontal EEG-aktivitet. De har også sett lignende effekter med flere 20 minutters musikkterapi (Field 2002).

Spedbarn som fikk 15 minutters massasje av sine deprimerte mødre 12 dager over en 6 ukers periode, viste lavere kortisolnivåer, la på seg, hadde bedre blikk-kontakt og forbedret sine scorere på regulering av emosjoner. Også massasje til gravide har vist lignende lovende resultater, med mindre søvnvansker, færre fødselskomplikasjoner og lavere nivå av stresshormoner. (op.cit.)

Garber og Martin (2002) beskriver to typer av forebyggende program med et kognitivt perspektiv. Det ene tar sikte på å endre barns negative tenkning for å forhindre depresjon. Det andre forsøker å forandre de dysfunksjonelle mønstrene av sosialt samspill som øker den negative tankene hos barna. Også i forhold til å forstå foreldrenes adferd, vil det være nyttig å arbeide ut fra en kognitiv profil. Å arbeide med å redusere stress og utvikle mestring vil være en intervensjonstype som er forenlig med reduksjon av risiko. Hammen (2002) foreslår å lære deprimerte foreldre hvordan de kan løse situasjoner med mye stress, og hvordan de kan hjelpe barna med problemløsning. Compas (2002) peker på viktigheten av å undersøke barnas mestringsrespons og mener at det er et stort potensial for ulike intervensjoner som kan forsøke

å lære barna mer effektive måter å mestre de ofte ukontrollerbare stressituasjoner som er knyttet til foreldres depresjon. Slike intervensjoner må være sensitiv i forhold til den utviklingsfasen barnet er i, og stå i forhold til deres mestringsevne. I tillegg må man arbeide for å redusere stressorer, som f. eks å bedre den deprimertes samhandlingsstil overfor barna.

Risikofaktorer som i sterk grad er genetisk påvirket, vil imidlertid gi mindre mulighet for effektiv intervensjon. Fordi foreldres depresjon gir tidlige og raske effekter, kan det være vanskelig å implementere virkelige forebyggende intervensjoner. Likevel er Silberg og Rutter (2002) optimistisk i forhold til at det kan designes intervensjoner der en kan minske interaksjonen og korrelasjonen mellom genetisk innflytelse og miljømessig risiko.

Intervensjonen Familieambulatoriet, i Danmark, følger barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre fra graviditet til barna begynner på skolen (Olofson 2005). Denne intervensjonen har vist svært lovende resultater. Helse- og omsorgsdepartementet, HOD, har igangsatt prosjekter for å utvikle lignende modeller i Norge. Goodman og Gotlieb (2002) oppsummerer flere forskeres bidrag i boken ”Children of depressed parents”. De peker på at det kan være nødvendig å intervenere på ulike måter gjennom barnas utvikling. De utviklingsmessige utfordringer for hver aldersgruppe varierer, og symptomer på misstilpasning vil også variere med alder og utvikling.

I spedbarnsalderen kan det være nødvendig å arbeide spesifikt med mødrene og deres interaksjon med barna, for å forholde seg til vansker i med følelsesmessig regulering. Senere, i småbarnsalder, kan det være nødvendig å utvikle individuelle og terapeutiske programmer, for å bidra til en bedre utvikling av trygg tilknytning og utvikling av sosial adferd. Når de samme barna blir litt eldre og i kommer tidlig tenårene, kan det være behov for behandling som møter deres individuelle mentale helse og kognitive stil, i tillegg til deres rolle i familien. I de senere tenårene kan det være mest nyttig med et gruppetilbud, i forhold til den utviklingsmessige utfordringen med separasjon fra foreldre og den økende betydning av vennsrelasjoner i dette utviklingstrinnet. Selv om det kan virke ambisiøst, kan det være at en langvarig tilnærming er nødvendig.

3 Metode

3.1 Valg av tema

Det første valget jeg stod overfor som forsker var nettopp spørsmålet: ”Hva skal jeg forske på?” Blaikie(2000) viser til at forskning ofte grupperer seg i tre typer av motiver. Det kan være personlige motiv som nysgjerrighet, karrieremål eller andre personlige interesser. Andre motiv kan være knyttet til mer akademisk interesse for utvikling av et fagfelt og utvikling av teori. Motivene kan også være knyttet til utvikling av samfunnet gjennom å hjelpe enkelte grupper, bidra til å løse sosiale problem og påvirke beslutning om sosialpolitikk.

På den ene siden var det ganske tilfeldig at jeg ble invitert på et møte med psykiske helsearbeidere høsten 2006, like etter at jeg hadde startet som masterstudent. De var bekymret fordi de så mange småbarnsforeldre som strevde med psykiske vansker og etterlyste et bedre tilbud. Møtet resulterte i et ønske om å starte et gruppetilbud for foreldre og barn etter en Australsk modell (Mayberry 2006), og jeg bistod kommunen med søknad om prosjektmidler fra Regionsenteret for barn og unges psykiske helse(RBUP) i Tromsø. Jeg søkte også om midler til frikjøp av arbeidstid for å gjennomføre forskning på erfaringene med tilbudet, som del av mitt masterarbeid.

Det var nok likevel ikke tilfeldig at jeg *igjen* kom inn i dette feltet. Dette et tema jeg har vært opptatt av siden tidlig på 90-tallet. Jeg arbeidet da på en allmennpsykiatrisk avdeling, der jeg over tid utviklet en praksis med å invitere partner og barn til samtaler når en av foreldrene var innlagt, inspirert av Beardslee`s artikler om forebyggende arbeid. Erfaringene over en 3 års-periode ble oppsummert i en bacheloroppgave og førte til at jeg ble invitert til å arbeide med opplæringsprogrammet ”Når mor eller far er psykisk syk” innenfor Organisasjonen Voksne for barn. Jeg har også senere gjennomført to studier om dette temaet sammen med en kollega: en studie der vi intervjuet foreldre med voksne barn om hvordan de hadde opplevd det å være psykisk syk og småbarnsforelder og en annen der vi intervjuet ansatte i voksenpsykiatrien om dilemma i arbeid med foreldre (Mevik og Trymbo 2002).

De siste årene har jeg arbeidet innenfor Barene - og ungdomspsykiatrien, der jeg har vært spesielt interessert i informasjon til barn. Mitt valg av studie er derfor knyttet til et felt jeg kjenner godt og jeg er ingen ”nøytral” datainnsamler. Jeg bringer med meg erfaringer og

forståelsesmåter som er opparbeidet gjennom et langt yrkesliv. Dette krever en bevissthet om hvordan disse tidligere erfaringene påvirker de valgene jeg gjør. Derfor er det viktig at jeg hele tiden reflekterer aktivt i forhold til mine valg og rolle i forskningen. *Qualitative research should involve critical self-scrutiny by the researcher, or active reflexivity (Mason 1996 i Blaikie: 55)*. Selv om jeg er oppmerksom på denne problemstillingen, blir jeg stadig overrasket over at jeg kan ta ting for gitt. Det har derfor vært veldig nyttig å ha en veileder som stilte spørsmål ved det han syntes var uklart. Noen ganger var det slik at det ble tydelig også for meg jeg måtte arbeide mer med å klargjøre hva jeg egentlig mente, mens andre ganger hadde jeg hoppet over bindeledd og forståelser som var selvsagte for meg, men som måtte ha en bedre forklaring for at det skulle gi mening til andre.

3.2 Valg av forskningsspørsmål

Å velge problemstilling for forskningen har stor betydning også i forhold til de videre elementer i studien, og blir avgjørende for utviklingen av forskningsdesignet og innsamling av data (Blaikie 2000). Det er viktig at forskningsspørsmålene er klart formulert, at de er verd å undersøke og at det er mulig å forske på dem. Gjennom disse spørsmålene vil du velge synsvinkelen for det videre arbeidet. *They are the vehicles which you will rely upon to move you to from your broad research interest, to your spesific research focus and project, and therefore their importance cannot be overstated. (Mason 1996 i Blaikie 2000: 60)*

Dette utgjorde en stor utfordring for meg. Jeg hadde lyst til mange ting samtidig, og det var vanskelig å spisse problemstillingen slik at den ikke skulle bli for vid. Hvilke ”briller” skulle jeg bruke? Skulle jeg være opptatt å se mange ting i sammenheng, få en oversikt? Eller skulle jeg smalne veldig inn og fokusere på noen få detaljer i det store bildet?

I mitt tidligere arbeid i voksenpsykiatrien snakket jeg med pasientene om deres oppvekst og bakgrunn, og mange fortalte en historie om vanskelige livsvilkår og foreldre som ikke hadde møtt deres behov, ofte fordi de hadde vært psykisk syke. Samtidig var de nå småbarnsforeldre, og jeg så at de strevde med å ivareta sine egne barns behov. Jeg følte en hjelpeløshet som behandler og en usikkerhet på hvordan jeg kunne bidra overfor dem og deres barn. Dette førte til at jeg ble mer og mer opptatt av å forebygge en uheldig utvikling for deres barn. Det som etter hvert ga meg mot og håp, var at jeg leste forskning på hva som gjorde at noen barn klarte seg godt, til tross for at de vokste opp i et miljø med høy risiko. Jeg er derfor blitt mer og mer opptatt av effekt av forebyggende tiltak.

Blaikie (2000) peker på 3 typer av spørsmål som kan stilles. *Hva-* spørsmål krever beskrivende svar, de er opptatt av å beskrive kategorier og oppdage mønster i sosiale fenomen. *Hvorfor-* spørsmål er opptatt av årsaken til de ulike mønster eller særskilte typer av fenomen. De er innrettet på å forstå eller forklare sammenhenger og sosiale prosesser. *Hvordan* - spørsmål er opptatt av forandring, og hvordan resultater av en intervensjon kan forstås.

Dersom vi skal kunne hjelpe barna og familiene gjennom den økte risikoen, må vi også få bedre kunnskap om hvilke forhold som kan beskytte barna. Jeg ønsket derfor å stille *hvordan*-spørsmål som var knyttet til erfaringene med gruppetilbudet. Gruppetilbudets innhold og målsetting skulle utvikles i nær tilknytning til tidligere forskning på beskyttende faktorer, og jeg syntes derfor det var naturlig å knytte forskningsspørsmålet tett opp til dette, selv om det kanskje ville kunne være vanskelig å få noe entydig svar. Forskning på effekt av forebyggende tiltak er svært vanskelig, noe som kanskje også er årsaken til at det er gjort så få studier på dette området. I min første søknad om godkjenning hos Regional etisk komité, var jeg opptatt av å se på effekten av tiltaket. De vurderte imidlertid at dette var for pretensiøst og at designet på studien ikke var godt nok tilpasset det jeg skulle studere. Jeg måtte derfor revurdere mine ambisjoner. Den endelige formuleringen av forskningsspørsmålet ble derfor: *Hvordan beskriver foreldrene og barn sitt hverdagsliv og sine erfaringer med gruppetilbudet "Tirsdagstreffet"?* Jeg vurderte det ikke som tilstrekkelig å bare se på deltakernes erfaringer med gruppetilbudet, men at dette måtte ses i sammenheng med hvordan disse barna og foreldrene levde sitt hverdagsliv. For de minste barna er det hverdagslivet i familien og samspelet med forelderen som er den viktigste arenaen for deres utvikling. Det er i denne livsverden at foreldrenes psykiske lidelse påvirker barnas hverdag.

Hensikten med forskningsspørsmålet er jo likevel å forsøke å få svar på en hypotese om at en slik gruppe kan bidra til å styrke beskyttende faktorer hos barna.

Jeg vil senere komme nærmere inn på hvordan jeg har samlet inn data som kan brukes i forhold til en analyse opp mot kunnskap om beskyttende faktorer.

3.3 Litteratursøk

En fordel med å forske på et tema som jeg har arbeidet mye med tidligere, er at jeg allerede hadde en god oversikt over aktuell forskning på området. Forskning i forhold til hvilke

faktorer som virker beskyttende for barn som vokser opp under belastninger og risiko, er etter hvert blitt godt kjent. Antonowsky (1988) er opptatt av at barn beskyttes gjennom at de opplever en ” *sence of coherence* ”,-en følelse av sammenheng. Werner og Smith (1985) peker på viktigheten av minst en betydningsfull voksen, nettverk og mestring. Forskning på hvordan barns tilknytning til foreldrene utvikles er også viktig for å se hvordan vansker kan forebygges (Bowlby 1969, Stern 1991).

Voksne barns fortellinger om hvordan det var å vokse opp med psykisk syke foreldre begynner å bli godt dokumentert. Det finnes også mange positive evalueringer av grupper for barn mellom 8-12 år og ungdom mellom 13-18 år (Aamodt 2005). Nyere studier av samspill mellom psykisk syke foreldre og spedbarn har gitt verdifull kunnskap (Field 2002, Goodman 2006). Beardslee (1997) og Solantaus (2006) har også dokumentert erfaringer fra forebyggende arbeid med familier, gjennom ulike typer av psykoedukative tilbud som *Let`s talk about children* og *Family talk preventive intervention*. Studier som har rettet seg mot foreldrenes egne beskrivelser av sine erfaringer som foreldre og psykisk syk, finnes det også en del beskrivelser av (Mevik og Trymbo 2002, Halså 2008).

Det finnes foreløpig få beskrivelser av forebyggende gruppetilbud for *foreldre og barn sammen*. Beskrivelser av erfaringer hos barn under 7 år er svært sjeldne. I en undersøkelse fra Australia fant jeg beskrivelse av et forebyggende gruppetilbud som lignet det som jeg ville forske på (Mayberry 2006). Jeg tok derfor kontakt med Mayberry og fikk tilsendt en del upublisert materiale på ulike forskningsverktøy som de arbeidet med å prøve ut. Han satte meg også i kontakt med andre forskere som arbeidet med å utvikle tilbud til barn og unge, og som var opptatt av forskning på beskyttende faktorer for barn. Jeg oversatte derfor 3 evalueringsskjema som de benyttet overfor barn mellom 8-12 år: barns mestring, barns problemløsning og barns vennskap, og tenkte å benytte disse i intervju med barna. Imidlertid viste det seg at de foreldrene som søkte seg til denne gruppen hadde yngre barn, 1-9 år, og at jeg derfor måtte velge andre måter å samle inn informasjon fra barna.

Gjennom den første litteraturgjennomgangen, fant jeg en del tidligere studier som kunne benyttes for å sette mitt arbeid inn i et større perspektiv. Samtidig så jeg at det er gjort så lite innenfor den aldersgruppen og det temaet jeg er interessert i, at ny forskning vil kunne bidra til økt kunnskap. En første gjennomgang av litteratur på området bidro derfor til å få oversikt over kunnskapsstatus på området, eller slik Blaikie(2000:71) sier det *The aim of the literature*

review is to indicate what the state of knowledge is with respect to each research question, or group of questions.

3.4 Typer av undersøkelsesobjekt

Hvilken type forskning er det som er mest aktuelt i forhold til mitt tema? Er det et felt som er lite belyst fra tidligere, der det er viktig med basisforskning som kan utforske, beskrive, forklare, forstå eller forsøke å predikere/ foreslå ulike konsekvenser av enkelte forhold? Utforskning brukes når man vet lite om et område, og der det kan være vanskelig å være sikker på hvilke metoder en skal benytte i forhold til datainnsamling. I forhold til mitt prosjekt vil dette gjelde spesielt hvordan en kan samle inn data fra mindre barn. I forskning på spedbarn, har en i første rekke benyttet seg av observasjoner eller samtaler med foreldrene. Overfor større barn og ungdom kan man benytte spørreskjema, fokusgrupper eller intervju. For barn under 7-8 år er det mer usikkert om barna selv kan bidra med informasjon gjennom samtaler, hvilke hjelpemidler som kan være nyttige, eller om observasjon eller samtaler med foreldrene gir bedre data om barnets utvikling. Utprøving av ulike måter å samle data kan gi nyttig kunnskap for videre studier med så små barn.

Blaikie (2000) skiller mellom to typer av anvendt forskning, den ene som er opptatt av å skape forandring og den andre gjennom å evaluere intervensjoner.

To change is to intervene in a social situation by manipulating some aspects of it, or to assist the participants in doing so, preferably on the basis of established understanding or explanation. To evaluate is to monitor social intervention programmes to assess whether they have achieved their desired outcomes, and to assist with problem-solving and policy-making (Blaikie 2000 :72).

Forskning som er opptatt av forandring, forsøker å intervensere i forhold til å skape endring: enten ved hjelp av forskningen i seg selv eller som en konsekvens av resultatene fra forskningen. Radikale intervensjoner kan bidra til å forstå behovene til de undertrykte og forsøke å finne forandringer for å overkomme det. Habermas har beskrevet denne typen forsker som en refleksjonspartner som hjelper til med å heve oppmerksomheten, og bidra til handling (Habermas 1979 i Blaikie 2000).

I gruppetilbudet som jeg studerte, er en opptatt av å etablere et nytt og bedre tilbud til foreldre og barn, i tillegg til at det er et spesielt fokus på å styrke brukernes egen medvirkning i utformingen og evalueringen av tilbudet. Siden både disse foreldrene og deres barn har vært veldig usynlige, kan en styrking av deres muligheter for å diskutere felles utfordringer og interesser, også bidra til å styrke deres stemmer i det offentlige rom. Det kan øke deres muligheter til å stille krav om adekvat hjelp og støtte for seg selv og sine barn.

Evalueringsforskning er opptatt av programutvikling og implementering i særdeleshet, og med problemløsning og beslutningstaking. Evalueringsforskning forsøker å utforske konsekvensene av en spesiell beslutning. Det skal bidra til å avgjøre om en politikk eller program har oppnådd det skal oppnå, og i hvilken grad det har vært effektivt i forhold til å oppfylle er bestemt politikk eller mål (Weiss 1972 i Blaikie 2000).

Det prosjektet jeg skal forske på er et prosjekt der jeg har bidratt med søknad til Regionalt senter for psykisk helse (RBUP) på vegne av kommunen, for å etablere et tilbud til foreldre og barn. Prosjektet er tilknyttet et familiesenter og drives av tre gruppeledere. Jeg har fått midler til frikjøp av arbeidstid, slik at jeg kan bidra til evalueringen som en del av min masterstudie. Evalueringen vil også danne grunnlag for kommunal beslutning om videreføring og eventuell spredning av prosjektet til andre bydeler.

3.5 Type data

Hvilke typer av data skal samles inn? Her finnes det mange ulike kilder, alt fra primærdataba som samles inn av forskeren selv, eller sekundær og tertiærdataba som har vært samlet inn av andre forskere. Data kan være kvalitative eller kvantitative, ord eller tall. Dataene kan samles inn fra naturlige sosiale settinger, både fra individer, små eller middels grupper eller storsamfunn. Jeg har valgt å bevege meg inn på et område som er lite studert fra tidligere, og i forhold til et svært lite utvalg. En slik tilnærming vil kunne forstås som en casestudie.

The case study then, is not a specific technique. It is a way of organizing social data so as they preserve a unitary character of the social object being studied. Expressed somewhat differently, it is an approach which views any social unit as a whole. Almost always, this means of approach includes the development of that unit, which may be a person, a family, or other social group, a set of relationships or processes (such as family crisis, adjustment to disease, friendship formation, ethnic invasion and neighborhood) or even an entire culture (Goode and Hatt 1952:331, i Blaikie:215).

Case studier har vært utsatt for tre typer av kritikk. Det ene er at de i motsetning til kvantitative studier, vanskelig kan la seg etterprøve av andre forskere og at det er krevende å beskrive sosialt liv på en valid og reliabel måte. Det andre har vært at slike studier ikke kan benyttes til å generalisere, og det tredje aspektet er knyttet til at innsamlingen av data er for tidkrevende, og at materialet lett blir omfattende og vanskelig å analysere (Blaikie 2000). Bassey (1981) i Blaikie (2000) argumenterer for at casestudier har sin plass i forskningen, og at en ikke skal være opptatt av representativiteten og generaliserbarheten i en smal forstand, men må vurderes ut fra mulighetene for å relatere studiene til den praktiske virkelighet. Eckstein (1975) i Blaikie (2000) identifiserer også hvordan ulike typer av casestudier kan gi bidrag til utvikling av teori. Casestudier vurderes som særlig nyttige på områder der en har lite kunnskap fra tidligere.

3.6 Kvalitative intervju

Dersom du ønsker å utforske enkeltpersoners holdninger og verdier, er kvalitative intervju godt egnet til dette. Et annet område der kvalitative intervju har vist seg nyttige er i forhold til arbeid med enkeltpersoner eller grupper i befolkningen som i liten grad ellers kommer til ordet, eller som er undertrykt på ulike vis.

Qualitative interviewing has been particularly attractive to researchers who want to explore voices and experiences which they believe have been ignored, misrepresented or suppressed in the past (Bridget Byrne, 2004: 182 i Silverman, 2006: 114).

For å få mer tak i deres opplevelser og synspunkter kan det også være en mulighet å samle flere personer til en fokusgruppe. Der kan de i felleskap ha større mulighet til å sette ord på erfaringer med undertrykkelse og lite forståelse fra storsamfunnet side.

Fokusgrupper har også vært en del benyttet i forhold til barn og unge, slik Organisasjonen Voksne for Barn samlet ungdom med psykisk syke foreldre, for å få kunnskap om deres erfaringer og behov for hjelp og støtte (Høring, barn av psykisk syke, Program Arena 2006). Det kan reises innvendinger ved en slik form for forskning ved at den kan bli for emosjonelt ladet og ha for sterkt preg av aksjon, uten å ha den nødvendige avstand til de grupper og fenomener det forskes på. På den andre siden får den frem erfaringer som har vært tabubelagte og dårlig kjent fra tidligere.

3.7 Intervju som kommunikasjon

Intervjuet er kommunikasjon og en språkhandling, der intervjueren selv fremstår som det viktigste verktøyet i møtet med informantene. Det krever stor oppmerksomhet, og at du er opptatt av hvordan du skal kunne forstå språket og kulturen til informantene. Fontana og Frey (2000 i Silvermann 2006) mener at for å oppnå en god dialog, må intervjueren løse tre utfordringer: Du må avgjøre hvordan du ønsker å presentere deg selv, hvordan du skal etablere og beholde tillit og hvordan du skal kunne etablere forståelse for respondentens synsvinkel, samtidig som du skal kunne se situasjonen utenfra. Dersom du ikke lykkes med dette, vil forskningen din ikke bli i stand til å tilføre noe nytt. Andre mener at en intervjusituasjon ikke bare handler om det emnet det snakkes om, men at det pågår et identitetsarbeid. Samtalen handler også om hvordan en person produserer seg selv som intervjuperson, og hvordan man plasserer seg i forhold til de tema som skal belyses. På denne måten kan data som kommer frem gjennom intervjuet, bli en refleksjon over det sosiale møtet mellom intervjuer og intervjuobjekt. I tillegg til at intervjusamtalen er lokalt og felles produsert, reflekterer den også en videre kulturell arena. På denne måten oppstår samtalen også ut fra kulturens alminnelige måter å forstå, oppleve og snakke om det spesielle emnet som diskuteres (Rapley 2004, i Silverman 2006). Intervjusamtalen er derfor også sosialt situert. Den vil gjenspeile hvilke tema det er akseptabelt å samtale om, innenfor de aktuelle kulturene som intervjuer og informant er en del av. Dette innebærer at enkelte tema kan være tabubelagte og ikke komme frem under samtalen. Det kan også oppstå ulik forståelse mellom intervjuer og informant i forhold til hvordan det kan snakkes om et bestemt tema.

Jeg har tidligere arbeidet som behandler i voksenpsykiatrien og arbeider nå i barne- og ungdomspsykiatrien. Intervjusituasjonen ligner på mange måter terapeutiske samtale som jeg har hatt gjennom mange år med foreldre, og jeg kommer også inn på tema psykisk sykdom og foreldrerolle som også kan være tilstede i terapeutiske samtaler.

Min erfaring som behandler kan på den ene siden være til hjelp fordi jeg har god erfaring og kjenner med trygg i denne type av intervjusituasjoner, på den andre siden kan jeg stå i fare for gå inn i en terapeutrolle i stedet for en forskerrolle. Imidlertid vil situasjonene være veldig ulike ved at begge parter er klar over at relasjonen mellom oss er som forsker- informant, og at kunnskapen om dette også vil styre det samspillet som utvikles underveis. Som forsker er det imidlertid viktig å være bevisst på forskerrollen slik en ikke skaper en uklarhet i intervjusituasjonen og går inn i tema av terapeutisk karakter som ligger utenfor hensikten med

forskningsintervjuet. På den ene siden vil en slik nærhet til feltet gjøre at jeg har en stor kunnskap om det området du ønsker å forske på, men på den andre siden kan det være viktig å vurdere om jeg har tilstrekkelig distanse til å kunne se ting fra et nytt perspektiv. Et kvalitativt intervju er også et møte og et forhold mellom personer, og som alle møter mellom mennesker inneholder det moralske overveielser (Fog 1992).

Silverman(2006) reiser imidlertid spørsmål om hva som skiller forskningsintervjuet fra journalistisk intervju eller turistens nysgjerrige spørsmål. Han peker på at dersom vi reduserer data til å bare være et emosjonelt intervju, mister vi mye av tilliten til det som kommer frem. Også filosofen Wittgenstein(1968 i Silvermann 2006) er opptatt av at vi ikke skal forstå personers uttalelser som om de står for deres ubehandlede indre erfaringer. Han poengterer at når vi analyserer andres aktiviteter, beskriver vi også hva som er godtatt som en alminnelig forklaring ut fra samfunnets språk og normer. Du kan ikke skille intervjuet fra analysen. Hva og hvordan du spør har stor betydning for hvilke data du kommer opp med. Analysen må derfor bygges inn i utformingen av intervjuet.

3.8 Analyse og fortolkning

Hvordan fortolker vi de historiene som intervjuene bringer frem? Er historiene sanne/ gyldige (valide) og er de til å stole på/ troverdige (reliable)? Hammersley definerer validitet slik; *Validity is the extent to which an account accurately represents the social phenomena to which it refers* (1990: 57 i Silverman, 2006: 405)

Eller slik Pervin uttrykker det *i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomener eller variablene som vi ønsker å vite noe om.* (1984:48 i Kvale, 1997: 165)

Enkelte kritikere er opptatt av at historiene som kommer frem gjennom intervjuene ofte presenteres gjennom korte klipp og anekdotiske fortellinger. Denne klagen på anekdotefortellingene stiller spørsmål ved validiteten til mye av den kvalitative forskningen. Noen ganger tviler man på validiteten også fordi forskeren ikke har gjort noen forsøk på å se etter avvikende case, men bruker historier om enkeltmennesker til å trekke langt videre konklusjoner enn det kan være grunnlag for.

Dette vil også være en problemstilling i min forskning. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og utgjør mange timers samtale. De ble skrevet ordrett ut, slik de ble sagt på dialekt, og jeg presenterer noen utdrag av disse intervjuene. I min presentasjon av dataene foresøker jeg å gi et sammenfattet bilde av det som kommer frem i intervjuene. Likevel vil det jo være slik at

andre forskere kanskje ville ha valgt å legge større vekt på andre elementer, og gitt andre fortolkninger. Det er derfor viktig å være klar over at dette er min fortolkning, og at jeg er preget av mine erfaringer og min forforståelse.

Et annet viktig spørsmål er om forskningen oppleves som konsistent (reliable), ved at forskeren bruker kategorier likt fra gang til gang, og at andre forskere vil oppleve det som en naturlig inndeling. *Reliability refers to the degree of consistency with which instances are assigned to the same category by different observers or by the same observer on different occasions* (Hammersley, 1992:67 i Silverman 2006: 46).

Jeg har valgt å analysere funnene opp mot teori om resiliens og empowerment.

Mitt fokus på resiliens er også bestemmende for de spørsmålene som jeg stiller i intervjuene. Disse inndelingene og kategoriseringer må oppleves som forståelige og konsistente også for andre, for at denne forskningen skal oppleves som troverdig.

Valg av metode vil derfor måtte stå i forhold til hvilke spørsmål du ønsker å studere.

Foreldre med psykiske vansker og deres små barn har i liten grad blitt spurt om sine egne opplevelser av hverdagslivet og om hvordan de opplever å delta i forebyggende tilbud.

Silverman (2006) peker på at styrken ved kvalitativ forskning, er at det representerer en mulighet til å studere fenomener som ikke er tilgjengelig på andre måter. Intervju er også egnet når skal undersøke hvordan mennesker forstår sin egen verden og beskrive sine egne erfaringer (Kvale 1997).

3.9 Design av studien

Alle foreldrene og deres barn mellom 4-12 år som deltok på gruppetilbudet ”Tirsdagstreffet” ble forespurt om å delta i undersøkelse. Dette utgjorde da 6 foreldre og 8 barn.

Det ble planlagt to intervju med hver av informantene, et intervju ved oppstart i gruppa og et intervju etter å ha deltatt i ca. ½ år. Jeg utarbeidet separate intervjuguider til foreldre og barn.

I det første intervju fokuserte jeg på deres beskrivelser av seg selv og sitt hverdagsliv, mens det andre var knyttet til erfaringene med gruppetilbudet. Intervjuene var semistrukturerte og det var rom for å følge opp i den retningen informantene beveget seg. Intervjuguiden er knyttet opp til teori om beskyttende faktorer, og spørsmålene forsøker å få frem kunnskap knyttet til tema som mestring, problemløsning og sosial kontakt/ vennskap

(vedlegg 4 og 5). Dette innebærer at mitt ståsted knyttet til resiliensforskning også blir avgjørende i forhold til hvordan jeg operasjonaliserer innsamling av data og analyse, i retning mot teori og tidligere forskning på beskyttende faktorer.

3.10 Hypoteser

Denne studien er opptatt av å få frem foreldre og barns beskrivelser innefor et felt som er svært lite utforsket. Å være psykisk syk har tidligere vært svært tabubelagt, og ikke et tema man snakket så mye om. Å vokse opp med en psykisk syk forelder var heller ikke mye snakket om, men beretningene om dette har etter hvert kommet frem, gjennom kunnskap av hva ungdom og voksne forteller *i ettertid*, fra sin barndom og oppvekst. Jeg har i denne studien vært opptatt av hvordan foreldrene beskriver sitt hverdagsliv *her og nå*. For noen år siden intervjuet jeg mødre med barn over 18 år som så tilbake på sitt liv som psykisk syk småbarnsforelder (Mevik og Trymbo 2002). Jeg var nysgjerrig på om foreldrene forteller andre historier når de står midt oppe i det, med småbarnstidens utfordringer. Et annet interessant spørsmål var om foreldrenes åpenhet har endret seg i takt med en større åpenhet i samfunnet. I tillegg til foreldrenes fortellinger ønsket jeg også å få tak i barnas beskrivelser av sine erfaringer i hverdagen, og hvordan de opplevde ”Tirsdagstreffet”. Dette var en stor utfordring, fordi barna var så små. Hva skulle jeg snakke med dem om? Ville jeg kunne få til en intervjusituasjon som de opplevde som meningsfull? Ville det komme frem nye og annerledes tema gjennom intervju med barna, eller ville det vært tilstrekkelig å intervju foreldrene, og la dem snakke på vegne av barna sine?

3.11 Etiske dilemma

Ved medisinsk forskning som omfatter mennesker, er det et klart krav at forskningen skal være frivillig. *Forsøkspersoner som inngår i forskning, må være frivillige og informerte deltakere* (Helsinkideklarasjonen, punkt 20).

Dette innebærer at de som deltar, skal ha en god og grundig informasjon om formålet med undersøkelsen, metoder og eventuelle ulemper, slik at de er i stand til å gjøre seg opp en selvstendig vurdering på et fritt grunnlag for om de ønsker å delta eller ikke.

Ved forskning på mennesker, må forsøkspersonen gis fyllestgjørende informasjon om formål, metoder, finansieringskilder, interessekonflikter, forskerens institusjonstilhørighet, forventede fordeler og mulige risikoer med studiet, og det ubehag det kan medføre. Forsøkspersonen skal gjøres kjent med sin rett til ikke å delta

i studien og til på et hvilket som helst tidspunkt å trekke tilbake samtykke uten frykt for negative konsekvenser (Helsinkideklarasjonen, punkt 22).

Jeg ønsket i denne studien å snakke med foreldre med psykiske vansker og deres barn, som deltar i et gruppetilbud ved et kommunalt familiesenter.

Tilbudet er ikke et terapeutisk tilbud. I invitasjonen til ”Tirsdagstreffet” brukte de begrepet foreldre som strever psykisk, et vidt og lite definerende begrep. Jeg visste derfor i liten grad hvem som ville benytte seg av tilbudet. Det kunne være foreldre med lette vansker, uten at de har hatt behov for mer omfattende behandling, eller det kunne være personer med ganske store vansker, og der både foreldre og barn har fått eller får behandling fra spesialisthelsetjenesten. Siden psykiske lidelser og psykiske vansker fortsatt er omfattet av taushet og tabu, er det mer sannsynlig at de som søker seg til et slikt tilbud vil ha vansker av et visst omfang. Arbeidet med å få etablert et slikt tilbud, har jo også vært tatt opp av psykiske helsearbeidere i kommunen som har hatt jevnlig kontakt med foreldre som har hatt behov for hjelp og støtte etter innleggelse i psykiatrisk sykehus, og som også har vært bekymret for sine barn. Det var derfor grunn til å anta at foreldrene kunne være i en sårbar situasjon, og også hadde tilbud om poliklinisk behandling eller andre støttetiltak. Dette innebærer også at det kan være personer som strever i forhold til f. eks angst, depresjon eller utrygghet noe som kan gjøre det slitsomt å delta i en slik studie. Det kan også være at de kan synes det vil være vanskelig å si nei til å delta, og føle en forpliktelse til å bidra, uten at de har det nødvendige overskudd til det. På den andre siden er det av stor betydning å få kunnskap om deres erfaringer med tilbudet som skal utvikles, slik at det kan ta brukernes behov på alvor og forsøke å utvikle et tilbud både foreldre og barn kan ha nytte av. Selv om det kan oppleves som slitsomt for den enkelte å delta, vil det ha en stor gevinst å finne frem til de beste tiltakene. Å utvikle og drive tiltak som ikke evalueres godt nok, kan gi en dårlig helsemessig gevinst og bidra til feilbruk av ressurser som i stedet kunne vært benyttet til andre formål. Det kan imidlertid også være at det å bidra i forskning kunne gi en betydelig positiv effekt for den enkelte ved at de føler seg hørt og får fremmet sine interesser, særlig dersom det er et område som er dårlig ivaretatt fra tidligere.

Informasjon og innhenting av samtykke hos barn stiller særskilte krav til fremgangsmåte.

Det finnes ingen egne regler om barns med- og selvbestemmelse, men en må legge til grunn de generelle reglene i barneloven og i lov om pasientrettigheter. I FNs barnekonvensjon art. 3 heter det at: *Ved alle handlinger som vedrører barn og som foretas av offentlige og private*

velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal det først og fremst tas stilling til hva som gagnar barnet best.

Skal man da vurdere hva som er best for det enkelte barn eller barn som gruppe? Selv om det kan medføre noe ulempe for det enkelte barn å delta i en slik studie ved at de må snakke med en fremmed person, de kan synes det er kjedelig eller slitsomt, så er det viktig for barnet å kunne få ta del i tiltak som kan øke deres mestring av sin livssituasjon. Forebyggende tiltak for gruppen av barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser, er et prioritert område for offentlige myndigheter og er presisert av Sosial- og helsedirektoratet gjennom et rundskriv i 2006. Barn har i stor grad vært usynlige, og det er gjerne i ettertid en har fått tak i deres opplevelser fra oppveksten. I en fokusgruppe gjennomført av Voksne for Barn i 2006 gir barn og unge svært viktige bidrag til hva de selv synes er viktig for å kunne få bedre hjelp og støtte.

I min undersøkelse ønsket jeg å snakke med små barn, fra 4-12 år. Dette reiser større utfordringer i forhold til å gi dem en forklaring på hva undersøkelsen går ut på. Selv om noen av barna var for små til selv å kunne lese et informasjonsskriv, syntes jeg det var viktig å gi en slik skriftlig informasjon. Dette kan hjelpe foreldrene i å fortelle barna hva samtalen går ut på slik de også kan samtykke, i tillegg til foreldrene. Den eller de som har foreldreansvaret, har etter barnelovens § 30 rett og plikt til å treffe avgjørelser på vegne av barnet i personlige spørsmål innefor de grensene som følger av barnets med- og selvbestemmelsesrett.

Ved forsøk av lite inngripende karakter, vil det være tilstrekkelig at den/de barnet bor fast hos samtykker, mens det i andre tilfeller vil være nødvendig med begge foreldrenes samtykke (Haugli 2006).

Ved henvisning av barn til psykiatrisk behandling kreves samtykke fra begge foreldre, noe som i mange tilfeller har forlenget barns ventetid på behandling og i andre tilfeller har en av foreldrene nektet behandling av barn som åpenbart har vært i behov av hjelp, eller også som en konsekvens av foreldres konflikter. Denne regelen lempes det nå litt på, ettersom en ser noen av disse uheldige virkningene, til tross for at det som hovedregel er svært viktig at begge foreldrene har hatt kjennskap til barnets psykiske vansker, og samtykker i behandling.

Dette gruppetilbudet er et lavterskeltilbud av forebyggende karakter, og der deltakelse anses som lite kontroversielt og innenfor det som foreldre som utøver den daglige omsorgen selv kan beslutte at barnet er med på, sammen med dem. Denne undersøkelsen vil omfatte to samtaler med barnet av ikke-terapeutisk karakter. Temaene vil være knyttet til deres

hverdagsliv, med spesiell vekt på vennskap, mestring og problemløsning, i tillegg til deres opplevelse av gruppetilbudet. Det bør derfor i utgangspunktet være tilstrekkelig at en av foreldrene samtykker. Dersom foreldrene skulle være uenig om hvorvidt barnet skal delta, vil det være naturlig å stille krav om at begge samtykker for at det skal være gyldig samtykke.

4 Presentasjon av data.

4.1 Utvalg

Alle som deltok på "Tirsdagstreffet" på undersøkelsestidspunktet, ble forespurt om å delta i undersøkelsen. Gruppelederne delte ut informasjonsbrev til foreldre med samtykkeerklæring som skulle returneres til forskeren dersom de takket ja til å delta (vedlegg 2) Det lå også ved et eget informasjonsbrev til barna (vedlegg 3).

Alle de 6 foreldre som deltok på Tirsdagstreffet i denne perioden, ble forespurt om å bli intervjuet. En takket nei, mens en av de som samtykket måtte utelukkes, da jeg kom i en situasjon der det ble vanskelig å skille mellom behandlerrollen og forskerrollen.

De 4 familiene som deltok i studien hadde til sammen 10 barn, hvorav 7 deltok på tirsdagstreffet (barna som ikke deltok var; en stesønn på 8 år, som ikke bodde fast sammen med familien, en datter som var flyttet hjemmefra og en tenåringsjente på 13 år).

Barna som deltok var mellom 1-9 år. De 6 barna over 4 år ble intervjuet. Disse var 4, 4, 7, 7, 8 og 9 år. De to mødre som ikke deltok i undersøkelsen hadde til sammen 3 barn: to på 7 år og en baby. Familiene kunne velge mellom å foreta intervjuene på mitt kontor / lekerom ved BUP, eller at jeg kunne komme hjem til dem. 3 av 4 familier ønsket å bli intervjuet hjemme. Intervjuene med barna og foreldrene ble gjennomført på separate tidspunkt, slik at foreldrene kunne snakke uforstyrret uten at barna var tilstede. Foreldrene var til stede mens barna ble intervjuet. To av de eldste barna intervjuet jeg i et annet rom, mens for de minste barna satt foreldrene sammen med oss. Foreldrene bidro av og til med innspill, uten at jeg oppfattet det som begrensende. Jeg hadde med tegnesaker og ark.

I et tilfelle brukte jeg "family-dialog set", som er små playmofigurer som kan brukes som hjelpemiddel i samtaler med små barn. Denne metoden fungerte veldig bra, og kunne med fordel vært benyttet i forhold til alle barna. Papir og tegning er vanskeligere å bruke som hjelpemiddel i forhold til mer urolige små barn som ikke er så glad i å tegne.

4.2 Informantene

Familie 1

Mor med 3 barn i alderen 4 – 7 år. Skilt, ny kjærest.

Familie 2

Mor med barn på 1 år. Gift med mann som har et barn på 8 år fra tidligere, og som de har jevnlig samvær med.

Familie 3

Mor med 2 barn. Et barn på 13 år som ikke deltar på gruppen og et på 8 år. Hun bor alene etter to samlivsbrudd.

Familie 4

Mor med 3 barn. Gift med far til de to yngste barna på 7 og 9 år.

Eldste barnet er nylig flyttet hjemmefra og bor i omsorgsbolig pga av egne vansker.

Far har også deltatt på noen av treffene.

Familiene har erfaringer med samlivsbrudd og flere av dem har delvis kompliserte relasjoner til eks partnere. Det innebærer at noen av barna har flere sorg og taps opplevelser knyttet til flytting, og tap av kontakt med den andre forelderen. En av fedrene har også egne psykiske vansker. Dette er ganske vanlig i utsatte familier, og en kan si at det er ikke en risikofaktor alene som barna opplever, men summen som bidrar til den økte belastningen (Skjerfving 1996). Disse familiene har hatt omfattende belastninger.

4.3 De psykiske vanskene

Flere av mødrene forteller at de har hatt psykiske vansker allerede fra tenårene og at det har vært flere depressive perioder i løpet av deres voksne liv. Ei mor hadde anoreksi i 14-års alder og tendenser til angst som omgivelsene oppfattet som migrene og astmaanfall. Da første barnet ble født ble hun deprimert, og det samme skjedde etter at hun fikk neste barn. Etter dette økte vanskene og hun fikk poliklinisk behandling og senere innleggelse i sykehus.

Ei annen mor forteller om en oppvekst med en alvorlig psykisk syk mor, med sterke manier.

Hun har levd med depresjon så lenge hun kan huske. *Æ har hatt selvmordstanker og vært deprimert heile livet, men æ har ikke vetta ka det va, før æ ble 24 år og fikk hjelp.*

I tillegg har hun en alvorlig fysisk sykdom og gjennomført en rekke operasjoner.

Ei tredje mor hadde en depressiv episode som 15 åring. Hun ble senere deprimert da eldste barnet var et par år, før hun ble deprimert og akuttinnlagt i løpet av siste året.

Den fjerde mora forteller at hun ikke kan minnes første gang hun var deprimert eller nedfor, men at hun har levd med det veldig lenge. Hun har også hatt mange fysiske plager med rygg og nakkesmerter. Så har det toppet seg i tilknytning til et samlivsbrudd, og senere igjen etter at andre barnet ble født.

Æ fikk en skikkelig knekk rett etter fødselen. Æ fikk jo ikke sove og æ sleit med amming. Da han va fire uker gammel ringte æ til legekantoret her, og bare skreik. Da kom legen min ut, og vurderte jo da faktisk en innleggelse, men i og med at han va så liten, så ville ho da at æ sku være hjemme.

Alle har gått til poliklinisk behandling. To har vært innlagt akutt, den ene kortvarig. Tre av dem har hatt oppfølging fra psykisk helsearbeider fra kommunen, til dels over flere år.

Alle mødrene har tidligere vært i arbeid, mens det nå er tre av dem som er sykemeldt eller midlertidig uføretrygdet. De håper å komme seg tilbake i arbeid igjen, kanskje i en deltidsstilling. Dette innebærer at de psykiske vanskene ikke er noe som går raskt over, men at det er vansker som de lever med over mange år, og kanskje under mesteparten av barnas oppvekst.

Et annet viktig forhold er at mødrene beskriver at de allerede før de fikk barn, hadde opplevd episoder med psykisk vansker. Dette innebærer at helsetjenesten på et langt tidligere tidspunkt kunne sett at foreldrene var i en økt risiko. En bedre screening ved svangerskap ville kunne fange opp foreldre som er i risiko, for allerede på det tidspunkt å tilby økt støtte. Det er også interessant å merke seg at to av foreldrene har hatt individuelle tilbud fra psykisk helsearbeider i 5 og 9 år, mens en tredje har hatt tilbud i ett år, fra barnet ble født. To av brukerne har hatt bistand fra barneverntjenesten med besøkshjem og støttekontakt. En av brukerne vurderer det som aktuelt med tilbud fra BUP til barna. Til tross for at disse foreldrene har vært kjent for helse og sosialtjenesten med alvorlige og langvarige vansker, har de likevel ikke gitt noe tilbud til familiene om veiledning i forhold til samspillet mellom

foreldre og barn. Som vi har sett av teorigjennomgangen, vil det være svært viktig å kunne tilby en sterkere bistand i sped- og småbarnsalderen.

Det er positivt at gruppetilbudet er i stand til å fange opp og gi oppfølging til en gruppe foreldre og barn med omfattende og langvarige hjelpebehov.

4.4 Forholdet til barna

Foreldrene har reflektert mye over hvordan deres psykiske vansker har påvirket barna. De føler at de ikke strekker til i hverdagen og har mye dårlig samvittighet. Den dårlige samvittigheten er ofte knyttet til at de ikke klarer å gjennomføre enkle ting, som å rydde i huset eller kjøre barna i barnehagen. I perioder er de så slitne at de bare ligger på sofaen, og har lite overskudd til å gjøre ting sammen med barna. Foreldrene trekker også ofte frem at når de er slitne, så blir de også veldig irritable. Dette medfører ofte sterke konflikter med kranling og kjefting.

Disse foreldrene forteller mye om de ulike hverdagslige situasjonene.

Æ lå berre på sofaen. Æ va veldig deprimert og klarte ikke nåkka som helst. Æ følte at æ i perioda va veldig aggressiv imot dem, i måten å vær på mot de, og hadde veldig dårlig samvittighet i forhold til det

Så det er vel det æ kjenn ennå. Æ kjenn ikke at æ føl et overskudd tel å gjør ting sammen med ungan. Æ klar ikke... ork ikke ... og så dårlig samvittighet. Utad e æ, sånn på jobb.. e æ veldig forsiktig av mæ. Æ e ikke en sånn aggressiv person... Så det får utløp litt hjemme, og da syns æ at æ ropa og kjæfta mye. Fordi at når æ kommer hjem, så har æ brukt opp alt på å vær ute,.. og prøv å hold fasaden.

Ei annen mor er opptatt av det samme. Hun får tårer i øynene når hun forteller om hvordan hun fortalte sønnen sin at hun var så deprimert at hun bare ville dø.

Æ bli jo veldig sliten og irritabel.. Sønnen min kan bli litt bekymra vess æ kjefta mye, og blir redd før at æ ska bli sjuk igjen. Han kommer og spør og ska pass litt på mæ. Han blir redd før at æ ska dø. Før da æ blei innlagt så sa æ at æ ville dø. Han trudde at æ va på sykehuset før å dø. Det har æ ikke tilgitt mæ sjøl at æ kunne si nåkka sånt tel han.

Også denne mora forteller at hun fikk gjort veldig lite i huset og at hun var så sliten at hun ikke orket å kjøre sønnen i barnehagen. Det var bare 5 minutter å kjøre, men hun klarte det likevel ikke. Foreldrene uttrykker et stort behov for mer praktisk hjelp i dårlige faser. Dette samsvarer med funn fra tidligere undersøkelse (Mevik og Trymbo 2002).

Det er en svak forståelse for hvor omfattende psykisk sykdom kan påvirke foreldrerollen både i forhold til praktiske oppgaver og til emosjonell tilstedeværelse. Flere av mødrene peker også på at utilstrekkeligheten, det å ikke mestre foreldrerollen bidrar til at det tar lenger tid før de blir bedre av sin psykiske lidelse.

4.5 Informasjon til barnet

Foreldrene strever med hvordan de skal snakke med barna om sine vansker. Det er jo også vanskelig å forklare hva dette dreier seg om. Ofte er det slik at når foreldrene er slitne, så øker konfliktnivået i familien, de blir sinte og irritable i samvær med barna.

Æ har aldri.. tatt de der store samtalan, før det trur æ bi førr ... de stoppa seg sjøl. Så æ har tatt det i små drøpp. Å æ ser jo ho eldste dattera mi, ho klar jo å se ...

Ho ser det fort, - tegnan på om æ har en dårlig dag.

Æ har jo dårlige daga innimellom, og e mer irritabel enn æ e sånn jevnt over.

Så ho ser det ganske fort. Og da e det ett av to som skjer ..- enten tar ho hensyn tel det, eller så ... blir ho provoseres. Det kommer vel an på hennes dagsform, tenker æ, men vi har snakka om tingan hele veien.

Sønnen min har æ jo mange ganga blitt sint på førr bagatella, -ikke sant. Da har æ bedt om unnskyldning først. Og kunna ha sagt at; - Det va dumt av mæ å bli sint.

Men æ e så sint at æ bli sliten og æ bli sint før ingenting. Men det ikke din feil, det e førr at æ e syk, og bli fort sliten og sånne ting. Så da har æ vinkla det bort i fra han i hvertfall. Så æ prøva å forenkla det så det bli et forståelig språk førr han.

Æ har ikke akkurat dreve på å prata mye om det. Kanskje æ skulle ha gjort det... kanskje ikke? Men æ trur jo det at når dem føle at dem treng å prate om det, så tar dem det opp sjøl. Førr dem nevne det jo av og til. Dem snakke om det her med at æ e syk i følelsan mine. Før det e vel kanskje den greieste måten å si det...

Av og tel så gjør den sykdommen at æ vet ikke om æ e sint eller æ e trist. Og så kan det godt være at æ skjennes på noen, uten at æ mene det.”

Foreldrene strever med å finne et språk for hva de skal si til barna, men er opptatt av å gjøre det på en måte som passer til deres alder og forståelse.

Ungan e så forskjellig.. ikke bare i alder, men også i sinn. Sønnen min e en sånn tenksom type og kan gjerne bare sitte og vurdere og tenke og sondere terrenget. Dattera mi e som en sommerfuggel som sprett fra blomst til blomst, og eie ikke ei bekymring i livet i det hele tatt. Så dem e jo så kjempeforskjellig og da e det vanskelig å prate med dem om sånne her ting, for det at.. du må gjøre det på forskjellig måte, førr å få dem til å forstå.

Likevel opplever hun at hun kanskje er kommet et lite stykke på vei og at hun klarer å snakke litt med barna, selv om hun ikke synes at hun er flink nok. Mødrene forstår hvor vanskelig dette kan være for barna og forsøker å avhjelpe situasjonen, selv om de ikke alltid klarer å endre sin egen adferd. Et dilemma er jo likevel om det er tilstrekkelig for barna å få en forklaring på mors irritasjon, samtidig som det negative samspillet fortsetter.

For noen av mødrene har deltakelse på Tirsdagstreffet blitt et puff til å snakke mer med barna sine. Ei av mødrene forteller at det var først da de skulle begynne i gruppa, at hun for første gang valgte å snakke med barna om dette. Hun synes det er godt at gruppa kan være med på å ufarliggjøre at foreldrene er syke og at barna kan se at også andre unger også kan ha syke foreldre. Det er også et håp om at søsknene kan ha støtte av hverandre ettersom de vokser til, og kan snakke seg i mellom om det de har opplevd.

Ei av mødrene ble innlagt på nytt i psykiatrisk sykehus. Innleggelsen kom ganske brått på, men hun fikk litt tid til å snakke med barna først. Hun forsøkte å forklare at hun var sliten og trøtt og at hun skulle prøve å se om nye medisiner kunne gjøre henne litt bedre. Etter at hun hadde vært innlagt i 6 uker ble datteren på 7 år veldig urolig og sa at hun var redd for at det var hennes skyld at mora var syk. Mora forsøkte å forklare henne at det som skjedde ikke var hennes skyld, -at det var ingen sin skyld. Hun prøvde også å forklare hva en depresjon er for noe. Hun opplevde at datteren forstod mer enn da hun var innlagt forrige gang. Da var hun bare 4 år. Hun har forklart henne litt om medisiner, og fortalt at sykdommen ikke kommer helt brått og uforutsigbart på, men at mora merker det litt gradvis. Hun tror at jenta kjente det litt tryggere da fortalte at hun har litt kontroll over sykdommen. Det er jo også stor forskjell

på en 4 åring og en 7 årings mulighet til å sette ord på og forstå det som skjer. Barna bodde sammen med sin far mens mora var innlagt. De var på besøk på sykehuset og mor var også på besøk hos dem. I denne perioden deltok barna på Tirsdagstreffet ved at faren kjørte og hentet dem. Mor opplevde det som godt at de kunne dra dit, og at det der var rom for å snakke om dette.

Faren fikk tilbud om å spise middag og være sammen med dem, men takket nei til det. Mor har forståelse for det og at det kan være vanskelig å komme inn i en slik etablert gruppe, selv om han kjente en av de psykiske helsearbeiderne fra tidligere. De har en god kommunikasjon om praktiske ting, men mor er usikker på om han klarer å ta vare på barna på den måten at de får snakke om det de bekymrer seg for i tilknytning til at mor blir syk. En samtale med begge foreldrene i tilknytning til innleggelsen i sykehuset, ville kunnet støtte far til å ivareta barna best mulig i denne perioden.

Etter innleggelsen kom de raskt tilbake igjen i vanlig gjenge. Ungene hadde behov for litt ekstra mye kos og klem, og kan bli lett bekymret dersom mora ligger på sofaen. De er imidlertid aktive sammen med venner. *Æ e veldig glad før at sønnen min har tatt opp igjen det å besøk venna. Han e ikke så redd før mæ at æ ska bi borte at han ikke tørr å fer ut.*

Mor snakket også med personalet i barnehage og skole, og ba de ta litt ekstra vare på ungene mens hun var innlagt. De bekymret seg litt i barnehagen, over at det ene barnet ikke ville si noe om det, men begynte å gråte veldig når den andre snakket om savnet av mor.

For barna var det veldig lenge å vente på at mor kom hjem igjen. De spurte hvor mange dager det var, og mor måtte vise det med fingrene. Først hadde hun fortalt at hun skulle være der i 3 uker, men dette ble forlenget til 3 uker til. Hun forteller at dette var svært vanskelig for ungene, men det ble litt bedre da mor lovet å komme hjem en helg og ha dem hjemme, og at de avtalte besøk en til to dager i uka.

Sykehuset har innredet et familierom der de kunne være uforstyrret sammen, leke og spille spill. Ellers trivdes ungene godt med å være i sykehusets gymsal. En gang var gymsalen opptatt, og barna ville gjerne avtale at de kunne dra til gymsalen neste gang. Det nærmet seg utskrivelse og da mor sa at det ikke ble noen neste gang, sa barnet: *Ja, men neste gang du blir syk, mamma.* Barna er blitt mer fortrolig med at det kan bli en neste gang, men at det er

overkommelig dersom de får komme på besøk. Nå varte jo denne innleggelsen mye kortere enn forrige gang, da mor var innlagt i 6 måneder. Det er jo svært lang tid for et lite barn. For de minste barna er det vanskelig å forstå hvilken tidshorisont man snakker om, og fraværet av forelderen kan virke som en evighet. Det er vanskelig for mor at hun ikke være sikker på at hun ikke blir syk på nytt. *Ho e no ennå litt sånn at ho e no redd før at æ ska bli syk igjen... Men det e jo liksom ikke nå man kan lov, at man ikke blir syk.*

4.6 Erfaringer med treffet

Foreldrene gir uttrykk for at de er gjennomgående svært fornøyd med tirsdagstreffet. Her kommer en beskrivelse over noen av de erfaringene de trekker frem.

Informasjon om tilbudet

En av informantene har vært med i planleggingsfasen av tirsdagstreffet. Mens hun var innlagt i sykehus hadde hun deltatt i en foreldregruppe, og var blitt mer oppmerksom på barnas behov for støtte. Hun hadde tatt dette opp med psykisk helsearbeider som fulgte henne opp hjemme to ganger i uken. Gjennom etterspørselen fra to ulike mødre ble temaet satt på dagsorden i kommunen, og bidro til at det ble innkalt til et møte der en valgte å søke midler for å få etablert gruppetilbudet. To av de andre informantene hadde fått informasjon om treffet fra psykiatriske sykepleiere som de har hatt ukentlig besøk av. Den fjerde informanten fikk vite om treffet gjennom en av de andre deltakerne. Kommunen har trykket opp en egen informasjonsbrosjyre om treffet. I tillegg har det vært to oppslag i lokalavisen der to av mødrene har fortalt om treffet. Treffet har også vært omtalt i bladet Psykisk helse. Gruppelederne og en av mødrene har deltatt på helsesøstermøte, psykiatrisk dagsenter, VOP og Mental helse, for å fortelle om treffet. Gruppetilbudet ser i første omgang ut til å ha rekruttert flere brukere som har omfattende vansker, og det er i første rekke personlig kontakt med noen som har fortalt om treffet som har bidratt til at de valgte å bli med.

Å spise middag sammen

Både foreldre og barn trekker frem det positive med å spise middag sammen. Delvis er det et praktisk spørsmål. Foreldrene opplever det som godt å slippe en stressende ettermiddag der de

først må hjem og lage mat, for deretter å kjøre ut igjen. Barna er ennå såpass små, at ettermiddagene blir korte før de skal i seng. Men både barn og foreldre setter også veldig stor pris på måltidet i seg selv. De har det hyggelig sammen ved bordet og de spiser god mat.

Og så det at vi laga oss middag, førr ellers så bli det så stressandes å kom sæ dit.

Da har gruppelederne handla inn på forhånd, så bestem vi gangen før, ka vi ska ha neste gang. Når vi kommer dit, så hjelpa ungan tel å lag mat.

Både foreldre og barn trekker frem at de i fellesskap bestemmer hva de skal spise neste gang og at det etter hvert har utviklet seg slik at barna gjerne hjelper til å lage maten.

På denne måten blir måltidet et felles prosjekt, der det foregår mye samhandling, både med at de blir enige om hva de skal spise til neste gang og at voksne og barn deltar i matlagingen sammen.

Sist gang hadde vi kylling og ris, saus tel og neste gang har ungan ønska sæ pannekaka. Så vi hør litt ka de har lyst til. Så vi sitt rundt bordet, vi tar det gjerne rundt bordet ka vi skal ha neste gang. Så får de ønsk. Vi har hatt tomatsuppe og sånne ting som går litt kjapt å lag.

Ei anna mor forteller at hun slapper godt av i gruppa. Gruppa oppleves som veldig trygg.

Så det e klart at det her sosiale med å spis... Det gjør jo eg hver dag hjemme..

Men det e liksom det her at du kan senk skuldran og slapp av...

Du blir ikke hemma førr det du si..."

Å ha det sosialt sammen med andre

Det er også veldig viktig for foreldrene at ungene trives med tilbudet. Foreldrene forteller at ungene trives veldig godt, og at de spør om når det blir treff neste gang. En mor forteller at det viktigste for henne er *-at ungan ska ha det sosialt med andre unga. Å få møt andre onga.. det e først og fremst det sosiale...*

Å snakke sammen med andre foreldre

Foreldrene legger stor vekt på det positive i at de får snakke sammen med andre foreldre om hvordan de har det i hverdagen. De legger stor vekt på den muligheten foreldrene har til å snakke sammen mens ungene ikke er med. De snakker sammen om ting som har skjedd og om ting som kan kan skje fremover. Det å treffe andre som har lignende erfaringer oppleves som veldig positivt.

Du får litt av begge delan på en måte. Vi vet at at ungan bli tatt godt vare på mens vi sitt å prata. Æ gleda mæ jo tel å få litt voksenprat. Førre ungan e æ jo mye i lag med ellers, så den biten lika æ veldig godt.

Å slippe å skjule hva som feiler meg

Mange har levd med en følelse av å være anderledes og måtte skjule overfor omverdenen hvordan de har det. De kan føle seg fremmed i forhold til kolleger, venner og familie som ikke har de samme erfaringene som dem selv, og de har i varierende grad vært åpne på hvordan de har det.

Og eg syns det e veldig bra å få kom en plass der du ikke treng å skjul ka som feila deg, at du kan vær åpen om det, så eg trives veldig godt. Eg stortrives

Så e det greitt å omgås andre som har litt lik erfaring og, som ikke liksom ikke bli helt fortvila og forvirra hvis æ e i dårlig form en dag. Sist gang, så va æ i kjempedårlig form, og bare vandra der, men det e greitt. Mens i en anna setting så ville æ ha følt at æ måtte ha forklart mæ og har antakeligvis berre latt vær å dra. For det om de ikke forstår akkurat korsen det e, så har de nå lignande erfaring på en måte.

Ei av mødrene forteller om hvor vanskelig det var å komme i gang på tirsdagstreffet. Det er så mange ting opp gjennom årene hun har meldt avbud på.

Det va veldig tungt de første gangen å fer på tirsdagstreffet...

Æ hadde løst berre å la vær. Å det e daga æ har løst tel det og...

Men de kommer sjeldnere .. førre å si det sånn...

Det e litt godt å kunne være på en plass der man kan fortelle " det gale man gjør " i forhold til det her å være forelder. Blant anna det her med å si at man e irritabel...

Og e sint på ungan sine og og syns at dem mase mye i perioda og at man takle ikke dem helt godt...Det å ha et sånt forum der man kan få si sånne ting uten å bli dømt..

Det trur æ e veldig viktig. Førre det første så høre du at du e ikke aleina som gjør sånne ting med ungan dine, og så får du også forståelse... altså... Sånn e det bare og vi skjønne korsen du har det... Og bare den følelsen der e jo kjempegod, i stedet før at man ska prøve å skjule og dekke over og unnskylde seg og sånne der ting. Førre det e jo ikke akkurat det der man går og fortel tel... venninna si eller mora si, at i dag va æ

ikke snill med ungen min. Æ smekka ho faktisk på fingran, førr æ syns ho va så klåfingrat...

Mødrene opplever det slik at de andre foreldrene forstår hvor vanskelig de har det og at de også strever med at de sårer og belaster ungene sine mer enn de skulle ønske. Det er godt å være et sted der de ikke blir dømt av andre, men kan snakke om at de av og til kjenner at de kommer til kort som foreldre.

*Og æ trur vi alle sammen sørge på kver vårres måte førr det at vi gjør det.
Og vi vil gjerne ha det ugjort. Og det å få prate om den sorgen er veldig viktig.
Førr det e ingen andre som forestår den sorgen enn vi som sitt med det.
Førr den tru æ e verst. Det e den som riv sundt inni dæ. Det trur æ
Sånn at å kunne få prate med andre i samme situasjon e jo en veldig viktig ting.*

*Kver gang æ møt nån som si at sånn har æ også hatt det, -så e det en sånn god følelse,
-at det e ikke berre æ som e rar. Det er andre og som føl det likeens.
Og det kan skje gang på gang, - og det hjelp kver gang."*

Ei av mødrene trekker frem at selv om det er godt å bli bekreftet av de andre foreldrene i gjenkjennelsen, kan det også noen ganger oppleves slik at samtalene blir mer om hvordan ting har vært, i stedet for å se fremover. Hun er opptatt av at samtalene må ha en problemløsende vinkling og at det er viktig å ha fokus på det de gjør her og nå i hverdagen. De må være opptatt av hva som kan gjøre det bedre, og kanskje få noen konkrete råd og tips innimellom.

4.7 Foreldrenes beskrivelser av hvordan barna har opplevd tilbudet

Mødrene forteller at barna liker seg godt på tirsdagstreffet. Barna spør etter når neste treff skal være, og de er blitt godt kjent med de andre barna. Noen av barna har også deltatt på gruppa i en periode der mora ikke hadde anledning å være med fordi hun var syk.

Men ungan e vel de som har tatt det aller best og trives kjempegodt å være der. Og det e det e de som spør om vi ska fer på tirsdagstreffet når det e tirsdag. Så før dem har det jo vært veldig positivt.

Han hadde litt startvanska, men han bruke alltid å ha litt startvanska. Men da han fikk ansvaret for å lage litt middag og sånt på et av de første treffene så, ble han så varm i trøya og syntes det her va heilt okei.

Alle mødrene er opptatt av det sosiale for barna sine.

Han er en tendens til å meld sæ en del ut... før han e ikke så glad i tegning og maling...Og sånne derre type aktiviteter... Men .. vi snakka om det nu sist, så spurte ho (gruppelederen) ka han likt å hold på med. Og så ringte ho i dag faktisk.. og lurte på om han kanskje hadde løst å ta med sæ ei bok. Førr han e blitt veldig flink å les. At kanskje han kunn læs høyt fra ei bok.

Alle jentene og noen av guttene trives godt med tegning og lesing. Dette kan bli litt kjedelig for noen av de andre guttene. De forteller at de kan tenke seg litt lego, eller mer aktiv lek. Alle barna har trivdes godt med å lage ting til andedammen. Dette er mer formende aktiviteter som guttene liker litt bedre (plastelina, tre, kongler m.m). Foreldrene synes det er positivt at det blir satt fokus på følelser gjennom å lese bøker og snakke om det. To av barna har også fått egne lånekort da de besøkte biblioteket, og er ivrige lesere.

Men det e klart at det e sånt som man kan se på etter hvert... finne andre innfallsvinkla på det her. Man e jo ikke alltid nødt til å lese ei bok akkurat førr å snakke om følelsa.

Å være med å bestemme

Flere av foreldrene er opptatt av at de selv er med på å bestemme mye av innholdet i treffet. De har et eierforhold til treffet og føler at deres meninger har betydning for utformingen av tilbudet. De vil gjerne at flere skal kunne delta på treffet, og synes det er et godt tilbud.

Jo æ syns det har fungert godt. Det e jo veldig fint at vi e med å planlegg, og hele tida kan kom med innspill på korsen vi vil ha det. Sånn at hvess det e nåkka som vi ikke syns e nåkka, så kan vi si i fra og så justere vi.

Ja æ syns jo vi har fått vær med å bestem mye. Og når det sånn at det kommer nye medlemma så e det jo æ som informere, gjerne i lag med en av gruppelederne. Og vi e med på å bestem ka som ska skje. Det e vel egentlig vi som bestem ka som ska skje. De kan kom med forslag, - men æ føl at vi har makta, ler mor.

Æ håpa jo at det får fortsett, det tilbudet, det gjør æ jo. Og hvest at man hatt nok folk som hadde løst tel å vær med, så kunne det vært starta ved flere familiesentra. At det hadde blitt sånnt tilbud på familiesentra, på alle. Men det e jo avhengig av at folk tør å kom. Æ trur det e der bøygen e - første gangen. Korsen vi ska få folk med. Å tør å se at det e ikke nå farlig....

Så æ prøvd nu å reklamer litt før det når æ va innlagt. Æ prøve jo i de sammenhengan der det e folk, å reklamer litt før det. Æ va på foreldregruppa på sykehuset og fortalte om det.

4.8 Barnas beskrivelser av sine erfaringer med tirsdagstreffet.

Jeg har valgt å oppsummere barnas erfaringer gjennom å lage en liten *barnebokfortelling*. Intervju med barn i alderen 4-9 år gir andre typer samtaler enn samtaler med eldre barn eller voksne. De historiene barna fortalte ga meg små bilder av hvordan de opplevde sin hverdag og sitt møte med tirsdagstreffet. Jeg har valgt å formidle barnas fortellinger gjennom å skrive dem som en *barnebok*. Back referer til Du Bois som var kritisk til den rigide formen for akademisk skriving. Han viste til andre måter å formidle forskning, gjennom å benytte flere ulike genre. Også Back er opptatt av dette: *It is my feeling that as researchers we need to be more promiscuous with regard to the genres of writing that we use to convey our message.* (Back 2004 i Seale 2004: 407).

Andre forskere som Mol (2002) viser hvordan man kan bruke en dialogisk form gjennom forskningsprosessen, og også i formidlingen av resultatene. Dette gir en utfordring til å utforske hvordan jeg kan formidle forskning på andre måter enn de mest tradisjonelle. Jeg opplever også at jeg har et spesielt ansvar i forhold til at de barna og foreldrene som deltok i studien, har mulighet for å få del i resultatene. Dette innebærer at jeg har valgt å formidle noen av resultatene i annerledes form. Jeg håper at denne formen også kan bringe barnas opplevelser bedre frem til leserne, enn en mer akademisk skriveform kanskje gjør.

**Vi ses
på tirsdag!**

Av og til blir Per veldig trist.
Det er ikke så lett å fortelle
til mamma at han er trist.

For mamma er jo også trist,
og da begynner hun
kanskje

å gråte igjen.

Per rusler opp på rommet sitt.
Hei pusen min.

Du er den eneste
som forstår meg.
Pusen slikker han på nesen.

Snart ligger Per og sover i senga si,
sammen med bamsen og pusen sin.

Kåre henter frem bilene sine. Han leker fort.
De krasjer med hverandre.
Hysj Kåre, sier mamma.
Kåre vandrer rundt. Han er urolig. Det romler
i magen. Det kjennes ut som masse bier som
surrer rundt der inne.

Av og til blir mamma så skrekkelig sint...
Da krangler de, roper og tramper i golvet,
sånn her.....
Kåre, nå må du gå på rommet ditt!
Kåre vil ikke. Han blir urolig når mamma
er slik.

Etter ei stund går han på rommet sitt.
Han setter seg foran playstation.
Pang, krasj. Lyden overdøver surret i magen,
og tankene som hopper frem og tilbake.
Når han sitter der glemmer han de
uroilige tankene.

Mamma ligger på sofaen.

Er du sliten mammaen min, sier Lise

Vil du ha et teppe?

Skal jeg hente litt saft til deg?

Hva skal jeg gjøre for deg mamma?

Du må ikke bli så sliten
at du må på sykehus mamma?

Mamma svarer nesten ikke.

Mamma,

Mamma,

Du må ikke bli så syk!

Line klamrer seg til mamma.

Jeg klarer ikke mer, sier mamma.
Jeg er så skrekkelig sliten.
Jeg klarer ikke å lage mat, og passe på dere.

Det er ikke rett at du må passe på meg.

Mamma rømmer inn på badet.
Jeg orker ikke mer, jeg klarer ikke.
Pappa kommer og henter ungene.
Mamma går ut, går og går.
Det er godt å gå.

Mamma snakker med legen sin.
Dette går ikke lenger.
Jeg klarer det ikke. Det er for mye.
Det er så mange tanker. Jeg er så veldig
sliten.
Lille pia mi kan ikke passe på den store
mammaen sin.

Mamma forteller
at hun skal dra på sykehuset.

Å mamma, jeg blir så redd
når du må på sykehus.

Jeg er så redd for at
du ikke kommer hjem igjen.

Hvem skal passe på meg,
hvis du dør?

Ja, men jeg er ikke så syk at jeg skal dø.
Jeg er bare så veldig sliten
og trist, sier mamma.

Lise og Per bor hos pappa
mens mamma er på sykehus.

Lise ringer i telefon
til mamma;
Mamma min,
jeg savner deg så.

Du kan sende en hjertekos til meg.

Du kan tenke på meg når som helst,
og da kan du sende
en hjertekos til meg.

Og når jeg savner deg, så kan jeg
sende en hjertekos til deg.

Lise og Per drar på besøk til mamma på sykehuset.

Mamma kaller det Snakkesykehuset.

Der snakker de med mamma,
slik at hun skal bli frisk.

De får se rommet hennes,
og så hilser de på ei dame
som passer på mamma
på sykehuset.

De er sammen med mamma
på familierommet.

Der er det leker og spill.

Noen ganger kan de være sammen
i den store gymsalen.

Det er ekstra morsomt å spille ball der.

Lise og Per er på Tirsdagstreffet.
Der pleier de å være sammen med mamma
annenhver uke.

Det er fint at pappa kan kjøre dem dit,
selv om mamma er på sykehuset
denne gangen.

Det er litt dumt når mamma ikke kan se det
Lise og Per lager,
men det er jo fint å treffe de andre
ungene og foreldrene.
De spiser middag, leker og snakker sammen.

Neste gang blir hun med igjen.

Det er godt å gjøre noe hyggelig
sammen med mamma.

I dag kommer det en ny familie til
Tirsdagstreffet.

Velkommen hit, sier Åse.

Det er Berit og Arne som kommer,
sammen med moren og faren sin.

Det er litt nifst første gangen,
for de kjenner jo ingen fra før.

Mor har gruet seg litt.

Arne er litt sjenert.

Han er ofte det.

Kanskje du har lyst til å hjelpe til
med å lage middag, spør Åse.

Det vil Arne gjerne.

Han liker godt å hjelpe til.

Vil dere hilse på de andre ungene
som pleier å være her?

Det er Lise, Kåre, Per og Nils.

Lille Ove er bare ett år.

Han liker godt å være sammen med de store
ungene, men noen ganger blir han litt trøtt og
sliten.

Da får han bli med ut på trilletur.

Mens Ove sover i vogna,
leser de ei bok sammen.

Den handler om alle følelsene vi har.
Om det å være
sint,
glad,
trist eller redd.

Jeg er så redd når det er mørkt ute,
sier Kåre.

Per er redd for hunder.

En slik hund?
En med noen rare briller på?

Han ser litt mindre skummel ut med briller
på,
-synes du ikke?
Kanskje han skal få ei lita lue på også?

Kristine tegner en rar og morsom hund.

Hvis du er redd for hunder så kan du bli
kjent
med en snill hund først.

Så blir du kanskje litt mindre redd
neste gang, sier Lise.

Mamma, jeg var så redd
da du var på sykehuset, sier Lise

Heldigvis kommer det en dame hjem
til mamma av og til.

Det er godt å vite at mamma har noen å
snakke med. Da trenger ikke Lise å være så
redd for
at mamma skal bli syk igjen.

Noen ganger drar Lise og Per på
overnattingsbesøk
til en familie de er blitt kjent med.
Det er godt for mamma å hvile seg litt ekstra
noen ganger.

Når jeg går ute i mørket tenker jeg på alle
stjernene som er der oppe og ser ned på oss,
De lyser så fint, da blir jeg ikke så redd, sier
Åse

Og selv om jeg ikke ser dem, så vet jeg at de
er der...

I dag skal de tegne litt.

Jeg får ikke til, sier Nils.

Han vil ikke være med.

Han vil helst leke med biler eller springe rundt.

Noen ganger bråker han og Kåre en hel masse.

Jeg kan ikke tegne, sier Nils.

Han lager noen streker på papiret, før han vil gå.

Kristine setter seg sammen med han.

Kanskje du og jeg kan tegne i lag?

Nils strever, men når han sitter sammen med Kristine blir det en flott tegning likevel.

Vil du se hva jeg har tegnet? sier Nils.

Jeg har tegnet en sommerfugl. Nils er kjempestolt.

Han har aldri villet tegnet noe før.

Tenk at han klarer å tegne!

Alle barna liker å være sammen med vennene sine.

Jeg pleier å være på speideren, sier Arne.
Jeg er på svømming sier Berit.

Jeg gleder meg til fredagen.
Da skal jeg dra på klatring med idrettskolen.

Jeg har lært å svømme på idrettskolen,
-og så treffer jeg han Kåre der.
Vi går i lag.

Per og Nils pleier å være ute å sykle.

Jeg vil bare si at jeg trives på
tirsdagstreffet,
men det er fint at det ikke er hver uke.
For det er artig å være ute å spille fotball
i lag med vennene mine, sier Per.

De får lov å være med å bestemme hva de skal gjøre sammen på Tirsdagstreffet.

Neste gang skal de på tur med Børre Buss. Det er kjempeartig å kjøre buss sammen.

De skal på utflukt til Andedammen. Der mater de ender, samler kongler og pinner som de skal bruke til å lage en liten andedam på Tirsdagstreffet.

Og så skal de lese historien om den stygge andungen,
-som ble plaget av alle de andre.

En gang senere skal de på biblioteket. Der har de vært en gang før. Lise fikk lånekort og lånte ei bok helt alene.

Kanskje dere vil bli med på tur
til Saltstraumen?

sier Arne

Jeg kan vise dere veien.

Vi kan lage bål og spise pølser.

Blir dere med?

Barnebokfortellingen bygger på det barna forteller.

I denne fortellingen har jeg valgt å beskrive 3 barn innledningsvis; Per, Kåre og Lise.

Disse representerer de 6 barna som jeg intervjuet, og noen av de rollene barna tok i sin hverdag for å mestre utfordringene de stod overfor. Jane Sturges (1977) intervjuet 150 barn der mor var innlagt i psykiatrisk sykehus, og beskriver mange ulike roller som barn kan ta i forbindelse med at foreldre er psykisk syke. Dette kan noen ganger være en god måte å mestre situasjonen på. Likevel kan det bli vanskelig for barnet dersom de blir fastlåst i en bestemt rolle over lengre tid. Dette kan hindre dem i å få den hjelp og støtte de har behov for, eller at de ikke får mulighet til å utvikle andre sider ved sin personlighet.

To av barna, eldste gutt og eldste jente beskrev seg selv, og ble også beskrevet av mor, som veldig *hjelpsomme barn*. Barna ga i intervjuene uttrykk for at de likte å hjelpe til, og dette ga dem nok en opplevelse av ”å mestre” i en ellers vanskelig situasjon. Det ene barnet var ganske flink til å sette ord på sine opplevelser og følelser, og levde seg mye inn i hvordan mor hadde det. Det andre barnet var hjelpsomt, men snakket mindre om egen opplevelse av situasjonen. Mor ga her uttrykk for bekymring nettopp i forhold til det hun kunne oppleve som *barnets stille engstelse*. Hjelpsomme barn blir noen ganger for opptatt av foreldres behov, på bekostning av sine egne.

Tre av barna, to gutter og ei jente var periodevis ganske *uroilige barn*, ved at de skiftet mellom ulike aktiviteter. Disse barna kom lettere i konflikt med andre barn i familien, med mor eller barn i barnehagen. En av guttene benyttet en tydelig strategi, med å avlede samtalen når det ble snakk om følelsesmessige vansker. Dette var også noe han pleide å gjøre hjemme, ved å trekke seg tilbake med film og spill når det ble for konfliktfullt. Både han og mor ga uttrykk for at dette hjalp en stund, men at det noen ganger kunne bli vanskelig senere. Den andre gutten fikk mye oppmerksomhet på sin urolige adferd, og var ganske krevende. Ei av jentene var ikke like utpreget fysisk aktiv, men fortalte om hvordan hun ofte kom i konflikt med mor, og at dette var slitsomt for henne: *Æ lika ikke at æ ska krangel så mye. Førre da får æ litt kjeft*. Urolige barn opplever ofte mye konflikter og inngår lett i samspill som blir preget av mye kritikk og negativitet. Dette vil påvirke deres bilde av seg selv.

Det tredje barnet i fortellingen representerer det *stille barnet* som trekker seg unna de voksne, og kanskje ikke alltid får den trøsten og oppmerksomheten de har behov for. To av barna brukte delvis denne strategien i ulike situasjoner som var vanskelige, men de kunne også ta andre roller som den mer urolige, eller den mer hjelpsomme. En av gutt fortalte om hvordan

han fikk trøst av katten sin og en mor og hennes datter fortalt om hvordan *de sendte hjertekos* til hverandre når mor ble innlagt.

Måten tirsdagstreffet beskrives i fortellingen ligger nært opp til det barna fortalte i intervjuene.

At faktisk så syns æ at det va fint på tirsdagstreffet.

De har lekefotball og så har de radio, åsså bruka de faktisk..

De bruka å snakk med hverandre...ho mamma og de andre.

En av ungene reflekterer over navnet på tilbudet;

Koffør hete det egentlig tirsdagstreffet? Koffør fer vi ikke på tirsdagstreffet hver tirsdag? Det e litt bra, førr da får æ vær i lag med vennan mine på nån tirsda.

Barna forteller også litt om hva de gjør sammen, og at de får være med å bestemme hva som skal skje. Flere av barna legger også vekt på at de foreldrene har *voksentid*, og et barn gir uttrykk for at det er godt for mor å snakke med de andre foreldrene.

Vi bruka å spis middag der og tegn..

Og av og til så får vi nå godt å spis, og så drikk vi kaffe og så les nån i bøker som vi kan hør på, og så hør vi på sanga.

Vi hør på sanga, mens ho mamma og de andre har voksentid.

Åsså bruka vi å bestem kordan mat vi ska ha. Vi bestem hver sin tur.

Æ lika best når æ kan lag mat. Så lika æ når vi får gå tur.

Og så har vi vært i turlia og da va æ guide.

Barna er med på mange fritidsaktiviteter og har venner de er sammen med, men noen ganger kommer det likevel frem at det ikke er så ofte de treffes når det kommer til stykket;

Æ lika å vær i lag med vennan mine.

Æ har litt mange. Æ har en bestevenn.

Æ pleide å vær i lag med ho, -der vi bodde før.

Æ e i lag med ho berre når ho har bursdag.

5 Analyse

Dey(1993) i Blaikie (2000) beskriver analysearbeidet som en sirkulær eller spirallignende prosess, der en i arbeidet veksler mellom å beskrive, klassifisere og knytte sammen ulike kategorier. Jeg vil analysere det empiriske materialet opp mot to ulike teoretiske perspektiver.

Det ene perspektivet er i hvilken grad erfaringene med "Tirsdagstreffet" kan ses i lys av forskning på resiliensfaktorer, for å styrke beskyttende faktorer hos barna.

Erfaringene vil også bli analysert ut fra et empowerment-perspektiv.

5.1 Analyse i forhold til resiliensfaktorer

Jeg har valgt å operasjonalisere resiliens i 5 faktorer som er sentrale ut fra den tidligere presenterte litteraturen.

1. Personlige egenskaper ved barnet 2. Barnets tilknytning til foreldrene (eller minst en voksen) 3. Barnas vennskap 4. Barnas mestring 5. Barnas mulighet til å skape mening og forstå det som skjer.

5.1.1 Personlige egenskaper ved barnet

Flere forskere er opptatt av at barnet personlige egenskaper kan gjøre at de tåler ulike påkjenninger bedre enn andre. Barn kan ha genetiske disposisjoner som viser seg som et krevende temperament, dårlig selvregulering og impulsivitet. Det kan også være at barnet allerede i svangerskapet eller rett etter fødsel blir påvirket av mors depresjon slik at det påvirker barnets stress- respons system og frontallapper, slik at det svært tidlig utvikler en større sårbarhet (Field 2002). Dette kan bidra til at barna i samspill med omsorgsgiver vil ha et behov for en ekstra sensitiv forelder. Et barn med et lett temperament vil bli fornøyd selv med en noe mangelfull omsorg fra forelderen. I tillegg vil forelderen og andre voksne lettere føle at de lykkes i samspillet ved at barnet regulerer behovet for søvn og mat uten for store vansker. Barnets personlige egenskaper vil virke både direkte ved at de møter omverden lettere med å ikke være for krevende, og de vil også etter hvert få en større bekreftelse fra andre mennesker, fordi det er enklere å stå i et nært samspill med et barn som er fornøyd, positivt og lite utfordrende i sin adferd.

Foreldrene var noe bekymret i forhold til flere av barna. Delvis var dette knyttet til at et par av barna i perioder trakk seg unna kontakt og ikke ville snakke om de opplevelsene og vanskelige følelsene de hadde. Dette gjorde det vanskelig for foreldrene og andre voksne og gi trøst og oppmerksomhet. To av barna ble beskrevet som ukonsentrerte og impulsive, den ene skulle henvises til BUP for videre utredning. Dette er adferd som både kan ses som en mulig ADHD eller som kombinasjon av tidlig sårbarhet og respons på stress.

En gang ringte de fra skolen og sa at æ måtte kom og fotfølge han heile dagen. To ganga har han rømt fra SFO. Han hadde slått tel ei jente og så stakk han berre av.

Mor forteller at skolen klager på den sosiale adferden hans og han ikke vil høre etter. Han kan også bli veldig sint. Hun synes at det ofte er litt svart/ hvitt i forhold til gutten. Noen ganger synes han at han får til alt mulig, mens andre ganger gir han helt opp og har ikke noe tro på seg selv. På fritida er han med på idrettskola sammen med ei av de andre deltakerne på tirsdagstreffet, og mor er med og ser på.

En annen mor ser at barna engster seg mye. Hun er spesielt bekymret for det eldste barnet som i større grad bærer ting inni seg.

Denne stille engstelsen syns æ jo e mer skummel enn denne eksplosjonsengstelsen til dattera mi. Sånn at æ trur nok ho overleve det bedre enn sønnen min gjør, - før ho får det ut. Det gjør ikke han.

Mor er også litt usikker på om barna tør ta ting opp med henne dersom de har det vanskelig. De har snakket med barna om at de må si fra hvis det er noe som ikke er helt bra, eller at de kan be om at foreldrene kommer på rommet deres, så de kan snakke om det der.

Som foreldre flest er også disse mødrene spent på hvordan barnas møte med skolen vil bli. Ei mor beskriver en rivende utvikling det siste året, der gutten er opptatt av tall og bokstaver og er begynt å bli stor. En annen gutt ser ut til å slite litt mer. Han liker dårlig å sitte i ro, og mor er bekymret for hvordan det skal gå med han i møtet med skolen. Vanskene hans er så store at hun har tatt det opp på et basismøte med flere fagpersoner, og det er enighet om at han bør henvises for utredning ved BUP.

Æ e jo glad at han i hvert fall har begynt å tegn lite grann... Han ei jo ikke spesielt glad i det, men litt sånn... Æ vet jo første året på skola, det e jo masse tegning. Ja det e jo greitt å kunn sett litt i ro og hold på med sånne type ting... Sånn som de andre gjør. Men man e jo desverrrre nødt å sitt litt i ro...

Æ e spent på kem de får tel lærer.

Mor håper likevel på at dette skal gå bra, og peker på at sønnen har mange flotte egenskaper og er svært sjarmerende.

Men han e en så utrolig tillitsfull og sjarmerendes gutt, så æ håpa han sjarmerer den læreren i senk, så ho har litt tålmodighet med han.

Ut fra foreldrenes beskrivelser kan det være at noen av barna er mer sårbare enn andre barn i forhold til selvregulering, hyperaktivitet eller utrygge tilknytningsmønstre. Det vil kreve en nærmere utredning for å undersøke dette. Ut fra teori om risikofaktorer og med tanke på at flere av disse barna har opplevd mors depresjon siden fødsel, vil det i så fall ikke være overraskende (Field 2002).

To av barna (jenter) beskrives som sårbare, men er samtidig i stand til å sette ord på vansker som oppstår og foreldrene opplever at det er lettere å være i dialog med jentene og gi forklaringer og trøst. Selv om jentene tilsynelatende beskrives av foreldrene som mer kompetente, vil det være av betydning å se på hvordan jentene støttes. Sheeber (2002) peker på at jenter har en høyere risiko for å utvikle senere depresjoner og at det er viktig å unngå at de utvikler en lært hjelpsløshet og et depressivt samspill med foreldrene.

Tilbaketrekning, unngåelse og distansering er ofte mestringsstrategier som barn med psykisk syke foreldre benytter, noe vi også kan se hos noen av disse barna. Dette kan være uheldig dersom det utvikler seg til langsgående strategier (McCrae & Costa, 1986 i Mayberry m.fl. 2005).

5.1.2 Å styrke barnets tilknytning til foreldre (eller minst en voksen)

Støtte i mestring av foreldrerollen

Foreldrene forteller at de har et stort behov for å snakke sammen med de andre foreldrene og fagfolk om utfordringer i foreldrerollen. Mestring av foreldrerollen er en svært viktig faktor i forhold til å forebygge forverring i psykiske vansker hos foreldrene. At foreldrene kjenner seg trygge og får hjelp til å se på egne reaksjoner, kan ha betydning i forhold til barnas tilknytning til foreldrene og vil kunne forebygge vansker i spillet mellom foreldre og barn (Stein et al. 1991 i Barlow m.fl. 2008). I en metastudie på effekten av foreldretreningsprogram i forhold til å forbedre mødres psykiske helse undersøkte Barlow m.fl. (2008) 26 ulike studier av

foreldretreningsprogram med ulike teoretisk tilnærming. En kombinasjon av data fra de studiene viser at ulike typer av foreldreprogram kan være effektive, for å forbedre en rekke aspekter ved mødres psykososiale fungering. Det var signifikante resultater i forhold til reduksjon av depresjon, og angst/ stress, i tillegg til forbedret selvfølelse og bedret relasjon til partner/ ektefelle (Cochrane review, Cochrane Library 2008, Issue 4).

Foreldrene legger ulikt vekt på hvorfor de er så godt fornøyd med ” Tirsdagstreffet”
For noen av foreldrene er samværet med de andre foreldrene, og støtten i foreldrerollen det aller viktigste. For andre foreldre er det svært viktig at de kan gjøre positive ting *sammen* med barna sine.

Vi har vært på nån tura. Det e jo veldig bra. Og e man veldig deprimert, som man e i perioda, så e det veldig fint å kom i ei gruppe der alle veit ka som feila deg. Og så fer ut på tur. Før det e avslappandes. Før alt bli jo tilrettelagt. Du slepp jo å tenk.

De ordna jo alt.

En av foreldrene ønsker mulighet til å bruke gymsal eller et større rom for å bevege seg i. Denne forelderer legger også større vekt på å utvikle felleskapet mellom foreldre og barn. Det oppleves som positivt å dra sammen på ulike utflukter i skog og mark, tenne bål, og kose seg.

I perioder med psykisk sykdom kan det være veldig vanskelig å være aktive sammen med barna sine. Foreldrene isolerer ikke bare seg selv, men hele familien.

Dette innebærer at barn og foreldre får færre positive opplevelser sammen.

Å ha overskudd til å ta initiativ overfor andre småbarnsforeldre er heller ikke alltid så lett.

Hverdagslivet kan i perioder være preget av konflikter og kritikk, noe foreldrene ofte har dårlig samvittighet i forhold til. Spesielt i perioder der foreldrene er slitne, kan det lett oppstå vansker. Noen av barna er urolige og ukonsentrerte, og har vanskelig for å sitte i ro i gruppa. Adferden til barna kan ofte avspeile at foreldrene har en vanskeligere periode.

Gruppelederne og foreldrene har derfor vært nødt til å arbeide sammen med å skape litt mer ro. En av foreldrene introduserte noen teknikker, som hun selv hadde benyttet som lærer.

Barna fikk stjerner og belønning når de klarte å være litt mer rolig.

Dette er metoder som benyttes innenfor Parent Management Training- Oregonmodellen, PMTO, og som har vist seg nyttige overfor barn med adferdsvansker og uro (Weiner 1994).

Mor til en av guttene forteller at stjernene har vært nyttig, særlig da en av sønnene hennes var ekstra urolig men hun var innlagt på sykehus: *Å de stjernen de funka veldig godt på han, han klar å sett i ro litt når han får stjerna.*

Det er svært positivt for deltakerne å se at de kan lære av hverandre. Noen ganger kan de selv komme med nyttige bidrag, mens andre ganger kan de få gode innspill fra andre.

Disse metodene kan overføres av foreldrene til hjemmesituasjonen og vil kunne bidra til å sette fokus på positivt samspill istedenfor negative kritikk som ofte benyttes av foreldre med psykiske vansker.

Støtte fra den andre forelder

God kontakt med den andre forelder er av de beskyttende faktorene som vi tidligere har sett har betydning for resiliens hos barna, mens psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet hos den andre forelder er en tilleggs-stressor. Der det er mulig vil det derfor være viktig å se på om den andre forelder kan bidra med økt støtte til barna.

To av mødrene er gift og beskriver å ha god støtte fra sin partner. samtidig som de begge har liten støtte fra barnets besteforeldre. *"Så vi har ikke hatt avlastning i så måte. Og min familie e jo spredt førr alle vinda, så det ikke nåkka å hente der."*

Den tredje mora har god støtte fra sin ekspartner og er etter hvert blitt flinkere til å be om hjelp fra han eller fra barnas besteforeldre når hun er sliten. Den fjerde mora har liten støtte fra barnets far, så nå også er flyttet fra byen, men sønnen er litt hos besteforeldrene og noe sammen med bestefar på båttur.

"Æ har jo tenkt på om han sku ha hatt en mannlig støttekontakt, men æ e litt usikker. De sjekka de vel godt med vandelsattest, men... Han kunne jo ha trengt litt mer kontakt med mannfolk. Det spørs jo også korsen det bli i forhold til faren. Han har jo vært hos han. Men nå har han tatt en overdose".

Støtte fra andre i familien

Barna har i varierende grad støtte fra andre voksne i eget nettverk,

Det sosiale nettverket til disse familiene er til dels ganske lite eller skjørt. Dette kan skyldes ulike forhold som geografisk avstand og flytting. I mange familier gir besteforeldre til dels omfattende støtte til tross for slike avstander. Flere av informantene forteller om lite opplevd støtte fra sin opprinnelsesfamilie og et vanskelig relasjonelt forhold til dem. I noen tilfeller er dette knyttet til at disse også har egne psykiske vansker. Beskrivelser av øvrige nettverk og kontakt med venner er til dels sparsomme. Dette innebærer at de mottar både lite praktisk og

emosjonell støtte i den krevende småbarnstiden. I noen tilfeller kan også den psykiske lidelsen ha bidratt til at familien har hatt lite kontakt med andre.

”Og det e jo også fordi æ har vært så redd førr å gå ut av huset.

Æ har ikke likt mæ i lag med andre folk. Og det gjeld ikke berre sånne foreldremøta og sånt, men det e også sånne familiesammenkomster. Da har æ vegra mæ og blacka helt ut... Og berre rømt. Vi hadde et sånt slektstreff i fjor. Og før middagen ble servert så pakka æ sammen og da gikk æ bare...

Så det har jo har jo vært forferdelig trasig, før æ har jo isolert oss. Æ har jo ikke bare isolert mæ, æ har jo isolert oss.

Så derfor syns æ jo det med tirsdagstreffet e greitt

før du bi jo tvungent tel å møte folk, Du bli tvungen tel å ta ungan med...

Du bli tvungen til å være aktiv med ungan dine. Så på den måten.. så e tirsdagstreffet helt kjempelurt...”

Dette innebærer at familiene kanskje i mindre grad enn mange andre familier har tilgang på den sosiale kapitalen som det ligger i støtte fra familie og venner.

Besøksfamilie/ støttekontakt

To av familiene har eller har hatt besøksfamilie og støttekontakt til barnet/barna. Det ser ut til at det kan være lettere å få besøksfamilie/ støttekontakt til barna når de er små, men at dette ofte faller bort når de blir litt eldre.

Støtte fra barnehage eller skole

Flere av informantene forteller likevel om gode møter med andre personer som har gitt dem og barna deres støtte og hjelp. Ei av mødrene forteller at hun hadde en spesielt god støtte fra en av de som arbeidet i barnehagen. Hun opplevde også at denne personen var veldig glad i gutten hennes. Da han sluttet i barnehagen inviterte hun henne hjem til seg brownies.

I intervju med foreldre for noen år siden, var det svært uvanlig at foreldrene hadde hatt kontakt med barnehage og skole om egen situasjon (Mevik og Trymbo 2002). Tre av fire av foreldrene som deltar i denne studien har snakket med barnehage eller skole om egne vansker. Selv om ikke alle foreldrene har vært like åpne overfor kolleger eller familie, er det interessant at de er mer åpne i forhold til skole og barnehage.

Materialet er lite, så det kan jo være spesielt for disse foreldrene. Men det kan også være at det har skjedd en endring, kanskje som resultat at den generelle åpenheten om psykiske

lidelser i samfunnet er økende. Dersom det er en utvikling mot at det oppleves som noe mindre tabubelagt for foreldre å fortelle om egne psykiske lidelser overfor barnehage og skole, vil det kunne være til stor hjelp for barna.

5.1.3 Å styrke barns vennskap

Å delta i gruppen har gitt mulighet til å knytte nye vennskap for foreldrene, men også for barna. En mor forteller at det er svært viktig for henne at de andre foreldrene er i samme situasjon, som forstår hva det kan innebære å være deprimert eller ha angst. Dette gjør at hun har kunnet møte opp på tirsdagstreffet, selv om hun har kjent seg psykisk sliten. Alternativet hadde vært at hun lå hjemme på sofaen, mens ungene måttet klare seg selv. For barna er det viktig at deres tilgang på aktivitet og felleskap ikke blir så avhengig av om mor er i dårlig form, men at de kan delta likevel, sammen de andre i gruppa.

En av foreldrene ble innlagt igjen i en periode på 6 uker. Selv om mor ikke kunne være med på Tirsdagstreffet ble barna kjørt av sin far. Mor forteller at barna var veldig ukonsentrerte og urolige på gruppen i denne perioden, men at hun var veldig glad for at barna kunne delta på gruppetilbudet selv om hun ikke var med.

To av barna har begynt å omgås litt mer i skolefritidsordningen og på fritiden.

Alle barna i denne studien deltar i ulike typer av organiserte fritidsaktiviteter som speider, svømming og idrettskole. Barna og foreldrene beskriver selv at de har venner som de omgås med på skolen og i fritiden. Et par av barna er likevel mer diffuse i forhold til vennskap. Et barn beskriver sin nærmeste venn å være der de flyttet fra, og har ikke etablert seg like godt med venner på sitt nye bosted. Det har heller ikke foreldrene gjort. Flytting utgjør en utfordring, både i forhold til å avslutte/ holde kontakt på avstand med gamle venner, og det å finne frem til nye nære vennskap.

Et par av barna har også hatt med egne venner på et par Tirsdagstreff. Dette har vært opplevd som positivt både av foreldre og andre barn. En av fedrene har også deltatt på noen av gruppens utflukter. Det kan kanskje være litt overraskende, men viser at barn, foreldre og gruppeledere ikke ønsker å ha en lukket gruppe, men at det er rom for åpenhet og tilpasning etter som foreldre og barn har behov for det.

Noen av barna på Tirsdagstreffet er søsken, og da oppleves det som positivt at gruppen kan favne barn i ulike alder. En av foreldrene legger spesielt vekt på at det er godt å se at barna fungerer så godt sammen på gruppene, da de ofte krangler mye hjemme.

Mayberry m.fl (2005) spurte barn, foreldre og helse og sosial ansatte om deres synspunkter på hva som kunne gi best støtte til barna. Barna var mellom 6 og 12 år, og intervjuene ble gjort i fokusgrupper. Barna ga uttrykk for at den vanskeligste perioden for dem, var mens foreldrene var innlagt i sykehus. Dette kunne føre til at det ble usikkerhet om hvor de skulle bo denne tiden, og det kunne være at de ikke fikk være på samme sted som søsken. De syntes også det var vanskelig å besøke forelderen på sykehus, og ønsket at det hadde vært mer familievennlige omgivelser. Barn fortalte at de ofte trakk seg tilbake når forelderen var syk, og at de overtok arbeidsoppgaver som vasking og matlaging. Barnas selv mente at det som kunne være til hjelp, var en god støtte fra søsken og fra egne venner. Foreldre la også vekt på støtte fra søsken og venner, men ønsket i tillegg støtte fra profesjonelle, opplæring av barna, en egen plan for barna når foreldre ble innlagt og en større åpenhet i samfunnet, -spesielt i skolene.

Som jeg har vist tidligere fra forskning på beskyttende faktorer, har støtte fra venner vist seg å være en svært viktig resiliensfaktor. Arbeid som bidrar til at barna utvikler evne til godt samspill med jevnaldrende og mulighet til å utvikle nettverk med andre på skole og fritid, vurderes derfor som svært viktige forebyggende strategier. Det kan også være positivt å delta i blandede grupper sammen med søsken, dersom dette kan bidra til å styrke båndene mellom dem og bidra til en felles åpenhet om vansker i familien.

5.1.4 Å styrke barns mestring

Er denne type gruppe en egnet arena for å arbeide med å styrke barns mestring?

Mange barn med psykisk syke foreldre blir mer isolert og får mindre erfaringer med sosialt samspill enn andre barn. Dette innebærer at de kan bli mer usikre i sosiale situasjoner og trekke seg unna situasjoner der de kunne utviklet nye erfaringer og knytte vennskap med andre voksne og barn.

Sosial kompetanse

Sosialt samvær rundt måltider er en vesentlig del av vårt sosiale liv med andre. Å lage mat sammen, å sitte rolig sammen med andre ved matbordet, å kunne småprate med andre rundt bordet, å vente på tur, å be om mer mat, det er alle små elementer i hvordan vi er sammen.

I intervjuene snakker både foreldre og barn med stor glede om måltidet.

” Æ lika at vi får masse å spis som e godt, kylling og pølse og sånt.

Det e god middag der. Æ lika sånn som e bra før tenner `n, salt og potet og sånt som e sunt.”

En av guttene har vært særlig glad for å få være med å lage mat.

Mor beskriver at denne gutten pleier å ha det litt vanskelig i starten når han skal inn i nye sosiale situasjoner. Gjennom at han fikk delta i middagslaging, noe han har lyst til og får kredit for, blir det lettere å komme inn i en etablert gruppe og få tilhørighet til gruppa.

En annen av de store guttene svarer benektende på spørsmål om han har vært med å lage mat.

”Nei, vi laga så masse forskjellig at vi ikke veit ka vi ska lag”

Her gir gutten et svar som tyder på at han har lite forventning om å kunne få til å lage maten. Dette er en av guttene som kan være litt urolig og ukonsentrert i gruppa og som kanskje kan virke litt usikker. Her kunne kanskje gruppelederne ha arbeidet ekstra med å få flere barn og foreldre med i matlagingen.

Bekreft barnet positivt

Foreldre som lever med depresjon vil ha en tendens til å tolke verden ut fra et mer pessimistisk utgangspunkt enn andre. Det innebærer at de i større grad legger merke til og holder fast ved inntrykk og episoder som er negative enn å oppleve det positive som skjer. Gjennom sin fortolkning av verden som trist og farlig, vil de lettere snakke om og forsterke også slike opplevelser i sitt samspill med barnet. Fokus på små hyggelige begivenheter, det å holde fast på og kjenne på glede og forventning kan være mindre tilstede.

Det betyr at det vil kunne være vanskelig for forelderen å benytte de små øyeblikkene der de kan bekrefte barnet positivt og gi støtte til positive opplevelser.

I samvær mellom foreldre og barn vil det derfor være særlig viktig at gruppeledere hjelper foreldre til å se barnas positive sider, og forsterke positive opplevelser.

Under det felles måltidet legges det stor vekt på at det skal være hyggelig småsnakk om hva som har skjedd siden sist. Dette gir mulighet for å dele positive opplevelser for både foreldre og barn. I intervjuene med foreldre og barn ser det ut til at gruppelederne sammen med deltakerne har klart å skape et positivt felleskap.

I tillegg til at det gir en positiv opplevelse her og nå, gir det barna erfaringer med ulike typer mat, samt erfaringer med å forhandle om hvilken mat de skal ha til neste gang. Det kan skape forventning og noe å glede seg til. Barna får derfor også mulighet til å mestre måltidssituasjoner/ sosialt samvær med andre gjennom å representere seg selv med positive historier, bidra med matlaging og føre små samtaler med bordet. For noen av barna som er ukonsentrerte og urolige kan dette være en stor utfordring. Mange familier med urolige og ukonsentrerte barn strever mye med dette i det daglige. Måltider kan oppleves som en eneste stor kamp, der det er høy temperatur og mye kritikk. Barnet vil kanskje ikke sitte i ro med bordet, vil ikke spise maten som er servert, samtalene kan få et negativt og kritisk fokus. I noen familier blir dette så strevsomt at de i stor grad velger seg bort fra felles måltider, og maten inntas foran TV. Dette innebærer at barn og foreldre får liten erfaring i å mestre denne typen sosialt samvær med andre. Noen av foreldrene har trukket seg unna sosiale sammenhenger, slik at barna har opplevd utrygghet for om mor har det bra, og at hun vil trekke seg unna. Barna ser at mor tør/ klarer å være sammen med andre i gruppa, selv om hun ikke er helt i topp form. Dette vil kunne gi barnet en større trygghet på at sykdommen er til å leve med og at mor ikke går i stykker. De ser også at andre voksne kan gi støtte til å klare det.

Mestring av ulike ferdigheter

I barnegruppa har de brukt en god del formingsaktiviteter og tegning, i tillegg til lesing av bøker. Noen av guttene har ikke trivdes så godt med dette, spesielt tegning. Her står gruppa overfor et dilemma. I hvor stor grad skal de arbeide for å hjelpe barna til å mestre å sitte i ro å lytte eller å øve seg opp til å tegne, versus det å legge vekt på alternative aktiviteter med mer fart og bevegelse.

En av guttene som startet i gruppa som 4 åring var svært lite glad i å tegne. I den første intervjusituasjonen var han sutrete, ga fort opp, ga uttrykk for at han ikke kunne tegne. Både mor og søsken beskrev han som litt vanskelig.

Mor var bekymret med tanke på at han skulle begynne på skolen neste år, og syntes han lå etter i utvikling i forhold til det de andre barna gjorde på samme alderstrinn.

Ved neste intervju ca ¾ år senere hadde gutten endret seg mye. Han klarte nå å sitte mer i ro og delta både i samtale og tegne. Han viste med stolthet frem det han hadde laget, og sammenlignet seg ikke negativt med de andre barna som hadde mye større tegneferdigheter. Ved tirsdagstreffet hadde de en periode hatt en ekstra voksenperson som kunne sitte sammen med han og følge han spesielt opp i forhold til ro og tegning. Gjennom dette fikk han for første gang til å lage en tegning som han var veldig fornøyd med. Mora til gutten har også arbeidet aktivt i forhold til at gutten skulle kunne mestre denne type aktivitet. Hun har hatt sønnen med til en venninne som er kunstterapeut der de tegnet og malte sammen.

I løpet av dette året har gutten utviklet seg til å ha litt bedre tro på seg selv i tegne/ gruppesituasjoner. Dette vil kunne gjøre det lettere for gutten å mestre skolesituasjonen der det vil være mange lignende situasjoner. Om denne endringen ville kunne ha skjedd uten gruppetilbudet er jo vanskelig å si, men ut fra beskrivelsene fra mor, kan de kanskje ha bidratt positivt. Denne gutten er trolig litt ekstra utsatt, og skal nå utredes med tanke på uro, konsentrasjonsvansker og motoriske ferdigheter ved BUP. Det kan derfor hende at dette er en gutt som har behov for litt ekstra tilrettelegging. En av de andre guttene i gruppa har også vært litt mer urolig og ukonsentrert enn de andre. Han har strevd med å sitte i ro å høre på når de voksne leste en liten bok. Her har gruppelederne arbeidet med at han i stedet kan lese litt høyt for gruppa, noe han er flink til og gjerne vil gjøre.

Gruppen har hatt en utfordring med å møte de ulike barnas behov for aktivitet og ro. Gjennom et enkelt belønningssystem med stjerner for positiv oppførsel har de bidratt til at et par av guttene er blitt roligere. De kan nå delta litt lengre tid i felles aktiviteter som måltider, tegning og lesestunder.

Barn som ikke mestrer slike aktiviteter vil lettere komme i konflikt med andre i skolesituasjon og andre steder der det kreves litt ro. Dette vil lett føre til negative sirkler av kritikk og utvikling av et negativt selvbilde. Å hjelpe barnet til å mestre slike situasjoner, vil derfor kunne virke beskyttende for barnet.

Positive sirkler

Som vi ser har gruppelederne arbeidet aktivt i forhold til flere av barna for å støtte opp under og øke deres mestring av ulike ferdigheter og sosiale situasjoner, fra det å lage middag, lese høyt, lære seg å tegne på sin egen måte og være stolt over det, låne bøker/ få seg eget

lånekort. Gruppetilbudet byr på mange små hverdagslige situasjoner der det er store muligheter for å arbeide aktivt med å hjelpe barnet til å lære nye ferdigheter, og finne aktiviteter der de kan få små mestringsopplevelser. Dette krever en bevissthet om å benytte de mulighetene som finnes. Det kan være viktig både for foreldre og gruppeledere å øke bevisstheten om hvordan små hverdagshendelser kan brukes aktivt for å arbeide med barnas mestringsopplevelser og utvikling av et positivt selvbilde. Ofte overser man slike små hverdagslige ting, som har så stor betydning. Et fokus på å lete etter situasjoner der man kan legge til rette for at barna lykkes og mestrer, skaper positive sirkler med oppmuntrende ord, bekræftelse og økt selvtillit.

Dette er særlig viktig å få til i denne typen gruppe, fordi vi vet at deprimerte foreldre har en tendens til i større grad å legge merke til negative ting og gi uttrykk for mer kritikk overfor barna sine. Gjennom et økt bevissthet om dette kan foreldre selv stimuleres til økt positivt fokus, og de kan ha nytte av at andre voksne fremstår som modeller i slike situasjoner.

Gruppelederne bruker også en annen metode for å fremme positive sirkler. Når barna har arbeidet på gruppen, møtes de etterpå med foreldrene for å fortelle om det de har gjort og vise frem eventuelle ”produkter”. Det kan være tegninger, collage, små figurer til andedammen eller skuespill m.m. Dette gir mulighet for å vise seg frem og få positiv tilbakemelding fra foreldrene og de andre voksne, noe disse barna kan ha ekstra behov for å oppleve. Også for foreldrene som gir uttrykk for skyldfølelse over å ikke å strekke til er dette positivt. For noen av foreldrene kan dette også virke positivt ved at de ikke kjenner seg så utrygge på hva som skjer i barnegruppa, og at de ikke opplever det truende at barna arbeider sammen med andre voksne som en fare for å bli utlevert som ”dårlige” foreldre gjennom et fokus bare på negative opplevelser og erfaringer som barna kan ha hatt.

5.1.5 Å styrke barnas mulighet til å forstå og skape mening

Foreldre og barn har arbeidet mye med å sette ord på og finne et språk for følelser. Foreldre forteller om små episoder der barna snakker om følelser på en åpnere måte - om små og store ting de er redd for, og om sinne hos dem selv og hos foreldrene. I gruppesamtalene deler barn og voksne erfaringer av hvordan de kan mestre vanskelige følelser. Foreldrene forteller at de snakker mer om følelser med barna hjemme.

Dette vil kunne øke foreldrenes mulighet til å hjelpe barnet til å forstå og mestre vanskelige situasjoner. Yngre barn er spesielt sensitive overfor foreldrenes følelser og deres egne psykologiske reaksjoner reflekterer ofte foreldrenes følelser og adferd.

Foreldrene har i varierende grad vært åpne overfor barna sine om hvilke psykiske vansker de har. Til tross for større åpenhet om psykiske lidelser, er de fleste fortsatt ganske usikre på i hvor stor grad de skal være åpne om dette, på arbeidsplass, til nær familie og til barna.

Barna er jo også i ulike alder, fra 1-9 år, med de fleste barna mellom 4 og 9 år.

De yngste barna vil trenge enklere forklaringer, mens de eldre barna kan forstå og samtale om temaet på en annen måte. Noen av foreldrene forteller at de måtte fortelle litt til barna da de skulle begynne på Tirsdagstreffet, og at det var første gang de forsøkte å fortelle om sine psykiske vansker. Datteren på 7 år har oppfattet det på denne måten:

Ho mamma har nåkka, æ huska ikke, det har nåkka med følelsan å gjør...

*De e litt rar. For ho vil ikke egentlig si at æ får husarrest,
det e berre følelsan som som e litt feil.*

En av guttene sier det slik:

*Ho har en sykdom som gjør at ho kan bli veldig fort lei sæ og sur.. Og så e
tirsdagstreffet sånn at vi ikke ska, at vi ska vit at vi ikke e aleina med det.*

Ei anna mor har forsøkt å forklare datteren litt om hva depresjon er og at hun bruker medisiner for å bli bedre. En gutt forteller at mor er blitt litt bedre i det siste;

*Etter at ho slutta på jobb så har ho fått sov bedre, og da e ho litt mer blid om morran.
Det e litt artigere å vær i lag med ho da.*

Å begynne å snakke om egne psykiske vansker er en prosess.

Det første steget foreldrene må igjennom er prosessen av å skulle erkjenne at deres vansker kan påvirke barna. Foreldrene forteller mye om at deres depresjon gjør at de blir irritable, sinte, skyver barna unna, ikke makter å møte deres behov. De opplever en utilstrekkelighet som foreldre som skaper skyldfølelse og sorg. Disse opplevelsene har de i liten grad satt ord på til andre. Det er ikke denne type tema man snakker med svigermor eller venninner med, - at man slår ungen sin over fingrene, -som en mor sier det. Dette innebærer at for foreldrene kan det være en lang prosess å komme dit at de velger å tørre å være åpne overfor barna om hvordan de har det.

I det du begynner å lete etter ord for å fortelle til barnet ditt, må du samtidig lete etter hvordan din depresjon påvirker barnet. Hva er det barnet opplever i hverdagen av dine psykiske vansker? På samme tid som du skal gi en forklaring til barnet, blir det også veldig tydelig hvor sårbart barnet er for et svingende temperament med sinne, irritasjon, avvisning, og slitenhet. Dette innebærer at det å sette ”ord på”, også er en bevisstgjøringsprosess der foreldrene konfronteres med hvordan deres vansker ser ut fra barnas side. Hvilke konsekvenser har det i hverdagen for barna?

For noen av foreldrene, var oppstarten på ”Tirsdagstreffet” første gangen de forsøker å sette ord på at de har psykiske vansker. De minste barna vil i langt større grad enn eldre barn og ungdom være avhengig av de forklaringene foreldrene selv gir. Dette innebærer at det å øke foreldrenes innsikt, og gi dem støtte på å kommunisere med barna sine, vil være viktig for å kunne hjelpe barna til å utvikle en forståelse. Et av elementene i gruppen er at de har et felles tema for foreldre og barn, der de gjerne leser en litt bok, eller en liten historie sammen. Dette har flere hensikter. For det ene å utvikle de minste barnas ordforråd knyttet til følelser, og gjøre det selvfølgelig at det kan snakkes om relasjoner og hendelser. Det andre er at gjennom at foreldre og barn er sammen, så får også foreldrene hjelp til å finne et språk for følelser. Dette er noe de ofte mangler når de skal kommunisere med barna. Et tredje element er at foreldrene kan styrke sin evne til å forstå og gyldiggjøre barns opplevelser.

I intervjuene med barna forteller de på ulike måter om hverdagen sin, og hvordan de opplever foreldrenes psykiske vansker. Noen av barna husker godt ulike temaer fra bøker, mens andre barn ikke gjør det. Et av temaene de har arbeidet med er foreldres sinne. Dette ble tematisert gjennom boka ”Mari og Monstermamma”. Et annet tema har vært redsel/ angst. Barna nevner her ei av bøkene ”Klikk” om en gutt som ble innelåst på badet. Ei annen bok som nevnes er ”Den stygge andungen” som handler om det å føle seg annerledes og bli plaget av de andre. Barna og foreldre trekker frem ulike bøker og temaer som de husker. Historiene har ofte likhetstrekk med hvordan de selv har det. De fleste barna er ennå så små at de i liten grad trekker paralleller mellom bøkene og temaer i deres eget liv. Når en ser på hvilke bøker ulike barn trekker frem som eksempler på det de har lest, kan en likevel se at disse bøkene tar opp temaer som spesielt angår dem selv.

I mitt kliniske arbeid med barn har jeg flere ganger sett små barn som har yndlingsbøker, eller yndlingsfilmer, som tar opp problemstillinger og dilemma de selv står overfor i sitt eget liv.

Noen ganger har barna sett slike filmer om og om igjen, og fått hjelp til å klare en hverdag som var vanskelig, og der de ikke hadde noen å snakke med. Et viktig element i disse filmene/ bøkene er at de gir et *håp* om at vanskeligheter kan overvinnes. Antonowsky (1988) snakker om at en viktig resiliens- faktor; er evnen til å skape mening og troen på at det er verd å forsøke å skape endring. Å styrke barns evne til selv å se muligheter og finne håp kan bidra til at de mestrer vansker bedre.

Foreldre som lever med depresjon preges av at de ofte lar seg overvelde av håpløshet og ser færre muligheter for positiv endring. Det er derfor særlig viktig at barna kan utvikle slike sider ved seg selv gjennom andre kanaler og i møte med andre mennesker.

Det er også viktig at deres foreldre hjelpes til å se og støtte opp under barns håp og tro.

5.2 Analyse i forhold til empowerment

Foreldrenes erfaringer vil her bli analysert opp mot empowerment/ brukervedvirkning.

5.2.1 Erfaringene med brukervedvirkning

Tirsdagstreffet har valgt en organisering der det er lagt sterk vekt på å utvikle tilbudet i nært samarbeid med brukene selv. To av brukerne deltok i starten med planlegging av tilbudet på ulike prosjektgruppemøter, og deltok også på intervjuer med lokalavisen. Den ene av brukerne falt i perioder ut av tilbudet av utenforliggende årsaker, men den andre ble aktivt med også som *brukergruppeleder* i oppstarten av tilbudet. Gruppen arbeidet frem en felles plattform, med avklaring av roller og ansvarsfordeling. Dette innebar at brukeren også var med på å forme ut en rolle med litt større ansvar en de øvrige deltakerne.

I tillegg til å være med å planlegge og utforme tilbudet, skulle hun også ha et ansvar i forhold til å ivareta nye deltakere i gruppa. Hun skulle også bidra på informasjonsmøter med tjenesteapparatet for å informere om tilbudet.

”Ja æ syns jo vi har fått vær med å bestem mye. Og når det sånn at det kommer nye medlemma så e det jo æ som informere, gjerne i lag med en av gruppelederne.

Og vi e med å bestem ka som ska skjje, det e vel egentlig vi som bestem ka som ska skjje. De kan kom med forslag, men æ føl at vi har makta”, sier mor.

Hun har nå også engasjert seg som "talsperson" i Voksne for barn. Er det tilfeldig at denne utviklingen har skjedd? Ved oppstart av gruppen var det fra kommunens side lagt vekt på brukermedvirkning. At gruppen valgte å samles rundt felles middag var deres forslag og ville nok neppe kommet opp uten at de hadde deltatt i planleggingen. Brukerrepresentanten(e) ble også tatt aktivt med i gruppeprosessarbeid med å samkjøre gruppelederne og utvikle en felles plattform for arbeidet. En av gruppelederne hadde deltatt på gruppelederkurs i regi av Voksne for barn og de to andre gruppelederne valgte også å engasjere seg i Voksne for barns talspersonskurs. Dette bidro nok til å styrke brukerfokus hos disse gruppelederne og de oppmuntret også brukeren til å bli med som talsperson.

Gruppen har hatt en arbeidsform der de har lagt opp til felles deltakelse og medvirkning, noe som ser ut til å ha gitt muligheter for brukerne til å utvikle sitt engasjement videre.

5.2.2 Muligheter for å øke foreldrenes brukerdeltakelse

For å få til gode tjenester for denne gruppen er det helt avgjørende at vi utvikler et sterkere fokus på hva brukerne selv opplever som gode tiltak. Foreldre med psykiske vansker har i liten grad blitt støttet til å gi uttrykk for egne synspunkter på hva de selv og barna har behov for. I Opptrappingsplanen for psykisk helse(St.prp.63, 1997-89) er det lagt vekt på brukernes kunnskap og medvirkning i utvikling av en bedre tjeneste. Rådet for psykisk helse arbeider for at brukerens vurderinger skal høres og har nylig gjennomført en undersøkelse av erfaringene med brukeransettelser i psykisk helsevern. (Rådet for psykisk helse. Med livet som kompetanse, brukeransettelser i psykisk helsevern 2004).

I Århus i Danmark har de lenge hatt god erfaring med utvikling av brukerlærere. I kommunene Bergen og Bærum har de etablert en 1-årig utdanning for medarbeidere med brukererfaring. Den kombinerer både teori og praksis. Salten psykiatriske senter er med i et europeisk prosjekt som skal utdanne brukere innenfor flere ulike kompetanseområder innenfor psykisk helsearbeid, Emiliaprojektet. (www.emiliaprojektet.net)

En del kommuner og DPS-er har ansatt medarbeidere med brukererfaring.

Ved Sørlandet sykehus er det ansatt en pårørende som erfaringskonsulent. Hun arbeider med kvalitetsforbedring i forhold til barn av psykisk syke. Hun skal blant annet utarbeide retningslinjer til hvordan barn av psykisk syke blir møtt og samarbeide med de to barnekontaktene på hver avdeling.

Rådet for psykisk helse ser brukeransettelser som et godt virkemiddel for å spre informasjon og endre holdninger. Erfaringene fra ” Tirsdagstreffet” viser gode erfaringer med at foreldre kan bidra med utvikling av tilbudet, og gi informasjon til ansatte i helsetjenesten og media. Dersom foreldregruppen ønsker det, kunne det ligge godt til rette for å videreutvikle disse erfaringene til en mer systematisk satsing på å utvikle økt brukerdeltakelse.

Gjennom et samarbeid med brukerorganisasjonene Mental Helse, Voksne for barn og NAV, vil det kunne være mulig å prøve ut en modell for brukeransettelse i forhold til en eller to av foreldrene som deltar i gruppa. Informasjon, rekruttering og samarbeid om gruppeledelse vil kunne være aktuelle arbeidsområder for ansatte med brukererfaring. Andre muligheter vil være å arbeide for å forbedre samarbeidet mellom 1. og 2.andrelinjetjenesten, for å gi et bedre tilbud for foreldre og barn.

5.2.3 Mulighet for å øke barnas brukerdeltakelse

Barn og ungdom har i liten grad vært spurt om egne erfaringer. FNs barnekonvensjon gir barn rett til medvirkning i forhold som har betydning for deres eget liv. For å kunne ha en mulighet til å ut si sin mening må barn få informasjon tilpasset deres alder og utvikling. Vesentlige forhold, som at foreldre kan være syke, må omtales både i det offentlige rom, på slik at barn kan kjenne seg igjen. Både foreldre og barn mangler et godt nok språk for å snakke om hva dette temaet. Det reiser utfordringer i forhold til formidling gjennom TV, spill, barnebøker, tegneserier eller andre foretelling, slik at et hverdagsliv med sykdom også blir gjenkjennelig. Det må også etableres muligheter for at barna kan tas på alvor med egne meninger og erfaringer. Det er derfor viktig at vi utvikler metoder for å inkludere barna i brukerevalueringer av nye tilbud. Intervju med barn enkeltvis eller i fokusgrupper kan gi barna en mulighet til å beskrive egne opplevelser. Det er særlig krevende å finne måter å snakke med de aller minste barn. Jeg synes samtaler med barna ga meg små glimt av deres hverdagsliv og erfaringer. Et hjelpemiddel som ”family dialog set”, små playmofigurer som brukes til å snakke om familie og nettverk, kunne med fordel ha vært benyttet i samtaler med de minste barna. Jeg hadde mindre nytte av tegning som hjelpemiddel, da flere av barna likte dårlig å tegne. Gjennom å formidle barns beskrivelser på ulike måter, vil det hjelpe til med å løfte fram deres stemmer.

6 utfordringer/ diskusjon

6.1 Snakk versus handling

Foreldre og barn legger ulik vekt på betydningen av disse faktorene i forhold til deres trivsel i gruppa. Hos barna går det også delvis et skille i forhold til kjønn og i forhold til alder. Jentene liker bedre å tegne, lese og snakke, mens guttene i større grad ønsker å dra på badeland, dra på turer eller være ute å leke. De yngste barna liker mer aktivitet og lek, mens de eldre barn kan lese og snakke litt mer. For de fleste av foreldrene er det krevende nok i seg selv å komme seg til Tirsdagstreffet. De formidler at de har et stort behov for å snakke sammen, og det kan periodevis høres ut som det er greitt for dem, bare de vet at barna har det ok, og de får sitte i fred å snakke sammen.

En forelder fremhever i langt større grad behovet for *felles aktivitet* for foreldre og barn. Tradisjonelt sett har det kanskje gått et skille mellom mors og fars samhandling med barna, der mor i større grad er opptatt av mat, ro og samtaler, mens far i større grad følger opp barn i forhold til aktivitet og fritidsinteresser. Kan det tenkes at dersom gruppa hadde hatt et større innslag av menn, så ville fysisk aktivitet fått en enda større plass enn i dag? En av ektefellene har deltatt noen ganger i gruppa sammen med kona og deres to barn. Han har deltatt på felles turer, men ikke på de andre møtene. Det kan være interessant å se om et større innslag av menn vil endre hvilke aktiviteter gruppa legger opp til.

På den andre siden blir det et spørsmål om i hvilken grad en skal forsøke å utvikle noen av de yngste guttenes evne til å sitte mer i ro, lytte, tegne og snakke. Vil slike aktiviteter fremme evnen til å sette ord på hvordan de har det, eller skal en heller tilby alternative aktiviteter som lego eller utelek, slik noen av guttene ønsker mer av.

Sheeber(2002) oppsummerer forskning der det fremkommer at jenter har en større risiko for internaliserte vansker som depresjon, mens gutter i større grad kan viser eksterne vansker som uro og hyperaktivitet. Dette innebærer at selv om jentene i dette materialet fremstår som mest tilpasningsdyktige og i stand til å sette ord på egne vansker, kan det også være en fare dersom en i for stor grad oppfordrer til en stil der det å snakke om vanskeligheter er det som gir oppmerksomhet. Samtaler om følelser og vanskeligheter må ikke gis en form som bidrar til hjelpeløshet. Det er særlig viktig at det overfor jenter, men selvsagt også i forhold til gutter oppmuntres til mer av løsningssnakk vs. problemsnakk.

En av mødrene er også opptatt av dette, og synes noen ganger det kan bli for mye problemsnakk i samtalen i foreldregruppa. Hun ønsker enda mer fokus på hvordan de kan løse ulike utfordringer i foreldrerollen. Det er en spenning i gruppa, mellom behovet på å bli sett og hørt på slitenhet og utilstrekkelighet, i forhold til å bli utfordret til å make mer. Å delta på aktiviteter sammen med barna som er krevende og som utfordrer dem i forhold til egen angst eller depresjon. Dette kan være en vanskelig balanse.

Deprimerte foreldres samspill med sine barn preges periodevis sterkt av negativ affekt, og passivitet/ slitenhet. Hvordan endre denne type samspill? Er det gjennom erkjennelse til handling, eller kan en annen type handling gi en ny erkjennelse? Samtalene i gruppa kan kanskje gi en økt mulighet for å utfordre hverandre i forhold til fastlåste handlingsmønstre og utfordre til å forsøke noe nytt.

6.2 Profesjonell ledelse versus brukerstyrt utvikling

Ved etablering av denne type gruppe står en overfor et valg. Skal en lage eller ta i bruk en detaljert mal over hvordan gruppen skal være, med temaoversikter og fast program, der gruppelederne har en faglig plan som skal følges, eller skal en ha en litt åpnere oppstart der gruppen i felleskap må finne ut hvor den vil gå?

Den ene er en "manualmodell" som utvikles ved at fagpersoner ut fra kunnskap om risiko og forebyggende faktorer lager et program for å redusere risiko og styrke beskyttende faktorer. I den andre modellen arbeider en sammen med foreldre og barn etter en "prosjektmodell" der det er brukerens behov som settes i fokus og der det er litt mer usikkert hvordan gruppens profil blir. Det innebærer at det kan bli store ulikheter med ulike grupper, alt avhengig av gruppelederne og deltakerne, - og det de utvikler sammen.

For en ny gruppeleder, kan det være lettere å ha en mal for gruppen, der de ulike temaene gjennomgås etter tur. Ved en slik modell kan en lettere sammenligne erfaringene fra gruppe til gruppe. I den første modellen kreves det at gruppelederne er "profesjonelle" og bidrar med sin kunnskap. I den andre modellen kreves det i større grad at gruppelederne har prosessferdigheter og en empowerment-ideologi. Lederne må kunne arbeide med at gruppen utformer sine felles mål. Arbeidet skal også bidra til å utvikle de enkelte deltakernes muligheter til å bidra i gruppen.

Det er viktig å vurdere om en manualmodell vil bidra til en ekspertprofil som hindrer at foreldrene kommer frem med egne ressurser. En noe løsere profil, der det arbeides ut fra et empowerment-perspektiv vil kanskje i sterkere grad bidra til å fremme brukernes aktive deltakelse i egen utforming av tilbudet. Foreldrene som har deltatt i denne gruppa har et sterkt eierforhold til gruppa og opplever i stor grad at de har bidratt med ideer til utformingen av tilbudet. Gruppelederne legger vekt på at tilbud om månedlig veiledning har vært viktig for å utvikle trygghet i forhold til utviklingen av gruppeledelse og prosessferdigheter.

(Bodø kommune, Tirsdagstreffet, halvårsrapporter vår og høst 2007)

En modell der det utvikles manualer for gruppen vil kanskje være lettere å spre i et større geografisk område, slik BAPP –modellen i Trøndelag har gjort i forhold til grupper for barn og ungdom. I denne modellen arbeider man med barne og ungdomsgrupper, men har også noen møter med foreldrene (Rimehaug 2006).

På ”Tirsdagstreffet” er det lagt stor vekt på styrking av foreldrenes kompetanse og deres samspill med barna. Dette henger sammen med at barna er yngre enn i mange andre gruppetilbud, men også fordi det er en av de få typer av tilbud der en har mulighet til å møte foreldre og barn samtidig. Psykisk syke foreldre har i liten grad selv deltatt i det offentlige rom i forhold til diskusjon om hva de og deres barn har behov for. Det er ikke så rart all den tid det har vært store tabu til det å ha en psykisk lidelse. Skyld og skamfølelse kan bidra til at det er vanskelig å snakke om hvordan foreldres sykdom kan påvirke egne barns psykiske helse. Helse og sosialtjenesten har også i stor grad sett foreldrene i utpregede sykdomsfaser, der foreldrenes sykdom og hjelpeløshet har vært i fokus. Behandlingen har vært preget av et forhold mellom en ”ekspert” på psykisk sykdom. Pasientene har også i liten grad hatt kunnskap om psykiske lidelser. Dette innebærer at de i mindre grad har kunnet snakke på egne vegne. Et annet forhold er at psykiatrien i stor grad har vært preget av individuelle behandlingsforløp, noe som innebærer at det er vanskelig å sammenligne seg med andre.

Det er derfor svært interessant at en av grunnene til at Tirsdagstreffet ble etablert var at 2 foreldre hadde deltatt i en foreldregruppe mens de var innlagt ved psykiatrisk avdeling. Dette førte til at foreldrene ble mer oppmerksomme på egne barns behov og begynte å kreve hjelp for seg selv og sine barn etter utskrivning. Gruppetilbudet bidro også til at foreldrene traff andre i samme situasjon og kunne slå seg sammen og tale egen sak. På denne bakgrunn vil jeg

argumentere for at psykisk helsevern både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen bør se på muligheten av å gi flere tilbud til foreldre og barn i gruppe.

Brukermedvirkning og brukerkompetanse vektlegges i Opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedirektoratet 2006). For å få til reel brukermedvirkning både for foreldre og barn må tjenestene være mer lyttende til hva brukerne ønsker. Slik situasjonen er i dag har foreldre og barn i liten grad hatt muligheter til dette. En viktig forutsetning er også at den kunnskapen vi etter hvert har fått om risiko og beskyttende faktorer i forhold til barn som vokser opp med psykisk syke foreldre må bli mer allment kjent. Det er et stort behov for at denne kunnskapen ikke bidrar til å skyldbelaste foreldrene på en slik måte at det blir de profesjonelle som må "redde" deres barn. Foreldre med psykisk lidelser ser i stor grad selv at deres barn strever med konsekvensene av egen sykdom (Mevik og Trymbo 2002, Wang og Goldsmidt 1995). I tilknytning til en internasjonal konferanse i Oslo om temaet i 2001, ble det store oppslag i en av hovedstadsavisene om den økte risikoen det er for at barn med psykisk syke foreldre selv kan få ulike typer av vansker. Dette medførte en rekke fortvilte henvendelser fra foreldre. Når en informerer om dette temaet er det derfor særlig viktig at informasjonen er balansert, og at en legger vekt på risikofaktorer, men også på de beskyttende faktorene. Det vil kunne ha stor betydning både for foreldrene selv, men også for ansatte innenfor helse- og sosialtjenesten hvordan informasjon formidles. Det er viktig at vi formidler *håp* med den kunnskapen vi har om lovende forebyggende tiltak, samtidig som det blir tydelig at det er et alvorlig etisk spørsmål vi står overfor dersom vi unnlater å handle. Det vil være av stor betydning hvis foreldrene selv og deres nettverk kan få mer kunnskap om hvordan de kan arbeide med å styrke beskyttende faktorer i forhold til egne barn, og at de selv kan be om hjelp til forebyggende tiltak for barna.

6.3 Delvis sykemelding fra foreldrerollen

Foreldrene sykemeldes fra arbeidslivet, men ikke fra foreldrerollen. Når foreldrene er for slitne og syke til å fungere i arbeidslivet forventes det likevel at de skal ivareta og mestre foreldrerollen. Foreldrene åpner i liten grad opp for å diskutere begrensninger i foreldrerollen uten at de blir spurt om det. Astrid Halså (2008) peker i sin doktorgradsavhandling på at mødre oppfatter sin rolle som forelder som et privat ansvarsområde som de ikke tenker på å be om hjelp fra kommunale instanser. Denne holdningen kan også være en del av hjelpenes

virkelighetsforståelse slik at mangelfull foreldrefungering oppfattes som en "svikt" eller et moralsk anliggende, noe som gjør at det er vanskelig å ta denne problemstillingen opp med foreldrene. På denne måten er alle parter med på å opprettholde den skam og skyldfølelse som er beheftet med å ikke "mestre" foreldrerollen. Et annet forhold er at flere av hjelpetilbudene; som praktisk hjelp i hjemmet, støttekontakt og avlastning oftest gis gjennom barneverntjenesten. Foreldre og fagfolk kjenner ikke godt nok til barneverntjenestens arbeid og forbinder dem i første rekke med "omsorgssvikt". Andre instanser tar også sjelden kontakt med barnevernet, og kan ha vanskelig for å forstå hvordan de skal samarbeide. Begrepet "meldeplikt" gir også en forståelse av foreldre som skal meldes for sin forsømmelse av barna. I den nye veilederen for kommunale tjenester til barn og unge med psykiske helseproblemer, vises det til at tiltak for disse familiene kan hjemles i lov om sosiale tjenester § 4.2(Sosial og helsedirektoratet 2007, IS/1405:.40). Dette gir en rett til hjelp som ikke i samme grad forbindes med *omsorgssvikt*.

Som jeg tidligere har omtalt vil HOD fremme et lovforslag våren 2009, der barn som er pårørende i spesialisthelsetjenesten få en *rett* til informasjon om foreldrenes sykdom. Psykisk helsevern skal også oppnevne barneansvarlige for å ivareta denne retten. Dersom lovforslaget blir vedtatt, vil det bety et viktig steg framover for å identifisere barn med behov for hjelp. Imidlertid vil det fortsatt være svært mange foreldre som kun går til fastlegen for sine psykiske plager. Fastlegen er ofte den første som har mulighet til å fange opp foreldre og barn som er i risiko. Hva hvis legene også kunne sykemelde foreldre fra foreldrerollen? Er det en helt umulig tanke? Det kunne vært interessant å prøve ut en modell der legene sammen med pasienten foretok en kort vurdering av foreldrenes evne til å utføre praktiske foreldrefunksjoner, deres evne til emosjonell tilstedeværelse for barna og deres behov for avlastning. En slik sykemelding, kunne i samråd med foreldrene sendes til en koordinator/ familiesenter i kommunen. De kunne bruke det som et utgangspunkt for en nærmere samtale med foreldrene om hvilke behov de har i forhold til praktisk og emosjonell hjelp for å fungere i foreldrerollen. Dette ville kunne gi et helt annet lavterskel støttetilbud til foreldre og barn. En av de store utfordringer for mange barn, er jo at de blir foreldrenes små hjelpere, på bekostning av egne behov.

Jeg synes dette var en så interessant tanke at jeg har laget et utkast til en *Sykemeldingsblankett* med overskrift: *Delvis sykemelding fra foreldrerollen/ Henvisning til samtale om hjelp i foreldrerollen under sykdom*(vedlegg 6). Blanketten er utformet slik at den også fungerer som

samtalke til henvisning. Den vil kunne være en enkel og ikke-stigmatiserende måte å begynne å snakke med forelderen om begrensinger i foreldrerollen under sykdom. Side 2 på blanketten gir en kortfattet oversikt over aktuelle hjelpetilbud som kommunen kan tilby. En av de store utfordringer innenfor dette feltet er å ha kunnskap om hvilke tilbud som finnes og hvor man skal henvende seg for å få hjelp. Dette gjelder både for foreldre og fagfolk. Kommunene har en stor utfordring i å organisere tjenestene til foreldre og barn på en slik måte at de fremstår som sammenhengende. I Bodø kommune er det etablert familiesenter som skal fange opp og tilby lavterskeltilbud til barnefamilier. I tillegg har de etablert en konsultasjonsmodell ved familiesenteret der foreldre og fagfolk kan konsultere et tverrfaglig team dersom de har spørsmål av mer sammensatt karakter. Dette kan gi en mulighet for å få til et mer koordinert tilbud til familiene. Dersom både fastlege og spesialisthelsetjeneste kan identifisere familier og henvise til en koordinerende enhet i kommunen, vil det kunne være et betydelig fremskritt. Det er selvfølgelig ikke slik at alle foreldre med psykiske vansker vil ha behov for omfattende eller langvarig hjelp. Mange vil likevel ha behov for informasjon og veiledning i hvordan de selv og deres nettverk kan støtte barna best mulig.

6.4 Forebyggende arbeid, valg av strategier

Som jeg har vist i teorikapittelet, har barn med deprimerte foreldre en høy risiko for utvikling av ulike typer av emosjonelle problem, inkludert depresjon og andre former for psykopatologi. Goodman og Godtlib (2002) argumenterer for at det utvikles primærforebyggende program som retter seg mot de ulike fasene hos barna fra barndom til ungdomsalder. I løpet av spebarnstiden vil mødres depresjon kunne forstyrre barnets indre og sosiale utviklingsmål, og deres regulering av følelser og oppmerksomhet. I småbarnstiden ser en at barnet er påvirket gjennom utrygg tilknytning og at det er mangler i den sosioemosjonelle utviklingen. I løpet av tenårene, er mødres depresjon assosiert med negative selvforståelse og lavere kompetanse i sosialt samspill.

I Australia pågår det en stor nasjonal satsing for psykisk syke foreldre og deres barn, der det utvikles en rekke tiltak(www.easternhealth.au/vicchamps). I Nederland er det også mange interessante og spennende prosjekter. Alle de Nordiske landene arbeider aktivt med utvikling av tilbud på dette området(www.barn-fokus.dk, www.vfb.no, www.barnsbeste.no)

Regjeringen i Norge satser nå på flere områder, både gjennom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet.

De senere års forskning viser oss at det er et komplekst samspill mellom en rekke ulike risiko og beskyttende faktorer som er avgjørende for hvordan det går med barna.

Et hovedproblem har vært å identifisere barn med hjelpebehov *før* de utvikler egne vansker.

Vi har i dag kunnskap som tilsier en langt sterkere satsing allerede under graviditet, sped- og småbarnsalder. Forskningen på hjernens utvikling og det tidlige samspillet betydning for regulering av stress og etablering av tilknytning bidrar sterkt til dette.

HOD ønsker at det prøves ut modeller for tidlig oppfølging av gravide og småbarnsforeldre i tråd med erfaringene fra familieambulatoriet i Danmark. Det satses nå også betydelig på utvikling av sped- og småbarnsteam ved BUP-ene. Kommuner over hele landet er utpekt som modellkommuner for å utvikle tilbudet for barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre med barn 0-6 år. I tillegg vil det i løpet av våren fremmes en lov som gir barn som er pårørende en *rett til informasjon* og oppfølging når foreldrene er i kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Ut fra forskning på risikofaktorer for barn med psykisk syke foreldre, vil 1/3 av barna klare seg bra, 1/3 vil få forbigående psykiske problemer, og 1/3 vil få alvorlig og langvarige vansker (Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet 2007).

Foreldrene i denne studien har alle hatt psykisk problemer av varierende styrke allerede i tenårene. Flere av dem fikk økte depressive plager i tilknytning til fødsel eller i de tidlige småbarnsår. Tre av mødrene har hatt ukentlig besøk av psykisk helsearbeider, dels over flere år. Flere av familiene har også hatt besøksfamilier til barna, støttekontakt og en er henvist til BUP. Både fastlege, helsestasjon, voksenpsykiatrien, psykisk helsevern i kommunen, barnehage, skole, barnevern og BUP er i kontakt med disse familiene. Det gjøres altså en innsats i familiene, men de er for lite målrettet og samordnet, med tanke på forebygging. Med en enkel screening under graviditet ville det vært mulig å fange opp at foreldrene hadde hatt tidligere psykiske vansker. Dette er en gruppe som er mer utsatt for å debutere med depresjon i tilknytning til fødsel (Goodman 2006, internasjonal konferanse i Oslo).

Da mødrene utviklet depresjonen, fikk tilbud om psykisk helsearbeider på ukentlige hjemmebesøk. Det er imidlertid ikke gitt noen tilbud om *familie/ekteskapsveiledning*. En slik tilnærming vil kunne bidra til å styrke samspillet mellom foreldrene/ minske ekteskapskonflikter i tillegg til at det vil kunne bidra til at fedrene kan utgjøre en større ressurs for barna, j.fr. anbefalinger fra ulike forskere (Goodman og Gotlib 2002). To av

mødrene ble skilt i tidlig småbarnsalder. Mødrene/foreldrene er heller ikke tilbudt noen *veiledning i forhold til samspillet med barna*. Utvikling av en trygg tilknytning og etablering av en foreldrefungering som er basert på innlevelse i barnets behov, er svært vesentlig (Goodman og Godtlib 2002, Smith 2002). Alle mødrene som jeg intervjuet strever med skyldfølelse fordi de er svingende i humøret, med vekselvis tilbaketrekking og sinne overfor barna.

Gruppetilbudet ”Tirsdagstreffet” har klart å fange opp familier i risiko. Foreldrene har et stort behov for å diskutere problemstillinger knyttet til foreldrerollen med andre foreldre i lignende situasjon. De opplever at denne delen av tilbudet er svært positivt for dem. Gruppetilbudet kan bidra til å redusere risikofaktorer gjennom veiledning i foreldrerollen. Dette samsvarer med teori, der ulike typer av foreldreveiledningsprogram ser ut til å styrke foreldres psykososiale fungering og minske depresjon og angst (Barlow ml.2008). Gruppetilbudet kan også bidra til å styrke foreldrenes mestring gjennom valg av en empowerment-ideologi. Dette innebærer at foreldrene også kan være aktive deltakere i å diskutere hvilke tilbud de har behov for til seg og sine barn.

I forehold til beskyttende faktorer for barna arbeider gruppen med å styrke samspillet med forelderen, styrke vennskapsferdighet, styrke mestring og styrke evnen til å skape mening og sammenheng i tilværelsen. *Dette arbeidet virker lovende, og kan bidra til å styrke beskyttende faktorer*. Mitt materiale er lite. Det er flere positive elementer som gjør at det vil kunne være aktuelt å videreutvikle tilbudet, som et av tiltakene i en bredere forebyggende satsing. Det er et stort behov for utvikling og utprøving av forebyggende program basert på de teoretiske modellene vi i dag har, kombinert med forskning på effekten av disse tiltakene. Det bør utvikles et nærmere samarbeid mellom klinikere og forskere for å utvikle, prøve ut og evaluere forebyggende tiltak for barna og deres foreldre.

7 Sammendrag og oppsummering

7.1 Valg av studie

I denne studien har jeg valgt å se på hvordan foreldre med psykiske vansker og deres barn beskriver sitt hverdagsliv og sine erfaringer med gruppetilbudet ”Tirsdagstreffet”?

Jeg har siden tidlig på 1990-tallet arbeidet med denne problemstillingen, som klinisk sosionom/terapeut både i voksenpsykiatrien og i Barne- og ungdomspsykiatrien, BUP. Jeg har arbeidet med utvikling av opplæringsprogrammet ”Når mor eller far er psykisk syk”. For noen år siden intervjuet jeg mødre om deres erfaringer med et hverdagsliv med psykisk sykdom og små barn. I 2006 ble jeg invitert til et møte i Bodø kommune der psykiske helsearbeidere ønsket å gjøre mer på dette området. Foreldre som hadde deltatt i foreldreguppe i voksenpsykiatrien var nå blitt mer oppmerksomme på risikoen for sine barn, og etterlyste et bedre tilbud. Jeg arbeidet da ved BUP, og bisto kommunen med søknad om prosjektmidler fra RBUP-Nord. For å få en grundigere evaluering av dette tilbudet søkte jeg om frikjøp av arbeidstid for å forske på dette som en del av Master i sosialt arbeid.

Tirsdagstreffet ble planlagt i nært samarbeid med brukerne og er et tilbud til ”foreldre som strever psykisk” og deres barn 0-12 år. Familiene samles til middag hver 14. dag, fra kl. 16- 19.30. Tilbudet er ment å skulle støtte foreldre og barn i hverdagslivet.

Formålet med studien var todelt; Det ene var å undersøke hvordan foreldre med psykiske vansker og deres barn beskriver sitt hverdagsliv. Hensikten er å få frem deres erfaringer med å leve med psykiske vansker i familien. Deres egne beskrivelser av mestring og problemløsning, i tillegg til deres eventuelle behov for hjelp og støtte. Den andre delen var å undersøke hvordan brukerne av ”Tirsdagstreffet” beskriver sine erfaringer med dette gruppetilbudet for foreldre og barn.

7.2 Teori

Jeg har i teorikapitlet sett på teori som jeg anser som svært relevant i forhold til å forstå hvordan vi kan arbeide forebyggende i forhold til psykisk syke foreldre og barn. Først har jeg sett litt på *tilknytning*. Dette er teori som har stor betydning i forhold til å forstå hvordan samspillet mellom barn og foreldre utvikles. Tilknytningsteori kan gi en forståelse for hvordan foreldrefungeringen påvirkes ved psykisk sykdom, og hvordan dette har betydning for tilknytningen mellom foreldre og barn. Deretter har jeg sett på *resiliens*. Denne teorien kan hjelpe oss til å forstå hvorfor noen barn klarer seg bra til tross for en oppvekst under vanskelige vilkår. Resiliens og beskyttende faktorer vil være vesentlig for å se hvilke faktorer vi skal forsøke å påvirke i forebyggende arbeid med barn. Deretter har jeg beskrevet teori om *empowerment* og *brukermedvirkning*. Foreldre med psykiske vansker og deres barn

har vært lite synlige. Deres situasjon har vært knyttet til skyld, skam og taushet. Teori rundt disse temaene kan gi bidrag til å analysere hvordan brukernes ønsker og behov kan inkluderes i valg av forebyggende strategier. Barns har i dag fått en sterkere rettsstilling gjennom FN's barnekonvensjon, og har en rett til å medvirke og si sin mening i saker som angår dem. Jeg har også sett nærmere på ulike forskeres bidrag på risiko og beskyttende faktorer i forhold til depresjon. En tredjedel av barn som vokser opp med psykisk syke foreldre utvikler langvarige egne psykiske problemer, mens en tredjedel opplever mer forbigående problemer (Helsedirektoratet og Barne- ungdoms og familiedepartementet 2008). På denne bakgrunn anbefaler ulike forskere at det utvikles strategier for forebygging.

7.3 Metode

Jeg har i metodekapitlet beskrevet etiske vurderinger i forhold til å forske på svake grupper i samfunnet, som tidligere lite har kommet til orde. Jeg har gjennomført en casestudie der jeg har intervjuet 4 foreldre og deres 6 barn i alder 4-9 år som er brukere av gruppetilbudet "Tirsdagstreffet". Små barn har i liten grad blitt inkludert i forskning gjennom direkte intervju med dem. Dette gir andre beskrivelser og fortellinger enn samtaler med voksne.

7.4 Presentasjon av data

Jeg har valgt å presentere dataene på to ulike måter.

Intervjuene med barna er presentert som en *barnebokfortelling*. Barns rett til medvirkning og informasjon om egen situasjon innebærer at vi som voksne også må utvikle et språk og hjelpemidler som kan bidra til at barn får anledning til å skape mening og forstå det de opplever. Når jeg har valgt å invitere barna inn i forskningen, opplever jeg også at jeg har et etisk krav på å gi barna anledning i å ta del i funnene i forskningen. Dersom barn og foreldre selv skal kunne styrke sin medvirkning i utvikling av de forebyggende tiltak som de trenger, er det viktig at de også får tilgang på forskning i et annet type språk enn det akademiske, ofte tungt tilgjengelige språket.

Jeg mener at dette språket kan virke fremmedgjørende ved at det gir forskere og profesjoner en definisjonsmakt som kan skape avstand og hindre foreldre og barn å delta i debatten om hvilke behov de selv har. Denne fortellingen er et forsøk på å presentere funnene på en måte

der barn og foreldre også kan være med å diskutere om dette gir et troverdig bilde av deres situasjon.

Foreldrenes fortellinger er beskrevet gjennom sitater og oppsummeringer av hvordan jeg forstår det de sier. Foreldrene selv og andre forskere kunne ha valgt å legge vekt på andre deler av beretningene, og beskrivelsen vil derfor være preget av min bakgrunn og forforståelse.

7.5 Analyse

Funnene i intervjuene er analysert i forhold til teori om resiliens og empowerment.

Resiliens er operasjonalisert i 5 faktorer: barnets personlige egenskaper, barnets tilknytning til foreldrene(eller minst en annen voksen), barns vennskap, barns mestring og barnets evne til å skape mening i det som skjer (Antonowsky 1988, Bearslee og Podorowsky 1998, Werner og Smith 1985)

7.5.1 Å styrke barnets tilknytning til foreldre (eller minst en annen voksen)

Mestring av foreldrerollen er en svært viktig faktor i forhold til å forebygge forverring i psykiske vansker hos foreldrene. Hjelp til å se på egne reaksjoner, kan ha betydning i forhold til barnas tilknytning til foreldrene og vil kunne forebygge vansker i samspillet mellom foreldre og barn (Stein et al. 1991 i Barlow m.fl. 2008). Metastudier av ulike typer av foreldreprogram, viser at de kan være effektive for å forbedre en rekke aspekter ved mødres psykososiale fungering, som reduksjon av depresjon og angst/ stress, i tillegg til forbedret selvfølelse og bedret relasjon til partner/ ektefelle (Barlow m.fl.2008).

I perioder med psykisk sykdom kan det være vanskelig for foreldrene å være aktive sammen med barna sine. Foreldrene forteller at de isolerer ikke bare seg selv, men hele familien.

Dette innebærer at barn og foreldre får færre positive opplevelser sammen.

Å ha overskudd til å ta initiativ overfor andre småbarnsforeldre er heller ikke alltid så lett.

Hverdagslivet kan i perioder være preget av konflikter og kritikk, noe foreldrene ofte har dårlig samvittighet i forhold til. Spesielt i perioder der foreldrene er slitne, kan det lett oppstå vansker. Noen av barna er urolige og ukonsentrerte og har vanskelig for å sitte i ro i gruppa. Adferden til barna kan ofte avspeile at foreldrene har en vanskeligere periode. Barna har i varierende grad støtte fra andre voksne i eget nettverk. Foreldrene forteller at de har et stort

behov for å snakke sammen med de andre foreldrene og fagfolk om utfordringer i foreldrerollen. Dette gruppetilbudet har vært i stand til å fange opp foreldre med vansker som har pågått over mange år. Gruppen arbeider for å styrke samspillet mellom foreldre og barn gjennom samtaler og aktiviteter, i tillegg til at de samles hver for seg.

7.5.2 Å styrke barns vennskap

Støtte fra venner vist seg å være en svært viktig resiliensfaktor. Arbeid som bidrar til at barna utvikler evne til godt samspill med jevnaldrende og mulighet til å utvikle nettverk med andre på skole og fritid vurderes derfor som svært viktige forebyggende strategier. Barn beskriver også at søsken er en stor støtte for dem (Mayberry 2006). Det kan derfor være positivt å delta i felles grupper med søsken, dersom dette kan bidra til å styrke båndene mellom dem og bidra til en felles åpenhet om vansker i familien. Alle barna i denne studien deltar i ulike typer av organiserte fritidsaktiviteter som speider, svømming og idrettskole. Barna og foreldrene beskriver selv at de har venner som de omgås med på skolen og i fritiden. Et par av barna er likevel mer diffuse i forhold til vennskap. Et barn beskriver sin nærmeste venn å være der de flyttet fra, og har ikke etablert seg like godt med venner på sitt nye bosted. Det har heller ikke foreldrene gjort. Flytting utgjør en utfordring, både i forhold til å avslutte/ holde kontakt på avstand med gamle venner, og det å finne frem til nye nære vennskap.

Noen av barna opplevde at mor ble innlagt på nytt i psykiatrisk sykehus i en periode. De opplevde det som positivt og trygt at de også kunne dra på "Tirsdagstreffet" i denne vanskelige fasen, og at andre barn og voksne kunne gi dem støtte, selv om det var trist at ikke mor var med.

7.5.3 Å styrke barns mestring

Mange barn med psykisk syke foreldre blir mer isolert og får mindre erfaringer med sosialt samspill enn andre barn. Dette innebærer at de kan bli mer usikre i sosiale situasjoner og trekke seg unna situasjoner der de kunne utviklet nye erfaringer og knytte vennskap med andre voksne og barn. Foreldre som lever med depresjon, vil ha en tendens til å tolke verden ut fra et mer pessimistisk utgangspunkt enn andre. Det innebærer at de i større grad legger merke til og holder fast ved inntrykk og episoder som er negative enn å oppleve det positive som skjer. Gjennom sin fortolkning av verden som trist og farlig, vil de lettere snakke om og

forsterke også slike opplevelser i sitt samspill med barnet. Fokus på små hyggelige begivenheter, det å holde fast på og kjenne på glede og forventning, kan være mindre tilstede. Det betyr at det kan være vanskelig for forelderen å benytte de små øyeblikkene der de kan bekrefte barnet positivt, og gi støtte til positive opplevelser. I samvær mellom foreldre og barn, vil det derfor være særlig viktig at gruppeledere hjelper foreldre til å se barnas positive sider og forsterke positive opplevelser.

Gruppelederne har arbeidet aktivt i forhold til flere av barna for å støtte opp under og øke deres mestring av ulike ferdigheter og sosiale situasjoner, fra det å lage middag, lese høyt, lære seg å tegne på sin egen måte og være stolt over det, låne bøker/ få seg eget lånekort. Gruppetilbudet byr på mange små hverdagslige situasjoner der det er store muligheter for å arbeide aktivt med å hjelpe barnet til å lære nye ferdigheter, og finne aktiviteter der de kan få små mestringsopplevelser. Dette krever en bevissthet om å benytte de mulighetene som finnes. Det kan være viktig både for foreldre og gruppeledere å øke bevisstheten om hvordan små hverdagshendelser kan brukes aktivt for å arbeide med barnas mestringsopplevelser, og utvikling av et positivt selvbilde. Ofte overser man slike små hverdagslige ting, som har så stor betydning. Det er viktig å lete etter situasjoner der man legger til rette for at barna lykkes og mestrer. Dette skaper positive sirkler som gir bekreftelse og økt selvtillit.

7.5.4 Å styrke barnas mulighet til å forstå og skape mening.

Det første steget foreldrene må igjennom, er prosessen av å skulle erkjenne at deres vansker kan påvirke barna. Foreldrene forteller at deres depresjon gjør at de blir irritable, sinte, skyver barna unna og ikke makter å møte deres behov. De opplever en utilstrekkelighet i foreldrerollen som skaper skyldfølelse og sorg. Disse opplevelsene har de i liten grad satt ord på til andre. Dette innebærer at det kan være en lang prosess for foreldrene for å komme dit at de velger å være åpne om hvordan de har det.

På ”Tirsdagstreffet” har foreldre og barn arbeidet mye med å finne et språk for følelser. I gruppesamtalene deler barn og voksne ulike erfaringer. De forteller om små og store ting de er redd for, om glede eller sinne hos dem selv og foreldrene. Foreldrene gir uttrykk for at de snakker mer om følelser med barna hjemme. Dette vil kunne øke foreldrenes mulighet til å hjelpe barnet til å forstå og mestre vanskelige situasjoner. Yngre barn er spesielt sensitive overfor foreldrenes følelser og deres egne psykologiske reaksjoner reflekterer ofte

foreldrenes følelser og adferd. I gruppen har en ofte sett tydelig paralleller mellom foreldre og barns uro eller tristhet, spesielt hos de minste barna.

Foreldrene har i varierende grad vært åpne overfor barna sine om hvilke psykiske vansker de har. Til tross for større åpenhet om psykiske lidelser, er de fleste foresatte ganske usikre på i hvor stor grad de skal være åpne om dette, på arbeidsplass, til nær familie og til barna.

Barna er jo også i ulik alder, fra 1-9 år, med de fleste barna mellom 4 og 9 år.

Antonowsky (1988) snakker om en viktig resiliens- faktor; er evnen til å skape mening og troen på at det er verd å forsøke å skape endring. Å styrke barns evne til selv å se muligheter og finne håp kan bidra til at de mestrer vansker bedre.

Foreldre som lever med depresjon preges av at de ofte lar seg overvelde av håpløshet og ser færre muligheter for positiv endring. Det er derfor særlig viktig at barna kan utvikle slike sider ved seg selv gjennom andre kanaler og i møte med andre mennesker.

Det er også viktig at deres foreldre hjelpes til å støtte opp under barns håp og tro.

7.5.5 Empowerment/ brukermedvirkning

For å få til gode tjenester for denne gruppen er det helt avgjørende at vi utvikler et sterkere fokus på hva brukerne selv opplever som gode tiltak. Foreldre med psykiske vansker har i liten grad blitt støttet til å gi uttrykk for egne synspunkter på hva de selv og barna har behov for. I Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. 63 1997-98) er det lagt vekt på brukernes kunnskap og medvirkning i utvikling av en bedre tjeneste.

Tirsdagstreffet har valgt en organisering der det er lagt sterk vekt på å utvikle tilbudet i nært samarbeid med brukene selv. To av brukerne deltok i starten med planlegging av tilbudet på ulike prosjektgruppemøter og deltok også på intervjuer med lokalavisen. Den ene av brukerne falt i perioder ut av tilbudet av utenforliggende årsaker, men den andre ble aktivt med også som ”brukergruppeleder”. Gruppen arbeidet frem en felles plattform, med avklaring av roller og ansvarsfordeling. Dette innebar at brukeren også var med på å forme ut en rolle med litt større ansvar en de øvrige deltakerne. I tillegg til å være med å planlegge og utforme tilbudet, har hun også bidratt med å ivareta nye deltakere i gruppa. Hun har også deltatt på informasjonsmøter med tjenesteapparatet for å informere om tilbudet.

En av deltakerne har deltatt på talsperson- kurs gjennom Organisasjonen Voksne for Barn. Styrking av foreldre som talspersoner og brukerrepresentanter vil kunne gi viktige bidrag i hvordan vi skal utforme et bedre tilbud for foreldre og barn.

7.5.6 Barns brukermedvirkning

Barn og ungdom har i liten grad vært spurt om egne erfaringer. FNs barnekonvensjon gir barn rett til medvirkning i forhold som har betydning for deres eget liv. For å kunne ha en mulighet til å ut si sin mening må barn få informasjon tilpasset deres alder og utvikling. Vesentlige forhold som foreldres sykdom må omtales både i det offentlige og private rom slik at barn kan kjenne seg igjen. Både foreldre og barn mangler et godt nok språk for å snakke om hva dette dreier seg om. Det reiser utfordringer i forhold til formidling gjennom TV, spill, barnebøker, tegneserier eller andre foretelinger, slik at et hverdagsliv med sykdom også blir gjenkjennelig. Det må også etableres muligheter for at de kan tas på alvor med egne meninger og erfaringer. Det er derfor viktig at vi utvikler metoder for å inkludere barna i brukerevalueringer av nye tilbud. Intervju med barn enkeltvis eller i fokusgrupper kan gi barna en mulighet til å beskrive egne opplevelser. Det er særlig krevende å finne måter å snakke med de aller minste barna. Samtalene med barna ga meg små glimt av deres hverdag.

7.6 Diskusjon

7.6.1 Snakk versus handling

Det er en spenning i gruppa mellom behovet for å få lov å være sliten og bli bekreftet på opplevelsen av å ikke strekke til overfor barna, i motsetning til det å delta på aktiviteter sammen med barna som er krevende i forhold til egen angst eller depresjon. Foreldrene forteller at deres samspill med barna periodevis preges av negativ affekt, og passivitet/slitenhet. De har ofte isolert både seg selv og familien, og trukket seg vekk fra sosiale sammenhenger. Det kan derfor være krevende å delta i et gruppetilbud sammen med andre familier. Det kan være en utfordring å finne en balanse mellom rolige samtaler og aktivitet. Her går det et skille mellom gutter og jenter, og mellom noen barn som er mer urolige og fysisk aktive og andre barn som trives godt med roligere aktivitet og samtaler.

I foreldregruppen er det også en spenning mellom behovet for å få trekke seg tilbake og snakke om utfordringer i foreldrerollen versus å utvikle mulighetene i gruppa for aktivitet sammen med barna. Hvordan styrke samspillet mellom foreldre og barn? Er det gjennom

erkjennelse til handling, eller kan en annen type handling gi en ny erkjennelse?

Gruppetilbudet kan gi en økt mulighet for å utfordre hverandre i forhold til fastlåste handlingsmønstre og utfordre til å forsøke noe nytt.

7.6.2 Profesjonell ledelse versus brukerstyrt utvikling

Ved etablering av denne type gruppe står en overfor et valg. Skal en lage eller ta i bruk en detaljert mal over hvordan gruppen skal være, med temaoversikter og fast program, der gruppelederne har en faglig plan som skal følges, eller skal en ha en litt åpnere oppstart der gruppen i felleskap må finne ut hvor den vil gå?

Den ene er en "manualmodell" som utvikles ved at fagpersoner ut fra kunnskap om risiko og forebyggende faktorer lager et program for å redusere risiko og styrke beskyttende faktorer.

I den andre modellen arbeider en sammen med foreldre og barn etter en "prosjektmodell" der det er brukerens behov som settes i fokus og der det er litt mer usikkert hvordan gruppens profil blir. Det innebærer at det kan bli store ulikheter med ulike grupper, alt avhengig av gruppelederne og deltakerne, - og det de utvikler sammen.

For en ny gruppeleder, kan det være lettere å ha en mal for gruppen, der de ulike temaene gjennomgås etter tur. Ved en slik modell kan en også sikre at ulike grupper bruker samme type mal og en kan sammenligne erfaringene fra gruppe til gruppe. I den første modellen kreves det at gruppelederne har en god del kunnskaper om emnet, og bidrar med denne.

Dersom en skal arbeide etter den andre modellen kreves det at gruppelederne har prosessferdigheter og at deres kunnskap i første rekke må være knyttet til hvordan den kan bidra til at gruppen utformer sine felles mål, og at en utvikler de enkelte deltakernes muligheter til å bidra i gruppen. Har det noen konsekvenser i forhold til hvordan gruppen kan utvikle seg?

Det kan være en motsetning mellom en for sterk felles modell der opplegget er manualisert.

Dette vil kunne fremme en ekspertprofil og kan hindre foreldrene i å komme frem med egne ressurser. En noe løsere profil, der det arbeides ut fra et empowerment-perspektiv, vil kanskje i sterkere grad bidra til å fremme brukernes aktive deltakelse i egen utforming av tilbudet.

Foreldrene som har deltatt i denne gruppa har et sterkt eierforhold til gruppa, og opplever i stor grad at de har bidratt med ideer til utformingen av tilbudet.

7.6.3 Delvis sykemelding fra foreldrerollen

Foreldrene sykemeldes fra arbeidslivet, men ikke fra foreldrerollen. Når foreldrene er for slitne og syke til å fungere i arbeidslivet forventes det likevel at de skal ivareta og mestre foreldrerollen. Foreldrene åpner i liten grad opp for å diskutere begrensninger i foreldrerollen uten at de blir spurt om det. Astrid Halså (2008) peker i sin doktorgradsavhandling på at mødrene oppfatter sin rolle som forelder som et privat ansvarsområde som de ikke tenker på å be om hjelp fra kommunale instanser. Denne holdningen kan også være en del av hjelpernes virkelighetsforståelse slik at mangelfull foreldrefungering oppfattes som en ”svikt” eller et moralsk anliggende, noe som gjør at det er vanskelig å ta denne problemstillingen opp med foreldrene. På denne måten er alle parter med på å opprettholde den skam og skyldfølelse som er beheftet med å ikke ”mestre” foreldrerollen.

Som jeg tidligere har omtalt vil HOD fremme et lovforslag våren 2009, der barn som er pårørende i spesialisthelsetjenesten få en *rett* til informasjon om foreldrenes sykdom. Psykisk helsevern skal også oppnevne barneansvarlige for å ivareta denne retten. Imidlertid vil det fortsatt være svært mange foreldre som kun går til fastlegen for sine psykiske plager. Hva hvis legene også kunne sykemelde foreldre fra foreldrerollen? Det kunne vært interessant å prøve ut en modell der legene sammen med pasienten foretok en kort vurdering av foreldrenes evne til å utføre praktiske foreldrefunksjoner, deres evne til emosjonell tilstedeværelse for barna og deres behov for avlastning. En slik sykemelding, kunne i samråd med foreldrene sendes til en koordinator/ familiesenter i kommunen. De kunne bruke det som et utgangspunkt for en nærmere samtale med foreldrene om hvilke behov de har i forhold til praktisk og emosjonell hjelp for å fungere i foreldrerollen. Dette ville kunne gi et helt annet lavterskel støttetilbud til foreldre og barn. En av de store utfordringer for mange barn, er jo at de blir foreldrenes små hjelpere, på bekostning av egne behov.

Jeg synes dette var en så interessant tanke at jeg har laget et utkast til en *Sykemeldingsblankett* med overskrift: *Delvis sykemelding fra foreldrerollen/ Henvisning til samtale om hjelp i foreldrerollen under sykdom*(vedlegg 6). Blanketten er utformet slik at den også fungerer som samtykke til henvisning. Den vil kunne være en enkel og ikke-stigmatiserende måte å begynne å snakke med forelderen om begrensninger i foreldrerollen under sykdom. Side 2 på blanketten gir en kortfattet oversikt over aktuelle hjelpetilbud som kommunen kan tilby. En

av de store utfordringer innenfor dette feltet er å ha kunnskap om hvilke tilbud som finnes og hvor man skal henvende seg for å få hjelp. Dette gjelder både for foreldre og fagfolk. Kommunene har en stor utfordring i å organisere tjenestene til foreldre og barn på en slik måte at de fremstår som sammenhengende. Dersom både fastlege og spesialisthelsetjeneste kan identifisere familier og henvise til en koordinerende enhet i kommunen, vil det kunne være et betydelig fremskritt. Det er selvfølgelig ikke slik at alle foreldre med psykiske vansker vil ha behov for omfattende eller langvarig hjelp. Mange vil likevel ha behov for informasjon og veiledning i hvordan de selv og deres nettverk kan støtte barna best mulig.

7.6.4 Forebyggende arbeid, valg av strategier

Dysfunksjon hos barn med deprimerte foreldre i tidlig barndom har vært knyttet til lavere vennskapsferdigheter, mindre popularitet og manglende modenhet i respons til hypotetiske situasjoner med konflikter mellom mennesker. Ulike forskere har identifisert utviklingsmessige utfordringer gjennom denne fasen til å være; utvikling av selvforståelse, selvkontroll, moral og vennsksrelasjoner (Goodman og Gotlieb 2002). De peker på at behandlings eller intervensjonsprogram er nødvendig for å adressere disse spørsmålene hos barn med deprimerte foreldre i denne utviklingsfasen.

Jeg vil argumentere for en sterkere satsing på å intervensere bredt og tidlig overfor familier i risiko. De mødrene som jeg intervjuet hadde hatt begynnende vansker allerede i tenårene, og noen av dem hadde vokst opp med psykisk syke foreldre. Flere av mødrene fikk økte depressive vansker i tilknytning til fødsel. Forskning på depresjon ved svangerskap og fødsel viser at risikoen for depresjon øker med antall tidligere depressive episoder (Goodman 2006). Mødrene ble fanget opp og ble gitt individuelle oppfølgingstilbud fra psykisk helsetjeneste i kommunen over flere år. De mottok også delvis bistand fra barnevern med besøkshjem og noen av barna hadde vært til utredning eller behandling ved BUP. Ressursene bar preg av å være lite samordnet, og familiene hadde ikke fått hjelp i forhold til to viktige områder; hjelp til å utvikle tilknytning og samspill med barnet, og familiene hadde heller ikke fått hjelp til familierådgeving/ støtte fra partner. Begge disse tiltakene er tiltak som både kan hjelpe foreldrene i forhold til samspillet med barna, redusere konflikter og øke den direkte støtten til barna fra den andre forelderen. Foreldrene var svært positive til å komme sammen å snakke om utfordringer i foreldrerollen, og hadde et uutømmelig behov for dette. Jeg vil argumentere

for en økt satsing på utvikling av tilbud i grupper for foreldre og barn sammen. I tillegg bør det tilbys tidlige og omfattende hjelp til begge foreldre med familiesamspill og støtte i å utvikle tilknytning og samspill med barnet.

Jeg har utviklet et forslag til et sykemeldings skjema/ henvisning til samtale om støtte i foreldrerollen. Dette vil kunne være et verktøy for å identifiser og tilby hjelp tidligere. En forutsetning for å lykkes er at arbeidet koordineres bedre og at foreldrene tilbys både praktisk og emosjonell støtte i foreldrerollen under sykdom.

HOD arbeider med å legge frem en ny lov som vil styrke barnets rettigheter som pårørende ved at spesialisthelsetjeneste skal ha plikt til å gi informasjon til barn om foreldres sykdom. For å oppfylle disse forpliktelse skal tjenesten ha egen "barneansvarlige" som ivaretar informasjon til barn ut fra alder og utvikling. Jeg mener at det i tillegg bør innføres en tilsvarende ordning i kommunene, ved at kommunene må opprette stillinger som "koordinerende barneansvarlige" som får ansvar for å utvikle en individuell plan/ familieplan for foreldrene og deres barn 0-6 år. Planen bør utvikles med tanke på de komplekse og langvarige vansker disse familien ofte har, med stor vekt på å fange opp og tilby tidlig og målrettet hjelp.

Det er et stort behov for modellutvikling og forskning på dette området. Forskning på effekt av forebyggende tiltak er svært krevende. Fagmiljøene bør styrkes og det bør etableres nettverk med samarbeid mot de kliniske miljøene i utvikling av flere og mer målrettede effektive forebyggende strategier.

Litteraturliste

- Ainsworth, M. D.S Bell, S.M. & D.J Stayton(1991) Infant-mother attachment and social developement: "Socialisation" as a product of reciprocal responsiveness to signals. I: Woodhead, M, Carr, R & P Light (red.) *Becoming a person*. Routledge, London
- Andvig, E (2005) Brukermedvirkning i psykiatrien. Prosjektrapport Helse og rehabilitering. *Høgskolen i Vestfold, Rapport 9*. Tønsberg
- Antonowsky, A (1988) *Unraveling the Mystery of Health*. San Fransisco: Jossey-Bass
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007) Handlingsplan mot fattigdom. Vedlegg til St.prp. nr. 1(2006-2007)
- Arnesen, J., J. Eriksen, K.Kristoffersen, TINT, *Tidlig intervensjon med sikte på å gjenopprette mestring i småbarnsfamilier som strever*. Oslo: Monografiserien, Statens Senter for barn-og ungdomspsykiatri. Rapport nr. 23, 1995
- Ashman, S. og G. Dawson (2002) Maternal Depression, Infant Psycobiological Developement, and Risk for Depression. I Goodman, S. og Gotlieb, I.(red) *Children of Depressed Parents*. American Psychological Assosiation. Washington. DC
- Austrem, L.M. (2006) *Hør, jeg har noe å fortelle: om psykisk helsevern*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Bae, B. (2004) *Å se barnet som subjekt- noen konsekvenser for pedagogisk arbeid i barnehage*. Avdeling for lærerutdanning, Høgskolen i Oslo
- Barlow J, Coren E, og Stewart-Brown SSB (2008) Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health (Review). *The Cocrane Library*, Issue 4.
- Beardslee, W. (1997) Examinitaion of children`s responsis to two preventive intervention strategies over time. *Journal of American Academy of Children and Adolecent Psychiatry*, 36, 196-204
- Beardslee, W. & Podorowsky, D. (1988) Resilient adolecent whose parents have serious affective and other psychiatric disorders; The importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145, 63-69
- Berg-Nilsen, T.S, Vikan, A og A.A. Dahl.(2002) Parenting Related to Child and Parental Psychopathology: A Descriptive Review of the Litterature. I: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 7, 529-552. SAGE Publications, London

- Bergum Hansen, M. og H. Jacobsen (2008) *Sped-og småbarn i risiko- en kunnskapsstatus*.
Regionsenteret for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør
- Blaikie, N. (2005) *Designing Social Research*, London: Polity.
- Bodø kommune (2007) "Tirsdagstreffet" Halvårsrapporter vår og høst.
- Borge, Anne Inger Helmen Borge (2003) *Resiliens, risiko og sunn utvikling*.
Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bowlby, J. (1969) Attachment and Loss; bd I: *Attachment*. New York: Basic Books
- Brinchmann og Finnson(2000) "De usynlige foreldre" En studie av psykiatriske pasienter og deres barn. *Hovedoppgave i psykologi. Universitetet i Tromsø*
- Compas, B., A.Langrock, G.Keller, M. Merchant og M, Copeland (2002) Children Coping With Paternal Depression: Processes of Adaption to Family Stress.
I Goodman, S. og Gotlieb, I. (red)*Children of Depressed Parents*.
American Psychological Assosiation. Washington. DC
- Dawson, G. m.fl. (1999) Frontal brain electrical activity in infants of depressed mothers and nondepressed mothers: relation to variation in infant behavior. *Development and Psycopathology, 11, 589-605*
- Van Doesum, K., Hosman, C., Og Riksen-Walraven (2005) A Model-based Intervention for Depressed mothers and Their Infants. *Infant Mental Health Journal*,
Vol. 26(2), 157-176
- Field.T (2002) Prenatal Effects of Maternal Depression.
I Goodman, S. og Gotlieb, I. (red)*Children of Depressed Parents*.
American Psychological Assosiation. Washington. DC
- Fog, J.(1992): Den moralske grund i det kvalitative forskningsinterview.
Nordisk Psykologi 44, 212-229
- Folkehelseinstituttet(2007) Trivsel og oppvekst- barndom og ungdomstid. *Rapport 5*.
www.fhi.no
- Follesø, R. (2005): Kritisk teori i sosialt arbeid. I Oltedal, S.(red.): *Kritisk sosialt arbeid*.
Gyldendal, Oslo
- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (2001) *Mål og middel. Håndbok for brukerrepresentanter*. Oslo: FFO
- Garber , J. og N. Martin (2002) Negative Cognitions in Offspring of Depressed Parents: Mechanisms of Risk. I Goodman, S. og Gotlieb, I. (red)*Children of Depressed Parents*. American Psychological Assosiation. Washington. DC

- Gladstone, T og W. Beardslee (2002) Treatment, Intervention, and Prevention With Children of Depressed Parents: A Developmental Perspective.
- I Goodman, S. og Gotlieb, I. (red)*Children of Depressed Parents*. American Psychological Association. Washington. DC
- Goodman, S.(2006) The Impact on small children of having a parent with a mental illness. Emory University, Atlanta, Georgia U.S.(Innlegg på: World Conference for Mental Promotion and Prevention og Mental Health and Behavioral Disorders, Preconference)
- Goodman, S. og I. Gotlib (2002) Transmission of Risks to Children of Depressed Parents: Integrations and Conclusions. I Goodman, S. og Gotlieb, I.(red)*Children of Depressed Parents*. American Psychological Association. Washington. DC
- Habermas, J.(1994) The task of Critical Theory an The Narrative Content of Modernity
In: *The polity reader in Social Theory*. Polity Press Blackwell Publisher
- Halsa, Astrid. (2008) “ Mamma med nerver” *Doktoravhandling ved NTNU: 22*
Trondheim
- Hammen, C. (2002) Context of Stress in Families of Children With Depressed Parents.
I Goodman, S. og Gotlieb, I. (red)*Children of Depressed Parents*. American Psychological Association. Washington. DC
- Haugli, Trude (2007) Medisinsk forskning som gjelder barn. Rettslige spørsmål
(www.etikkom.no, 06.06.07)
- Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2007) De usynlige barna.
Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre.
- Helse- og omsorgsdepartementet HOD(2008) Høringsnotat. Forslag til endring av helsepersonelloven mv. for å styrke rettsstillingen til barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.
- Helsinkideklarasjonen (rev.2000) (www.etikkom.no, 06.06.07)
- Hestmann, E.,Vikan, A., og T. Huseby (1995) Psykiatriske pasienters barn- hva gjøres?
Tidsskrift Nor Lægeforening, nr. 23, 115: 2892-2
- Holmsen, M.(2004) *Samtalebilder og tegninger- en vei til kommunikasjon med barn i vanskelige livssituasjoner*. N.W Damm & Søn
- Hummelvoll G. (2000) *Men hva sier vi hvis hun spør når hun skal dø?* Småskrift nr. 16,
Frambu
- Killèn, K.(2000) *Barndommen varer i generasjoner*. Kommuneforlaget. Oslo
- Kufås, E. (2006) *Det er tausheten som tynger*. HiO-hovedfagsrapport nr.4.
Høgskolen i Oslo.

- Kufås, E. Lund, K. og L. Rynning Myrvoll (2004) Foreldre med psykiske problemer om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og unge.
Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol.1.nr.3
- Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Les Back (2004) Reading and writing research i Seale, Clive (red.) *Researching Society and Culture*. London: Sage Publications
- Lov om barn og foreldre (1981)(barneloven)
- Lov om pasientrettigheter (1999) (pasientrettighetsloven)
- Lyons- Ruth, K, A. Lyubchik, R.Wolfe og E. Bronfman (2002) Parental Depression and Child Attachment; Hostile and Helpless Profiles of Parents and Child Behavior Among Families at Risk. I Goodman, S. og Gotlieb, I.(red)*Children of Depressed Parents*. American Psychological Assosiation. Washington. DC
- Maybery, D., Lorraine.L.,Szakacs, E. og Reupert.A. (2005) Children of a parent with mental illness; perspectives on need. *Australian e-Journal for Advancement of Mental Health (AeJAMH)*. Volume 4, Issue 2.
- Mayberry, D., Reupert, A., og M. Goodyear (2006) Evaluation of a model of best practice for families who have a parent with a mental illness. Australia
(www.easternhealth/vicchamps, 12.02.07)
- Mevik.K og Trymbo.B.E. (2002) *Når mor eller far er psykisk syk*. Universitetsforlaget
- Mol, Annemari (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*.
Durham/London: Duke University Press.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Seksjon for kvalitetsutvikling, GRUK (2008)
...og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse.
Kunnskapssenteret.
- Nielsen, Harriet Bjerrum (1994) Forførende tekster med alvorlige hensikter,
Tidsskrift for samfunnsforskning, nr 2, 190-216
- Olofson, M.(2005) Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer.
Familieambulatoriets interventionsmodell. Sundhetsstyrelsen
- Ommundsen, Å.M.(2006) Barndom i senmoderniteten. I Kaldestad, P.O og Bold, K.B.(red.):
Årboka Litteratur for barn og unge. Aschehoug, Oslo
- Opptrappingsplanen for psykisk helse (1997-1998) St.prp. nr.63
- Phares, V, A. Duhig og M. Watkins (2002) Family Context: Fathers and Other Supports.
I Goodman, S. og Gotlieb, I. (red)*Children of Depressed Parents*.
American Psychological Assosiation. Washington. DC

- Radke-Yarrow, M. og B. Klimes-Dougan (2002) Parental Depression an Offspring Disorders: A Developmental Perspective. I Goodman, S. og Gotlieb, I. (red)*Children of Depressed Parents*. American Psychological Assosiation. Washington. DC
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003)...sammen om psykisk helse... Helsedepartementet
- Repstad, Pål, Anne Ryen(red.) (2001)*Verneverdig, Barnevern, forskning og etikk*. Fagbokforlaget
- Rimehaug, T. Børstad, J., Helmersberg, I. og Wold, J.(2006) De ”usynlige” barna. *Tidsskriftet for Norsk Lægeforening nr. 11, 126:1493-4*.
- Rutter, M. og Quinton (1984) Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine* 14, 853
- Rådet for psykisk helse(2004) Med livet som kompetanse. Brukeransettelser i psykiske helsetjenester.
- Sandbæk, Mona, (2001) Fra mottaker til aktør – brukernes plass i sosialt arbeid og forskning. I Sandbæk, Mona (red.) *Fra mottaker til aktør. Brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. Oslo:Gyldendal
- Senter for menneskerettigheter (2005) *FNs Barnekonvensjon, - fra visjon til kommunal virkelighet*. Universitetet i Oslo
- Sheeber, L.,B. Davis og H. Hops (2002) Gender-Specific Vulnerability to Depression in Children of Depressed Mothers. I Goodman, S. og Gotlieb, I. (red)*Children of Depressed Parents*. American Psychological Assosiation. Washington. DC
- Silberg, J. og M. Rutter (2002) Nature- Nurture Interplay in Risks Assosiated With Parental Depression. I Goodman, S. og Gotlieb, I.(red)*Children of Depressed Parents*. American Psychological Assosiation. Washington. DC
- Silverman, D. (2005): *Doing Qualitative Research: a practical handbook*. London: Sage.
- Silverman, D. (2006): *Interpreting Qualitative Data: methods for analyzing talk, text and interaction*. London: Sage.
- Skjervfving, A (1996) Sårbarheter, risiker och skyddande faktorer. En kunnskapssammenstilling. *FoU- enheten/psykiatri Västra Stockholms Sjukvårdsområde rapport 11*.
- Skervfving (2005)*Att synliggjörade osynliga barnen: Om barn til psykisk sjuka föräldrar*. Stockholm: Forlagshuset Gothia.
- Skjervheim, H.(1996) Deltaker og tilskoder. I : *Deltaker og tilskoder og andre essays*.
- Smith, L. (2002) *Tilknytning og barns utvikling*. Høgskoleforlaget, Kristiansand

- Solantaus, T. (2006) Snakk om barna! – når en av foreldrene har psykiske problemer.
Manual og loggbok, Stakes (www.google.no, søk Solantaus 6.07.06)
- Solantus-Simula, T., Punamäki, R. & Beardslee, W. (2002) Children's responses to Low Parental Mood 1. Balancing between Active Empathy, Overinvolvement, Indifference, and Avoidance. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3): 278-286
- Sommer, D. (1997) *Barndomspsykologi*. Pedagogisk Forum, Oslo
- Sommerschild, H. (1998) Mestring som styrende begrep. I: Gjærum, B, Grøholt. & H. Sommerschild (Red.) *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) Rundskriv IS-5. "Oppfølging av barn med psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre"
- Sosial og helsedirektoratet (2007) Rundskriv IS/1405. Veileder for kommunale tjenester til barn og unge med psykiske helseproblemer.
- Spicer, Neil (2004) Combining qualitative and quantitative methods i Seale, Clive (red.) *Researching society and culture*. London: Sage Publications
- Stern, D. (1991 (1985)) *Spädbarnets interpersonella värld*. Stockholm: Natur ock Kultur
- Sturges, J. (1977) Talking with Children about Mental Illness in the Family. *Health and Social Work*, Vol. 7, No 3, Aug. 88-109
- Sverdrup S., Myrvold T.M. & Kristoffersen L.B. (2007) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: Idealer og realiteter*. NIBR-rapport 2007: . Oslo : NIBR.
- Søbstad, F. (1998): Barn og massemedier. I Skaalvik, E. og Kvælle, Ø. (red.): *Barn og miljø*. Tano Aschehoug, Oslo
- Talseth (2000) Empowerment- egenkraftmobilisering, (www.selvhjelp.no 06.08.07)
- Tapper, Nina Mår (2007) Frivillighet og samtykke (www.etikkom.no 06.06.07)
- Vik, K, Rirud, G. og A. Rabbe (2002) Prosjekt Morild, barneperspektivet inn i voksenpsykiatri, Rapport, Kristiansand.
- Voksne for barn, VFB (2006) Høring, barn av psykisk syke, Program Arena
- Waaktaar, T. og H.J. Christie (2000) *Styrk sterke sider – håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Kommuneforlaget Oslo.
- Wang A-R. og V.V. Goldschmidt (1996) Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. *Acta Psychiatr Scand* 93:57-61
- Weiner, A., H Kuppermintz, D.S.W. Gutterman (1994) *Video Home Training (The Orion Project): A Short- Term Preventive and Treatment Intervention for Families with Young Children*. Roma: Terapia familiare, ; 441-53

- Werner, E.E og R.S. Smith (1985) Stress and protective factors in Childrens Lives.
I; (Ed.) Nicol. A.R. *Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry*. John Wiley and Sons L.t.d.; 335-355
- Werner, E.E og R.S. Smith (1992) *Overcoming the Odds: High Risk Children From Birth to Adulthood*. New York: Cornell University Press
- Ytrehus og Almvik (1999) Har kommunene et hjelpetilbud til barn av alvorlig psykisk syke foreldre? *Tidsskrift Nor Lægeforening*, nr. 18
- Aalbæk, T og Glistrup.S(1997) Børn av psykisk syge foreldre. *Psykologisk Studietidskriftserie*. Århus Universitet.Vol. 1.1.nr.1.
- Aamodt, L.G og Aamodt. I (2005) Tiltak for barn av psykisk syke foreldre.
Rapport fra RBUP. Helseregion Øst og Sør for Barne- og familiedepartementet
www.emiliaprojektet.no
www.barnsbeste.no
www.barn-i-fokus.dk
www.vfb.no
www.easternhealth.au/vicchamps

Vedlegg

1. Invitasjonsbrosjyrer om "Tirsdagstreffet".
2. Forespørsel til foreldre om deltakelse i forskningsprosjekt.
3. Forespørsel til barn om deltakelse i forskningsprosjekt.
4. Intervjuguide foreldre, før og etter deltakelse i gruppe.
5. Samtaleguide barn, før og etter deltakelse i gruppe.
6. Delvis sykemelding fra foreldrerollen/
Henvisning til samtale om hjelp i foreldrerollen under sykdom.

Tirsdagstreffet

Tilbud til foreldre som strever psykisk, og deres barn i alderen 0 – 12 år.

Tirsdagstreffet er et møtested der foreldre og barn kan bli kjent med andre i samme situasjon.

Her møtes vi til ulike aktiviteter for barna sammen med foreldrene, f.eks. felles måltider og lek. Vi kan snakke om aktuelle tema og utfordringer i hverdagen dersom noen ønsker det, eller bare ha sosialt samvær.

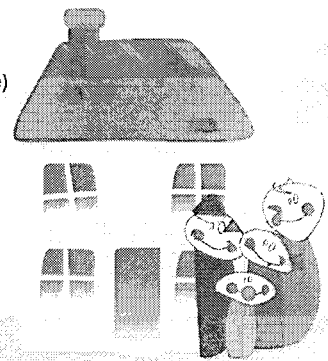
Fagpersoner som har erfaring med grupper av foreldre og barn vil være tilstede. Mulighet for individuell samtale og/eller veiledning.

Sted: **Mørkved Familiesenter, Bjørndalsveien 14 (hus 1, Mørkvedmarka skole)**

Når: **Hver andre tirsdag (ulik uke) kl. 16.30 – 19.30**

Det er mulighet for henting og bringing.

For mer informasjon kontakt Åshild Andreasdotter på tlf. 992 54 659 eller e-post: ashild.andreasdotter@hotmail.com



www.bodo.kommune.no/oppvekst

Til foreldre som deltar i "Tirsdagstreffet"

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Mitt navn er Bjørg Eva Skogøy Trymbo. Jeg er student ved Master i Sosialt arbeid ved Høgskolen i Bodø i tillegg til at jeg arbeider ved BUP, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Min veileder ved Høgskolen er Sveinung Horverak.

Jeg vil spørre om du kan tenke deg å delta i et forskningsprosjekt.

"Hvordan beskriver foreldre og barn sitt hverdagsliv med psykiske vansker i familien og sine erfaringer med å ha deltatt i gruppetilbudet "Tirsdagstreffet"

Undersøkelsen består av følgende deler:

- A) Ved oppstart:
Intervju med deg om dine erfaringer som forelder med psykisk vansker og dine forventninger til tilbudet. (Personlig intervju som tar ca. 1t)
- B) Etter ½ år/ ved avslutning
Intervju om dine erfaringer med tilbudet. (ca 15-30 min)

I tillegg vil jeg spørre om jeg kan få snakke med dine barn i alderen 4-12 år om sine erfaringer.

- A) Ved oppstart
Barn, 4-12 år: Snakke om hvordan de har det i hverdagen. (ca 15 -20min)
- B) Ved avslutning
Snakke om hvordan de har det i hverdagen,
i tillegg til spørsmål om hvordan de synes det har vært å delta i gruppa (ca 15-20min)

All informasjon vil bli behandlet konfidensielt og alle data vil bli anonymisert ved avslutning av prosjektet.

I undersøkelsesperioden vil lydbandopptak lagres på bånd og skrives over på passordbeskyttet PC.

Dataene vil oppbevares i låsbart skap.

Undersøkelsen vil bli benyttet som en del av en masteroppgave ved Høgskolen i Bodø.

Alle som deltar i undersøkelsen vil få tilsendt rapporten før den sendes videre.

Ved avslutning av prosjektperioden, senest 31.12.2008, vil all annen informasjon bli slettet.

Som forsker er jeg underlagt taushetsplikt og alle data behandles konfidensielt.

Det er frivillig å delta i undersøkelse, og du kan når som helst trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi noen grunn for det. Dersom du trekker deg fra studien før dataene er anonymisert, vil alle dataene dine bli slettet.

Om du ikke ønsker å delta i studien, vil det ikke ha betydning i forhold til din deltakelse i gruppen.

Denne forespørselen er sendt via familiesenteret til alle som deltar på tirsdagstreffet. Forskeren kjenner ikke identiteten til de som deltar i gruppetilbudet før etter at de takker ja til deltakelse i forskningsprosjektet.

Svar sendes direkte til forskeren i vedlagt frankert konvolutt. Forespørselen sendes i to eksemplarer og du beholder selv et av eksemplarene.

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Jeg gir tillatelse til at mitt barn kan delta i studien ----- Ja -----Nei

Dato/ Underskrift.....

TIL BARN SOM DELTAR PÅ TIRSDAGSTREFFET

HEI

JEG HETER BJØRG EVA OG SKAL PRØVE Å FINNE UT OM DERE SOM ER PÅ
TIRSDAGSTREFFET SYNES DET ER ET FINT TILBUD,

JEG VIL GJERNE SPØRRE DEG NOEN SPØRSMÅL.
DET TAR CA 15 MINUTTER.
INGEN ANDRE VIL FÅ VITE HVORDAN DU HAR SVART.

DINE SVAR VIL HJELPE MEG TIL Å FINNE UT OM VI SKAL LAGE FLERE SLIKE GRUPPER TIL
ANDRE BARN OG FORELDRE.

DINE FORELDRE HAR SAGT AT DU KAN SVARE PÅ DISSE SPØRSMÅLENE DERSOM DU
SYNES DET ER GREITT.

KAN DU TENKE DEG TIL DET?

.....

DERSOM DU ANGRER PÅ AT DU SA JA, KAN DU SI NEI SENERE UTEN AT DET GJØR NOE.
DA ER DET BARE Å SI FRA TIL FORELDRENE DINE ELLER TIL MEG.

FORELDRE

Intervju før deltakelse i gruppe

1. Bakgrunnsinformasjon:

Kjønn, alder, sivilstatus, antall barn og deres alder,

2. Hvordan har det vært å være foreldre og å ha psykiske vansker?

-hva slags psykiske vansker er det du har hatt og hvordan har det påvirket hverdagslivet?

-hva synes du at du har fått til som foreldre, til tross for de vanskene du selv har strevd med?

-har du ofte kontakt med familie/ venner/ andre som gir deg støtte?

3. Hvordan synes du barnet ditt har det i hverdagen? (risiko- beskyttende faktorer)

-hvordan tror du at barna dine har merket at du har hatt psykiske vansker?

-har du noen bekymringer i forhold til barnet ditt?

-hva tror du barnet ditt tenker om seg selv? (selvfølelse)

-hva pleier barnet ditt å gjøre hvis det er noe de strever med/ har et problem (mestring)

-er barnet ditt ofte sammen med andre barn?(vennskap)

-har barnet ditt nær kontakt med andre voksne?

4. Snakker du med andre om å ha psykiske vansker og være foreldre?

-har du snakket med din familie/ andre om dine psykiske vansker? På hvilken måte?

-har du snakket med dine barn om dine psykiske vansker? På hvilken måte?

-er det noen fra hjelpeapparatet som har snakket med deg om det å være foreldre og ha psykiske vansker?

-har du hentet informasjon andre steder?

5. Har du eller dine barn kontakt med hjelpeapparatet nå?

- er det noen typer av hjelp og støtte du eller dine barn kunne ha behov for?

6. Hvordan fikk du vite om tirsdagstreffet?

7. Hvilke forventninger har du til dette tilbudet?

-hva ønsker du at det skal være for deg/ dine barn?

Til slutt

Hvordan synes du det har vært å delta på dette intervjuet?

- er det for langt, for nærgående, noe du har reagert på.....

Takk for hjelpen så langt.

Dersom du kan tenke deg å fortsette med et nytt intervju, vil jeg ta kontakt med deg igjen etter ca ½ år eller hvis du slutter i gruppen, for å høre hvordan du synes det har vært å delta på gruppen.

FORELDRE

Intervju etter deltakelse i gruppetilbud

1. Hvor ofte har du vært med/ har du deltatt regelmessig?
 - hva har evt. hindret deg i å delta?

2. Hvordan synes du de ulike aktivitetene har fungert?
Hva synes du har fungert best/ dårligst?
 - felles middag
 - aktiviteter sammen med barna
 - samtaler med andre voksne
 - gruppetilbud alene for barna
 - støtte fra gruppelederne
 - andre ting

3. Er det noe du synes kunne vært gjort bedre?
 - praktiske ting: tidspunkt, lokaler, hvor ofte møtene har vært
 - størrelse på gruppen
 - gruppeledelse
 - aktiviteter
 - andre ting

4. Synes du tilbudet har hjulpet deg i foreldrerollen?
 - selvtillit, mestring, kunnskap, støtte fra andre

5. Hvordan tror du barna dine har opplevd tilbudet?
 - trivsel, aktiviteter, kontakt med andre ..

6. Har tilbudet ført til noen forandringer(pos./ neg)?
 - for deg, barnet ditt, i forhold til omgivelsene

7. Vil du anbefale at vi fortsetter med et slikt tilbud til andre foreldre?

8. Hva ville du si til en forelder som var i tvil om dette var noe for han / henne?
Hva ville være den viktigste grunnen til å begynne/ ikke begynne?

9. Andre ting som du vil føye til.....

Takk for hjelpen

BARN

Samtaleguide for barn i alder 4-12 år (før og etter deltakelse i gruppen)

Oppgave

Spør barnet om å tegne et bilde av hans eller hennes hus, inkludert familien hans/ hennes og forelderen som har psykiske vansker. Barnet skal gjøre det på begynnelsen og på slutten av programmet. De samme materialene og fargestiftene må være tilgjengelige begge gangene. Hvis barnet maler den første gangen skal hun/ han også male den siste gangen.

Spørsmål:

Disse spørsmålene har blitt utviklet for å finne ut hvordan barnet ser på seg selv, og oppfatningen hans/ hennes av deres familieforhold.

Noen av spørsmålene kan gjøre barnet lei seg, ikke bruk disse spørsmålene hvis du ser en mulighet for at barnet kan bli lei seg. Hvis barnet blir urolig eller opprørt stopp prosessen og ro ned og trøst barnet.

Noen ganger vil barnet foretrekke å snakke om seg selv som tredje person, og snakke om bildet på den måten. Spørsmålene er delt inn slik:

Generelle åpne spørsmål i begynnelsen:

- 1) Fortell meg om bildet ditt.
- 2) Hva skjer i bildet ditt?
- 3) Hva gjør du (de) i bildet?
- 4) Hvordan føler du (de) seg i bildet?
- 5) Er personen glad eller trist? (Det er viktig å spørre barnet, og ikke ta for gitt en følelse ut fra hvordan en selv oppfatter bildet.)

Barnets selvoppfatning:

Selvfølelse:

- 1) Hvordan vil du beskrive deg selv? (eller personen på bildet)
- 2) Hvordan tror du dine venner ville beskrevet deg?(personen på bildet)
- 3) Er det noe du ville endret ved deg selv? (personen på bildet)
- 4) Liker du deg selv? (eller denne personen)
- 5) Hva er det du liker ved deg selv? (eller denne personen)
- 6) Hva er det du ikke liker ved deg selv? (eller denne personen)

Mestring:

- 7) Er du (denne personen) sterk? På hvilke måter?
- 8) Kan du (denne personen) klare vanskelig situasjoner? På hvilke måter?
- 9) Hva gjør du (denne personen) når du(denne) er i en vanskelig situasjon?

Tilknytning:

- 10) Hvem går du(eller den på bildet) til når ting ikke går så bra?
- 11) Hvem snakker du (eller denne personen) med når du har et problem?
- 12) Hvem har du (eller denne personen) det mest gøy med i din familie?
- 13) Hvem tar vare på deg (denne personen) i din familie?

Veiledning

Familie fungering/ forhold:

Prøv å få et best mulig bilde av hvordan barnet fungerer i sin familie, konfliktnivået, hvordan problemer blir løst eller ikke løst, kontakten mellom de ulike personene i familien og barnet og type og hyppighet av gode og dårlige opplevelser sammen med familien.

Generelt:

- 1) Hvem er de forskjellige personene i bildet ditt?
- 2) Hva gjør de?
- 3) Hva sier de?
- 4) Hva gjør de forskjellige personene sammen?
- 5) Hva gjør de forskjellige personene med deg?
- 6) Hvilke gode ting/ tider har familien hatt?
- 7) Hvilke dårlige ting/ tider har familien hatt?

Konfliktnivå:

- 8) Hva skjer i familien når noen blir sint?
- 9) Hvordan løser dere krangler i familien?

Familiens evne til å løse problemer:

- 10) Hva skjer i familien når det er et problem?
- 11) Hvordan blir problemene løst?
- 12) Hvem i familien hjelper deg hvis du har et problem?

Samtale etter deltakelse i gruppen.

Gjennomfør samme type tegning og samtale.

Vis barnet tegningen de laget første gang og snakk med barnet om hvordan de har tegnet ting ulikt før og nå, og om det er ting som har forandret seg for dem (personen på bildet).

Tilleggs spørsmål etter deltakelse

Hvordan har det vært å være i gruppen?

Har det å være i gruppen forandret noe hjemme hos dere/ i hverdagen?

Har du lært noe nytt?

Er det noe dere har snakket om i gruppen som har gjort at du har blitt bekymret eller trist?

Har du noen ideer til noe vi kan gjøre i gruppen?

Hva har vært best med gruppen?

Hva har vært verst med gruppen?/ Er det noe du ikke har trivdes med?

DELVIS SYKEMELDING FRA FORELDREROLLEN

/ Henvisning til samtale om hjelp i foreldrerollen under sykdom

Trenger du sykemelding fra foreldrerollen? Mange foreldre er for slitne til å ivareta praktiske og emosjonelle oppgaver i hjemmet når de er syke. Barna trenger ofte litt ekstra hjelp og støtte for å mestre de endringene som skjer.

Kommunen har en rekke tilbud som kan hjelpe deg i foreldrerollen mens du er syk.

Hvordan påvirker sykdommen din evne til å fungere i foreldrerollen?

Praktisk oppfølging av hus og hjem?	Som normalt	Noe redusert	Mye redusert
--	--------------------	---------------------	---------------------

Husvask / Klesvask
--------------------	-------	-------	-------

Handle/ lage mat
------------------	-------	-------	-------

Oppfølging av barnet?

Stell av barnet
-----------------	-------	-------	-------

Lek/ lesing/ aktiviteter sammen med barnet
--	-------	-------	-------

Oppfølging av barnehage; kjøre/ hente/ møter
--	-------	-------	-------

Oppfølging av skole/ leksehjelp/ foreldremøter
--	-------	-------	-------

Oppfølging av fritidsaktiviteter
----------------------------------	-------	-------	-------

Helge/ ferieturer
-------------------	-------	-------	-------

Følelsesmessig støtte til barnet ditt?

Evne til å gi barnet ditt støtte og oppmerksomhet.....
--	-------	-------	-------

Evne til å glede deg over barnet/ følelsesmessig nærhet
--	-------	-------	-------

Evne til å unngå å reagere negativt på barnet når du er sliten/ tålmodighet
--	-------	-------	-------

Har du en partner eller annen familie som kan avlaste deg og hjelpe deg å ivareta barnas behov mens du er syk? Hvem.....

Hva kan de hjelpe deg med?.....

Trenger du hjelp til å snakke med dem om dine behov for støtte?.....

Ønsker du hjelp i foreldrerollen mens du er syk? Ja/ nei

.....
Dato Underskrift lege/ psykolog/ henviser

.....
Underskrift/ foreldre

Utkast v/ Masterstudent og Prosjektleder Helse Nord, Bjørg Eva Skogøy, januar 2009

DELVIS SYKEMELDING FRA FORELDREROLLEN

/ Henvisning til samtale om hjelp i foreldrerollen under sykdom

Kommunen har en rekke tilbud som kan hjelpe deg i foreldrerollen når du er syk. En kommunal koordinator kan hjelpe deg å finne frem til det du og barnet ditt trenger.

Aktuelle tilbud: (Kan variere noe fra kommune til kommune)

1. Samtale med barnet(og deg) om sykdommen og det å være et barn som er pårørende.
2. Praktisk hjelp i hjemmet
3. Støttende samtaler hos helsesøster, psykisk helsearbeider eller familiekonsulent om utfordringer i foreldrerollen
4. Veiledning i samspill med barnet ditt
5. Ekstra støtte i barnehagen
6. Ekstra støtte i skolen og leksehjelp
7. Oppfølging av fritidsaktivitet/ støttekontakt
8. Helgeturer/ ferieturer i samarbeid med frivillige organisasjoner.
9. Avlastingsfamilie, kveld eller helger
10. Home Start –Familiekontakt for småbarnsforeldre
11. Foreldre/ barn grupper 0-12 år
12. Barnegrupper 8-12 år
13. Ungdomsgrupper 13-18 år

Barn som er pårørende til syke foreldre kan klare påkjenningene bedre dersom de får hjelp til å forstå det som skjer når foreldrene er syke. Det finnes en rekke brosjyrer, barnebøker og nettsteder som kan hjelpe deg og barnet ditt til å sette ord på og forstå det som skjer.

Barn som er pårørende har ***rett til informasjon*** når du er syk, og helsepersonell har plikt til å bidra til at dine barn får informasjon tilpasset alder og utvikling, - i samarbeid med deg.

Utkast v/ Masterstudent og Prosjektleder Helse Nord, Bjørg Eva Skogøy, januar 2009

