

”Snakk med oss om barna”

**Psykisk syke foreldres opplevelser
av egen foreldrefungering og barnas situasjon
og tilbudet Barnas Time i voksenpsykiatrien**

”Please, talk to us about our children”

**How mentally ill parents experience their parent
behaviour and their children’s situation and how they
perceive Children’s Forum in adult psychiatry**

**Masterstudie i tverrfaglig helse- og sosialfag med fordypning i
psykisk helsearbeid, ved HINT, avd. Namsos**

November 2010

Britt Helen Haukø



Forord

Studien retter søkelys på psykisk syke foreldre som har deltatt i en informasjons og spørretime kalt "Barnas Time" ved psykiatrisk klinikk, Helse Nord- Trøndelag. Hovedfokus er foreldres opplevelser av egen foreldrefungering og barnas situasjon samt tilbudet Barnas Time.

Det har vært både spennende og utfordrende å møte psykisk syke foreldre, og få muligheten til å fordype meg i deres aktuelle hjemmesituasjoner. Det har gitt meg innblikk i og økt forståelse for hvordan de opplever sin egen og barnas situasjon.

Da jeg startet studien var jeg ansatt i voksenpsykiatrien, men underveis i arbeidet har jeg gått over til ny jobb i barne- og ungdomspsykiatrien. Nærmere beskrevet er min arbeidsdag preget av familieperspektivet, som fokuseres ved familieenheten. Ved familieenheten er hele familien innlagt fra få dager inntil fire uker. Dette har gitt meg en ny mulighet til å reflektere over hvordan helsepersonells ståsted i jobben kan påvirke perspektiv, rutiner og tradisjon. Det vil jeg imidlertid ikke berøre i denne studien.

Jeg vil først og fremst takke informantene (foreldrene) som avsatte tid og stilte seg positive til å dele sine erfaringer med meg. De lærte meg mye. Jeg håper at større åpenhet omkring psykiske lidelser, foreldrerollen og risiko for barn, kan bidra til at det blir lettere for dem å be om hjelp og lettere å få hjelp av helsepersonell.

Takk også til min veileder Paul Greiff for nyttige kommentarer underveis i arbeidet, og John Stamnes som har vært en god diskusjonspartner og støtte underveis. En stor takk også til staben ved biblioteket HINT, avd. Namsos for velvilje og hjelp i søken etter litteratur. Jeg takker også kollegaer, uten å nevne navn, som har lest hele eller biter av oppgaven og kommet med gode innspill.

God leselyst!

Sammendrag

Det er godt dokumentert at barn av psykisk syke har større risiko for selv å utvikle psykiske problemer. Det er også dokumentert at forebyggende intervensjoner kan redusere risiko.

Barnas Time er en familiesamtale i voksenpsykiatrien når foreldre mottar behandling.

Tilbudet har vært prøvd ut i vel 7 år, som et forebyggende tilbud for barn av psykisk syke. De fleste, men ikke alle foreldre som tilbys dette ønsker å delta.

Mål med studien: Studien har som overordnet mål å evaluere tilbudet Barnas Time, gjennom å finne ut om foreldrenes opplevelse og erfaringer kan bidra til en bedre forståelse av hvordan Barnas Time oppleves av brukerne. Det var også et mål å bidra til å forbedre Barnas Time som et tilbud i voksenpsykiatrien.

Metode: For å oppnå dette, valgte jeg å ta utgangspunkt i foreldrenes opplevelse av sin egen og barnas situasjon og tilbudet de har deltatt i. Studien er en kvalitativ tilnærming som bygger på intervju av 5 informanter som har vært innlagt ved en psykiatrisk post ulike steder i Helse Nord- Trøndelag, og deltatt i Barnas Time. Intervjuene foregikk våren og høsten 2009.

Resultater: Alle foreldre bekymret seg for sine barn, og 4 av 5 satte barnas problemer i sammenheng med egne psykiske vansker. Alle gav uttrykk for behov for hjelp til å forklare barna om egen sykdom, og snakke sammen om familiens situasjon. Dette samsvarer med nordiske og internasjonale studier.

Gjenkjennelse i informasjon om Barnas Time, at personalet bruker et forståelig språk og frivillighet fremheves som viktig for valget om å delta. Pasientundervisning er en viktig arena for gjenkjennelse og erkjennelse. Pasientundervisning bør derfor vurderes innført også i poliklinikk. Faglig tyngde hos de som informerte, og opplevelse av ryddighet i tilbudet ble sagt å ha betydning. Redsel for barnevernets innblanding ser ut til å kunne være en hindring for deltagelse i Barnas Time. Dette gjaldt de som hadde deltatt, og var også deres antagelse om årsaken til at noen foreldre avslo tilbudet. Jeg foreslår av den grunn at både voksenpsykiatrien og barneverntjenesten i større grad kan synliggjøre barnevernets positive sider, nemlig at hovedinnsatsen rettes mot tiltak for barna i heimen.

Summary

It is well documented that children of parents with mental disorders risk developing mental problems themselves. It has also been documented that primary intervention may reduce the risk. Children's Forum is a therapeutic family conversation under supervision in situations in adult psychiatry where parents are treated. Children of mentally ill parents have been offered this as a preventive treatment for more than seven years. Most parents, but not all, when given the choice, have wanted to participate.

The aim of the study: The main aim of the study has been to assess Children's Forum, and how the experiences and reactions can contribute to a deeper understanding of how Children's Forum is viewed by the participants. It is also a goal to improve Children's Corner as a means in adult psychiatry.

Method: To achieve this I chose to use the experiences of the parents and their children as a starting point. The study is qualitative assessment based on interviews with five informants who have participated in Children's Forum in Nord- Trøndelag. The interviews were conducted during the spring and autumn of 2009.

Results: All the parents were worried about their children, and four of five saw a connection between their own mental problems with those of their children. All of them expressed the need for help to explain their illness to their children, and the need to talk together about the situation of the family. This is in accordance with Nordic and international studies.

The fact that the parents feel that the information they are given about Children's Forum are relevant to their problems, that the staff uses a language that is intelligible to them, and that they are told that participation is voluntary, are important for their decision to participate. Patient education is important for understanding and self-perception. Patient education should therefore be considered introduced in policlinics. Professional competence and sincerity of the staff were considered to be important factors. Fear of intervention from the Child Protection Services may explain the reluctance to participate in Children's Forum. This was a factor for those who had participated, and they assumed that this was a reason why some parents declined to participate. For that reason I suggest that adult psychiatry and the Child Protective

Services emphasize the positive aspects of the Child Protective Services, to help children in their family environment.

Keywords: Family intervention, parental mental illness, primary intervention, parental depression.

Disposisjon masteroppgaven

Mastergradsoppgave.....	i
1 INNLEDNING	1
2 PROBLEMSTILLING	4
2.1 Begrunnelse og formål.....	4
2.1.1 Presisering og avgrensning av problemstilling	5
3 TEORETISK FORANKRING	6
3.1 Livskvalitet	6
3.2 Stress og mestring.....	6
3.3 Mestringsstrategier	7
3.3.1 Lært hjelpeløshet	8
3.3.2 Self – efficacy.....	9
3.4 Selvoppfatning.....	10
3.5 Viktige foreldrefunksjoner	11
3.6 Informantenes psykiske sykdom	12
3.6.1 Depresjon	13
3.6.2 Angst	14
3.6.3 Personlighetsproblematikk	14
3.7 Konsekvenser for foreldrefunksjon ved psykisk sykdom.....	15
3.7.1 Sykdommens påvirkning på kommunikasjonen i familien	16
3.8 Barn av psykisk syke	19
3.8.1 Uforutsigbarhet og stress i barnas hverdag	20
3.9 Barnas Time.....	23
3.9.1 Barnas Time som forebyggende helsehjelp.....	24
3.9.2 Helsepedagogisk tilnærming	25
3.10 Ethiske og juridiske forpliktelser	26
4 METODE	29
4.1 Metodisk valg	30
4.2 Kvalitativ metode	31
4.2.1 Det mellommenneskelige aspektet.....	32
4.2.2 Når egner kvalitative metode seg?	32
4.2.2.1 Forklaring kontra forståelse	34
4.2.3 Det kvalitative forskningsintervju	34
4.2.4 Livsverden	35
4.3 Forforståelse	36
4.4 Hermeneutisk tolkning	37
4.5 Kritikk av kvalitativ metode	38
4.6 Kriterier for utvalgelse av informanter	39
4.6.1 Rekruttering og informasjon	40
4.6.2 Utarbeidelse av intervjuguide og forberedelser til intervjuene	41
4.6.3 Gjennomføring av intervjuene	41
4.6.4 Transkribering	43
4.7 Valg av metodiske "veivisere".....	43
4.8 Analyse og tolkning.....	44
Figur 1.....	47
4.8.1 Hvordan skape oversikt og finne likheter og forskjeller?	47
Figur 2.....	49
4.8.2 Hvordan presentere materialet for å vekke lesers interesse?.....	49
4.9 Validitet	50

4.10	Etiske og juridiske føringer.....	51
5	FUNN OG DISKUSJON	52
5.1	Innledning.....	52
5.2	Presentasjon av informantene.....	52
5.3	Psykisk syke foreldres opplevelser omkring egen foreldrefungering, barnas situasjon og tilbudet Barnas Time	54
5.3.1	Tommys historie.....	55
5.3.1.1	Tommys opplevelse av tilbudet Barnas Time.....	56
5.3.1.2	Sammenfatning	58
5.3.2	Siris historie.....	59
5.3.2.1	Siris opplevelse av tilbudet Barnas Time.....	61
5.3.2.2	Sammenfatning	62
5.3.3	Pers historie	63
5.3.3.1	Pers opplevelse av tilbudet Barnas Time	64
5.3.3.2	Sammenfatning	66
5.3.4	Åses historie	67
5.3.4.1	Åses opplevelse av tilbudet Barnas Time	68
5.3.4.2	Sammenfatning	68
5.3.5	Ingrids historie.....	69
5.3.5.1	Ingrids opplevelse av tilbudet Barnas Time.....	70
5.3.5.2	Sammenfatning	71
5.3.6	Sammenfatning av foreldrenes opplevelse omkring egen foreldrefungering og barnas situasjon	72
5.3.6.1	Foreldrenes opplevelse av egen foreldrefungering	72
5.3.6.2	Foreldrenes opplevelse av barnas situasjon	74
5.3.6.3	Fellestrekk og ulikheter i opplevelser hos informantene	75
5.4	Diskusjon omkring sentrale tema	76
5.4.1	Selvoppfattelse og samvittighet	76
5.4.1.1	Lært hjelpeløshet.....	77
5.4.1.2	Self – efficacy	78
5.4.2	Kommunikasjon	78
5.4.2.1	Konflikterende kommunikasjonsmønstre	79
5.4.2.2	Personlighetsproblemer kan påvirke kommunikasjon	80
5.4.2.3	Depresjonens innvirkning på kommunikasjon.....	80
5.4.2.4	Større åpenhet	81
5.4.2.5	Beskyttelseslandskapet	82
5.4.2.6	Barnas Times betydning for kommunikasjon	83
5.4.3	Stress og mestring	84
5.5	Forelderens opplevelser av samarbeidet med helsepersonellet og tilbudet Barnas Time	88
5.5.1	<i>”Jeg kjente meg igjen”</i>	90
5.5.2	<i>”Jeg har tro på dette”</i>	90
5.5.3	<i>”Jeg var ikke bekymret for barnevernet, men....”</i>	92
5.5.4	Oppsummering	93
5.6	Forelderens opplevelse og erfaringer i forbindelse med deltagelse i Barnas Time... ..	95
5.6.1	<i>”Vi følte oss velkommen”</i>	95
5.6.2	<i>”Brukte et språk som han forsto og på hans nivå”</i>	95
5.6.3	<i>”Jeg tror de er redd for å ta opp tema som kan såre meg”</i>	96
5.6.4	<i>”Lettere for dem å forstå hva det dreier seg om”</i>	98
5.6.5	<i>”Farmor har sagt at uansett når det er”</i>	99

5.6.6	<i>"Noe kunne vært gjort annerledes, hvis....."</i>	102
5.6.7	Oppsummering av foreldrenes opplevelser og erfaringer i forbindelse med deltagelse i Barnas Time.	102
5.7	Avslutning og konklusjon	103
5.7.1	Fellestrekk på tvers av informantene	104
5.7.2	Hva gav studien av nye impulser for videre forebyggende arbeid rettet mot barn av psykisk syke foreldre?	104
5.7.2.1	Råd for veiledere og behandlere i klinisk praksis	106
5.8	Kritiske betraktninger	107
5.9	Forslag til videre forskning	108
	REFERANSER	109
	Vedlegg 1 Godkjenning fra ledelse ved psykiatrisk klinikk	119
	Vedlegg 2 Godkjenning fra ledelse ved psykiatrisk klinikk	120
	Vedlegg 4 Godkjenning fra NSD	123
	Vedlegg 5 Intervjuguide	123
	Vedlegg 6 Informasjonsskriv til informantene	127

1 INNLEDNING

Mange barn opplever at deres foreldre sliter med psykiske lidelser, og Organisasjonen Voksne for Barn opplyser at i Norge gjelder dette om lag 90 000 barn. Ca. 15 % av disse barna mottok hjelpetiltak fra barneverntjenesten (Helgeland, 2008). Allerede i 1925 var man klar over sammenhengen mellom foreldrenes psykiske lidelser og risiko for utvikling av helseskade for barna (Rutter og Quinton, 1984). Nyere studier er enda tydeligere i sine konklusjoner på at det er sammenheng mellom foreldres psykiske lidelser og forekomst av psykisk sykdom hos barn. Det å vokse opp med foreldre med rusproblemer øker også risikoen for ulike problemer senere i livet (Rossow, et al. 2009). Rusmiddelmisbruk og konsekvenser blir ikke fokusert spesielt i oppgaven.

Fram til i dag har barneperspektivet i forbindelse med foreldres psykiske sykdom og rusproblemer vært et forsømt område. Det er dokumentert at behandlere i voksenpsykiatrien fortsatt ofte vegrer seg for, eller av annen grunn unngår å ta opp med sine pasienter spørsmål knyttet til foreldrerollen og barnas situasjon (Meijde, Aashamar og Knibe, 2006; Haukø og Stamnes, 2009b, Haukø og Due Brattås, 2009, Fiksaunet, 2010).

Gjennom 30 år i voksenpsykiatrien, i møte med foreldre og deres barn har jeg erfart at fokuset oftest ensidig var rettet mot forelderens sykdom. I løpet av årene har det festet seg mange minner om barn som ikke har blitt sett, hørt og avlastet med hensyn til de belastninger og det ansvaret de var utsatt for, som følge av foreldrenes problemer. Eksempelvis har jeg sett barn komme alene, eller i følge med noen for å besøke sine alvorlig syke foreldre, og blitt avvist. Kanskje var det til det beste for dem da, men det som gjorde det så galt var at de ikke fikk noen forklaring på hvorfor av "*fagfolk*", og med det mener jeg "*oss*". Man kan bare tenke seg hvilke fantasier barna kunne gå hjem med. Vi skulle ikke "*se*" barna tidligere. Om noen av oss gjorde det, fikk vi høre at vår jobb var å ta oss av pasienten, og at barna ikke var vårt ansvar. Det "*gnog*". Jeg har mange ganger tenkt "*hvordan gikk det med deg?*" Noen har jeg senere møtt igjen som pasienter. Vi kan anta at det også gjorde noe med foreldrene å ikke få møte barna sine, eller vite om andre forklarte dem noe.

Opplevelsen av at disse barna ble oversett var en viktig årsak til at jeg i 2000 tok fatt i problemstillingen, og siden har vært opptatt av å utdanne meg, samt å utvikle, beskrive og

gjennomføre en informasjons- og spørretime, kalt Barnas Time. Barnas Time er et tilbud for barn, og deres psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. I tilbudet legges det til rette for å skape en samhandlingssituasjon mellom fagpersoner, barn og foreldre. Sentralt er undervisning og dialog med støtte og motivasjon (Haukø og Stamnes, 2009a, Stamnes og Haukø, 2009). Tilbudet startet i 2003, ved post I Namsos, Psykiatrisk klinikk, Helse Nord-Trøndelag, en klinikk som har enheter ved 5 ulike geografiske steder i Nord-Trøndelag. Barnas Time kan i dag tilbys ved 10 av 15 aktuelle enheter (Haukø og Due Brattås, 2009). Med hensyn til omfang har jeg selv løpet av 7 år deltatt i omtrent 200 Barnas Timer og møtt omtrent 300 barn.

De siste årene har det gradvis skjedd en dreining mot å ha familiefokus i behandlingen, samt tiltak rettet mot barn som pårørende. Helsepersonellovens § 10, gjeldende fra 1. jan. 2010, pålegger helsepersonell å ivareta det behov for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skadde kan ha som følge av forelderens tilstand. Med andre ord pålegges helsepersonell oppgaver som har til hensikt å redusere belastninger for barn som pårørende. Uten at foreldre opplever helsepersonells tilnærming som positiv og nyttig vil de sannsynligvis avvise tilbud. Av den grunn ble mitt forskningsspørsmål viktig for å klargjøre hva foreldre opplever som positivt og negativt i forhold til dagens praksis.

Erfaringer fra Barnas Time viser at noen foreldre vegrer seg for å inkludere og informere barna om deres sykdom og innleggelse, og avviser tilbudet. Det har resultert i at jeg med studien retter søkelyset mot å få et større innblikk i og forståelse for hva psykisk syke foreldre tenker omkring egen foreldrefungering og barnas situasjon. Jeg søker også innsikt og kunnskap om deres opplevelse av møte med helsepersonell og hvilke erfaringer de har etter å ha deltatt i Barnas Time. En intensjon med studien er derfor å evaluere Barnas Time som metode, slik at det kontinuerlig skal kunne tilbys som et faglig forsvarlig tilbud, som oppleves anvendbart for helsepersonell og til nytte for foreldre og barn.

Når helsepersonell gir foreldre tilbud om hjelp, bør tilnærmingen så langt som mulig være faglig holdbar og i tråd med foreldres opplevde situasjon, problemområder og behov. Man bør tro på at det som tilbys kan være til hjelp, og i det ligger en etisk utfordring. Etter min mening bør Barnas Time være en kunnskapsbasert praksis bygget på fagpersoners erfaringer, tilbakemeldinger fra foreldre og barn, andre studier og gjeldende lovverk. Studien er således

en del av et pågående arbeid i bestrebelsen på kontinuerlig å gi et godt tilbud innenfor de rammene vi har. For å øke graden av forberedthet vil jeg gjennom studien dyktiggjøre meg selv, og bidra til at behandlere innen voksenpsykiatrien og rusbehandling får økt kunnskap. I det ligger et ønske om å skjerpe oppmerksomheten i voksenpsykiatrien med hensyn til å ha familiefokus, og la foreldrerollen og barnas situasjon bli en naturlig del i behandlingsforløpet. Forhåpentligvis kan studien bidra til å gjøre det enklere for helsepersonell å ta opp foreldrerollen og barnas situasjon med foreldre.

Jeg har latt meg inspirere av Karl Poppers (1981) når han hevder *”jeg kan ta feil og du kan ha rett, og ved felles anstrengelse kan vi komme nærmere sannheten”*. Ut fra utsagnet ser jeg muligheten for at studien kan være et bidrag for å korrigere tidligere oppfatninger og således være et lite skritt nærmere en sannhet om de fenomener jeg setter søkelyset mot.

Det har også vært et mål at arbeidet skal være praksisnært og relevant for veiledere i Barnas Time, og andre i lignede situasjoner. Det er et overordnet mål at flest mulig barn i risikogrupper (barn av psykisk syke/barn som pårørende) skal få en mulighet til å bli inkludert, informert, sett og hørt av sine foreldre og helsepersonell, i forhold til den situasjonen og de belastninger de kan ha, som følge av foreldrenes sykdom og problemer.

2 PROBLEMSTILLING

2.1 Begrunnelse og formål

Flere, blant annet Nordenhof (2005), viser at alle pasienter bekymrer seg for sine barn, uavhengig av diagnose. Både Nordenhofs og egen erfaring fra voksenpsykiatrien er at man ikke kan hjelpe barna lengre enn foreldrenes tillit tillater. Nasjonale og internasjonale studier viser at foreldrerollen og barnas situasjon er et ømtålig tema for foreldre med psykiske og/eller rusproblemer (Pihkala og Johansson, 2008). Som helsepersonell er man avhengig av foreldrenes samtykke for å få anledning til å informere, møte og komme i dialog med deres barn. Barnas Time er ment som et bidrag til å gi forebyggende helsehjelp til barn som trenger det, så tidlig som mulig. For å tilegne Barnas Time til psykisk syke foreldre, og tilby noe som kan dekke et opplevd behov, anser jeg det som viktig å vite hvor de opplever ”skoen trykker”.

Hvordan helsepersonell møter foreldre er viktig, og kan ha betydning for om de vil delta i dialog om ømtålige tema og takke ja til intervensjonsmetoder som tilbys. De fleste takker ja til Barnas Time, men noen avslår. Tilsynelatende kan de vise at de ikke ønsker å snakke om foreldrerollen, barnas situasjon eller delta i familiesamtale. De kan være unnvikende i begrunnelsene for avslag, og til eksempel si at de ikke vil skremme barna, eller har god kontakt med dem og vil forklare selv. Som behandler eller veileder kan man oppleve ikke å komme nært nok, til å skape en trygg og god dialog om foreldrerollen og barnas situasjon, før forelderens avviser temaet og tilbudet. Avvisning kan jo være en riktig vurdering av foreldre, men min undring har likevel medbrakt spørsmål om avvisning og avslag kan skyldes redsel for innblanding av ukjent årsak. Som behandler kan man kjenne usikkerhet i forhold til forelderens evne til å ivareta barna, men ikke ha kjennskap nok til barnas situasjon, støtte i nettverk etc. til å sende bekymringsmelding til barnevernet. Er det disse foreldrene vi helst skulle oppnådd god dialog med? Hva skal til for at de kan oppleve trygghet i forhold til at helsepersonell ønsker dem og barna godt? Killén (2004) hevder at foreldre i omsorgssviktsituasjoner vil være engstelige for å eksponere seg, bli fordømt og miste barnet. De vil som oftest forsøke å ta vare på seg selv, blant annet ved bagatellisering, benektning og projisering, og etablerer strategier for å opprettholde autonomi.

Et viktig spørsmål blir da hvordan helsepersonell kan bidra til å skape trygg dialog og felles mål med foreldre, nemlig trygghet og forutsigbarhet i hverdagen for barna. Når det ikke

oppnås trygg dialog med foreldre omkring dette, kan barna sett med våre øyne ”frarøves” en mulighet til å få informasjon, fortelle eller stille spørsmål knyttet til forelderens lidelse og egen situasjon. Dette var bakgrunnen for min søken etter dypere kunnskap og forståelse om psykisk syke foreldres opplevelser, erfaringer og meninger om sin egen foreldrefungering og barnas situasjon, og opplevelsen av hvordan de ble møtt i voksenpsykiatrien i forhold til disse områdene.

Med studien ønsker jeg å belyse en liten del av en større sammenheng, nemlig de ufordringer foreldre med psykiske og/eller rusproblemer kan ha i forhold til foreldrerollen og barnas behov. Studiens begrensninger gjør at jeg ikke får spurt de som avsto Barnas Time. I forsøket på å få svar valgte jeg derfor å spørre de foreldre som har deltatt, om hva de tror kan være årsak til at andre kan vegre seg og takke nei. Spørsmålet stilles fordi de selv kan ha vurdert fordeler og ulemper. Erfaring med at foreldre som har deltatt på pasientundervisning om tema ”foreldrerollen og barnas situasjon”, snakker sammen både under undervisningen og i etterkant, var også medvirkende. Jeg ønsker at studien kan vise styrker og svakheter ved det vi tilbyr i dag og belyse behov. Med andre ord å evaluere dagens tilbud. Forhåpentlig vil studien bidra til diskusjon, og funnene medføre en tilpasset praksis, hvor flest mulig foreldrene vil føle tillit til å ta i mot tilbud om Barnas Time (familiesamtaler) og/eller annen hjelp ved behov. Det blir derfor viktig å se videre på følgende problemstilling:

”Hvordan opplever psykisk syke foreldre egen foreldrefungering, barnas situasjon og tilbudet Barnas Time?”

For å få svar på en omfattende problemstilling har jeg valgt å dele den i følgende områder:

1. Forelderens opplevelse av egen foreldrefungering og barnas situasjon
2. Forelderens opplevelser av samarbeidet med helsepersonellet og tilbudet Barnas Time.

2.1.1 Presisering og avgrensning av problemstilling

Studien innbefatter kun den forelder som har vært innlagt og har deltatt i Barnas Time. Barna og den andre forelder ble ikke spurt. Det samme gjelder foreldre som svarte nei til å delta i Barnas Time. Jeg har fokusert på foreldrenes opplevelse av egen foreldrefungering og risikofaktorer for barna, og utelatt fokus på resiliensfaktorer.

3 TEORETISK FORANKRING

I dette kapittel fokuseres de teoribegreper jeg mener kan bidra til økt forståelse av empirien senere i arbeidet. Jeg har ikke foretatt en grundig utgreiing av begrepene, men har foretatt en refleksjon om deres betydning. I neste omgang vil det forhåpentligvis bidra til en bedre forståelse av hvordan psykisk syke foreldre kan oppleve egen foreldrefungering, barnas situasjon, helsepersonells tilnærming og Barnas Time.

Noe av det teoretiske grunnlaget er valgt ut fra hva som har vært brukt i tidligere forskning på området. Lang erfaring fra feltet har også farget valget. Datamaterialet har i tillegg medført behov for teori for å utdype funnene og egen forståelse.

3.1 Livskvalitet

Litteraturen viser at det finnes flere definisjoner på livskvalitet, og at de er flertydige. I denne studien har jeg valgt å legge Næss (2001) sin forståelse og definisjon til grunn. Næss definerer livskvalitet som psykisk velvære i betydningen det å ha det godt, og av å ha en grunnstemning av glede. Livskvalitet blir dermed en tilstand hos den enkelte, en intrapsykisk tilstand som ikke kan observeres. Næss sin definisjon omfatter både kognitive og affektive opplevelser. Med det kognitive forstår hun opplevelser som inneholder tanker og vurderinger, mens det affektive referer til følelsesmessige tilstander. Næss påstår at dette har en verdifilosofisk begrunnelse gjennom å legge til rette for en forskning for å fremme psykisk velvære i befolkningen. Man kan anta at foreldrenes opplevelse av egen foreldrefungering og barnas situasjon kan ha betydning for deres livskvalitet.

3.2 Stress og mestring

Psykisk sykdom kan forstås innenfor et stressteoretisk rammeverk. Stress kan forstås både som årsak til, opplevelse av og konsekvens av en belastning. Jeg har valgt Lazarus og Folkmans (1984) stress- mestrings-teori som grunnlagsforståelse. Teorien framstår ikke som noen lovmessighet, men den forklarer både hva som skjer og kan skje i samspillsituasjoner mellom mennesker. Teorien kan slik jeg ser det, sammen med fysiologisk kunnskap, forklare

konsekvensene dersom belastningen blir for stor, og en energikrevende stresstilstand inntreffer, som kan medføre maktesløshet og lite overskudd.

Lazarus og Folkman (1984, s. 19) definerer stress som en indre konfliktopplevelse som skyldes en rekke forhold. Det kan være følelsen av ikke å mestre, følelse av overbelastning, av å komme til kort i forhold til krav og påkjenninger, samt en opplevelse av å være under press på en slik måte at det oppleves ubehagelig og smertefullt, altså hendelser som kan virke truende på individets velvære og livskvalitet. De sier videre s. 259 at: *“Stress is created by mismatches between individual and social identities. Social systems create demands and resources for the individual. Stress results when these demands create conflict, are ambiguous, or lead to overload.”* Dersom organismen blir utsatt for overbelastninger (ytre eller indre) som overskrider (*tax or exceed*) ens ressurser vil hjerne og nervesystem registrere at ekstra ressurser må mobiliseres. Et sosialt system vil alltid skape krav og forventninger. For psykisk syke kan både sykdom og opplevde krav medføre en stresstilstand som tapper organismen for energi. Denne ubehagelige stresstilstanden vil organismen både hormonelt og nevrologisk søke å oppheve. Det mobiliseres ressurser for å oppnå likevekt. Dersom stresssituasjonen består over tid, vil den tappe organismen for krefter og overskudd, noe som kan redusere engasjementet negativt i forhold til barna. Den psykisk syke forelder kan oppleve å ha mer hengende over seg enn han opplever å makte med. Det kan være en opplevelse av å ikke strekke til, pålegge seg selv bekymringer, bli kritisert og gå på gjentatte personlige nederlag som å ikke å greie å stille opp i forhold til barnas forventninger, krav og behov. Sykdommen kan for noe resultere i utmattelse, nedsatt yteevne med følelsen av å komme på etterskudd. Dette kan gi dårlig samvittighet og redusert selvfølelse.

I denne studien velger jeg å se på stress som den spenningstilstanden som oppstår når individer (foreldre og barn) utsettes for eller møter problemer og utfordringer som krever flere ressurser enn det vanligvis rår over.

3.3 Mestringsstrategier

Kognitiv vurdering er sentralt i Lazarus og Folkmans (1984) stressmestringsprosess. Den avgjør om en hendelse blir vurdert til å være en trussel mot psykologisk velvære. Lazarus og Folkman definerer mestringsstrategi som spesifikke atferdsmessige og/eller psykologiske forsøk på å mestre, tolerere og redusere stressende hendelser. Slik sett vil noen hendelser være

stressende for noen, men irrelevante for andre. Mestring er det personen føler, tenker og faktisk gjør i en gitt situasjon for å endre på forholdet mellom personen og omgivelsene. Mestring kan ifølge Lazarus og Folkman være mer eller mindre hensiktsmessig. Spesielt i vanskelige, kaotiske og stressende situasjoner kan man velge strategier som i ettertid kan framstå som lite heldige. Sterke følelser kan påvirke hvordan situasjonen oppfattes.

3.3.1 Lært hjelpeløshet

Sentralt i Seligmans (1975) teori om lært hjelpeløshet er at individet opplever mangel på forutsigbarhet, kontroll og mulighet til å gjøre noe med situasjonen. Man opplever at ikke noe nytter, og man ikke kan gjøre noe med situasjonen, forblir i en passiv situasjon, resignerer, mister motivasjon og blir lett sittende igjen med en følelse av mislykkethet og verdiløshet. I verste fall kan dette ende med en kronisk tilstand.

Dersom man i tidligere læringshistorie har erfart at man kan gjøre noe med sin situasjon, vil man på en måte være "*immunisert*" mot lært hjelpeløshet. På samme måte er det viktig å få fram at lært hjelpeløshet i en situasjon kan generaliseres over til andre situasjoner og i slike tilfeller kan det gi store implikasjoner for individet (Seligman, 1975; Hiroto og Seligman, 1975). Dersom man har lært at man ikke klarer med noe, blir det lett til at man trekker seg tilbake og inntar en passiv tilstand, og kanskje med svekket selvoppfatning som resultat. Man vil være tilbøyelig til å tro at suksess eller feil er uavhengig av egne ferdigheter og handlinger. En følelse av opplevd hjelpeløshet er ofte assosiert med fysisk og psykisk ubehag og smerte, og kan slik sett representere en energikrevende stressituasjon.

Seligman fant at deprimerte hadde større tendens til negative tanker enn "*friske*". Det å ikke tro at noe nytter er passiviserende. Gjentatte erfaringer i livet knyttet til ukontrollerbarhet, eller ikke å lykkes eller klare med, vil igjen kunne ha konsekvenser for selvfølelse og livskvalitet. En følelse av ukontrollerbarhet, kan blant annet resultere i manglende evne til å føre dialog med andre. Lært hjelpeløshet er i følge Seligman (1975, s. 84) gjennomgående i depresjon, og det produserer "*passivity, psychomotor retardation, intellectual slowness, and social unresponsiveness; in extreme depression it can produce stupor.*" Det avgjørende er om man attribuerer mislykkethet til interne eller eksterne årsaksfaktorer. De som har en tendens til å finne årsaker i seg selv, "*at det er min feil, min verdiløshet*" som er årsaken, er mer sårbare for å utvikle en psykisk lidelse. En underliggende forventning om at en ikke kan

påvirke situasjonen, vil også redusere motivasjon og initiativ til å gjøre noe med eksempelvis en ubehagelig og vanskelig livssituasjon. Nå er det ikke slik at Seligman mener at lært hjelpeløshet karakteriserer hele spekteret av depresjon, men *”only those primarily in which the individual is slow to initiate responses, believe himself to be powerless and hopeless, and sees his future as bleak- which began as a reaction to having lost his control over gratification and relief from suffering.”* (Seligman, 1975, s. 81). Seligman er også klar på at hjelpeløshet er en ubehagelig stresstilstand som kan få store konsekvenser både fysiologisk, psykisk og kognitivt.

Han poengterer at barndom er en spesiell sårbar fase. Manglende kommunikasjon og det å modellere hjelpeløshet overfor barn ser man kan være uheldig, men barn kan også bli forklart og opplært til å innta en positiv innstilling til det å greie med.

Det kognitive elementet i Seligmans teori er forventningen om at et utfall av det en foretar seg er uavhengig av det en utfører. Det er forventningen og ikke den objektive tilstanden som ser ut til å ha betydning for utfallet. Begrepet forventning er også sentralt hos Albert Bandura.

3.3.2 Self – efficacy

Begrepet self- efficacy er knyttet til Albert Bandura (1925-). Begrepet har i de senere år fått stor betydning og anvendelse innen helse, både når det gjelder det å leve med helsesvikt og endring av uheldig helseatferd (Schwarzer, 1992). Bandura har definert self- efficacy som en persons tro på egen evne til å lykkes i spesifikke situasjoner. Til forskjell fra Seligmans teori snakkes det her om en positiv mestringsforventning, dvs. en forventning om at en kan mestre å utføre en gitt atferd og at den vil lede til et gitt resultat. Med en positiv mestringsforventning vil man foreta større anstrengelser for å nå et mål, håndtere utfordringer på en bedre måte, og ikke gi opp så lett. Individet årsaksforklarer ikke det å mislykkes til personlige svakheter som for eksempel mangelfulle evner, men til *”neste gang vil jeg lykkes ved å jobbe litt mer.”*, og i det ligger en positiv tro på egne muligheter. Man vil altså ikke unngå å prøve selv om utfordringene synes vanskelige. En hjelpeløs tilnærming vil i motsetning være *”det nytter ikke, jeg kan ikke påvirke min situasjon”*. Ifølge Bandura vil personlige målsettinger klart påvirkes av opplevd self- efficacy.

Utvikling av et sterkt self- efficacy skjer i følge Bandura gjennom:

1. Mestringsopplevelser. Det å lykkes øker self- efficacy
2. Modellfunksjon. *“Seeing or visualizing other similar people perform successfully...”*
3. Verbal/sosial overbevisning (persuasions)
4. Personenes fysiologiske og emosjonelle reaksjoner som kan ha betydning for hvordan en vurderer sine “capabilities”.

(Bandura, 1986, s. 399 – 403; Bandura, 1994, s. 71 - 72).

Ut fra generell utviklingspsykologi er det grunn til å tro at tidlig barndom og oppvekst er sentralt for utvikling av self- efficacy, da en ser betydningen av at nærpersoner er der, ser dem og er gode rollemodeller, og i stand til å gi barna positiv oppmerksomhet på det de mestrer.

3.4 Selvoppfatning

Det finnes ulike teoriretninger innenfor selvoppfatningsbegrepet, og om hva som former og opprettholder en persons vurdering av seg selv. Rosenberg (1979) hevder at selvoppfatning er en fellesbetegnelse på alt vi vet, tror og føler om oss selv. Dette inkluderer forventninger om mestring av bestemte aktiviteter og har stor betydning for motivasjonen. Han skriver (1979, s. ix) at selvbegrepet er *“the totality of the individuals thoughts and feelings with reference to himself as an object”*. Både selvoppfatning og motivasjon er et resultat av tidligere erfaringer.

Med selvoppfatning mener Skaalvik og Skaalvik (2005) enhver oppfatning, vurdering, forventning, tro eller viten som en person har om seg selv. Det å verdsette seg selv lavt eller ha lav selvakseptering er en subjektiv ubehagelig tilstand, som kan få store konsekvenser for vår psykiske helse. Ystgaard (1993) fant sterke sammenhenger mellom selvverd, psykisk stress og selvmordstanker hos elever i videregående skole. Personer med lav selvverd har sammenlignet med andre grupper, flere symptomer på sviktende mental helse som i følge Skaalvik er en viktig dimensjon ved livskvalitet. Dette kan gi seg utslag i psykosomatiske symptomer (hodepine, magesmerter), depresjon, angst og stress. De oppfatninger en person har av seg selv er en viktig forutsetning for personens tanker, følelser, motiver og handlinger. Selvoppfatning har sine røtter i tidligere erfaringer, og hvordan disse er forstått og tolket.

Selvoppfatning kan i følge Skaalvik og Skaalvik (2005, s. 81) deles inn i *den reelle selvoppfatning* som er hans bevisste oppfatning av seg selv, og *ideell selvoppfatning* som er hvordan han ønsker å være. Man kan tenke seg at foreldre med psykiske lidelser og rusproblemer kan oppleve stort avvik mellom disse oppfatningene av seg selv. Oppfatningene kan endre karakter i tråd med endringer i sykdomsbildet, og være mer eller mindre realistiske sett med andres øyne. Stort avvik mellom den reelle og den ideelle selvoppfatningen kan medføre dårlig samvittighet (Skaalvik og Skaalvik, 2005). Det finnes ulike teorier på hva samvittighet er. Et vanlig syn i dag er at samvittighet er et produkt av sosial læring og oppdragelse. Den behøver ikke være riktige eller i samsvar med allment vedtatte moralske eller religiøse normer og bud. Ifølge Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon (1983), betegnes samvittighet som en egenartet følelse av behag eller ubehag, hvorved en person opplever sine egne handlinger som moralsk rette eller gale (god eller dårlig samvittighet).

3.5 Viktige foreldrefunksjoner

God foreldrefungering forutsetter en rekke sentrale og viktige funksjoner som kan bli lidende når foreldre sliter med psykiske og/eller rusproblemer. Killén (2004) viser til at de foreldre man karakteriserer som "*depressive*" er de man hyppigst møter i omsorgssviktsituasjoner. Dette kan ha sammenheng med foreldrenes tilstand, og deres livserfaringer som understreker nederlagsfølelsen og reduserer selvaktelsen. Blant annet kan lidelsen og ytre belastninger påvirke foreldrefungeringen med hensyn til forelderens holdninger, det følelsesmessige klima i familien, grad av utviklingsstøtte og tilknytningsmuligheter. I følge Killén er de vesentligste av foreldrefunksjonene de følelsesmessige og kognitive. Disse kan rammes i større eller mindre grad, i kortere eller lengre tid, både ved psykisk sykdom og rusavhengighet.

Barnet er avhengig av trygge forutsigbare omsorgspersoner. Killén (2004, s. 188) definerer syv viktige foreldrefunksjoner, som har nær sammenheng og derfor veves inn i hverandre.

Disse benevner hun som:

- Evne til å oppfatte barnet realistisk
- Evne til realistiske forventninger om de avhengighets- og følelsesmessige behov barnet kan dekke
- Evne til realistiske forventninger til barnets mestring
- Evne til å engasjere seg i positivt samspill med barnet
- Evne til empati med barnet

- Evne til å prioritere barnets mest grunnleggende behov fremfor egne
- Evne til å bære egen smerte og frustrasjon uten å måtte avreagere på barnet.

Når det gjelder forelderens evne til empati skriver Killén (2004, s. 197) at den av flere er blitt vurdert til den viktigste av foreldrefunksjonene. Hennes definisjon på empati lyder: *”Empati er en kognitiv og følelsesmessig prosess, en kompleks ferdighet som består av tre elementer:*

- *Evnen til å differensiere og sette navn på en annens tanker og følelser.*
- *Evnen til å ta en annens rolle, og sette seg mentalt i en annens sted.*
- *Evnen til å være responderende i forhold til den annens følelser.”*

Foreldre bør kunne organisere og strukturere tilpassede læringssituasjoner for barnet, etter hvert som det vokser og utvikler seg. Det krever at de er sensitive for barnets endrede behov, er fleksible og tilpasser seg. Dette kan være utfordrende og energikrevende.

3.6 Informantenes psykiske sykdom

Når det gjelder psykisk sykdom er det vanskelig å finne en universell akseptert, spesifikk og presis definisjon. Definisjoner avhenger blant annet av samfunnets normer og regler, som er forskjellige og endres over tid. I litteraturen ser man at ulike benevnelser er brukt. Jeg benevner det som psykisk sykdom når det medfører svekkelse i forhold til kognitive, følelsesmessige og/eller ivaretaende funksjoner. Psykisk sykdom kan inkludere tilstander som omfatter forstyrrelser både i tanke, humør og atferd, som kan medføre redusert evne til å fungere psykologisk, sosialt og mellommenneskelig. Dette kan gjøre det vanskelig å innfri forpliktelser i både hjemmet, skole og arbeid. Jeg har tatt utgangspunkt i forskning som viser at psykisk sykdom og rusproblemer kan gi redusert foreldrefungering og medføre risiko for barnas helse.

Psykiatriske diagnoser varierer over et vidt spekter fra dyp depresjon, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser til psykoser. Noen studier viser at foreldrenes diagnoser ikke entydig er en avgjørende variabel for barns vansker, da disse kan oppstå på tvers av foreldrenes diagnoser. Nordenhof (2005) hevder det er en sammenheng mellom foreldrenes diagnose og barns vansker, mens andre (Musick, Stott, Spencer, Goldman og Cohler 1987; Rutter og Quinton, 1987) ikke er like entydige på dette. Mange studier viser stor risiko for

barn dersom en av foreldrene har depresjon (Ashman, et al. 2002; Beardslee, 2002; Beardslee, Gladstone, Wright og Cooper, 2003; Beardslee, Wright, Gladstone og Forbes, 2007; Riley, et al., 2008), mens det er gjort få studier av barn av foreldre med personlighetsforstyrrelser, men de få studiene er imidlertid alarmerende (Berg- Nielsen, 2010). Flere studier, bl.a. Ashman, et al., (2002) viser at psykisk sykdom (depresjon) med mangelfull omsorg i tidlige barneår vil resultere i stressende tilstander hos barna. Berg- Nielsen (2010) sier at poenget er at det er foreldreatferden uavhengig av foreldrenes eventuelle symptomer som ser ut til å være avgjørende for barna. I denne studien er to av informantene fedre, og det er viktig å øke bevisstheten om at også fedrenes psykiske helse har stor betydning for barnets psykiske helse. Dette er et faktum som inntil i dag i stor grad blir oversett (Slinning og Eberhard-Gran, 2010).

Jeg har her valgt å gi en kort beskrivelse av depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser som var informantenes diagnoser. Noen hadde i tillegg rusproblemer. Beskrivelsen er valgt for at leser bedre kan forstå resultatene og informantenes opplevelse av sin egen og barnas situasjon sett i lys av dette.

3.6.1 Depresjon

Depresjon er en samlebetegnelse for en rekke psykiske lidelser med en del felles kjennetegn som eksempelvis: nedtrykthet, fortvilelse, konsentrasjonssvikt, hukommelsesproblemer, initiativløshet, søvnproblemer, følelse av utilstrekkelighet og lav selvfølelse, redusert energi, tretthet og utmattelse, irritabilitet, uforklarlig indre uro og rastløshet der angst og angstanfall kan forekomme (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003). Depresjon kan være en enkelt episode, gjentatte episoder, kronisk, tilpassningsforstyrrelse eller som ledd i annen sykdom. Alle informantene var innlagt på grunn av depresjon, og beskriver flere av disse kjennetegn som fremtredende symptomer. Beardslee beskriver depressive foreldres hverdag på følgende måte:

“When parents become depressed, they bear a double burden. Even as they wrestle with the darkness that clouds their lives, they must struggle to maintain their role as guardians of their childrens future. Making matters worse, depression is often completely mystifying both to the sufferers and to those around them” (Beardslee, 2002, s. 3).

3.6.2 Angst

Ordene angst og frykt brukt i hverdagsspråket, forstår vi noenlunde likt. Patologisk eller sykkelig angst derimot er preget av at angsten enten har mistet sin vanlige signalfunksjon ved at den kan utløses i objektivt ufarlige sammenhenger, er for sterk og langvarig i forhold til den objektive faren, eller den knytter seg til fare som ligger urimelig langt inn i fremtiden (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003). Informantene i denne studien kan mene forskjellige ting når de snakker om sin angst. Panikkanfall kan betegnes som plutselig innsettende anfall, eller være situasjonsbetingede, med sterk angstfølelse og kraftige kroppslige reaksjoner. En skremmende følelse av å dø, bli gal eller miste kontroll overvelder gjerne vedkommende (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003). To av informantene har erfaring med denne type anfall. Depresjon og angstproblemer er som regel samforekommende. Unngåelsesatferd er ikke en type angst, men den vanlige måten å unngå angst på. Fordi angst er en ubehagelig følelse, vil de som har opplevd sykkelig angst raskt starte med unngåelsesatferd for å slippe unna flere angstopplevelser. I verste fall kan unngåelsesatferden lede til store begrensninger i livsutfoldelsen (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003).

3.6.3 Personlighetsproblematikk

Personlighetsproblematikk, personlighetsforstyrrelser eller personlighetstrekk kan ha mange uttrykk og påvirke omgivelsene i varierende grad (ICD – 10). Felles er at de utgjør interpersonelle forstyrrelser, det vil si vansker i mellommenneskelige relasjoner. De kan ha en indre tomhetsfølelse, redsel for å bli forlatt og en kognitiv svikt. Personlighetsforstyrrelser kan medføre at personen (forelderen) kan bli aggressiv, anklagende og oppmerksomhetskrevende, ha manglende empati, unnvikelse, avhengighet og tvangsatferd. Dette kan medføre uforutsigbarhet, og virke belastende på barna. En blanding av ulike personlighetstrekk er ikke sjelden. Personlighetsproblemene vil ikke nødvendigvis oppleves som noe de trenger hjelp med. Følgene kan bli at venner, naboer, familie og lærere kan oppleve dem som vanskelig og manipulerede, og det oppstår gjerne konflikter. Det finnes få studier som har undersøkt barn av foreldre med personlighetsforstyrrelser, noe som kan skyldes at de ofte er dårlig fungerende uten at de selv har innsikt i det. De få forskningsstudiene som foreligger av barn med personlighetsforstyrrede foreldre er ganske alarmerende (Berg-Nielsen, 2010).

Ved psykisk sykdom og personlighetsproblemer kan det oppstå umodne reaksjonsmåter. Begrepet umodenhet anvendes til å betegne atferd hos voksne som ligner atferd hos barn på ulike alderstrinn (Killén, 2004). Dette kan bli mer fremtredende ved store krav og belastninger.

3.7 Konsekvenser for foreldrefunksjon ved psykisk sykdom

Forskningsresultatene fra ulike studier av barn med psykisk syke foreldre viser klart at sykdommen kan redusere evnen til å ta seg av barna (Axelsson- Östman og Johansen, 1995; Gurian, A., 2003; Hart og Brassard, 1987; Rutter og Quinton, 1984), men det er viktig å være tydelig på at det ikke er likhetstegn mellom psykisk sykdom og dårlig foreldrefungering. Psykisk sykdom er ikke noe statisk, og problemene kan variere over tid. Noen klarer foreldreoppgavene godt tross sin sykdom. Risikofaktorene betyr heller ikke at foreldre ikke ønsker det beste for barna sine, men at sykdommen kan medføre en ufrivillig og utilsiktet svikt i foreldrefungeringen. Som andre foreldre er også foreldre med psykisk sykdom bekymret for sine barn (Nordenhof, 2005; Stenbak, Møller og Børjesson, 2005). Wang og Goldschmidt (1994) hevder også at foreldrene er bekymret for barna, og at de ønsker profesjonell hjelp til familien for å kunne snakke bedre sammen.

Psykisk sykdom er energikrevende og kan gå ut over foreldrefungering i forhold til evne og kapasitet til å delta i barnas lek, leksearbeid og fritidsaktiviteter (se stress som forklaringsmodell). Sykdommen kan medføre at barnet ikke oppfattes på en god og realistisk måte, og mange barn vil av den grunn ikke oppleve å bli sett, hørt eller bekreftet. Andre risikofaktorer kan være alvorlighetsgraden i sykdommen, tidlig debut, om tenkningen preges av fiendtlighet eller negativitet, om det er flere psykososiale belastninger, samsykdom, betydelig funksjonsnedsettelse, svært involverende eller lite responsivitet, eller har dårlig sosial kompetanse. En kaotisk familiesituasjon med eksempelvis urealistiske forventninger, lite respons og oppmuntring og redusert evne til funksjonell og effektiv problemløsning, kan lett resultere i at man forsterker negativ uønsket atferd. Dette må vi se i relasjon til konsekvensene av stress.

Foreldre med psykiske lidelser kan overinvolvere seg, eller overse barnet avhengig av egen sykdom eller problemer på et gitt tidspunkt. I det ene øyeblikket kan den syke reagere hensiktsmessig og raskt på barnets emosjonelle uttrykk, i det neste ikke. Utilgjengelighet og

uforutsigbarhet kan bli opplevelsen barnet sitter igjen med, og dette kan virke forvirrende på barnet. Sykdommen kan medføre at forelderen i større eller mindre grad mister selvinnsikt, og ikke ser realistisk på barnet (Skjerfving, 2005, s. 27). Når både forelderens tilgjengelighet og foreldrefungering påvirkes, forandrer det hverdagslivet for barnet og familien forøvrig. Eksempelvis kan en forelder som er psykotisk eller har alvorlig personlighetsforstyrrelse ha urealistiske forventninger til barnet, ikke greie å bære egen frustrasjon og avreagere på barnet. En deprimert mor kan være ute av stand til å glede seg over barnet, engasjerer seg positivt, eller prioriterer å delta i barnets aktiviteter. Om dette vedvarer og barnet ikke blir forklart, og ingen andre omsorgspersoner overtar disse funksjonene er det alvorlig. I slike situasjoner kan barnet bli mer omsorgsgiver for forelderen enn at forelderen søker å dekke barnets behov. Glistrup (2006) benevner barna som *"de små voksne"*, når hun omtaler barn som utvikler sin kompetanse av nød, og som utvikler særlige *"antenner"* i forhold til hva den voksne har behov for, hva som er galt og til å forutse hvordan den voksnes tilstand forandrer seg.

Det fremheves at de barna som klarer seg best, har en mor, som tross sin sykdom, er vennlig overfor barnet, er mer utadvendt, selv har venner og kanskje også arbeid (Therkildsen, 1998). Foreldre kan ha sykdommer som gir symptomer i korte perioder, og ellers er friske og velfungerende. Dersom de har innsikt i dette, og i gode perioder forklarer barna om sykdommen, kan det redusere belastningen for dem. Når forelderen har god kontakt med øvrige familie og venner, er det positivt for barnets situasjon i sykdomsperiodene (Therkildsen, 1998).

3.7.1 Sykdommens påvirkning på kommunikasjonen i familien

Et barn får en stabil og emosjonelt positiv relasjon til en annen person dersom det får gå inn i et kommunikasjonsmønster som gir det repeterende, forutsigbar og anerkjennende bekreftelse. Regelmessig og utviklingsstøttende kommunikasjonsorganisering bidrar til at barnet fremstår som trygt. *"På samme måte kan en si at et barn fremstår som utrygg og usikker dersom det må forholde seg til et kommunikasjonsmønster som er uforutsigbart med hensyn til hvilken emosjonell bekreftelse barnet får ved å gå inn i kommunikasjonen"* (Øvreeide, 2000, s. 42).

Når en i familien rammes av sykdom/problemer påvirker det de andre på ulikt vis og vil også påvirke kommunikasjonen (Minuchin, 1978). Forelderens sykdom kan frambringe ulike følelser både hos den syke, den andre forelderen og barna, eksempelvis sinne, frykt, angst,

tristhet og skam som kan medføre stress. Stressfølelsene kan i neste omgang påvirke kommunikasjonen ved at foreldre instinktivt har et beskyttelsesbehov overfor sine barn, og skjerner dem ofte fra sann og rett informasjon. Eide og Rohde (2009) kaller dette å bevege seg inn i "*beskyttelseslandskapet*" der det blir vanskelig å skille mellom behov for å beskytte seg selv og beskytte de andre. Barna kan beskytte foreldrene som de ser sliter med noe eller er usikre på med hensyn til reaksjoner. Dette kan medføre at både foreldre og barn forsøker å skjule sine emosjonelle reaksjoner for hverandre og overser eller har antagelser om hva den andre tenker, ønsker eller har til hensikt.

Ved flere psykiske lidelser, blant annet depresjon, er det ofte en innadekvat forståelse av sykdommen i familien. Dette kan skape en følelse av sinne og frustrasjon hos barna. Det kan være over at mor er "*lat*" eller "*ikke forsøker å gjøre noe for å bli bedre*", eller en følelse av tristhet over at mor er sint på dem eller ikke er glad i dem. Ofte har barna vasket med å forstå hvorfor mor reagerer så forskjellig fra tid til tid og fra situasjon til situasjon, og at mor ikke lengre bruker så mye tid sammen med dem som tidligere (Riley, et al., 2008; Boyd, Diamond og Bourjolly, 2006; Beardslee, Gladstone, Wright og Cooper, 2003). Forfatterne viser også til at psykisk sykdom hos et eller begge foreldre påvirker familiens interaksjon og kommunikasjon. Når en forelder er deprimert er det en signifikant risiko for at varme og sammenheng vil reduseres og kommunikasjonen vil bli forstyrret, negativ og ineffektiv. Ofte ser en redusert hengivenhet mellom foreldre og barn på grunn av forelderens hyppige utbåsninger, irritabilitet og selvopptatthet. Den emosjonelle tilbaketrekningen som karakteriserer bl.a. depresjon, begrenser kommunikasjon omkring daglige erfaringer slik at foreldrene blir uvitende omkring barnas daglige aktiviteter og forhold som angår skole, familie og venner (Riley, et al., 2008, s. 15). Riley poengterer at resultatet kan bli at familien ikke blir i stand til å samarbeide om å identifisere hverandres behov og løse problemer. Til og med hvis mor anerkjenner sin egen depresjon, skam og det at sykdommen kan være en byrde for barnet, så oppstår en hindring i det å diskutere forelderens sykdom. Det medfører at familiemedlemmene finner det vanskelig å dele sorger, sinne, frykt og forvirring. Det at man ikke greier å kommunisere disse sterke følelsene, kan forstørre følelsen av krenkelse, skyld og skam og kan forårsake at familiemedlemmene vokser fra hverandre. Når det skjer en form for sammenbrudd i kommunikasjonen betyr ikke det nødvendigvis stillhet, og mange foreldre og barn forteller om høyt konfliktnivå (Eide og Rohde, 2009). Killén (2004) hevder at oppvekst i en familie der kommunikasjonen ikke fungerer og foreldre ikke er psykisk til stede for sine barn, kan være alvorlig for barnets utvikling.

Oppdragelsen kan bli lidende ved at foreldrefungeringen ved psykisk sykdom lett blir ineffektiv og inkonsekvent, eksempelvis ved å veksle mellom en slapp og en stram (hardhendt) tilnærming når de opplever at barna viser uakseptabel atferd. Mønster av uforutsigbar oppdragelse, inkonsistent disiplin, irregulære daglige rutiner kan bidra til vedvarende stress hos barna og en følelse av mangel på kontroll. I følge Seligman (1975) så er mangel på kontroll en viktig årsaksfaktor for utvikling av lært hjelpeløshet. Dette blir også en situasjon som kan bli ukontrollerbar for foreldrene. Dette samsvarer med egne erfaringer i møte med foreldre som har innsett at de er syke og sett at det går ut over barna, men ikke greier å gjøre noe med det og forblir i en passiv tilstand. Riley et al. (2008) synliggjør også at høyt stress og familiekonflikt er hyppig forekommende i disse familiene. Psykisk sykdom, inkludert depresjon kan begrense utendørs aktivitet og forbindelser, og resultere i at familien i økende grad blir sosialt isolert, noe som får konsekvenser både for de voksne og barna. Det reduserer barna fra å motta støtte fra andre voksne omsorgspersoner.

Flere foreldre i studien har hatt gjentatte depresjoner over flere år, noe en kan anta har påvirket foreldrefungeringen og barna over tid. Studien viser at barn fra alle familier har problemer (psykiske, konsentrasjon, skole) i den grad at det har medført behov for hjelp og hjelpetiltak. I dag vet man at mors/foreldres depresjon er spesielt skadelig for barnet jo tidligere i barnets liv en mor (forelder) er deprimert. Brodén (2007, s. 120) skriver at utsondring av stresshormoner har en direkte innflytelse på utvikling av fostrets hjerne. Barn er ikke født til å ta ansvar for kontakt, men er avhengig av at andre tar ansvar for å gi signaler og svare på signaler (kommunisere). Det er alarmerende dersom deprimerte kvinner *”bedømte deres nyfødte barns evne som ringere enn det, den objektive test viste”* (ibid. s. 145). Videre skriver hun s. 146 at disse resultatene viser at det er en risiko for, at barn av deprimerte mødre allerede prenatalt blir påvirket av morens negative oppfattelse, og at innflytelsen fortsetter ved fødsel. For tretti år siden ble nyfødte beskrevet som passive, ikke kommuniserende og hjelpeløse, mens man i dag mener at barnet fødes med gråt som kommunikasjonsmåte og er avhengig av at gråten appellerer til forelderens (Brodén, 2010). Svar på spedbarnets signaler må skje innen sekunder for at barnet kan oppleve det som et svar og ikke være glemmt. Forelderens følelser og respons er med på å utvikle barnets selv og dets personlighetsutvikling. Når man er deprimert er fokuset sentrert om egne indre følelser, og det tar tid og er vanskelig å hente seg inn og innstille sin oppmerksomhet på barnet. Om forelderens svar kommer for sent frarøves barnet mulighet for å bygge opp forventninger og

indre strukturer som er nødvendig for sunn utvikling. Om forventningene blir positive avhenger av om svarene over tid er kontinuerlige og positive (Brodén, 2010). Speiling er den første "bro" til utvikling av empati, som vil si å kunne vite noe om hvordan det kjennes å være den andre. For å utvikle dette er barnet avhengig av forelderens evne til inntoning med hensyn til å regulere sin egen stemme i takt med det som forelderen opplever er barnets behov/situasjon (lei seg, sulten, glad). Det krever forelderens evne til empati på gitte tidspunkt (Brodén, 2010).

3.8 Barn av psykisk syke

I dette arbeidet har jeg valgt å benytte betegnelsen barn av psykisk syke, da det er mye brukt i litteratur som omhandler barn som har foreldre med psykiske lidelser.

Barn har behov for trygghet, forutsigbarhet og tillit til sine omgivelser. Det betinger den voksne (forelderens) tilstedeværelse både emosjonelt og fysisk. Glistrup (2006, s. 37) tilføyer at *"Børnene har brug for innsikt, viden og anerkjennelse, som giver mening for barnet og hjælper det at håndtere situationen og mestre tilværelsen"*. Miljøfaktorer kan påvirke i hvilken grad dette skjer. Det er ikke slik at psykisk syke foreldre generelt lukker øynene for at barna belastes. Barna kan også selv bidra til at de ikke får tilstrekkelig støtte og hjelp ved å si at *"jo jeg har det bare bra"*, eller *"jeg klarer det fint nok"*, og på den måten å avvise foreldre som spør. Dette kan skyldes at for barnet er familien deres base for overlevelse, og at det derfor er avhengig og yter sitt beste for familiens overlevelse (Glistrup, 2006, s. 45 - 46). For å avlaste foreldre de ser sliter kan de sette egne behov til side, og det kan utløse omsorgsattferd hos barn.

I møte med det sosiokulturelle fellesskapet har barn behov for en forelder (veileder) som er sensitiv overfor dets behov, ønsker, krav og utfordringer, eksempelvis forstår når det er nedfor og trist og responderer. Barn trenger også stimulering, undervisning (eks. leksehjelp) og disiplin under oppveksten. De trenger også noen som kan stå opp og tale deres sak når det kreves (Haukø og Stamnes, 2009a).

Studier viser tydelig at psykisk sykdom hos en eller begge foreldrene kan ha svære konsekvenser for barnas helse (Glaser, 2002; Goodman og Gotlib, 1999; Hall, 2004; Skjerfving, 1996; Vik, 2001; Wang og Goldschmidt, 1994). Dersom begge foreldrene er

psykisk syke økes risikoen for sykdom hos barna. Det er grunn til å anta at to av tre med psykisk syk mor eller far vil utvikle psykiske problemer, og en av tre får alvorlige problemer (Rutter og Quinton 1984). En svensk studie viste at barna til psykisk syke hadde nesten tre ganger så høy risiko for psykiske diagnoser og nesten fordoblet dødsrisiko i forhold til barn i andre familier. De fant også forhøyet risiko for narkotika eller alkoholrelaterte diagnoser og selvmord og selvmordsforsøk (Skjerfving, 2005).

Barn med psykisk syke foreldre er utsatt for belastninger og risiko for sykdom og problemer, og lignende belastninger kan også barn som har foreldre med kreft eller andre alvorlige og langvarige sykdommer oppleve (Osborn, 2007). Disse barna kan ikke bare oppleve stress og usikkerhet, men også brudd i hjemmets rutiner, og redusert psykologisk tilgjengelighet hos foreldrene.

3.8.1 Uforutsigbarhet og stress i barnas hverdag

Borge (2005) deler psykososial risiko inn i tre typer som hun kaller: individuell (medfødte eller ervervede problemer), familiebasert og samfunnsmessig risiko (kultur og samfunn, flom, jordskjelv, krig). I denne studien retter jeg fokus på den familiebaserte risiko knyttet til informantenes opplevelse av egen foreldrefungering og barnas situasjon. Borge (2005, s. 51 – 52) nevner at mentale og somatiske helseproblemer, alkoholmisbruk, disharmoniske ekteskap, hyppige og alvorlige krangler, mangelfull evne til å oppdra og sette grenser for barna, omsorgssvikt og mishandling er eksempler på denne type risiko. Ved psykisk sykdom kan flere av risikofaktorene inntreffe samtidig, og forsterke hverandres belastning på barna.

Mange barn vil i samvær med sine psykisk syke eller rusavhengige foreldre kunne oppleve både utrygghet og mangel på sammenheng og begripelighet. På egen hånd har de ofte ikke forutsetning for å forstå foreldrenes sykdom og de symptomene de observerer. Barn kan for eksempel oppleve foreldres humørsvingninger, tristhet, fjernhet, gråt og merkelige atferd og skremmende hendelser som uforståelige. Barn kan få en følelse av trussel, forvirring, uforutsigbarhet, ukontrollerbarhet og savn. Det som er lov den ene dagen, er forbudt den neste. Om barn opplever lite støtte i nettverket vil det kunne komplisere situasjonen. Lite støtte og uforutsigbarhet kan føre til at barn fortrenger egne behov i konkurranse med en eller begge foreldrenes sykdom og/eller behov. De fratras dermed muligheten til å få snakke om egne følelser og behov. Ifølge Hammen (2001) reagerer barn med stress på en mor som ikke

responderer, eksempelvis når en mor ikke viser glede over barnets tilstedeværelse, eller over barnets forsøk på å gjøre henne glad med en tegning eller en nyplukket blomsterbukett. Å bli utsatt for slike hendelser er ubehagelig, og vil kunne overstige barnets ressurser og mestringsevne. Uten forklaring vil ikke barnet forstå at det handler om forelderens sykdom og ikke at det selv har gjort noe galt. Dette kan belaste barnet, både på kort og lang sikt. En tilstand preget av ubehag, smerte eller trussel vil resultere i en stressituasjon med en hormonell og nevrogen reaksjon i organismen. Mange års stressforskning dokumenterer at langvarig stress, spesielt i tidlig barnealder, øker risikoen for sykdom (Sapolsky, 1996; Teicher et al., 2003). Energi bindes opp i en kaotisk situasjon, og resulterer i utrygghet og tapt læring, utvikling og livsglede. Dette kan medføre redusert immunforsvar og økt sårbarhet for sykdom. Det er også genetiske forskjeller i sårbarhet. Noen berger tilsynelatende godt, selv om de vokser opp under vanskelige forhold.

Barn av psykisk syke og rusmisbrukere kan oppleve å ikke ha noen mulighet til å påvirke de problemene de stilles overfor. De forsøker heller å leve med stresset enn å påvirke selve problemet (Drejhammar og Bergman, 1999). Slik sett kan barna være fanget i sin situasjon all den tid de er avhengige av sine foreldre. De må til enhver tid balansere for å gjøre det beste ut av en vanskelig situasjon. Svikt i foreldrefungering kan skyldes både sykdom, rusproblemer eller rett og slett tabu og manglende kunnskap. Man har lenge vært oppmerksom på og hatt kunnskap om konsekvensene av barn av foreldre med psykisk sykdom. Rutter (1966) viser til resultater fra en studie som ble gjennomført i årene 1955 og 1959. Til tross for vansker med å påvise kausalitet mellom foreldrenes psykiske sykdom og utvikling av psykisk sykdom hos barna, mente han allerede den gangen at det var tilstrekkelig kunnskap til å hevde at man så en klar økning av problemer hos barn med psykisk syke foreldre.

I dag vet vi mye om hva som kan bli resultatet dersom barna lever i stor usikkerhet og mangel på forutsigbarhet. Ubehagelige og uforståelige opplevelser i barndommen, kan ifølge Cook et al. (2003, s. 7) blant annet resultere i problemer som:

1. Manglende evne til å knytte relasjoner (*attachment*) til betydningsfulle andre. Det kan få betydning for barnets evne til å danne utviklingsmessig kompetanse, selvregulering, trygghet til å utforske, og evne til å danne gjensidige relasjoner.

2. Livslang reaktivitet når det gjelder stress, slik at senere svakt stress kan utløse sterk aktivering. Dette kan ha sammenheng med dårlig utviklet kognitive funksjoner som blant annet avgjør om en situasjon er truende.
3. Vansker med å beskrive følelser og indre tilstander/hendelser samt vansker med å kommunisere ønsker og behov.
4. Redusert evne til integrering av informasjon og erfaringer.
5. Selvdestruktiv atferd med dårlig impuls kontroll, oppmerksomhetsproblemer, redusert nysgjerrighet, problemer med å fokusere og gjennomføre oppgaver, spiseforstyrrelser, opposisjonell atferd, og vansker med å innordne seg (*complying*) regler.
6. Lavt selvbilde, skam og skyldfølelse, med nedsatt evne til å internalisere en trygg og stabil opplevelse av identitet og et selv.

Cook nevner også at man kan finne andre diagnoser hos disse barna, som depresjon, hyperaktivitet og atferds- og angstproblemer.

Nytt innen genmiljøforskningen viser at enkelte individer er genetisk mer sårbare for miljømessige påvirkninger (*environmental features*) enn andre (Rutter og Silberg, 2002, s. 463). Det er i interaksjonen mellom individets gener og miljøet en ung og umoden hjerne kan vise seg å være spesielt sårbar. Både traumatisk og stressende påvirkning og/eller manglende stimulering kan da få uheldige konsekvenser. Vi bør være oppmerksom på at: *“Most likely, a combination of genetic and environmental factors, of nature and nurture, is involved in the development of psychopathology”* (Bremner, 1999, s. 797). Det kan bety at miljø og genfaktorer ikke bare adderes, men interagerer og dermed blir mer potente. Berg- Nielsen (2010) hevder at barn med genetisk betinget sårbarhet er sensitive, formbare og kan nyttiggjøre seg tiltak. Men de er også sensitive og sårbare for negativ påvirkning. Barn som er unnavikende i sin tilknytingsstil, kan virke tilsynelatende veltilpasset (er flink på skolen, tar ansvar og er hjelpsomme) er mer utsatt for helseskade. Berg- Nielsen viser (s. 360) til at de få forskningsstudier som foreligger av barn av personlighetsforstyrrede foreldre, er ganske alarmerende. Faren ligger også i at personlighetsforstyrrede foreldre ofte er dårlig fungerende uten at de selv har innsikt i det.

Når vi vet dette, blir det vår oppgave å bidra med de ressursene som mangler rundt barnet og som situasjonen krever for å avlaste det. Barnas Time kan være starten i noen tilfeller.

3.9 Barnas Time

Pennebaker (1990) har gjennom omfattende forskning dokumentert helserisikoen ved det å ikke snakke om vanskelige emosjonelle opplevelser, og hun viser samtidig helsegevinsten ved det å snakke om det vanskelige og traumatiske. Ofte er barns kunnskap om foreldrenes sykdom mangelfull og sporadisk, uten noen klar idé om hva som er galt. Erfaring fra Barnas Time er at mange barn ikke har noen å snakke med om sine tanker og opplevelser og bærer på vanskelige og ubesvarte spørsmål i ensomhet (Haukø, 2006; Haukø og Stamnes, 2009a).

Barnas Time er en forebyggende familieintervensjonsmetode, som blant annet benyttes i voksenpsykiatrien i Helse Nord- Trøndelag. Barnas Time som intervensjonsmetode innebærer flere målrettede og temafokuserte samtaler (forberedelse, Barnas Time, ettersamtale/r) med foreldre og barn. Selve Barnas Time er en informasjon og spørretime for barn, og ledes av to veiledere, der foreldre, barn og andre nærpersoener kan delta. Kun en familie deltar om gangen. Det forklares om psykisk sykdom generelt, foreldrenes sykdom og om hvordan dette kan påvirke familien. Gjennom økt forståelse kan både foreldre og barn oppleve bekreftelse og normalisering av tanker, følelser (ansvar, skam og skyld) og reaksjoner en kan ha, samt oppdage egne styrker og muligheter, men også eventuelle behov for hjelp (Haukø og Stamnes, 2009a).

Både psykisk sykdom og rusproblemer er fortsatt tabubelagt, noe som ofte medfører hemmeligholdelse. Å holde hemmelig vesentlige deler av sin hverdag kan være tungt å bære. Man får på den måten lite erfaring i å snakke om det vanskelige, og mange har faktisk ikke ord å bruke. Mangel på språk kan være en hindring, ved at man ikke kan beskrive den virkeligheten det ikke finnes ord for. Mange barn klarer da ikke å sortere sin virkelighetsoppfatning i det uforklarlige, eller sette opplevelsene sine i en sammenheng (Haukø og Stamnes, 2009a).

Formålet med Barnas Time er å forebygge forvirringen, usikkerheten og uvitenheten barna kan oppleve. Det vektlegges å oppmuntre til åpen kommunikasjon i familien om den enkeltes situasjon, underbygge mestring, og ikke minst forsøke å bygge opp en tro hos både foreldre og barn på at endring av en eventuell vanskelig situasjon er mulig. Foreldre hjelpes med å bryte tabu og eventuelle nødløgnere de mer eller mindre frivillig kan være fanget i. Barnas

Time er ment som et forebyggende helsetjenestetilbud for å redusere traumet, før ”*stresstilstanden*” har vart for lenge.

Barnas Time kan gjentas, men er ikke ment for å følge opp familien over lengre tid. Man forsøker imidlertid å avdekke hjelpebehov og formidle annen tilpasset oppfølging. En mer detaljert beskrivelse finnes i boken om Barnas Time (Haukø og Stamnes, 2009a).

3.9.1 Barnas Time som forebyggende helsehjelp

Barnas Time bygger på antagelsen om at uheldige konsekvenser kan forbygges. Kjernen i forebyggende helsearbeid er å arbeide for å redusere risikoen for sykdom eller å bevare muligheten for god helse hos individet eller gruppen. Generelt kan forebygging inndeles i primær, det vil si rettet mot en hel befolkningsgruppe, eller sekundær, det vil si å identifisere de som er i risiko og sette inn tiltak rettet mot disse.

Som en forebyggende strategi foreslår Beardslee (1998a + b) at man kan bruke en såkalt familiebasert psykoeducative tilnærming. Han er en av de som mest tydelig har dokumentert effekt av såkalte familiebaserte psykoeducative program ved å øke positiv samhandling mellom foreldre og barn, og ved å øke forståelsen for sykdommen hos alle i familien (Beardslee, et al., 2003; D’Angelo, E., Llerena-Quinn, R., Shapiro, R., Colon, F., Rodriguez, P., Gallagher, K. og Beardslee, W., 2009; Garber, J., Clarke, G., Weersing, V., Beardslee, W., Brent, D., Gladstone, T., DeBar, L., Lynch, F., D’Angelo, E., Hollon, S., Shamseddeen, W., og Lyengar, S., 2009; Gladstone, T. og Beardslee, W., 2009). Mye tyder på at selvforståelse (en adekvat kognitiv vurdering av situasjonen) og det å kunne se seg selv atskilt fra foreldrenes sykdom, er av stor betydning for om barna kommer ut av situasjonen med positivt utfall (Focht-Birkerts og Beardslee, 2000). Barnas emosjonelle stress kan bli mildnet dersom det finnes en anledning til å få snakke om de smertefulle opplevelsene, og dersom foreldrene er villige til å respondere på en aksepterende måte og innrømme at det er deres sykdom som har påført barna smerte. Resultat fra egen studie (Stamnes og Haukø, 2009) viser økt åpenhet omkring forelderens sykdom, og at familiemedlemmene gjennom Barnas time har fått ”nye ord” og snakker bedre sammen, og at barna har fått mer kunnskap om forelderens sykdom. Beardslee (1998b) hevder fra sitt amerikanske perspektiv at forebygging har fått lite oppmerksomhet i klinisk praksis. Det er ikke usannsynlig at det samme gjelder i Norge.

Killén (2007) peker på at det kan være en belastning å vokse opp med psykisk syke foreldre, men gjennom åpenhet, informasjon og økt forståelse kan vi som voksne hjelpe til med å bearbeide de opplevelsene barn måtte ha knyttet til forelderens sykdom. Hun hevder at for 40 år siden ble forebygging sett på som luksus en ikke hadde råd til. Tiden har nå vist at vi ikke har råd til å la være.

God kommunikasjon, med åpenhet og tillit innad i familie og nettverk, kan virke som forebyggende helsehjelp for barna. Ifølge Antonovsky (2005) er god helse karakterisert ved en opplevelse av sammenheng (*sense of coherence*) i livet. Det betyr at ens livssituasjon er preget av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, og at man har innflytelse over livet og livssituasjonen – altså det motsatte av hjelpeløshet (se kap. 3.3.1), som karakteriseres av svak tro på at man kan gjøre noe med situasjonen. Opplevelse av sammenheng frigjør ressurser, øker kontrollen over livet og åpner for nye mestringsmåter. Det er ifølge Antonovsky med på å holde mennesket friskt.

Riley hevder at når barna etter hvert forstår at sykdom og familieproblemene ikke skyldes dem, så ser det ut til at de mestrer bedre med foreldrenes sykdom. Riley poengterer videre at *”family psychoeducation about depression can be critical to help family members understand and rethink what is happening in their family and develop coping and problemsolving strategies to deal with the parent’s depression”* (Riley, et al., 2008, s 13).

I Barnas Time har vi valgt en helsepedagogisk tilnærming som søker å legge til rette for og skape samhandlingssituasjoner og kommunikasjon mellom fagpersoner, foreldre og barn. Tiltaket rettes mot personer som lever under kjente risikoforhold, altså sekundær forebygging.

3.9.2 Helsepedagogisk tilnærming

Den helsepedagogiske tilnærmingen i Barnas Time innebærer en idé om at det er mulig ad kommunikativ vei å redusere stress og ubehag for de som lever i en vanskelig og stressende situasjon. Helserelatert informasjon er komplisert, og reaksjonene og konsekvensene hos mottagerne kan bli svært forskjellige. Det kan eksempelvis avhenge av måten det blir formidlet på og av våre evner til å vise respekt og ydmykhet for mennesker i sårbare situasjoner. Tilnærmingen har som mål å utløse atferd som kan styrke egne krefter og motvirke forhold som kan føre til passivitet og uheldige konsekvenser i kjølvannet av

forelderens sykdom (Haukø og Starnes, 2009a). Dialogen er et viktig element i den helsepedagogiske tilnærmingen, ved å frambringe økt kunnskap, forståelse, selvforståelse og bygger opp den andre (Schibbye, 2002). Dialogen kan altså medføre en felles oppdatering av hva den enkelte opplever som vanskelig og strevsomt, og hva en faktisk mestrer.

Risikoen for at barna kan utvikle sykdom eller andre problemer reduseres dersom foreldrene er villige til å tillate åpenhet og samtale omkring deres lidelse innad i familie (Focht-Birkerts og Beardslee, 2000). Allerede i forberedende samtaler før Barnas Time forsøker man derfor å bygge opp en tro hos foreldrene på at de kan bidra slik at en eventuell vanskelig situasjon kan bli lettere for barna. Det vektlegges at temaene har noe med familiens reelle situasjon å gjøre, vekker interesse og oppleves nyttige. Tilnærmingen er ikke terapeutisk, men handler om å gi nøktern og saklig informasjon, muliggjøre dialog slik at deltagerne kan få erfare og sette ord på tanker og følelser knyttet til situasjoner i hverdagen.

I Norge samt en del andre land som Danmark (Nordenhof, 2005), Finland (Solantus-Simula, Punamaki og Beardslee, 2002), Sverige (Pihkala, H. og Johansson, E., 2008), Australia (Pitman og Matthey, 2004), Canada og USA (Beardslee, et al., 2003; Boyd, Diamond og Bourjolly, 2006; Riley, et al, 2008) ser en nå et stadig større engasjement for å ivareta barn med psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre.

I Norge har vi også de siste årene iverksatt flere familiebaserte intervensjonsmodeller, både i spesialisthelsetjenesten, kommunetjenesten og som et samarbeid mellom disse tjenestene. Som eksempler kan nevnes BAPP- kurs (Rimehaug, Børstad, Helmersberg og Wold, 2006), Familiesamtaler (Eide og Rohde, 2009) og Mestringsgrupper i regi av Organisasjonen Voksne for Barn (www.vfb.no). Disse intervensjonsmodellene har likheter med Barnas Time.

3.10 Etiske og juridiske forpliktelser

Til tross for at man i mange tiår har kjent til at en stor prosent av barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer selv får problemer er lite gjort på området. Norske studier har synliggjort behov for lovendring og praksisendring (Rossow, Moan og Natvig, 2009; Aamodt og Aamodt 2005). De har vist mangler ved eksisterende lovgivning og vist behov for lovendringer i forhold til å tilby hjelp til foreldre i vanskelige livssituasjoner samt hjelp for å ivareta barn som pårørende. Lov om spesialisthelsetjenesten synliggjør at

opplæring av pasienter og pårørende er prioriterte oppgaver. Endringer i forhold til barn som pårørende i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft fra 1. jan. 2010.

Helsepersonelloven § 10 a pålegger at: *”Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behov for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skadde kan ha som følge av forelderens tilstand”*. Videre i § 10 at helsepersonell skal: *”Samarbeide med pasienten om barnets informasjons eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonell også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale”*. En slik samtale kan eksempelvis være Barnas Time (Haukø og Stamnes, 2009a). Det går fram at plikten ikke bare omfatter formidling av kunnskap, men også at bearbeiding av følelser og reaksjoner bør prioriteres.

I og med at vi i dag har kunnskap om at barn av psykisk syke er en risikogruppe, har vi også en moralsk og juridisk plikt til å foreta oss noe før skaden har skjedd. I det ligger det kategoriske imperativ *”du skal”*. Det vil være etisk uansvarlig å forbli passiv og ikke gjøre noe når man har kunnskapen. I lov om psykisk helsevern § 21b har helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne loven, plikt til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Ifølge pasientrettighetsloven § 3.3 heter det at dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes. Pasientrettighetsloven regulerer blant annet hva pasienter og pårørende bør få av informasjon, og hvordan den skal tilpasses den enkeltes situasjon og forutsetninger. Det er tidligere sagt mye om nødvendigheten av forebyggende helsearbeid. Nå har loven stilt kategoriske krav til oss om å intervensere.

Til tross for dette er det enda et stykke vei å gå, før det er akseptert og innført faste rutiner i norske sykehus og helseinstitusjoner, for å bedre sikre at foreldre gis mulighet til å snakke om foreldrerollen og barnas situasjon, at barna blir sett, og at deres stemmer blir hørt (Haukø og Stamnes, 2009b). Egen erfaring (Haukø og Brattås, 2009, Haukø og Stamnes, 2009b) og andre studier (Meijde; Aashamar & Knibe, 2006, Fiksaunet, 2010)) viser at ansatte i voksenpsykiatrien vegrer seg for å snakke om barnas situasjon og foreldrerollen med sine pasienter. Nye endringer i Spesialisthelsetjenestelovens § 3 – 7a hevder imidlertid at: *”Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha*

barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn ”.

”BarnsBeste” (www.barnsbeste.no) ble etter oppdrag av Helse og omsorgsdepartementet i 2008 åpnet som Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende. Nettverket ble opprettet for å bedre oppfølgingen av barn som pårørende, samle, systematisere og formidle kunnskap, og legge til rette for nasjonal kompetansebygging gjennom initiativ til forskning og fagutvikling. De har blant annet i 2009 og 2010 gjennomført et landsomfattende pilotprosjekt for opplæring av barneansvarlig personell for å yte foreldre og barn hjelp i vanskelige situasjoner som følge av foreldres sykdom.

Oppfølging av lovendringer skal som før skje innenfor samme taushetsplikt helsepersonell er underlagt og dermed i samarbeid med forelderen (pasienten). For at vi kan nå fram til barn med støtte og hjelp er vi avhengig av at vi gjør dette på en måte som forelderen opplever som positiv og nyttig for seg selv og sine barn. For å oppnå det mener jeg det er viktig med kunnskap om foreldres opplevelse av egen og barnas situasjon og helsepersonells tilnærming i dag, samt få kjennskap til deres eventuelle forslag til endring.

4 METODE

Vitenskapsteori og vitenskapsfilosofi er ikke synonyme begrep, men man ser at de blir brukt noe om hverandre, og de utgjør en rekke teorier om virkeligheten, kunnskap og menneske, og de har som mål å avklare grunnkriteriene for forskningen. Hva er sann kunnskap og hvordan er det mulig å finne den? Aadland (1997, s. 47) sier at en vitenskapsteori er et forenklet mønster, eller et abstrakt skjema for hvordan man kan bedrive vitenskap. Det representerer et fagområde der man drøfter spillereglene for å utføre metodisk vitenskap.

Vitenskapsfilosofi og teori bygger i utgangspunktet på to vidt forskjellige forståelser og tradisjoner av mennesket og natur, som lett kan føres tilbake til Platons (427- 347) og Aristoteles (384- 322) tid. På den ene siden har man naturvitenskapelig forståelse som har som mål å årsaksforklare fenomen ut fra allmenne lovmessigheter. Naturvitenskapen prøver ut teori ved hjelp av empiri. I den forbindelse har det vært vanlig å bruke en kvantitativ tilnærming for å få svar på de spørsmål/hypoteser som stilles. På den andre siden har man det som blir benevnt som åndsvitenskap, som forsøker å forstå mennesket og de enkelte fenomener ut fra omgivelser eller en kontekst og en historisk sammenheng. I studier der man forsøker å forstå menneskelige opplevelser, følelser og fenomener har det vært vanlig å bruke kvalitativ tilnærming. Denne tilnærmingen har som grunnleggende premiss at det er vanskelig å tenke seg en objektiv virkelighet som eksisterer uavhengig av det tenkende mennesket.

Litteratursøk

Jeg har forsøkt å søke relevant forskning knyttet opp mot problemstillingen i følgende databaser: psykinfo; medline; PubMed og bibsys. Nøkkelord har vært: Family interventions, Parental mental illness, prevention, qualitative analysis, parental depression. I tillegg har jeg benyttet ”snøballmetoden” ved at referanselisten i en artikkel har medført nysgjerrighet og studier av andre artikler.

Jeg har brukt ulikt datamateriale, inkludert en del vitenskapelige artikler. Når det gjelder vurdering av vitenskapeligheten i publisert arbeid har jeg benyttet meg av HINT's bibliotek og sett på ”Vitenskapelig publisering”, underpunkt ”Register over publiseringskanaler og nivåer” i Database for høgre utdanning. I tillegg har jeg forsøkt å foreta en vurdering av

metodekapittel i publisert arbeid, der jeg spesielt har sett på om metoden er så godt beskrevet at en kan se hva som faktisk er utført.

Litteratursøk har til dels funnet sted gjennom arbeidet med Barnas Time, og dels i forbindelse med denne studien. Noen forfattere står frem som sentrale innen de tema denne oppgaven handler om. Kari Killén blir regnet som en nestor i Norge og Norden, innen arbeid med barn i risiko for omsorgssvikt. Jeg valgte Killén fordi jeg mener hennes arbeid tydelig beskriver barns behov og viktige foreldrefunksjoner, om muligheter for og betydning av styrking av foreldreskapet, samt erkjennelse om ansvarsforhold hos helsepersonell omkring dette (Killén, 2004; 2007). William Beardslee blir regnet som en av de fremste internasjonalt innen psykoedukativ tilnærming som forebyggende intervensjon overfor barn av psykisk syke. Begge disse har jeg latt meg inspirere av i det daglige arbeidet med Barnas Time, noe denne studien bærer preg av. Beardslee har gjennom årelang forskning dokumentert god preventiv effekt av sin psykoedukative tilnærming. Stort sett alle hans studier er ”Peer Reviewed Publications”. Beardslee (2010) hevder selv at artikkelen av Garber et al. (2009), er svært viktig.

Både Seligman (1975), Bandura (1986; 1994) og Lazarus og Folkman (1984) er sentrale og anerkjente forskere som er mye brukt i helserelaterte studier, og ikke minst i forhold til det å endre menneskelig atferd. Både i egne tidligere studier og i metodeboken om Barnas Time, har jeg benyttet dem som viktige bidragsyttere.

Steinar Kvale (2006) og Kirsti Malterud (2008) ble valgt som metodiske veivisere, da de er anerkjente både i Norge og Norden, og deres metodebidrag er hyppig anvendt innenfor kvalitative studier.

4.1 Metodisk valg

Metode handler grovt sagt om hvordan man systematisk går fram for å samle og bearbeide data, altså veien fram til målet å vinne ny kunnskap. Ottar Hellevik (1977, s.8) hevder at *”en metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”*.

Metodevalg avhenger av en rekke faktorer som menneskesyn, vitenskapssyn og hvilken framgangsmåte som er best egnet til å belyse og klargjøre det fenomen eller forskningsspørsmål man står overfor ut i fra undersøkelsens problemstilling. I denne sammenhengen kan man minne om at enkelte vitenskapsteoretikere har stilt seg kritisk til strenge metodiske kjøreregler. Den som kanskje tydeligst har stilt spørsmål ved metodelæren er Paul Feyerabend (1924-1994) som blant annet i boken *"Ned med metodologien"* avviste forsøket på å skille mellom vitenskap og ikke vitenskap. Han tok avstand fra at det finnes klare kriterier for hva som er vitenskap. Han gikk så langt som til å hevde at det ikke finnes noen universell metodologi, i prinsippet er alt tillatt. Ingen teori overensstemmer noensinne med alle fakta innen sitt område (Feyerabend, 1977, s. 51).

Målgruppen i studien er psykisk syke foreldre som kan være en sensitiv og sårbar gruppe. Hensikten med studien er å få en dybdeforståelse for psykisk syke foreldres opplevelser. Spørsmålene som stilles krever introspeksjon, det vil derfor være naturlig med en kvalitativ tilnærming, som i sitt vesen er utforskende. Repstad (2007) sier at kvalitative metoder handler om å karakterisere. Det viser til egenskaper eller karaktertrekk ved fenomener, og at man forsøker å gå i dybden og krype under huden på informantene. I dette ligger at den kvalitative tradisjonen legger vekt på et nært og tett forhold mellom forskeren og det miljøet eller de personene som utforskes. Repstad påpeker også metodens fleksibilitet. Det kan bety at man kan møte nye problemstillinger og utfordringer under datainnsamlingen som kan påvirke senere intervjuer med nye spørsmål. Kvalitative metoder egner seg godt for å søke mer kunnskap om opplevelser, tanker, forventninger og motiver.

4.2 Kvalitativ metode

I utgangspunktet kan man bruke enten en kvantitativ eller en kvalitativ tilnærming til forskningsspørsmålet som reises. Det er fullt ut mulig for eksempel å sende spørreskjema til alle deltagerne i Barnas Time en måned etter deltagelse. Det er også mulig å foreta en samkjøring (triangulering) av de to metodene for å få svar på spørsmålet. Hvilken tilnærming en velger kan være basert på hva man tror er mest egnet, ens menneskesyn og den forskningstradisjon en tilhører. Det som blir avgjørende i denne sammenheng blir altså hva jeg vil ha tak i? Er det å årsaksforklare eller å forstå foreldres tanker og opplevelser omkring barnas situasjon når de selv er psykisk syke eller rusavhengige? Slik jeg ser det, vil spørsmålet som ligger innbakt i min problemstilling *"hva opplever psykisk syke"*, legge

føringer på valg av metode. Spørsmålet åpner for å forstå og få tak i foreldrenes livsverden, altså dennes opplevelser av fenomenene og ikke å årsaksforklare. Menneskelige opplevelser er vanskelig å nå kvantitativt.

4.2.1 Det mellommenneskelige aspektet

Både da Silva og Wahlberg (1994) og Repstad (2007) påpeker at bak den kvalitative forståelsen ligger et kunnskaps, vitenskaps og menneskesyn der en ser på mennesket som unikt, fritt, kreativt og bevisst.

Alt vitenskapelig arbeid bygger på en rekke grunnleggende forutsetninger. Naturvitenskap som forklaringsvitenskap er i sin natur materialistisk med en sterk tro på eksperimentet, for å måle, veie og replisere, uten noen fornuftsmessig basis. Virkeligheten rommes av de kontrollerbare resultatene man kommer fram til. Problemet oppstår når man blir avkrevd å svare på om det representerer hele eller den eneste virkeligheten. Her blir man som forsker stående overfor grunnleggende valg. Hva skjer da dersom man bruker naturvitenskap som referanseramme? Naturvitenskapen kan si noe om hva som eksisterer, men kan nødvendigvis ikke si noe om hva som bør eksistere eller være, altså ikke noe om menneskelig væremåte.

Menneskets rasjonalitet ligger til grunn for å forstå moral og etikk, og med fornuft kan vi forme moralske reguleringer. I det naturvitenskapelige univers er det strengt tatt ikke rom for mentalistiske forklaringer. Humaniora inntar et noe annet menneskesyn, og unngår å sette menneske i et årsaks- virkningsperspektiv. Det gir i større grad mulighet for å betrakte vitenskapsmannen som et moralsk vesen som skal si noe om hvordan ting skal være, hvordan vi skal skape et bedre mellommenneskelig samfunn der vi tar godt vare på hverandre. For meg i dette arbeidet vil min målsetting og mine spørsmål avgjøre valg av metodisk tilnærming.

4.2.2 Når egner kvalitative metode seg?

Kvalitativ tilnærming stiller en overfor vanskelige utfordringer. Vi står faktisk overfor det å ”återskapa händelser och upplevelser” slik at de kan bli kjent for de som ikke var der (Starrin, 1994, s. 12). Spørsmålet som da umiddelbart reises, er hvordan gjenskape det på en troverdig

og sann måte? Starrin tilføyer spørsmålet om det hele blir mer troverdig om man presenterer ”siffror” istedenfor ord.

Kvalitative studier er ofte studier av avgrensede enkeltmiljøer, der målet kan være å beskrive særtrekk ved nettopp dette miljøet. Det er også jakten på de gode nyanser, og ikke minst for å få gode, gyldige data. Det kan være at det i spesielle situasjoner ikke nytter å spørre direkte, men lytte og observere. Forskeren prøver å få tak i informantens egen virkelighetsoppfatning (Repstad, 2007).

Dette ligger nært opp til Kvaales (2006, s. 21) forståelse av det han kaller ”*det halvstrukturerte livsverden-intervjuet*”, som har som mål å innhente beskrivelser av informantens livsverden, slik at man kan fortolke betydningen av de beskrevne fenomenene og dermed gi en forståelse av informantens verden. Her besvarer informanten ikke bare forskerens spørsmål, men formulerer også selv sin egen oppfatning av den verden han lever i, gjennom dialog med intervjueren. I neste omgang kan det anvendes for å bedre menneskers situasjon (ibid., s. 25). Det halvstrukturerte intervjuet har sin basis i forskerens bakgrunnsforståelse av det fenomenet eller feltet man forsøker å vinne mer kunnskap om, og på den bakgrunn utkrystalliseres en rekke spørsmål. Denne åpne intervjuformen muliggjør at intervjueren er våken for det som kommer fram i intervjuet og hvis nødvendig utvikler nye spørsmål underveis som kan øke muligheten for utdyping av meninger. En slik tilnærming betrakter mennesket som et subjekt og dersom man tar mennesket på alvor vil det gi åpning for at informantene kommer fram med de meninger, tanker og følelser de sitter inne med. Olsson og Sørensen (2006, s. 17) bruker innenfra perspektivet, altså at det må være en åpen interaksjon mellom informant og forsker, der forskeren som oftest er med og samler inn datamateriale. Det er gjennom språket man kan ta del i hverandres indre verden og derigjennom tolke den informasjon som fremkommer.

Kvale gir her til kjenne en fenomenologisk forståelse med klare føringer tilbake til Immanuel Kant (1724 – 1804) og Edmund Husserl (1859 – 1938). Kant mente det var ”mekanismer” eller ”forhold” i menneskesinnet som var med på å bestemme vår oppfattelse av verden omkring oss. Vi har genetisk og miljømessig utviklet forskjellige nervesystem og fornuft.

Mitt valg av kvalitativ metode begrunnes derfor ut fra et ønske om å få et dypere innblikk i foreldres livsverden gjennom å få ta del i deres egen fortelling om sine opplevelser og

meninger og eventuelle begrunnelser for dette. Jeg tror dette best kan muliggjøres ved bruk av det kvalitative forskningsintervjuet.

4.2.2.1 Forklaring kontra forståelse

Som nevnt bygger den kvalitative tradisjon i første omgang på å forstå og ikke årsaksforklare. Jeg har latt meg veilede av Kvale som bruker ordet fortolke. Begrepet fortolke er ikke synonymt med ordet forklare, men kan i en del sammenhenger ligge nært opptil. Det er også en opplevelse jeg sitter igjen med og utgjør en utfordring i arbeidet. Spesielt nært blir det når jeg skal sammenholde teori med mine funn, og der teorien er basert på forklaring og kvantitative studier. Denne utfordringen møter jeg også når jeg ber informantene beskrive hendelser for eksempel i forhold til jobbsituasjon. Svarene jeg får trenger ikke å være rene beskrivelser, men informantene kan også årsaksforklare, og til eksempel si: *"jeg er ikke i jobb på grunn av umulig sjef"*, eller *"gutten er en konfliktsøker, og da..."*. Da oppstår en årsak effekt/ virkningsforklaring.

4.2.3 Det kvalitative forskningsintervju

Kvale sier at *"formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens hverdagsliv, fra den intervjuedes eget perspektiv"* (Kvale, 2006, s. 37). Ut fra det kan man dra konklusjonen at kvalitative metoder egner seg for å studere opplevelse, og der vi kan spørre om mening, betydning og nyanser. Innen den kvalitative tradisjon vil forskeren være aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen. Forskningsintervjuet er en mellommenneskelig situasjon, en samtale mellom to parter om et tema av felles interesse, der kunnskapen fremkommer gjennom dialog (Kvale, 2006; Olsson og Sørensen, 2006).

Dersom jeg skal forstå foreldrenes opplevelser, tanker, meninger og motiver kreves det at jeg som forsker foretar en fortolkning av det som blir presentert, altså ikke å avdekke fordelingsmønstre eller sammenligninger i en stor befolkning.

I kvalitativ forskning stiller man på en måte med *"blanke ark"* og er nysgjerrig, og som forsker prøve å møte situasjonen og søke en helhetsforståelse av spesifikke forhold for å få et så fullstendig bilde av situasjonen (valgte temaområder) som mulig (Olsson og Sørensen, 2006, s. 66). Gjennom den fenomenologiske måten å nærme seg intervjuet på forsøker man å

forstå verden (fenomenene) ut fra den andres ståsted (Kvale, 2006, s. 40, 72 og 73). Som et menneske med erfaring har man alltid noe i "bagasjen" som en før eller senere vil se informasjonen opp imot.

4.2.4 Livsverden

Livsverden er et mye brukt begrep, og Olsson og Sørensen (2006, s. 84) skriver at med livsverden mener vi folks indre verden og hvordan omverdenen erfares og oppleves. Kvale hevder at intervjupersonene formidler sin livsverden i det de forteller spontant hvordan de opplever, og hva de føler og gjør i forhold til noe (fenomenet - valgte tema). Med informantens livsverden mener jeg i denne sammenheng hans egen indre opplevelsesverden.

Hensikten med dette er å beskrive og forstå de sentrale temaene som den intervjuede opplever og forholder seg til. Intervjuet er fokusert på bestemte temaer, for å kunne beskrive og forstå meningen i det som er sentralt i den intervjuedes livsverden. Kvale (2006, s. 40) skriver at et fenomenologisk perspektiv fokuserer på personens livsverden. Det er åpent for intervjupersonens erfaringer, fremhever presise beskrivelser, forsøker å se bort fra forhåndskunnskaper, og søker etter beskrivelsens sentrale betydninger. Han beskriver en analyse i seks trinn, der første trinn er når intervjupersonene beskriver sin livsverden i løpet av intervjuet. De forteller da spontant hvordan de opplever, hva de føler og gjør i forhold til et emne. Det skjer lite tolking eller forklaring verken fra intervjuer og intervjupersonens side.

Det er knyttet vansker til å tidfeste den egentlige opphavspersonen til fenomenologien, men vi kjenner blant annet fra Arne Næss (1968) at Husserl også var påvirket av ulike filosofer, ikke minst Immanuel Kant. Fenomenologien slik Husserl proklamerte den, går i retning av at vi ikke kan se og høre tingene / fenomenene i våre omgivelser slik de er i seg selv. Tingene i seg selv kan man ikke ha kunnskap om. Det er vår oppfatning av tingene vi ser. Fenomenologi får vi skriver Næss (1968, s. 333) ved å la fenomenologi stå for læren om det originært gitte for eller i erkjennelsen. I det ligger muligheten for at vår bevissthet legger, eller kan legge til en del egenskaper. Aadland (1997) skriver at bevisstheten forlenger øye, og vi ser mer enn vi faktisk ser. Man kan da strekke seg til å hevde: slik ting (fenomener) framtrer for oss. Her kommer forforståelsen inn, gjennom at vi møter en tekst eller en hendelse ikledd forutinntatte holdninger og meninger. Det er den som avgjør om vi finner mening i en tekst eller i en

handling (Aadland, 1997, s. 167). Dermed blir det meningsløst å snakke om forståelse uten en forforståelse, da læringshistorien blir grunnlaget for ens totale tolkning.

4.3 Forforståelse

Pål Repstad (2007) hevder at å gå inn i et felt av kun nysgjerrighet, uten å gjøre seg noen tanker på forhånd vil trolig resultere i at man ikke finner noe særlig. Enhver samfunnsborger, også forskere, vil fortolke det som skjer ut fra umiddelbare sympatier og antipatier, moralske, estetiske og andre forhold. Han hevder det er en fordel om denne filtreringsprosessen er bevisst. Poenget med et åpent sinn er ikke å gå ut i feltet uten faglig eller hverdagslig forståelse, men å være villig til å justere forforståelsen underveis.

Malterud (2008) sier at forforståelse er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. De som forsker i eget fagfelt kan ha en spesiell forforståelse med seg inn i forskningsprosjektet, som vil påvirke hele prosessen. Dette kan gjelde alt fra valg av forskningsarena, metode, spørsmålsstillinger og måten vi innsamler data på, samt analyseprosessen, som innebærer hvordan vi leser datamaterialet og gjør valg for hva vi finner og belyser. I beste fall vil vår *"bagasje"* gi næring og styrke til prosjektet eksempelvis ved å stille relevante og nærgående spørsmål. I verste fall kan det bli en tung bær som er vanskelig å riste av seg og dermed vil dominere det vi ser, og som Malterud sier hindre at vi ser det vi ser langs veien. Forforståelsen kan altså være både en fordel og en bakdel i forskningsprosessen. Som et eksempel kan kunnskap om psykisk sykdom og symptomer påvirke hvordan jeg velger å vurdere det jeg finner i studien.

En god tommelfingerregel er å lete etter hva man selv må legge til side for å være i stand til å gjengi informantens historie på en lojal måte sier Malterud (2008). Det vil si at jeg så langt det er mulig må legge til side min forutinntatthet gjennom kjennskap til feltet jeg forsker i, og *"lete etter"* hva informanten egentlig formidler, men selvfølgelig blir det slik jeg oppfatter det.

Forskning er en sosial virksomhet, en praksis, der forskeren er en sosial agent (Tiller, 1991, s. 7). I det ligger at man ikke kan betrakte på avstand, men som en aktiv medaktør. Jeg har arbeidet med Barnas Time gjennom flere år. Det er klart at mine forhåndskunnskaper og forforståelse har preget min spørsmålsstilling i studien. Det vil si at mine erfaringer, faglige

perspektiv og teoretisk forståelse har gjort at jeg har sett ”hull” i fagfeltet som jeg ønsket å bidra til å fylle med kunnskap og ny forståelse. En som ikke hadde samme forforståelse ville kanskje ikke funnet det samme interessant, mangelfullt eller nyttig. Forforståelsen for feltet og opplevelse av mangler kan være en viktig drivkraft eller motivasjon for å finne ut mer. Uten forforståelsens motiverende effekt på enkeltpersoner i praksisfeltet, kunne det ha medført at mange fagfelt ville vært fratatt muligheten for ny kunnskap og forståelse, som de mange små og større forskningsprosjekter i dag tilfører.

Forskerens nærhet til det felt og fagområde man selv daglig er engasjert i, kan ha både fordeler og bakdeler. I denne sammenheng ser jeg det som en fordel med et personlig engasjement og kjennskap til feltet. Det skjerper nysgjerrigheten i forhold til å utdype nye områder. Nærhet og kunnskap om et felt kan medvirke til at man som forsker kan tilpasse seg informantene, og bedre oppfatte og gjenkjenne viktige dimensjoner ved deres virkelighetsoppfatning. Bakdeler kan være om man ikke er observant på å lytte, også etter det overraskende. Det kan ligge en fare i å søke etter å få bekreftet allerede eksisterende antakelser. Man bør være bevisst på å søke å unngå ledende spørsmål og ledende bekreftelser. I studien møter jeg, og forsker på kanskje sensitive og sårbare personer, ofte i en vanskelig situasjon. Det setter klart en del krav til meg både som medmenneske og forsker. Jeg ser det slik at om det skal være mulig å nå, og få del i deres opplevelser (gode data) er man avhengig av å skape trygghet og tillit i møte med informantene.

4.4 Hermeneutisk tolkning

Det er vanlig å se på hermeneutikken som bestående av flere teorier som inneholder prosesser for å fortolke en tekst og gi mening av denne. Kanskje det viktigste begrepet innen hermeneutikk blir benevnt som den hermeneutiske sirkel. Den beskriver det som skjer når vi fortolker en tekst og danner oss en mening om innholdet. Det gjøres ut ifra vår vurdering av avsenderens bakgrunn/situasjon/intensjon fram mot vår vurdering av teksten. Vi møter aldri en tekst eller en situasjon ”nullstilt” eller helt fordomsfri. For å bruke Hans Skjervheims (1996) ord kan vi aldri være bare en objektiv tilskuer. I tolkningsprosessen er vi også en deltager. Vi møter alltid en ny situasjon/tekst ”ikledd briller” som er farget av vår egen forventnings og forståelseshorison. Noen kaller dette for forutinntatte fordommer. I dette perspektivet skal en være klar over at teksten som er resultat av et intervju, er kommet i stand

med en avsender med sin egen horisont. I dette tilfelle intervjues foreldre som nylig har vært syk og innlagt. Det vil selvsagt prege deres forståelse av spørsmålet og påvirke deres svar.

Tolkning har aldri vært enkelt, heller ikke innen gresk mytologi. Guden Hermes hadde som oppgave å formidle til menneskene det som lå utenfor menneskets forståelsesramme. Gudene var ikke alltid så lette å forstå og Hermes hadde da som oppgave å gjøre gudenes budskap tilgjengelig og forståelig. I dag er hermeneutikken en metode for å gjøre ting tilgjengelig. Den skal gi oss økt forståelse ved bruk av tolkning. Hermeneutikken er ikke en ensartet metode/fremgangsmåte. Slik jeg ser det er det en fremgangsmåte som vil være avhengig av hvem en velger som veiviser. Når oppgaven er å forstå, tolke, finne ut av hensikt og mening er det i følge Aadland, (1997) naturlig å benytte den hermeneutiske sirkel som metode ved at den inspirerer forsker til å leve seg inn i andre menneskers subjektive opplevelser, nettopp for å gjengi en sak sett innenfra.

Den metodiske tilnærmingen har resultert i at teori og empiri gjensidig har påvirket hverandre gjennom hele studien. De ulike fasene i forskningsprosessen har derfor glidd noe over i hverandre. Min erfaring med slikt arbeid, er at det stadig oppstår behov for å gå dypere og utvide teorigrunnlaget man i utgangspunktet bygde på, og dermed kunne se på samme sak med ”nye briller”.

4.5 Kritikk av kvalitativ metode

Når man går til litteraturen for å finne metodiske veivisere blir en lett slått av de mange råd de ulike forfatterne gir. Det er nesten slik at man kan si seg enig med Repstad (2007, s. 15) når han sier man kan overdrive ved å se på bruk av kvalitativ forskning som en helt personlig sak. Fra naturvitenskapelig hold blir det hevdet at det er mange svakheter med den kvalitative metoden. Naturvitenskapen fastholder ” *det positivt gitte*”, et krav som den kvalitative tilnærmingen ikke kan (eller ønsker?) å oppfylle. Som svakheter og mangler ved den kvalitative metoden har vært anført at den ikke kan framvise målbare empiriske data. Det rettes kritikk for at den er for avhengig av en subjektiv tolkende intervjuer, og at det derfor kan være vanskelig å skjelle mellom intervjuers og informants stemme. Metoden knyttes også til at den foretar et begrenset og lite bekvemmelighetsutvalg av informanter, og at man av den grunn ikke kan generalisere. Man kan også se kritiske betraktninger mot at kunnskapen ikke ligger der, men at forskeren selv er aktiv med på å forme og produsere den og omsette i tekst.

I denne sammenhengen vil det være nyttig å knytte noen kommentarer til fenomenet sannhet. Torsteinsson (2000, s. 202) er en av dem som hevder at både sannhet og kunnskap er kontroversielle størrelser. Jeg er enig med Torsteinsson når hun hevder at det er en misforståelse å tro at den kvalitative forskeren er mindre opptatt av sannhet enn en kvantitativ forsker, selv om den kvalitative forskeren er på jakt etter sannhet som er lokal og kanskje enestående.

4.6 Kriterier for utvelgelse av informanter

Med denne studien har jeg ikke som siktemål å gi mulighet for statistisk generalisering av resultatene fra den utvalgte gruppen til hele populasjonen. Med mitt bidrag ønsker jeg å legge til rette for analyse og presentasjon av informasjon som kan komme til nytte for å videreutvikle tilbud for psykisk syke foreldre og deres barn.

Min plan angående inkluderings og ekskluderingskriterier av informanter var å intervju den psykisk syke forelder ca. 1 mnd. etter deltagelse i Barnas Time, dersom han/hun var utskrevet til hjemmet. Begrunnelsen var at de som var utskrevet sannsynligvis hadde fått bedre mulighet til å kommunisere med barna, og at den som fortsatt var innlagt kunne være for syk til å la seg intervju. Da det var den syke forelderens opplevelser jeg var interessert i, medførte valget at jeg ekskluderte den andre forelder og barna som også hadde deltatt i Barnas Time. Jeg fikk dermed ikke innblikk i deres perspektiv. Mulige informanter skulle forespørres i fortløpende rekkefølge som de hadde deltatt i Barnas Time, av meg selv eller veiledere ved andre poster i psykiatrisk klinikk i Helse Nord- Trøndelag. Barnas Time kunne i 2009 tilbys ved 10 av 15 aktuelle enheter ved klinikken (Haukø og Brattås, 2009). På bakgrunn av forespørsel i fortløpende rekkefølge og flere aktuelle enheter, kunne en på forhånd ikke si noe om geografisk fordeling, eller fordeling av kjønn i studien. Slik jeg vurderte det, ville intervju av den syke forelder være mest aktuelt for å søke svar på hva som hadde avgjort at de takket ja til Barnas Time. Ut fra tidligere erfaring med intervju av psykisk syke foreldre, har jeg erfart at de fleste er positive til å la seg intervju, og føler seg betydningsfulle og medregnet når deres meninger blir gitt betydning. Jeg antok derfor at rekruttering ikke ville bli et problem.

Jeg ville gjennomføre intervjuene selv, noe som kan ha både positive og negative sider. Jeg har forsøkt å være bevisst på risikoen ved å være farget av et ønske om at metoden jeg har vært med på å utvikle skal være bra for de det gjelder.

4.6.1 Rekruttering og informasjon

Informantene ble forespurt om å delta i studien enten av meg selv eller en annen veileder i Barnas Time like før de ble utskrevet fra sykehuset i de tilfeller det praktisk lot seg gjøre, eller forespurt per telefon snarest mulig etter utskrivelse. Når andre forespurte fikk jeg informantens telefonnummer og ringte opp og gjorde avtaler. Av totalt seks forespurte svarte fem ja på å delta. Alle fikk informasjonsskrivet om studien før de sa ja og intervjuet fant sted.

I forberedelsene vektla jeg at informantene skulle få nok og forståelig informasjon slik at de kunne føle seg trygge på hva dette gikk ut på, før de tok stilling til deltagelse eller ikke. Det at jeg skulle intervju noen jeg kunne ha møtt i Barnas Time ble en utfordring. Jeg måtte bruke tid på og tilstrebe oppriktighet når det gjaldt å informere informantene om at jeg ikke var ute etter skryt, men deres ærlige meninger og opplevelser, for å få en større forståelse for deres situasjon, opplevelser og erfaringer for eventuelt å endre vår (helsepersonells) tilnærming mer rettet mot det de opplevde å ha behov for. For å få mer kunnskap og større forståelse var jeg likevel bestemt på at det var viktig at jeg selv tok opp disse temaene med foreldrene og etter beste evne lyttet til hva de formidlet, og var kritisk i prosessen med analyse og tolkning av datamaterialet.

Informasjonen til informantene inneholdt derfor klare formuleringer om hensikten med studien, og hva studien kunne innebære/medføre for deres del, hvilke tema jeg ønsket å fokusere på, om intervjusituasjonen og bruk av lydopptak, og at de selv kunne velge hvor intervjuet skulle finne sted. Jeg vektla tydelighet i forhold til at all informasjon kun skulle brukes i studien og oppbevares på forsvarlig vis (innelåst i skap der kun jeg har nøkkel) inntil det skal makuleres. De ble også forklart at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke sitt samtykke når som helst innen teksten var ferdig skrevet og levert. De fikk navn og telefonnummer både til meg og ansvarlig veileder i studien.

Når en forelder/informant som i dette tilfelle nylig hadde vært innlagt skulle meddele meg personlige og viktige ting i livet, vurderte jeg det som viktig at intervjuet skulle foregå på et

sted hvor informanten kunne føle seg mest mulig bekvem. Muligheten for valg begrunnet jeg med at noen kunne føle det som en belastning å måtte reise til sykehuset, mens andre kunne synes at det ble det beste. Erfaringsmessig fra tidligere studie foretrekker mange at jeg kommer til deres hjem, uten at det ville bli resultatet i denne studien.

4.6.2 Utarbeidelse av intervjuguide og forberedelser til intervjuene

Planlegging og utformingen av intervjuguide ble selvfølgelig påvirket av min praksiserfaring og forforståelse. For å avklare hvilke spørsmål jeg ønsket svar på, var tidligere erfaringer og teori på området viktige forhåndskunnskap å bygge på for å finne ut hvilke områder det fortsatt var lite gjort, og dermed lite forståelse og kunnskap om.

I denne sammenhengen ønsket jeg som forsker gjennom å intervju, å bli nærmere kjent med informantens livsverden, for å gjøre det mulig å beskrive og forstå hvordan han opplever sentrale områder i sitt liv. Med livsverden mener jeg som sagt informantens egen indre opplevelsesverden og hvordan han formidler ulike situasjoner knyttet til problemstillingen.

Jeg ønsket en retrospektiv deskriptiv tilnærming. Intervjupersonene fikk mulighet til å beskrive situasjoner, hendelser, opplevelser og følelser på sin egen måte så nyansert som mulig. Avgjørelsen falt derfor på å benytte meg av et delvis strukturerte kvalitativt forskningsintervju. Når det gjelder den konkrete utformingen av intervjuguide tilsa min erfaring at jeg kunne møte informanter som var meget verbale og kunne gi utfyllende opplysninger, men også informanter som dette vil være et problem for og dermed gi lite utfyllende data. Dette måtte jeg ta hensyn til. Jeg utformet derfor flere underspørsmål under hvert temaområde. Den tematiske dimensjonen i underspørsmålene var rettet mot å utdype, for å skape en større forståelse for helheten. Jeg ønsket også å stille med en åpenhet som gav meg anledning til å benytte oppfølgingsspørsmål som ikke var planlagte, men som ble naturlig ut fra sammenhengen i situasjonen.

4.6.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført våren og høsten 2009, og foregikk der informantene selv ønsket det. Tre intervju foregikk i informantens hjem mens to foregikk på et kontor. En informant

mente det var for langt for meg å kjøre når hun likevel hadde en annen avtale på sykehuset og den andre mente det var enklest slik på grunn av hjemmesituasjonen.

Jeg vektla å skape trygge intervjusituasjoner som grunnlag for en god samtale om kanskje sensitive og sårbare tema. Når intervjuene fant sted på kontoret slo jeg av telefonen, hadde ”opptattskilt” på døra og kaffe på bordet. Når jeg var invitert til informantens hjem hadde jeg etter avtale med noe til kaffen.

Jeg la vekt på å møte til intervjusituasjonene med en årvåkenhet og sensitivitet rettet mot å fange opp både verbale og nonverbale uttrykk. Jeg var bevisst den mellommenneskelige situasjonen, tilstrebede å være lydhør, tilpasse meg og bekrefte utsagn og følelser som kom til uttrykk, for å gjøre intervjusituasjonen til en positiv og god opplevelse for informanten. Jeg valgte å bruke lydopptager og ingen av informantene hadde innvendinger annet enn at det var litt rart. Lydopptageren var liten og ble lagt på bordet og det virket som om den fort ble glemt.

Jeg ble sittende igjen med inntrykk av at de intervjuene jeg fikk gjennomført i informantens hjem ble mer utfyllende for meg i forhold til kunnskap om familiens interesser, nær familie og verdier. Inntrykkene ble skapt ved at jeg fikk se familiebilder, tegninger og ting som barna hadde laget. Jeg fikk også se hunder, hester og landskapet/omgivelsene de benyttet i fritiden. Stemmen de benyttet, det tydelige engasjementet og den friheten i samtalen de viste når de snakket om egne interesser, gav meg et mer helhetlig bilde av mangfoldet i forelderens problemområder men også om ressurser i form av engasjement i fritidsinteresser i familien og i forhold til nærmiljøet. Det meste av dette kom tydeligst fram i avslutningssamtalene etter at lydopptageren var avslått. Nå ble det rom for å fortelle om opplevelsen av selve intervjusituasjonen og om følelser som hadde dukket opp underveis i forhold til de ulike temaene som ble tatt opp. Noen ganger opplevde jeg disse samtalene som så informative at jeg hadde lyst til å skru på lydopptageren igjen, noe jeg ikke gjorde.

Etter intervjuene gjorde jeg i tråd med Kvaales anbefaling straks notater om det jeg ville minnes av det jeg hadde opplevd, lagt merke til, eller blitt sagt etter lydopptageren var avslått.

4.6.4 Transkribering

Jeg valgte å gjøre transkriberingen selv og få mulighet til samtidig notere det jeg hadde observert under intervjuet, for å ha det tilgjengelig i analysearbeidet. Jeg skrev ut lydopptakene så nært inntil intervjusituasjonen som mulig, og noterte fortløpende det jeg ville merke meg, og spørsmål som dukket opp. Dette bidro til at jeg ved neste intervju spurte om noe jeg ikke spurte om i det forrige, da jeg ikke hadde tenkt på det som aktuelt. Person og steds opplysninger ble anonymisert for å ivareta informantens personlige integritet. Jeg lyttet igjen på intervjuene mens jeg samtidig leste utskriftene for å sjekke at det var riktig gjengitt.

4.7 Valg av metodiske "veivisere"

Innenfor den kvalitative tradisjonen er det mange vitenskapsteoretiske/filosofiske retninger å velge mellom. Denzin og Lincoln (1994) hevder at det kvalitative forskningsfeltet langt fra er noe ensartet sett av prinsipper. Slik sett ble jeg stående i en valgsituasjon. I min søken etter veiviser kom jeg i kontakt med Steinar Kvaales bok "*Det kvalitative forskningsintervju*", som ofte refereres i andre forskningssammenhenger. Boken gav gode beskrivelser og resulterte i at jeg fordypet meg i hans faglige bidrag og brukte han som en veiviser.

I tillegg var jeg på leting etter en filosof innenfor den kvalitative tradisjonen som kunne være med på å gi en dypere vitenskapsfilosofisk inspirasjon og "*påfyll*" som kunne supplere Kvale. Valget falt da på en norsk filosof med en klar åndsvitenskapelig tilnærming. Hans Skjervheim (1926 – 1999) rettet fra midten av 1950 årene og fram til sin sykdom (hjerneblødning) i 1991 kritikk mot at vitenskapen i for stor grad skulle baseres på objektivismen og naturvitenskapelig tenkning. Skjervheim fremhevet i mange sammenhenger betydningen av den subjektive refleksjon og at objektivitetsprinsippet ikke var anvendbart i studien av det menneskelige subjekt. Han gikk sterkt mot prediksjon og kontroll i studiet av mennesket. Videre sier han at mennesket er et vesen som ved sin forståelse og selvforståelse unndrar seg objektivisering, og som ikke kan objektiviseres uten at det øves vold fysisk eller mentalt (Skjervheim, 1996, s. 19). Skjervheim har tydelig latt seg inspirere av Edmund Husserls fenomenologiske tenkemåte. Husserls fenomenologi går ut på å stille seg på en bevisst naiv måte i forhold til verden "*for på den måten å kunna skildra korleis sakene er*" (ibid. s. 189). For Skjervheim handler ikke fenomenologien om gjenstander i den virkelige verden, men hvordan de konstituerer seg for bevisstheten. Hans fenomenologiske utgangspunkt handler om at mennesket som vesen er i stand til både å forstå og forstå seg selv. Dette er for meg

spennende momenter i møte med tidligere deltakere i Barnas Time. Fenomenologien åpner her for en bred forståelse av menneskets relasjon til verden. Jeg ønsker å få frem deltakernes perspektiv og opplevelse knyttet til studiens problemstilling. Den fenomenologiske fremgangsmåten er slik jeg ser det egnet til å beskrive, og avdekke uten å årsaksforklare og tolke (årsak / virkning) det som skjer. Det kan gjøres gjennom spørsmål som: Hva opplevde du? Hva kjente du på nå? Dette er spørsmål som kan føre meg inn i foreldrenes situasjon og jeg kan / bør være åpen og mottakelig for informasjonen. Det muliggjør å få fram en dypere mening omkring enkeltindividets erfaring. Fenomenologiens basale spørsmål er, hvordan bestemte fenomener oppleves av mennesker. Det er derfor nødvendig å ta fatt i enkeltindividets perspektiv, den personlige kontekst hvorfra hendelser eller fenomener oppleves. Den fenomenologiske analysens mål er å nå fram til fenomenenes dypeste kjerne og ikke stanse ved overfladiske beskrivelser.

Jeg har også benyttet Malterud (2008) som ikke er så ulik Kvale i sine beskrivelser av kvalitative metoder, og analyseprosessen av datamateriale. Hun beskriver at uansett hvilken forskningsmetode vi bruker, eller hva slags forskningsprosjekt vi skal gjennomføre, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og resultatene. Målet for den som bruker en kvalitativ metode må være at arbeidet skal reflektere informantens erfaringer og meninger.

4.8 Analyse og tolkning

Datamaterialet taler ikke for seg selv men må fortolkes. Repstad (2007, s.113) hevder at analyse og fortolkning gjerne glir over i hverandre i kvalitative studier. Teoretisk kan en dele det og si at analysen er den prosessen der man prøver å ordne data slik at det framkommer mønstre i dem, og slik at de dermed blir lettere tilgjengelig for fortolkning. Fortolkning er ikke noe som skjer kun i det planlagte analysearbeidet, det er en kontinuerlig prosess og vil påvirke meg som forsker gjennom alle fasene. Det påvirker gjennomføring av datainnsamling, notater jeg gjør i etterkant, valg jeg gjør underveis og rapportering. Kvale (2006) bekrefter dette og hevder at analysen bør planlegges før intervjuing og kan bygges inn i intervjuene ved eksempelvis å klargjøre informantens utsagn ved å si *"jeg forstår at det du sa betyr at....."*. Slik kan jeg som forsker allerede da få bekreftet eller avkreftet egne hypoteser. Datamaterialet er ikke noe man bare kan hente inn, men det forutsetter et felleskap og blir til i samarbeide mellom meg som forsker, og den som lar seg intervjuet. Kvale hevder også at man i

intervjuforskning har lagt for stor vekt på virkningen av ledende spørsmål i intervjusituasjonen, mens man stort sett har oversett den ledende virkningen av spørsmålene en stiller til intervjuteksten i analysefasen. Jeg ser at mine spørsmål til teksten klart kan påvirke de svar jeg får. Malterud (2008) hevder at analysen skal bygge bro mellom rådata og resultatet ved at det organiserte materialet blir fortolket og sammenfattet. Analysen av kvalitative data består av å stille spørsmål til materialet, altså hva forteller materialet i forhold til min problemstilling, og mine spørsmål. En annen som måtte få tilgang til samme datamateriale kunne stilt andre spørsmål og funnet andre svar.

Man finner ingen standardmetode for takstanalyse som tilsvarer de mange teknikker som er tilgjengelig for statistisk analyse innen kvantitativ forskning. Jeg beskriver hva jeg valgte å gjøre.

Som et første trinn lyttet jeg til intervjuene mens jeg forsøkte å få et helhetsinntrykk og skrev stikkord som kom for meg som viktige og kunne bli aktuelle tema. Deretter skrev jeg selv ut intervjuene i fulltekst. Jeg gjorde anmerkninger om pauser eller andre uttrykk jeg la merke til mens jeg lyttet og det jeg kunne erindre fra intervjusituasjonen. Jeg leste så gjennom intervjuene mens jeg igjen lyttet til båndet og korrigererte eventuelle feil. Malterud (2008) kaller dette første trinn i analysen av kvalitative data, og skriver at meningen er å bli kjent med materialet, få et helhetsbilde og se etter sentrale tema. Jeg noterte en arbeidsliste med foreløpige navn på tema. Noen tema var stikkord jeg allerede hadde gjort under første gjennomlytting. Jeg markerte også i fullteksten de områder som fortalte noe i tråd med mine forskningsspørsmål og annet interessant jeg ikke hadde tenkt på forhånd.

Jeg jobbet så gjennom hvert intervju og prøvde å sortere ut meningsenheter, som kunne være sentrale for å søke utfyllende svar i forhold til problemstillingen. Det vil si at jeg gjorde kortere utdrag, også kalt tekstkondensering og tilstrebet å utelukke unødvendige ord uten å endre på innholdet eller meningen (se fig. 1).

Giorgi hevder at formålet med en fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innen et bestemt felt. Han anbefaler at analysen gjennomføres i fire trinn som går ut på å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i den enkelte meningsbærende enhetene og til sist sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2008, s. 102). Kvale (2006) fremhever at man bør merke seg

at meningsfortetting ikke er begrenset til en fenomenologisk metode, og at meningsfortetting derfor har blitt benyttet i andre kvalitative studier.

Deretter så jeg etter foreløpige sentrale tema (foreldrefungering, kapasitet, selvopplevelse, tabu, samvittighet, barnas situasjon, mestring, nettverk) i de meningsenhetene jeg hadde funnet av betydning i forhold til problemstillingen. Som forsker prøvde jeg i tråd med Kvale (s. 127) å lese intervjupersonenes svar på en så uforutinntatt måte som mulig og tematisere uttalelsene ut fra dennes synsvinkel slik jeg tolket denne. For å få flere syn, og innspill leste kollegaer anonymiserte deler av intervjuene.

Malterud (2008, s. 102) kaller det koding når man forsøker å fange opp og klassifisere de meningsbærende enhetene i teksten, som har sammenheng med de temaene jeg merket meg innledningsvis i første trinn i analysen. Med temaene som veiviser kunne jeg deretter lete etter tekstbiter som etter sitt innhold kunne merkes med en kode eller merkelapp slik at jeg kunne finne og samle tekstbiter som hadde noe felles (se fig. 2). Dette var foreløpige tema som ved senere refleksjoner kunne vise seg å måtte deles opp i to ulike eller at flere tema til slutt kunne samles under ett.

Til sist så jeg på meningsenhetene og sentrale temaene (abstrahert innhold) i lys av de ulike temaområdene i problemstillingen. Jeg fant at noen av de sentrale temaene ville falle inn under flere enn et temaområde (eks. selvopfatning og kommunikasjon).

Tverrgående analyse, sammenfatter informasjon fra mange informanter under ett, mens langsgående analyse følger den enkeltes løp over tid. Det siste var uaktuelt. Jeg har valgt en tverrgående analyse da det er et redskap for systematisk tekstkondensering, da jeg ville se på variasjonsbredde og fellestrekk hos informantene. Etter inspirasjon av Malterud lagde jeg et skjema for trinnvis analyse av materialet (Fig. 1). Skjemaet har fire kolonner som innbefatter intervjuet, meningsbærende enheter, sentrale tema og hvilken relevans dette har sett i lys av problemstillingen.

Transkribert intervju i fulltekst.	Meningsenheter (meningsfortetting)	Sentrale tema	Meningsenhetene sett i lys av problemstillingene:
<i>Jeg snakket med dem om det, men brukte aldri psykisk problemer som et tema. Jeg skylte vel på andre sykdommer, og at jeg var dårlig og slapp og måtte ha ro. Jeg går ut fra at de forsto, men vet ikke.</i>	Forklarte min dårlige form og behov for ro med andre sykdommer, og antok at barna forsto	Kommunikasjon <ul style="list-style-type: none"> • tabu Stress og mestring <ul style="list-style-type: none"> • Kapasitet • foreldrefungering 	Opplever: <ul style="list-style-type: none"> • at barna har behov for å vite hvorfor han er i dårlig form • kommunikasjonsproblemer (kommunikasjonskolaps) • hans mestring ble unngåelse av sannheten, ”nødløgn”
<i>Det at jeg ikke har taklet mammarollen og har gitt opp en unge til faren, ikke er i arbeid, er produktiv, og ikke har på et vis noen fast plattform som jeg går på til hver dag, og når jeg ser meg selv i speilet ikke kommer inn i noe, og jeg bare æsj!</i>	Mangler en fast plattform i livet, takler verken mammarollen eller jobben og er for tykk	Stress og mestring <ul style="list-style-type: none"> • hverdagen • foreldrefungering • kapasitet • nettverk Selvopplevelse <ul style="list-style-type: none"> • selvtillit • samvittighet 	Opplever: <ul style="list-style-type: none"> • seg som en dårlig mor • lite tro på egen verdi i flere sammenhenger • bekymring for barna • behov for hjelp

Figur 1.

4.8.1 Hvordan skape oversikt og finne likheter og forskjeller?

Intervjuene gav en stor mengde data og jeg hadde behov for å systematisere materialet for å skaffe meg oversikt. Jeg valgte å lage en matrise for å skaffe oversikt over de sentrale tema jeg hadde identifisert i gjennomlesingen av intervjuene. Jeg håpet dette kunne gjøre det lettere å se variasjonsbredde og fellestrekk, og hva de fortalte mye eller lite om. Nedenfor viser jeg et lite eksempel av matrisen for å klargjøre for leser framgangsmåten. Noen av utsagnene kan plasseres under flere tema.

Sentrale tema	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5
Selv oppfatning og samvittighet	<p>”Følte jeg ødela dem med formen og humøret mitt. Ble fort sint, irritert, lei meg, bjeffet og brølte høyt for å bli hørt. Jeg forstår at det er hans måte å få ut frustrasjon på, - men jeg synes det er fryktelig synd at jeg som mamma ikke kan tilby han bedre”.</p>	<p>”Noen dager hender det at jeg får unna litt. Andre dager gjør jeg ingen ting, da sitter jeg bare og tenker hva jeg skulle ha gjort, jeg har det ikke godt der jeg er nå”.</p>	<p>”det var slik at en ikke strakk til, til noen av dem (familien) til slutt. Alle satte ultimatum til deg”.</p>	<p>”Det verste er at jeg har veldig kort lunte, blir veldig fort gretten og irritert. Det gnager meg i lang tid, jeg kan jo si unnskyld men innerst inne vet jeg jo at jeg ikke skal oppføre meg slik”.</p>	<p>”Jeg ville greid mer, som husarbeid og delta på turer med familien. Spesielt før jeg ble innlagt greide jeg lite og lå mye på sofaen og sov mye”.</p>
Kommunikasjon	<p>”Jeg tror nok han (sønnen) tenker nå som han skulle flytte at han ikke skulle gjøre noen lei seg. Han er vanskelig å få ordene ut av - meg vil han nå ikke prate noe mye med”.</p>	<p>”Da blir det Signe mest, for hun har hatt litt det samme selv, så da blir det henne. Ikke for det jeg snakker med Janne også ja”.</p>	<p>”At jeg er fysisk dårlig har vært unnskylding da for å skjerme dem så det ikke skal belaste dem mer enn nødvendig”.</p>	<p>”Det (fisketurer) er vel noe han kanskje savner. Han har delvis gitt uttrykk for det, men det er kanskje vanskelig å snakke om sånne ting”.</p>	<p>”Om jeg er i dårlig form kan det bli lite snakk på meg og da skjønner Roy det og da blir det nå litt roligere så klart, men det beste er jo når vi kan snakke sammen isteden for når det blir rolig. Før jeg ble innlagt var det slik en periode”.</p>
Mestring	<p>”Jeg mestrer ikke jobben – mestrer ikke å ha han hjemme, og jeg måtte innse at noen andre måtte trø til istedenfor”.</p>	<p>”Det var i samtalen oss imellom, (datter som selv har problemer) da sa hun at: ”nå mamma skal du i vei og ha hjelp”</p>	<p>”En prøver jo å henge med. Det er ikke noen hjelp å få før du møter fullstendig veggen”.</p>	<p>”Før jeg ble syk, var vi gutta på fiske og skogsturer. Nå har jeg verken overskudd eller lyst”</p>	<p>At jeg ikke får til å gjøre noe mye, det blir trasig, da blir jeg sittende eller liggende på sofaen Når han er hjemme så er han flink til å hjelpe til og det er greit synes jeg.</p>

Bekymring for barna	<i>"Jeg har tenkt at jeg preger dem, og de vil huske barndommen sin som mye kjefting, skriking og mye kaos istedenfor ro".</i>	<i>"Hun satt i fanget mitt og så på at de andre barna lekte, jeg tenkte noe er galt, hun var så avhengig av moren. Hun isolerer seg, så hun skulle absolutt hatt noe (skole, jobb), men jeg vet ikke hva".</i>	<i>"Far tror barna har merket: "Humør og tid til dem og energi og sånn det gikk utover det da, og tålmodighet".</i>	<i>"jeg er jo bekymret for gutten på hvordan han takler situasjonen ved at en av foreldrene er syk".</i>	<i>"han merker hvordan det er med meg, og hans konsentrasjonsprob lemer har med slik jeg har det, og vi ser forandringer på han avhengig av formen min"</i>
----------------------------	--	--	---	--	---

Figur 2

4.8.2 Hvordan presentere materialet for å vekke lesers interesse?

Etter å ha fått en viss oversikt over foreldrenes egne opplevelser omkring de ulike temaområdene, lå utfordringen i å belyse det slik at leser i korthet kan sette seg inn i det. Jeg forsøkte først å sammenfatte alle informantenes opplevelser (tverrgående analyse) til en resultatbeskrivelse innenfor hvert delområde i problemstillingen. Det ble unyansert og lite oversiktlig. Valget falt deretter på å presentere for leser den enkelte informants opplevelser som korte historier, ved å lage en fortetting av flere utsagn. Jeg ønsker at informantene kan synliggjøres som historiefortellere. Valget er gjort for at leser gis større tilgang til den enkelte informants opplevelser. Enkelthistoriene har både likheter og ulikheter som kan danne nye historier ut fra lesers egen erfaringsbakgrunn og forforståelse. En sammenfatning av de 5 informantenes historie kan etter min mening sette strenge rammer og begrensinger i forhold til mangfoldet til forståelse og refleksjon hos leser. Likevel har jeg en oppsummering under hvert delområde i problemstillingen, der jeg samler funnene fra informantene og drøfter disse. Kvale (2006, s. 141) sier at i motsetning til kravet om utvetydighet tillater de hermeneutiske og postmoderne forståelsesformene et legitimt tolkningsmangfold. Ulike lesere kan altså tolke samme datamateriale med samme problemstilling ut fra ulike perspektiv. Kvale benevner dette som perspektivisk subjektivitet, som nettopp er intervjuforskningens styrke. Jeg ønsker at presentasjonsformen kan vekke interesse og innsikt, bidra til ulike tolkninger og diskusjon.

4.9 Validitet

Innen kvantitativ forskning benyttes begrepene validitet og reliabilitet, mens man innen kvalitativ analyse gjerne snakker om gyldighet og pålitelighet (logisk generalisering). Malterud (2008, s. 178) sier at å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser? I all forskning bør man før metodevalg tenke om metoden er den mest relevante i forhold til de spørsmål vi vil ha svar på. Om metoden ikke er relevant kan man heller ikke forvente at resultatene gir gyldige svar. Jeg tror ikke mine spørsmål kunne vært stilt og fått så utfyllende svar med bruk av kvantitativ metode. Svarene jeg fikk kan ikke beregnes i noen form for prosedyre som benyttes for validering innen medisinsk forskning. Jeg mener at jeg med figur 1 og 2 har gjort det mulig for andre å gå inn og forstå hvordan jeg har arbeidet med analyse og tolkning.

Kvale, (2006) hevder at validitet handler om i hvilken grad en forskningsmetode undersøker det den er ment å undersøke. I denne sammenheng handler det om hvilken gyldighet svarene jeg kommer fram til har i forhold til de spørsmål jeg har stilt. Det innebærer om intervjuguiden er utarbeidet hensiktsmessig i forhold til problemstillingene, om informantene har forstått meningen med spørsmålene og om måten utvelgelsen av informanter ble gjort. For å sikre dette la jeg kriterier for hvilke informanter jeg søkte, hvordan de skulle bli forespurt, rekkefølge og hvilken arena det var aktuelt å forespørre. I dette tilfelle måtte informantene være foreldre som hadde deltatt i Barnas Time ved en av mange aktuelle psykiatriske sengeposter ulike steder i Helse Nord- Trøndelag. Under hele prosessen har jeg vært bevisst at mine tidligere erfaringer med Barnas Time, kunne forstyrre min tolkning av dataene.

Malterud (2008, s.179) sier at en kontinuerlig valideringsholdning kan bidra til at vi lærer av våre erfaringer underveis i forskningsprosessen, utnytter de rettigheter og plikter som en fleksibel struktur gir oss, og modifisere vår design i takt med dette. I denne studien har jeg benyttet meg av denne muligheten og blant annet justert problemstillingen mer mot de data som framkom som tydelige. I den opprinnelige problemstillingen var ikke foreldrenes opplevelse av egen foreldrerolle det viktige, men i og med at alle informantene i stor grad fokuserte på dette i tilknytning til å beskrive opplevelsen av barnas situasjon ble det naturlig å innlemme temaet i problemstillingen. Malterud anbefaler oss å spørre *"hva"*, *"hvorfor"* og *"hvordan"*. Hvis svarene på alle disse spørsmålene er *"ok"* bør vi gjennomføre

valideringsprosessen på ny. Da har vi antagelig ikke klart å fange opp de svakheter som vårt prosjekt, og som alle andre forskningsprosjekt lider av.

I den studien med dybdeintervju av kun 5 informanter, sier det seg selv at resultatene ikke kan generaliseres. Likevel setter den fokus på en liten del av en større helhet omkring foreldres opplevelse av egen foreldrefungering, barnas situasjon og om tilbudet de har fått. Selv om resultatene ikke kan generaliseres kan de sees opp mot andre studier, eller skape debatt omkring disse familienes situasjon, og tilbud voksenpsykiatrien gir og bør gi i framtiden.

4.10 Ethiske og juridiske føringer

Studien ble søkt godkjent hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Midt- Norge. Etter to runder med vurderinger med forløpige avslag konkluderte de med at studien ble ansett som en kvalitetsstudie (evalueringsstudie) som falt utenfor komiteens mandat, og derfor ikke ble vurdert. Studien ble deretter godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Se vedlegg nr. 3 og 4.

Jeg har forsøkt å følge gjeldende retningslinjer for denne type studier. Dilemmaene var mange, eksempelvis om jeg skulle velge å intervju foreldre som var psykotiske, og som "vi"/fagpersoner på gitte tidspunkt kunne tenke å ha redusert innsikt i egen og barnas situasjon. Dette ble ikke aktuelt å ta stilling til, da de som i fortløpende rekkefølge ble forespurt hadde andre lidelser.

Informantene i studien kunne være en følelsesmessig sårbar gruppe, og i en intervjusituasjon er intervjuer den sterke part. Det er jeg som forsker som bestemmer hva dette skal omfatte. I dette tilfelle vurderte jeg at ønsket om en forbedret fagutøvelse og praksis legitimerer å intervju tidligere pasienter om deres erfaringer. Tiller (1991, s. 10) hevder at forskning som tar sikte på å forbedre grunnlaget for samfunnsmessig virksomhet i særlig grad krever en kontinuerlig drøfting av spørsmålet om sammenheng mellom verdigrunnlag, menneske, samfunnssyn og vitenskap.

5 FUNN OG DISKUSJON

5.1 Innledning

Jeg har valgt å starte med en samlet presentasjon av informantene som omfatter alder, oppvekst, sykdomshistorie og den familiære og sosiale situasjon i dag. Deretter vil jeg presentere mine funn som informantenes enkelthistorier med en kortere sammenfatning der jeg forsøker å belyse funn relatert til problemstillingen. Dette etterfølges av en samlet oppsummering av alle informantene. Jeg har vektlagt å bevare informantenes anonymitet. Jeg har likevel valgt å bruke direkte sitater som kan gi rom for at leser selv kan søke å forstå disse ut fra egen erfaringsbakgrunn og forforståelse. Jeg har søkt å yte informantene rettferdighet, og ønsker at min stemme som forsker kan atskilles fra deres, og være tydelig for leser når jeg sammenfatter og diskuterer de inntrykk jeg har av ulike tema (fenomener). Jeg beskriver funn og diskuterer sentrale tema knyttet til første del av problemstillingen fortløpende i lys av valgte teori, for å unngå at avstanden fra presentasjon av funn til diskusjon blir så stor at det krever mange gjentakelser av utsagn.

I forhold til første del av problemstillingen som omhandler foreldrenes opplevelser av egen foreldrefungering og barnas situasjon, prøver jeg gjennom analysen å forstå betydningen av det de forteller. De temaene jeg fant som naturlig å løfte fram og utdype nærmere ble selvopplevelse og samvittighet, kommunikasjon og stress og mestring. I forhold til siste del av problemstillingen som er evalueringdelen, har jeg derimot valgt å se på enkelte "områder" ved Barnas Time som prosess, som informantene fremhevet som betydningsfulle.

5.2 Presentasjon av informantene

Alle informanter hadde vært innlagt ved psykiatrisk klinikk, Helse Nord- Trøndelag. Klinikken består av 18 enheter fordelt på fem geografiske steder. Tre av informantene ble innlagt som ø- hjelp, mens to ble vurdert på vakt og fikk planlagte innleggelse innen kort tid. Årsak til innleggelsene var angst og depresjon, hvorav noen hadde suicidale tanker.

Informantenes alder varierte fra 30 til 43 år, med en gjennomsnittsalder på 34 år. Av anonymitetshensyn benyttes fiktive navn på tre mødre og to fedre. En mor er skilt og har ny samboer, en far er nylig blitt enslig og to mødre og en far er gift/samboer med barnas andre

forelder. To har ingen jobb, de tre andre har jobb, men er langtidssykemeldte. To av dem ser ingen mulighet for å fortsette i samme jobb, på grunn av arbeidskonflikter, og opplevelse av ikke å mestre oppgavene. En av informantene har yrkesutdanning, mens de andre er ufaglærte med hensyn til formell fagutdanning.

Alle beskriver en bra barndom. Alle hadde arbeidsomme foreldre, hvorav noen hadde flere jobber og diverse verv på kveldstid. Ingen beskriver spesielle problemer med krangling eller annet negativt fra barndomsheimen. Noen forteller om at det aldri ble snakket om følelser i barndomsheimen, at de som barn aldri opplevde at foreldre gav hverandre en klem og om foreldre som ble skilt. Det siste beskrives også som helt uproblematisk. Fire av informantene har minst en forelder som lever, og som de har god kontakt med. Informantene har fra et til seks søsken, og fra et til tre barn. Til sammen har de ni barn fra to til 19 år, med en gjennomsnittsalder på 11 år. Åtte av barna har deltatt i Barnas Time. Et av barna er flyttet ut av barndomshjemmet og bor for seg selv. Et barn er i ferd med å flytte til sin andre forelder, to barn bor hos sin andre forelder, et barn bor midlertidig hos en tante og fire barn fra fire familier bor hjemme hos den syke forelderens. Alle informantene har jevnlig kontakt eller samvær med alle sine barn.

To av informantene beskriver angstproblemer allerede fra ungdomstiden. De tre andre har først fått sine problemer i voksen alder, med forverring de sist to til tre år. De tre beskriver ulike belastninger i omgivelsene (jobb og nettverk) som årsak til problemene. Under innleggelsen framkom det for noen tilleggsproblemer eller diagnoser, blant annet personlighetsproblemer som medfører en unnvikende eller ustabil atferd, og bruk av rusmidler. Eksempelvis kom unnvikelsesproblematikken hos en av informantene tydelig fram for meg da jeg leste intervjuet. Jeg erindret intervjusituasjonen da jeg trodde informanten ikke hadde kommet, mens hun satt skjult bak andre ventende pasienter og ikke gav seg til kjenne til tross for at hun hadde sett at jeg så etter noen. Intervjuet bærer preg av korte, unnvikende og lite detaljerte svar til tross for at jeg spurte mer detaljerte enn ment i intervjusituasjonen. Hun gir imidlertid mer utdypende svar omkring hendelser som ikke innbefattet henne selv direkte, eller det å ta stilling til, mene noe eller medvirke i forhold til noe. De andre informantene gir mer utfyllende svar. En far beskriver eksempelvis godt omkring det å ha angst og depresjonsproblemer i perioder, mens han i andre perioder har det bedre og kan beskrive de opplevelsesmessige forskjellene. Andre beskriver godt hvordan sykdommen (egne problemer) påvirker samhandlingen med barna, kapasitet og opplevelse av egen

mestring. Alle beskriver egne barn godt, med tydelig stolthet og innlevelse. Gjennom min tolkning, og de spørsmål jeg stiller til datamaterialet kan jeg velge å fokusere både på uttalelsenes innhold og på personen, det vil si hva dette sier meg om informanten selv.

I presentasjonen av resultater får jeg kun belyst en liten del av noen få utfordringer foreldre med psykiske problemer kan oppleve i forhold til foreldrerollen, barnas situasjon og den hjelp de opplever å få. Jeg håper likevel at deres erfaringer vil bidra til økt kunnskap og utvidet forståelse hos helsepersonell.

5.3 Psykisk syke foreldres opplevelser omkring egen foreldrefungering, barnas situasjon og tilbudet Barnas Time

I intervjusituasjonen opplevde jeg foreldre som var glade i og ønsket det beste for sine barn, men som også var bekymret for dem. Fire av fem knytter bekymringen til egne problemer. Alle forteller at andre enn dem selv (lærere, slektninger) har lagt merke til at minst et av barna sliter med noe. Foreldrene forteller mye om hvordan egne problemer påvirker hverdagen og at barnas situasjon har nær sammenheng med egen situasjon. Da studien har få informanter lot det seg gjøre å beskrive foreldrenes fortelling omkring problemstillingen som enkelthistorier. Et ønske med enkelthistorier er å for å si det med Starrins (1994, s. 12) utsagn *”å återskapa händelser och upplevelser”* slik at de kan bli kjent for de som ikke var der.

Historiene fortelles uten at jeg har foretatt en inndeling mellom foreldrenes opplevelse av egen foreldrerolle og barnas situasjon, da foreldre knyttet det ene nært til det andre. Altså at barnas situasjon for de fleste beskrives som en konsekvens av egen foreldrefungering. I sammenfatningene under hver historie har jeg derimot forsøkt å skille ut noe mellom informantens opplevelse av egen foreldrefungering, barnas situasjon og Barnas Time. I kap. 5.3.7, 5.3.8 og 5.3.9 diskuterer jeg sentrale tema jeg fant angående første del av problemstillingen. Andre del av problemstillingen som omhandler Barnas Time tas opp fra kap. 5.5 til og med 5.7.7.

5.3.1 Tommys historie

Tommy er 34 år og gift med Kari, og de har sønnen Tore på 12 år. Intervjuet foregikk i familiens hjem, og jeg følte meg velkommen da Tommy kom på trappen og viste meg inn. Han hadde kokt kaffe til jeg kom. Kona og sønnen var på en fritidsaktivitet, og vi fikk ro i intervjusituasjonen. Etter intervjuet viste han meg familiebilder og familiens dyr.

Tommy forteller at for få år siden var han yrkesaktiv og flink i sitt arbeid, mens kona var hjemmeværende. De hadde et godt sosialt nettverk, og fritidsinteresser de delte med familie og venner. I dag er situasjonen en helt annen. Han er sykemeldt mens kona jobber og sønnen går på skole. Han virker trist og oppgitt når han forteller om egen hverdag på følgende vis: *”Jeg går nå bare her hjemme og ”trulter” og er sur, gretten og orker ingen ting. Det reduserer jo livskvaliteten noe vanvittig, og det er en veldig tøff hverdag – ikke bare for meg men også for de rundt meg. Og det gnager veldig på meg for slik jeg føler nå så prøver jeg så godt det lar seg gjøre, men jeg får det ikke til”*. Tommy viser innsikt i at hans problemer påvirker familien. For å bidra positivt har han som et mål å hjelpe sønnen med leksene. Det fungerer nokså greit når han er i form, men *”de dagene jeg ikke har det bra – er jeg ikke så flink leksehjelper - irritere meg over ting som skulle vært gjort og ting som han gjør feil istedenfor å oppmuntre han - kjefter på han og sier hvorfor gjorde du ikke sånn og sånn. Så blir han lei seg og så blir jeg lei meg så blir det bare tårer og skrik. Så det er ikke enkelt”*. For Tommy varierer dagsformen og de verste dager er: *”når jeg har nesten sammenhengende angstanfall - ikke mål og mening for dagen - ligger i senga med dyna over meg eller sitter i sofaen med puter over ørene, og hele verden er borte - blitt en verdensmester tror jeg på å skjule anfallene”*, men fortsetter med *”tror de merker sinnsstemningen min med en eneste gang. Det er vel måten jeg svarer dem på når de kommer inn døra. Han ser ikke ”på” øynene, han ser ”i” øynene - det er to vidt forskjellige ting, for han ser tvers gjennom meg - jeg trenger ikke si et ord men det ser han. Han begynner vel å tenke etter matfriminuttet på hvilken form jeg er i når han kommer hjem. Jeg ser det på han at han er veldig spent når han kommer hjem”*. Utsagnene vitner tydelig om, at det foregår en ikke verbal kommunikasjon mellom forelder og barn. De observerer hverandre og reagerer uten nødvendigvis å verbalisere.

Tommy forteller at sønnen er *”en veldig oppegående og kvikk gutt til bare å være 12 år. Han er voksen i hodet, og mange blir skremt når de snakker med han av at han faktisk har et slikt ordforråd. Det går an å ha en ordentlig samtale med den guttungen”*. Far forteller at den

første tiden etter at han var blitt syk, ble gutten lei seg når han kjefte på han uten grunn, mens han nå *”ber om at jeg må roe meg ned eller så sier han at det er på tide at du går og slapper av litt, eller gir beskjed om at nå går han på rommet så kan jeg bare sitte og kjeft for meg selv. Han har faktisk funnet sine mestringsstrategier for å takle det, likevel tror jeg det går inn på han”*.

Før Tommy ble syk var han og sønnen på fisketurer sammen, noe han tror sønnen savner. Han er klar over at gutten ikke regner med eller betror seg til han som tidligere og sier *”Jeg tror nok at det er ting han bærer i seg, det veit jeg, for det er mye han snakker med farmor om, for det er en person han kan ringe - så snakker han jo litt med mor sin - tror han er veldig engstelig for at jeg ikke blir frisk igjen, og usikker på framtiden og det skjønner jeg jo. Jeg er usikker på framtiden selv”*. Da Tommy ble innlagt hadde sønnen sagt *”du mamma, nå ble jeg glad for nå får pappa hjelp”*. Når Tommy forstår at sønnen er usikker på framtiden og om faren blir frisk forstår han også lettelsen ved innleggelsen. Han sammenligner guttens opplevelser med sine egne. Om forholdet til kona sier Tommy *”det er klart vi krangler litt mer enn det vi gjorde før, men det er jo normalt slik jeg ser det ut fra mitt ståsted slik sykdommen min er”*.

5.3.1.1 Tommys opplevelse av tilbudet Barnas Time

Tommy opplevde det som positivt at helsepersonell snakket med han om foreldrerollen og barns behov, og inviterte til familiesamtale. Han sa: *”ble egentlig glad det fantes et tilbud og at han fikk en annen forklaring enn vi klarer å gi – det er jo ungene som ikke greier å uttrykke seg helt, og der i et lukket fora får de stilt spørsmål og får svar”*. Tommy synes det var greit at samme person gav informasjon og deltok i Barnas Time. Han fremhevet betydningen av skriftlig informasjon og av at barna fikk brev i eget navn i posten. Sønnen hadde sagt at han *”hadde fått brev fra hu på psyken”*. Tommy opplever at mye informasjon fra sykehus og offentlige etater er så vanskelig å forstå og at man må slå opp i fremmedordbok for å skjønne, og tror det er *”for å vise at de kan”*. Om den skriftlige informasjonen til foreldre sa han *”jeg kjente igjen mye – det satte ting i perspektiv – skrevet i et språk som er hverdagslig - at faktisk en stakkar som meg skjønnte hva som sto der, da ble jeg glad”*. Det som medvirket til at de takket ja til Barnas Time var at: *”jeg skjønnte det var noe vi alle ville ha utbytte av. Vi hadde*

begynt å jobbe litt med dette før i og med at vi har meldt han på et sånt BAPP kurs¹ og det har han hatt stort utbytte av. Men en ting er BAPP kurs innenfor trygge former sammen med andre barn, og noe annet er faktisk at han skal møte opp på den plassen som pappa er innlagt da, som kanskje skaper utrygge følelser”.

På spørsmål om hva Tommy tror kan være årsak til at foreldre kan vegre seg for Barnas Time sier han ” *kanskje de har vanskelig for å vise ungen følelser - så er de ikke ærlige med seg selv – mange kan synes det er litt skummelt - det handler jo ikke bare om et enkelt individ men om en familie. Barnas Time der faktisk barnet står i sentrum er viktig - at ikke den syke står i sentrum bestandig - det har det en tendens til å bli*”. Tommy tror også at noen er redd barnevernets innblanding og sier ” *kona mi var engstelig til å begynne med – for barnevernets forlengede hånd - hun var redd for at nå skjønnte de at vi sleit følt - jeg sa at det er jo ikke det at vi ikke klarer å ta oss av guttungen, men at jeg ikke klarer å ta meg av meg selv*”. Tommys opplevelser er preget av erfaringer og han forteller at ” *lokalt her har barnevernet vært den store stygge ulven. Det er ikke til å legge skjul på for det var noen unger her som ble tatt fra foreldrene helt uten grunn så det var skremmende*”.

Informasjonen han hadde fått bidro til at han gledet seg til familiesamtalen fordi ” *hvis Barnas Time gjenspeilet seg i måten brosjyren var utformet på og enkeltheten den var skrevet i, så ville det bli helt topp, og det ble det. Det var en rolig atmosfære og det var behagelig*”. Når det gjelder nytte for sønnen tror Tommy at ” *det er enklere å snakke med noen utenfor enn med familien sin hele tiden, det kjenner jeg igjen selv - jeg tror han var redd for å si feil ting*”. På forhånd hadde sønnen sagt til foreldrene at han ikke ville de skulle gå ut under timen. Tommy forteller fra deltagelsen at sønnen ” *var nervøs til å begynne med, men skuldrene slapp og da fikk jeg det godt inni meg - hvor vidt jeg kunne få det godt er jo relativt - han ble jo faktisk ganske trygg med en gang og sa at det var greit at vi gikk ut, og det tror jeg var litt godt for han selv for da fikk han sagt ting sånn som det var og slik han følte det uten å tenke på at vi hørt på*”. I samtale mellom veilederne og gutten framkom det at han ønsket å ha en voksen utenfor familien å snakke med alene også i hjemkommunen. I samråd med foreldre og psykiatritjenesten i hjemkommunen var dette blitt ordnet.

¹ Kurs over 10 uker for barn med psykisk syke eller rusavhengige foreldre.

5.3.1.2 Sammenfatning

Tommys psykiske problemer medfører store humørsvingninger, svekket kapasitet og mestring (i og utenfor hjemmet), uhensiktsmessig kommunikasjon, dårlig samvittighet og lav selvfølelse.

Tommys opplevelse av egen foreldrefungering er at han prøver så godt han kan men strekker ikke til. Han opplever at hans problemer klart sliter både på kona og sønnen. Han forsøker å skjule sine problemer for familien samtidig som han er bevisst at de likevel ser hvordan han har det. Han er klar over at hans humørsvingninger og svekket kapasitet påvirker foreldrefungeringen negativt. Blant annet greier han ikke å følge sønnen i diskusjoner eller delta på turer som før. Han opplever dårlig samvittighet og ønsker å bidra positivt og forsøker å hjelpe sønnen med lekser, med blandet utfall avhengig av dagsformen. Han forstår og aksepterer at sønnen snakker med andre enn han, om hvordan han har det.

Tommys opplevelse av sønnens situasjon er at Tore lider på grunn av hans egne humørsvingninger og "kjefting", eksempelvis i lekkesituasjonen, da han ser at Tore blir lei seg. Han forteller om andre ting han tror sønnen er redd, savner eller ønsker. Blant annet tror han sønnen bekymrer seg for å komme hjem fra skolen på grunn av pappas form. Han tror sønnen "bærer ting i seg", og kan ha behov for å snakke med noen utenom familien, blant annet når foreldrene ikke var til stede i Barnas Time.

Det framkommer ellers at det er lite og uklar kommunikasjon mellom far og sønn om tanker, følelser, ønsker og behov. Usikkerhet for fremtiden kan være et familieanliggende, og følelser som angst, sinne, frykt og skam kan være stressfølelser som ikke verbaliseres. Mye blir usagt i vanskelige situasjoner, eller får utløp i gjensidige sinneutbrudd med kritikk, befalinger og beskyldninger mellom far og sønn. Det kan virke som kommunikasjonslinjene og ansvarsforhold innad i familien er noe forskjøvet. Far kan oppleve det som greit når sønnen tar ansvar og finner egne mestringsstrategier. Det blir noen som tar kontroll. Han selv ("bare kjefter") og mestrer ikke å skape trygghet i situasjonen verken for sønnen eller seg selv.

5.3.2 Siris historie

Siri er 30 år, samboer med Torgeir og mor til Johan 9 år og Lise 5 år. De bor i Skogen, og barnas far bor i Innfjord. Dette intervjuet foregikk etter Siris ønske på et kontor i forbindelse med en poliklinisk time hun hadde.

Siri forteller at hverdagen starter med at hun står opp når 5 åringen har vekt henne. Deretter *”ordner hun barnet”* og kjører til barnehagen innen fristen, drar så hjem, drikker kaffe og sitter ved PC`n *”for å forsvinne litt i en annen verden”*, eller drar til venner for å *”skravle. Vi deler på husarbeidet - har dårlig samvittighet selvsagt - jeg går jo bare hjemme”*. Slik går dagene, selv om de kan oppleves noe ulikt avhengig av dagsformen. Siris beskriver en god dag som *”når jeg står opp og ikke er i konflikt med Lise og han Johan er til pappaen sin, og jeg ikke har noen konflikt med samboeren min, at vi har en god tone hvor jeg ikke misstolker hans humor og kommentarer som kan være veldig sarkastiske”*, derimot er en vond dag *”når jeg blir stressa og sur fra morgenen av på Lise og det ender med en dårlig avskjed i barnehagen. Og visst jeg og samboeren min har hatt en diskusjon jeg enda ikke er ferdig med, så drar jeg det med meg neste dag og når jeg har mange tunge tanker om at jeg ikke takler mammarollen og har gitt opp en unge til faren, ikke er i arbeid, er produktiv eller på et vis har en fast plattform å stå på. Og når jeg ser meg i speilet, ikke kommer inn i klærne, æsj! Deretter spiser jeg ekstra mye for jeg har det ikke bra. Det er tussig, særlig visst det da blir rødvin til kvelds og det forsterkes når jeg sover dårlig”*. Siri beskriver ingen gledelige eller interessante hendelser om en god dag, men nevner opp fravær av det ubehagelige hun kan oppleve en vond dag.

Siri har falt ut av arbeidslivet, og sier: *”jeg vet ikke hva jeg vil, hva jeg ønsker eller burde hatt - det er vel noe med meg og tankene som gjør at jeg ikke mestrer jobben, pluss at jeg har en samarbeidskonflikt som gjør det vanskelig å komme tilbake. Stillingen er diffus og uklar - jeg føler jeg ikke kan noen ting, ikke mestrer noe. Det skremmer meg at jeg ikke har noe å tilby”*.

Hun beskriver egen opplevelse av det å være mamma på følgende vis: *”Jeg blir fort sint, fort irritert, fort lei meg, bjeffet og brølte og måtte brøle rimelig høyt for å bli hørt. Jeg følte jeg ødela dem med formen og humøret mitt, og at jeg på et vis merket eller preget dem fordi jeg var så dårlig form Jeg mestret ikke å ha han (sønnen) hjemme, og måtte innse at noen andre måtte trø til istedenfor. Når han er til faren, selv om gutten ønsket det selv, så vet jeg at jeg ikke var så bra som jeg burde ha vært. Jeg var så sint på han hele tiden. Han hørte aldri etter*

og det var bare krangel og vi hadde ikke noen gode stunder. Jeg burde følt mer glede og koset meg mer med han men jeg gjorde ikke det og ikke savnet jeg han når han var bort. Det er så godt å ha ro. Jeg takler verken stress eller konflikter, da blir jeg sint og da møter jeg motstand og når han (sønnen) som person er en konfliktsøker i tillegg – da blir det krasj. Jeg blir veldig lei meg, samtidig som jeg forstår at det er hans måte å få ut frustrasjon på, men jeg synes det er fryktelig synd at jeg som mamma ikke kan tilby han bedre. Visst det er det jeg tilbyr han så er jo det fryktelig ille, men samtidig kan han komme ti minutter etter og si ”mamma jeg mente ikke det jeg sa”, men like vel”.

Siri opplever at hun i liten grad deltar i barnas aktiviteter både hjemme og utenfor hjemmet. *”Jeg er med på kamper når Johan har det, ellers så er jeg ikke så flink på den biten. Jeg føler meg som en henteslave for dem - mamma ditt – mamma datt. Jeg tror de har det greit nok - men det er ikke noe ekstra bonuser sånn fra min side. De merker vel humørsvingningene mine sikkert ganske godt. De blir nok preget av det, men greit nok. Han (sønnen) har jo gitt uttrykk for, gjerne i sinne at vi ødelegger livet hans”.* Siri opplever at nettverket har stor betydning for at hun klarer med hverdagen og sier at det er viktig at *”det er noen der som kan avlaste og ta over litt når det butter som verst og har jeg ikke hatt Torgeir og mamma og dem å ringt til når det har vært som tyngst så tror jeg, jeg har gitt opp for lenge siden”.* Siri snakker i generelle setninger når hun forteller om opplevelsen omkring tilgjengelighet i behandlingstilbudet, om vegring og avventing i forhold til å be om hjelp *”det er mye ventetid og når en ønsker hjelp er det som regel en stund siden du skulle hatt det”.* Siri opplever det selv som skambelagt å be om hjelp og bli innlagt for psykiske problemer, og *”husker mest at de sa at alle sjikt, altså alle klasser i samfunnet vil en eller annen gang i livet ha behov for hjelp og at det er mer vanlig enn en tror og ikke så skummelt”.*

Siri ble innlagt som ø-hjelp mens barna var på skolen. Hun syntes det var vanskelig å dra fra ansvaret hjemme uten å få sagt adjø til barna, men unnlot likevel å ringe og forklare barna noe. Hun forklarer at *”det ble fortalt (av samboer) at jeg skulle til behandling, men ikke noe mer. De sa ok, og ferdig med det. Det hadde blitt tøft for meg tror jeg å skulle fortalt hvor jeg var, eller ikke hadde det bra. Det beste var å la være å ha kontakt, for da på et vis skåner du vel kanskje deg selv mer. Jeg vet ikke hvor mye de lurte på hvor jeg var”.* Siris fortelling vitner om manglende åpenhet og en problematisk kommunikasjon i familien, blant annet sier hun *” jeg vet ikke hvor mye de la merke til at jeg ikke var der, i og med at vi snakker så lite er det vanskelig å vite egentlig. Jeg prøver å få i gang samtaler om hvordan det har vært på*

skolen, barnehage hva de har gjort, hvem de har lekt med, men de er veldig kort". Det barna imidlertid vil snakke med sin mor om er minner fra tiden de enda bodde sammen med barnas far og mors problemer ikke var så dominerende. Siri forteller at *"det er historier der de husker hva de sa eller gjorde - det er jo de gode minnene som blir husket og pratet om"*. Siri ønsker å gi barna en større opplevelse av å være elsket enn hun selv har fra egen barndom. Hun forteller fra egen barndom at *"det var ikke noe som hette for lei seg eller trist eller noe sånt, ikke husker jeg det ble fortalt at jeg var glad i, eller det å gi klemmer og sånn - at de (foreldrene) var borti hverandre og gav klemmer, så det er jeg veldig bevisst på å fortelle ungene mine. De skal vite at selv om vi krangler aldri så mye så er jeg glad i dem"*.

5.3.2.1 Siris opplevelse av tilbudet Barnas Time

Siri husker at pasientundervisningen var det som først gjorde henne bevisst på egen foreldrerolle og barnas situasjon under innleggelsen. *"Det var når vi snakket om det på den pasientundervisningen - hadde ikke hørt om det før – eller ikke noe mye - og tenkte at det må være ypperlig å få hjelp til å få forklart dem litt - få hjelp til å snakke om det - for det er jo kanskje ikke meg de vil snakke med heller når det gjelder akkurat det her. Det var som å lese om meg på plansjene, jeg kjent meg igjen i alt"*. Som de andre informantene fikk Siri individuell orientering og tilbud om Barnas Time. Denne informasjonen bidro til deltagelse fordi *"det virket som det var et ordentlig opplegg, gjennomtenk - klart hva som skulle foregå - den forberedende timen var kjempebra - det å få det skriftlig i en slik brosjyreform var greit - for det er ikke sikkert at ord fester seg bestandig - jeg var veldig glad for tilbudet – ønsker å få mest mulig som kan hjelpe både meg og ungene - det var ikke påpraktet meg - veldig fin forsiktig måte å gi tilbudet på – altså ikke noe du føler du må gjøre - eller det herre har du godt av altså - men sånn: - kanskje vi kan hjelpe deg med noe? – litt mer den"*. Siri forteller greit om hvordan det oppleves for henne når andre tar opp noe med henne, men har selv vanskelig for å tilpasse seg i situasjoner når hun skal eller bør kommuniserer med andre/barna. Man får inntrykk av at Siri har problemer med å kommunisere med barna både omkring sin egen og deres situasjon, og på spørsmål om hun hadde forklart barna om Barnas Time før deltagelsen svarte hun: *"Jeg sa jo at vi skulle på sykehuset og snakke om da jeg var der, men jeg føler vel at jeg på et vis prakter på dem dette de kanskje ikke har tenkt så mye på. Det er vanskelig som syk mor å fortelle ungene hvordan du har det – det er godt å ha en tredjeperson som kan bekrefte at det er mange barn som kanskje opplever det slik. Ikke å ufarliggjøre, men normalisere det på et vis"*.

Det Siri først fremhever fra deltagelsen i Barnas Time var at: *”vi ble tatt godt imot – de håndhilste på ungene - vi følte vi var velkommen – de brukte et språk som han forsto - jeg hadde nå håpet at de (ungene) skulle fortelle mer i og med at de er så stille hjemme”*. Om egen opplevelse av hva hun tror barna opplevde i timen sier hun: *” de skjønnte kanskje ikke så mye av min situasjon, at jeg hadde vært borte på grunn av sykdommen, at det var litt sånn nesten nytt for dem på et vis”*. Siri som hadde overlatt ansvaret for å forklare barna til andre, opplevde at barna kom nokså uforberedt til timen. Til tross for at hun selv har problemer med å forklare barna, og kommunisere om deres opplevelser i hjemmesituasjonen, forventet eller ønsket hun at de skulle snakke mer når de fikk mulighet. Hun forteller at barna ikke har nevnt Barnas Time etterpå, men at *” vi har nevnt dette med tanke og følelsesykdom og det syntes jeg var så veldig godt begrep, for da er det lettere for dem å forstå hva det dreier seg om”*. Hun forteller at samboeren forstår mer omkring hennes problemer og barnas situasjon etter deltagelsen, og opplever at det har positiv innvirkning for familiens hverdag fordi *” han har i utgangspunktet lite kunnskap om psykiske problem - ikke hatt evnen til å sette seg inn i og forstå hvordan jeg har det, og så har ikke jeg vært flink nok til å forklare – det er godt for meg at andre forteller eller bekrefter hva det er - han kan se hvor det trengs avlastning - trekke dem (barna) ut fra situasjoner som kanskje ikke er så bra - ta over der jeg ikke strekker til”*.

5.3.2.2 Sammenfatning

Siris fortelling vitner om en daglig kamp som innebærer flukt (unngåelsesatferd) for å unngå ubehag. Fortellingen preges av hennes depressive tanker og håpløshetsfølelsen i flere situasjoner, eksempelvis hennes opplevelse av større utfordringer enn hun makter med i forhold til husarbeid, jobb og barnas behov. Hun opplever dette som stress, og er klar over at egne behov som det å ha ro, kan dominere. Hun tydeliggjør problemer med å kommunisere med andre om hvordan hun selv eller andre (kollega, samboer, barn) opplever noe. Siris fortelling vitner om at hun opplever at barna lever i det Borge (2005) kaller en familiebasert psykososial risiko. Ved psykisk sykdom kan flere risikofaktorer forekomme samtidig. Det kan blant annet oppstå hyppige krangler mellom familiemedlemmene, alkoholmisbruk, ustabilitet eller mangelfull evne både til å sette grenser og støtte barna emosjonelt og praktisk.

Siris opplevelse av egen foreldrefungering innbefatter at hun innser utilstrekkelighet, og at andre må trø til i forhold til sønnen. I intervjusituasjonen viser hun en moralsk vurdering av hva hun som mor burde følt, og uttrykker dårlig samvittighet og erkjenner at hun ikke makter med det hun mener at en mor burde føle og gjøre i forhold til barna. Hun er bevisst at hun ikke gleder seg over samvær med sønnen, og ikke savner han når han er hos sin far. I stressende situasjoner greier hun ikke det hun vet hun burde, samvittigheten tilsier, og det hun opplever at andre forventer av henne. Hun opplever at barna krever mer enn hun makter med. Som mamma opplever hun seg som en som ikke takler stress og konflikter, og blir fort sint, irritert, bjeffer og brøler høyt for å bli hørt, og opplever at hun ødelegger barna med formen sin. Hun opplever at hun er avhengig av et støttende nettverk i familien for å ivareta barna, og avlaste henne selv. Hun er bevisst at egne behov kan bli dominerende og at hun skåner seg selv ved å unngå å ta opp situasjoner med barna.

Siris opplevelse av barnas situasjon er noe ambivalent. Hun tror de har det greit nok, selv om de ikke får noe ekstra fra henne. I neste nu mener hun de nok preges av hennes humørsvingninger. Hun opplever at sønnen er en konfliktsøker, men forstår at det er hans måte å få ut frustrasjon på. Hun forstår at sønnen savner pappaen sin, og at barna liker å snakke med henne om gode minner fra fortiden.

Det som avgjorde deltagelse i Barnas Time, var opplevelsen av gjenkjennelse og at det virket klart for henne hva som skulle foregå. Når det gjelder foreldrerollen og barnas situasjon, opplevde Siri det som positivt at disse temaene ble tatt opp under innleggelsen. Hun framhever spesielt betydningen av pasientundervisningen, forberedende time og den skriftlige informasjon. Under deltagelsen satte hun pris på mottagelsen, ordene som ble brukt da det ble forklart om hennes problemer, og nytten av at samboer i etterkant forsto mer. Hun savnet at barna deltok mer i samtalen.

5.3.3 Pers historie

Per er 35 år og bor for tiden alene i bygda Bakkan. Han er far til Mirjam 14 år, Kristin 11 år og Truls 2 år. Barna er jevnlig på besøk, eller har samværsordning. Per ønsket at intervjuet skulle foregå i hans hjem. Jeg ble godt mottatt og vist plass ved bordet han hadde dekket pent. Samtalen foregikk i en avslappende stemning. Han virket reflektert og ble noen ganger rørt

over situasjoner han hadde opplevd, og fortalte gjerne om egne opplevelser om det kunne være til hjelp for helsepersonell og foreldre med psykiske problemer.

Per forteller om en hverdag som periodevis er preget av hans problemer med angst og depresjon. Periodene kan vare over uker eller måneder. Han prøver da å mestre hverdagens krav ved å tøyne egen kapasitet til det ytterste: *” Det blir slik at en gjemmer seg i arbeid og prøver å jobbe det utav seg - jeg var engasjert i alt - hadde møter hele tiden, ellers fikk jeg angst og nerver - blir oppgitt - føler en ikke klarer å strekke til - det blir en ond sirkel”*. Per opplever at egne problemer påvirker forholdet til barna med hensyn til *” humøret og tid til dem, energi og tålmodighet”*, og om den minste sier han *”han suger jo energi av deg, er aktiv, og vil ha oppmerksomhet hele tiden - kan bli tøft – jeg klarer bare det nødvendige ekstra - må motivere meg mye”*. Per viser imidlertid ambivalens i sin vurdering av om barnas situasjon påvirkes av egne problemer. *”Jeg vet ikke egentlig om de (barna) har merket så mye egentlig. Jeg tror vi har et høyere aktivitetsnivå enn vennene deres, enn mange kan du si, med at vi gjør ting sammen. Likevel fortsetter han med å si: ”Ja, en strekker ikke til, det er jo noen som skal ha oppmerksomheten din - det går jo i perioder - i perioder er vi veldig aktiv og i perioder greier jeg ikke å gjennomføre noe mye”*. Man kan jo anta at barna merker variasjonene i pappas form uten at de skjønner hvorfor, når Per forteller at: *”det kommenterer dem, om jeg aldri skal bli frisk. Jeg har brukt andre unnskyldninger enn psykiske plager - at jeg er fysisk dårlig er liksom det som har vært unnskyldinga”*.

Per ble innlagt som ø-hjelp mens barna var hos venner eller hos sin mor. Han opplevde et angstanfall som *”noe med hjertet”* og var redd for å dø. Til tross for egen angst var tanken på barna dominerende, og han ringte sin mor fordi *” jeg tenkte at noen måtte passe på dem – at jeg sikret meg det før jeg dro til sykehuset”*. Han forklarer at det gjaldt *”å organisere og sørge for at de hadde det bra alle sammen”*. Han bekymret seg for om barna var redde og ringte dem samme dag for å *”snakke med dem og berolig dem - hun var lei seg, det hørte jeg, hun sa det nå også”*.

5.3.3.1 Pers opplevelse av tilbudet Barnas Time

De første dagene på sykehuset var preget av ustabilitet, og en opplevelse av at *”tankene svinger - en misforstår mye - en liten ting kan bli kjempestort inni hodet ditt - all informasjon en får de første dagene er borte – i alle fall for meg”*. Han fremhever betydningen av å få

informasjon gradvis, på rett tid og skriftlig, fordi *”det er jo bedre at pasienten kan søke informasjonen selv når han trenger den”*. Akkurat som Siri husker Per at pasientundervisningen påvirket egne tanker om foreldrerollen, barnas situasjon og erkjennelsen av behov for hjelp. Han forklarer at: *”det var i en slik time om foreldre med psykiske problemer - det gjorde en mer bevisst – visste egentlig fra før men klarer ikke å systematisere tankene - tenke logisk - konsentrere seg om en ting men har tusen ting en fabler om”*. Per fremhever at gjenkjennelse bidro til hans ønske om hjelp til å snakke med barna om hans og deres situasjon. Han ba selv om å få delta i Barnas Time med sine barn, men hans behandler vurderte det som lite hensiktsmessig. Selv var Per uenig og sa *” du føler deg jo som en maskråke når du tar opp ting og ikke får høre mer - formen svinger opp og ned - når du nevner noe til psykologen eller noen, må det tas grep med en gang ellers går du og gruer deg for å ta opp ting igjen”*. Per fikk etter en tid likevel delta i Barnas Time og sa: *” det følte som en lettelse å få hjelp til å forklare av noen som kunne det bedre - det hadde vært vanskelig at jeg alene skulle ha prøvd å forklare - da har jeg heller skylt på andre ting enn psykisk – jeg har ikke ord for å forklare”*.

Per ønsket Barnas Time men opplevde problemer med å få delta. Han kan likevel forstå, og har selv opplevd at medpasienter har vegret seg for å ta imot Barnas Time. Han tror mulige årsaker kan være om helsepersonell benytter faguttrykk og nevner barnevern. *”Feil ord kan gjøre at det bli for vanskelig og skremmende - det var pasienter der som var bekymret for barnevernet - en trenger ikke nevne barnevern i første omgang for det er skremmende og det er omsorg det gjelder”*.

Han er usikker på hvor mye barna lærte i Barnas Time, men er klar på at timen har hatt en positiv betydning for kommunikasjonen i familien. *”Om de ikke lærte noe i timen så åpnes det for læring og vi har lært mye i lag i ettertid ettersom det går an å snakke om temaet. Jeg følte at Barnas Time var en forløsning til at jeg og barna kunne ta opp temaet på hjemmebane - om vi ikke hadde hatt den, hadde vi ikke hatt den åpenheten til å prate om det slik vi gjør nå. Det er første gangen ungene har turt å stille spørsmål”*. Barna hadde benyttet tilbudet om å være alene med veilederne, noe han opplevde som positivt. *”Da kunne de jo stille en helt annen type spørsmål enn om jeg hadde vært der, og jeg tror de er redd for å ta opp tema som kan såre meg”*. En datter hadde fortalt om sin egen redsel for om far skulle bli syk igjen.

Per er den eneste som kommer med forslag til endring ved Barnas Time og sier: *"flere timer - en setting der du hadde snakket med ungene i andre omgivelser, gått en tur og gjort noe annet, så det ikke ble så sterilt, det tror jeg, men der kommer vel ressursene inn"*.

5.3.3.2 Sammenfatning

Det framkommer at Pers psykiske problemer har vært tabubelagt både innad i familien og i nærmiljøet. For å komme seg ut av vanskelige situasjoner i hverdagen har han brukt alternative helsemessige forklaringer som mestringsmåte. Man kan tenke seg at å streve med sykdommen og i tillegg å skjule den, må ha medført stress. I tillegg til *"nødløgner"* har han prøvd å arbeide seg ut av det, noe som har medført opplevelse av ikke å strekke til. Man får inntrykk av at han opplever det som vanskelig å be om hjelp, og at hans tidligere erfaringer er at det er vanskelig å få hjelp. Denne opplevelsen kan ha blitt forsterket når han under innleggelsen ba om hjelp til å forklare barna, og opplevde ikke å bli hørt. Hans erfaring kan bli at helsepersonell ikke tar hensyn til hans egne vurderinger og behov.

Pers opplevelse av egen foreldrefungering er at han er opptatt av at barna skal ha det bra og at han forsøker å trygge dem i ulike situasjoner. Han hadde problemer med å forklare barna om egen sykdom da han manglet ord, og ville beskytte dem. Han opplever at det største problemet er angst og nerver og oppgitthetsfølelsen som påvirker humøret, og det å ha tid, energi og tålmodighet overfor barna. Han må motivere seg mye da småbarnspapparollen oppleves energikrevende. Til tross for perioder med dårlig form og lite aktivitet, opplever han at han gjør flere aktiviteter (dyrehold, turer) sammen med barna enn mange andre.

Pers opplevelse av barnas situasjon er noe ambivalent. Han tror på et vis at de ikke har merket så mye til hans form, samtidig som han sier de spør om han aldri skal bli frisk. Han tror barna er bekymret for han, og derfor ofte ringer for å høre hvordan han har det. Han tror at de er redde for å ta opp tema de tror kan såre han, men opplever likevel nå at barn spør mer etter at *"tabu"* ble brutt i Barnas Time.

Per opplevde at Barnas Time var en *"forløsning"* til at han og barna kunne ta opp temaene om hans sykdom og deres situasjon på hjemmebane. Han er likevel oppmerksom på at barna også kan beskytte han når de vet mer. Hans fortelling viser at familiens eget nettverk kan bli til hjelp om man bryter tabu og synliggjør behov for hjelp. Når det gjelder nytte av Barnas Time

har Per tenkt på mulige endringer i tilbudet, og fremhever barns behov for å bli bedre kjent før de forteller og spør. Han kunne tenkt seg at Barnas Time kunne inkludert mer, vart over noe tid og vært mer variert og tilpasset den enkelte. Han fraråder at helsepersonell bruker faguttrykk og vanskelige forklaringer (språket), og fremmer at redsel for barnevern kan skremme foreldre og hindre at barn får informasjon og snakke om egen situasjon i Barnas Time (eller lignede tilbud).

5.3.4 Åses historie

Åse er 43 år og gift med Per. De har døtrene Signe og Sofie på 15 og 19 år. Intervjuet foregikk på et kontor fordi Åse mente at mannen ikke trengte å vite om dette. I intervjusituasjonen forteller hun greit om andre personer og konkrete hendelser, men har problemer med å fortelle utdypende om egne opplevelser, tanker og meninger, noe datamaterialet bærer preg av.

Åse sliter med angst og depresjon og forteller at hverdagen kan være: ” *en dag av hvert. Noen dager er det slik at i dag skal jeg gjøre det og det, og da hender det at jeg får unna litt*”. Åse har problemer med å hevde egne meninger generelt, og spesielt i forhold til sin mann. ” *Jeg blir stille - har vært en hoggstamme for han - samme hva det er får jeg skylden, derfor har det blitt minst mulig sagt*”. Åse benytter sine døtre og spesielt den eldste som fortrolig samtalepartner. Hun forteller at den eldste alltid har vært svært avhengig av henne, har hatt og har problemer med å komme seg ut og omgås folk, og ” *hun sliter med noe det samme som meg*” i dag. Åse tror at kommunikasjonsproblemer med mannen samt en del andre familiebelastninger over år kan ha bidratt til problemene hun har i dag. En dag mente døtrene at grensen var nådd og sa: ” *nå mamma skal du i vei å ha hjelp*”. Åse ble ikke innlagt som ø-hjelp den dagen fordi hun ikke hadde tanker om å ta sitt eget liv og hadde svarte legen ” *de får nok plages med meg en stund til*”. Etterpå har hun tenkt ” *om jeg hadde sagt at, ja jeg har tenkt det, da hadde jeg blitt innlagt. Det var kun den forskjellen*”. Ventetiden på to uker gikk likevel greit da hun visste hun ville bli innlagt. Åse tror barna var bekymret for henne men vet ikke om hun var bekymret for dem da hun skulle innlegges.

5.3.4.1 Åses opplevelse av tilbudet Barnas Time

Åse ble interessert i Barnas Time fra første informasjon, og begrunnet det med: *”for da fikk andre fortelle hvordan det var når moren var psykisk syk. Det var en lettelse å få andre til å gjøre det i forhold til at en skulle gjøre det selv - de har behov for informasjon, for det angår dem også - det påvirker alle - kanskje særlig om det er mor, for det er som regel henne de forholder seg til - jeg tror ikke barna har følt skyld”*.

Opplevelsen av frivillighet hadde betydning for at Åse valgte å ta imot tilbudet. Hun mener helsepersonell ikke bør si: *”det her skal dere være med på”*, for da ville hun sagt nei. Hun anbefaler at man fortsetter med å: *”spørre fint – si at vi har et tilbud om Barnas Time og om det kan være noe”*. Åse både tror og kan forstå at rusavhengige foreldre, spesielt om barna er små, kan vegre seg for Barnas Time av redsel for barnevernet. Hun mener at helsepersonell har en viktig oppgave med å bevisstgjøre foreldre om barnas situasjon ved: *”å få opp øynene på den person altså - da må dere ta for dere forelderen og si at nå må du tenke på at du har barn, og si at nå ser de deg slik og slik. Er det dette du vil?”*

Åse har positive erfaringer fra deltagelsen i Barnas Time, og vil anbefale andre i lignede situasjon fordi det: *”hjelp til å få henne (den yngste) til å forstå, og da er det best at det kommer fra fagfolk enn fra moren selv - vi snakker vel litt mer på et annet vis nå, og da hender det at hun kan spørre, og så prøver jeg å svare etter beste evne - de trenger ikke å legge bånd på seg for å si noe om det nå - det vart mer åpenhet”*.

5.3.4.2 Sammenfatning

I tillegg til de psykiske problemene opplever Åse ekteskapsproblemer. Hun har vansker med å hevde egne meninger, problemer med å ta valg og hennes mestring virker å være det å *”rømme fra”* vanskelige situasjoner (stress). Kommunikasjonsproblemer i familien er tydelige da hun unngår å snakke med sin mann, og velger barna som sine nærmeste fortrolige samtalepartnere. Det kan virke som om rollene i familien er noe forskjøvet ved at barna i enkelte situasjoner tar ansvar, og blir omsorgspersoner for sin mor.

Åses opplevelse av egen foreldrefungering framkommer lite i intervjuet, men hun opplever at hun som mor er den av foreldrene barna i hovedsak forholder seg til. Hun mener at hennes

problemer også angår barna. Hun opplever å ha god kontakt med dem, men føler seg hjelpeløs i forhold til den eldste datterens problemer.

Åses opplevelse av barnas situasjon er også noe utydelig for meg. Hun opplevde at de var bekymret for hennes situasjon og problemer før innleggelsen, men at de ikke følte skyld i den sammenheng. Hun opplever at den eldste datteren sliter med noe av de samme problemene som seg selv, og at hun derfor forstår mye og er en god samtalepartner. Hun opplever at barna har behov for å få informasjon når mor er syk, og at den yngste spør mer etter Barnas Time.

Det som avgjorde deltagelse i Barnas Time var at det ble framlagt som et frivillig tilbud, og opplevdes som hjelp til å forklare barna "det vanskelige". I etterkant opplever hun større åpenhet ved at den yngste barnet spør mer. Også her beskrives at det er barnet som tar initiativ til kommunikasjon om det vanskelige.

5.3.5 Ingrid's historie

Ingrid er 32 år, samboer med Roy og de har sønnen Stig på 8 år. Ingrid tok imot meg i eget hjem. Stemningen var avslappet og jeg oppfattet at hun ønsket å fortelle om sine opplevelser og erfaringer.

Ingrid er tydelig på at sønnen påvirkes av hennes egen psykiske form og sier: *"jeg ser det fort på ansiktsuttrykket hans, at han er litt trist han også, og lei seg for at jeg er slik"*. Blant annet legger hun merke til endringer i sønnens konsentrasjonsevne og forklarer: *"han er nå litt ukonsentrert på skolen og lurer på hvordan det går med meg hjemme. Det er litt dumt for da går det jo litt utover det på skolen. Men nå har det vært bedre en stund, så han er litt mer konsentrert og han får til og takler ting bedre fordi han ser at det har kommet seg med meg da"*. Nedsatt konsentrasjonsevne har medført at gutten ligger etter de andre i pensum og får ekstra hjelp i skolen. Ingrid beskriver dette som både bra og vanskelig for sønnen. *"Det kunne være litt trasig til å begynne med så de på skolen, for det var litt rart for han å bli tatt ut fra klassen og være alene"*. Nå har Stig imidlertid fått tilrettelagt undervisning i en mindre gruppe og mor sier det oppleves bedre for han. Hun sier at Stig er flink når han bare greier å konsentrere seg. Ingrid som opplever at sønnen belastes når hun er i dårlig form sa følgende omkring egen innleggelse: *"Jeg tenkte at Stig syntes det var greit at jeg fikk komme hit og få hjelp, for han sa ganske snart at det var bra at hun mamma fikk komme hit å få hjelp, for å bli*

slik som hun skal være, for å komme seg igjen. Han hadde vel sett at jeg ikke fikk til å gjøre så mye og skjønnte hvorfor. Han så at jeg var i dårlig form og at jeg satt mye eller sov noe ekstra, og at det var mye spenning innvendig som gjorde at jeg ikke fikk til å roe ned slik jeg skulle ha gjort". Man kan anta at det er en stressende situasjon for et barn å se sin mor lide, ta hensyn og være stille for å unngå å belaste. Hjemmesituasjon kan okkupere tankene og medføre konsentrasjonsvansker i skolen.

Ingrid opplevde også at kommunikasjonen i familien endret seg når hun var i dårlig form og sa: *"om jeg var i dårlig form da så jeg det på han (sønnen), og om jeg ble i bedre form da så jeg det snart på han da også, da var han litt lengre opp også. Han var blidere, snakket mer og spurte litt mer. Han spurte litt når jeg var litt langt nede også, men det varierte og det ble ikke slik som det vanligvis skal være"*. Mor tror at gutten ikke snakker med henne om alt, men ønsker han kan ha andre å prate med. *"Jeg tror det er noe han gjemmer ja, men på skolen har han ettersom vi har hørt, begynt å snakke litt mer om det til kontaktlærer og klasseforstander"*. Hun ser guttens behov og er positiv til at andre kan bidra for å dekke noe av det hun selv ikke makter.

5.3.5.1 Ingrids opplevelse av tilbudet Barnas Time

Ingrid forteller at veilederne som senere hadde Barnas Time sammen med familien: *"spurte om vi var interessert i å være med - det syntes vi var bare positivt – det hjalp oss litt, Stig også"*. Om informasjonsbrosjyren sa hun: *"jeg kjente igjen en del og forsto det som sto der – når jeg leste den oppfattet jeg at det måtte være nyttig for oss - han (sønnen) syntes også det var positivt"*, og om forberedelsene til timen sa hun: *"vi snakket jo litt om det som skulle foregå og fylte ut en invitasjon som de sendte til Stig – han syntes det var greit å få den i posten – det var faren som leste det for han – jeg tror han forsto det som sto der"*. Slik jeg forstår det, påvirket den skriftlige informasjonen Ingrid ved gjenkjennelse og opplevde behov. Hun fremhever å kunne forstå det skrevne, som ikke alltid er en selvfølge. Det å forstå informasjonen kan motivere til deltagelse, og til eksempelvis å lese og forklare for barna.

Ingrid var spent på hvordan Stig ville takle Barnas Time, og husker at: *"vi ble mottatt bra – han Stig ble ikke skremt – vi deltok alle tre. Jeg satt og så på Stig i timen og han var ganske opplagt og blid – han var litt ivrig men det kom seg – han fortalte en del for han fikk jo lov til å fortelle hva han mente om min situasjon, og det gjorde han. Han fortalte om hvordan han*

selv opplevde det og hvordan han var når jeg var langt nede, og hva han gjorde da. Det gikk kjempebra, og så fikk han tegne en tegning før timen var ferdig, og det syntes han var artig og den fikk de etterpå. Jeg tror barn har behov for å snakke". Utsagnene kan vitne om at Ingrid har sett guttens behov for å snakke om sin egen og familiens situasjon, og har gitt sønnen tillatelse til å fortelle, noe han hadde oppfattet og benyttet seg av.

5.3.5.2 Sammenfatning

Ingrid er den som tydeligst, og i all hovedsak forteller om egne opplevelser av barnets situasjon, i forhold til å fokusere på seg selv. Hun var den som var tydeligst så sønnens problemer, men også var tydeligst på at hun gledet seg over det han fikk til. Både Ingrid og hennes mann innser familiens mange ganger vanskelige situasjon som følge av hennes sykdom, og ønsker hjelp. Deres mestring innbefatter at de tar imot råd og annen hjelp de er blitt tilbudt (pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barneverntjenesten, Barnas Time, BAPP-kurs). Gutten har fått flere sammensatte og samtidige tiltak, som man i dag mener kan være nyttig for å redusere belastninger på barna. Foreldrene har blitt mer bevisst på å forklare sønnen om morens problemer og svare på hans spørsmål, men som hun sier, uten å overdrive, noe hun tror kan belaste. Ingrid opplever at Roy tar sitt ansvar for familiesituasjonen alvorlig, ved å unngå å kritisere, men forstår, hjelper og avlaster både henne og sønnen (lekser og husarbeid). Ingrid er den eneste av informantene som forteller at hun har avfunnet seg med sin situasjon. I intervjusituasjonen opplever jeg at Ingrid forteller om en gjensidig akseptasjon og varme mellom familiemedlemmene, og at de vil gjøre det beste ut av situasjonen.

Ingrids opplevelse av egen foreldrefungering, er at hennes sykdom, med eksempelvis indre spenninger, uro og søvn på dagtid, påvirker hennes fungering i varierende grad, avhengig av hennes form på gitte tidspunkt. Hun opplever at de som familie er opptatt av å kunne være hjemme og kose seg sammen, eller besøke venner. Hun opplever at hun har behov for, og har tillit til hjelp, både fra samboer og familiens støtteapparat.

Ingrids opplevelse av sønnens situasjon er at han klart påvirkes negativt på grunn av hennes sykdom i forhold til sinnsstemning, kommunikasjon, konsentrasjonsevne og faglig i skolen. Hun opplever at sønnen "tilpasser" seg hennes situasjon og blir stille og trist når hun blir det. Hun tror sønnen tenker mye på hvordan det går med henne når han er på skolen, og at det går ut over hans konsentrasjon. Hun tror det letter sønnens situasjon når han vet at hun får hjelp.

I Barnas Time opplevde hun at sønnen var opplagt, blid og fortalte ivrig fordi han fikk lov til å fortelle sine meninger både om sin mor og sin egen situasjon. Hun mener barn har behov for informasjon og noen å snakke med når foreldre er syke. Sønnen hadde forstått hva han skulle delta på, gjennom brosjyren han hadde fått tilsendt, og som hans far hadde lest for han.

5.3.6 Sammenfatning av foreldrenes opplevelse omkring egen foreldrefungering og barnas situasjon

Hos fire av fem informanter domineres fortellingen av foreldrenes opplevelse av sin egen situasjon, familiesituasjon og egen foreldrefungering. Egen foreldrefungering og barnas situasjon fremstår som sammenvevd, ved at foreldrene opplever at det ene får konsekvenser for det andre.

5.3.6.1 Foreldrenes opplevelse av egen foreldrefungering

Fire av fem informanter opplever at egne problemer klart påvirker familiens hverdag og foreldrefungeringen i negativ retning, i forhold til det de ønsker å greie med, og det de opplever som barnas behov. Noen fortalte om en bedre hverdag før de ble syke, eller kan ha mellom de dårlige periodene. De fremhever da gode samtaler med barna, felles interesser for politikk, fisketurer, andre turer og fritidsaktiviteter samt jobb. Historiene vitner om at foreldrene for tiden ikke opplever psykisk velvære og en livskvalitet preget av en grunnstemning av glede, slik Næss (2001) definerer det. Det varierer i hvor stor grad og på hvilken måte de mener sykdommen påvirker dem selv og familien i hverdagen, avhengig av opplevde alvorlighetsgrad av problemer, egen mestring og støtte i nettverket. Noen opplevde enkelte dager som gode eller dårlige, mens andre opplevde endringer med forverrede symptomer (angst, depresjon), og det som det medfører av problemer, over lengre perioder.

Informantene fokuserte spesielt på problemer i hverdagen med hensyn til humørsvingninger og sinneutbrudd, nedsatt konsentrasjonsevne, initiativløshet, lite tålmodighet, utholdenhet, kapasitet og mestring når det gjaldt aktiviteter i og utenfor hjemmet (husarbeid, jobb, fritidsaktiviteter) og lite overskudd til barna. Noen av dem uttykte imidlertid ambivalens i forhold til om barnas situasjon berøres i nevneverdig grad. Noen beskriver at de strekker seg til det ytterste for å innfri barnas behov, mens andre gir opp fortere, og forblir passive i

forhold til det de opplever som barnas behov eller krav, og opplever at egne behov kan bli så dominerende at de styrer dagene. De opplever kravene større enn mestringsevnen, noe som kan medføre opplevelse av stress, mislykkethet og dårlig samvittighet, altså en negativ selvopplevelse.

Alle foreldre har sin egen oppfatning av hva som forventes av dem i forhold til barnas behov, og til hva de selv bør greie med. Forventningene varierer og kan avhenge av erfaringer fra egen barndom, den kulturen og det samfunnet vi er en del av, med andre ord samfunnets normer. Informantenes fortellinger må også sees på som deres subjektive oppfatning på det tidspunkt da intervjuet fant sted, og ut fra egne erfaringer og oppfatning av hvordan de selv fungerer, og hva som forventes av dem både av barna og omgivelsene (ektefelle, skole, jobb, fritid). Studien er derfor ingen beskrivelse av fakta eller sannheter som direkte kan overføres å gjelde andre. Problemene informantene beskriver kan også være preget av sykdommen og situasjonen, men samtidig er det en realitet at alle informantene har falt ut av jobben over lengre tid. Fire av fem vet heller ikke hva de senere har mulighet for, eller lyst til med hensyn til utdanning eller jobb, mens en har avfunnet seg med sin situasjon som innebærer å være utenfor arbeidslivet. Mestringsstrategiene og målene kan være ulike, men det som blir likt er at fokus og energi knyttes til å holde ut situasjonene, holde unna eller unngå det vanskelige ved å drømme seg bort (skravle med venner eller surfe på PC), tilbaketrekking (trekke dyna over hodet), flukt ved å farte rundt eller jobbe hardt. De forteller om at barna ikke er i fokus når de selv sliter som verst. De er bevisst dette når de ikke befinner seg i stressituasjoner preget av angstanfall, "*tunge tanker*" eller større krav enn de opplever å mestre med. De har hatt eller har problemer med å snakke med barna om dette. Noen beklager til barna i etterkant, ting de har sagt i affekt.

Foreldrene beskriver at dager, eller perioder kan være ulike og at noen dager fungerer ting bra, mens andre ganger blir hverdagen meget problematisk. Dette kan medføre at regler, rutiner, kommunikasjon og samhandling kan bli uforutsigbart. Uforutsigbarhet i hverdagsrutiner, og usikkerhet i forhold til hva en kan forvente av hverandre virker å være stressfaktorer som påvirker muligheter for å planlegge både dagen og fremtiden.

Killén (2004) nevner at viktige foreldrefunksjoner bl.a. er å oppfatte barnet realistisk, ha realistiske forventninger til det, evne til å prioritere barnets grunnleggende behov framfor egne, evne til å bære egen smerte og frustrasjon uten å måtte avregere på barnet og evne til

empati. Det framkommer eksempelvis tydelig når Siri beskriver situasjoner der hun ikke greier å sette barnas behov foran egne, til tross for at hun vet hva hun burde. Oppfatter hun barnet realistisk når hun forventer at barn skal snakke mer i Barnas Time når hun selv ikke snakker med andre (samboer, arbeidsgiver) om hvordan hun har det, hører på barnas frustrasjoner uten å kjeft, eller forklarer dem hva Barnas Time er før de kommer? Siri som de andre informantene uttrykker at de ønsker det beste for barna. Siri erkjenner sin opplevelse av utilstrekkelighet, både overfor seg selv og omgivelsene. Slik jeg forstår det, kan den hjelp hun søker være for å hjelpe sønnen, men også for å avlaste seg selv. Inntrykket er at hun i varierende grad har innsikt i egen foreldrefungering og barnas behov. Hun er utydelig på egen foreldrefungering i forhold til om hun lar egen smerte få utløp når hun kjefter på sønnen, og tillegger han skyld som konfliktsøker. Hennes bevisste mestringsforsøk innbefattet å delta i Barnas Time, bryte tabu og be om hjelp hos barneverntjenesten.

Flere av informantene har håp om at noe skal endre seg til det bedre for dem selv, familien eller barna, men få har en plan for, eller vet hvordan de skal få det til. Flere forteller at de opplever at det er vanskelig å få hjelp for sine problemer, men innleggelsen var en lettelse, og en sa: ” *Så klart det er blitt lettere for meg den senere tid å vite at jeg faktisk er på vei til å få hjelp. Det har jo gjort hverdagen litt lysere*”. Alle foreldrene tenkte på barna den dagen de ble innlagt. De tre som ble innlagt som ø-hjelp beskriver å ha kaos i hodet, og at lettelsen over å bli innlagt preget dagen. Likevel var de opptatt av å sikre at noen passet barna, ringe og snakke med dem selv, eller overlate det til andre.

5.3.6.2 Foreldrenes opplevelse av barnas situasjon

Foreldrene opplever bekymring for barnas situasjon, og fire av fem ser barnas problemer i sammenheng med egne. Dette samsvarer med egne erfaringer og andre studier (Nordenhof, 2005 og Wang og Goldschmidt, 1994). Ambivalens kan være et symptom ved psykiske lidelser, og ambivalens framkommer både hos Siri og Per i forhold til om barna berøres i nevneverdig grad av deres egne problemer. Foreldrenes bekymringer går generelt ut på at barna kan være engstelige, bli lei seg, savne samtaler eller aktiviteter sammen med forelderen, og føle usikkerhet i forhold til å ta opp ting som kan såre. Både Tommy og Ingrid tror barna tenker på hjemmesituasjonen mens de er på skolen, og bekymrer seg for den syke eller er engstelig for hva som vil møte dem når de kommer hjem. Ingrid ser klart at sønnen forandrer seg eller ”*tilpasser*” seg hennes form og blir stille når hun er i dårlig form. Hun opplever at

hans konsentrasjonsproblemer i skolen blir mer framtrødende i slike situasjoner. Tommy og Siri tror barna bærer ting inni seg som de har vanskelig for å snakke om. Minuchin (1978) hevder at når en i familien blir syk påvirker det de andre blant annet når det gjelder kommunikasjon. Eide og Rohde (2009) snakker om beskyttelseslandskapet når barn beskytter foreldre de ser sliter med noe og ikke vil belaste dem, eksempelvis med å fortelle om hvordan de selv har det. Barn kan også sette egne behov til side for å avlaste foreldre de ser sliter da de er avhengige av dem som base for overlevelse. Det kan også utløse omsorgatferd hos barna (Glistrup, 2006). Det var Åses barn tok initiativ til morens innleggelse. Åse er bekymret for datteren som hun opplever har lignende problemer som henne selv, isolerer seg og ikke er i skole eller jobb. Tommy tror sønnen savner fisketurer med han. Barn kan ha vasker med å forstå hvorfor forelderen reagerer som de gjør, og ikke bruker like mye tid på dem som før. Studier viser at barn som forstår at de selv ikke er skyld i foreldrenes endrede atferd eller manglende engasjement, mestrer bedre (Beardslee, et al., 2003; Boyd, et al., 2006; Garber, et al., 2009; Riley, et al., 2008).

5.3.6.3 Fellestrekk og ulikheter i opplevelser hos informantene

Tydelige fellestrekk som fremtrer hos informantene er at alle uttrykker at de ville greid med mer (hjemme, arbeid, sosialt, og i forhold til familien/barna). Alle har vært ute av arbeidssituasjon over år og ser liten mulighet for å gå tilbake til samme jobb, ta utdanning eller å skaffe seg en jobb. Alle opplever ulik grad av hjelpeløshet i ulike situasjoner, og i forhold til barna uttrykker de avhengighet av et støttende nettverk. Fire pålegger seg skyld for barnas situasjon og har dårlig samvittighet for dette. Informantene ser ingen mulighet for å greie å endre sin foreldrefungering så lenge de selv er sterkt plaget av sine psykiske problemer. Hos noen kan en imidlertid spore et håp om bedring dersom de selv får hjelp med sine problemer.

En ulikhet er at Åse ikke har eller oppsøker et støttende nettverk, men benytter barna som fortrolige samtalepartnere. Hun ser heller ikke at barna belastes av egne problemer.

5.4 Diskusjon omkring sentrale tema

Gjennom analysen av datamaterialet som omhandlet foreldrenes opplevelser omkring egen foreldrefungering og barnas situasjon, fant jeg at selvoppfattelse og samvittighet, kommunikasjon og stress og mestring var sentrale tema. Temaene går noe over i hverandre ved at det ene kan medføre, og endog forsterke det andre. Jeg velger likevel å diskutere disse atskilt.

5.4.1 Selvoppfattelse og samvittighet

Selvopplevelse i denne sammenhengen, menes i tråd med Skaalvik og Skaalvik (2005) den oppfatning, vurdering, forventning, tro eller viten informanten har om seg selv. Psykiske problemer, personlighetsproblemer og bruk av rusmidler kan være energikrevende og sette preg på hva de opplever å mestre med i hverdagen, og påvirke selvopplevelse og samvittighet. Alvorlighetsgraden av informantenes problemer, varierer i perioder noe man kan anta vil påvirke selvopplevelsen på gitte tidspunkt, og forklare noe av ambivalensen i forhold til foreldrenes opplevelse av barnas situasjon.

Alle informanter forteller om situasjoner i hverdagen med hensyn til jobb, husarbeid og omsorg for barna som vitner om at de gjerne ville greid med mer, og har dårlig samvittighet. Per opplever eksempelvis at han ikke strekker til i forhold til barna med hensyn til humør, tid, energi og tålmodighet, samtidig som han i neste omgang sier han tror de gjør mer sammen enn mange andre familier. Selvoppfatning kan deles i den reelle og den ideelle (Skaalvik og Skaalvik, 2005). Pers reelle selvoppfatning kan være at han gjør mer enn de fleste foreldre sammen med barna, mens hans ideelle selvoppfatning kan være at han kontinuerlig skulle hatt overskudd og vært aktiv sammen med dem.

Fire av fem foreldre gir uttrykk for dårlig samvittighet, og pålegger seg skyld for barnas situasjon. Siris fortelling kan vitne om at hun bærer på opplevelser, antagelser og frustrasjoner og en selvopplevelse som preges av skamfølelse, dårlig samvittighet, usikkerhet og hjelpeløshet. Siri ser egne begrensninger og opplever blant annet dårlig samvittighet fordi hun ikke føler tilstrekkelig glede over samvær med sønnen, og ikke er som en mor burde være. Hun er bekymret for barna fordi hun opplever at hun ikke strekker til i forhold til deres behov. Siris historie kan vitne om svikt i forhold til flere av Killéns (2004) defineringer av viktige

foreldrefunksjoner. Hun forteller om stressende situasjoner da svikten synes tydeligere, og egne behov blir dominerende. Siri viser en tvetydig innsikt i barnas situasjon, når hun beskriver at barna ikke får noe ekstra av henne, og om følelsen av å bli *”utnyttet”* av barna. Ambivalensen eller tosidigheten kan forstås som et uttrykk for hennes modenhetsnivå og kapasitet som følge av depresjon og personlighetsproblematikk, noe som kan gi seg ekstra utslag i stressituasjoner. Det kan oppfattes som om hun projiserer ut egen frustrasjon når hun tillegger sønnen egenskaper (eller får rollen) som konfliktsøker. Personlighetsproblematikken kommer særlig til uttrykk i mellommenneskelige relasjoner (Berg- Nielsen, 2010). Slik jeg ser det kan problemene bli framtredd hos Siri når hun står i situasjoner som kan medføre *”stress”*.

Samvittigheten er en subjektiv opplevelse som kan bygge på informantenes tidligere sosiale læring, oppdragelse i barndomsheimen, og av samfunnets normer. Informantene uttrykker generelt ikke en positiv selvoppfatning på aktuelle tidspunkt. Noen forteller imidlertid om ulikt som jobb, aktiviteter og samtaler med barna som de har greid tidligere, eller periodevis greier med tilsynelatende tilfredshet, og noen gir uttrykk for håp om at ting kan endre seg til det positive. Jeg oppfatter at deres tidligere mestring gav et bedre samsvar (mindre avvik) mellom ideell og reell selvoppfatning, i forhold til hva de opplever nå.

De beskriver hverdagen med stor grad av en isolert tilværelse i heimen, med mindre aktiviteter og samvær med andre i form av arbeidssituasjon, turer eller andre fritidsaktiviteter. På den måten går de glipp av naturlige samhandlingssituasjoner med familie, venner eller kollegaer og mulige bekræftelser som kan virke positivt på (korrigere) selvoppfattelse og motivasjon. Både Tommy og Siri fortalte om arbeidskonflikter og manglende planer for fremtiden med hensyn til jobbsituasjoner. De har begge erfaringer med tidligere mestring, mens de nå *”bare går hjemme”*, og ikke får tilbakemeldinger som kan virke motiverende og korrigerende en negativ selvoppfatning. Depresjonen i seg selv, uavhengig av tilbakemeldinger kan også forsterke de negative tankene omkring situasjoner og eventuelle muligheter.

5.4.1.1 Lært hjelpeløshet

Siri og Tommys historier fra hverdagen kan sees opp mot Seligmans (1975) teori om lært hjelpeløshet. Begge opplever mangel på forutsigbarhet og kontroll i hverdagen eksempelvis når det gjelder egen dagsform, jobbmuligheter og foreldrefungering. De virker å ha mistet troen

på at de selv kan mestre med, altså en opplevelse av at samme hva en gjør så vil de ikke kunne påvirke situasjonen. Tilstanden kan i følge Seligman resultere i manglende motivasjon, passivitet og en følelse av verdiløshet. Dette synliggjøres i utsagn som: *”bare går hjemme og trulter – stillingen min er diffus og uklar – føler jeg ikke kan noen ting”*. For barna vil dette være uheldig, dersom foreldrenes kommunikasjon preges av negativitet, og det modelleres hjelpeløshet overfor dem. Foreldrene i studien ser selv negative sider ved dette i forhold til barna, og formidler at de ønsker hjelp. Slik jeg ser det kan foreldrenes situasjon (sykdommen og bekymring for barna) frarøve dem muligheten til å oppleve en grunnstemning av glede.

5.4.1.2 Self – efficacy

Self – efficacy betegner i motsetning, en persons tro på egen evne til å lykkes i spesifikke situasjoner (Bandura, 1986). Banduras sosiale læringsteori kan forstås som at tidlig barndom og oppvekst har betydning for utvikling av både denne evnen og det motsatte. Betydning av at barn har nærpå personer som ser dem, er gode rollemodeller og gir dem positiv oppmerksomhet er derfor viktig. En begrunnelse for Barnas Time er at en ser det som viktig at barn i vanskelige situasjoner får en forståelig forklaring som skaper begripelighet (forelderens sykdom og atferd), og at de får erfare det å sette ord på tanker og følelser. Opplevelsen av begripelighet vil ifølge Antonovsky (2005) ha positiv effekt på helsen. Barn trenger også å vite at de har andre trygge nærpå personer (rollemodeller) med en støttende og positiv holdning, som de eventuelt kan snakke fortrolig med om familiesituasjonen. Ingrid viser lettelse over at sønnen nå betror seg mer til lærerne sine, og trives i sitt besøkshjem (barneverntiltak).

Når man (foreldre) ikke makter med opplevde krav, kan det gi skyldfølelse, som i neste omgang kan påvirke ens selvopplevelse og motivasjon negativt. Når foreldre forteller om sine bekymringer for barna, bør helsepersonell ta dette alvorlig og samarbeide med dem for eventuelt å etablere et støttende nettverk, som kan bidra til å forebygge helseskade hos barna.

5.4.2 Kommunikasjon

Som individ er man avhengig av, og vil alltid kommunisere med omgivelsene på et eller annet vis. Måten det kommuniseres på kan gi ulike konsekvenser. Huizinga et al. (2005) som har forsket på reaksjoner hos barn av foreldre med cancer, hevder at dårlig foreldre- barn kommunikasjon kan øke risikoen for psykososiale problemer hos barn og ungdom. Som sagt

når en i familien rammes av sykdom/problemer vil det påvirke de andre i familien. Dette gjelder også kommunikasjonen (Minuchin, 1978; Eide og Rohde, 2009). Kommunikasjonen kan eksempelvis avta eller bli ordløs, og ved en ordløs kommunikasjon kan vonde tanker og følelser oppstå, både hos den syke og den andre forelderen og barna. Dette kan til eksempel være sinne, frykt, angst, tristhet og skam, noe som kan medføre stress. Disse stressfølelsene kan i neste omgang påvirke kommunikasjonen ved at foreldre instinktivt har et beskyttelsesbehov overfor sine barn, og skjerner dem ofte fra sann og rett informasjon (Huizinga, 2006; Eldevik, 2008). Dette kan eksemplifiseres ved at Per har unngått å si noe om sine psykiske plager for å skåne barna.

5.4.2.1 Konflikterende kommunikasjonsmønstre

Tommy forteller at han og kona krangler mer etter at han ble syk. Riley et al. (2008) synliggjør at høyt stress og familiekonflikt er hyppig forekommende når foreldre har psykiske problemer. Øvreeide (2000, s. 43) hevder at det er spesielt utslagsgivende for barnets utrygghet om det er konflikt mellom personer som er sentrale for det. Konflikterende kommunikasjonsmønstre rundt barnet er en stor belastning ved at det kan komme i konflikt med lojalitet, og hva det kan kommunisere til hvem, og på hvilken måte. Tommys sønn betror seg nå mindre til far og mer til mor og bestemor. Sannsynligvis vil den konfliktfylte kommunikasjonen mellom foreldrene oppleves belastende og medføre lojalitetskonflikt og utrygghet for han. Man kan da forstå hans ønske (i tiden alene med veilederne) om å få en utenfor familien å snakke alene med.

Gjennom informantenes historier framkommer at det foregår en mer eller mindre bevisst og kanskje utilsiktet og uhensiktsmessig, verbal og nonverbal kommunikasjon. Det foregår altså en ordløs kommunikasjon som kan oppfattes ulikt av familiemedlemmene. Valg av mestringsstrategi hos foreldre og barn kan også bli ulike, avhengig av om målet eksempelvis er å skjule, beskytte den andre eller å vise hvor smertefullt en selv har det. Tommy tror han er verdensmester på å skjule egne følelser, til tross for at han opplever at sønnen ser det i øynene hans hvordan han har det. Beskytter Tommy da sønnen bevisst ved å unngå å verbalisere egen tilstand, eller søker han ubevisst "*å bli sett*", og at sønnen skal forstå hvor vondt han har det?

5.4.2.2 Personlighetsproblemer kan påvirke kommunikasjon

Felles ved personlighetsforstyrrelser generelt er vansker i mellommenneskelige relasjoner (ICD-10). Personlighetsproblemer av unnvikende og avhengig art kan medføre et mønster av uheldige og uhensiktsmessig kommunikasjon, unnvikelse for vanskelige situasjoner og at personene framstår som hjelpetrengende. Det kan medføre at noen i familien/omgivelsene tar ansvar, mens andre tar avstand. Eksempelvis betror Åse seg til barna som blir hennes ”fortrolige venner”. I slike tilfeller kan det skje en rolleforskyvning, som medfører at barn lett kan påta seg ansvar for foreldre de ser sliter. Det var barna som tok ansvar for at Åse ble innlagt. Åse begrunnet deltagelsen i Barnas Time med at det var for å få andre til å forklare barna om hennes problemer, slik at de kunne forstå henne bedre. Egne behov synes framtreddende, men på en unnvikende og stillferdig måte. Åse viste både nonverbalt og verbalt en unnvikende atferd i intervjusituasjonen og i det hun fortalte. Hun har følt seg urettferdig behandlet i mange år. Likevel har hun unnlatt (ikke klart) å ta opp egne meninger og opplevelser for å unngå konflikter, kanskje på bakgrunn av en opplevelse av at det likevel ikke nytter. Slik jeg opplever det så framtrer hun passiv, med tydelig hjelpeløshet i forhold til å kommunisere egne tanker, ønsker og behov, samt å endre på sin livssituasjon.

5.4.2.3 Depresjonens innvirkning på kommunikasjon

Den emosjonelle tilbaketrekningen som karakteriserer depresjon kan virke begrensende på kommunikasjon om dagliglivet, og hvordan den enkelte opplever situasjoner. Slike samtaler utfordrer følelser som for Åse kan være uvante og vanskelig å snakke om, hun føler seg makteløs og unngår det. Om dette ikke utfordres kan personen forbli i en lært hjelpeløshets tilstand som ikke vil bidra til positiv selvoppfattelse. Psykisk sykdom kan medføre et umodent reaksjonsmønster som blant annet kan resultere i at en ilegger andre følelser en selv har. Berg-Nielsen (2010) hevder at når foreldre tillegger barnet negative egenskaper eller en fundamental feil, opplever forelderen å bli ”fritatt” og at den ikke gjør noe galt, for frustrasjon og oppgittheten er jo helt legitim. Siri pålegger sønnen rollen som konfliktskaperen i familien, noe som kan bidra til at hun selv ”fritas”. Siri tror det beste for barna er om andre forklarer. Hun tror heller ikke barn ønsker å snakke med henne om det hun opplever som vanskelig. Barn søker forklaring (begripelighet) og når de ikke finner den, har de lett for å pålegge seg selv skyld for det som skjer. Slik sett er det godt mulig han opplever seg som mor beskriver, da hans forsøk på kommunikasjon ofte medbringer morens

raseriutbrudd. Det kan sees i sammenheng med studier som viser at når en forelder er deprimert er det en signifikant risiko for at varme og sammenheng vil reduseres og kommunikasjon vil forstyrres negativt og bli ineffektiv (Riley et al., 2008; Boyd, Diamond og Bourjolly, 2006; Beardslee et al., 2003). De hevder at en ofte ser redusert hengivenhet mellom foreldre og barn på grunn av forelderens hyppige utbåsnings, irritabilitet og selvopptatthet. Siri savner ikke sønnen når han er borte, og ringer han ikke når hun er på sykehuset eller han er hos sin far. Hun synes det er godt å ha ro. Det synes som om egne behov dominerer.

5.4.2.4 Større åpenhet

Ingrid er tydelig på sin opplevelse av at sønnen klart påvirkes av hennes sinnsstemning. I hennes dårlige perioder kommuniserer han mindre (blir stille) og mer ukonsentrert. Lærerne observerer også mer uro og konsentrasjonsproblemer på skolen når mor har dårlige perioder. Sett i lys av Øvreeides (2000) påstand om at det repeterende, forutsigbare og det gjenkjennbare hos omsorgspersonene, vil medføre trygghet for barna, så ser vi at dette kan mangle hos barna når foreldre sliter med psykiske problemer, som medfører ustabilitet. Man kan anta at ustabilitet kan frambringe det motsatte, nemlig utrygghet og usikkerhet (stress). Ingrid har i stor grad sett dette, noe som bekymrer henne. Hun er glad det har blitt større åpenhet om familiesituasjonen og for hjelp fra skole, PPT og barneverntjeneste for å etablere et stabilt og støttende nettverk for sønnen. Det at mor (foreldre) viser akseptasjon og vilje til åpenhet om familiesituasjonen kan ha bidratt til at sønnen betror seg til kontaktlærer og klasseforstander.

Informantene i studien forteller generelt om større åpenhet om sykdommen og den enkeltes situasjon, etter at de har fått hjelp i Barnas Time til å sette ord på det tidligere ordløse. Større åpenhet og kommunikasjon i familien og nettverket for øvrig omkring familiesituasjonen, ser ut til å være en mestringsmåte som har fått betydning for flere av familiene. For noen kan dette medføre en endring i familien eksempelvis ved at tabu er brutt og foreldre eller barn lettere tar initiativ til samtale om spørsmål og situasjoner. Sannsynligvis vil det ikke endre forelderens reaksjonsmåte i stress situasjoner, som kan være dypere befestet i forelderens personlighet og sykdom. Imidlertid kan en tenke seg at de kanskje i ettertid kan se dette bedre, snakke med noen og be om hjelp.

5.4.2.5 Beskyttelseslandskapet

Studien tyder på at informantene er blitt mer bevisst på *"den enkeltes ensomhet"* når det ikke blir verbalt kommunisert, i motsetning til når det blir satt mer ord på det vanskelige (hendelser, opplevelser). Siri forteller imidlertid at hun fortsatt har problemer med å snakke med barna, men forteller at samboer forstår mer, leser situasjonen og kan avlaste henne og barna ved å avlede, eller aktivisere. Det ser ut til at det fortsatt foregår en ordløs kommunikasjon i heimen. Både foreldre og barn kan både bevisst og ubevisst ha en strategi på gjensidig å beskytte hverandre for å redusere stress/belastninger. Barna kan beskytte foreldre som de ser sliter med noe, eller er usikre på med hensyn til reaksjoner (Eide og Rohde, 2009). Foreldrenes beskyttelsesbehov kan adopteres av barna, som dermed i neste omgang vil skåne foreldrene for ytterligere belastninger, ved å unngå å snakke om *"det vanskelige"* (Eldevik, 2008). Dette vil si at både foreldre og barn forsøker å skjule sine emosjonelle reaksjoner for hverandre, og overser eller har antagelser om hva den andre tenker, ønsker eller har til hensikt. Vi ser dette tydelig i Tommys fortelling når han snakker om at han tror sønnen savner fisketurer, tror at sønnen begynner å tenke på hjemmesituasjonen i matfriminuttet, eller tror han selv er blitt en verdensmester til å skjule følelsene sine, mens han samtidig tror at sønnen ser *"i"* øynene hans og oppfatter farens sinnsstemning straks han kommer hjem. Når foreldre unngår å kommunisere omkring det vanskelige og *"ordløse"*, kan det få konsekvenser for barnas opplevelse av trygghet, forutsigbarhet og begripelighet i hverdagen.

Jeg benytter ordet *"beskyttelseslandskapet"*, som andre har brukt før, som en beskrivelse på dette (Helgeland, 2008, Eide og Rohde, 2009). Denne beskyttelsen kan ha til hensikt både å beskytte seg selv og andre, og være gjensidig mellom foreldre og barn, og kan kjennetegnes ved utydelig kommunikasjon. Beskyttelseslandskapet foreldre og barn beveger seg i, kan eksempelvis beskrives med at Per har beskyttet barna med å unngå å fortelle om sine egentlige problemer, mens han etter Barnas Time har valgt en annen strategi, nemlig større åpenhet om sine psykiske problemer. Per tror at barna både har og fortsatt kan la være å spørre om ting for å unngå å såre eller belaste han. Etter Barnas Time har han valgt å snakke med dem om dette. Ingrid vil ikke belaste sønnen med å snakke mer om sine egne problemer enn å svare på det han spør om. Dette kan betegnes som bevisste strategier eller valg foreldre gjør for å beskytte barna. Man kan også tenke seg at beskyttelseslandskapet eksisterer på det ubevisste plan, når foreldre unngår å snakke med barna om hendelser som kan ha berørt dem,

eksempelvis om Tommys sønn savner fisketurer med far. Ingrid's sønn snakker mindre til mor når hun er i "dårlig form", og både han og Tommys sønn fortalte kun den friske forelderen om gleden de følte når forelderen ble innlagt. Kanskje valgte barna intuitivt dette for at forelderen ikke skulle tro de var uønsket hjemme, at de ikke var glad i dem, eller av redsel for om forelderen kunne bli sint eller lei seg.

5.4.2.6 Barnas Times betydning for kommunikasjon

I behandlingssammenheng for psykiske lidelser benyttes ofte medikamenter, men alltid er kommunikasjon mellom den som søker hjelp og behandlere en viktig del. Tradisjonelt innen psykiatrien har behandlingen vært individfokusert, og sett fra et familierapeutisk ståsted har det vært en kunstig grense mellom pasienten og hans sosiale omgivelser (Minuchin, 1978).

Beardslee et al. (1998a; Beardslee, 1998b; Gladstone, T. og Beardslee, W., 2009; Garber, et al., 2009) hevder at psykoedukativ tilnærming er en viktig forebyggende strategi for barn som opplever emosjonelt stress på grunn av foreldrenes sykdom. Det at det finnes anledninger til å få snakke om det smertefulle, og der foreldrene responderer på en aksepterende måte og innrømmer at egne problemer kan påføre barnet smerte, ser ut til å ha effekt. Informantene forteller om at kommunikasjon omkring vonde eller tabubelagte livssituasjoner ofte oppleves vanskelig, da de selv berøres emosjonelt. Det kan bevisst eller ubevisst ha medført at de har forsøkt å beskytte seg selv og andre ved å tie, bortforklare eller annet. Etter min mening bør ikke dette hindre helsepersonell fra å ta opp problemstillinger om familiesituasjonen og tilby familiesamtaler (Stammes og Haukø, 2009). Informantene forteller tydelig at de trenger hjelp med nettopp dette. Noen få samtaler med foreldre og barn vil nok ikke gjøre den store forandringen, men det ser ut til at det har gjort dem mer bevisst og forløst noe kommunikasjonsmessig hos noen familier. Slik sett kan Barnas Time være en start på mer åpen kommunikasjon innad i familien og i forhold til nettverket. Når nettverket (tante, bestemor, naboer, arbeidsgiver, lærer, psykiatritjenesten) har fått "inngangsbillett" til familiens situasjon, kan det gi dem større trygghet i forhold til verbal kommunikasjon om situasjoner som måtte oppstå, eksempelvis i skolesammenheng.

5.4.3 Stress og mestring

Psykisk sykdom er noe ubehagelig, og opplevd ubehag vil i seg selv kunne være en stressutløsende faktor. Langvarig stress er energikrevende og kan medføre maktesløshet og en opplevelse av mangel på kontroll og mestring. Et sosialt system som den enkelte familien er, vil alltid skape krav og forventninger. Individet opplever stress når samhandlingen mellom en selv og omgivelsene overstiger ressursene (Lazarus og Folkman, 1984). I denne diskusjonen tar jeg opp situasjoner informantene forteller om, som medfører større utfordringer enn de opplever å mestre med.

En opplevelse av stress vil medføre større forbruk av energi for å holde kontroll eller balansere en situasjon. Mestring i stressende situasjoner kan da skje på en mer umoden og uhensiktsmessig måte. Det kan eksempelvis virke som om Siris mestringsstrategi er å unngå, eller bli sint og ”*kjefte*” i ubehagelige og stressfrembringende situasjoner (husarbeid, jobb, uenigheter med samboer, barnas behov for samtale/fritidsaktiviteter). I ettertid kan hun innta et annet perspektiv og utdype hva som skjer i kontakten mellom seg selv og sønnen. Til tross for det formidler hun hjelpeløshet i forhold til å endre situasjonen, og velger å gi opp og skyve bort problemene (gutten flytter og hun selv vet ikke hva hun skal gjøre i fremtiden).

Sykdommen kan som for Tommy, Per og Siri resultere i nedsatt yteevne med følelsen av å komme på etterskudd, som igjen kan gi dårlig samvittighet og redusert selvfølelse. Dette er et eksempel på at de tre temaområdene (kommunikasjon, stress og mestring og selvopplevelse og samvittighet) jeg har valgt å utdype, har en sammenheng ved at det ene kan medføre, og enda forsterke det andre. Dersom man tar utgangspunkt i Lazarus og Folkmans (1984) teori vil en slik situasjon kunne resultere i et misforhold mellom de ressursene en har og forventninger og krav som stilles til en. Eksempler på dette kan være Tommy som bare går hjemme og ”*trulter*”, kjefter og hverken greier å oppmuntre sønnen i leksearbeidet eller gå på fiketur. Per som ikke greier å være tålmodig og bruke tid på barna og Siri som bare går hjemme, ikke er i arbeid, kjefter på sønnen og ikke deltar i barna aktiviteter i særlig grad. Dette vil sannsynligvis ikke gi en opplevelse av mestring. Utsagnene kan synliggjøre det håpløse i situasjonen både for foreldre og barn ved å leve med en langvarig stresssituasjon. Dette kan bli ekstra skadelig for små og sårbare barn med umodne mestringsstrategier. Sårbarhet mot stress kan være relativ og ikke absolutt, og kan avhenge av både omgivelsene og egenskaper hos barnet, samt variere over tid, med situasjon og personlighet (Borge, 2005). En sårbarhetsfaktor kan også ligge i barns avhengighetsforhold til sine foreldre. De har ikke

noe valg i forhold til å komme seg ut av den familiesituasjon de er en del av. I følge Seligman (1975) er mangel på kontroll en viktig årsaksfaktor for utvikling av lært hjelpeløshet. Åse har sett at en datter har hatt problemer siden barnehagen. Hun er fortvilt over at datteren verken er i skole eller jobbsituasjon, men vet ikke hva hun kan gjøre for å hjelpe henne. Hennes passivitet kan kanskje si noe om den modellfunksjon hun har hatt overfor sin datter.

Barn av psykisk syke kan oppleve langvarige krisesituasjoner. Riley et al. (2008, s. 15) synliggjør at høyt stress og familiekonflikt er hyppig forekommende i disse familiene. Psykisk sykdom, inkludert depresjon kan begrense sosial aktivitet og resultere i at familien i økende grad blir isolert, noe som får konsekvenser både for voksne og barn. Det reduserer barnas mulighet til å motta støtte fra andre voksne omsorgspersoner. Stressbelastninger kan også gjenkjennes og relateres til barn av foreldre med andre alvorlige lidelser, eksempelvis kreftsykdom. Dette finner vi blant annet i studiene til Eldevik (2008), Osborn (2007) og Huizinga (2006).

Når det gjelder opplevelse av mestring kan man si at det er en opplevelse av overkommelighet i kravene, og en følelse av tilfredshet. Per forteller om opplevelse av mestring, når han på den ene siden tror at han og barna har et høyere aktivitetsnivå enn de fleste av vennene deres og at de ikke har merket så mye til hans dårlige form. I nest nu beskriver han imidlertid at han selv ikke stekker til, og at barna spør om han aldri skal bli frisk. Slike utsagn kan gjenspeile det ustabile i sykdomsforløpet og hvordan det kan påvirke hverdagen for foreldre og barn. Kanskje veksler det mellom håp og håpløshet? Det kan også vise at Pers opplevelse av mestring på utfordringer ligger på det praktiske plan med økt aktivitet både i forhold til seg selv og barna. Så lenge han kan vise til stor aktivitet er det liksom bra, i alle fall for omverden. Mennesker med psykisk sykdom kan ha store problemer med å innlemme både nær familie og nettverk i sine egentlige problemer. Man kan tenke seg at det å holde hemmelig en så omfattende del av sin hverdag må være en belastning, som kan medføre stress i mange sammenhenger. Stresset kan blant annet forklares ved at man kan få forklaringsproblemer, eller at en selv og andre har langt høyere forventninger til mestring enn man (i perioder) kan mestre med. Barna ringer ofte for å høre hvordan det går med han, og han forteller at *"de er veldig sånn at de skal beskytte meg da"*. Per er bevisst på dette, og har fortalt barna at han har kontroll og får den hjelp han trenger, for å avlaste dem fra ansvar.

Foreldre forteller om humørsvingninger og sinneutbrudd, nedsatt konsentrasjonsevne, initiativløshet, og lite tålmodighet, utholdenhet, kapasitet og mestring når det gjelder aktiviteter i og utenfor hjemmet. Når de forteller dette må man anta at de har vurdert at de kommer negativt ut i forhold til hva de selv forventer, eller tror at andre forventer. Når avviket mellom opplevde krav og mestring er stort vil det medføre en stressituasjon, og kanskje en opplevelse av maktesløshet om de ikke ser mulige løsninger (Lazarus og Folkman, 1984). Opplevelse av håp kan endres, eksempelvis ved at man har et behandlingsopplegg en har tro på, har konkrete ønsker eller planer for fremtiden, åpenhet og støtte i nettverket. Håp og tro kan man anta er positivt for bedre mestring. Om foreldre opplever håp eller håpløshet, og formidler dette verbalt eller nonverbalt, så kan det utgjøre en forskjell for barna. Barn har behov for trygghet og forutsigbarhet. Når de ser at foreldre sliter kan det belaste (redsel, ansvar, uforutsigbarhet, maktesløshet) og medføre stress for dem. I følge Antonovsky (2005) er forutsigbarhet grunnleggende for trygghet.

Både Tommy, Ingrid og Åse formidler at barna verbalt hadde gitt uttrykk for glede (lettelse) da de selv ble innlagt. Både Tommy og Ingrids barn fortalte dette til den andre forelderen og ikke til dem selv. Det kan være tegn på at barna vil beskytte foreldre de ser sliter og ikke vil påføre dem belastning. Per er bevisst på dette når han snakker med barna omkring hvorfor de ringer så ofte for å spørre om hvordan han har det. Han viser empati når han snakker med barna i den hensikt å berolige, avlaste dem og ivareta deres behov for trygghet. Tommy og Ingrid sin fortelling vitner også om empatiske evner når de ser at barna reagerer humørmessig og får konsentrasjonsproblemer når foreldre har en dårlig periode. Åse bekrefter at barna var redde for henne.

Killén (2007) hevder at evne til empati vil si å kunne leve seg inni barnets opplevelser, og at det å kunne formidle denne evnen både verbalt og i handling er avgjørende. Min påstand er at empatiske evner ikke er en statisk egenskap men kan påvirkes av sykdom og stress. Problemer med å vise empati kan oppstå når foreldrene opplever forverrede psykiske symptomer og ikke mestrer de krav (stressituasjoner) de i øyeblikket står overfor. Symptompres, og stressituasjoner kan medføre økt egosentrisitet, som stiller egne behov fremst. Da kan resultatet eksempelvis bli slik Tommy forteller om at han kjeft på sønnen og irriterer seg over det han gjør feil, istedenfor å oppmuntre han. Det kan virke forvirrende på barn at foreldre på et tidspunkt sier at det var ikke riktig at de skulle få kjeft, og i neste nu får de det igjen, uten at de har forstått hvorfor. For barn kan det gjøre en forskjell om de forstår at det

ikke er deres skyld, og at forelderen har en sykdom som gjør at det kan bli slik. Eksempelvis når Tommys sønn endret atferd fra å gråte til å kunne hevde egne meninger om hva far bør gjøre eller han selv vil gjøre. Kognitiv vurdering er sentralt i Lazarus og Folkmans stressmestingsprosess. Den avgjør om en hendelse blir vurdert til å være en trussel eller ikke mot psykisk velvære. For Tommys sønn kunne farens kjefting bli opplevd som en større trussel tidligere, enn nå når han forstår mer omkring farens problemer. Jeg mener det er viktig at både helsepersonell og foreldre benytter forklaring på situasjoner som nettopp en forklaring, og aldri for å unnskyldte urettmessige handlinger foreldre eventuelt begår overfor sine barn. Det vil kunne skape en opplevelse av ubegripelighet, urettmessig skyldfølelse eller kaos og utrygghet.

Tommy opplevde *"kaos"* i hodet ved innleggelse og var *"bekymret for gutten på hvordan han takler situasjonen"*. På grunn av konsentrasjonsproblemer leste han informasjonsbrosjyren mange ganger. *"Fikk ikke med meg det som sto - kjente igjen ganske mye - det har satt ting i litt perspektiv - skrevet i et språk som folk forstår - mye av den informasjon du får fra sykehus eller offentlige etater - må slå opp i fremmedordboken for å skjønne. Det virker som om de bruker en hel masse sånne ord bare for å vise at de kan dem"*. Tommy er en av flere som er tydelig på at de psykiske problemene medfører konsentrasjonsvansker og redusert evne til å oppfatte, eksempelvis et *"vanskelig språk"*. Slik jeg ser det kan et vanskelig språk øke stressbelastningen og gi en følelse av ikke å mestre, forsterke negativ selvoppfattelse og skape avstand som hindrer dialog mellom fagperson og forelder.

Lazarus og Folkman (1984) definerer mestringsstrategi som spesifikke atferdsmessige og/eller psykologiske forsøk på å mestre, tolerere og redusere stressende hendelser. Slik sett vil noen hendelser være stressende for noen, men irrelevante for andre. Ingrid er den av informantene som har avfunnet seg med sin situasjon. Hennes fortelling preges av gjensidig respekt og akseptasjon innad i familien. Det kan ha betydning for redusert opplevelse av krav og forventninger og opplevelse av stress. Man kan tenke at det også kan redusere hennes dårlige samvittighet for alt hun ikke makter med. Samhold, akseptasjon og hjelpsomhet i familien kan man anta kan redusere stress for den syke men også for barnet.

5.5 Forelderens opplevelser av samarbeidet med helsepersonellet og tilbudet Barnas Time

Plikten til å ivareta interessene til barna etter helsepersonelloven § 10a pålegges i første rekke behandlere, som oftest er leger og psykologer. Disse kan søke bistand fra annet helsepersonell når barn skal ivaretas, men det bør avgrenses hvem som tar initiativ overfor barn og foreldre. Den enkelte institusjon bør lage retningslinjer (Helsedirektoratet, Rundskriv IS-5/2010). Informantene i studien fremmer betydning av at samme person/er informerer, forbereder og deltar i familiesamtalen.

Man må huske at dette er familier som befinner seg i krisesituasjoner der sykdom, stress og utrygghet kan influere på deres evne til blant annet å ta inn over seg informasjon. Studien viser at helsepersonell som tar opp disse temaene med psykisk syke foreldre bør tilpasse tilnæringsmåte med hensyn til språk etter foreldre og barns evne til å oppfatte, og kunne skape en opplevelse av å bli tatt på alvor og forstått (jmf. kap. 5.7.2). Det som framkom og blir belyst som betydningsfulle områder (mønstre) i forhold til hvordan tema foreldrerollen, barns situasjon og tilbud om Barnas Time ble brakt på banen, er følgende: om informasjonen var forståelig, gjenkjennbar og opplevelsen av frivillighet. Omkring deltagelsen i Barnas Time framsto mottagelsen, medvirkning og nytte i etterkant som betydningsfulle områder.

Alle informantene husker i hvilken situasjon de fikk informasjonen og hvilken betydning den fikk for dem. I og med at de husker situasjonene kan man anta det berørte noe og var viktige for dem. Som fagperson og forsker anser jeg det som viktig å få del i hva foreldre opplever av betydning, og avgjør om de vil vite mer, fortsette eller avslutte dialogen om angjeldende tema, og avslå eller motta tilbud om Barnas Time (familiesamtaler).

For å ha et valg må man ha mer enn en valgmulighet. Man bør også ha kunnskap om de mulighetene som finnes i en grad som gjør det mulig å se fordeler og ulemper i forhold til valgene en gjør. Hvordan informasjon gis, dens innhold, og ordvalg synes å ha betydning for opplevelsen av om dette angår og oppleves aktuelt. Informasjonen informantene hadde fått omkring psykisk sykdom og foreldrerollen, barns behov og Barnas Time tilbudet, har klart hatt betydning for deres valg. Det som ble fremhevet å ha betydning var hvilken arena det ble tatt opp, hvem som gav og hvordan informasjonen ble gitt, og betydningen av skriftlige

informasjon. Skriftlig informasjon kunne leses når en selv ønsket, hadde kapasitet, evnet å konsentrere seg og oppfatte meningen, eller hadde behov i forbindelse med å skulle diskutere med øvrige familie.

Pasientundervisningen med temaet *”psykisk sykdom og forelder – hva med barna?”* ble fremhevet som viktig i forhold til bevisstgjøring, gjenkjennelse og et ønske om hjelp. Siri fremhever at pasientundervisningen var en situasjon hvor hun ble oppmerksom på barnas situasjon i forhold til egen sykdom og innleggelse. Hun sa: *”Det var når vi snakket om det på den pasientundervisningen, hadde ikke hørt om det før, eller jeg har vel hørt om det - og tenkte at dette må være ypperlig å få hjelp til å få forklart dem - få hjelp til å snakke om det, for det er jo kanskje ikke meg de vil snakke med heller når det gjelder akkurat det her”*. Siri uttrykker tydelig at hun så en anledning til å få hjelp til å forklare noe som var problematisk for henne. I intervjuet framkom at hun har vansker i flere sammenhenger med å snakke om situasjoner som omhandler henne selv, barnas situasjon og andre tema som kan medføre samtale om følelser. Pasientundervisning slik den praktiseres ved klinikken, er en uforpliktende situasjon der mange pasienter, evt. fra flere grupper/poster deltar. Undervisning, spørsmål og fortellinger fra egne erfaringer kan formidles, uten at det stilles krav til å si noe. Ikke alle pasienter i en voksenpsykiatrisk post er foreldre, men alle har en gang erfart å være barn. Dette tydeliggjøres før undervisningen, for å gi en opplevelse av å ha noe felles. Ingen blir direkte konfrontert som forelder, men er fri til å ta til seg det som faller naturlig, velge å dele med andre eller la være. Den uforpliktende måten ser ut til å redusere stress og opplevelsen av utenfra pålagt skyldfølelse. De er i en sammenheng hvor de kan oppleve at dette gjelder flere enn dem selv, ikke er uvanlig ved psykisk sykdom, og kan oppdage at det finnes mulige hjelpetilbud. Dialog omkring temaene kan oppstå både i og etter dette fellesskapet, noe informantene bekrefter.

Alle informantene opplevde det som vanskelig å skulle forklare barna om sykdommen, og hvorfor de var innlagt. Hvordan foreldrene selv informerte barna om Barnas Time tilbudet var ulikt, men alle barna ble rutinemessig tilsendt invitasjonsbrosjyre som brev i eget navn. Flere av barna hadde lest brosjyren og Tommy sa det slik: *” en positiv overraskelse at faktisk han fikk et brev og ikke bare jeg kom med en lapp i handa - viktig at ungene får informasjon ”*. Tommy forteller er det ikke bare er innholdet i brosjyren, men også det at barnet blir sett på med egne behov og regnet med som egen person, kan ha betydning.

Studien viser at fire av fem foreldre snakket med barna på telefon eller når de var på besøk for å forberede dem til timen. Siri overlot dette til samboer som selv visste lite om Siris problemer og hva Barnas Time var. Familien kom derfor nokså uforberedt til timen.

5.5.1 ”Jeg kjente meg igjen”

Foreldrene uttrykker bekymring for sine barn, og behov for informasjon. Likevel kan en familiesamtale virke skremmende og vekke ubehag. Alle informantene fortalte at gjenkjennelse i det som ble presentert vekket interesse da temaet foreldrerollen og barnas situasjon ble brakt på bane. En informant sa at de som er innlagt er ”*just itj på topp*” når det gjelder selvtillit og konsentrasjonsevne. Som helsepersonell bør man ikke legge stein til byrden med for mye eller uforståelig informasjon, som pasienter i stressituasjoner har vanskelig for å forstå. Stressituasjoner er ubehagelige, energikrevende og noe en søker å unngå på ulike måter. To fremhevet pasientundervisningen som viktige situasjoner for gjenkjennelse, bevisstgjøring og ønske om hjelp. Pasientundervisningen stiller ikke krav til den enkelte. Siri uttalte følgende ”*det var som å lese om meg på plansjene, jeg kjent meg igjen i alt*”. Den skriftlige informasjonen ble også fremhevet som gjenkjennbar i forhold til egen situasjon, og det å være skrevet i et forståelig språk.

Studien tyder på at gjenkjennelse kan gjøre det lettere å identifisere seg og erkjenne at dette angår. Slik jeg oppfatter det, kan gjenkjennelse medføre tillit hos foreldrene i forhold til en opplevelse av at helsepersonell forstår hva de sliter med, og kan bidra med hjelp. Studien kan tyde på at tilnærming til foreldre og barn bør være preget av bevissthet omkring mulige kommunikasjons-, konsentrasjons- og oppfattelsesproblemer og ulike informasjonsmuligheter og former (skriftlig og muntlig) som kan redusere opplevelsen av stress, maktesløshet og unngåelsesatferd. Et forståelig språk og gjenkjennbarhet virker å ha betydning for om de opplever seg forstått, respektert og får tro på Barnas Time og får betydning for deltagelse eller ikke. Dette kan være en påminner i bestrebelsen på å gjøre dette og andre tilbud om familiesamtaler bedre.

5.5.2 ”Jeg har tro på dette”

Det som ser ut til å ha betydning for deltagelse eller ikke i Barnas Time (familiesamtale) er opplevelsen av om helsepersonell utviser respekt og høflighet i presentasjonen, opplevelse av

frivillighet, og det å få hjelp med noe som oppleves vanskelig. Åse sa det slik: *”De har så fin framferd - spør fint - et tilbud om Barnas Time - dersom noen hadde kommet og sagt det her må du være med på, da tror jeg ikke det hadde blitt noe av nei”*. Siri framhever også det sensitive aspektet i samhandlingssituasjonen når helsepersonell skal ta opp tema som kan berøre pasienten: *”Jeg synes dere føler dere fram på hvordan jeg tar det. Det var ikke verken påprasket meg eller noe du føler du må gjøre, men sånn: kanskje vi kan hjelpe deg med noe?”*. Som pasient og hjelpetrengende, kan man i situasjoner føle seg underlegen helsepersonell. En viktig foreldrefunksjon i følge Killén (2004) er å ha evne til empati, en evne jeg mener også har stor betydning i samhandlingssituasjoner mellom helsepersonell og pasient. Dette gjelder evne til å være responderende på den annens følelser.

Foreldrenes opplevelse av gjenkjennbarhet og frivillighet i henvendelsene ser ut til å ha hatt betydning for deltagelse i Barnas Time. Når det gjelder skriftlige informasjonen ble et språk som kunne forstås, at en kunne lese informasjonen når en følte seg opplagt, eller hadde behov, fremhevet å ha betydning. Når det gjelder pasientundervisningen ble opplevelsen av gjenkjennbarhet, felleskap, mulighet for diskusjon i etterkant (medpasienter, familie, fagpersoner) også fremhevet. Siri sa at pasientundervisningen medvirket til tro på tilbudet og avgjørelsen om å delta. *”Det var som å lese om meg på plansjene, jeg kjent meg igjen i alt, det traff veldig blinken for meg ja. Jeg synes det er godt med alt som på et vis kan hjelpe til at det blir bedre og var veldig glad for å få tilbudet og ønsker å få med mest mulig som kan hjelpe både meg og ungene”*.

I voksenpsykiatrien er det fortsatt ulik praksis i forhold til om psykisk syke foreldre får tilbud om familiesamtaler, til tross for at lovgivning i dag sier at de har rett til å få hjelp med å informere. Manglende rutiner kan være en årsak, men den enkelte behandler kan også av en eller annen grunn mene det er for tidlig, uaktuelt eller av annen årsak ikke tilby familiesamtale (Aamodt og Aamodt, 2005, Meijde; Aashamar og Knibe, 2006, Haukø og Stamnes, 2009b, Haukø og Due Brattås, 2009, Fiksaunet, E. 2010). For en forelder, i dette tilfelle Per, som kjente seg igjen både i pasientundervisningen og i skriftlig informasjon, kan en avvisning på tilbud en har kjenneskap til oppleves som en krenkelse i forhold til egen vurdering og kjenneskap til sine barn og deres behov. Per uttrykte skuffelse over at hans ønske om deltagelse ikke ble tillagt vekt. Om tilgjengelig informasjon sa han: *”jeg trodde på alt og så veldig positivt på det, for det følte som en lettelse å få hjelp til å forklare av noen som kunne det bedre”*. Pasienter kan oppleve det som vanskelig å be om noe, og Per forklarer at

”du føler deg jo som en maskråke når du er på en slik avdeling tar du opp ting og ikke får høre mer - formen svinger opp og ned- du gruer deg for å ta opp ting igjen”. Slik jeg ser det kan tilliten til et enkelt tilbud eller til helsetjenesten generelt svekkes ved at vi unngår å følge opp tema/problemstillinger pasienten etterspør (eventuelt begrunne avslag).

Om barn spør, eller ikke spør, og foreldre opplever problemer med å forklare, eller vil beskytte barna ved å unngå å forklare, kan man anta at det kan medføre stressituasjoner for begge parter. Det informantene ønsket hjelp med, var i hovedsak at andre skulle forklare barna om sykdommen. Åse sa: *”for da fikk de fortelle hvordan det var når moren var psykisk syk. Det var en lettelse å få andre til å gjøre det”.* Per som tidligere hadde tydd til nødløgner for ikke å belaste barna, ønsket hjelp med *”å få ungene til å forstå hva dette egentlig dreide seg om”.* Slik jeg vurderer det kan informasjon og gjenkjenning medføre en aktualisering som kan føre til en dialog om barnas behov både i forkant og i etterkant av familiesamtaler mellom behandler/veileder og med familie/nettverk. Slik jeg ser det kan det også medføre økt innsikt og innblikk for fagpersoner i barnas situasjon, og omkring i hvilken grad ønsket om hjelp er for å lette barnas situasjon, eller for at forelderen selv kan oppleve å bli forstått, bli tatt hensyn til og avlastet.

5.5.3 ”Jeg var ikke bekymret for barnevernet, men....”

Hva som kan hindre foreldre i å takke ja til Barnas Time var også et aktuelt spørsmål i evaluering av metoden. Det nærmest svaret jeg kunne finne i denne studien var å stille spørsmålet til informantene om hva som kunne ha hindret dem selv, eller hva de trodde kunne hindre andre foreldre fra deltagelse. Jeg antok de kunne sette seg inn i situasjonen til en viss grad, da de selv hadde vært i valgsituasjonen. Kanskje hadde de tenkt både til og fra, diskutert med sine nærmeste og diskutert med medpasienter. Det er selvsagt ikke enkelt å skulle svare for hva andre tenker eller har som årsak, og det ligger en risiko for at man kan ilegge andre tanker og motiver en selv har vært inne på.

Flere fremhever at redsel for innsikt i familiesituasjonen og redsel for barnevernet kan skremme foreldre fra å delta i Barnas Time. Per sier at: *”det var pasienter der som var bekymret for barnevernet, og da de ble forklart om barnevernet og snakket veldig vanskelig, så var det egentlig bare en bagatell som hadde blitt til en stor sak. En trenger ikke nevne barnevern i første omgang, for det er skremmende”.* Som helsepersonell bør man være

oppmerksom på at enkelte ord, og språket en benytter kan virke både oppklarende, gjenkjennende, troverdig, men også fremmed og skremmende. Per sier at det er viktig: *”å ikke bruke de faguttrykkene så mye”*. Tommy tror at de som takker nei til å delta i Barnas Time kan ha: *”vanskelig for å vise ungene sine følelser, og at de må gå inn i seg selv og si at jeg er syk og ungen min skal få ta del i sykdommen min. Jeg tror mange kan synes at det er litt skummelt”*. Videre sier han: *”kona mi var litt engstelig til å begynne med, men hun var så redd for at nå skjønnte dem at vi sleit fælt og kanskje barnevernet kom inn i bildet og hun var veldig redd for den biten der. Men så sa jeg at det er ikke det ting handler om”*. Utsagnet kan fortelle at deres overveielse i forhold til deltagelse eller ikke, er vurdert på bakgrunn av egen bevissthet om at de sleit, og redselen for innblanding av barnevernet. De som har svart nei på å delta i Barnas Time er ikke informanter i studien, og kan derfor ikke selv bekrefte eller avkrefte disse påstander og antagelser.

Foreldreoppgaven er noe som foreldre gjerne vil greie med selv, og når en har barn blir det gjerne regnet som selvfølgelig. Foreldre og kanskje spesielt de som lider med psykiske og/eller rusproblemer kan imidlertid ha problemer med å se barnas behov generelt, eller det kan variere avhengig av perioder med økt symptompress. Siri sa: *”Det kan vel kanskje være om de går så ruset, at de er helt blottet for andre ting enn sin egen nesetipp altså, men det er jo og greit tror jeg at du har noen som kan signalisere det, om du ikke opplever det selv”*. Siri mener altså at noen bør si fra til de foreldre en ser ikke er i stand til å ivareta barna. Man kan anta at dette er vanskelig for mange. Barnevernet er den offentlige tjenesten man kan rådføre seg med, eller varsle om bekymring. Informantenes utsagn bekrefter oppfattelsen av at både folk generelt og foreldre som er bekymret for barna kan ha en oppfatning preget av medieoppslag om at barnevernets oppgave er å frata foreldre omsorgen for barna. Man kan anta at veien for å be om hjelp kan bli lang, og at det skal mot til å varsle.

5.5.4 Oppsummering

Studien viser at foreldrenes opplevelse av frivillighet, om informasjonen oppleves gjenkjennbar og var troverdig ser ut til å ha innvirket på om Barnas Time ble vurdert som aktuelt. Informantene hadde behov for hjelp med å forklare både for egen og barnas del. Flere av informantene opplever maktesløshet i situasjonen og hadde tro på at de kunne få hjelp med noe. Flere øynet et håp om at deltagelse i Barnas Time blant annet kunne være til hjelp i forhold til å bryte tabu, forklare barna om egen sykdom og hvordan det oppleves. De selv

hadde unngått å ta det opp, eller funnet på nødløgner for å beskytte seg selv eller barna. Flere var redde for at sykdommen belastet barna, og ville ta ansvar for å medvirke til å redusere belastningene. Opplevelsen av å bli respektert som forelder som selv kunne vurdere både egne og barnas behov ser ut til å ha betydning. De av informantene som opplevde at barna ble belastet på grunn av egne problemer, opplevde dårlig samvittighet.

Studien tydeliggjør betydningen av et forståelig språk, og at dersom helsepersonell benytter et vanskelig språk, kan det medføre oppgitthet og misforståelser. Det framkommer også at opplevelse av press, manglende innsikt i egen eller barnas situasjon og redsel for barnevernet kan medvirke til vegring for, eller avvisning av Barnas Time. Selvbestemmelse og medvirkning i planlegging av samtalen med barna, virker å være viktig for deltagelse. Et ja avgitt under press har ikke den samme verdi som et ja avgitt etter grundig overveielse og av indre overbevisning sier Glistrup (2006, s. 99). Det er viktig å ta pasientens betenkeligheter alvorlig. Sett fra pasientens synsvinkel er det alltid gode grunner for å vegre seg. Slik jeg ser det, blir ikke det å føre argumentasjon veien å gå. Informantene fremhever at selvbestemmelse og medvirkning har betydning, og da antar jeg at det å vise interesse for foreldres betenkeligheter kan skape ny innsikt hos helsepersonell, og økt mulighet for samhandling.

Det framkommer at informantene sliter med konsentrasjons- og oppfattelsesproblemer i krisestressituasjoner, og viser tydelig redsel for innsyn i vanskelige familiesituasjoner, av frykt for barneverntjenesten. Stress kan defineres som en indre opplevelse som kan skyldes en rekke forhold, som følelsen av overbelastning og det å ikke mestre. Kognitiv vurdering er vesentlig i teori om stress-mestingsprosesser, og avgjør om individet vurderer en situasjon som en trussel eller ikke (Lazarus og Folkman, 1984). Helsepersonell kan ubevisst påføre pasienter/foreldre stressopplevelser, og en følelse av å komme til kort, bare ved å benytte et fagspråk uten å reflektere over om andre vil forstå. Eksempelvis kan bruk av vanskelige ord/fagspråk øke sannsynligheten for unngåelse av en tenkt stressituasjon (eks. Barnas Time), av redsel for å ikke forstå og/eller mestre med situasjonen. Min vurdering er at språk kan inkludere og ekskludere, og at et vanskelig språk (muntlig og skriftlig) kan vanskeliggjøre dialogen mellom pasienten og helsepersonell, da den som ikke forstår kan føle seg underlegen og "dum".

5.6 Forelderens opplevelse og erfaringer i forbindelse med deltagelse i Barnas Time

Gjennom hele Barnas Time prosessen er det et mål at helsepersonell skal bidra på en tilpasset måte som kan medvirke til å redusere evt. stressbelastning, og legge til rette for opplevelse av mestring. Dette gjelder fra det gis informasjon om tilbudet, gjøres avtaler, ved mottagelse og gjennomføring av timen. For å oppnå dette er planen blant annet at veiledere møter minst 5 min. før avtalt tid for å hilse familien velkommen og vise vei. En antagelse har vært at mottagelsen kunne ha betydning for opplevelsen av å være betydningsfull og ventet, samt redusere stress for å frigjøre energi til å kunne lytte og være i dialog. Nedenfor rettes fokus på mottagelsen, språket som ble benyttet i timen, barnas tid alene, opplevelse av nytte i etterkant og nettvekets involvering, da informantene fokuserte dette spesielt. En interessant sluttkommentar fra en informant som hadde forslag til endring blir også tatt med.

5.6.1 ”Vi følte oss velkommen”

Flere av informantene forteller om at de var spent før timen, og at mottagelsen er noe de husker. For flere av barna var det deres første møte med posten der forelderen var innlagt. Siri forteller følgende: ” *Husker på at vi kom inn og de sto klar og det var kjempebra, vi følte oss velkommen - en slipper å lete, spekulere og kanskje grue - det kan jo hende at en gjør det også - det å håndhilse på ungene - var veldig ordentlig og ryddig*”. Utsagnene vitner om at de som kommer kan grue seg av ulike årsaker, eksempelvis av tanker omkring hva som forventes, hvor de skal være og hvem de vil møte. Studien tyder på at mottagelsen kan ha betydning for å gi en opplevelse av å være ventet, ønsket, respektert og gi mulighet for å redusere forventningsstress.

5.6.2 ”Brukte et språk som han forsto og på hans nivå ”

Slik jeg ser det kan språk være en maktfaktor, ved at det kan inkludere de som forstår men også ekskludere andre fra å forstå og delta. Informantene hadde forhåpninger om at barna skulle få en forklaring på deres sykdom, som var mer forståelig for dem enn den de selv hadde forsøkt eller ikke forsøkt å gi. Hvilke ord de kunne bruke, og hvor mye de kunne fortelle uten å skremme barna, opplevdes som et problem. Siri var en av dem som fremhevet språkets betydning i samtalen med barna og sa: ”*Han Johan var ganske stille og de var flinke til å dra han inn og brukte et språk som han forsto og på hans nivå - jeg hadde håpet at de*

skulle fortelle litt mer i og med at de er så stille hjemme, men vi kan jo ikke tvinge dem til å prate heller, og ungene svarte jo når de ble spurt, men ikke sånn uoppfordret - de dro inn han Torgeir samboeren min, det var veldig bra for han skulle nesten hatt en time for seg selv, det var fint at han også ble en naturlig del av det". Et språk som alle kan forstå vil kunne åpne opp for at alle kan delta i samtalen ut fra sine forutsetninger, om de ønsker. Tommy forklarer dette med at han: "syntes at alle fikk delta sett fra sitt ståsted. Slik at det ikke bare ble en toveiskommunikasjon mellom den som sleit og de som hadde Barnas Time. Da hadde det vært bortkasta tid. For det er jo faktisk for ungen at vi har Barnas Time og da syntes jeg det var veldig fint at det faktisk ble fokusert på han. Og det tror jeg han satte pris på. Han har ikke sagt det, men jeg så det veldig på han at syntes det var greit å få litt direkte til han".

Informantene opplevde at språket var tilpasset dem, selv om noen foreldre var usikre på hvor mye barna likevel hadde forstått. Språkets enkelthet hadde også betydning for om det ble en dialog mellom deltagerne i Barnas Time. Med språkets enkelthet, menes ikke et overdrevent "barnslig" språk, men et hverdagsspråk med fravær av faguttrykk i den grad det ikke er påkrevd, eksempelvis for å sette navn på forelderens sykdom. Språket som benyttes bør være hverdagslig og gjenkjennbart for foreldre og barn for å kunne gjenbrukes i hjemmesituasjon. Man antar at det å kunne bruke enkle ord for "det vanskelige" (tabuet) i hjemmesituasjon i noen tilfeller kan videreføre en dialog som kan starte i Barnas Time.

5.6.3 "Jeg tror de er redd for å ta opp tema som kan såre meg"

Barna tilbys alltid tid alene med veilederne mens foreldrene går ut, dersom foreldrene på forhånd har forstått betydningen av det, og gitt sin godkjennelse. Dette hadde barna i fire av de fem familiene benyttet seg av. Siri, Per og Tommys utsagn blir brukt som eksempler her. De som ikke benyttet dette var blant de yngste, noe erfaring viser er vanligst.

I intervjusituasjonen, som ikke er en krav-/ konfliktsituasjon med barna (stress) viser informantene evne til empati, ved å sette seg inn i barnas tanker og følelser. Alle trodde at barna hadde behov for å snakke og spørre om ting når de selv var syke. Alle hadde tillit til, og godkjent at barna fikk tilbud om tid alene. Noen trodde at dersom barna følte utrygghet så ville de ikke snakke om "det vanskelige" enten det var med dem selv eller med veilederne. Tommy var derfor blitt overrasket da han opplevde at sønnen valgte å benytte tid alene med veilederne, til tross for at han på forhånd hadde sagt til foreldrene at de: "måtte være der hele

tiden - ungene merker om vi (foreldre og veiledere) ikke er trygge på hverandre. Jeg følte meg veldig trygg - det tror jeg han så - var en grunn til at han ville være igjen at han fikk en slik trygghetsfølelse - det er enklere å snakke med noen utenfor enn med familien sin - det kjenner jeg igjen selv - jeg tror han var redd for å si feil ting - tror det var litt godt for han, for da fikk han sagt ting uten å tenke på at vi satt der og hørte på”.

Per opplevde barnas tid alene på samme vis med at det er ikke alt det er så greit å ta opp mens foreldre er til stede. Om tiden alene for barna sa han at det var: *”bare positivt, for da kunne de jo stille en helt annen type spørsmål enn om jeg har vært der. Og jeg tror de er redd for å ta opp tema som kan såre meg”*. Både Tommy og Per er bevisst på at barna kan ha tanker, og spørsmål de har problemer med å formidle til dem selv. Per er tydelig på at han tror barna kan beskytte han. Dette kan oppstå som en følge av en *”misforstått kommunikasjon”* (Eldevik, 2008), ved å unnlate å snakke om *”det vanskelige”* eller gi andre forklaringer (nødløgner).

Flere av foreldrene sa i andre sammenhenger at de trodde barna også holdt tilbake ting i hjemmesituasjonen for å unngå å såre dem. Selv om det er en regel å tilby barna tid alene, vil aldri en regel styre handlingene og utfallet av slike situasjoner. Barna må føle frihet til å velge og valget må bli respektert. Både Per og Tommy er tydelig på at dette er barnas anledning til å snakke om ting de som kan være vanskelig å ta opp i foreldrenes nærvær. Foreldrene viser her en sensitivitet for situasjonen, som Tommy sier han kjenner igjen. Dette kan barna oppfatte og dermed føle frihet. Barna deres hadde noe å fortelle og spørre om, som de ønsket hjelp med å ta opp med sine foreldre. For at barnas tid alene skal bli vellykket for dem, kreves det en sensitivitet mellom partene. Ansvar for å fremme trygghet hos barna i situasjonen hviler på foreldre og veiledere. Opplevelse av aksept og trygghet i situasjonen kan påvirke om barna forteller eller stiller spørsmål. Siris barn ønsket ikke tid alene, noe som ble respektert da ingen barn skal oppleve seg presset til dette om det oppleves ubekvem. Siri hadde ønsket at barna benyttet tid alene, da hun vet lite om hva barna forstår. Hun forklarte: *” jeg vet ikke hvor mye de tenker eller har tenkt på meg og formen min”*. Siri ser ut til å ha problemer med å dekke barnas mest grunnleggende behov framfor egne, og periodevis er hun klar over dette. I Barnas Time har hun store forventninger til at barna skal snakke med fremmede om hvordan de har det, til tross for at de i hjemmesituasjonen ikke er vant med at noen i familien snakker om slike ting.

5.6.4 ”Lettere for dem å forstå hva det dreier seg om”

I og med at dette er en evalueringsstudie av metoden Barnas Time har jeg valgt å gjøre noen betraktninger omkring informantenes opplevde nytteverdi eller ikke.

Ingen av informantene hadde angret på deltagelsen, men de forteller ulikt om nytte av timen. De fremhever spesielt at barna og andre i nettverket, bedre kan forstå hva de selv strever med. Det virker altså som om det er viktig for foreldre å oppleve å bli forstått med hensyn til den psykiske sykdommen, og problemene det medfører. Siri sa det slik: *”Det er jo det at en føler at en har involvert de nærmeste rundt seg, og at de vet hva jeg strever med av tanker. Du føler jo litt forståelse, kanskje ikke så mye fra de minste men fra han ”størsten” (samboeren) - vi har nå snakket en del om det, eller nevnt dette med tanke og følelsesykdom og det syntes jeg var så veldig godt begrep for da er det lettere for dem å forstå hva det dreier seg om”*.

Likevel er det fortsatt vanskelig for Siri å snakke med barna om sin egen og deres situasjon og hun sier: *”Jeg skulle ønske vi var flinkere til å prate om tanker og følelser sånn, men det stopper seg når han (sønnen) ikke vil og jeg ikke orker å prate.”* Til eksempel for nytteverdien sa Per om deltagelsen at: *”den åpnet for samtale i etterkant”*. Åse opplever også en endring i kommunikasjon med sin yngste datter og sier: *”vi snakker på et annet vis, med at hun har fått litt mer forståelse for hva det er, og da hender det at hun spør, og så prøver jeg å svare etter beste evne”*. Dette bekrefter resultatene fra en tidligere studie med foreldre som hadde deltatt i Barnas Time (Stamnes og Haukø, 2009c), der foreldre blant annet hevdet at: *”ungene forstår mer, og det ble enklere for meg å forklare – jeg har brukt veileders ord mange ganger etterpå”*.

Nye ord og begreper som forklarer det tidligere ordløse omkring dette, virker også å være til hjelp for å kunne snakke om sykdommen og den enkeltes situasjon. Per forteller at barna spør mer om sykdommen og hvordan han har det. Han sier: *”jeg svarer på et annet vis, er mer åpen om problemstillinger - nå har de en konkret sykdom å spørre om – det hadde de ikke før – da blir det mer målretta spørsmål. De er meget omsorgsfulle - ja det har de jo egentlig alltid vært da, men de ringer veldig mye og hører hvordan det går med meg nå”*. Han husker også at datteren hadde spurt om *”hva om jeg ble dårlig igjen?”*. Han opplevde at datteren var utrygg, og etter at de kom hjem hadde de iverksatt *”en kriseplan”* for hvordan datteren kunne forholde seg, og få hjelp om han fikk flere angstanfall (som ikke lenge var noe med hjertet).

Dette kan jo forstås slik at det er åpnet opp hva forelderens problemer egentlig handler om, og for dialog omkring hvordan dette kan påvirke den syke og de andre i familien. Dette vet en ikke for sikkert, for det kan også skyldes at barna føler ansvar for forelderen, at de vil hjelpe og trøste, eller er utrygge og vil forsikre seg om at forelderen har det bra. Erfaringsmessig spør mange barn når forelderen har gått ut av timen, selv etter at det er blitt forklart om sykdommen: *"hva er det egentlig som feiler pappa?"*. Psykisk sykdom er ikke alltid enkelt å forstå for barn, men det kan være nyttig å gi åpning for at dette kan snakkes om. Det at barna spør mer ser ut til å gjelde flere barn i denne studien. Flere av foreldrene forteller at barna også snakker mer med andre nærpersoner om familiesituasjonen.

Barnas Time medførte også en del konkrete forandringer utenom at det ble mer samtale og spørsmål fra barna. Blant annet har sønnen til Tommy fått ukentlige samtaler med en person i psykiatritjenesten i kommunen. Dette ble ordnet av veilederne etter at gutten i tiden alene med dem hadde gitt uttrykk for et ønske om å få snakke med noen utenfor familien. Det ble foreslått som mulig, noe både gutten og foreldrene samtykket til. Sønnen har også fått avtale om at han kan gå til mor på jobb om han føler seg usikker på å være sammen med far etter skoletid. Per sin datter hadde i tiden alene med veilederne uttrykt bekymring for hva hun skulle gjøre dersom far ble syk igjen. Hun fikk hjelp til å ta opp dette med far i slutten av timen. I etterkant har familien (datter, far, bestemor og tante) snakket åpent om hans sykdom, og datterens situasjon. De har laget en kriseplan der bestemor eller tante kan kontaktes og vil ta ansvar ved behov. Siri fortalte om en forandring i etterkant ved at: *"samboeren min er blitt flinkere til å ta hensyn til det å være sammen med dem (barna), når han skjønner signalene - ser at jeg kanskje har behov for et par timer alene"*. Indirekte kan en si at om ikke barna forsto så mye av informasjonene i Barnas Time eller snakker mer om hjemmesituasjonen med mor, kan både de og Siri avlastes ved at samboer forstår mer om sykdommen, og hennes kapasitet og u hensiktsmessige mestring av stress/belastninger. Hans nye forståelse gjør at han kan avlaste alle når han tar barna bort fra situasjonen og aktiviserer dem.

5.6.5 "Farmor har sagt at uansett når det er"

Et støttende nettverk ser ut til å være viktig og nyttig for å avlaste både foreldre og barn. I alle familiene har minst et av barna problemer som medfører spesiell hjelp, oppfølging eller behandling. Foreldrene ser at barnas problemer i stor grad kan ha sammenheng med egne problemer. Noen forteller at egen samvittighet lettes når de erfarer at andre (den andre

foreldre, samboer, besteforeldre, tante, naboer, lærere og andre...) snakker med, aktiviserer og bidrar til at barna får gode opplevelser. De forteller blant annet om hjelp i skolen, planlagte og ikke planlagte samtaler, noen som tar barnet bort fra en gryende akutt vanskelig situasjon, fritidsaktiviteter, ferietur og midlertidig eller nytt fast bosted. Sett i et stressteoretisk perspektiv vil foreldrenes dårlige samvittighet være energikrevende, og om den reduseres vil det kunne virke energisparende og gi overskudd eksempelvis i samværssituasjoner med barna.

Tommy forteller at han og kona har gjort tiltak for å redusere belastningene på sønnen som følge av hans sykdom og familiens situasjon. Familiens egne avlastningsavtaler er ment som forebyggende helsehjelp for sønnen. Blant annet har: ”*farmor sagt at uansett når det er om det er noe, så får han bare ringe, og blir det for tungt så får han komme på besøk. Han har nå akkurat vært der*”. De har valgt å orientere om familiens situasjon til familie, venner, lærere og naboer. Etter Barnas Time orienterte de også på konas arbeidssted, noe som medførte forståelse og aksept for at sønnen kunne gå dit etter skoletid ved behov. Dette har medført større åpenhet i nærmiljøet om hans sykdom og familiesituasjonen. Man kan anta at når familier selv bryter tabu, og gir nærmiljøet informasjon så kan det gjøre at flere ”ser” barna og er villige til å finne muligheter for å hjelpe.

Psykisk syke foreldre ønsker ikke at barna skal lide, eller ikke få å oppleve det andre barn gjør på grunn av egne problemer. Siri prøvde eksempelvis å melde sønnen inn i en fotballklubb, ”*men da ville han ikke, for han sa at han ville være sammen med oss*”. Dette kan jo skyldes at han ikke var interessert i fotball, men barn kan også avstå fra aktiviteter for å beskytte foreldre for belastninger. Siri mener at både hun selv og andre foreldre med psykiske lidelser kan ha behov for hjelp i forhold til barna og nevner: ”*Enten hjelp til å ha dem, eller være med i lag med dem for å oppleve ting. Jeg har jo selv ikke orket å være med på noe – han Johan fikk jo støttekontakt*”. Siri opplever at nettverket har stor betydning for at hun klarer med hverdagen og sier at det er viktig at: ”*det er noen der som kan avlaste og ta over litt når det butter som verst og har jeg ikke hatt han Torgeir og mamma og dem å ringt til når det har vært som tyngst, så tror jeg at jeg har gitt opp for lenge siden*”. Siris utsagn kan stå som et eksempel på at psykisk syke foreldre som andre foreldre har behov for å oppleve at barna har det bra. Siri har selv bedt både familien sin og barnevernet om hjelp og blitt møtt på en positiv måte. Hun hevder at: ”*barnevernet er ofte sett ned på, for det er så mye, hva skal jeg si, skrekkehistorier som folk forbinder med det, at har du kommet dit hen, da er det liksom ikke noe håp altså*”. Studien tyder på at foreldre som har åpnet opp for samtale om sykdommen og familiens

situasjon utenfor familien, ser ut til å ha tillit til hjelperne og hjelpen de får. Dette gjelder på sykehuset, men også den hjelp barna får via sitt nære nettverk, i skolesammenheng, kommunehelsetjeneste og tiltak fra barneverntjenesten.

Etter barnas tid alene, hadde veilederne hjulpet Pers datter med å ta opp med han problemstillingen omkring hennes redsel for hva hun skulle gjøre om far ble syk igjen. De hadde diskutert muligheter for en *"kriseplan"*. Etter utskrivelsen hadde bestemor og tante blitt inkludert, og Per fortalte at: *"vi har en plan på det nå - hun fikk jo legge opp planen selv da"*.

Ingrid sin sykdom virker ikke å påvirke selvinnsikt og innsikt i barnets situasjon på nåværende tidspunkt. Grad av innsikt i egen og andres situasjon kan endres, og reduserer i takt med forverring av symptomer. I intervjusituasjonen forteller hun om at hennes problemer påvirker guttens konsentrasjon i skolesammenheng, og at dette øker når hun blir dårligere. Hun ser guttens behov for hjelp og har tillit til de som vil hjelpe (skole, PPT, barnevern, voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP)) og er positiv til og takknemlig for å motta hjelp både for egen del og sønnen. Sannsynligvis vil hjelpen i større grad nå fram til barna når samarbeidet mellom hjelpere og foreldre går bra.

Når det gjelder Åse og hennes barn virker det som om barna og mor gjensidig er støttende nettverk for hverandre. Jeg får ikke innblikk i, eller noen forståelse for at hun på noen måte har et annet støttende nettverk. Dette til tross for at Åse forteller at hun tror det er bra med åpenhet. I følge Åse så isolerer den eldste datteren seg, og har ingen venner, er ikke i skole eller jobb. Det var imidlertid datteren som tok ansvar for mor og avtale time på legevakt når hun opplevde at mor sine problemer ble så store at hun alene ikke greide ansvaret.

Når det gjelder å ha eller etablere et støttende nettverk som kan bidra til å forebygge helseskade hos barna, ser det ut for at noen foreldre har tenkt dette. Noen har brutt tabuet og etablert kontakt med noen som kan hjelpe, etter råd fra helsepersonell. Foreldrerollen og barnas situasjon er i følge Pihkala og Johansson (2008) et ømtålig tema for foreldre med psykiske og/eller rusproblemer, og helsepersonell har en utfordring i forhold til å komme til med støtte til disse barna også. Kanskje kan flere samtaler med forelderen med fokus på foreldrerollen, barna situasjon og behov være en vei å gå. Om dette lykkes kan avhenge av om forelderen opplever tillit til om hensikten er å hjelpe, og ikke er *"utidig innblanding"*. Foreldre i en behandlingssammenheng er pasient og eier av sine problemer og beskyttet av

taushetsplikten. Helsepersonell kan kun bryte taushetsplikten overfor barneverntjenesten når det er grunnlag for bekymring for barn. Det er mange små bekymringer også. Kanskje med bruk av tid (ressurser), tålmodighet og respekt for forelderens oppfatninger, kan de gradvis åpne opp og snakke om familiesituasjonen til noen som kan bli til støtte for barna.

5.6.6 "Noe kunne vært gjort annerledes, hvis....."

Alle informantene opplevde noe nytte av Barnas Time, men en har også interessante forslag til hva som kunne vært annerledes og nevner: *"flere timer eller en setting der det har vært noen timer der du hadde snakket med ungene i andre omgivelser enn akkurat i det lille kontoret - gått seg en tur og gjort noe annet? Ja, noe sånt så det ikke ble så sterilt - men der kommer vel ressursene inn igjen da"*. Utsagnet vitner om at foreldereren søker å sette seg inn i barnas situasjon. Han poengterer trygge omgivelser og mer tid. Han tror ikke et kontor nødvendigvis er det optimale for samtale om tema som han selv ikke har greid å snakke med barna sine om. Han reflekterer over behov som ikke dekkes, og om det kan skyldes eller begrenses av ressursene i helsevesenet. Selv har han erfaring med at en ikke får hjelp før det er helt akutt.

Pers forslag er en interessant tanke og mulighet, men som han sier kan ressurser ha innvirkning. Kanskje ligger utfordringen i hvordan man kan gjøre det beste med de ressursene en har. Eller kan de også ligge i hvordan helsepersonell kan finne løsninger for å prøve ut, bevise og argumentere for ulike og tilpassede forebyggende tiltak. Min tanke er at effektive forebyggende tiltak på sikt også kan vise seg å ha en økonomisk gevinst. Det føles malplassert å snakke om økonomi når det gjelder å lette hverdagen, og gi barn muligheter til en bedre helse, men samtidig er det en realitet en må ta hensyn til.

5.6.7 Oppsummering av foreldrenes opplevelser og erfaringer i forbindelse med deltagelse i Barnas Time.

Studien viser at gjenkjennelse, hvor og hvordan informasjon ble gitt, og hvordan de blir tatt imot har betydning for opplevelsen av aktualitet, å føle seg velkommen og for reduksjon av forventningsstress. Bruk av et forståelig språk har betydning for om foreldre og barn føler seg inkludert og kan delta i dialogen. Et forståelig språk, samt noen nye ord som kan beskrive sykdommen, tanker og følelser, ser ut til å ha betydning for dialogen i etterkant av timen.

Noen av informantene snakker selv mer med barna om familiens situasjon, men enkelte fremhever at barna fortsatt snakker mest med den ”*friske*” forelderen. De familiene som hadde fått råd om å be familie og nettverk om hjelp, virker å ha gjort det selv, eller benytter de avtaler som var blitt ordnet av veiledere/behandlere i etterkant av timen. Resultatet er at flere i nettverket er orientert om familiesituasjonen, er mer observante og vil bidra (bestemor, tanter, samboer, psykiatritjenesten, lærere, forelderens arbeidsplass). Når barna vet at andre vet, kan man tenke at det kan gjøre det lettere for dem å søke støtte, eller bli sett og støttet. En forelder unngår fortsatt å utvide antall personer som innvies i familiens situasjon. En har forslag om flere Barnas Timer, og der man kan snakke med barna mens man går tur.

5.7 Avslutning og konklusjon

Som nevnt innledningsvis, rettes søkelyset i studien på psykisk syke foreldre som har deltatt i Barnas Time. Et overordnet mål var å evaluere dagens praksis. For å nå målet valgte jeg å fokusere på psykisk syke foreldres opplevelse av egen foreldrefungering, barnas situasjon og tilbudet Barnas Time.

Informantene i studien er i stor grad meget oppmerksom på at egne problemer påvirker hele familien, og de bekymrer seg for barna. De innser svikt på flere områder med hensyn til egen foreldrefungering, og har dårlig samvittighet for at de påfører barna belastninger. Dette samsvarer med flere (Nordenhof, 2005; Stenbak, Møller og Børjesson, 2005; Wang og Goldschmidt, 1994) som hevder at alle pasienter bekymrer seg for sine barn, uavhengig av diagnose, og at erfaring fra voksenpsykiatrien er at man ikke kan hjelpe pasientene lengre enn deres tillit tillater. Wang og Goldschmidt (1994) hevder også at de ønsker profesjonell hjelp til familien for å kunne snakke bedre sammen, noe som samsvarer med informantene i denne studien sine behov og ønsker.

Gjennom min analyse vil jeg aldri kunne påstå at jeg har funnet ”*de riktige*” svarene eller forklaringene på mine forskningsspørsmål. Det er likevel mulig at studien har resultert i nyttig kunnskap som kan bidra til å utvide helsepersonellets forståelse for, og hensyntagen til, barnas situasjon ved utforming og gjennomføring av familiesamtaler der en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse.

5.7.1 Fellestrekk på tvers av informantene

Fire av fem foreldre ser at barnas problemer har sammenheng med egen sykdom. De forteller at de ved økt symptompress (forverret sykdom) blir mer selvfokusert, og mindre oppmerksom på barna. Egne problemer dominerer og preger hverdagslivet, blant annet med hensyn til humørsvingninger, kommunikasjon og aktiviteter.

Alle informantene forteller om ulike grader av redusert kapasitet, redusert engasjement, samt dårlig konsentrasjon, hukommelse, tiltaksløst, arbeidsevne og isolasjonstendens. I denne situasjonen virker alle å være lite løsningsfokuserte. Ved bedring i sykdommen kan de tilsynelatende endre seg på enkelte områder, eksempelvis ved at de ligger mindre på sofaen, gjør mer husarbeid og deltar mer på aktiviteter sammen med barna.

Det framkommer at sykdommen medfører kommunikasjonssvikt i større eller mindre grad i alle familiene, og at dette kan variere avhengig av symptompress. Dette viser seg som uklare kommunikasjonslinjer, og/eller budskap, og kan preges av humørsvingninger (sinne, stille, ansiktsuttrykk).

Alle informantene mente barna hadde behov for informasjon om deres sykdom, og det å få noen utenfor familien å snakke med, om det som kanskje var vanskelig å snakke med foreldre om. Barna i fire av de fem familiene benyttet seg av tid alene med veilederne i Barnas Time.

Alle informantene har minst et barn som har problemer som har medført hjelpetiltak. Noen har ett mens andre har flere samtidige tiltak. Tiltakene blir gitt av barneverntjenesten, psykiatritjenesten i kommunen, PPT, BAPP- kurs, voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Alle informantene hadde behov for Barnas Time, for å få hjelp til å informere, forklare og svare på barnas spørsmål.

5.7.2 Hva gav studien av nye impulser for videre forebyggende arbeid rettet mot barn av psykisk syke foreldre?

Studien tyder på at foreldre har behov for å snakke med noen om sin egen og barnas situasjon, for å få råd og hjelp. Foreldrenes redsel for barnevernet kan imidlertid være en hindring, og medføre at barn ikke blir sett med hensyn til behov og får hjelp. Opplevelse av tvang til å

delta i Barnas Time (familiesamtaler) er negativt, og kan oppleves som en undervurdering av foreldres evne til å gjøre selvstendige vurderinger. Det samme gjelder om foreldre ønsker tilbudet og ikke får det uten å forstå hvorfor. Det kan inngi mistillit og hindre samarbeide og eventuell hjelp. Til tross for ønsket om frivillighet, mener informantene at helsepersonell ”*må snakke alvor*” med foreldre som ikke innser at barna kan berøres av deres sykdom. Når barneverntjenesten oppleves som en trussel og ikke som en mulighet for å få hjelp, er det en utfordring. Et viktig spørsmål blir derfor hvordan barneverntjenesten kan bli mer ”*synlig*” i befolkningen i forhold til det positive arbeidet de faktisk gjør med hensyn til støttetiltak i heimen for å hjelpe foreldre med å dekke barnas behov.

For å få foreldres samtykke til å informere, møte og komme i dialog med deres barn er man avhengig av deres tillit. Tillit ser ut til å skapes gjennom at foreldre opplever seg forstått i den situasjon de er som psykisk syke og forelder. Dette vil kreve at helsepersonell som underviser, eller gir tilbud, har kunnskap som gjør at foreldre opplever gjenkjennelse i det som presenteres. Av den grunn anser jeg at informantenes fortelling kan bli til nytte ved senere samtaler med andre foreldre. Jeg må med andre ord få tak i deres opplevelser av egen foreldrefungering, og deres opplevelse av om og hvordan barna berøres. Denne kunnskapen vil kunne gi oss som helsepersonell en større trygghet når vi tar opp disse tema med andre foreldre. Da kan vi eksempelvis formidle: ”*jeg vet ikke hvordan du opplever din foreldrefungering, men jeg har møtt flere andre foreldre med psykisk sykdom som forteller at de kan ha problemer i forhold til..... eller er bekymret for....*”. Det er denne muligheten for gjenkjennbarhet en må greie å viderefremidle til den psykisk syke forelder. Jeg ser også en annen utfordring som kan være til hinder for å komme i dialog med barna, nemlig helsepersonells egen vegring og manglende kunnskap. Foreldre vil etter min vurdering også kunne kjenne eller ”*sense*” om helsepersonell opplever det vanskelig å ta opp temaene, eller ikke har kunnskap nok til å vekke gjenkjennelse. Kjernen ved gjenkjennelse blir at man går inn i barnas og foreldrenes egen opplevelsesverden. Dette ser ut til å kunne skape en trygghet hos dem på at de møter en person som kan sette seg inn i deres situasjon, og forstå hva dette dreier seg om. Studien styrker troen på at helsepersonells evne til å formidle noe gjenkjennbart til foreldre om deres situasjon, kan gi større mulighet for dialog om foreldrerollen, barnas situasjon og komme til med forebyggende tiltak.

5.7.2.1 Råd for veiledere og behandlere i klinisk praksis

For å ta opp tema omkring foreldrefungering og barnas situasjon med pasientene, trenger slik jeg ser det, både veiledere og behandlere innsyn i hvordan psykisk syke kan oppleve sin foreldrefungering og barnas situasjon.

Pasientundervisningen ble tydelig som en viktig arena for å frambringe gjenkjennelse, og erkjennelse på at *"dette angår meg"*, og oppleve at det er flere i samme situasjon. Det gir mulighet for å drøfte problemstillinger med *"likemenn"*. Etter min vurdering bør derfor alle foreldre som mottar behandling for psykiske og /eller rusproblemer få tilbud om å delta på pasientundervisning om psykisk sykdom, foreldrefungering og barnas behov, som kan gi mulighet for gjenkjennelse og erkjennelse.

Ikke uventet poengteres gjennomgående betydningen av et for alle, forståelig, muntlig og skriftlig språk. Vanskelige og uforståelige fagtermer kan blokkere og skape avstand. Det framkommer i intervjuene at foreldrene er bekymret for sine barn, og synliggjør et sterkt behov for hjelp til å informere og sette ord på *"det ordløse"*, slik at de sammen kan snakke om hvordan den enkelte opplever situasjonen. Foreldre bør få tilbud, og de som ønsker familiesamtale, bør bli hørt og fulgt opp av behandlere. Som et alternativ til den tradisjonelle Barnas Time framkom et forslag om flere timer med barna og en tilpasning til individuelle behov. Dette momentet kan man tilstrebe og ta hensyn til.

I kap. 2.1 gav jeg til kjenne et ønske om at flest mulig foreldre i voksenpsykiatrien tar i mot tilbud om Barnas Time (familiesamtale). En logisk konklusjon for meg, blir at de momenter som her er nevnt, er viktige for at foreldre kan oppleve troverdighet og tillit som i neste omgang kan bidra til at færre avviser Barnas Time (familiesamtale). Det kan også gjøre det mulig å komme til med andre/aktuelle forebyggende tiltak for barna. Det at foreldre kan vegre seg, bør ikke være en begrunnelse for at behandlere ikke skal ta opp foreldrerollen og barnas situasjon.

Oppsummert var det ikke noen direkte uventede funn i studien. I all hovedsak fikk jeg en bekreftelse på det vi spesielt har lagt vekt på i utarbeidelsen av metoden av Barnas Time (Haukø og Stamnes, 2009). Det som spesielt ble understreket av informantene som et viktig moment var gjenkjennelse, og at veilederne i Barnas Time tok deres perspektiv som forelder,

og greide å sette seg inn i deres situasjon. Som forelderens behandler bør man være observant på at det kan det være en utfordring å skulle endre fra å ha fokus kun på behandling av den voksnes lidelse, til å innta ”foreldre og barneperspektivet”, når dette kreves i situasjonen.

5.8 Kritiske betraktninger

Forforståelsen kan være både en fordel (stille nærgående og relevante spørsmål) og en ulempe i forskningsprosessen. Ulempen kan i verste fall medbringe en tung bør som er vanskelig å riste av seg og dermed vil dominere det vi ser, og som Malterud (2008) sier, hindre at vi ser det vi ser langs veien. Som et eksempel kan kunnskap om psykisk sykdom og symptomer påvirke mine spørsmål, og hvordan jeg velger å vurdere det jeg finner i studien. Jeg må være bevisst mine ”briller” og valg for om jeg vil ta et ord for et ord og tenke at forelderens beskrivelse gjelder generelt, eller la kunnskap om sykdommen (depresjonens) og dens periodevise forverring være en faktor jeg tar hensyn til. Mitt mål gjennom å benytte en kvalitativ metode har vært at arbeidet skal reflektere informantens erfaringer og meninger. Malterud (2008) hevder at uansett hvilken forskningsmetode vi bruker, eller hva slags forskningsprosjekt vi skal gjennomføre, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og resultatene. Jeg kan ikke se bort ifra at dette har hatt betydning for hva jeg har sett.

Informantene i studien er foreldre som nylig har vært innlagt for sine psykiske problemer. Når foreldrene forteller om barnas situasjon og behov, foreldrerollen og egen mestring kan deres opplevelser og fortelling være preget av at dette har vært tema i pasientundervisning, tilbud om og forberedelse og gjennomføring av Barnas Time, og den behandling/terapi de nylig har deltatt i under innleggelsen. Dette kan medvirke til at de opplever fenomenene annerledes enn de ville gjort før innleggelsen, og uttale seg med andre ord og med en annen forståelse.

Aadland (1997, s. 253) kan ha et poeng når han hevder at en tommelfingerregel kan være at man bør være minst mulig annerledes enn deltagerne i undersøkelsen. Et spørsmål i forhold forskningseffekten kan da stilles i forhold til om det har hatt en innvirkning på dataene at jeg som kvinne og forsker intervjuer arbeidsledige menn. I tolkning av data bør man ha dette i mente. En kan heller ikke se bort fra den såkalte ”kameleoneffekten”. Med det mener jeg en oppøvd evne til å tilpasse seg det en tror noen forventer i en gitt situasjon. Mennesker med psykiske problemer kan ha lang erfaring i å benytte ord og uttrykk de har lært i langvarige

samtaleterapiformer, og erfaring med verbalt å komme seg ut av vanskelige situasjoner. Kanskje snakker de med stor overbevisning til meg som intervjuer, om det de tror jeg vil høre. Kanskje forledes jeg til å tro at de har mer innsyn, kunnskap og ferdigheter enn de har.

Jeg har tolket informantenes selvmotsigelser som mulig konsekvens av deres sykdom og ambivalens, og ulike reaksjoner i stressende og i avslappende situasjoner. Om jeg hadde vært mer observant på dette i intervjusituasjonen kunne jeg i enda større grad stilt flere oppklarende spørsmål som *"slik jeg forstår mener du.... eller mente du at...."*. På den måten kunne informanten selv kanskje i større grad oppdaget eventuelle selvmotsigelser og vært selvkorrigerende.

5.9 Forslag til videre forskning

Tverrgående analyse, sammenfatter informasjon fra mange informanter under ett, mens langsgående analyse følger den enkeltes løp over tid. Det siste var uaktuelt i denne studien, men det måtte ha vært interessant å kunne fulgt disse informantene over tid, for å undersøke effekten av Barnas Time.

REFERANSER

Anders, M., & McFarland, M. (2000). Treatment of depressed mothers with disruptive children: a controlled evaluation and cognitive behavioural family intervention. *Behavior therapy*, 31, 89-112.

Antonovsky, A. (2005). *Helsans mysterium*. Stockholm: Natur og kultur.

Aschehoug og Gyldendals Store norske leksikon (1983)

Ashman, S., Dawson, G., Panagiotides, H., Yamada, E. & Wilkinson, W. (2002). Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, Vol. 14, s. 333- 349.

Axelsson- Östman, M. & Johansson, K. (1995). Barn av psykisk sjuk måste få Ökad stöd. *Lækartidningen*, Vol. 92, nr. 42, s. 3877- 3878.

Barns Beste, Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, www.barnsbeste.no

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice – Hall.

Bandura, A. (1994). Self- Efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior*, Vol. 4, s. 71 – 81.

Beardslee, W., Swatling, S., Hoke, L., Rothberg, P. van de Velde, P., Focht, L. & Podorefsky, D. (1998a). From Cognitive Information to Shared Meaning: Healing Principles in Prevention intervention. *Psychiatry*, Vol. 61, s. 112 – 129.

Beardslee (1998b). Prevention and the clinical encounter. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 68, s. 521- 533.

Beardslee, W. (2002). *Out of the darkened room*. Boston: Little, Brown and Company.

Beardslee, W., Gladstone, T., Wright, E. & Cooper, A. (2003). A family – based approach to prevention of depressive symptoms in children risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, Vol. 112, No. 2, s 119 – 131.

Beardslee, W., Wright, E., Gladstone, T. & Forbes, P. (2008). Long- Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of Family Psychology*, Vol. 21, No. 4, s. 703 – 713.

Beardslee, W. (2010). Opplysninger gitt i e-meil 20. okt.

Berg-Nielsen, T. S. (2010), Barn av foreldre med Cluster B personlighetsforstyrrelser. Prisgitt det uberegnelige. I Moe, V., Slinning, K., Bergum Hansen, M (red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, kap. 18, s. 360 – 373. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Borge, A. (2005). *Resiliense. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Boyd, R., Diamond, G. & Bourjolly, J. (2006). Developing a family-based depression prevention program in urban community mental health clinics: A qualitative investigation, *Family Process*, Vol. 45, No. 2, s. 187- 203.

Bremner, D. (1999). Does Stress Damage the Brain? *Biol Psychiatry*, 45, s. 797-805.

Brodén, M. (2007). *Graviditetens muligheter En tid hvor relationer skabes og utvikles*. København: Akademisk Forlag.

Brodén, M. (2010). Forelesning: ”Behandlingsarbeid i nyfødtp perioden og det første leveår”, arrangert av Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R.BUP) øst og sør, Oslo, 22. April 2010, videooverført til psykiatrisk klinikk Namsos.

Cook, A., Blaustein, M. Spinazzola, J. & Van der Kolk, B. (2003) (red.). *Complex trauma in children and adolescents*. Los Angeles: National Center for Child Traumatic Stress Network.

D'Angelo, E., Llerena-Quinn, R., Shapiro, R., Colon, F., Rodriguez, P., Gallagher, K. & Beardslee, W. (2009). Adaption of the Preventive Intervention Program for Depression for Use with Predominantly Low-Income Latino Families. *Family process*, Vol. 48, No. 2,

da Silva, A. & Wahlberg, V. (1994). *Vetenskapsteoretisk grund for kvalitativ metod*. I Starrin, B., Svensson, P. (red) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, s. 41- 73. Lund: Studentlitteratur.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. London: SAGE Publications.

Drejhammar, I. & Bergman, K. (1999). *Barn till psykisk sjuka foreldrar*. SoS-rapport 1999:11. Stockholm: Socialstyrelsen.

Eide, G. & Rohde, R. (2009). *Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn, ungdom og familier*. Fagbokforlaget.

Eldevik, J. (2008). *Skjult sorg hos barn og unge. Hva er skjult sorg og hvilke konsekvenser kan den ha?* Masteroppgave ved pedagogisk forskningsinstitutt. Oslo: Universitetet i Oslo.

Feyerabend, P. (1977). *Ned med metodologin. Skiss till en anarkistisk kunskapsteori*. Oversatt ved Thomas Brante (Originaltittel : Against method). Stocholm: Ronzo Boktryckeri.

Fiksaunet, E. (2010). *Hvem snakker med barna? – når mor eller far har psykisk sykdom eller rusproblem*. Avsluttende hovedoppgave i psykisk helsearbeid, ved HINT avd. Namsos.

Focht-Birkerts, L. & Beardslee, W. (2000). A Child's Experience of Parental Depression: Encouraging Relational Resilience in Families with Affective illness. *Family Process*, Vol. 39, No. 4, s. 417 – 434.

Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26, s. 697–714.

Garber, J., Clarke, G., Weersing, V., Beardslee, W., Brent, D., Gladstone, T., DeBar, L., Lynch, F., D'Angelo, E., Hollon, S., Shamseddeen, W. & Lyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescent: a randomized controlled trail. *JAMA* Jun 3; 301(21):2215-24.

Gladstone, T. & Beardslee, W. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: a review. *Can J Psychiatry*, 54 (4) s. 212-21

Glistrup, K. (2006). *Hvad børn ikke ved... har de vondt af. Familiesamtaler om psykiske lidelser*. København: Hans Reitzels Forlag

Goodman, S. & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3), s. 458–490.

Gurian, A. (2003). Mother blues – child blues. How maternal depression affects children. *NYU Child Study Center Letter*, 7 (3).

Hall, A. (2004). Parental psychiatric disorder and the developing child. I M. Göpfert, J. Webster & Seeman, M. (red.), *Parental psychiatric disorder. Distressed parents and their families* (s. 22 – 49). Cambridge: University Press.

Hammen, C. (2001). Context of stress in families of children with depressed parents. I Goodman, S. & Gotlib (red). *Children of depressed parents. Mechanisms of risk and implications for treatment*, s. 175-199. Washington: American Psychological Association.

Hart, S. & Brassard, M. (1987). A major threat to childrens mental health. *American Psychologist*. Vol. 42, no. 2, s. 160-165.

Haukø, B. (2006). Barnetimen for det vanskelige. *Tidsskriftet Sykepleien* 01/06.

Haukø, B. & Stamnes J. (2009a). *Barnas Time – en temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*. Tapir Akademiske Forlag.

Haukø, B. & Stamnes, J. (2009b). *To what extent do therapists in adult psychiatry involve the children of mentally ill parents?*, Nord-Trøndelag University College, Report no 63.

Haukø, B. & Stamnes, J. (2009c). Opplevd effekt av Barnas Time – en intervjustudie blant åtte foreldre/foreldrepar der en har psykisk sykdom. *Spesialpedagogikk*, nr. 0609.

Haukø, B. & Due Brattås, M. (2009). Sluttrapport ”Implementering av Barnas Time i Psykiatrisk klinikk, Helse Nord-Trøndelag” Sykehuset Namsos, Helse Nord- Trøndelag.

Helgeland, A. (2008). *Familiesamtaler i voksenpsykiatrien*. Oslo: Masteroppgave ved Diakonhjemmets høgskole.

Hellevik, O. (1977). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*, s. 8. Oslo: Universitetsforlaget

Helse- og omsorgsdepartementet, *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) sist endret LOV-2009-12-18-137 fra 2010-01-01.

Helse- og omsorgsdepartementet, *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven) Sist endret LOV-2009-06-19-97 fra 2010-01-01.

Helsedirektoratet, *Barn som pårørende*. Rundskriv IS-5/2010.

Hiroto, D. & Seligman, M. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, No. 2, s. 311- 327.

Huizinga, G., Visser, A., van der Graaf, W., Hoekstra & Hoekstra-Weebers, J. (2005). The quality of communication between parents and adolescent children in the case of parental cancer. *Annals of Oncology* 16: 1956-1961.

Huizinga, G. (2006). *The impact of parental cancer on children*. Thesis University of Groningen.

ICD-10 (2007). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.

Killén, K. (2007). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal, and coping*. New Yourk: Springer Publishing Company.

Malt, U., F., Retterstøl, N. & Dahl, A., A. (2003). *Lærebok i psykiatri*, Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo.

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Meijde, M., Aashamar, A. & Knibe, S., (2006). Og barna har det bare bra? Skal terapeuten snakke om eller med barn som har psykisk syke foreldre? *Tidsskriftet Sykepleien*, nr. 7.

Minuchin, S. (1978) *Familier og familierapi*. København: Munksgaard.

Musick, J. Stott, F., Spencer, K. Goldman, J. & Cohler, B. (1987). Maternal factors related to vulnerability and resiliency in young children at risk. In Anthony, J., Cohler, J. (eds.) *The invulnerable children*, side 229 – 252. New York: The Guilford Press.

Næss, A (1968). *Filosofiens historie II. Fra renessanse til vår tid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordenhof, I. (2005). *Prosjekt børn med psykisk syge forældre. En direkte og konkret indsats*. Roskilde: Distrikt Midt- Roskilde Amtssygehus.

Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 18, s. 1940-44.

- Olsson, H. & Sørensen, S. (2006). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Organisasjonen Voksne for Barn (2010). www.vfb.no
- Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-Oncology* – 16: 101- 126.
- Pennebaker, J. (1990) *Opening up. The healing power of confiding in others*. New York: William Morrow and Company, INC.
- Pihkala, H. & Johansson, E. (2008). Longing and fearing for dialogue with children – Depresses parents` way into Beardslee`s preventive intervention. *Nord J Psychiatry*, Vol. 62, NO. 5, s. 399-404.
- Pitman, E. & Matthey, S. (2004). The SMILES program: A group program for children with mentally ill parents or siblings. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 74, No. 3, s. 383-388.
- Popper, K. (1981). *Fornuft og rimelighet som tenkemåte*. Oslo: Dreyers Forlag as.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo Universitetsforlaget.
- Riley, A., Valdez, C., Barrueco, S., Mills, C., Beardslee, W., Sandler, I. & Rawal, P. (2008). Development of a family – based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: Theoretical and program description. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 11, s. 12- 29.
- Rimehaug, T., Børstad, J. M., Helmersberg, I. & Wold, J. E. (2006). De ”usynlige” barna, *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 11, 126: 1493-4.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Rossow, I., Moan, I., S. & Natvig, H. (2009) *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?* Statens institutt for rusmiddelforskning. SIRUS-Rapport nr. 9/2009

Rutter, M. (1966). *Children of sick parents. An enviromental and psychiatric study*. London: Oxford University Press.

Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, Vol. 14, s. 853- 880.

Rutter, M. & Quinton, D. (1987). Parental mental illness as a risk factor for psychiatric disorders in childhood. I Magnusson, D. & Ömann, A. (eds) *An Interactional perspective*, s. 199- 219 Orlando: Academic Press INC.

Rutter, M., & Silberg, J. (2002). Gene-enviroment interplay in relation to emotional and behavioural disturbance. *Annual Review of Psychology*, 53, s. 463 – 490.

Sapolsky, R. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science*, Vol. 273, s. 749-750.

Schibbye, A. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schwarzer, R. (ed) (1992). *Self- efficacy: Thought control of action-* Washington D C: Hemisphere.

Seligman, M. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*. New York: W.H. Freeman and Company.

Skaalvik, E. & Skaalvik, S. (2005). *Skolen som læringsarena. Selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skjerfving, A. (1996). *Barn til psykisk störda föräldrar. Sårbarhet, risker og skyddande faktorer*. Stockholm: FO enheten psykiatri, Vestre Stockholms sjukvardsomrade.

- Skjerfving, A. (2005). *Att synliggjöra de osynliga barnen – om barn till psykisk sjuka föräldrar*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug
- Slinning, K. & Eberhard-Gran, M. (2010). *Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel*. I Moe, V., Slinning, K., Bergum Hansen, M (red.) Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse, kap. 16, s. 323 – 346. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solantaus-Simula, T., Punamaki, R. & Beardslee, W. (2002). Childrens responses to low parental mood. II: Associations with family perceptions of parenting styles and children distress. *J. AM. ACAD. Child Adolesc. Psychiatry*, 43:3, s. 287-294.
- Stamnes, J. & Haukø, B. (2009). Opplevd effekt av Barnas Time. En intervjustudie blant 8 foreldre/foreldrepar der en forelder har psykisk sykdom. *Spesialpedagogikk* 0609.
- Starrin, B. (1994). *Om distinktionen kvalitativ- kvantitativ i social forskning*. I Starrin, B., Svensson, P. (red) Kvalitativ metod och vetenskapsteori, s.11- 41.
- Stenbak, E., Møller, B. & Børjesson, E. (2005). *Børn og forældre i voksenpsykiatrien*. København: Socialt utviklingscenter.
- Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A. Anderson, C., Navalta, C. & Kim, D. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 27, s. 33-44.
- Therkildsen, M. E. (1998). *Vi levde i en boble... - en kvalitativ undersøgelse af voksne born med psykisk syge forældre*. Aarhus Universitetet, Psykologisk Institut.
- Tiller, P. (1991). Forskningens gjenstand som objekt. Om etikk, validitet og verdivalg. *Barn*, nr. 4, s. 7- 19.

Torsteinsson, V. (2000). Å vite eller ikke vite – eller hvordan vet vi at vi vet? I Johansen, A., Sundet, R. & Torsteinsson, V. (red.). *Samspill og selvopplevelse. Nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Forfatterne og Tano Aschehoug.

Ystgaard, M. (1993). *Sårbar ungdom og sosial støtte*. Rapport 1/93. Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse. Ullevål sykehus.

Vik, K. (2001). Psykisk sykdom hos foreldre – hva med barna? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 29, s. 3437.

Wang, A., & Goldschmidt, V. (1994). Interviews of psychiatric inpatient about their family situation and young children. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90, 459–465.

Øvreide, H. (2000). Samtaler med barn Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner. Kristiansand: Høgskoleforlaget AS.

Aadland, E. (1997). “Og eg ser på deg...”. *Vitenskapsteori og metode i helse – og sosialfag*.” Oslo: Tanem Aschehoug

Aamodt, L. G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn av psykisk syke foreldre*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.

Vedlegg 1 Godkjenning fra ledelse ved psykiatrisk klinikk



HELSE NORD-TRØNDELAG
PSYKIATRISK KLINIKK

Postboks 333
N-7601 LEVANGER
E-post: post@hnt.no
www.hnt.no

Telefon: 74 09 86 00
Telefaks: 74 09 84 89
Org.nr. 983 974 791



Namsos 04.03.2009

Britt Helen Haukø
Larsheimen 8

7800 Namsos

Vedr. søknad om å få gjennomføre kvalitative intervju som en del av din masterstudie.

Jeg vurderer det slik at all informasjon som framkommer i intervjuene med pasientene ved psykiatrisk klinikk vil bli håndtert forsvarlig og gir dermed min tillatelse til at du gjennomfører intervjuene i tråd med plan for studien.

Med hilsen

Bernt Harald Opdal
Avdelingsleder
Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Namsos og DPS Kolvereid

Besøksadresser Psykiatrisk klinikk

Sykehuset Levanger
Inngang fra Halsanvn.
7600 LEVANGER

DPS Stjørdal
Remyrveien 37
7500 STJØRDAL

Høvdinggården
Høvdingvegen 10
7725 STEINKJER

Sykehuset Namsos
Overhallsveien
7800 NAMSOS

DPS Kolvereid
Halsanvn.
7970 KOLVEREID

Vedlegg 2 Godkjennelse fra ledelse ved psykiatrisk klinikk



HELSE NORD-TRØNDELAG
PSYKIATRISK KLINIKK

Postboks 333
N-7601 LEVANGER
E-post: post@hnt.no
www.hnt.no

Telefon: 74 09 86 00
Telefaks: 74 09 84 89
Org.nr. 983 974 791



Britt Helen Hauko
Larsheimen 8

7800 Namsos

Vedr. søknad om å få gjennomføre kvalitative intervju som en del av din masterstudie.

Jeg vurderer det slik at all informasjon som framkommer i intervjuene med pasientene ved psykiatrisk klinikk vil bli håndtert forsvarlig og gir dermed min tillatelse til at du gjennomfører intervjuene i tråd med plan for studien.

Med hilsen

Navn

Tittel

Avd. leder

DPS - Stjørdal

Helse Nord-Trøndelag HF
ANN INGER LEIRTRO
Leder DPS Stjørdal Tlf. 74 09 86 00
7500 Stjørdal

Stjørdal, 4. mars 2009

Besøksadresser Psykiatrisk klinikk

Sykehuset Levanger
Inngang fra Halsanvn.
7600 LEVANGER

DPS Stjørdal
Remyrveien 37
7500 STJØRDAL

Hovdinggården
Hovdingvegen 10
7725 STEINKJER

Sykehuset Namsos
Overhallsveien
7800 NAMOS

DPS Kolvereid
Halsanvn.
7920 KOLVEREID

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
Universitet

Det medisinske fakultet
Regional komite for medisinsk og
helsefaglig forskningsetikk
Helseregion Midt-Norge



Prosjektleder: Førsteamanuensis Paul Greiff

Saksbehandler
Seniorrådgiver Arild Hals

Telefon 73 59 75 06

Epost: Arild.Hals@ntnu.no

rek-4@medisin.ntnu.no

Postadresse: Det medisinske fakultet

Medisinsk teknisk forskningscenter

7489 Trondheim

Besøksadr: Bygg for samfunnsmedisin, 5.etg.

Håkon Jarls gt. 11

Vår dato:
19.01.2009

Vår ref.:
4.2008.2962

Deres dato:

Deres ref.:

"Bekymret for barna?"

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 19. desember 2008 med følgende vilkår og vurdering:

Barnas Time er en samtale for barn og foreldre når en forelder mottar behandling for psykiske og/eller rusproblemer. Tilbudet er ment å virke forebyggende på forvirringen, usikkerheten, uvitenheten og redusere stresstilstanden mange barn opplever når foreldre lider av psykiske og/eller rusproblemer. Målet med studien er å få mer kunnskap om hva foreldre tenker omkring barnas situasjon i forbindelse med egen sykdom, innleggelse og tilbudet Barnas Time. Problemstillingen er derfor som følgende: Hva tenker den psykisk syke forelderen omkring barnas situasjon i forbindelse med egen sykdom, innleggelse og tilbudet Barnas Time? Prosjektmedarbeider vil selv (som er en av 4 mulige veiledere i Barnas Time) intervju foreldrene ca. en måned etter deltagelse, dersom pasient/forelder på det tidspunkt er utskrevet. Det vil benyttes en delvis strukturert intervjuguide. Intervjuet tas opp på tape om deltagerne godtar det. Prosjektmedarbeider vil selv utføre transkriberingen. Foreldrene vil bli spurt om å delta like før utskrivelse eller tilskrives i etterkant. Intervjuene vil foregå i informantenes hjem eller der de ønsker. Data blir aidentifisert og kodet. Kodene arkiveres og oppbevares atskilt og innelåst hvor kun prosjektmedarbeider har nøkkel. Studien er meldt til NSD.

Postadresse
Medisinsk teknisk forskningscenter
7489 Trondheim
dmf-post@medisin.ntnu.no

Besøksadresse
Medisinsk teknisk forskningscenter
Olav Kyrres gt 3
www.medisin.ntnu.no

Telefon +47 73 59 88 59
Telefaks +47 73 59 88 65
Org. nr. 974 767 880

Side 1 av 2
4.2008.2962.doc

Generell merknader til prosjektet:

Komiteen finner at dette prosjektet er en kvalitetsstudie som faller utenfor komiteens mandat.

Vedtak:

"Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge ser det fremlagte prosjekt som en kvalitetsstudie og det faller derfor utenfor komiteens mandat og blir ikke vurdert."

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av fvl. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen



Arne Sandvik
Professor
Leder i komiteen



Arild Hals
Seniorrådgiver

Vedlegg 4 Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Paul Greiff
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag
Serviceboks 2501
7729 STEINKJER

Vår dato: 02.03.2009

Vår ref: 19526 / 2 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.06.08. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 27.02.09. Meldingen gjelder prosjektet:

19526

Bevymret for barna? Hva tenker den psykiske syke forelder om barnets situasjon i forbindelse med egen sykdom, innleggelse og tilbudet Barnas Time?

Behandlingsansvarlig

Høgskolen i Nord-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Paul Greiff

Student

Britt Helen Hauko

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.10, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen
Bjørn Henrichsen

for Janne S. Færevik
for Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Britt Helen Hauko, Larsheimen 8, 7800 NAMSOS

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no





Utvalget består av psykisk syke foreldre til barn under 18 år som har deltatt i barnas time. Personvernombudet forutsetter at prosjektet er klarert med avdelingsledelsen ved sykehuset, og legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekruttering og førstegangskontakt med utvalget.

Det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet. Informasjonsskrivet som forelå 27.02.2009 finnes tilfredsstillende. Personvernombudet finner dermed at behandlingen av personopplysninger kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 første alternativ og 9 a) (samtykke).

Prosjektslutt er 31.12.2010. Lyddopptakene vil da slettes. Etter prosjektslutt vil resten av datamaterialet bli lagret i inntil 10 år for en eventuell oppfølgingsstudie. Senest innen 31.12.2020 vil navnelisten bli slettet og datamaterialet anonymisert. Et anonymt datamateriale består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel.

Ombudet forutsetter at enhver ny bruk av data meldes ombudet i god tid.

Prosjektet er meldt til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). I brev 19.01.2009 gav REK tilbakemelding til prosjektleder om at prosjektet faller utenfor komiteens mandat, og at komiteen derfor ikke har vurdert prosjektet.

Vedlegg 5 Intervjuguide

Intervjuguide i masterstudien ”Bekymret for barna?”

- En studie om foreldrenes opplevelse av barnas situasjon i forbindelse med egen sykdom, innleggelse i voksenpsykiatrisk post og tilbudet Barnas Time

Innledning: Kan du fortelle litt om deg selv? (barndom og i dag)

- Kan du fortelle om en vanlig dag for deg i dag?

- (hva opplever du – hva gjør du - kan du beskrive en god – dårlig dag - hva har du ansvar for?)

Tema 1. foreldrenes opplevelse av hjemmesituasjon – spesielt barnas situasjon.

Kan du fortelle litt om familien din?

(hvem er de – alder – hva liker de å gjøre – sammen med hvem – hva krever de av deg – hvordan opplever du det – hva tenker du om dem – i hvor stor grad engasjerer du deg i dem?)

Kan du fortelle om hva opplever generelt omkring barnets/barnas situasjon?

Kan du fortelle om barnets/barnas situasjon og mulig opplevelser i forbindelse med din innleggelse?

(hva tror du barnet opplevde i forbindelse med din innleggelse? Hvorfor?)

– hva tenkte du på den dagen – hva var bra eller vanskelig – hvordan opplevde du det – hvorfor?)

Fortell om hvordan/eller om dere i familien kommuniserer omkring dine problemer og barnas situasjon

Opplever du at barnet/barna snakker åpent med deg om det de tenker på?

(hvordan opplever du at det er? – hvorfor)

Tema 2. Opplevelser knyttet til tilbudet barnas Time

Hva husker du best?

(hvorfor? – hadde noen betydning for deg?)

Fortell om hvordan du fikk informasjon og hvordan du opplevde det.

(fortell om hva du opplevde som positivt eller negativt ved måten du fikk informasjon på?)

Fortell om hva tror du barnet/barna opplevde ved tilbudet?

(informasjon – under deltagelsen – i etterkant - hvorfor? – noe som overrasket? – deltok de?
- var barnet alene med veilederne – hva opplever du i den forbindelse?)

Fortell om dine opplevelser i forbindelse med deltagelsen i Barnas Time

(hva opplevde du – observerte du?)

Fortelle om eventuell nytte eller ikke av deltagelsen?

(for deg selv - barnet – andre – hvordan kommuniserer dere i dag – hva tenker du om det?)

Har du noen tanker om/gode råd for endringer/forbedringer i tilbudet?

Vedlegg 6 Informasjonsskriv til informantene

Forespørsel om å delta i en vitenskapelig studie/prosjekt:

”Foreldres opplevelse av barnas situasjon i forbindelse med egen sykdom og innleggelse og deltagelse i Barnas Time”

1. Bakgrunnen

Forskning og erfaringer er tydelig på at barn kan oppleve belastninger, og ha behov for informasjon når deres foreldre sliter med psykiske og/eller rusproblemer. Ved psyk. post I har man derfor tilbudt Barnas Time, som er en informasjons og samtale time for barna og deres foreldre/nærpersoner. Du er en av mange som har deltatt i Barnas Time i det aktuelle tidsrom for denne studien, og blir derfor spurt om å delta.

2. Målet

1. Denne undersøkelsen settes i gang for å få mer kunnskap om foreldres opplevelser av barnas situasjon i forbindelse med egen sykdom, innleggelse og deltagelse i Barnas Time.
2. Det vi ønsker er å vite mer om hvordan det opplevdes å bli presentert tilbudet Barnas Time og om din opplevelse ved å delta.
3. Det er også ønskelig i denne sammenhengen å kartlegge om deltagelsen i Barnas Time har påvirket samtalene mellom deg/forelder og barnet/a.

Hovedmålet med å få svar på disse områdene er å få ny kunnskap som kan bidra til å forbedre tilbudet Barnas Time.

3. Metode

Fremgangsmåten i denne undersøkelsen vil være intervju med deg_som foreldre. Intervjuet vil bli tatt opp på tape utskrevet av intervjuer etterpå.

4.

Du blir forespurt fordi du har deltatt i Barnas Time akkurat i den perioden studien foregår, da 8 eller 10 deltager/foreldre blir forespurt i fortløpende rekkefølge etter som de har deltatt.

5. Risiko og/eller ubehag

Ulempen kan være at det å bli intervjuet kan virke fremmed og skremmende.

Det er et ønske å skape en god samtale der du får anledning til å fortelle dine opplevelser og meninger og intervjuer får anledning til å lytte og lære.

6. Fordelen

Fordelen med deltagelse er at du med din erfaring kan bidra til å gjøre tilbudet Barnas Time bedre.

7. Frivillighet

Det er helt frivillig å delta i studien. Du kan senere når som helst før resultatene av studien er ferdigskrevet trekke tilbake ditt samtykke. Dette vil ikke ha noen følger for videre oppfølging eller behandling ved psykiatrisk klinikk. Studien starter våren 2009 og avsluttes innen 2010.

8. Samtykke

Dersom du ønsker å delta, må du skrive under på en samtykkeerklæring.

9. Databehandling/taushetsplikt

Den som utfører studien har taushetsplikt i henhold til forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. alle persondata behandles konfidensielt og lagres i en database slik at du kun er registrert med et løpenummer. Aidentifiserte resultater (intervjuene) fra undersøkelsen og navneliste oppbevares hver for seg innelåst hvor kun den som utfører studien har tilgang, i minimum 5 år av kontrollhensyn.

10 Forsikring

Som pasient og deltager i studien omfattes du av pasientskadeerstatningsordningen.

12. Økonomi

Studien finansieres av den som utfører den, og Høgskolen i Nord Trøndelag

13 Etisk og faglig vurdering

Studien er tilsendt Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Midt- Norge. Komiteen kom fram til følgende konklusjon: ”Regional komité for medisinsk helsefaglig forskningsetikk, Midt- Norge ser det framlagte prosjekt som en evalueringsstudie og det faller derfor utenfor komiteens mandat og blir ikke vurdert.”

14. Prosjektansvarlig

Prosjektansvarlig for dette prosjektet er førsteamanuensis Paul Greiff ved Høgskolen i Nord-Trøndelag avdeling Namsos.

Har spørsmål, kan du kontakte:

Britt Haukø, som skal gjennomføre studien/prosjektet på tlf.74 21 53 53 eller 908 49932.

Paul Greiff, kan kontaktes på telefon 74 21 23 23.

Samtykke til deltakelse i prosjektet:

”Foreldres opplevelse av barnas situasjon i forbindelse med egen sykdom og innleggelse og deltagelse i Barnas Time”

Jeg har lest informasjonsskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker i å delta i prosjektet

(Signert av prosjektdeltaker, sted og dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

(Signert, rolle i studien, sted og dato)