

Mastergradsoppgave

”Og så kom det noen og spurte: Har mamma’n din blitt gal?...”

Å være barn som pårørende i voksenpsykiatrien

- sett med barn og unges øyne

”And then someone asked: Has your mom gone crazy?...”

Being the child of a parent undergoing psychiatric treatment

- seen from children’s point of view

Nina Osen

MTH44, Masteroppgave i
tverrfaglig helse og sosialarbeid med fordypning i psykisk
helsearbeid

Høgskolen i Nord-Trøndelag

Avdeling for helsefag

2012

1



I FORTIELSERNES VIRKELIGHED
FORSØKER BØRN AT SAMLE BRUDSTYKKER OP
OG UTFYLDE HULLERNE
TIL ET BILLEDE AV VERDEN

Karen Glistrup

Sammendrag:

Denne oppgaven tar for seg temaet barn som pårørende i voksenpsykiatrien. Den bygger på en undersøkelse av 12 barn og unge i alderen 12-19 år som har hatt en av sine foreldre innlagt i en psykiatrisk døgnavdeling ved et DPS i Trondheim.

Målet med undersøkelsen har vært å få mer kunnskap om barnas egen opplevelse av sin situasjon og om hvordan barna selv mener voksenpsykiatrien kan bidra for at barna på best mulig måte skal kunne mestre sin hverdag med en psykisk syk forelder, og derigjennom forhåpentlig også bidra til å forebygge at barna selv utvikler egne psykiske problemer. Mer kunnskap om dette kan hjelpe oss til å forbedre vår praksis i forhold til ivaretagelse av barn som pårørende i voksenpsykiatrien.

Forskningsspørsmålene var:

- Hvordan opplever barna foreldres psykiske lidelse?
- Hvordan responderer barna på foreldrenes psykiske lidelse?
- Hvordan opplever barna foreldrenes innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling?
- Hvordan opplever barna barnesamtalene i forbindelse med foreldrenes innleggelse?

Da undersøkelsens mål var å få kunnskap om barnas egne opplevelser av sin situasjon, ble kvalitativ metode med individuelle semi-strukturerte intervjuer valgt. En innholdsanalyse med kategorisering av funn ble gjennomført, og disse diskuteres i oppgaven i forhold tidligere forskning om barn av psykisk syke foreldre, resiliens teori og samtalemetoder overfor barn i vanskelige livssituasjoner.

Undersøkelsens funn viser at barna i stor grad er oppmerksomme på foreldrenes psykiske lidelse og påvirkes av den i sin hverdag. Funnene samsvarer med flere andre liknende studier: når barna holdes utenfor og ikke får tilstrekkelig informasjon eller forklaring på foreldres lidelse og på hva som skjer under foreldres innleggelse, øker den følelsesmessige belastningen i form av bekymring, uro og skyldfølelse hos barna betraktelig sammenliknet med opplevelsen hos barn som inkluderes og får tydelige forklaringer.

Det flertallet av barna trekker fram som særlig positivt eller viktig vedrørende deltagelse i barne- og familiesamtaler ved foreldres innleggelse og behandling for psykisk lidelse er:

- Å få en forklaring på forelderens psykiske lidelse
- Å få komme på besøk og se hvor forelder er
- Å få mulighet til å snakke med personalet alene uten foreldrene tilstede
- At det blir brukt et konkret, direkte, alderstilpasset og udramatisk språk.

At eldre barn etterspør flere samtaler når foreldre er syke over lang tid, og at yngre barn til dels har glemt innholdet i samtaler etter en tid, tyder på at barna har behov for gjentatte barnesamtaler.

Funnene viser for øvrig, og i samsvar med resiliensforskningen, at barna reagerer individuelt på foreldres psykiske lidelse og konsekvensene av den: noen framstår mer sårbare og i behov av mer støtte og oppfølging, mens andre er mer rasjonelle og løsningsorienterte. Dette gjelder også søsken som kan oppleve situasjonen ulikt.

I hvilken grad barna opplever forelderens lidelse adskilt fra og uavhengig av seg selv, synes å ha betydning for opplevelsen av skyldfølelse og følelsesmessig belastning hos barna. Dette samsvarer med tidligere forskning.

Flertallet oppgir støtte fra andre som viktig i sin livssituasjon med en syk forelder: øvrige familie, venner, lærere eller andre voksne, samt aktiviteter i form av idrett eller hobbyer.

Det at de *ikke spør*, går igjen hos mange av barna. Flere gir klart uttrykk for at de kvier seg for å stille nærgående og personlige spørsmål til foreldrene og vil gjerne at personalet spør foreldrene *for* dem om det er noe de lurer på.

Barnas utsagn tyder på at det i stor grad er de voksnes holdninger, adferd og bruk eller ikke-bruk av språklige begreper som påvirker og avgjør om noe også skal bli tabuisert eller vanskelig for barnet, eller ikke.

Videre forskning og evaluering av tiltak i forhold barn som pårørende i voksenpsykiatrien er nødvendig for å bekrefte, avkrefte eller nyansere denne undersøkelsens funn. Foreløpige anbefalinger på bakgrunn av funn og samsvar med tidligere liknende forskning er følgende:

- Gjenta informasjon og tilby flere samtaler, især når foreldrene er syke over lang tid eller sykdomsforløpet er akutt og dramatisk.
- Gi de større barna mulighet til å snakke med personalet alene.
- Hjelp barna til å forstå at foreldrenes psykiske lidelse og adferd er noe som er uavhengig av og adskilt fra barna.
- Gi saklig, konkret, generalisert og udramatisk informasjon – dette bidrar til å redusere opplevelsen av skam og stigma.
- Kartlegg og identifiser støttepersoner i barnets nærmiljø. Gi sentral informasjon om barnets og familiens situasjon videre til disse, i samarbeid med foreldrene.
- Vurder hvert barns behov for hjelp og støtte individuelt

Summary

The research project presented in this Master's degree in mental health work examines the subject of children of mentally ill parents undergoing psychiatric treatment. It's based on a survey of children and adolescents aged 12-19 years who have had a parent admitted to an inpatient unit at a psychiatric centre in Trondheim, Norway. The aim of this study was to gain more knowledge about children's own perception of their situation, and about how children themselves think adult mental health services can help them master their everyday life with a mentally ill parent, and thus hopefully help to prevent children from developing own problems. More knowledge about this can help us improve our practices to children of mentally ill parents in adult psychiatric services.

The research questions were:

- How do the children experience their parents' mental illness?
- How do the children respond to their parents' mental illness?
- How do the children experience their parents' hospitalization in a psychiatric unit?
- How do the children experience the child- and family meetings in the psychiatric unit?

Since the survey's aim was to gain knowledge about children's own perception of their situation, a qualitative analysis of semi-structured interviews was chosen. A content analysis categorizing findings was conducted. These findings are discussed in relation to previous research, resilience theory and methods of dialogue in relation to children in difficult life situations.

The findings show that the children are very aware of their parent's mental illness and that they are affected by it. The findings correspond with similar studies: when the children are excluded and not sufficiently informed about their parent's mental illness and their hospitalization, the emotional burden of concern, fear and guilt increases significantly compared to the experiences of the children who are included and clearly informed.

The majority of the children describes the following issues as particularly positive or important:

- To get an explanation of the parental mental illness
- To have the possibility to visit the psychiatric inpatient unit and see where the parents are when they are hospitalized
- To have the opportunity to speak to the staff alone, without the parents present
- To be spoken to in a concrete, direct, age-appropriate and undramatic language

The fact that the older children want more child- and family meetings, and that younger children tend to have forgotten the contents of the meeting, suggests that the children need repeated family meetings.

The findings also show, like resilience research, that the children react and respond individually to the parental mental illness and its consequences: some appear vulnerable and in need of more support and follow-up, while others appear more rational and solution focused. This also applies siblings who may react differently to the same circumstances.

To what extent the children experience the parental mental illness as separate from and independent of themselves, seems to have an impact on the experience of guilt and emotional stress in children. These findings are consistent with other research findings.

The majority states support from other persons as important when a parent is mentally ill: other family members, friends, teachers or other grown-ups, and also leisure activities as sports and hobbies.

The fact that the children *don't ask*, seems to be a common thread among many of the children. Several children state clearly that they reluct asking personal and intrusive questions to the parents, - and want the staff to ask questions for them.

The childrens' statements suggest that it is mainly the attitude and behavior of the grown-ups and their use of (or non-use of) linguistic terms that determines whether something is going to be tabooed or difficult to speak about for the child, or not.

Further research and evaluation of interventions for children of mentally ill parents undergoing psychiatric treatment is necessary to confirm, deny or distinguish the findings of this study. Preliminary recommendations based on the findings of this study and previous similar studies are:

- Repeat information and recommend repeated family-meetings, particulary when the parents are mentally ill for a long period, or when the illness is acute and dramatic.
- Give the older children opportunity to talk to the staff alone.
- Help the children to understand that the mental illness is something independent of and separated from the child.
- Give concrete, direct, generalized and undramatic information – this helps to reduce the experience of shame and stigma.
- Search and identify supporting persons in the child's environment. Give important information about the situation of the child and the family to these persons, in collaboration with the parents.
- Consider each child's need for help and support individually.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Sammendrag:	4
Summary	6
1. Innledning.....	13
1.1. Tema for oppgaven	13
1.2. Forskning om barn av psykisk syke foreldre.....	14
1.3. Lovbestemmelser om barn som pårørende:.....	14
1.4. Voksenpsykiatriens rolle i ft barn som pårørende	15
1.5. Avgrensning av oppgaven	17
1.6. Problemstilling og forskningsspørsmål.....	18
1.7. Oppbygging av oppgaven	19
2. Teori og tidligere forskning	21
2.1. Tidligere forskning på barn av foreldre med psykiske lidelser	21
2.1.1. Barn av foreldre med psykiske lidelser i Norge - omfang og konsekvenser.....	22
2.1.2. Ulike typer forskning i forhold til barn av psykisk syke foreldre	23
2.1.3. Kvantitative avviksstudier	24
2.1.4. Oversiktsstudier.....	24
2.1.5. Kartlegging av hjelpetilbud.....	25
2.1.6. Opplevelsesstudier fra voksnes perspektiv	26
2.1.7. Retrospektive kvalitative studier	27
2.1.8. Opplevelsesstudier fra barns perspektiv	28
2.2. Resiliensforskning.....	35
2.2.1. Beskyttende og belastende faktorer	35
2.2.2. Barns respons på redusert foreldrefungering	37
2.3. Teori om samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner	39
2.3.1. Barns tilgang på språklig kode for sine erfaringer	39
2.3.2. Samtalens hensikt.....	40
2.3.3. Inntonning	41
2.3.4. Deling av informasjon med barnets "viktige andre"	41
2.3.5. Erkjennelse av risikosituasjoner og personalets "overlevelsestrategier"	42
2.3.6. Terapeutisk kommunikasjon med barn i vanskelige livssituasjoner	43
2.4. Beskrivelse av tiltak i forhold til barn som pårørende i døgnavdelingen	44

3.	Metode	46
3.1.	Vitenskapsteoretisk grunnlag	46
3.2.	Valg av forskningsmetode	47
3.3.	Forskers faglige ståsted	49
3.4.	Bruk av semi-strukturert intervju til datainnsamling	50
3.5.	Særskilte hensyn ved bruk av barn som informanter	50
3.5.1.	Samtalens / intervjuets formål	51
3.5.2.	Barns kognitive og språklige forutsetninger i intervjusituasjonen	51
3.5.3.	Mulige konsekvenser for barnet	52
3.5.4.	Forhold ved intervjuer som kan påvirke samtalen med barnet	54
3.6.	Utvalg	54
3.6.1.	Tilgjengelighetsutvalg	55
3.6.2.	Avgrensninger av utvalget	55
3.6.3.	Rekruttering av barn til deltagelse i undersøkelsen	57
3.6.4.	Variabler ved utvalget	58
3.7.	Datainnsamling	59
3.7.1.	Rammer rundt intervjusituasjonen	59
3.7.2.	Intervjuguide	59
3.7.3.	Forløp av intervjuene	60
3.7.4.	Transkribering av lydopptak	60
3.8.	Analyse av data	60
3.9.	Validitet og reliabilitet	63
3.10.	Etiske aspekter	64
3.11.	Tidsplan og gjennomføring	65
4.	Forskningsspørsmål 1: Hvordan opplever barna foreldrenes psykiske lidelse? Resultat og diskusjon	66
4.1.	Resultat fra forskningsspørsmål 1	66
4.1.1.	Opplevelse av avvikende og uforutsigbar adferd hos foreldrene	66
4.1.1.1.	Avvikende eller skremmende adferd	66
4.1.1.2.	Ustabil eller uforutsigbar adferd	67
4.1.1.3.	Utilgjengelighet	67
4.1.1.4.	Konflikter mellom foreldrene	68
4.1.2.	Opplevelse av følelsesmessig belastning som følge av foreldres psykiske lidelse	69
4.1.2.1.	Opplevelse av tristhet og savn	69

4.1.2.2.	Opplevelse av bekymring og redsel.....	70
4.1.2.3.	Opplevelse av skyldfølelse.....	71
4.1.2.4.	Opplevelse av skam	71
4.1.2.5.	Opplevelse av konsentrasjonsvansker og redusert hukommelse	72
4.1.3.	Sammenfatning av resultater fra forskningsspørsmål 1:	73
4.2.	Diskusjon av forskningsspørsmål 1: Barna som med-lidende – barnas opplevelse av foreldrenes psykiske lidelse.	73
4.2.1.	Barna ser foreldrenes lidelse.....	73
4.2.2.	Barna lider med sine syke foreldre.....	75
4.2.2.1.	Opplevelse av tristhet.....	75
4.2.2.2.	Opplevelse av bekymring	75
4.2.2.3.	Opplevelse av skyld	77
4.2.2.4.	Opplevelse av skam	78
4.2.2.5.	Opplevelse av konsentrasjonsproblemer og redusert hukommelse	78
5.	Forskningsspørsmål 2: Hvordan responderer barna på foreldrenes psykiske lidelse? Resultat og diskusjon.....	81
5.1.	Resultat av forskningsspørsmål 2.....	81
5.1.1.	Opplevelse av å hjelpe og beskytte foreldrene	81
5.1.1.1.	Forsøk på å hjelpe og beskytte den syke forelderens.....	81
5.1.1.2.	Prioritering av den syke forelderens behov framfor egne	82
5.1.2.	Opplevelse av avmakt.....	83
5.1.2.1.	Resignasjon og avmakt	83
5.1.2.2.	Unngåelse	83
5.1.3.	Opplevelse av å tilpasse seg situasjonen.....	84
5.1.4.	Opplevelse av støtte.....	85
5.1.4.1.	Familie	85
5.1.4.2.	Venner	85
5.1.4.3.	Lærere og andre viktige voksne	85
5.1.4.4.	Aktiviteter	85
5.1.4.5.	Å bli behandlet som alle andre.....	86
5.1.5.	Sammenfatning av funn i ft forskningsspørsmål 2: Hvordan responderer barna på foreldrenes psykiske lidelse?.....	86
5.2.	Diskusjon av forskningsspørsmål 2: Ansvar og avmakt – barnas respons på foreldrenes psykiske lidelse	87
5.2.1.	Barna forsøker å ivareta sine syke foreldre.....	87

5.2.2.	Barna kommer til kort	89
5.2.3.	Barna tilpasser seg.....	89
5.2.4.	Barna søker støtte	91
6.	Forskningsspørsmål 3: Hvordan opplever barna foreldres innleggelse i psykiatrisk avdeling? Resultat og diskusjon.....	93
6.1.	Resultat fra forskningsspørsmål 3	93
6.1.1.	Barnas opplevelse av foreldres innleggelse i tidlig barndom	93
6.1.1.1.	Fravær av forklaring og informasjon	93
6.1.1.2.	Følelsesmessig belastning som følge av foreldres innleggelse i tidlig barndom ...	94
6.1.2.	Tillit til innleggelse og behandling	95
6.1.2.1.	Tro på at innleggelse hjelper	95
6.1.2.2.	Opplevelse av at forelderens blir bedre.....	96
6.1.3.	Følelsesmessig belastning ved foreldres innleggelse	96
6.1.3.1.	Bekymring og redsel	96
6.1.3.2.	Tristhet og savn	97
6.1.3.3.	Skam	97
6.1.4.	Kritikk til behandlingen.....	98
6.1.4.1.	Kritikk og mistillit til behandlingen	98
6.1.4.2.	Opplevelse av å ikke bli hørt.....	99
6.1.5.	Sammenfatning av funn i forskningsspørsmål 3: Hvordan opplevde barna foreldres innleggelse(r) i psykiatrisk døgnavdeling?.....	99
6.2.	Diskusjon av forskningsspørsmål 3: I spenningsfeltet mellom bekymring og håp - barnas opplevelse av foreldres innleggelse i psykiatrisk avdeling	100
6.2.1.	Barna holdes utenfor	100
6.2.2.	Barna håper og tror	102
6.2.3.	Barna bekymrer seg under foreldrenes innleggelse	103
6.2.4.	Barna blir ikke hørt	105
7.	Forskningsspørsmål 4: Hvordan opplever barna barnesamtalen? Resultat og diskusjon.	108
7.1.	Resultat fra forskningsspørsmål 4	108
7.1.1.	Positive opplevelser av barnesamtalen.....	108
7.1.1.1.	Å få en forklaring	109
7.1.1.2.	Å få komme og se	110
7.1.1.3.	Å få snakke med personalet alene uten foreldrene tilstede	110
7.1.1.4.	Konkret, direkte, alderstilpasset, udramatisk språk.....	111
7.1.1.5.	Å slippe og spørre	112

7.1.2.	Mangelfulle eller negative opplevelser av barnesamtalen	113
7.1.2.1.	Barnslig språk og ikke gjenkjenner forklaring.....	113
7.1.2.2.	Fikk ikke vite årsaken til mors sykdom	114
7.1.2.3.	For lite med én samtale i løpet av mange år	114
7.1.2.4.	For vanskelig å ta kontakt selv.....	115
7.1.3.	Sammenfatning av funn fra forskningsspørsmål 4: Hvordan opplevde barna barnesamtalene de deltok i ved avdelingen?	116
7.2.	Diskusjon av forskningsspørsmål 4: Barna vil inkluderes - barnas positive opplevelser av barnesamtalen.....	117
7.2.1.	Å få en forklaring: barna søker sammenheng	117
7.2.2.	Slippe å spørre : den voksne som "tankeleser"	119
7.2.3.	Å få komme og se: virkeligheten som mindre skremmende enn fantasien.....	122
7.2.4.	Å få snakke med personalet alene	123
7.2.5.	Klar tale: språket som mulighet og begrensning	124
7.3.	Diskusjon av forskningsspørsmål 4: Barna klager ikke og ber ikke - barnas negative eller mangelfulle opplevelser av barnesamtalen	126
7.3.1.	Å møte barnet som individ: inntoningens betydning.....	127
7.3.2.	Barna tåler sannheten – hvis de voksne gjør det	128
7.3.3.	Barna melder ikke sine behov: den voksnes ansvar å invitere.....	129
8.	Konklusjon og anbefalinger	131
8.1.	Konklusjon	131
8.2.	Anbefalinger	134

Litteraturliste

Vedlegg

1. Innledning

1.1. Tema for oppgaven

Denne oppgaven tar for seg temaet barn som pårørende i voksenpsykiatrien. Oppgaven bygger på en undersøkelse av hvordan 12 barn i alderen 12-19 år som har hatt sin mor eller far innlagt i en psykiatrisk døgnavdeling ved et DPS i Trondheim opplever foreldrenes psykiske lidelse og deres innleggelse(r). Videre hvordan de selv opplevde å bli møtt som pårørende i barne- og familiesamtaler under foreldres innleggelse.

Avdelingen foreldrene til barna var innlagt ved har de siste fire år hatt en systematisk tilrettelagt praksis for ivaretagelse av pasienters barn i henhold til de nye lovbestemmelsene om barn som pårørende (Helsepersonelloven §10a; Specialisthelsetjenesteloven §3-7a). Dette inkluderer tilbud om barne- og familiesamtaler med fokus på å informere barna om psykisk lidelse generelt og forelderens psykiske lidelse og behandling spesielt, med mulighet for barna til å stille spørsmål og samtale om det som opptar dem. Barna ble i undersøkelsen spurt om hvordan de hadde opplevd samtale og om de hadde noen tanker om hva som kunne vært gjort bedre eller annerledes i forhold til barn i deres situasjon.

Bakgrunn for valg av tema er at jeg jobber som psykiatrisk sykepleier og som en av fem barneansvarlige ved døgnavdelingen ved dette DPS'et med ansvar for å legge til rette for ivaretagelse av barn som pårørende. Inspirert av de barna som har hatt sine foreldre som pasienter ved avdelingen har jeg et ønske om å undersøke deres opplevelser i forbindelse med dette nærmere. Det oppfordres for øvrig fra myndighetene (det tidligere Barne- og familiedepartementet, nå Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, samt Forskningsrådet) til forskning på barns opplevelser av å leve i en familie med psykisk syke foreldre.

Målet med denne undersøkelsen er å få mer kunnskap om barnas egen opplevelse av sin situasjon og om hvordan barna selv mener voksenpsykiatrien kan bidra for at de på best mulig måte skal kunne mestre sin hverdag med en psykisk syk forelder, og derigjennom forhåpentlig også bidra til å forebygge at barna selv utvikler egne psykiske problemer. Mer kunnskap om dette kan hjelpe oss til å forbedre vår praksis i forhold til ivaretagelse av barn som pårørende i voksenpsykiatrien.

1.2.Forskning om barn av psykisk syke foreldre

Forskning har allerede for mange år siden vist at barn av psykisk syke foreldre er mer utsatte og sårbare og har en forhøyet risiko for selv å utvikle problemer og sykdom. (bl.a. Anthony, 1969 ; Rutter og Quinton, 1984; Beardslee og Podorefsky, 1988; Maybery, D., A. Reupert, M. Goodyear, R. Ritchie og P. Brann, 2009).

Resiliensforskning (forskning på barns motstandsdyktighet i vanskelige livssituasjoner) ved bl.a. Werner og Smith, 1982; Anthony og Cohler, 1987; Rutter, 2000; Masten, 2001; Waaktaar, 2011) har gitt kunnskap om faktorer som kan bidra til å beskytte risikoutsatte barn. Til sammen har dette gitt ny og verdifull innsikt i viktigheten av – og muligheter til - forebygging av problemer og økt mestring av vanskelige livssituasjoner hos utsatte barn og foreldre.

Mordoch og Hall gjennomførte i 2004 en oversiktsstudie om forskning som er gjort i forhold til barn av psykisk syke foreldre. De fant at lite kvalitativ forskning i forhold til barns egne opplevelser var gjort. Noen unntak finnes en del år tilbake i tid, bl.a. Anthony (1976) og Lier (2001). Det meste av forskning i forhold til barn av psykisk syke har imidlertid vært kvantitative avviksstudier basert på voksnes vurderinger og målinger av symptomer og adferd hos barn med tanke på eventuell skjevutvikling, ved hjelp av ulike diagnostiske skjema og standardiserte intervjuer. (Rutter og Quinton 1984; Beardslee m.fl., 1997; Maybery mfl, 2009). Mordoch og Hall (2004) etterlyser på bakgrunn av dette mer forskning som går direkte til barna selv og etterspør deres opplevelser og perspektiv på foreldrenes psykiske lidelse. De går så langt som å hevde at forskningen har ”ignorert barnets perspektiv” i denne sammenheng. Dette er i 2012 fortsatt et område hvor lite forskning er gjennomført, også i Norge. Forskningsrådets programplan for psykisk helse 2011-2015 (www.forskningsradet.no) har imidlertid forskning om barn og unges psykiske helse som et prioritert område. Herunder framheves forskning om barn som pårørende som et felt med lite foreliggende kunnskap. Brukerperspektivet ønskes vektlagt i framtidig forskning og likeså effekten av ulike tiltak.

1.3.Lovbestemmelser om barn som pårørende:

Den 01.01.2010 fikk Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven bestemmelser i ft ivaretagelse av barn som pårørende (Helsepersonelloven §10 a; Spesialisthelsetjenesteloven §3-7 a). Med barn som pårørende menes her barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Lovbestemmelsene gjelder for mindreårige barn under 18 år og da både biologiske barn, stebarn, fosterbarn, adoptivbarn

og andre. Endringene pålegger helsepersonell å ivareta barn som pårørende og deres behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Spesialisthelsetjenesten pålegges i tillegg å utnevne barneansvarlig personell som har som en særskilt oppgave å legge til rette for at barn som pårørende ivaretas gjennom tjenestene. Bakgrunnen for lovendringen er de belastningene barn kan utsettes for i forbindelse med foreldres sykdom, skade eller avhengighet. I Helsedirektoratets Rundskriv til de nye lovbestemmelsene om barn som pårørende (15/5/2010) heter det at:

Formålet er å sikre at risikoutsatte barn og unge blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og unge.

1.4. Voksenpsykiatriens rolle i ft barn som pårørende

Hvis man ser tilbake i tid, har voksenpsykiatrien i Norge tradisjonelt sett hatt lite fokus på barn som pårørende og på eventuelle konsekvenser av foreldres lidelser for barna. Det har vært en rådende holdning om at pasientens barn ikke er voksenpsykiatriens anliggende, at ansvaret for barns helse og oppvekstvilkår hviler på andre instanser som eksempelvis helsestasjon og barnevern, m.a.o. tjenester som primært er rettet mot barn.

Psykiatribehandling er inndelt i adskilte tjenester for voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, begrunnet i behovet for spesialisering og spisskompetanse. I tillegg til barnevernet har helsestasjonsvirksomheten vært unntaket, hvor både foreldres og barns helse og samspill er fokus for tjenesten. En økt bevissthet på nødvendigheten av en mer helhetlig tankegang i ft tjenester til voksne og barn / familier er i ferd med å vokse fram. Det oppfordres i Helsedirektoratets Rundskriv (2010) til økt samarbeid mellom tjenestenivåene og mellom de psykiske helsetjenestene for barn og voksne.

At psykiske lidelser har vært et mer eller mindre tabubelagt tema i vår kultur, kan ha bidratt til at voksne, både helsepersonell og foreldre selv, har opplevd det vanskelig å involvere og informere barna. Man har til dels også hatt en oppfatning av at barn burde ”skånes” for vanskelige tema (Raundalen og Schultz, 2006). Imidlertid lar det seg vanskelig gjøre å skjule for barn når en forelder er psykisk syk, i sær hvis forelderen lever sammen med barnet (ibid). Ny og lettere tilgjengelig kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser har de siste årene bidratt til en økende åpenhet om temaet. I tillegg har flere kjente personer fra ulike offentlige arenaer som idrett, kulturliv og politikk stått fram og delt sine egne erfaringer med psykiske

lidelser i det offentlige rom. På denne måten har psykiske lidelser gradvis blitt mer alminneliggjort og mindre tabubelagt.

Tidligere barn av psykisk syke foreldre har de senere årene i økende grad stått fram i voksen alder og fortalt om sine opplevelser fra en barndom med psykisk syke (og / eller rusmisbrukende) foreldre og om de belastningene dette kan ha medført for dem. Mange av dem forteller at de ikke opplevde å få noen informasjon om forelderens sykdom og / eller innleggelse i psykiatrien, og at uvissheten og mangelen på ivaretagelse i fb med dette kunne være vanskelig å leve med (bl.a. Granath, 1997; Skerfving, 1996; Perlt, Holm og Møller, 1998). Som Lisbeth Zornig Andersen, formann for det danske Børnerådet og selv voksent barn av en psykisk syk forelder, sier: ”Hele min barndom har jeg levet i fortielsernes virkelighet. Først da en voksen hjalp meg med hullerne, blev mit verdensbillede helt. Det kræver voksne at tale med, hvis man skal forstå livet og så uhåndgripelige, tabuiserende emner som psykisk sygdom.” (I: Glistrup, 2011, omslagsside).

Kari Killén har skrevet om det hun kaller for ”behandlers overlevelsesstrategier” i sin bok ”Sveket 1” (Killén 2009, s.69), og viser her til egen og andres forskning i forhold til hvor vanskelig det er for oss voksne å erkjenne omsorgssvikt og barns lidelse. Selv om vi i en større samfunnsmessig sammenheng kan se en endring i retning av større åpenhet rundt psykiske lidelser og en økt debatt og erkjennelse av at barn i risikosituasjoner har blitt glemt og oversett, med påfølgende lovendring, så er det en lengre vei å gå i forhold til holdnings- og ikke minst *handlings*endring hos oss som jobber i direkte kontakt med psykisk syke foreldre. Voksenpsykiatriens fokus har vært rettet mot den enkelte voksnes lidelse og behandling, i arbeid som i utdanning. Som psykiatrisk personale møter - og *ser* – vi i utgangspunktet kun den enkelte voksne i behandlingssituasjonen. Barna er ikke der. De må i så fall inviteres inn, eller vi må oppsøke dem. Det er vanskelig å vite eller mene noe om noen vi ikke har møtt. Som filosofen Levinas sier kan vi ikke oppdage andre ved å søke i vårt eget indre, men bare i møte med et annet menneske som møter oss ansikt til ansikt. (Levinas, 1961, I: Store norske leksikon).

Noen psykiatriske institusjoner og avdelinger i Norge har imidlertid hatt fokus på pasientenes barn i lengre tid før loven ble vedtatt, gjerne drevet fram av ildsjeler blant personalet. Flere av disse har vært med på rådgivning overfor myndighetene i utarbeidelsen av lovendringene. I særdeleshet har de psykiatriske avdelingene ved henholdsvis Sørlandet sykehus, Blakstad sykehus (nå Sykehuset Asker og Bærum HF), Namsos sykehus, samt rusinstitusjonene

Borgestadklinikken og Stavanger A-klinikk vært foregangsinstitusjoner i forhold til barn som pårørende i voksenpsykiatri og rusomsorg. Men ser man voksenpsykiatrien og rusomsorgen i Norge under ett, har bildet vært preget av tilfeldighet og lokale variasjoner med stor mangel på systematisk ivaretagelse av barn som pårørende. Den nye loven som pålegger helsepersonell å ivareta barna, bidrar i høy grad til en fortløpende utvikling av en bevisst holdning til disse barnas behov, og framtvinger nytenkning og utvikling av støttetiltak for denne sårbare gruppen av barn og unge.

1.5. Avgrensning av oppgaven

Funnene i denne undersøkelsen vil være fra den konteksten denne enkelte psykiatriske døgnavdelingen utgjør, og utsagnene baserer seg på de enkelte 12 barnas opplevelser. Funnene kan derfor ikke generaliseres til andre psykiatriske avdelinger eller til alle andre barn i samme aldersgruppe som har foreldre som behandles for en psykisk lidelse i voksenpsykiatrien. De vil imidlertid kunne danne et utgangspunkt for videre diskusjoner og undersøkelser.

Ved undersøkelsens oppstart hadde jeg formulert problemstillingen til å omhandle barnas opplevelser av foreldrenes innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling og deres opplevelse av barnesamtalen de deltok i. Dette fordi det er den arenaen vi som jobber som helsepersonell og barneansvarlige i voksenpsykiatrien møter barna og deres foreldre. Imidlertid ble jeg etter oppstart av intervjuene raskt oppmerksom på at barna selv presenterte sine opplevelser av foreldrenes psykiske lidelse som sådan med stor innlevelse. Det ble tydelig for meg at foreldrenes innleggelse og barnesamtalen for dem kun var *en del* av deres helhetlige opplevelse av en livssituasjon med en psykisk syk forelder som i de fleste tilfellene strakk seg over et mye lengre tidsrom enn selve innleggelsestiden. Mer billedlig uttrykt var det som om innleggelsen(e) for dem var som "en stasjon" på en lengre veistrekning. Det ble derfor unaturlig å fortsette med kun å be dem formidle sin opplevelse av selve innleggelsen(e) og barnesamtalen - adskilt fra deres helhetsopplevelse. Også for å kunne forstå deres opplevelse av innleggelsen og barnesamtalen, ble det verdifullt å få vite noe om hvordan de opplevde situasjonen forut for innleggelsen(e) til foreldrene. Dette var en tidlig oppdagelse og et funn i seg selv, som fikk en korrigerende tilbakevirkning på mitt eget (voksne) utgangsperspektiv.

Det var i utgangspunktet tenkt at både problemstillingen og intervjuguiden skulle være fleksible og modifiserbare i forhold til barnas respons. Som jeg kommer tilbake til i metodekapitlet, er det viktig både med tanke på at dette er en kvalitativ undersøkelse av

personlige opplevelser, og spesielt fordi det er intervjuer med barn, at spørsmålene som stilles innledningsvis er mest mulig åpne, og ikke for strukturerte og styrende. (jf. kap.3). På bakgrunn av dette ble derfor nødvendig å utvide problemstillingen til å inkludere barnas opplevelse av foreldrenes psykiske lidelse.

Vedrørende bruk av ulike begreper i oppgaven bruker jeg begrepet ”barn” om de barn og unge som deltar i undersøkelsen og som er i alder 12 – 19 år. Dette fordi mindreårige barn etter loven er definert som barn fra 0 – 18 år. Ett barn i undersøkelsen er eldre, 19 år, og omtales også som barn. Når jeg omtaler barne- og familiesamtaler bruker jeg begrepet ”barnesamtale”. Dette er i samtaler hvor personalet både snakker med foreldre og barn samlet, og med barna alene. Praksis består som regel i en eller flere forberedende samtaler med den forelderen som er pasient, og om mulig også den friske (andre) forelderen. Deretter en samtale med hele familien samlet, så en sekvens kun med barna og personalet (gjelder de større barna fra ca 8-10 års alder), deretter hele familien samlet. For enkelhets skyld brukes begrepet barnesamtale om de delene hvor barnet deltar, enten sammen med foreldrene eller alene med personalet. Barna og intervjuer omtalte i intervjuene det distriktpsikiatriske senteret i undersøkelsen og nærmeste psykiatrisk sykehus ved egennavn. Dette er omskrevet i teksten til hhv ”DPS” og ”Sykehus” eller ”Psykiatrisk sykehus”. Ellers brukes også ”Somatisk sykehus”. Døgnavdelingen ved det aktuelle DPS’et i undersøkelsen kalles ”døgnavdelingen” og er merket med tegnet*. Om helsepersonell i voksenpsykiatrien brukes både ”helsepersonell” og ”barneansvarlig” avhengig av situasjonen. Personlige karakteristika ved barn og foreldre i undersøkelsen som kjønn, er i en del av eksemplene i kap. 4, 5, 6 og 7 endret for å sikre barnas og foreldrenes anonymitet. Barna omtales i presentasjonen av funnene og sitatene i kapittel 4, 5, 6 og 7 med tall, som henholdsvis barn 1 – 12. Alder er ikke oppgitt med mindre det er viktig for vurderingen av resultatene. Begrepene ”resultat” og ”funn” brukes begge om undersøkelsens svar i ulike sammenhenger.

I kapittel 2 om teori og tidligere forskning, er avgrensninger i forhold til teori om samtalemetodikk gjort av hensyn til oppgavens omfang. Samtalemetodikk relatert til intervjuer med barn presenteres i kap. 3 om metode, og relatert til barnesamtaler i kap. 2 om teori. For ytterligere teori om samtalemetodikk i forhold til barn, vises til aktuell faglitteratur (oppgitt i kap. 2 og 3).

1.6.Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av min fremstilling har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan opplever barn i alderen 12-19 år foreldres psykiske lidelse og foreldres innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling? (Og) hvordan opplever de barnesamtalene ved avdelingen?

For å gi svar på denne problemstillingen har jeg valgt å operasjonalisere den i følgende forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan opplever barna foreldrenes psykiske lidelse?**
- 2. Hvordan responderer barna på foreldrenes lidelse?**
- 3. Hvordan opplever barna foreldres innleggelse(r) i psykiatrisk døgnavdeling?**
- 4. Hvordan opplever barna barnesamtalene ved psykiatrisk døgnavdeling?**

1.7. Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 presenteres og begrunnes det teoretiske utgangspunktet som er valgt til avhandlingen. Det består av tidligere forskning på barn av psykisk syke foreldre, teori om resiliens, samt teori og metode i forhold til samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner. Sentrale data fra Folkehelseinstituttets rapport *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk – omfang og konsekvenser* (2011:4) presenteres. Det redegjøres også for innholdet i den psykiatriske døgnavdelingens rutiner og praksis for ivaretagelse av pasientenes barn.

Kapittel 3 inneholder beskrivelse og begrunnelse av metodevalg og gjennomføring av undersøkelsen, samt redegjørelse for forskers faglige ståsted og forforståelse. Undersøkelser av sårbare og utsatte grupper av mennesker er utfordrende, både etisk og metodisk. Når informantene i tillegg er barn, er denne utfordringen ekstra stor. Metodekapitlet går derfor spesielt inn på viktige etiske og metodiske faktorer i forbindelse med undersøkelser av barn, og kapitlet er på grunn av de særskilte hensyn og utfordringer dette medfører utvidet i forhold til hva som er vanlig i en masteroppgave.

Presentasjon av undersøkelsens funn og diskusjon av funn i forhold til tidligere forskning og teori framstilles i kapitlene 4, 5, 6 og 7, hvor de fire forskningsspørsmålene er relatert til hvert sitt kapittel. Utvalgte sitater fra intervjuene er brukt til å illustrere de ulike kategoriene av funn fra innholdsanalysen (beskrives nærmere i kap. 3 om metode). Intervjusitatene er framstilt i kursiv skrift. Fet skrift i kursiv for barnas uttalelser, normal skrift i kursiv for intervjuers uttalelser. Ut i fra kategoriene av undersøkelsens funn beskrives valg av tema til diskusjon i hvert av kapitlene 4, 5, 6 og 7. Kapittel 7 som er relatert til forskningsspørsmål 4

(Hvordan opplever barna barnesamtalen?) er viet mest plass av diskusjonskapitlene. Dette fordi barnesamtalene (som del av barnas besøk i avdelingen) er det området helsepersonell og barneansvarlige i voksenpsykiatrien først og fremst møter barn som pårørende. Barnas evaluering av barnesamtalen er derfor svært viktig med tanke på å kunne forbedre praksis og øke kvaliteten på vårt arbeid med å ivareta barna som pårørende.

Kapittel 8 inneholder oppgavens konklusjon i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål, samt anbefalinger i forhold til praksis med arbeidet med barn som pårørende i voksenpsykiatrien.

2. Teori og tidligere forskning

Dette kapitlet tar for seg foreliggende forskning innen feltet barn av psykisk syke foreldre, utvalgt teori om samme tema, samt teori om samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner. Først presenteres kort de siste tilgjengelige norske (kvantitative) data fra Folkehelsesinstituttet (rapport 2011:4): *Barn av foreldre med psykiske lidelser og alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Dette som bakgrunnsinformasjon i forhold til hvor mange norske barn dette gjelder og beregnede konsekvenser i forhold til morbiditet. Deretter presenteres øvrig norsk og internasjonal forskning på området, med spesielt fokus på kvalitativ forskning vedrørende barns egne opplevelser. Den teorien jeg har valgt å ta med i diskusjonen av undersøkelsens funn er resiliensteori, hvortil et eget kapittel om barns respons på redusert foreldrefungering, samt teori og metode i ft samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner. Tilknytningsteori er en annen teori som det ville vært naturlig å ha med i diskusjon av funnene, men er av hensyn til oppgavens omfang utelatt. I og med at fokus for oppgaven er *barna* falt valget på resiliensteori mtp forebyggende tiltak i vårt arbeide med å hjelpe barna (her de større barna i alder 12 – 19 år) til økt mestring i en vanskelig livssituasjon. I vårt arbeid med *foreldrene* (som er en annen side av samme sak) er tilknytningsteori svært sentral i arbeidet med bevisstgjøring av foreldrene i ft barnas behov og deres relasjon til sine barn. Killén (e-post 16 12 11) henviser til Rutter som mener at den viktigste resiliensfaktoren er trygg tilknytning. Barn med utrygg tilknytning vil i følge Killén ha vanskelig for å hanskkes med syke foreldre. Det henvises til Killén (2009, 2010a, 2010b, 2012) for utdyping av tilknytningsteori.

Tidligere forskning, teori og metode anvendes i diskusjonen av undersøkelsens funn i kapittel 4, 5, 6 og 7. Avslutningsvis gis i teorikapitlet en beskrivelse av de tiltakene som har vært en integrert praksis overfor barn av pasienter som behandles ved døgnavdelingen* de siste fire årene, herunder barnesamtaler.

2.1. Tidligere forskning på barn av foreldre med psykiske lidelser

I det følgende presenteres ulike former for forskning som er gjort i forhold til tema barn av foreldre med psykiske lidelser, i Norge og internasjonalt.

2.1.1. Barn av foreldre med psykiske lidelser i Norge - omfang og konsekvenser

Folkehelseinstituttets rapport *Barn av foreldre med psykiske lidelser og alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* ble nylig utgitt, i 2011. I denne rapporten presenteres for første gang systematiske beregninger av omfang og konsekvenser for norske forhold. Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Det er brukt eksisterende norske undersøkelser for å beregne antallet barn og unge, og tallene er sammenholdt med statistikk fra Statistisk sentralbyrå og annen norsk og internasjonal forskning.

Folkehelseinstituttets beregninger viser at det er relativt vanlig å ha foreldre som oppfyller kriteriene for en diagnose – mellom 12 og 40 %. Antallet er avhengig av om man legger til grunn at foreldrene har milde, moderate eller alvorlige lidelser. Det totale antallet barn som lever i familier der minst én av foreldrene har en psykisk lidelse eller misbruker alkohol er dermed høyt. Imidlertid fører ikke alle lidelser til nedsatt omsorgsevne. Jf

Folkehelseinstituttets rapport har mange av foreldrene forholdsvis milde lidelser som sannsynligvis hovedsakelig plager dem selv, ikke barna. Dette kan eksempelvis dreie seg om fobier, forbigående depresjoner og mild sosial angst. Det er derfor gjort egne beregninger av antallet barn som har foreldre med mer alvorlige lidelser. Man kommer da til at 260 000 barn (23,1%) har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig fungering. Rundt 70 000 barn (6,5%) har foreldre med et såpass alvorlig alkoholmisbruk at det sannsynligvis går ut over daglig fungering. Til sammen har 290 000 barn (26,5%) foreldre med slike mer alvorlige tilstander. Telles kun klart alvorlige lidelser, rammes 115 000 barn (10,4%) av foreldres psykiske lidelser og 30 000 (2,7%) av foreldres alkoholmisbruk, totalt 135 000 barn (12,2%). Beregningene viser at mange av familiene med alkoholproblemer også opplever psykiske problemer.

Med hensyn til om barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk har økt risiko for å oppleve forskjellige negative utfall, er slike utfall her beregnet bl.a. i ft psykiske lidelser i barndom og ungdom, mishandling, seksuelle overgrep og tidlig død. Beregningene viser at det jevnt over er om lag en dobling i risiko for at disse barna skal oppleve ulike negative utfall, sammenliknet med andre barn. Hvor stor risikoen er, avhenger av en rekke faktorer: hva slags lidelse forelderen har, alvorlighetsgrad, om det er mor som har en psykisk lidelse eller om begge foreldrene har det. Dette kan bidra til å identifisere høyrisikogrupper. Det er ikke gjort beregninger i ft antatt morbiditet i *voksen* alder hos barna i denne rapporten. Det understrekes at både gener og miljøpåvirkning har betydning for utvikling av eventuelle psykiske problemer, og at barn har ulik grad av sårbarhet i ft belastende livshendelser og

omstendigheter. Rapporten konkluderer med at selv om et mindretall av barna tar varig skade og utvikler diagnostiserbare lidelser selv, så vil langt flere av barna allikevel ha vonde opplevelser med foreldrenes lidelser. De vil derfor også kunne ha godt av tiltak som letter hverdagen. Slike tiltak kan også bidra til å forhindre at noen utvikler problemer. Folkehelseinstituttets anbefalinger er således i tråd med lovendringene i Helsepersonelloven §10a og Spesialisthelsetjenesteloven §3-5a (2010) vedrørende barn som pårørende.

2.1.2.Ulike typer forskning i forhold til barn av psykisk syke foreldre

I mine søk etter foreliggende forskning (utover den teori jeg er kjent med gjennom videreutdanning og arbeid med temaet over flere år), har jeg hovedsakelig søkt i BibSys og databasene Medline og Cinahl. Søkeordene som ble brukt var: child – children – adolescent(s) – parent(s) – impaired parent(s) – parent-child relations – mentally ill – mental disorders – mental health – mental health care. Jeg har ut ifra artikler jeg har funnet gjennom disse søkene også lett etter relevant forskning i disse artiklenes referansehenvisninger ("snøballmetode").

Forskning i forhold til barn av psykisk syke foreldre har over en årrekke vist at det å leve med en psykisk syk forelder ofte ikke bare er problematisk for barn, men også kan predisponere for at barna selv utvikler psykiske problemer og / eller lidelser. Det meste av forskning har som nevnt innledningsvis vært kvantitative undersøkelser basert på voksnes vurderinger av barn, som regel i form av målinger av symptomer og adferd hos barn mtp eventuell skjevutvikling ved hjelp av ulike diagnostiske skjema og standardiserte intervjuer (bl.a.Rutter og Quinton, 1984; Mayberry mfl, 2009; Beardslee m fl.,1997).

Kvalitative undersøkelser med fokus på opplevelser vedrørende tema barn av psykisk syke har i hovedsak primært tatt utgangspunkt i *de voksnes perspektiv*, det være seg psykisk syke foreldre, helsepersonell eller voksne barn av psykisk syke foreldre. (Halsa, 2008; Haukø, 2010; Granath, 1996; Skjerfving 1996; Perlt, Holm og Møller, 1998).

Undersøkelser som går direkte til barna og undersøker deres opplevelser har fram til i dag vært i et klart mindretall. (Beardslee og Podorefsky 1988; Lier 2001; Almvik og Ytterhus 2004; Skerfving 2005; Fjone, Ytterhus og Almvik 2009; Jangås, 2005; Haukø og Stamnes 2009). Almvik og Ytterhus foretok i 2004 en systematisk litteraturgjennomgang av foreliggende forskning og delte på en oversiktlig måte inn forskningen på temaet barn av psykisk syke foreldre i kategorier som henholdsvis: avviksstudier, oversiktsstudier, kartlegging av hjelpetilbud, retrospektive hverdagsstudier og perspektive hverdagsstudier

(opplevelsesstudier). Jeg velger å anvende deres inndeling av forskningen i tilsvarende kategorier da dette, som de sier, synliggjør hvilken forskning som har dominert feltet.

2.1.3.Kvantitative avviksstudier

Almvik og Ytterhus (2004) påpeker at majoriteten av studier har et klart avviksperspektiv, dvs at det fokuseres på problemer hos foreldrene og negative konsekvenser for barna, og viser bl.a. til Anthony (1969) og Beardslee m.fl. (1993). I tillegg kan nevnes Rutter og Quintons grundige og omfattende prospektive studie over 4 år av psykisk syke foreldre og deres barn i en bydel i London (Rutter og Quinton, 1984) som er en av de mest kjente studiene. De fant at et større utvalg barn (150-190 barn under 15 år) av psykisk syke foreldre (som ved studiens oppstart hadde mottatt psykiatrisk behandling i l.a. inneværende år) viste en klart forhøyet risiko for utvikling av egne følelsesmessige og adferdsmessige problemer. Hovedfunnene var at omlag 1/3 av barna viste ingen tegn på følelsesmessige eller adferdsmessige problemer, 1/3 viste forbigående og lettere tegn på dette, mens 1/3 av barna viste tegn på vedvarende følelses- og adferdsmessige problemer. De fant også at tilleggsfaktorer til foreldres psykiske lidelse i form av redusert psykososial fungering i familien var av vel så stor betydning for om barna utviklet problemer som den psykiske lidelsen i seg selv. Dette var psykososiale faktorer som bl.a. forhøyet konfliktnivå mellom ektefeller / foreldre, foreldres irritabilitet og fiendtlighet ("hostility") overfor sine barn, aggresjon, vold og rusmisbruk. De påpeker at slik adferd til en viss grad kan skyldes psykisk lidelse, men ikke utelukkende. Rutter og Quinton understreker også betydningen av det enkelte barns genetiske sårbarhet for utvikling av eventuelle problemer. Det kommer således fram av denne studien at risiko for utvikling av emosjonelle og adferdsmessige problemer hos barn av foreldre med psykisk lidelse avhenger av komplekse forhold og ikke bare av foreldrenes lidelse som sådan. Dette tas nærmere opp i kap.2.2 om resiliensforskning.

Av nyere kvantitativ forskning av større målestokk er bl.a. en omfattende australsk prevalensstudie ved Maybery m.fl.(2009). Denne framhever i likhet med Rutter og Quintons studie (1984) at barn av foreldre med psykisk lidelse har en forhøyet risiko for utvikling av egne problemer.

2.1.4.Oversiktsstudier

Almvik og Ytterhus viser i sin rapport (2004) videre til oversiktsstudier. De trekker fram bl.a. Skerfving (Sverige 1996) som kombinerer studier med flere perspektiver, dvs man ser på flere faktorer enn foreldrenes psykiske lidelse alene, som psykososiale og sosioøkonomiske problemer, konflikter, rusmisbruk med mer som oftere forekommer i familier hvor en forelder

har en psykisk lidelse. Skerfving finner i likhet med Rutter og Quinton (1984) at når flere negative faktorer virker inn samtidig øker risikoen for at barna utvikler seg negativt betydelig. Barn hvis livssituasjon er preget av flere ulike belastningsfaktorer framstår derfor som en høyrisikogruppe som er særlig viktig å identifisere når helsepersonell kartlegger situasjonen til barn av pasienter.

Mordoch og Hall (2002) gjorde en oversiktsstudie i forhold til tema i 2002, og påpeker i likhet med Almvik og Ytterhus fraværet av perspektive studier, dvs forskning som går direkte til barna selv og etterspør deres egne opplevelser av foreldrenes psykiske lidelse. De går så langt som å hevde at forskningen har "ignorert barnets perspektiv" (ibid, s.208) i denne sammenhengen. Siden 2002 har det blitt gjennomført noen kvalitative undersøkelser av barns opplevelser av foreldres psykiske lidelse, både i Norge og internasjonalt, men fortsatt er det kvantitative studier i forhold til barn og kvalitative studier fra voksnes perspektiv på temaet som dominerer.

2.1.5.Kartlegging av hjelpetilbud

Almvik og Ytterhus (2004) viser til flere undersøkelser av rutiner og tiltak for ivaretagelse av barn av foreldre med psykiske lidelser, og fant ikke uventet at dette i liten grad forelå i helsetjenester for voksne. De refererer i sin rapport (ibid) bl.a til undersøkelser av Solheim (1994) og Knutsen (1996) som finner at ansatte i voksenpsykiatrien ikke oppfatter barn som sitt anliggende, og at de mangler kunnskaper til å imøtekomme barns eventuelle behov. Tidspress og kapasitet var andre begrunnelser de ansatte brukte som forklaring på at de ikke engasjerte seg i sine pasienters barn.

I 2005 gjennomførte R-BUP Sør og Øst ved Aamodt og Aamodt på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet en kartlegging av eksisterende hjelpe- og støttetiltak for barn av psykisk syke foreldre i Norge. I sin rapport "Barn av psykisk syke foreldre – tiltak" konkluderer de med følgende: "Det er et stort misforhold mellom den kunnskap en har om betydningen av foreldres psykiske sykdom, og det manglende ansvar hjelpeapparatet viser for pasientenes barn. Rutiner og praksis avspeiler en individorientering framfor en familieorientering. Enda fjernere synes en nettverkstenkning. Dette til tross for en omfattende forskning, som både ut fra hensynet til primærpasienten og til barns psykiske helse, argumenterer for et utvidet klientbegrep til også å omfatte pasientens barn, øvrige familie og nettverk." (Aamodt og Aamodt, 2006, s. 3).

Forskerne ble samtidig bedt av departementet om å peke ut hva slags forskning man vurderte som nødvendig å prioritere framtidig mtp å kunne utvikle hensiktsmessig hjelp til barn av psykisk syke foreldre. Aamodt og Aamodt framhever med bakgrunn i sin kartlegging prioriterte områder for framtidig forskning, bl.a: Den subjektive opplevelsen av å være i familien hvor en av foreldrene har en psykisk lidelse, herunder barns opplevelse av å være i familien, den syke forelderens sine opplevelser, tanker og beskrivelser av sine barns behov, betydningen av venner, nettverk og sosial støtte.

Videre oppfordrer de til mer forskning omkring resiliens: hva øker risiko og hva beskytter i familier hvor en av foreldrene har psykisk lidelse, hvilke mestringsstrategier er de mest hensiktsmessige for barn og hvordan arbeide for å styrke disse.

De oppfordrer også til evaluering av iverksatte tiltak for å samtale og informere barn om foreldres lidelse ved å undersøke hvordan barna opplever samtalene om sine syke foreldre, og hvordan disse må legges til rette, og hvilket innhold må de ha for å være til hjelp. De oppfordrer til å undersøke hva som er og evt ikke er hjelpsomt i slike samtaler. Deres anbefalinger bekrefter denne undersøkelsens relevans.

Studier som evaluerer tiltak rettet mot barn av psykisk syke foreldre hvor barna selv er informanter presenteres i kap 2.1.8 som del av studier på barns egne opplevelser.

2.1.6. Opplevelsesstudier fra voksnes perspektiv

En norsk studie som tar for seg psykisk syke foreldres opplevelser, er Astrid Halsas dokorgradsstudie "Mamma med nerver" (2008) hvor hun bl.a. har dybdeintervjuet 14 mødre med psykiske lidelser om deres opplevelse av foreldreskapet. Hun oppgir at felles for dem hun snakket med var at når depresjonen, manien, angsten eller andre psykiske plager meldte seg, så opplevde de at det gikk utover deres evne til å være en omsorgsfull og god mor. Mødrene fortalte at de syntes det var vanskelig å være emosjonelt til sted for barna sine, at de slet med å følge opp barna i barnehagen, på skolen og i fritidsaktivitetene, og at det gav dem dårlig samvittighet og skyldfølelse. Halsas sier at psykiske lidelser for mange handler om tap av ansvar og kontroll, irrasjonalitet, sosialt truende og forstyrret atferd, mens viktige verdier i moderne barneomsorg er forutsigbarhet, trygghet, innlevelse, struktur, og ansvar. Hun sier at kombinasjonen foreldreskap og psykiske lidelser skapte for noen av mødrene frykt for at andre skulle fordømme dem både fordi de hadde en psykisk lidelse og fordi de ikke var gode nok foreldre. Psykisk syke mødre kvier seg dermed i følge Halsas funn for å be om hjelp til

barneomsorgen, selv om de trenger det. Med bakgrunn i studiens funn argumenterer Halså for at barna må hjelpes gjennom foreldrene, og hennes konklusjon er at den som kan og bør koordinere det hele, er den psykiatriske tjenesten som gir hjelp til barnas foreldre: "Når mødrene er innlagt eller til behandling, er de i en setting hvor sykdommen ikke er tabuisert. Behandlere og hjelpere her har derfor en unik mulighet til å bygge opp et tillitsforhold til foreldrene og å oppdage og finne passende hjelpeordninger for barna". (forskning.no, nettartikkel intervju med A. Halså, 09.04.2008).

Haukø har også foretatt en kvalitativ undersøkelse av tidligere innlagte psykisk syke foreldres opplevelse av "Barnas Time" i sin masteroppgave (Haukø, 2010). Denne studien er gjennomført ved semi-strukturerte individuelle intervju med fem foreldre. Hennes hovedfunn var at alle fem bekymret seg for sine barn, og at 4 av 5 satte barnas problemer i sammenheng med egne psykiske problemer. De tilkjennega at de ved økt symptompress ble mer selvfokusert og mindre oppmerksom på barna, og at egne problemer dominerte hverdagslivet mht bl.a. humørsvingninger, kommunikasjon og aktiviteter. De fortalte om redusert engasjement, konsentrasjon, hukommelse, tiltakslyst og arbeidsevne, samt isolasjonstendens. Ved bedring i sykdommen anga de endring på flere områder, som ved for eksempel å ligge mindre på sofaen, gjøre mer husarbeid og delta mer i aktiviteter sammen med barna. Alle de fem informantene ga uttrykk for behov for hjelp til å forklare barna om egen sykdom og til å snakke sammen om familiens situasjon, og til å "sette ord på det ordløse". De ønsket også at barna fikk snakke med noen utenfor familien om det som de tenkte kunne være vanskelig for barna å snakke med foreldrene om.

2.1.7. Retrospektive kvalitative studier

En del retrospektive studier av opplevelser hos tidligere barn av psykisk syke foreldre som er blitt voksne er blitt gjennomført, og har bidratt til at fokus på barnas situasjon har økt. Granath (1997) intervjuet 5 voksne barn av psykisk syke foreldre. Granath's funn var at betydningen av at én av foreldrene var frisk og tilgjengelig var svært stor hos de som hadde det. Videre at barna savnet åpenhet omkring foreldrenes problem. Samtlige framhevet støtte fra øvrig nettverk som viktig: besteforeldre, familievenner, naboer eller lærere. Alle Granath's fem informanter hadde "klart seg", men opplevd at oppveksten hadde påvirket dem negativt og gitt dem relasjonelle vanskeligheter i voksen alder. De hadde lært mye, men prisen var høy. Dette bekrefter voksne barn av psykisk syke foreldre i intervjuer i den danske filmen "Små skuldre, store byrder" (Perlt m.fl, 1998). Skerfving (1996) intervjuet også voksne barn av psykisk syke og trekker bl.a. fram deres beskrivelse av den store mengden energi og

oppmerksomhet barna bruker på å følge med den syke forelderens tilstand og stemningssvingninger til enhver tid. Hun viser til hvordan de tidlig lærte seg å følge med foreldrene og ”lese” hver lille forandring som kunne indikere at endring i foreldrenes psykiske tilstand var på vei.

Almvik og Ytterhus (2004) sier om retrospektive studier at voksne med barndomserfaringer kan fortelle om hvordan noe har vært, men at svakheten ved den typen materiale er at slik informasjon alltid vil være preget av en god del etterrasjonalisering og voksen kognisjon.

2.1.8. Opplevelsesstudier fra barns perspektiv

Almvik og Ytterhus (2004) påpekte i likhet med Mordoch og Hall (2002) i sin rapport at det da forelå svært lite norsk forskning mht perspektive studier, dvs barns opplevelser her og nå, mens de lever i situasjonen med psykisk syke foreldre. Deres egen undersøkelse ”Ualminnelig alminnelighet” (2004) hvor de intervjuet 8 barn og unge i alderen 10-21 år om deres opplevelse av sin hverdag med en psykisk syk mor representerte i 2004 derfor et unntak. Almvik og Ytterhus’ funn viser at det er når mors psykiske vansker kommer i tillegg til flere andre vansker at barnas hverdagsliv ”begynner å halte og slå sprekker” som de beskriver det. De finner at der de sosio-økonomiske og sosiale strukturene opprettholdes også i mors dårlige perioder, er barnas hverdagsliv svært likt andre barns. Med andre vansker sikter de til dårlig økonomi, svak forankring i arbeidslivet, rusproblemer, fraværende fedre, fravær av besteforeldre, mangel på jevnaldrende venner. De finner for øvrig at barna reagerer ulikt i vanskelige situasjoner, og beskriver to hovedstrategier som dominerer bildet: korrigeringsstrategier, hvor barnet/ungdommen prøver å ta ansvar og rette på livssituasjonen ved at de engasjerer seg og prøver å finne løsninger og kompensere for mor på forskjellig vis. Den andre strategien er unngåelsesstrategien hvor barnet på ulike måter trekker seg vekk fra hjemmesituasjonen, gjerne ved deltagelse i ulike aktiviteter og samvær med venner / andre. De to strategiene kan noen ganger benyttes av samme barn, men i ulik grad og i ulike sammenhenger.

I 2005 utvidet Fjone (Fjone, Ytterhus og Almvik, 2009) undersøkelsen til Almvik og Ytterhus med å intervju ytterligere 12 barn og unge i alder 8-22 år med psykisk syke foreldre, ut i fra samme intervjuguide som ble benyttet av Almvik i 2004. Disse barna var selvrekruttert via informasjon og invitasjon på ulike nettsider og kommunale helsetjenester i hele Norge. De samlede funnene fra denne undersøkelsen er foreløpig ikke publisert, men det er utgitt en artikkel om deler av funnene som omhandlet temaet stigma / skam i 2009. Det påpekes at de

fleste av barna hadde ingen eller lite informasjon om forelderens psykiske lidelse og at det ikke var vanlig å snakke om dette i familien. Hovedfunnet er at barna ønsker å være og framstå som alle andre ”vanlige” barn. De framstår som aktivt handlende i sine forsøk på å håndtere hverdagen, men samtidig sårbare. Et flertall av barna angir følelser av skam pga forelderens lidelse, redsel for å bli stigmatisert og forsøk på å opprettholde en normal ”fasade” overfor venner og andre utenfor familien. Fjone identifiserte fire ulike strategier barna benyttet for å håndtere situasjonen: forsøk på å opprettholde en normal fasade, unngåelse av den syke forelder/hjemmet, å søke ensomhet / holde seg for seg selv, samt utøvelse av kunstnerisk virksomhet som trøst og avledning. Artikkelforfatterne peker på mangelen på støtte til disse barna fra det offentlige, skole så vel som helse- og sosialsektoren, som fører til at barna må håndtere en vanskelig livssituasjon på egen hånd.

For øvrig har Jangås (2005) gjennomført en kvalitativ studie av 3 barn av psykisk syke foreldre i forbindelse med sin hovedfagsoppgave i pedagogikk. Hun har intervjuet 3 barn i alder 7-16 år om deres opplevelser omkring det å vokse opp med en psykisk syk forelder. Hennes hovedfunn er at barna på den ene side opplever forelderens psykiske sykdom som en belastende faktor, mens de på den annen side opplever åpenhet fra foreldrene omkring sin lidelse som positivt. Barna forteller i følge Jangås at de opplever den psykiske sykdommen som en påkjenning i form av sinne, frykt og tristhet. De forteller samtidig at de snakker med sine foreldre og venner om den psykiske sykdommen og at de opplever støtte i sitt nettverk for øvrig. Jangås anvender begrepene ”belastende faktorer” og ”beskyttende prosesser”, og viser til at barna opplever selve den psykiske sykdommen og konflikter mellom foreldrene som en belastning, mens den åpne kommunikasjonen om den psykiske lidelsen bidrar til beskyttende prosesser hos barna. Helhetsinntrykket til Jangås er at dette er tre barn som på tross av foreldrenes psykiske sykdom har en generelt positiv oppfatning av seg selv og sitt liv. Barna formidler at foreldrenes åpenhet om den psykiske sykdommen har konsekvenser for hvordan sykdommen oppleves for barna og hvordan de håndterer den. For det første får de begreper til å forstå den psykiske sykdommen og for det andre signaliserer foreldrene at det er greit å snakke om psykisk sykdom. Jangås tolker det slik at det at barna forstår sykdommen og ikke ser den som noe man ikke snakker om, er avgjørende for at barna kan samle sine mestringsressurser og søke støtte i sitt nettverk. Hos disse barna later også øvrige risikofaktorer som tidligere beskrevet i stor grad å være fraværende. Ett unntak er konflikter mellom foreldre som også av barna i denne studien beskrives som belastende

Lier, L., B. Buhl-Nielsen og H. Knudsen (2001) intervjuet 16 barn i alder 5-18 år med langvarig psykisk syke foreldre som var pasienter ved et distriktspsykiatrisk senter i København. Det er derfor grunn til å anta at disse barna hadde ganske like forutsetninger / situasjoner / variabler som denne undersøkelsens utvalg. Men med et unntak: de hadde ikke fått informasjon om sine foreldres (i hovedsak mødre) psykiske lidelse. Funnene var at mange av barna framsto ordknappe og hadde vanskelig for å snakke om sine foreldres lidelse. Andre fortalte om ansvarstaking og omsorg for sine syke mødre, samt sine ønsker om å ikke belaste mødrene med sine egne problemer. Barna uttrykte bekymring under foreldrenes innleggelse og hadde uklare forestillinger om hva hun/han ble behandlet for og hva som foregikk under innleggelsen. De hadde også stor grad av skyldfølelse. Deres kunnskap om psykisk lidelse var knapp og sporadisk, og verken personalet ved DPS'et eller foreldrene hadde snakket med barna og gitt dem noen forklaring på lidelsen. Barna greide dermed ikke skille på hva som var reaksjoner som kom av foreldrenes lidelse og hva som var reaksjoner som hadde med barna å gjøre. Det barna sa de ønsket seg mest, var at noen snakket med dem, og å få gjøre noe som de likte som fikk tankene over på noe annet.

Haukø og Stamnes har skrevet evalueringsrapporten "Interview with eight children" (2009b). De intervjuet 8 barn i alderen 10 – 16 år i fb med evaluering av sin praksis "Barnas time" (Haukø og Stamnes, 2009a) ved Namsos psykiatriske sykehus. Der ble barn som hadde deltatt i barne- og familiesamtaler mens deres foreldre var innlagt i psykiatrisk avdeling spurt om sin opplevelse og sitt utbytte av deltakelse i "Barnas Time". Barnas svar blir i rapporten beskrevet som følger: Flertallet av barna mente at samtalen hadde hjulpet dem og at det i ettertid hadde blitt lettere å snakke med foreldrene om deres psykiske lidelse. Flere sa at de hadde lært nye ord og begreper som gjorde det lettere å snakke om tema. En bemerket at det var positivt å snakke alene med personalet, spesielt fordi man da ikke risikerte å såre forelderens. Tre uttrykte ønske om flere samtaler. Ingen hadde forslag til endringer i innhold i samtalen. Flertallet anga at de hadde opplevd ulike problemer i form av søvnvansker og konsentrasjonsvansker i fb med forelderens sykdom. Alle barna uttrykte i følge Haukø og Stamnes tro på at sykehusbehandlingen var hjelpsom for foreldrene, og mente at andre barn som opplevde at en av foreldrene ble innlagt til psykiatrisk behandling ville kunne ha hjelp av "Barnas Time". En svakhet ved selve undersøkelsen er at intervjuene av barna delvis ble gjennomført av samme person som hadde gitt tilbudet (dvs barne-/familiesamtalene). Dette øker sannsynligheten for at barna holder tilbake negative opplevelser eller gir falske positive svar av hensyn til de voksne (utdypes i kap 3 om metode). Haukø og Stamnes påpeker selv

dette i sin rapport. ”Barnas Time” (Haukø og Stamnes, 2009a) er i dag implementert ved psykiatrisk klinikk i hele Nord Trøndelag (Stjørdal, Levanger, Namsos og delvis ved DPS Kolvereid).

Skerfving (2005) intervjuet 28 svenske barn i alder 8-18 år som hadde deltatt i en barnegruppe for barn av psykisk syke foreldre. De fleste av disse barna hadde foreldre som ikke levde sammen. Problembelastningen varierte. Noen hadde foreldre med alvorlige psykiske lidelser, evt i kombinasjon med rusmisbruk. Andre hadde mindre av andre belastningsfaktorer, men uttrykte allikevel tristhet over at forelderen hadde en lidelse. Mange hadde opplevd at forelderen hadde truet eller forsøkt å ta sitt liv. De var redde for at forelderen skulle dø. I likhet med de voksne barna i Granath’s studie (1997) kom det fram at de barna som hadde en frisk forelder opplevde å ha mye støtte og hjelp fra denne til å håndtere stress og belastninger knyttet til den syke forelderen. Imidlertid oppga barna at konflikter mellom foreldrene var en uttalt belastningsfaktor for dem. Barna uttrykte positive erfaringer med deltakelse i barnegrupper. Det var positivt å møte andre barn i samme situasjon og vite at man ikke var alene om å oppleve det de gjorde. De hadde lært om psykiske lidelser og at det ikke var barnas skyld når foreldre ble syke. Dette oppga de som viktig. Flere barn ga også eksempler på at de hadde fått kunnskaper og strategier for å bedre kunne håndtere sin situasjon. Eksempelvis kunne det være kriseplaner og kontaktpersoner. Skerfving sier at barnas tilværelse lot til å ha blitt mer begripelig, håndterbar og meningsfull etter deltakelsen i gruppene, og at opplevelsen av skam var betydelig mindre.

Av de nevnte kvalitative undersøkelsene av barn av psykisk syke foreldre, er fire norske, en svensk og en dansk. Jeg har ikke greid å finne flere norske kvalitative undersøkelser av barn av psykisk syke hvor barna selv er informanter. De øvrige tar som nevnt utgangspunkt i syke foreldres eller voksne barn av psykisk syke foreldres opplevelser. Imidlertid kan det være at flere undersøkelser er gjennomført uten at jeg har greid å spore dem opp.

Går vi utenfor Norge, har bl.a. Beardslee og Podorefski, 1988; Beardslee, Wright, og Salt, Drezner, Gladstone, Versage, og Rothberg, 1997; Fudge og Mason, 2004 og Riebschleger, 2004, foretatt kvalitative undersøkelser med fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer med barn og unge med psykisk syke foreldre i hhv USA, Australia og England.

En av de mest sentrale internasjonale forskerne innen feltet, er William Beardslee. Han har gjennomført mange studier av både kvantitativ og kvalitativ art. En studie han gjorde i 1988 (Beardslee og Podorefski, 1988) gikk ut på å skille ut et utvalg barn og unge som hadde greid

seg påfallende bra på tross av foreldres alvorlige psykiske lidelse fra et større utvalg av en tidligere kvantitativ studie av emosjonell og adferdsmessig fungering hos barn av alvorlig psykisk syke foreldre. Han gjennomførte deretter intervjuer med disse ungdommene (18 unge i alder 14-22 år) mtp å finne ut hva som gjorde at de hadde greid seg så bra tross av en vanskelig livssituasjon. Funnene hos ungdommene var: god kognitiv fungering og evne til å refleksjon, evne til å skille klart mellom seg selv og de syke foreldrene. De var empatiske og medlidende i ft foreldrene, men ble allikevel ikke overveldet av deres problemer. De evnet å tenke og handle uavhengig av foreldrenes lidelse og tankeverden. De hadde på en eller annen måte avfunnet seg med situasjonen. De hadde konkludert med at det var sykdommen som påvirket foreldrene og at de selv ikke hadde noen skyld i det. De oppga at dette var en svært viktig forutsetning for at de håndterte situasjonen. Nettopp fravær av skyld var noe som i særlig grad skilte de unge som hadde greid seg bra fra de som ikke gjorde det. I tillegg kom mangel på åpenhet og manglende evne eller vilje til å snakke om sin lidelse hos foreldrene til de unge som greide seg mindre bra.

Beardslee har utviklet en internasjonalt anerkjent intervensjon til forebygging av problemer hos barn av psykisk syke foreldre, i Norge kjent som FFI (Beardslees forebyggende familieintervensjon, Beardslee m.fl., 1997). Beardslee utviklet metoden på bakgrunn av egen og andres forskning på resiliensfaktorer. Intervensjonen består av en serie familiesamtaler (6-10) bestående av en samtale med foreldrene alene, gjentatte samtaler med hvert enkelt barn, og avslutningsvis en samtale med hele familien samlet. Målet er å koble den enkelte families erfaring med den psykiske lidelsen til undervisning om temaet. Metoden er relativt ressurskrevende, men har i RCT-studier vist gode resultater for familier med betydelige langtidseffekter sammenliknet med intervensjoner hvor man kun snakker med foreldrene og gir dem et psykoedukativt tilbud uten at barna involveres (ibid). Funnene hos barna var økt mestring av belastninger og stress forårsaket av forelderens lidelse, større forståelse for foreldrenes psykiske lidelse, mindre opplevelse av selvkritikk og skyldfølelse hos barna, bedret kommunikasjon mellom foreldre og barn, samt økt forståelse hos foreldrene for sine barns erfaringer med å ha en psykisk syk forelder. Det spesielt interessante ved funnene var at de fortsatt var til stede ved målinger foretatt 1 ½ år etter intervensjonen, til tross for at en god del av foreldrene fortsatte å ha alvorlige sykdomsepisoder. Funnene er dermed et sterkt argument for å involvere barna i forebyggende intervensjoner i familier med psykisk syke foreldre.

Fudge og Mason (2004) har skrevet en artikkel som beskriver en av flere faser i en større undersøkelse blant barn og unge med psykisk syke foreldre i Australia i perioden 2002-2004. De australske myndighetene hadde som mål å innhente informasjon fra flere hold: psykisk syke foreldre, deres barn, samt helsearbeidere innen psykisk helsevern om hva de vurderte som viktig vedrørende tjenesteytelser overfor barna. På bakgrunn av denne undersøkelsen ønsket myndighetene å utarbeide nasjonale retningslinjer for de som arbeider med barn av psykisk syke foreldre. Fokusgruppeintervju med 33 barn i alderen 7-12 år og fokusgruppeintervju og individuelle intervju med 25 barn og unge i alderen 13-20 år, til sammen 58 barn og unge, ble gjennomført. De ble spurt om sine erfaringer, behov og mestringsstrategier som barn av psykisk syke foreldre, inkludert sin opplevelse av foreldres innleggelse i psykiatrisk sykehus. Dette gjør studien interessant mtp sammenlikning av funn i min undersøkelse.

Funnene hos barna som var i alderen 13-20 år var: opplevelse av økt omsorgsansvar for den syke forelderen, i sær i ft aleneforeldre, opplevelse av å ikke bli hørt av helsepersonell ved forsøk på å formidle familiens opplevelser av den syke, mangel på informasjon fra helsepersonell om foreldrenes lidelse og behandling, mangel på praktisk og økonomisk støtte i hverdagen, behov for generell folkeopplysning for å redusere stigma knyttet til foreldres psykiske lidelse, økt forståelse og fleksibilitet fra lærere i skolen. Flertallet av de unge anså det som positivt at helsepersonell kartlegger og kjenner til om pasienter i psykiatrisk behandling har barn og evt kan bistå i å videreformidle barnas behov for støtte og hjelp til rette instanser. For øvrig mente flertallet at det var en god idé at barn / unge har en ”kriseplan” i fall forelderen skulle bli syk igjen og evt trenge sykehusinnleggelse. En kriseplan kunne inneholde viktige telefonnummer, avtale om hvor og med hvem barna kunne være ved foreldres fravær under innleggelser, samt en plan for å kunne besøke forelderen under innleggelser. Vedr familiesamtaler mente en del at disse bidro til å besvare spørsmål, redusere forvirring samt bedre kommunikasjonen i familien, mens noen uttrykte bekymring for om dette kunne oppleves vanskelig for den syke forelderen, og en mente at det var viktig å få snakke alene med helsepersonellet nettopp av den grunn. Støttefaktorer opplevde de for øvrig som: nære venner, øvrig familie, andre støttende personer, aktiviteter, hobbyer og kreativ-kunstnerisk virksomhet.

Riebschleger (2004) gjennomførte en kvalitativ studie med intervju av amerikanske barn og unge i alder 5 – 17 år som alle hadde minst en forelder som mottok behandling for psykisk lidelse fra psykiatrisk helsetjeneste i kommunen. Tema for undersøkelsen var: hvordan barna

opplevde foreldres gode og dårlige dager ("good days and bad days"), barnas syn på psykisk lidelse og deres opplevelse av den psykisk helsetjenesten. Barna beskrev "gode dager" som perioder hvor foreldrene kommuniserte mer med dem, viste barna mer oppmerksomhet og omsorg. De vurderte sine foreldre til å være bedre når de gjorde mer husarbeid og i større grad gjennomførte nødvendige daglige gjøremål. De beskrev "dårlige dager" som perioder hvor forelderen var mer tilbaketrukket og mindre mentalt tilgjengelig for barna, var i dårlig humør, framsto irritable og "kjeftet" mer. Samtidig med at barna beskrev foreldrenes symptomer, beskrev de sin egen respons på det de opplevde som negativ adferd / sykdomsadferd. Dette var: å overse foreldrenes negative adferd, å unngå foreldrene, og / eller gjøre ulike forsøk på å redusere stressnivået i familien ved å øke sin egen omsorg for foreldrene. Dette samsvarer med Almvik og Ytterhus' funn (2004). En del av barna fortalte om tristhet og bekymring i tilknytning til foreldrenes psykiske lidelse. Bekymring inkluderte angst for at forelderen skulle skade seg selv eller ta sitt eget liv, samt angst for hva som skulle skje med dem selv hvis foreldrene ble sykehusinnlagt. Sin forståelse av psykisk lidelse beskrev de ut i fra sitt eget perspektiv på foreldrene som bl.a: rar oppførsel, "tullete" og virkelighetsfjern prat, mangel på fornuft, sløvhets, passivitet, nedstemthet med mer. Flertallet av barna oppga at de aldri hadde fått informasjon om forelderens psykiske lidelse. Noen anga at de gradvis og over tid hadde forstått at foreldrene var syke etter hvert som de begynte å sammenlikne sin familie med venners familier. Det var ikke vanlig at det ble snakket om lidelsen i familien. Flere av barna oppga skamfølelse i ft forelderens psykiske lidelse og bekymring for andres fordømmelse. Andre stressende faktorer som barna opplevde som minst like belastende som forelderens psykiske lidelse var sosio-økonomiske forhold som dårlig økonomi, gjentatte flyttinger, samt konflikter og skilsmisse mellom foreldrene som medførte tap av kontakt med far. I tillegg var det en del av barna som hadde skyldfølelse og mente de medvirket til foreldrenes lidelse. Kun et fåtall av barna i denne studien hadde vært på besøk på psykiatrisk avdeling i fb med foreldrenes innleggelse(r) og visste lite om hva som foregikk der. En del av dem hadde bekymringer knyttet til innleggelsen(e) og forestillinger som var til dels feilaktige og skremmende. Det barna mente var viktig for barn i deres situasjon var: "å få mer hjelp", rådgivning, snakke om sin situasjon med noen de kunne stole på, ha venner, samt få informasjon om at det ikke var barnas skyld at foreldrene var syke.

En annen forklaring på at det finnes få opplevelsessstudier som går direkte til barna selv, i tillegg til at man ikke har hatt *fokus* på barn som pårørende i ulike voksentjenester som psykiatri og rus, kan være at det er vanskelig å rekruttere barn til slike undersøkelser. Almvik

og Ytterhus beskriver dette i sin rapport (2004), det samme gjør Jangås (2005), og selv jeg som arbeider i direkte kontakt med psykisk syke foreldre og barn i voksenpsykiatrien hadde problemer med å rekruttere barn til undersøkelsen (jf kap.3.6.3). For det første stiller Regional Etisk Komité (heretter forkortet til REK) svært strenge krav med hensyn til rekruttering og gjennomføring, for det andre er det uten tvil en sensitiv situasjon både for barn og foreldre å skulle delta i en slik undersøkelse. Med tanke på den tradisjonelle tabuiseringen samfunnet har hatt av psykiske lidelser sier det seg selv at det krever en stor porsjon mot og åpenhet hos foreldre å samtykke i at ens barn får intervjues om ens egen psykiske lidelse.

Evaluering av igangsatte tiltak i ft barn som pårørende vil imidlertid måtte foretas etter hvert som de etableres (jf. Aamodt og Aamodt, 2005), og da vil barns medvirkning i denne evalueringen i framtiden være helt nødvendig for å sikre kvaliteten av de ulike tiltakene.

2.2. Resiliensforskning

Her presenteres først et sammendrag av resiliensforskningen, og deretter en beskrivelse av funn knyttet til forskning om responser på foreldreadferd både hos barn av psykisk syke foreldre og hos barn av friske foreldre.

2.2.1. Beskyttende og belastende faktorer

Resiliens defineres av Michael Rutter (2000) som:

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

Borge (2003) sier i sin bok ”Resiliens – risiko og sunn utvikling”, at det er en enorm variasjon i barns reaksjoner på stress. Den ene ytterligheten er barn som bukker under og utvikler vedvarende psykopatologi. Den andre ytterligheten er barn som ser ut til å slippe unna problemer, og som til og med kommer styrket ut av sitt møte med stress og risiko. Siden Werner og Smith (1982) i 1955 startet sine longitudinelle studier av barn i risikosituasjoner på øya Kauai, Hawaii over en periode på mer enn 40 år, har interessen for studier av risiko og beskyttelsesfaktorer hos barn økt og utviklet seg videre. Werner og Smith oppdaget at enkelte barn utviklet seg tilfredsstillende og ble velfungerende voksne til tross for en rekke ulike risikofaktorer i sitt nære oppvekstmiljø. Internasjonal forskning på resiliens er videreført av bl.a.; Anthony, 1978; Antonowsky, 1979; Rutter og Quinton, 1984; Anthony and Cohler, 1987; Beardslee og Podorefsky, 1988, Rutter, 2000; og Masten, 2001. I Norge har bl.a.

Borge, 2003; Waaktaar og Christie, 2000; og Waaktaar, 2011, vært aktive i ft resiliensforskningen.

Waaktaar sier i sin artikkel ”Samme risiko – ulikt utfall” (2011) at resiliensforskere rundt 2000-tallet oppsummerte resultatene fra sine studier, og konkluderte med at beskyttelsesfaktorer var å finne på minst tre ulike nivåer: I individet selv, i familien og i omgivelsene for øvrig. Man fant ikke at faktorer virket positivt bare for en type risiko eller situasjon. De samme faktorene syntes å gå igjen over en rekke situasjoner. Waaktaar (2011) har listet opp en samling utviklingsfremmende / beskyttende faktorer hentet fra lister som ble utarbeidet på denne tiden (fra bl.a. Werner 1995; Rutter 2000; Masten 2001):

Individuelle beskyttelsesfaktorer:

- God intellektuell fungering
- Sosial kompetanse, lett temperament
- Tiltro til egne muligheter for å håndtere oppgaver og oppsatte mål, opplevd kompetanse, evne til planlegging.
- Egenverd, selvtillit
- Talenter
- Opplevelse av mening, tro

Familære beskyttelsesfaktorer:

- Nær relasjon til en omsorgsgivende forelderfigur (ikke nødvendigvis foreldre)
- Myndig foreldreatferd: varme, struktur, høye forventninger
- Sosioøkonomiske fordeler
- Kontakt med utvidede, støttende familienettverk

Miljø- og nettverksmessige faktorer:

- Bånd til prososiale voksne rollemodeller utenfor familien
- Tilknytning til prososiale organisasjoner
- Effektive skolemiljø

I tillegg kan tilføyes Beardslee’s nevnte faktorer (Beardslee og Podorefski, 1988) (jf kap 2.1.8): evne til å skille foreldrenes lidelse og virkelighetsoppfatning fra seg selv og sitt eget

liv, en klar forståelse av at de selv ikke er skyld i forelderens lidelse og situasjon, evne til empati med forelderen uten å la seg overvelde av situasjonen.

Waaktaar (2011) sier at spørsmålet om hva som er bestemt av arv (gener) og hva som er bestemt av miljø i dag utgjør den største forskningutfordringen innen dette feltet. Hun påpeker at barn som vokser opp sammen med foreldrene sine får både miljø og gener fra dem. Som eksempel nevner hun at selv om foreldres rusmisbruk i tid kommer før et barn får problemer, utelukker ikke det at genetiske egenskaper som barnet deler med foreldrene bidrar til både at foreldre ruser seg og at barnet får vansker. I følge Waaktaar kreves det helt spesielle forskningsopplegg for å kunne skille mellom arv og miljø i komplekse egenskaper som psykiske vansker og rusmisbruk, men også tilpasningsevne og motstandskraft hos mennesker. Waaktaar viser til Urie Bronfenbrenners bioøkologiske modell (Bronfenbrenner og Ceci, 1994) som et eksempel på en modell som forsøker å vise denne kompleksiteten: genetiske, fysiske, personlighetsmessige egenskaper hos personen, sammen med familiemessige forhold, forhold i skole, nærmiljø og vennekrets, samt samfunnsforhold, politiske strukturer og makroøkonomiske forhold påvirker alle hverandre gjensidig og bidrar til å styre enkeltmenneskets utvikling i positiv eller negativ retning over tid. Waaktaar peker på at det i arbeidet med de enkelte barn og deres familier er viktig å holde denne kompleksiteten oppe, og være seg bevisst at hvert enkelt barn og dets familie utgjør en helt unik kombinasjon av risiko- og beskyttelsesfaktorer. Hun sier at det blir praktikerens utfordrende oppgave å skaffe innsikt i og utnytte disse på best mulig måte i de aktuelle situasjonene.

2.2.2. Barns respons på redusert foreldrefungering

Forskning på barns respons på redusert foreldrefungering er del av resiliensforskningen.

Karen Glistrup, som har lang klinisk erfaring med familiesamtaler i voksenpsykiatrien, beskriver hvordan rollene i slike familier i kortere eller lengre perioder kan komme til å bli endret eller snudd på hodet ved at foreldrenes manglende evne til ansvarstaking og omsorg fører til at barna ofte går inn i rollen som "små voksne" (Glistrup, 2004). De tar i større eller mindre grad over foreldrenes rolle og funksjoner, i fravær av normal foreldrefungering. Glistrup sier at barna utvikler denne "kompetansen" fordi de må. De merker foreldrenes manglende nærvær, og de ser at den syke forelderen ikke klarer å ha omsorg for seg selv og resten av familien. De overtar ansvar for oppgaver de ser den voksne ikke klarer, og gjetter seg fram og fornemmer hva som er galt. Glistrup sier det er som om disse barna utvikler egne antenner som gjør dem i stand til å forstå hva den voksne trenger og til å forutse hvordan den

voksnes tilstand forandrer seg. Hun hevder at denne sensitiviteten tjener to formål: Den støtter barnet i dets behov for å være verdifull for den voksne, og den beskytter barnet mot de mange uforutsette tingene som ikke er til å unngå i dagliglivet. I sin streben etter å kompensere for foreldrene overser imidlertid barna sine egne behov. De ser ikke hvor deres egne grenser går og overskrider dem derfor gang på gang.

Solantaus, Punamäki og Beardslee (2002) undersøkte finske 12-åringer av normalbefolkningen for å finne deres responser på foreldres (normale forekomst av nedstemthet / dårlig humør). Begrunnelsen deres var at det var nødvendig å vite noe om barns respons på vanlige foreldres "naturlig forekommende" nedstemthet og dårlige humør for å kunne si noe om forskjellen på dem og barn av psykisk syke foreldre. Beardslees tidligere studier (Beardslee og Podorefsky, 1988) hadde vist høyere forekomst av følelsesmessig overinvolvering, skyldfølelse og unngåelse hos barn av psykisk syke foreldre. Studien av de finske 12-åringene viste at barna kunne grupperes i fire ulike hovedresponsgrupper på foreldres (naturlige forekomst av) nedstemthet: empati, følelsesmessig overinvolvering, likegyldighet og unngåelse. Barna i gruppene med overinvolvering og unngåelse som hovedresponsmønster skilte seg ut med en høyere forekomst av følelsesmessige og adferdsmessige problemer enn barna som hadde et responsmønster med empati eller likegyldighet. De overinvolverte hadde en langt høyere forekomst av skyld, angst og tristhet. De unngående hadde også mer depressive symptomer og mer utagering, og hadde i tillegg vanskelig for å sette ord på egne følelser og egen respons. De likegyldige lot seg i liten grad merke ved foreldrenes nedstemthet, (mulig pga liten forekomst og evt tildekking hos foreldrene, kommenterer forskerne) og responderte dermed heller ikke spesielt empatisk. Det som kjennetegnet de normalt empatiske var evnen til klart å skille på egne opplevelser og foreldrenes, til å være empatiske og prososiale uten å la seg overvelde av forelderens nedstemthet. Dette samsvarer med Beardslee og Podorefsky (1988). Konklusjonen til forskerne er dermed at evne til empati og samtidig metakognitiv evne til å skille sine egne opplevelser fra foreldrenes er beskyttende for barn, så vel i normalfamilier så som i familier med psykisk syke foreldre. De finner imidlertid langt flere overinvolverte og unngående barn i familier med psykisk lidelse hos foreldrene. Forklaring på hvorfor barna responderer slik de gjør finner de i foreldrenes holdninger overfor barna, som også ble undersøkt. I de familiene som hadde overinvolverte barn, var det diskrepans mellom foreldres og barns opplevelser både i ft hvor god foreldrefungeringen var og i ft opplevelsen av barnas psykiske plager ("distress"). Kommunikasjonen lot til å være mer dysfunksjonell og barna mer utrygge. I

familiene med unngående barn var det en negativ familieatmosfære relatert til lav grad av prososial adferd. Viktig støtte til disse barna / familiene blir derfor i følge Solantaus, Punamäki og Beardslee (2002) å støtte familiene i retning av bevisstgjøring av barnas behov og hjelp til bedre selvforståelsen hos barna ved å lære å sette ord på egne opplevelser og se foreldrenes adferd adskilt fra seg selv.

2.3. Teori om samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner

I barne- og familiesamtalene ved avdelingen* hvor undersøkelsen er gjort anvendes teori og metode hentet fra norske klinikere og teoretikere innen temaet barn og foreldre i vanskelige livssituasjoner. Andre voksenpsykiatriske avdelinger i Norge har ellers vært viktige forbilder med sin praksis i forhold til barn som pårørende og ulike samtaletilbud til barn og foreldre. Dette er spesielt psykiatrisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum, psykiatrisk avdeling ved Sykehuset Namsos og psykiatrisk avdeling ved Sørlandet sykehus. Dessuten det nasjonale nettbaserte kompetansenettverket for barn som pårørende, www.BarnsBeste.no. Når det gjelder teori og metode i forhold til barnesamtaler har avdelingen i første rekke brukt teori og metode fra Haldor Øvreeide, Kari Killén, og Magne Raundalen og Jon-Håkon Schultz som teoretisk fundament for praksis med barnesamtaler. Jeg vil her kort redegjøre for sentrale prinsipper i deres metoder som er relevante i denne sammenheng. Mer utdypende gjennomgang av samtalemetodiske teknikker er av omfangshensyn ikke mulig å ta med i denne oppgaven, og det henvises derfor til deres faglitteratur (Øvreeide 2009, Øvreeide og Hafstad 2011; Killén 2009 og 2010; Raundalen og Schulz 2006 og 2008).

2.3.1. Barns tilgang på språklig kode for sine erfaringer

Øvreeide har med bakgrunn i lang praksis og kliniske studier av samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner utviklet det han kaller en utviklingsstøttende samtalemetodikk til bruk i samtaler med utsatte barn og deres foreldre. (Øvreeide 2000; Øvreeide og Hafstad 2011) Metodene bygger på et utviklingspsykologisk grunnlag med særlig fokus på kommunikasjons- og systemteori. Han framholder familiesamtaler og samarbeidet med barnas foreldre som en viktig del av arbeidet med barna. Her velger jeg imidlertid å gå inn på det særskilte som han vektlegger i kommunikasjonen med barna. Elementer i kommunikasjonen med foreldrene er her utelatt av hensyn til oppgavens omfang, selv om det også er svært relevant kunnskap som vi anvender i vår praksis med foreldre- og familiesamtaler.

Øvreeide (2000, s.77) refererer til Stern (1985) i ft barns tilgang på språklig kode: "Når mennesker opplever psykologiske vanskeligheter, så er nettopp noe av problemet at det mangler ord for eller ikke klarer å sette ord på den erfaringen som ligger bak opplevelsen.

Man er blitt alene med en emosjonelt sterk erfaring som ikke er blitt omsatt i språk, og dermed ikke i fellesskap.” Øvreeide sier at det ofte er ordene og den intersubjektive opplevelsen som det gir å sette ord på erfaringen sammen med andre, som gir erfaringen virkelighetsstatus. Jo yngre barnet er, jo mer konkret og her-og-nå-bestemt er barnets språkforståelse. Barnets evne til å ta imot språk er større enn deres evne til selv å uttrykke seg i språk. Det er den voksne som benevner og setter ord på barnets erfaring etter som det vokser til. Språket kan altså være tilgjengelig for forståelse før barnet selv er i stand til å uttrykke seg gjennom det, og barnet kan gi uttrykk for gjenkjennelse av seg selv og sine erfaringer direkte uttrykt i språk. Barn som lever i utsatte livssituasjoner som for eksempel med psykisk syke foreldre kan (men ikke nødvendigvis) i større eller mindre grad leve med ubenevnt erfaring de ikke har fått utviklet språk for. Manglende involvering fra foreldre som har hovedfokus på seg selv og redusert fokus på barnet, fører til at barnets erfaringer blir ensomt og språkløst erfart og dermed også i stor grad ”ubevisste” erfaringer for barnet. Samtidig kan enkelte tema knyttet til psykiske lidelser som tidligere nevnt også være forbundet med skam og tabu. Det samme gjelder konflikter mellom voksne, rusmisbruk, vold og overgrep, hvilket hyppigere forekommer ved psykisk lidelse i familien. Når erfaringer i tillegg er tabubelagt vil barnet i enda mindre grad oppleve å få sine erfaringer benevnt og språklig tilgjengelig. Benevnelse av erfaringer og bevisst introduisering av språklige uttrykk er derfor et viktig element i en barne- og familiesamtaler med barn av psykisk syke foreldre i følge Øvreeide (ibid).

2.3.2.Samtalens hensikt

Øvreeide påpeker nødvendigheten av å avklare hvilken hensikt en barnesamtale skal tjene. Han skiller informasjonsgivende og støttende samtaler fra undersøkende samtaler. Undersøkende samtaler kan også tjene ulike formål, alt fra behandling og utredning til avdekking av problemer, omsorgssvikt og overgrep i barnevernssammenheng. I vår sammenheng med barn som pårørende har samtalen primært en informasjonsgivende og støttende hensikt. Med informasjonsgivende og støttende samtaler menes samtaler som direkte søker å dekke barnets umiddelbare og langsiktige behov for å mestre og forstå sin situasjon. Samtalen skal gi informasjon til barnet, og den skal utvide og bearbeide barnets forståelse av seg selv og det som skjer, her og nå og i et langsiktig perspektiv. Barnet skal kunne få bekreftet og gyldiggjort sin opplevelse og erfaring og få mest mulig forutsigbarhet i sitt liv. Dette er i overensstemmelse med Helsedirektoratets Rundskriv (2010) som kommenterer og utdyper lovteksten i forhold til barn som pårørende.

Øvreeide (2000) peker på at barn sjelden har et problematisert forhold til sine livsbetingelser. For barnet er disse betingelsene et "de facto" som det organiserer seg i, sier han. Barn tar den utviklingsstøtten de kan få, eller søker den umiddelbart beste løsningen under sine livsbetingelser. Han sier videre at det er først når barnet kommer opp mot ungdomsalder at det mer selvstendig kan formulere at det har sosiale eller psykologiske vansker, og forstår at det er sammenheng mellom livsbetingelser og opplevd problem og smerte. Men selv med forståelse er det i følge Øvreeide vanskelig for dem selv å ta initiativ til å snakke om sine smertefulle opplevelser og til å handle ut i fra sin forståelse. Initiativ til informasjonsgivende og støttende samtaler må derfor komme fra de voksne, sier han. Likeledes kan det være nødvendig at den voksne tolker og "tankeleser" barns behov og spørsmål, som et middel til å åpne opp for tema barnet selv ikke greier å presentere eller ta initiativ til. Dette kan gjøres bl.a. ved generalisering, som "Mange barn / ungdommer som opplever har sagt til meg at de tenker på føler at" osv. "Det er vanlig at barn.... når...." osv. Dette forutsetter naturligvis at man har en viss forhåndskjennskap til barnets situasjon. Killén (2009) tar også fram generalisering som middel til å ufarliggjøre tabuiserte tema som ikke tidligere er språkliggjort eller tematisert for barnet / ungdommen.

2.3.3. Inntoning

Et sentralt dialogisk prinsipp er i følge Øvreeide *emosjonell inntoning* (Øvreeide 2000; Øvreeide og Hafstad, 2011). Inntoning er i følge ham en grunnleggende kommunikasjonspraksis som formidler en gjensidig opplevelse av en jeg-du-kontakt. Det er evnen til å tone seg inn til følelser, tanker, intensjoner og behov hos den andre. Det er et stadig pågående forsøk på å mentalisere, å sette seg inn i den andres psykologiske tilstand. Det kan også være å forstå at barnet i øyeblikket er opptatt med noe annet og må respekteres for det. Det er en aktiv tilstedeværelse i den andres tilstandskvaliteter. Det er rundt dette dialogiske prinsippet at anerkjennelse, aksept og følelsen av å være verdifull oppstår for barnet, når det erfarer at det finnes en positivt interessert medlever, sier Øvreeide. En vesentlig nyanse ved den aktive inntoningen er at den har en hypotetisk og ikke endelig definerende karakter. Det er barnets respons på den voksnes mentalisering som er fasiten, noe som betyr at det er barnet eller dialogpartneren som eier definisjonsretten over sin egen tilstand (Øvreeide og Hafstad, 2011).

2.3.4. Deling av informasjon med barnets "viktige andre"

Øvreeide påpeker at barn trenger tid og repetisjoner for å kunne ta inn sentral informasjon om sin livssituasjon. Det kan derfor være hensiktsmessig å skille mellom samtaler med

informasjonsgiving og samtaler for bearbeiding, utdyping og konsolidering av den gitte informasjonen, mener han. Dette krever imidlertid gjentatte samtaler og kan være såpass ressurskrevende mht tid at det kan bli vanskelig å få gjennomført i ft barn som pårørende i voksenpsykiatrien, i hverfall slik situasjonen er i dag. Et viktig element er derfor å formidle informasjonen som barnet har fått til barnets ”viktige andre”, dvs andre voksne som barnet har nær og hyppig kontakt med. I tillegg til foreldre kan det være andre familiemedlemmer, eller som Killén (2012) også framhever, barnehageansatte og lærere som møter barnet i det daglige og som kan bidra med svært viktig omsorg og utviklingsstøtte for barnet. Øvreeide (2000) hevder i likhet med Killén (2012) at det ut i fra et utviklingspsykologisk perspektiv er helt avgjørende at de som har omsorgen for barnet får inngående kjennskap til barnets livsforhold og erfaringer og at de er kjent med den informasjonen som barnet selv har fått om sin situasjon, og at de får støtte til å bruke denne informasjonen i sin omsorg for barnet. Det vil bidra til at de aktuelle voksne i langt større grad får forutsetninger for å forstå eventuelle reaksjoner og endring i adferd hos barnet og dermed også gi det hensiktsmessig støtte.

2.3.5. Erkjennelse av risikosituasjoner og personalets ”overlevelsesstrategier”

Å erkjenne at barn befinner seg i en risikosituasjon mht omsorgssituasjon og psykisk helse, kan være utfordrende for de som møter familien i ulike sammenhenger, enten det er helsepersonell, skole- og barnehageansatte eller andre. Mange føler seg usikre på hvordan de skal snakke om og håndtere en slik situasjon (jf tidligere omtale av skam, kulturelle tabu og hjelperes egne overlevelsesstrategier).

Raundalen og Schultz (ibid) beskriver ulike former for kriser, og sier at det å leve med psykisk syke foreldre (avhengig av alvorlighetsgrad og øvrige livssituasjon) kan regnes inn under det de kaller for ”en skjult krise”. De sier at skjulte kriser er individuelle kriser, til forskjell fra kriser som kan ramme grupper av mennesker og gjerne omtales i det offentlige rom (som i krig, ved ulykker og naturkatastrofer etc). Skjulte kriser rammer den enkelte, ofte over tid. De mener det er to hovedgrunner til at de skjulte krisene ofte forblir skjulte: på den ene siden at familien det gjelder kan oppleve skam i ft sin situasjon, og på den annen side kan omgivelsene ha behov for å beskytte seg selv mot å bli involvert i situasjoner man frykter kan bli krevende. Kari Killén (2009) utdyper dette og sier at vi (både voksne generelt og barnevernsansatte og helsepersonell) har våre egne ”overlevelsesstrategier” i møte med barn som kan være utsatte for vanskjøtsel, psykiske, fysiske eller seksuelle overgrep, eller større belastninger av ulike slag. Hun viser til flere forskere som har funnet det de kaller en ”vanskjøtsel av vanskjøtselen” (”The neglect of neglect”, Wolock og Horowitz, 1984 i: Killén

2009), nemlig at vi vegrer oss for å erkjenne barns smerte og foreldres utilstrekkelighet. Dette vekker lett til live våre egne negative følelser og tidligere opplevelse av å svikte og bli sviktet, noe alle vil ha opplevd eller fryktet å oppleve til en viss grad i ulike situasjoner gjennom livet. Slike følelser er svært ubehagelige og noe vi vil forsøke å unngå, sier Killén. Samtidig sier hun at det å skulle mene noe om og handle i forhold til en eventuell risiko- eller omsorgssviktssituasjon i en familie, vekker angst og konflikt i oss med tanke på at det kan få store konsekvenser for familien. I voksenpsykiatrien står vi dessuten i en hjelper-rolle overfor foreldre, og vil lett kunne overidentifisere oss med dem ved at vi tillegger dem flere ressurser med hensyn til videreutvikling og problemløsning enn de har. Hun mener at dette framfor alt gjør seg gjeldende hos behandlere som befinner seg fjernest fra familiens hverdag, som voksenpsykiatrien. Vurderinger kan da baseres på avgrensede samtaler med foreldrene langt borte fra de dagligdagse situasjonene som provoserer og belaster dem, og der de legger for dagen andre reaksjoner enn de gjør i en beskyttet og kanskje omsorgsfylt samtale- og behandlingssituasjon. Killén (2009) understreker betydningen av å bevisstgjøre seg disse mekanismene gjennom tilgang på kunnskap og faglig veiledning, samt kollegial støtte og samarbeid i slike saker (ibid). Killén mener det er både å svikte barna og deres foreldre når vi ikke orker å forholde oss til virkeligheten slik den er og unngår å gå inn i familiens situasjon på en åpen og direkte måte. Bare ved å forholde oss til situasjonen slik den faktisk er, kan vi gi både barn og foreldre reell hjelp i en vanskelig livssituasjon.

2.3.6. Terapeutisk kommunikasjon med barn i vanskelige livssituasjoner

Raundalen og Schultz sier i sin bok "Krisepedagogikk" (2006) at kommunikasjon kan ha en terapeutisk effekt også innenfor en pedagogisk ramme, uten at siktemålet er terapi.

Terapeutisk kommunikasjon handler om å kommunisere med barn i kriser og vanskelige livssituasjoner ved å forklare, skape trygghet og veilede. Alternativet til ikke å bli oppdatert i en krisesituasjon er å befinne seg i en tåkeheim av fortellinger, omskrivninger, mistanke og dermed angstskapende uvitenhet, sier de.

Raundalen og Schultz (2006) beskriver fire sentrale elementer i barns selvforståelse som utgangspunkt for kommunikasjon med barn og unge i kriser og vanskelige livssituasjoner. Disse er: barnets behov for henholdsvis kontinuitet, klarhet, kontroll og refleksivitet.

Behovet for kontinuitet: Kontinuitet i tilværelsen er grunnleggende for å utvikle en stabil selvforståelse og identitet. Barn prøver å forstå og sortere tilværelsen og trenger da en viss grad av forutsigbarhet og kontinuitet for å greie dette. Når man skal snakke med barn som

opplever endring, brudd og uforutsigbarhet i sin verden, prøver man å skape sammenheng ved å snakke med barnet om hvordan det var før, hvordan det er her og nå, og hvordan det kan bli i framtiden, mens man samtidig bestreber seg på å bekrefte deres identitet og ”den de er” på tross av forandringene.

Behovet for klarhet: Barn trenger forklaring på sine opplevelser og blir usikre, forvirret og engstelig når voksne prøver å holde ting skjult for dem. Det er en tendens til at voksne i kritiske situasjoner prøver å skjule ting for barn, uttrykker seg uklart, og holder tilbake opplysninger. Selv om motivet kan være godt: man ønsker å skåne barna for det som er vondt, lar dette seg sjelden gjøre. Når situasjonene er skiftende, utfordringene og påkjenningene overveldende, og foreldre ikke lenger er som før – da oppstår det motsatte av klarhet og tydelighet inne i barnet, nemlig kaos. Det er da viktig å samtale med barnet, snakke om tanker og følelser, la barnet få lov å uttrykke og få ord på det som hender med dem, slik at opplevelsene på innsiden blir klarere, tydeligere og dermed mindre angstfylt. Å gi barnet god og løpende informasjon innebærer å delta i en prosess hvor åpenhet og ærlighet er retningsgivende.

Behovet for kontroll: Å få en forklaring, å forstå hvorfor noe skjer, og i den grad mulig få være med å bestemme noe eller delta aktivt i situasjonen, (for eksempel ved å komme på besøk når mor eller far er innlagt) er i følge Raundalen og Schultz en god måte å styrke barns opplevelse av at situasjonen er under kontroll.

Behovet for refleksivitet: Refleksivitet består av både en indre dialog, en samtale med seg selv, og evnen og muligheten til å reflektere sammen med andre. Språket strukturerer oppfatningen av virkeligheten og demper ubehagelige følelser som uklarhet og forvirring. Raundalen og Schultz sier at dersom vi gjennom innlevelse greier å hjelpe barn til å begynne å uttrykke det vonde og vanskelige, har vi også hjulpet dem til å ta et langt første steg i retning av å bedre sin selvforståelse og dermed sin mentale funksjon og helse, midt i en livssituasjon av stress og kaos.

2.4. Beskrivelse av tiltak i forhold til barn som pårørende i døgnavdelingen

De formaliserte tiltakene som har vært tilbudt og gjennomført i forhold til barn og foreldre ved døgnavdelingen* fra 2008 er følgende (og i henhold til lovendringene av 2010):

- **Kartlegging av pasienters barn** og deres omsorgssituasjon ved bruk av eget barneskjema i elektronisk pasientjournal når pasienten innlegges i døgn.
- **Samtale med pasienten med fokus på foreldrerollen:** Formidle kunnskap til foreldrene: hvorfor er det viktig å snakke med barna, motivering og mestringsfokus, forberede barne- / familiesamtale sammen med pasienten (og den andre forelderen / andre viktige omsorgspersoner).
- **Barne- / familiesamtale:** Gi barna mulighet til å se hvor far / mor er innlagt, gi individuell og aldersadekvat tilpasset info om forelderens sykdom og behandling, hvor lenge forelderen skal være innlagt, undersøke hvilke opplevelser barnet har, svare på spørsmål, ta opp tema som skyld, ansvar, roller voksen / barn, hvem skal hjelpe mor / far, hva er vanlig at barn m psykisk syke foreldre lurer på, finner vanskelig etc. Tilbud om gjentatt barnesamtale.
- **Samarbeid med 1.linjen / andre instanser:** Psykiatritjenesten i kommunen, helsestasjon, fastlege, barne- og familietjeneste, skole og barnehage, PPT, BUP – i enkeltsaker og på systemnivå mtp utvikling av samarbeidsrutiner for en helhetlig og sammenhengende tiltakskjede. Henvise pasient og barn til 1.linje / aktuell instans ved behov. Videreformidle sentral informasjon om familiens og barnets situasjon og hva som er blitt sagt til barnet i barnesamtaler i voksenpsykiatrien, - til andre viktige voksne i barnets hverdag.

3. Metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive og diskutere problemstillinger knyttet til valg av metode. Jeg vil også presentere teori som ligger til grunn for de ulike metodene. Metode er læren om verktøy som kan benyttes for å samle inn informasjon, også kalt data. Metode er et hjelpemiddel og ikke et mål i seg selv. Vidt definert er metode en framgangsmåte for å komme fram til ny kunnskap (Jacobsen, 2005).

Dette kapitlet tar for seg begreper som metode, vitenskapsteori, utvalg, datainnsamling, validitet, reliabilitet, datanalyse m.m. Særskilte metodiske og etiske utfordringer knyttet til bruk av barn som informanter tas opp i et eget underkapittel.

3.1. Vitenskapsteoretisk grunnlag

Ontologi er læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. I følge Jacobsen (2005) er en sentral debatt i ontologien debatten om hvorvidt sosiale systemer (mennesker som samhandler) består av lovmessigheter, eller om alt vi studerer er unikt. Ytterpunktene i denne debatten er representert ved positivismen som har sine røtter i naturvitenskapen, og fenomenologi og hermeneutikk som tar utgangspunkt i menneskers subjektive opplevelser og fortolkninger.

Fenomenologien tar utgangspunkt i menneskers subjektive opplevelser og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2009). Det er viktig at forskeren er åpen for erfaringene til informanten. Sentralt innen fenomenologien er å tilstrebe å forstå fenomener på grunnlag av de studerendes perspektiv, og å beskrive omverdenen slik den erfares av dem. Fenomenologien har som utgangspunkt at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter.

Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger (og holdninger) gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. En hermeneutisk tolkning legger vekt på at det ikke finnes en absolutt og egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det eller den vi studerer er en del av (Thagaard, 2009). Det legges vekt på tolkerens forhåndskunnskap om et tema (Kvaale og Brinkmann, 2010). Kvaale viser til Gadamer som innførte begrepet "for-dommer", og hevdet at all forståelse er avhengig av for-dommer, dvs at all forståelse bygger på en viss *for*forståelse av

sammenhenger og fenomener. Vi kan ikke prøve å finne ut av noe hvis vi ikke har noen forestilling om hva vi skal se etter. Vi er aldri helt ”blanke ark”. Man kan i følge hermeneutikken dermed aldri hevde å være helt nøytral eller objektiv i ft det man skal prøve å forstå eller finne ut av.

Holdningen til at fenomener kan tolkes og forstås på flere måter står i kontrast til den positivistiske tankegang som har vært den dominerende vitenskapsteoretiske forståelsen innen naturvitenskapelig forskning. Den har som mål å tilstrebe kunnskap basert på objektivitet og nøytralitet, dvs man tenker at det eksisterer gitte sannheter uavhengig av subjektive fortolkninger. Positivismen betrakter mennesket som et naturvesen og dets handlinger som en forklaring av årsak og virkning. Positivismen er opptatt av at menneskets handlinger er styrt av ytre påvirkninger og forsøker å forklare handlingene ved å finne fram til lover som gjelder mellom ytre påvirkning og handling.

En mer eklektisk tankegang har imidlertid etter hvert gjort seg gjeldende og hvor spørsmålet heller blir om hvilke metoder som best egner seg til hvilke forskningsformål enn om hvilken metode som er den eneste rette uansett (Bjørndal mfl, 2008). Kvalitative metoder kan være bedre egnet til forskning på menneskers opplevelser, på spørsmål om ”hvordan og hvorfor”, mens kvantitative metoder kan egne seg bedre til måling av utbredelse av fenomener, til å svare på spørsmål som ”om og hvor mye” (Bjørndal, Flottorp og Klovning, 2008).

3.2. Valg av forskningsmetode

Epistemologi er læren om kunnskap. Epistemologien tar for seg opphavet til og gyldigheten av vår kunnskap (Jacobsen, 2005). Hvordan og i hvor stor grad er det mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten. I positivismen er kriteriene for god kunnskap validitet, reliabilitet, objektivitet og generaliserbarhet. Standardiserte metoder basert på tallfesting og kvantitative målinger er i hovedsak verktøyene. Vitenskapens rolle innenfor et slikt paradigme er å bidra til framgang og utvikling i samfunnet. Med bakgrunn i den fortolkningsbaserte forståelsen (hermeneutikken) sees kunnskap som kontekstuell og kan bare evalueres i lys av den konteksten den er oppstått i. Dette åpner for og stimulerer til større metodisk fleksibilitet og kreativitet. Bl.a. åpner det opp for kvalitativt orienterte metoder der forskerens fortolkning av fenomenet som blir studert blir sentral. Forskerens tolkning, vektlegging og språklige ferdigheter vil som en følge av dette prege resultatene (Jacobsen, 2005).

Viktig ved bruk av kvalitative forskningsmetoder blir dermed at forskeren redegjør for sin faglige forforståelse når han eller hun skal forske på et fenomen. Videre at han / hun begrunner de valgene som tas underveis i forskningsprosessen og at alle trinnene i datainnsamlingen og analysen beskrives og tydeliggjøres, slik at leseren får mulighet til å vurdere kritisk det grunnlaget og de valgene forskeren har basert sine tolkninger på. Dette for å unngå at en selektiv fortolkning av data presenteres som udiskutable "sannheter" eller "bevis" for forskerens faglige og personlige oppfatninger. Nettopp faren for selektive fortolkninger er det kvalitative metoder har blitt mest kritisert for.

Da jeg ønsker å få vite noe om opplevelser og erfaringer til barn som har hatt en av sine foreldre innlagt i en psykiatrisk døgnavdeling, har jeg valgt å anvende kvalitativ metode. Dette fordi kvalitative metoder søker å gå i dybden og vektlegger betydning, personlige erfaringer og opplevelser, mens kvantitative metoder i større grad vektlegger utbredelse og antall. Thagaard sier (2009, s.12): "Kvalitative metoder egner seg godt til å studere personlige og sensitive emner som kan omfatte private forhold i personers liv. Når forskningsspørsmålene betinger et tillitsforhold mellom forsker og informant, kan kvalitative metoder være særlig velegnet." Hun sier videre at kvalitative metoder egner seg godt til studier av temaer som det er lite forskning på fra før, og hvor der derfor stilles store krav til åpenhet og fleksibilitet. Dette er viktig i denne undersøkelsen, hvor nettopp barns egne opplevelser er det jeg ønsker å få vite noe om. Som nevnt i innledningen er det foretatt mye forskning omkring konsekvenser i form av symptomer og fungering hos barn av psykisk syke foreldre. Mange voksne barn av psykisk syke har også bidratt med historier og opplevelser fra egen barndom, men det foreligger mindre forskning på barnas opplevelser - mens de fortsatt er barn og befinner seg i en situasjon med psykisk syke foreldre.

Thagaard (2009) hevder at en styrke ved kvalitative tilnærminger er at vi kan studere fenomener som det er vanskelig å få tilgang til ved andre metoder. Eksempelvis gir spørreskjema med standardiserte spørsmål og forhåndsdefinerte svaralternativer lite rom for individuelle variasjoner og nyanser i beskrivelse av opplevelser. De gir heller ikke mulighet for avklaring av eventuelle misforståelser og korrigerende oppklaringer slik et intervju kan gjøre. På den annen side innebærer kvalitative undersøkelser som oftest langt færre informanter enn kvantitative, slik betegnelsene også tilsier. Generaliserbarhet til andre innenfor den samme gruppen/populasjonen (her barn av psykisk syke foreldre som får døgnbasert behandling i spesialisthelsetjenesten) kan derfor pga utvalgets størrelse ikke hevdes på samme måte som ved en del kvantitative undersøkelser. En kombinasjon av

kvalitative og kvantitative metoder har etter hvert blitt vanligere (jf. eklektisk tankegang) pga fordelene med å kunne kombinere de ulike typene av data slik at de utfyller hverandre. Da vil man kunne få vite noe om både utbredelse og kvalitet. Av hensyn til masteroppgavens omfang lar dette seg ikke gjøre i denne undersøkelsen. Da kvalitet i form av nyansert informasjon om opplevelser er mitt hovedmål med undersøkelsen, blir derfor kvalitativ metode et naturlig valg.

3.3.Forskers faglige ståsted

Som sykepleier med tolv års erfaring fra psykiatriske døgnavdelinger og åtte års erfaring fra lindrende avdeling for kreftbehandling, har jeg i hele min arbeidstid jobbet i direkte kontakt med mennesker med ulike alvorlige lidelser. Denne nære kontakten med utsatte og sårbare mennesker har naturlig nok preget min forståelse for og utøvelse av helsefaglig arbeid, og da på en måte som har bevisstgjort meg pasientens opplevelsesperspektiv.

Min teoretiske bakgrunn fra sykepleierutdanningen hadde basis i bl.a. Katie Eriksons omsorgs- og sykepleieteori (Eriksson, 1988), med fokus på at omsorg skal ha et helsefremmende formål. Videreutdanningen til psykiatrisk sykepleier (2005) hadde sin vitenskapsteoretiske forankring i fenomenologi og hermeneutikk, mens helsesøsterutdanningen jeg tok noen år tidligere (2000) naturlig nok vektla et forebyggende og helsefremmende perspektiv med fordypning i helsevitenskaplig teori, som Aron Antonowsky's teori om salutogenese (Antonowsky, 1991) og Urie Bronfenbrenners utviklingsøkologiske psykologi (Bronfenbrenner og Ceci, 1994). Salutogenesens hovedfokus er å forstå og fremme menneskets aktive evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære. Bronfenbrenner vektlegger systemfokuset og er opptatt av at barnets utvikling må forstås i lys av at det inngår i komplekse sosiale og samfunnsmessige strukturer på ulike nivåer. Dette helsefremmende, forebyggende og systemteoretiske perspektivet samsvarer i stor grad med min faglige oppfatning. Med bakgrunn i helsesøsterutdanningen er jeg for øvrig tilhenger av økt åpenhet som forutsetning for en avstigmatisering og "av-tabuisering" av psykiske lidelser, med tro på helseopplysningens helsefremmende effekt på bred samfunnsmessig basis så vel som på individnivå i form av økt inkludering og informasjon til pårørende, deriblant også barn.

Med dette bakteppet forsker jeg på egen arbeidsplass' praksis. Det er på den ene side en metodisk utfordring mtp validitet – som hos alle forskere som leter etter bekreftelser eller "bevis" på egne antagelser og / eller praksis, mens det på den annen side er en fordel mtp

ervert kunnskap og kjennskap til forskningsfeltet gjennom mange års praksis.

Avhandlingens funn og fortolkning må derfor leses kritisk med tankt på mitt faglige ståsted (se for øvrig kap 3. om validitet).

3.4. Bruk av semi-strukturert intervju til datainnsamling

Som datainnsamlingsmetode har jeg valgt å bruke individuelle intervju, da det er å foretrekke framfor fokusgruppeintervju når temaet er av personlig og sensitiv karakter, som i denne studien: opplevelser i nære relasjoner, til foreldre (Bjørndal m.fl, 2008; Kvaale og Brinkmann, 2010; Thagaard, 2009). Å snakke om sine foreldres lidelse og egne opplevelser relatert til det, vil kunne være vanskelig for barn fordi det berører dem på et svært personlig plan. Når de først skal gjøre det, er det å anta at det for mange vil være lettere i en en-til-en situasjon enn i en gruppe med andre og fremmede barn. Intervju i gruppe ville sannsynligvis også lettere kunne sette dem i en lojalitetskonflikt mht det å "utlevere" sine foreldre til andre.

Jeg har valgt å bruke semi-strukturerte intervjuer med intervjuguide fordi man da i utgangspunktet strukturer eller styrer intervjuet med henblikk på hvilket *tema* man snakker om og hvilke områder innenfor dette tema man ønsker belyst og diskutert, men samtidig er åpen for at annen tematikk og nyanser av temaet som forskeren i utgangspunktet ikke var seg bevisst, kan komme fram underveis i intervjuet. Et semi-strukturert intervju er som Kvaale og Brinkmann beskriver (2010) verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, og som kan inneholde forslag til spørsmål. Som Killén sier (1988) er det glidende overganger fra fleksibilitet til struktur.

3.5. Særskilte hensyn ved bruk av barn som informanter

Bruk av barn som informanter stiller særskilte krav, både etisk og metodisk. Når tema for intervjuene i tillegg omhandler sensitive tema som her: foreldres lidelse og barnas opplevelse av det, skjerpes kravene til hvordan dette gjennomføres ytterligere. REK stiller strenge krav i så måte, med krav om detaljert redegjørelse for hvordan man planlegger å gjennomføre forskningsintervjuer med barn. Planlegging og gjennomføring av intervjuene i denne undersøkelsen har støttet seg på teori av Haldor Øvreeide (2000); Docherty og Sandelowski (1999); Killén (2009); Krähenbühl og Blades (2006); Christensen (i: Schultz Jørgensen og Kampmann, 2000); Eide og Winger (2003).

3.5.1.Samtalens / intervjuets formål

Øvreeide (2000) beskriver som nevnt i kap. 2.3.2 viktigheten av å klargjøre hvilket formål samtaler med barn er tenkt å tjene. I sin bok om ”Samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner” skiller han mellom to hovedformål: informasjonsgivende og støttende samtaler, og undersøkende samtaler. I barnesamtaler som tilbys barn som pårørende ved avdelingen* , er hovedfokus på informasjon og støtte, hvor som Øvreeide sier, formålet er å dekke barnets umiddelbare og langsiktige behov for å mestre og forstå sin situasjon. I intervjuene i denne undersøkelsen er hovedformålet å få mer generell kjennskap til barnets oppfatninger og erfaringer i fb med foreldres psykiske lidelse og innleggelse, samt deres opplevelse av hvordan de selv er blitt møtt som pårørende i denne sammenheng. Øvreeide understreker at når det gjelder undersøkende samtaler må de gjennomføres på en hensynsfull måte slik at vi best mulig ivaretar barnet i selve samtalen, selv om hovedformålet ligger utenfor det å bistå barnet i her-og-nå-situasjonen. Jf. Eide og Winger (2003) er et forskerintervju med barn er noe annet enn et politiavhør eller et psykologisk intervju. Målet er ikke å avdekke forhold mtp nødvendig inngripen i barnets liv, slik samtaler i barnevernssaker kan ha som formål. Barnet skal heller ikke undersøkes eller behandles som i utredning eller terapiøyemed. Intervjuet er pedagogisk vinklet mot spørsmål som barnet har kompetanse på, hvordan det selv opplever sin situasjon, her nærmere bestemt i ft foreldres psykiske lidelse og det å være barn som pårørende i voksenpsykiatrien.

3.5.2.Barns kognitive og språklige forutsetninger i intervjusituasjonen

Da dette bl.a. skal være en samtale/intervju om samtalen, forutsetter det i følge Øvreeide (e-post, 14 11 10) et metanivå, dvs en evne til å se en situasjon utenifra. Det krever en modenhet som gjør at man må opp i prepubertet å kunne få barna med på et mer strukturert intervju med et metaperspektiv. Han sier videre at det på lavere alderstrinn må bli spørsmål om å reaktivere hendelsen (her bl.a. barnesamtalen) på samme måte som en ellers kan arbeide med å få barnets erfaringer inn i dialog. Det vil si å skape grunnlag for spontane uttrykk og selvstendig fortellende sekvenser fra barnet ved en enkel reaktiverende beskrivelse av tid og sted. Deretter å analysere dette materialet ut fra målsetting og hypoteser.

Det er i følge Krähenbühl og Blades (2006) vanskelig å intervju små barn hvis man skal kunne være sikker på at informasjonen er riktig, nøyaktig og upåvirket av ytre omstendigheter. Med bakgrunn i dette, ble barn i aldersgruppen 12-18 år valgt som målgruppe i undersøkelsen. Docherty og Sandelowski (1999) anbefaler på bakgrunn av forskning rundt intervjumetoder for barn å begynne med åpne ”free recall” - spørsmål, for deretter å følge opp

med mer spesifiserte og avklarende spørsmål. Spørsmålene bør være mest mulig åpne og minst mulig spesifiserte eller lukkede (ja-nei-spørsmål) for at barna skal kunne komme med sine tanker og opplevelser uavhengig av styrende spørsmål fra meg som allerede og nødvendigvis er en "forutinntatt" intervjuer. Dette muliggjør for barna i størst mulig grad å komme med det som er deres "eget", fra sitt eget unike perspektiv. Det kan være noe annet enn det jeg som intervjuer hadde forventet i forkant. Hvis man kun gir spesifiserte spørsmål til barna, gir det dem ikke rom for andre svar enn de man i forkant allerede hadde tenkt ut.

Docherty og Sandelowski (ibid) peker videre på viktigheten av at barna er godt informert før intervjuet om hensikten med intervjuet og rollene barnet og intervjueren skal ha i situasjonen. På den måten slipper barnet å bruke unødig energi på å spekulere på hva som forventes av dem og hvordan de skal forholde seg i situasjonen, noe barn ellers vil ha en tendens til å gjøre når de befinner seg i en fremmed situasjon med en voksen. Maktforholdet vil alltid være asymmetrisk i relasjonen barn – voksen, da den voksne naturlig nok har større kognitiv og verbal kapasitet og lengre livserfaring. Prinsipper for kontaktetablering i henhold til Killén (2009) og Øvreeide (2000) som vi benytter ved barnesamtaler, er viktige også i intervjusammenhengen mtp at barna skal kunne føle størst mulig grad av trygghet i situasjonen.

Selv om teoretikerne jeg her refererer til (med unntak av Øvreeide) hovedsakelig beskriver metoder og tilnærminger i samtaler med yngre barn (opp til 12 år), tenker jeg at det er relevant kunnskap også i møte med større barn. Barna i denne undersøkelsen varierer mye i alder, fra 12-19 år, og har som andre grupper av barn ulik grad av kognitiv modenhet og språklige forutsetninger. Da er det nyttig å kjenne til yngre barns kognitive fungering i en samtalsituasjon, for å kunne tilpasse samtalen til det enkelte barns individuelle og modningsmessige forutsetninger. Min erfaring fra mange barnesamtaler med å tilpasse informasjon og samtale til alder og individ, basert på Øvreeide (2000); Øvreeide og Hafstad (2011); Killén (2009 og 2010) og Raundalen og Schultz (2006 og 2008) har vært til hjelp i intervjusituasjonene.

3.5.3. Mulige konsekvenser for barnet

REK krevde før oppstart av undersøkelsen at det skulle være en beredskapsplan på grunn av en viss risiko for at barna kunne få negative reaksjoner i etterkant av intervjuene. Dette med tanke på at vi skulle samtale om sensitive og vanskelige tema som berører dem på et svært personlig plan. Tilbud om oppfølgingssamtale med intervjuer ble derfor gitt i forkant, i likhet

med tilgjengelig psykologberedskap om nødvendig. Av de 12 barna som deltok var det ett barn som ba om oppfølging. Hun ønsket at jeg skulle snakke med hennes foreldre om et tema som opptok henne og som hun ikke ville snakke med foreldrene om selv. Dette fulgte jeg opp, og hun uttrykte tilfredshet med dette i etterkant. Hos flere av de andre barna kom det i løpet av intervjuet fram at det var ting de ikke forsto ved foreldrenes lidelse, noe de var usikre på mht egen rolle, ting de lurte på, men ikke hadde spurt om tidligere, eller tema som gjorde dem spesielt berørt. I disse tilfellene valgte jeg av etiske hensyn å følge opp dette umiddelbart, enten under eller rett etter intervjuene, avhengig av alder og situasjon. Når et barn åpenbart uttrykker at hun eller han enten tror de har skyld i forelderens lidelse, er belastet med sterk skamfølelse eller liknende, ville det være uetisk å fortsette intervjuet uten å oppklare eller samtale støttende om det som berører dem. Når slike situasjoner oppsto, valgte jeg derfor å la intervjuet gli over i støttende samtale. Hvis det virket ok og naturlig for barnet fortsatte vi deretter intervjuet. Til noen av barna ga jeg mer informasjon etter at vi avsluttet intervjuet og skrudde av lydopptaket. Det var hvis de selv uttrykte at de ønsket å vite mer om for eksempel psykisk lidelse, symptomer, behandling eller lignende. Dermed ble intervjuene i større eller mindre grad *samtaler* som beveget seg mellom intervju på den ene siden og støtte og informasjon på den andre. Selv om en forsker ikke skal være terapeut eller hjelper i intervju- eller undersøkelsessammenheng, ville det vært uetisk og uforsvarlig å fortsette et strukturert intervju med forhåndsdefinerte spørsmål uten oppfølging av tema som var viktige for barnas velbefinnende. Fleksibilitet mht intervjuets forløp var imidlertid som nevnt også planlagt og beregnet i forkant.

Selv om samtaletemaet kan være av sensitiv karakter og man kan tenke seg at negative konsekvenser kan følge av det, kan det likeså godt hende at barn opplever det positivt og føler seg i en betydningsfull posisjon ved å bli intervjuet. Det er mitt inntrykk at det snarere var det som var tilfelle i intervjuene som ble gjennomført. Som Eide og Winger (2003) sier kan barna fortelle oss noe vi faktisk ikke vet, og få mulighet for å gi uttrykk for synspunkter, erfaringer og følelser. Å fortelle om hvem du er, - om du blir sett, hørt og forstått, kan være noe av det viktigste for å skape identitet, selv om det er en sårbar og vanskelig prosess. Det krever imidlertid innsikt og ydmykhet fra den voksnes side. Christensen (I :Schultz og Kampmann, 2000) som kan vise til lang erfaring fra forskning med barn som informanter bekrefter dette: ”Måske er det enda lettere at stille spørsmål om de alvorlige og svære emner, forudsatt det lykkes at få etableret en kontakt med barnene. Min erfaring er at barn gjerne vil interviewes om disse forhold, og at de opplever det som både meningsfuldt og betydningsfuldt at blive bedt

om at uttale sig. Mest av alt fordi de har et brændende ønske om at blive synlige, de vil gerne have, at der er en voksen (og nok også gerne en fremmed voksen), der ser og hører dem.” (ibid, s. 276). Flere av de eldste barna sa i intervjuet at de syntes det var bra å kunne ”bidra” med noe til andre barn i deres situasjon eller liknende. Ingen tilkjennega at de hadde opplevd intervjuet negativt, vanskelig eller ubehagelig på noen måte, selv om barn ikke nødvendigvis vil gi en slik tilbakemelding av hensyn til den voksne.

3.5.4. Forhold ved intervjuer som kan påvirke samtalen med barnet

Å arbeide tett innpå barn i vanskelige livssituasjoner er utfordrende ved at det kan vekke sterke følelser i oss selv. Vi kan komme til å oppleve at barn appellerer intenst til støtte og omsorg i oss. Øvreeide (2000) sier at det kan være vanskelig å holde en hensiktsmessig emosjonell distanse til barnet, tilpasset den enkelte situasjon, mtp barnets forutsetninger og tidvis udekkede behov. Vi kan også ha stereotype og holdningsbaserte oppfatninger av barnets situasjon, og vi kan berøres av tema som generelt vekker sterke følelser når man utsettes for dem, som tap av relasjoner, dødsfall med mer. Det kan ellers være temaer som vi selv har spesielle erfaringer med: dominerende foreldre, alkoholmisbruk, mobbing etc. Øvreeide sier at det derfor er viktig at vi har kontakt med og oversikt over våre egne følelsesmessige reaksjoner i ft barnet og til trekk ved dets situasjon, slik at vi kan styre våre uttrykk for de følelser vi har overfor barnet og dets reaksjoner. Barn er vare på voksnes uttrykk og reaksjoner og vil ofte forsøke å tilpasse seg den voksne. Øvreeide (2000) sier at vår evne til emosjonell inntoning og de emosjonelle signalene vi gir i dialogen med barn kan være avgjørende for samtalen utvikling. Han sier bl.a. at det å gi sterkere emosjonelle signaler til barnet på samtalen tema enn det barnet selv gir oss tegn på, vil kunne lede barnet til å konstruere sin virkelighet mer på basis av sin forventning til oss enn på sin egen erfaring.

I intervjuforløpene opplevde jeg gjentatte ganger at barnets situasjon eller opplevelser appellerte til omsorg i meg. Det er en reaksjon jeg gjenkjenner fra øvrige barnesamtaler.

3.6. Utvalg

Her beskrives type utvalg av informanter som er brukt i undersøkelsen, nødvendige avgrensninger av utvalget, rekruttering av informanter og variabler ved det aktuelle utvalget informanter.

3.6.1. Tilgjengelighetsutvalg

Kvalitative studier baserer seg som regel på strategiske utvalg, det vil si at det velges informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i ft problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2009). Samtidig kan det være vanskelig å skaffe informanter når en studie omhandler personlige og sensitive temaer, slik tilfellet er i min undersøkelse. Da må man velge ut informanter som er villige til å være med i undersøkelsen, og man får et såkalt tilgjengelighetsutvalg (ibid). I min undersøkelse ble barn av tidligere pasienter ved den psykiatriske døgnavdelingen som er min arbeidsplass invitert. Dermed var utvalget allerede begrenset, da det kun finnes et gitt antall barn som er i denne situasjonen. På tidspunktet for undersøkelsens planlegging var dette tallet på rundt 170 barn.

3.6.2. Avgrensninger av utvalget

Av hensyn til de særskilte utfordringene som er knyttet til å intervju barn, valgte jeg i denne studien å avgrense utvalget til de litt større barna fra 12 – 18 år. Det ville ha vært interessant å undersøke de mindre barna også, da jeg i min jobb som barneansvarlig snakker like ofte med små barn i aldersgruppen under 12 år, som med de i alder 12-18 år i barne- og familiesamtaler. Imidlertid er det en vesensforskjell på det å snakke med barn når målet er å gi informasjon og støtte sammenliknet med det å skulle innhente informasjon (jf.kap.3.5.1). Etter aldersavgrensningen til 12-18-åringene krympet utvalget til om lag det halve.

Et annet utvalgshensyn jeg måtte ta, var at jeg av hensyn til undersøkelsens validitet måtte velge ut barn som hadde hatt kontakt med mine kollegaer (de øvrige 4 barneansvarlige ved avdelingen), og ikke barn som hadde vært i kontakt og samtaler med meg, da dette ville kunne påvirke utfallet av informasjonen som framkom i intervjusituasjonen ved at barna i større grad ville kunne vegre seg for å gi kritisk tilbakemelding. Dette var for øvrig et krav som også REK stilte for godkjenning av undersøkelsen. Dette diskuteres også nærmere i kapitlet om validitet og reliabilitet (kap.3.9). Utvalget krympet dermed ytterligere.

I utgangspunktet hadde jeg tenkt å avgrense utvalget til barn som hadde vært i kontakt med oss i løpet av det siste året før oppstart av undersøkelsen- med tanke på at det er en fordel at det er relativt kort avstand i tid til hendelsene de skal intervjues om. Da satt jeg igjen med en gruppe på ca 20 barn. I utgangspunktet hadde jeg et ønske om å intervju inntil 8 barn. Dette mtp at utvalgsstørrelse i kvalitative studier hvor man undersøker et tema (her opplevelser av foreldres psykiske lidelse og innleggelse) ofte vurderes i ft et ”metningspunkt”, dvs når studier av flere enheter ikke synes å gi ytterligere forståelse av de fenomenene som studeres. (Thagaard, 2009). Det er usikkert hvor et slikt ”metningspunkt” vil framkomme i en slik

studie, kan man bli nødt til å regulere dette underveis, dvs redusere eller øke antallet informanter. Flere enn 8 informanter tenkte jeg imidlertid ville bli for stort og omfangsrikt for en masteroppgave. Jeg var klar over at det kunne bli vanskelig å skaffe informanter, og beregnet derfor at jeg eventuelt ville bli nødt til å utvide tidsrammen for foreldrenes innleggelse til inntil 2 år tilbake i tid, da det var usikkert om jeg ville få positivt svar fra så mange som 8 barn når de nevnte avgrensningene var gjort. Dette måtte jeg også gjøre pga lav svarrespons innledningsvis. Både foreldrenes og barnas informerte samtykke måtte foreligge for en inkludering i undersøkelsen. Med en inkludering av barn som hadde vært i barnesamtale inntil 2 år tilbake, ble utvalget dermed utvidet.

Jeg ønsket i utgangspunktet å intervjuer både gutter og jenter, for å undersøke om deres opplevelser varierer fra hverandre. Imidlertid sier Thagaard (2009) at når vi definerer bestemte kategorier (her kjønn) som skal være representert i utvalget ("kvoteutvelging") i små kvalitative studier basert på tilgjengelighetsutvalg, vil vi ikke kunne trekke konklusjoner om at tendenser i utvalget er representative eller har gyldighet for populasjonen (her gutter og jenter som har psykisk syke foreldre), da utvalget ikke skjer via tilfeldig utvelging. Funnene i et slikt utvalg vil imidlertid kunne gi grunnlaget for å si noe om akkurat disse barna, og sammenholdes med tidligere forskning på liknende grupper, og evt danne utgangspunkt for videre studier.

De barna jeg møter i barnesamtaler har både samboende og enslige foreldre. Det er ofte en større utfordring for familien i de tilfellene hvor en enslig forelder har en psykisk lidelse. Jeg planla ikke å avgrense utvalget mht om barna hadde enslige eller samboende foreldre, da jeg vurderte det som for komplisert å ta hensyn til denne faktoren i tillegg.

Da mange av barna i det resterende utvalget besto av søsken (to-fem søsken) var jeg innstilt på å intervjuer søsken. Jeg planla å intervjuer dem hver for seg, da min erfaring fra barnesamtaler er at søskens opplevelser av foreldrenes lidelse og deres egen situasjon kan variere, både avhengig av alder, plass i søskenrekken, og individuelle faktorer. Videre for å unngå at de opplysningene de ga skulle "farge" hverandre (eks den yngste samtykker i det den eldste sier) og at det blir vanskeligere å gjøre egne individuelle refleksjoner for den enkelte hvis de ble intervjuet sammen med søsken.

Avslutningsvis, etter å ha gjort de nødvendige avgrensningene i ft utvalg, diskuterte jeg utvalget med mine fire barneansvarlige kollegaer. Dette gjorde jeg vet at jeg henvendte meg til de respektive av de fire barneansvarlige som jeg visste hadde gjennomført barnesamtalene

med de aktuelle barna og deres foreldre. Begrunnelsen for dette var at det var viktig å avklare om det var noe som tilsa at jeg *ikke* burde invitere noen av barna. Dette kunne for eksempel være om vi på bakgrunn av vår kjennskap til foreldrenes psykiske lidelse, atferdsmønster og foreldrefungering fryktet at en invitasjon og / eller deltagelse i undersøkelsen på noen måte ville kunne føre til at forelderen la noe press på eller krav til barnet i fb med en eventuell deltagelse. Dette er uansett ikke noe man kan forsikre seg mot, men vi tenkte at en slik felles vurdering ville kunne redusere risikoen for det, og diskuterte derfor hver enkelt familie før jeg sendte ut en invitasjon til deltagelse. De fire barneansvarlige som deltok i denne vurderingen var navngitt i søknaden til REK og begrunnelsen for vurderingene ble godkjent. Etter en felles vurdering satt jeg igjen med om lag 20 / 35 barn (avhengig av tidsaspektet om avstand i tid siden deltagelse i barnesamtale) som var aktuelle å invitere.

3.6.3.Rekruttering av barn til deltagelse i undersøkelsen

Jeg laget to ulike invitasjoner til deltagelse i undersøkelsen, én til foreldrene og én til barna, med informasjon om undersøkelsens formål og innhold (se vedlegg 5 og 6). Etter at REK hadde godkjent min søknad om prosjektgjennomføringen (se vedlegg 1,2 og 3), sendte jeg ut invitasjonene pr post adressert til tidligere pasienter ved døgnavdelingen som hadde barn som befant seg i det potensielle utvalget. Vedlagt forsendelsen med invitasjon og informasjon til foreldrene var også invitasjonen til deres barn, som de – gitt at de samtykket i at deres barn ble invitert – skulle gi videre til barna. De ble deretter bedt om å ta kontakt med meg pr telefon, e-post eller post. Det var svært lav respons. Kun én forelder tok kontakt og sa at hennes to barn som befant seg i alderen 12-18 år hadde samtykket til å delta. Noen få foreldre svarte nei via e-post med ulike begrunnelser, de øvrige foreldrene (flertallet) svarte ikke på henvendelsen. Jeg sendte deretter ut invitasjoner til nye foreldre. Fortsatt var det ingen positiv respons. Jeg diskuterte den lave svarresponsen med de øvrige barneansvarlige og min kollegaveileder, og vi var enige om at en skriftlig forespørsel til til dels alvorlig psykisk syke foreldre var problematisk. Det er et kjent fenomen at skriftlige besvarelser på forespørsler om deltagelse i undersøkelser har en lav svarprosent hos friske personer. Derav er det ikke vanskelig å forstå at svarprosenten ble spesielt lav hos personer med en psykisk lidelse. Både foreldrenes egen symptombelastning så vel som den spesielt sensitive situasjonen det er å skulle la sine barn intervjues om opplevelsen av ens egen lidelse, kan forståelig nok oppfattes som for belastende. Jeg søkte deretter REK om å få tilby barna et gavekort på 300 kr som belønning for deltagelse, i håp om at det da kunne bli mer attraktivt å delta. REK svarte positivt på henvendelsen, og jeg kunne sende ut nye invitasjoner med tilbud om gavekort for

deltagelse. Da fikk jeg straks flere positive svar og satt plutselig med hele 12 barn som sammen med sine til sammen 6 foreldre (som var tidligere pasienter) hadde sagt ja til å delta i undersøkelsen. Dette var i utgangspunktet 4 barn mer enn det jeg hadde planlagt, og i overkant mye av hva en mastergradsundersøkelse kan romme. Imidlertid fant jeg det etisk problematisk å skulle takke nei til noen av barna *etter* at de nå hadde svart ja til deltagelse. Med bakgrunn i den lave svarprosenten innledningsvis hadde jeg sendt ut for mange nye invitasjoner som nå plutselig ble besvart positivt. Jeg besluttet derfor å inkludere alle de 12 barna som nå hadde sagt ja til deltagelse, til tross for at jeg forsto at dette ville medføre en svært stor datamengde å bearbeide innenfor rammene av en mastergradsundersøkelse.

3.6.4. Variabler ved utvalget

Etter rekrutteringsprosessen var dermed 12 barn inkludert i undersøkelsen. Det var 6 jenter og 6 gutter i alder 12 – 19 år. Den eldste hadde på intervju tidspunktet akkurat fylt 19 år, men hadde ved tidspunktet for barnesamtalen vært 18 år, og ble derfor inkludert (etter eget ønske). Medianalder var 15,5 år. Kjønnsmessig fordelte de seg relativt likt med hensyn til alder.

Åtte av barna hadde en forelder med psykoselidelse, fire av barna hadde en forelder med ustabil personlighetsforstyrrelse. De 12 barna var fra 6 ulike familier, hvorfra holdsvis ett, ett, to, to, tre og tre barn deltok i undersøkelsen. (3 av familiene hadde flere barn enn de som deltok, men disse befant seg utenfor målgruppen i alder.)

Alle barna hadde én forelder med en psykisk lidelse og en frisk forelder (så vidt intervjuer bekjent). Ingen av barna i utvalget hadde selv en diagnostisert psykisk lidelse og mottok dermed heller ingen psykiatrisk behandling.

Ti av de tolv barna hadde foreldre som ikke levde sammen. Av disse bodde syv barn enten på heltid eller deltid sammen med sin syke forelder, mens tre kun bodde hos sin friske forelder. Seks av barna hadde en forelder som hadde hatt en psykisk lidelse fra barna var svært unge, dvs fra de var i babyalder til førskolealder (0-6 år). Dette var fem barn av en forelder med psykoselidelse og ett barn av en forelder med ustabil personlighetsforstyrrelse. Tre av barna hadde en forelder som hadde utviklet en alvorlig psykoselidelse etter de var fylt 12 år. De øvrige tre barna hadde en forelder med ustabil personlighetsforstyrrelse, hvor foreldrene kom i behandling og ble diagnostisert første gang etter barna var fylt 12 år. Denne lidelsen / personlighetsproblematikken er imidlertid som regel til stede fra ung alder, da det er relativt etablerte og vedvarende personlighetstrekk hos en person, men kan forverres i fb med kriser og belastninger og dermed utløse behov for behandling. Dette var tilfelle hos foreldrene til tre

av barna. Hos det fjerde barnet som hadde en forelder med ustabil personlighetsforstyrrelse, hadde lidelsen vært framtrødende fra barnet var i førskolealder, og forelderen hadde hatt gjentatte innleggøelser over mange år.

3.7.Datainnsamling

Her beskrives rammene rundt selve intervjusituasjonen, utforming av intervjuguide, forløpet av intervjuene, samt transkriberingen av lydopptakene fra intervjuene.

3.7.1.Rammer rundt intervjusituasjonen

Intervjuene fant sted i familieeileiligheten ved det aktuelle DPS'et. Det var fordi barna var kjent med plassen fra da de deltok i barnesamtaler i fb med foreldrenes innleggøelse.

Familieeileiligheten ligger i et eget lite hus og man kan være der uforstyrret og atskilt fra resten av avdelingen. Jeg gjorde avtaler med foreldrene vedrørende tidspunkt og transport. Noen fulgte barnet selv, mens noen ba meg transportere barnet med bil (hvilket alle fikk tilbud om). Ingen av foreldrene var til stede under intervjuet, kun det aktuelle barnet og meg.

Jeg brukte lydopptak under intervjuene, hvilket barna og foreldrene var informert om på forhånd. Dette for å kunne transkribere og gjengi intervjuene så nøyaktig som mulig i etterkant. Barna fikk informasjon om at de kunne ta pauser underveis, at de kun trengte å svare på det de ville, at de kunne avbryte og avslutte underveis uten at det fikk noen konsekvenser for dem. De ble servert frukt og noe å drikke. Det ble brukt ulik grad av tid på kontaktetablering før vi startet lydopptaket, vurdert ut i fra hvor trygg og rede hvert enkelt barn lot til å føle seg i ft intervjusituasjonen.

3.7.2.Intervjuguide

En intervjuguide med spørsmål knyttet til de tema jeg var interessert i å finne ut av ble utarbeidet i forkant av intervjuene. (se vedlegg 7) Jeg fikk de øvrige barneansvarlige og min kollegaveileder til å lese gjennom og gi tilbakemelding på spørsmål og tema. En utenforstående 17-åring ble i tillegg brukt som "pilot" for å vurdere språkbruk og spørsmål i intervjuguiden ut i fra et tenåringsperspektiv. Det samme gjaldt utformingen av invitasjonen til barna om deltagelse i undersøkelsen. REK måtte også godkjenne intervjuguiden i forkant. Flere endringer ble gjort som følge av de andres vurderinger. Intervjuguiden var som nevnt tenkt å være veiledende med tanke på tema, men fleksibel i ft hvert enkelt barns respons. Som beskrevet i innledningen var barnas respons i intervjuene medvirkende til at jeg utvidet problemstillingen til å innebefatte deres opplevelse av foreldrenes psykiske lidelse som sådan,

da det åpenbart ikke var naturlig for dem å skille dette temaet fra deres opplevelse av foreldrenes innleggelse(r) og barnesamtalen.

3.7.3. Forløp av intervjuene

Det var stor variasjon i ft hvor lenge og mye barna snakket. Fra 25 – 70 minutter, fra 2600-10 000 ord (inkludert intervjuers ord). Noen av barna snakket lett og til dels uoppfordret, mens andre var mer fāmælte. Noen var assosiasjonsrike, andre mer strukturerte og konsise. De ulike barna framsto som forventet og som normalt i de fleste (barne)grupper med varierende temperament og personlighetstrekk. Søsken kunne ha ulike opplevelser og ulike beskrivelser av sin situasjon. (Beskrives i kap 4.1, 5.1, 6.1, 7.1 om funn). Som Kvaale og Brinkmann sier (2010), starter analysen av data allerede i selve intervjuet med oppsummeringer, kontroller og bekreftelser for å avklare med informanten om man har forstått utsagnene rett. Dette ble etter beste evne forsøkt gjennomført av intervjuer. Hyppige oppsummeringer og gjentakelser av barnas utsagn mtp å få deres bekreftelser eller avkreftelser på om jeg hadde forstått deres utsagn og opplevelser riktig. De ble også spurt om det var noe de ikke hadde fått spørsmål om som de ønsket å formidle.

3.7.4. Transkribering av lydopptak

Etter at intervjuene var gjennomført, transkriberte jeg lydopptakene av de 12 intervjuene ordrett. Jeg inkluderte i teksten også korte beskrivelser av adferd med kommunikativ verdi som feks talepauser, nøling, smil, latter, tårer, eksempelvis: *bøyer hodet og ser ned, får tårer i øynene, ler og rister på hodet, himler med øynene, gestikulerer, mimer, dramatiserer* etc. Dette ut i fra egen erindring ved gjennomgang av lydopptakene, mtp at det ga utfyllende mening til barnas verbale utsagn. Den samlede transkriberte teksten utgjorde 170 sider tekst.

3.8. Analyse av data

Etter transkribering av intervjuene gjennomførte jeg en innholdsanalyse av hvert enkelt intervju. I følge Lundman og Graneheim (2008), er fokus i kvalitativ innholdsanalyse å beskrive variasjoner gjennom å identifisere forskjeller og likheter i tekstinnhold. Killén (1988) viser til at analyse av kvalitative data innebærer at rådata komprimeres, kategoriseres og analyseres, og deretter transformeres til tema på et høyere abstraksjonsnivå. Jeg strukturerte først hvert enkelt intervju for seg i en tabell for innholdsanalyse. (jf Lundman og Graneheim, 2008). Nedenfor en beskrivelse av denne prosessen ved et eksempel (se for øvrig eksempel på tabell for innholdsanalyse (vedlegg 8):

Jeg skilte først ut naturlige og betydningsbærende meningsenheter fra den transkriberte teksten. Dvs utsagn som gir mening når de står for seg selv, og som var relevante i ft innhold, ved at de sa noe om barnets opplevelser. (eksempel: **"Hun sa rare ting. Hun sa at hun kom til å dø. Hun hadde egentlig ikke noen forklaring for det. Hun husket ikke på at hun hadde sagt det engang. Når hun er på det verste husker hun aldri hva hun har sagt etterpå."**)

I neste tabellkolonne kondenserte (sammenfattet) jeg teksten fra meningsenhetene. (samme eksempel: **"Hun sa rare ting. Hun sa hun kom til å dø. På det verste husker hun aldri hva hun har sagt etterpå."**)

Deretter plasserte jeg disse (kondenserte utsagnene) i grupper som sub-kategorier etter likhet i innhold. (samme eksempel: **avvikende og skremmende adferd**).

Sub-kategoriene ble så satt inn under passende hovedkategorier, også etter tilhørighet i ft innhold. (samme eksempel: **avvikende, uforutsigbar adferd hos foreldrene**).

Denne hovedkategorien tilhører forskningsspørsmål 1: Hvordan opplever barna foreldrenes psykiske lidelse?

Da jeg hadde sortert funnene fra hvert intervju etter samme mal, sammenstilte jeg disse i *en felles tabell* for alle barna. Her ble alle utsagn fra alle barna tilhørende bestemte sub-kategorier og hovedkategorier sammenstilt, tilhørende de ulike forskningsspørsmålene. De mest sentrale funnene ble (jf Killén, 1988) deretter transformert til tema på et høyere abstraksjonsnivå:

Kategorien "avvikende, uforutsigbar adferd hos foreldre" (med sub-kategoriene: avvikende, skremmende, ustabil og uforutsigbar adferd, utilgjengelighet, konflikter mellom foreldre) og kategorien "følelsesmessig belastning" (med sub-kategoriene: bekymring, redsel, tristhet, savn, skyldfølelse, skam, konsentrasjonsvansker) – som var funn fra forskningsspørsmål 1, ble abstrahert til temaet: Barna som med-lidende - barnas opplevelse av foreldres psykiske lidelse, med sub-tema: Barna ser foreldrenes lidelse, og Barna lider med sine syke foreldre.

Kategoriene "opplevelse av å hjelpe og beskytte foreldrene" (med subkategoriene: hjelpe, beskytte, prioritere, ha forståelse for), "avmakt" (med subkategoriene: avmakt, resignasjon, unngåelse), "tilpasning"(subkategori: aksept og tilpasning), og "støtte" (med subkategoriene: familie, venner, lærere og andre viktige voksne, aktiviteter, bli behandlet som alle andre) – som var funn fra forskningsspørsmål 2, ble abstrahert til temaet: Ansvar og avmakt – barnas

respons på foreldrenes psykiske lidelse, med sub-tema: Barnas forsøker å ivareta sine syke foreldre, Barna kommer til kort, Barna tilpasser seg, Barna søker støtte.

Kategoriene ”fravær av forklaring og informasjon i tidlig barndom” (med subkategoriene: fravær av forklaring og informasjon, følelsesmessig belastning som følge av innleggelse i tidlig barndom), ”tillit til innleggelse og behandling” (med subkategoriene: tro på at innleggelse hjelper, opplevelse av at mor/far blir bedre), ”følelsesmessig belastning som følge av forelders innleggelse” (med subkategoriene: bekymring, redsel, tristhet, skam) og ”kritikk til behandlingen” (med subkategoriene: kritikk og mistillit, å ikke bli hørt) – som var funn fra forskningsspørsmål 3, ble abstrahert til temaet: I spenningsfeltet mellom bekymring og håp - barnas opplevelse av foreldrenes innleggelse(r), med sub-tema: Barna holdes utenfor, Barna håper og tror, Barna bekymrer seg, Barna blir ikke hørt.

Kategorien ”positive opplevelser av barnesamtalen” (med subkategoriene: å få en forklaring, å få komme og se, å få snakke med personalet alene, direkte og udramatisk språk, slippe å spørre, slippe å be) – som var funn fra forskningsspørsmål 4: barnas opplevelse av barnesamtalen, ble transformert til temaet: Barna vil inkluderes - barnas positive opplevelser av barnesamtalen, med subtema: Å få en forklaring: barna søker sammenheng, Å få komme og se: virkeligheten som mindre skremmende enn fantasien, Å få snakke med personalet alene: å gjøre det mulig for barna å snakke om det de har på hjertet, Klar tale: språket som mulighet og begrensning, Slippe å spørre, slippe å be: den voksnes som ”tankeleser”.

Kategorien ”mangelfulle eller negative opplevelser av barnesamtalen” (med subkategoriene: barnslig språk, for få samtaler, manglende årsaksforklaring, for vanskelig å måtte ta initiativ til samtale selv) – som også var svar på forskningsspørsmål 4: barnas opplevelse av barnesamtalen, ble transformert til temaet: Barna klager ikke og ber ikke: Barnas opplevelse av barnesamtalen, med subtema: Å møte barnet som individ: inntoningens betydning, Barna melder ikke sine behov: den voksnes ansvar å invitere, Barna tåler sannheten – hvis de voksne gjør det.

Disse temaene blir i kapitlene 4.2, 5.2, 6.2, 7.2 diskutert i forhold til tidligere forskning og teori (jf. kap.2).

3.9. Validitet og reliabilitet

Som Lundeman og Graneheim sier (2008) har all forskning til hensikt å finne ny kunnskap, men at det ofte ikke finnes kun én sannhet, men flere alternative tolkninger. Hvor ”sanne” funn eller resultater er, handler om gyldighet eller validitet. Et resultat anses i følge dem som gyldig, eller valid, hvis det løfter fram de karakteristika som er typiske for det det har til hensikt å beskrive. Kvaale og Brinkmann (2010) sier at å validere er å kontrollere, og at en metode er valid i den grad den undersøker det den faktisk skal undersøke. De sier at for å styrke gyldigheten av intervju, bør intervjuet omfatte en grundig utspørring om meningen med det som blir sagt, og en kontinuerlig kontroll av informasjonen som gis i form av en ”på stedet”- kontroll.

Troverdighet, eller reliabilitet, har med forskningsresultatene pålitelighet å gjøre. Kvaale og Brinkmann (2010) eksemplifiserer dette med i hvilken grad ulike intervjuere ville kommet fram til de samme svarene eller funnene, eller om deres måte å stille spørsmål på ville kunne ledet til ulike svar fra de samme informantene.

Jeg har i intervjuene prøvd å være bevisst på å kontrollere om jeg har forstått barnas utsagn riktig ved at jeg hyppig har gjentatt deres utsagn og spurt om jeg har forstått dem riktig. Et tegn på at de var trygge i intervjusituasjonen var at de ved flere anledninger korrigerer meg med utsagn som for eksempel: *”nei, ikke sånn..., men sånn...”* eller *”det var ikke akkurat det jeg mente, men mer at...”* og liknende. Jeg prøvde i størst mulig grad å stille åpne spørsmål ved innledning til ulike tema, for deretter å følge barnas initiativ og utsagn og få dem til å nyansere og spesifisere dem ytterligere. Når noen sa de ikke husket noe fra en situasjon, kunne jeg spørre om de hadde *”noen bilder i hodet av sykehus x?”* (for eksempel), og da kunne det komme et spontant svar som *”Jo! Jeg husker parkeringsplassen!”* *”Var du på parkeringsplassen på x?”* *”Ja, vi pleide å vente i bilen mens pappa fulgte mamma inn i det huset der”* osv. Noen tema kunne åpenbart bli vanskelig, for eksempel sa en gutt at han aldri hadde sett mor syk (mor har hatt en alvorlig psykoselidelse over mange år). Jeg gikk da videre med: *”Nei, så det har ikke du sett. Men mange andre barn kan ha opplevd å se mora eller faren sin syk...osv”* mtp at generalisering ofte virker avstigmatiserende og ”tillater” barn å åpne opp for egne erfaringer. Gutten i dette tilfellet kom da med en spontan beskrivelse av en opplevelse han hadde hatt av sin psykotiske mor *”Jeg husker en gang... at mamma satt og snakket til veggen....osv”* Når barna ga spesifikke og detaljerte svar vurderte jeg de utsagnene til å ha relativt stor verdi sammenliknet med mer generelle bekræftende eller avkreftende svar, som for eksempel *”Har du følt skyldfølelse i ft far noen gang...?”* *”Nei.”* Enstavelssvar ble

i størst mulig grad forsøkt utforsket, noen ganger med hell, andre ganger ikke. Et etisk hensyn å ta, var å ikke presse et barn til videre utdyping hvis et tema lot til å være vanskelig og barnet ”lukket av ” for videre utdypning – med nettopp enstavelssvar.

Et tiltak for å øke studiens troverdighet (reliabilitet), var at jeg som allerede nevnt (3.6.2) kun intervjuet de barna som hadde hatt kontakt og familiesamtaler med andre barneansvarlige kollegaer enn meg, - mtp å unngå at barna ble påvirket av at de kjente den som intervjuet. Målet var i størst mulig grad å unngå at barna kviet seg for å gi negativ tilbakemelding og skulle føle seg forpliktet til å gi positiv tilbakemelding. Fudge og Mason (2004) sier i fb med en studie hvor barn av psykisk syke foreldre ble intervjuet, at det er en svakhet når intervjuer om støttetiltak for disse barna gjøres av de samme som også har gjennomført disse tiltakene. De peker nettopp på det faktum at barn i en slik situasjon vil kunne vegre seg for å være kritiske og ha et ønske om å respondere slik de tror at intervjueren ønsker.

Vedr særskilte hensyn i ft barn som informanter forøvrig, se kap.3.5.

Vedrørende forskers ståsted og det validitetsmessig utfordrende ved å forske på egen arbeidsplass pga forutinntatthet og faren for selektiv tolkning (kap.3.3.), kan man tenke seg at det fra mitt faglige ståsted er en viss fare for at jeg vil kunne tolke og vektlegge barnas utsagn i en retning som bekrefter mine antagelser og oppfatninger. Etter å ha analysert tekstene med inndeling i kategorier, ba jeg derfor veileder for masteroppgaven og forsknings- og utviklingsleder ved DPS’et, som begge har erfaring fra forskning, og som ikke arbeider med foreldre og barn, om å lese gjennom de kondenserte tekstene og mine valg av kategorier og tema. Lundeman og Graneheim kaller dette for ”validering med hjelp av eksperter” (2008, s.169). Ved å få andres vurderinger sammenstilt med min egen vurdering, ville jeg prøve å øke studiens gyldighet / validitet og troverdighet / reliabilitet. De vurderte inndelingen i kategorier og de dertil valgte tema til å være rimelig og logisk ut i fra intervjutekstens meningsenheter.

3.10. Etiske aspekter

Søknad om godkjenning av prosjektet ble sendt til Regional Etisk Komité. De godkjente prosjektet under visse vilkår (se vedlegg 1,2,3). Endringer ble foretatt i henhold til deres bestemmelser, og deretter godkjent. Informasjon om undersøkelsen ble gitt skriftlig i invitasjonene til foreldre og barn (se vedlegg 5 og 6) og gjentatt muntlig før gjennomføring av intervjuene. Det ble her formidlet at de opplysningene de kom til å gi i intervjuet ville bli anonymisert og ikke kunne knyttes til dem og deres familie i studien i etterkant. Informert

samtykke fra foreldre og barn ble innhentet, også skriftlig (vedlegg 4). Vedrørende beredskapsplan med tanke på eventuelle negative opplevelser hos barna i forbindelse med intervjuet (et sensitivt tema), se 3.5.3.

Det var for øvrig en fordel i intervjuene at jeg har utdanning som helsesøster og at jeg i min stilling som psykiatrisk sykepleier og barneansvarlig har lang erfaring i å snakke med barn av psykisk syke foreldre og har en viss kjennskap til hvordan en del av dem kan oppleve sin livssituasjon og de vanskeligheter det kan innebære. Jeg er også kjent med foreldrenes psykiske lidelser og behandlingssituasjoner i en psykiatrisk døgnavdeling. Den erfaringen bidro til at det var lettere å gjennomføre intervjuene med barna på en måte som tok hensyn til deres sårbare situasjon og personlige integritet. Etiske aspekter er for øvrig kommentert fortløpende i hele kapittel 3.

3.11. Tidsplan og gjennomføring

Søknad til REK om prosjektgodkjenning ble sendt i januar 2011. Endelig godkjenning etter gjennomførte endringer forelå i mars. Invitasjoner til deltagelse ble sendt ut umiddelbart og fortløpende etter REK's godkjenning. Intervjuene ble gjennomført i perioden april - juni 2011. Ett intervju ble ved uhell slettet ved overføring av lydopptak til dvd. Barnet dette gjaldt ble spurt om å gjennomføre et nytt intervju, og svarte ja til det. Dette intervjuet ble gjennomført i august.eg hadde da med notater jeg hadde skrevet ned umiddelbart etter det første intervjuet. Transkribering av lydopptak ble gjennomført i august – september og utgjorde til sammen 170 sider transkribert tekst. Innholdsanalyse av hvert enkelt intervju og påfølgende sammenstilling av intervjuene i tabeller med meningsenheter, kondenseringer, sub-kategorier og kategorier var et omfattende og tidkrevende arbeid som foregikk fra september – november (se eksempel som vedlegg). Deretter ble funnene/ resultatene beskrevet i tekst (kap 4.1, 5.1, 6.1, 7.1) før de øvrige kapitlene ble forfattet (innledning, teori, metode og diskusjon) fra november 2011 – februar 2010, da oppgaven ble ferdigstilt.

4. Forskningsspørsmål 1: Hvordan opplever barna foreldrenes psykiske lidelse? Resultat og diskusjon.

Kapittel 4 er delt i to hoveddeler: resultat fra forskningsspørsmål 1: Hvordan opplever barna foreldrenes psykiske lidelse? (4.1), og diskusjon av resultatene i forhold til tidligere forskning og teori (4.2).

4.1.Resultat fra forskningsspørsmål 1

Resultatene fra forskningsspørsmål 1 presenteres her i to underkapitler. I kap. 4.1.1 gjengis barnas beskrivelser av sine foreldres psykiske lidelse slik barna selv ser og oppfatter dem. I kap. 4.1.2 gjengis barnas opplevelser av følelsesmessig belastning som følge av foreldrenes psykiske lidelse. I hvert underkapittel gjengis hovedkategorier av funn fra innholdsanalysen. Et sammendrag av funnene fra forskningsspørsmål 1 gis i kap. 4.1.3.

4.1.1.Opplevelse av avvikende og uforutsigbar adferd hos foreldrene

Flertallet av barna brukte mye tid i intervjuene på å beskrive foreldrenes symptomer og adferd. Dette handlet om deres opplevelse av foreldrenes psykiske lidelse over tid, uavhengig av innleggelse i psykiatrisk avdeling. Flere av barna (4,6,8,9,10) framsto svært følelsesmessig engasjerte når de beskrev sin opplevelse av foreldrenes psykiske lidelse.

4.1.1.1. Avvikende eller skremmende adferd

11 av de 12 barna (2-12) beskriver adferd hos sine foreldre som de har opplevd som avvikende på en eller annen måte, enten ut i fra hva de anser som normal foreldreadferd eller fordi de opplever at forelderen forandrer seg fra hvordan de har vært tidligere. For eksempel at de opplever forelderen som rar, merkelig, negativ, stresset, syk, forandret, tullede, sløv, trøtt, vanskelig å forstå, selvopptatt, spesielt sårbar med mer.

7 av 12 barn beskriver adferd som de opplever direkte skremmende, som for eksempel: de får ikke kontakt med dem (mor svarer ikke, er i sin egen verden), de sier de kommer til å dø eller ta sitt eget liv, eller de har faktisk prøvd å ta livet sitt. (5,7,8,9,10,11,12)

7 av barna beskriver opplevelse av realitetsbrist eller hallusinoser hos forelderen (-6). Disse 7 er blant de 8 barna som har foreldre med psykoselidelse.

9: Det var ofte sånn at hun var som døv..... eller i en annen verden, da... når hun for eksempel satt på krakken inntil veggen og bare så i veggen sånn..... og så prøvde vi å snakke til henne og sånn..... men så hørte hun ikke.....

10: Da jeg var alene hjemme med ham av og til, så syntes jeg det var litt skummelt... for at.... han gjorde så mye rart vet du.... det var liksom på en måte..... hvis det var en kniv i nærheten.... så prøvde jeg å holde meg unna, så han ikke skulle ha..... jeg visste ikke.... han var så "toillat" (sprø/gal) vet du, så jeg ble litt redd ham kan du si..... for han gjorde så mye rart!...

4.1.1.2. Ustabil eller uforutsigbar adferd

10 av 12 barn (2,3,4,6,7,8,9,10,11,12) beskriver opplevelse av ustabil eller uforutsigbar adferd hos forelderen i form av svingende stemningsleie, endret oppførsel, personlighetsendring, at mor glemmer hva hun har sagt, hissighet / overreagering, samt konflikter mellom foreldre.

7: Hun sa rare ting. Hun sa at hun kom til å dø. Hun hadde egentlig ikke noen forklaring for det. Hun husket ikke på at hun hadde sagt det engang. Når hun er på det verste husker hun aldri hva hun har sagt etterpå.

8: Noen ganger så var hun ganske glad, da sto hun og hoppet, og andre ganger så var hun så sur at hun ikke orket noe.

3: Hvordan kan du merke det på mamma da (når hun er i dårlig form)? På måten hun snakker, stresset når hun snakker, at hun blir fort hissig, sur...

4.1.1.3. Utilgjengelighet

9 av de 12 barna (4,5,6,7,8,9,10,11,12) beskriver opplevelser av at den syke forelderen i kortere eller lengre perioder er mentalt lite tilgjengelig eller utilgjengelig for dem. Dette ved at de har mer fokus på seg selv og sitt eget og mindre på det barnet er opptatt av eller har behov for, eller at de er for sliten eller symptombelastet til at de greier å hjelpe barnet eller delta i det barnet ønsker eller har behov for at forelderen deltar i.

4: Pappa har egentlig aldri vært der. Enten jobbet han eller så satt han foran pc'n eller tv'n..... Han har aldri vært med oss på noen ting nesten ikke. Jeg har egentlig ikke merket at han har vært syk..... men jeg har jo merket at det skal ikke være sånn... at han skulle ha vært sånn og sånn i stedet.

9: Jeg finner fort ut nå da hvordan jeg merker det på mamma....hun skjelver mye mer..... og så kan hun være stille og tenke mer... Så er hun som regel mer sliten og da er det sånn "Åhhhh!.....Kan du ikke gjøre det selv? Åhhhhh!"

7: Hm... Jeg tenkte ikke så mye over det før hun ble lagt inn. Men når jeg tenker tilbake på det så var det kjipt. Det virket som om hun tenkte veldig mye på seg selv på en måte.

12: Jeg vet ikke om det er medisinene som gjør ham sånn...Han virker liksom så rolig.... holder på og hvisker og....Han ..hva? At han hvisker nesten.... Han var mer livat før, tenker du eller? Ja. Han er som en robot nå, liksom. Jeg vet ikke hvordan jeg skal beskrive det.

I tillegg kommer at 7 av 12 barn forteller om foreldrenes fysiske (eller faktiske) utilgjengelighet, dvs ved fravær under innleggelse i psykiatrisk sykehus eller ved at den syke forelderen har flyttet fra hjemmet pga sykdom og / eller samlivsbrudd mellom foreldrene. (1,2,6,9,10,11,12)

4.1.1.4. Konflikter mellom foreldrene

10 av de 12 barna har foreldre som er skilte eller ikke lever sammen. Av disse formidler 7 barn at de opplever konflikter mellom foreldrene (i ett tilfelle steforelder) som belastende eller *svært* belastende (4,6,7,8,10,11,12).

Barna ser ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom foreldrenes konflikter og den psykiske lidelsen hos den ene forelderen. Tvert i mot uttrykker 4 av dem stor grad av forståelse og forsvar for den syke forelderens situasjon, og stiller seg kritiske til at den andre forelderen (i et tilfelle steforelder) går inn i konflikter med den syke forelderen (mer om forsvar av foreldre under avsnitt 5.1).

De 4 barna som inntar en forsvarende holdning til den syke forelderen i fb med foreldres konflikter, er barn av foreldre med psykoselidelser. De 3 andre barna som beskriver konflikter mellom foreldrene er barn av foreldre med ustabil personlighetsforstyrrelse. Disse inntar *ikke* en forsvarende holdning overfor den syke forelderen, men stiller seg derimot kritiske til hans /hennes håndtering av konflikter med den andre forelderen. Ett barn beskriver sterk grad av lojalitetskonflikt i ft foreldrene.

4: Ja, fordi jeg hadde jo flere ganger hørt mamma sin versjon. Og jeg hadde sagt flere ganger at jeg trenger ikke få deres problemer presset på meg, for jeg har nok med meg selv..... men så har jeg hørt det... og da fikk jeg litt..... ja... at jeg burde ha hørt på pappas versjon, når jeg også hadde fått mamma sin. Men som sagt så ville jeg ikke ha noe med saken å gjøre. Men jeg hadde kanskje skulle hørt på pappa sin versjon allikevel når jeg hadde hørt mamma sin. (følelsesmessig berørt med tårer i øynene når hun forteller om dette).

10: Det var mye krangling hjemme.... det er klart det virker inn. Mellom ham (far)og mora di? Ja. For de krangler så å si hele tiden, så..... det kunne ha pushet ham over....

4.1.2.Opplevelse av følelsesmessig belastning som følge av foreldres psykiske lidelse

11 av de 12 barna (-barn 5) uttrykker en eller flere former for følelsesmessig belastning som følge av foreldrenes psykiske lidelse.

4.1.2.1. Opplevelse av tristhet og savn

10 av barna (-3,5) uttrykker opplevelse av tristhet og / eller savn i fb med foreldrenes psykiske lidelse (1,2,4,6,7,8,9,10,11,12). Det er bl.a. tristhet over å oppleve at forelderen forandrer seg, og ikke lenger framstår som den han / hun har vært tidligere. Denne forandringen beskrives av noen av barna som så stor og dramatisk at det oppleves som om forelderen har gjennomgått en personlighetsendring.

10: Når jeg ser på ham nå... så virker han ikke som den samme lenger. Før virket han som en ordentlig person, jeg kunne snakke med ham og sånn... men nå virker han bare.....når du ser på ham så synes du synd på ham. Selv om han går på medisin så ser han syk ut, liksom. Så han har endret personlighet litt? Ja, veldig, synes jeg i hvert fall. Han er liksom blitt så forsiktig... og så går han så merkelig..... Jeg synes bare det er ekkelt og rart å møte ham nå. Det høres trist ut. Ja, for det var han som deltok mest på aktivitetene med oss og sånn. Så ikke bare for min del, men for dem også (søsknene).

Videre beskriver de tristhet ved at de synes synd på den syke forelderen, at det er vondt å være vitne til at forelderen lider.

6: Det har skjedd ganske mange problemer og det har blitt ganske mye styr....(mellom mor og hennes kjæreste).....og da ble mamma ganske såret. Masse bråk og krangling.... Når mamma er sammen med ham, så blir hun mer dårlig. Så det har du merket, at når de

krangler så blir mamma mer dårlig? Mmm. Og så blir det ganske vanskelig på skolen og sånn da. Det hørtes ikke noe greit ut. Stakkars mamma! Du synes synd på mamma? Mmm.

4.1.2.2. Opplevelse av bekymring og redsel

11 av barna (-2) beskriver en eller flere opplevelser av usikkerhet, bekymring eller redsel ved at forelderen forandrer seg og oppfører seg på en skremmende eller bekymringsfull måte.

Videre bekymring for hvordan det kommer til å gå med forelderen, om forelderen kan komme til å dø, om de selv kan bidra til å gjøre forelderen mer syk, hva andre kan komme til å tenke eller mene om forelderen, konsekvensene av forelderens psykiske lidelse for søsken, bekymring for om den syke forelderen får nødvendig og nok hjelp og støtte, det være seg fra barna selv, fra den friske forelderen eller fra helsevesenet eller det øvrige hjelpeapparatet.

9: Jeg ble veldig redd for mamma'n min..... i hvert fall når hun sa.... om en sånn drøm da på en sånn måte.. (forteller om mors skremmende drøm / hallusinasjon.)... da ble mamma veldig redd.... da var hun redd for å dø og sånne ting..... så det var ikke så veldig hyggelig. Så vi var veldig redd og var med henne, og var oppe med henne om natten og trøstet mamma og sånne ting... Du? Og søsknene dine også, eller? Mmm, og pappa også. Så hele familien prøvde å hjelpe henne? Yes! Forsto du hva som feilte mamma? Fikk du noen oppfatning av hvordan hun var syk? Nei, jeg tror ikke jeg gjorde det i den alderen (da hun var yngre). jeg spurte pappa hvordan dette skjedde og så fikk jeg litt svar.... men vi fikk ikke vite alt, for pappa holder ting litt sånn hemmelig... i hvert fall det han ikke vil at vi skal vite.... så det ikke skal påvirke oss så veldig....

10: Det med de fingertegnene... det var jævlig creepy!

10: Vi (søsknene) snakket ganske mye om det... hvorfor han ble sånn og hva som var galt med ham, ikke sant? Vi visste jo ikke hva vi skulle gjøre. Det var ganske trist.

11: (Om fars suicidforsøk): Jeg skjønnte jo ingenting, egentlig ikke... Jeg visste ikke hva jeg skulle tenke...

6: (om konfliktene mellom mor og stefar): Tror du at du er mer bekymret og tenker mer på dette enn hva søsknene dine gjør? Nei, jeg tror de er bekymret de også, at de ikke liker det noe særlig. Jeg tror ikke (søster) liker det i det hele tatt, jeg tror hun liker det minst, for hun hater å være i nærheten av ham, hun vil ikke høre på ham eller besøke ham, hun vil ikke se bilen en gang...

4.1.2.3. Opplevelse av skyldfølelse

7 av de 12 barna forteller at de har opplevd en eller annen form for skyldfølelse i ft forelderens psykiske lidelse. (1,2,4,6,7,9,12) De kan ha trodd at de helt eller delvis har forårsaket lidelsen eller at de har påvirket forelderen negativt på en eller annen måte, slik at sykdomstilstanden ble forverret hos mor eller far. De har til dels vage forestillinger om hvordan de kan ha forårsaket det:

*6: Hvordan merker du at mamma er syk? **Jeg føler litt sånn skyldfølelse og tenker på det og så blir det vanskelig å konsentrere seg og..... vanskeligere å komme i gang med leksene og sånn. Skyldfølelse, sier du. Tenker du at det er noe pga deg da eller? Ja, noe sånt, ja.....for hun ble jo syk da jeg ble født da, så da tror jeg kanskje at det var noe som jeg gjorde eller sånn der da....***

*1: **Jeg er jo snart 18 år jeg nå, og vil jo ut og oppleve ting og sånn... og så tenker jeg på mamma hvis jeg drar ut og reker omkring og sånn, hun blir jo kanskje litt mer redd av det... Har du latt være å gjøre det fordi du har tenkt på at mamma kanskje ville bli mer redd av det? Ja.. (får tårer i øynene) (Begynner å gråte):.... Jeg vet ikke.... Bør jeg si det som det er, eller?... Eller bør jeg kanskje si at jeg skal noe annet enn det jeg skal, sånn at hun slipper å engste seg?***

*2: **Ja, jeg tror jeg har hatt det ja..... (tanker om).. at jeg har hatt skyld i det. Kanskje noe jeg hadde gjort.... At du tenkte at mamma kunne bli dårligere av det? Ja. Men så har jeg fått det forklart så godt, av andre, at det ikke er min feil.***

*7: **Jeg hadde egentlig ikke tenkt på det...(skyldfølelse).....helt til mamma sa at vi hadde kunnet gjort det bedre. Hun sa at det med skilsmissem, at hvis vi hadde snakket med pappa, så tror hun at vi hadde kunnet endre meningene hans. At vi kunne prøvd å gjøre om tankene hans, så hadde det ikke kommet til å skjedd. Jeg sa at det ikke ville funket. Hun sa at vi kunne prøvd, da. Men jeg ser ikke noen vits i det.***

4.1.2.4. Opplevelse av skam

Kun 3 av 12 barn svarer bekreftende på spørsmål om de har hatt noen opplevelse av skam i ft forelderens psykiske lidelse. (2,8,9) Hos ett av barna er denne opplevelsen sterk:

*8: **Og så hadde det blitt sånn rykte.... og så var det noen som kom og spurte "Har mamma'n din blitt gal?" og sånn der.***

Det jeg er redd for er at folk skal tenke at mamma er gal. Det er du mest redd for? Ja. Hun er ikke det.

Selv om kun 3 barn sier de opplever skam, er det ytterligere 3 barn (7,10,11) som sier de finner det vanskelig eller unaturlig å snakke om foreldrenes lidelse til andre, da særlig til venner eller andre jevnaldrende. Enten fordi de ikke vet hvordan de skal snakke om det, eller fordi de opplever at det ikke er vanlig å snakke om slike tema blant unge.

7: Det er ikke så veldig aktuelt tema på en måte. Det er ikke sånn at jeg går og snakker med venninnene mine om det hele tiden nei. Som andre tema som fotball liksom. Det kan være litt vanskelig ja, for du vet jo ikke noe mye om det.

10: Men det blir to helt forskjellige ting (sikter til depresjon og schizofreni) Jeg også hadde kunnet stå fram og si ”jeg har vært deprimert en periode”, ikke sant? Det hadde vært uproblematisk? Ja, ja...det hadde vært uproblematisk. Men schizofren da.... det er noe helt annet.

4.1.2.5. Opplevelse av konsentrasjonsvansker og redusert hukommelse

5 av barna beskriver konsentrasjonsvansker og / eller større vansker med å huske eller skille triste og skremmende hendelser med den syke forelderen fra hverandre. (4,5,6,8,9) 3 av disse relaterer dette direkte til opplevelsen av følelsesmessig belastning som hendelsene medførte for dem (6,8,9).

9: Jeg husker ikke så mye av barndommen min da... fordi jeg er flink til å glemme ting som jeg ikke vil huske..... så de mest forferdelige tingene tror jeg at jeg har glemt...

6: Når hun er litt frisk, så..... ja, så er hun litt mer positiv, så tuller hun litt mer... og så går vi turer og sånn.... (...) Da blir jeg litt mer positiv, og da tenker jeg ikke så mye på det, og da får jeg gjort unna lekser og får fokusen tilbake og sånt der...konsentrasjonen.

Ett barn (5) skiller seg ut ved at han sier han ikke greier å huske nesten noen opplevelser av mors psykiske lidelse til tross for at han har en mor som har hatt en alvorlig psykisk lidelse nesten hele hans liv, og til tross for at hans søsken forteller om mange opplevelser.

4.1.3.Sammenfatning av resultater fra forskningsspørsmål 1:

Flertallet av barna brukte mye tid i intervjuene på å beskrive foreldrenes symptomer og adferd. Dette handlet om deres generelle opplevelse av foreldrenes psykiske lidelse over tid, uavhengig av innleggelse i psykiatrisk avdeling. Flertallet av dem beskriver adferd hos forelderen som de i større eller mindre grad opplever som avvikende og / eller skremmende adferd, ustabil og uforutsigbar adferd, samt at forelderen kan være mentalt lite tilgjengelig. De fleste oppgir også at de opplever hyppige konflikter mellom foreldrene. Et flertall oppgir følelsesmessig belastning som følge av forelderens psykiske lidelse i form av tristhet og savn, bekymring og redsel, og større eller mindre grad av skyldfølelse. Et mindretall svarer at de har opplevelse av skam, men flere oppgir at de allikevel finner det vanskelig eller unaturlig å snakke om forelderens psykiske lidelse til andre, da særlig til venner eller jevnaldrende. Enten fordi de ikke vet hvordan de skal snakke om det, eller fordi de opplever at det ikke er vanlig å snakke om slike tema blant unge. Flere barn beskriver konsentrasjonsvansker og / eller større vansker med å huske eller skille triste og skremmende hendelser med den syke forelderen fra hverandre. Noen av dem relaterer dette til opplevelsen av følelsesmessig belastning som hendelsene medførte for dem.

4.2. Diskusjon av forskningsspørsmål 1: Barna som med-lidende – barnas opplevelse av foreldrenes psykiske lidelse.

Resultatene fra forskningsspørsmål 1 diskuteres her i forhold til teori og tidligere forskning. Med bakgrunn i resultatene har jeg formulert følgende tema til diskusjon: 4.2 Barna som med-lidende, med subtema: 4.2.1 Barna ser foreldrenes lidelse og 4.2.2 Barna lider med sine syke foreldre.

4.2.1.Barna ser foreldrenes lidelse

Alle de 12 intervjuede barna har en forelder som har, og har hatt, en psykisk lidelse over lang tid. Av den grunn blir det forståelig at flertallet av barna brukte mye tid i intervjuene på å beskrive sine opplevelser av foreldrenes lidelse generelt, også uavhengig av innleggelse(e). Det følelsesmessige engasjementet mange av dem viser i sine beskrivelser tydeliggjør at foreldrenes lidelse er noe de i aller høyeste grad *legger merke til i hverdagen* og som opptar dem mye, i noen perioder mer, i andre perioder mindre, avhengig av forelderens ofte svingende psykiske tilstand (og symptombelastning).

Det barna opplever som uttrykk for foreldrenes psykiske lidelse er (jf 4.1.1) større eller mindre grad av avvikende og / eller skremmende adferd, ustabil og uforutsigbar adferd, samt at forelderen kan være mentalt lite tilgjengelig, i verste fall utilgjengelig. De fleste oppgir også at de opplever hyppige konflikter mellom foreldrene / de voksne. Funnene samsvarer i stor grad med funnene i øvrige studier av barn i tilsvarende situasjoner, bl.a.: Almvik og Ytterhus, 2004; Jangås, 2005; Skerfving, 2005; Lier m.fl., 2001; Riebschleger, 2004; Fudge og Mason, 2004; Beardslee og Podorefsky, 1988. I studier av psykisk syke foreldres opplevelse av egen foreldrefunksjon (Halsa, 2008; Haukø, 2010) beskriver foreldre selv også ustabil fungering/adferd og redusert tilgjengelighet, mentalt og praktisk, overfor sine barn.

Magne Raundalen og Jon-Håkon Schultz (2006) sier at barn prøver å forstå og sortere tilværelsen. For å greie det trenger de en viss grad av forutsigbarhet og kontinuitet. Når situasjonene er skiftende, utfordringene og påkjenningene overveldende, og foreldre ikke lenger er som før – da oppstår det motsatte av klarhet og tydelighet inne i barnet, nemlig kaos. Raundalen påpeker viktigheten av at vi i slike situasjoner samtaler med barna og hjelper dem til å sette ord på det som hender slik at opplevelsene blir klare og tydelige, og del av en bevisst og delt virkelighet. At barn merker når noe er galt med foreldrene, og at det i stor grad påvirker deres hverdag, er funn som går igjen i de nevnte studiene. Uttalelsene til barna i denne undersøkelsen bekrefter dette. Deres til dels detaljerte beskrivelser av foreldrenes adferd og symptomer viser at de er svært oppmerksomme og bevisste på hvordan forelderens tilstand til enhver tid er, og på variasjoner i tilstanden: hvordan forelderen endrer seg i gode og dårlige perioder. Skerfving beskriver også denne skjerpede oppmerksomheten hos barn i forhold til den syke forelderens tilstand (Skerfving, 1996) ved at barn tidlig lærer seg å være svært oppmerksomme og ”lese” hvert tegn hos forelderen som kan tyde på at forandring er på vei. Killén viser til Bowlby (Killén, 2010b, s.19) og sier at alle barn må knytte seg til sine omsorgspersoner for å overleve. De er predisponert til å gå inn i et samspill og etablere tilknytning og til å bruke tilknytningspersonen som en trygg base som de kan utforske verden fra, og søke tilflukt hos, når de føler seg truet. I sine forsøk på å prøve å forstå og sortere, slik Raundalen beskriver, må barnet derfor i tilfeller med foreldre som viser uforutsigbar adferd bruke ekstra mye energi for å skape seg den tiltrengte oversikt og forutsigbarhet.

Barnas reaksjoner og responser på foreldres psykiske lidelse kan imidlertid, jf resilienforskningen, variere fra barn til barn, avhengig av faktorer ved barnet selv og ved familie og omgivelser (jf kap. 2.2). Dette diskuteres nærmere i forhold til undersøkelsens funn i kap. 5.2.

4.2.2. Barna lider med sine syke foreldre

Barna forteller i intervjuene i stor grad om opplevelse av følelsesmessig belastning i form av tristhet og bekymring knyttet til foreldrenes psykiske lidelse. Dette samsvarer med funn i flertallet av liknende studier av barns opplevelser som jeg har funnet hos Jangås, 2005; Almvik og Ytterhus, 2004; Skerfving, 1996 og 2005; Lier m.fl., 2005; Riebschleger, 2004; Beardslee og Podorefsky, 1988.

4.2.2.1. Opplevelse av tristhet

Det later til at i sær tristhet er en opplevelse som går igjen til dels uavhengig av om barna har fått informasjon om forelderens lidelse eller ikke. I studiene til Lier m.fl, 2005; Almvik og Ytterhus, 2004; Fjone m.fl., 2009; og Riebschleger 2004, hadde barna fått lite eller ingen informasjon om forelderens psykiske lidelse, og det ble i liten grad snakket åpent om lidelsen i familien. I studiene til Jangås, 2005; Skerfving, 2005; Beardslee m.fl., 1997; og denne studien, var det derimot enten gitt informasjon fra helsepersonell ved deltagelse i barne- og familiesamtaler eller i barnegrupper, og/eller foreldrene snakket selv åpent om sin lidelse til barna. Det later dermed ikke til at åpenheten rundt temaet nødvendigvis bidrar til å minske opplevelsen av tristhet hos barna. Det faktum at det er trist at en mor eller far blir alvorlig psykisk syk er sannsynligvis ikke noe som kan forhindres ved noen tiltak. Da blir det snarere snakk om å bistå og støtte barna og foreldrene når situasjonen først er som den er, slik at barna opplever seg sett og støttet i en vanskelig situasjon.

4.2.2.2. Opplevelse av bekymring

Når det gjelder bekymring later den ut i fra de nevnte studienes funn til å bli delvis redusert ved viten om at forelderens får hjelp, eksempelvis ved behandling. Flere av barna i min undersøkelse uttrykker lettelse ved at forelderens får tilbud om innleggelse og hjelp. Det samme gjør barna i Haukø's undersøkelse (Haukø og Stamnes, 2009b). De føler på den måten at forelderens blir ivarettatt og deres bekymring avtar dermed. (kap. 6.1). Interessant er at barna i Lier m.fl.'s studie (2001) som også var barn av foreldre som var innlagt ved et DPS, i langt større grad var bekymret og foruroliget ved foreldrenes innleggelse enn barna i denne undersøkelsen. Disse barna hadde *ikke* fått tilbud om informasjon og hadde uklare og dels feilaktige forestillinger om behandlingen og av hva som foregikk under innleggelsen. Det samme gjaldt mange av barna i studien av Riebschleger (2004). Det kan tyde på at åpenhet og inkludering av barna ved besøk i avdelingen og informasjon om bakgrunn og mål for innleggelsen i stor grad avklarer og letter barnets opplevelse av bekymring i forbindelse med

foreldres innleggelse. Et av barna framhever at han fikk komme på besøk i avdelingen på et tidlig tidspunkt av innleggelsen, og at han fikk komme tilbake så ofte han ville. Det syntes han var bra. På den måten fikk han en opplevelse av at han selv kunne være med på å bestemme noe, nemlig når han skulle besøke mor i avdelingen. Han så det ellers som positivt at mor fikk hjelp, og hadde etter utskrivelsen opplevd at mor var blitt bedre ved at hun smilte mer og snakket mer, m.a.o. opplevde han at innleggelsen hadde hjulpet mor. Han hadde ingen bekymring i ft om hun ved et senere tidspunkt skulle trenge en ny innleggelse. Et annet barn mente at så lenge mor ble bedre, så var det greit for ham at hun ble innlagt. (jf. kap. 6.1) Om han i praksis ikke hadde kunne forhindre mors innleggelse (i fall han *ikke* hadde syntes det var greit), så burde han uansett fått en mulighet til å *uttale* seg om det. At noen lytter til en og faktisk tillegger ens opplevelse en betydning, er som Raundalen og Schultz (2006) sier viktig i ft barns behov for klarhet og kontroll. Å få en forklaring, å forstå hvorfor noe skjer, og i den grad mulig få være med og bestemme noe eller delta aktivt i situasjonen, styrker barns opplevelse av at situasjonen er under kontroll. Det at barna kan bli gitt et valg, om enn aldri så lite, kan være med på å gi dem opplevelsen av å være delaktige i det som skjer, og dermed øke deres opplevelse av kontroll i en ellers skremmende og forvirrende situasjon.

Tatt i betraktning at foreldre med mer alvorlige psykiske lidelser ofte vil ha en redusert fungering og et merkbart symptomtrykk også *etter* utskrivelse fra en døgnavdeling, blir det mtp forebygging av bekymring og engstelse viktig å informere barna om hvor og av hvem forelderen også *etter* innleggelsen vil kunne få hjelp (for eksempel poliklinisk behandler, fastlege, psykiatritjenesten i kommunen osv). At foreldre har en kriseplan med mulighet for rask innleggelse ved behov, oppleves som positivt av flere av barna i undersøkelsen. Dette samsvarer med funn hos bl.a Fudge og Mason (2004) hvor barna uttrykker ønske om en ”kriseplan” i fall forelderen skulle bli syk igjen, med bl.a telefonnummer og navn på hvem som kan kontaktes.

Flertallet av barna i min us uttrykker imidlertid en eller annen form for bekymring til tross for at de alle har fått informasjon og deltatt i besøk og barnesamtale. På den ene side kan man tenke seg at når ens forelder har en alvorlig psykisk lidelse over tid, vil bekymring hos barna være en naturlig konsekvens som vanskelig lar seg unngå. På den annen side kan det også være uttrykk for behov for gjentatt informasjon og inkludering når en forelder er syk over lang tid, at én barnesamtale og et besøk i avdelingen i løpet av et sykdomsforløp over mange år ikke er tilstrekkelig. Dette bekrefter også noen av barna ved at de uttrykker ønske om flere samtaler, eller sier at de ikke husker innholdet i informasjonen fordi det har gått så lang tid

siden barnesamtalen (opp i mot 2 år for noen av dem). Øvreeide peker på at barn trenger tid og repetisjoner for å kunne ta inn sentral informasjon om sin livssituasjon. (jf. kap.2.4.2). Beardslee's studie av intervensjoner bekrefter dette ved at de barna som hadde fått gjentatt informasjon både alene og sammen med foreldre (Beardslee m.fl., 1997) viste økt mestring av stress og belastning knyttet til foreldres psykiske lidelse sammenliknet med barn som ikke hadde fått info annet enn fra egne foreldre, også ved målinger 1 ½ år etter siste samtale. Dette er et sterkt argument for at informasjon må være tydelig og *gjentas* til barn når foreldre er syke over lang tid. Især gjelder dette de yngste barna. I de tilfellene hvor det var gått lang tid siden barnesamtalen hadde funnet sted, var det (naturlig nok) 12 og 13-åringene som husket minst av informasjonen som var blitt gitt.

4.2.2.3. Opplevelse av skyld

En annen årsak til bekymring enn selve foreldrenes lidelse og dens eventuelle konsekvenser, er når barna tror at de på en eller annen måte er skyld i at foreldre blir syke. Om lag halvparten av barna i undersøkelsen uttrykker tanker om at de på en eller annen måte kunne ha bidratt til at foreldrene ble syke eller verre. Dette til tross for at det er et fast tema i barnesamtalene at barn aldri har skyld i foreldres lidelse. Det dreier seg mest om bekymring for å belaste foreldrene med sine egne problemer eller adferd. Flere stilte seg til dels spørrende overfor intervjuer som for å få bekreftet eller avkreftet sine antagelser. Et av barna ønsket også at intervjuer snakket med mor om hva som er normale ungdomsaktiviteter - med håp om at det ville kunne lette mors angstnivå og dermed sykdomstilstand. En annen sa at han hadde hatt skyldfølelse da han var mindre, men at forklaringene han hadde fått hadde ført til at han ikke lenger tenkte på det. Beardslee og Podorefsky's funn i deres undersøkelse av resiliente ungdommer som hadde greid seg spesielt godt (1988), viste at nettopp evnen til å skille klart mellom seg selv og den syke forelderens samt fravær av skyld, var det som skilte dem fra de ungdommene som greide seg mindre bra. Barna i Skerfving's undersøkelse (2005) framhever også informasjonen de hadde fått om at de ikke hadde skyld som viktig. Det kan derfor se ut som om også skyldspørsmålet bør gjentas for barna for at de, som Øvreeide sier, skal kunne ta inn, bearbeide og konsolidere sentral informasjon om sin egen og familiens livssituasjon.

Nå vil barn i hht Beardslee og Podorefsky (1997) og øvrig resiliens teori (kap.2.2) ha ulik grad av sårbarhet i forhold til å ta inn over seg og la seg overveldes av følelsesmessig belastning. Uttalelsen til et av barna om at mor mente at hun burde prøve å påvirke fars tanker slik at han

ikke skilte seg fra henne, kunne for noen barn vært vanskelig å leve med, mens det for denne jenta ikke lot til å gå særlig inn på henne. Hun sier at hun ikke trodde at hennes eventuelle inngripen ville kunne påvirket far. Dette hadde hun sagt til mor. Beardslee sier at evne til empati og medlidenhet med den syke forelder uten at man dermed overveldes av problemene, virker å være beskyttende. Å støtte denne evnen til å se mors/fars lidelse uavhengig av seg selv er derfor noe som bør vektlegges i barnesamtaler.

4.2.2.4. Opplevelse av skam

Når det gjelder opplevelse av skam framkommer store forskjeller mellom de barna som opplever åpenhet og/eller informasjon og de som ikke gjør det. Et funn i min undersøkelse som jeg ikke hadde forventet, var at barna i liten grad oppga å oppleve skam i ft forelderens lidelse. Mye teori og forskning oppgir nettopp opplevelse av skam og stigma som svært vanlig forekommende hos disse barna. Ved sammenlikning med de øvrige studiene blir dette enda mer tydelig: I studiene til Beardslee og Podorefsky, 1988; Haukø og Starnes, 2009b; Jangås, 2005; Skerfving, 2005, hvor henholdsvis informasjon fra helsepersonell og/eller åpenhet hos foreldrene foreligger, finnes liten forekomst av skam hos barna. Derimot er skam et framtrødende funn hos de barna som *ikke* har opplevd åpenhet og informasjon, hos henholdsvis Fjone m.fl., 2009; Fudge og Mason, 2004; Riebschleger, 2004. Halsas studie av psykisk syke mødre (Halsa, 2008) viser også høy grad av skamfølelse i forelderrollen hos mødre som ikke har mottatt hjelp og støtte i forelderrollen. Foreldres skamfølelse vil naturlig nok kunne smitte over på barna. Disse funnene bekrefter Øvreeides og Raundalen og Schultz's teorier om at tabubelagte tema som ikke benevnes skaper forvirring, engstelse og skam hos barna (Øvreeide, 2000; Raundalen og Schultz, 2006). En klar og tydelig benevnelse på erfaringer og bevisst introdusering av språklige uttrykk signaliserer åpenhet til barnet og bidrar til å redusere opplevelsen av skam og stigma. Det samme gjelder generalisering som både Øvreeide og Killén refererer til: Å la barnet erfare at dette gjelder mange barn og foreldre virker avstigmatiserende. (Øvreeide, 2000; Killén, 2009).

4.2.2.5. Opplevelse av konsentrasjonsproblemer og redusert hukommelse

Fem av barna i undersøkelsen oppgir konsentrasjonsproblemer og/eller redusert hukommelse som de relaterer til situasjoner rundt den syke forelder. Dette er situasjoner som de har opplevd som svært dramatiske: mor er aktivt psykotisk med skremmende vrangforestillinger, mor er ikke kontaktbar i sin psykose, mor har et svært svingende sykdomsforløp, far har uforutsigbare aggresjonsutbrudd og episoder med voldsutøvelse, foreldrene (/steforeldrene)

har hyppige konflikter. Især angir barna slike opplevelser i tidlig barndom som belastende. At små barn opplever slike hendelser som svært skremmende er verken nytt eller overraskende. Da disse nå større barna (12-19 år) var små, var det liten eller ingen praksis i psykiatrien for å informere og inkludere barna i ft foreldres psykiske lidelse eller innleggelse. Flere av barna sier de husker lite av barndommen sin. Et av barna mener hun har glemt de vondeste hendelsene fordi hun ikke *vil* huske dem. Hun beskriver sin opplevelse av barneskoletiden som å befinne seg utenfor de andre barnas virkelighet. Det er ingen som bekrefter hennes opplevelser og følelser, ingen hun kan dele dem med. Jentas uttalelser tyder på at hun i stor grad måtte erfare de skremmende hendelsene i ensomhet uten at verken helsepersonell eller skole gjorde noe for å gi henne hjelp og støtte. I dette tilfellet hadde jenta en frisk far som var støttende, men han var i full jobb og måtte i tillegg ta seg av jentas søsken og delvis sin syke kone. Jenta sier at faren prøvde å forklare henne litt, men at han ikke ville si alt for å skåne henne. Jentas historie understreker viktigheten av at helsepersonell (og barneansvarlige) ikke bare gir barn og foreldre forklaring og støtte, men at de også viderefremidler denne informasjonen til andre viktige voksne i barnets omgivelser. Som Øvreeide (2000) framhever er det fra et utviklingspsykologisk perspektiv av største viktighet at de som har omsorg for og møter barnet i det daglige får inngående kjennskap til barnets livsforhold og erfaringer og at de får støtte til å bruke denne informasjonen i sin omsorg for barnet. Med informasjon om situasjonen barnet befinner seg i, vil de i langt større grad gis mulighet til å forstå eventuelle reaksjoner og endring i adferd hos barnet og dermed også kunne gi det hensiktsmessig støtte. Killén (2012) beskriver konkret hvordan bl.a. barnehagepersonale kan bidra med svært viktig og avgjørende utviklingsstøtte til barn i sårbare situasjoner. Barn i skolealder kan tilsvarende også ha god støtte i lærere.

Et annet barn forteller hvordan hans konsentrasjon på skolen svinger i takt med mors sykdom. Når mor har dårligere perioder eller er i konflikt med sin samboer, opplever han at det blir vanskelig på skolen. Når mor blir bedre igjen, får han tilbake konsentrasjonen og evnen til å fokusere på skolearbeidet. Beardslee og Podorefsky (1988) viser i sin studie til at når barna tar innover seg foreldrenes negative følelser og symptomer og barnas psykiske tilstand i stor grad farges av foreldrenes, så er dette svært uheldig for barnet. Dette understreker viktigheten av å hjelpe barnet til å skille på foreldrenes lidelse som noe som varierer uavhengig av barnet. Videre å hjelpe barnet til å finne ekstra støtte i sitt øvrige nettverk når forelderens er syk og har perioder med dårligere fungering, slik at barnet blir mindre sårbar overfor forelderens symptomer og svingende psykiske tilstand. Foreldrene må også få informasjon og kunnskap

av helsepersonell (her i voksenpsykiatrien) om hvordan dette kan bidra til å beskytte barna, slik at tiltakene skjer i samarbeid og forståelse med foreldrene. Både Halsas (2008) og Haukøs (2010) undersøkelser viser at foreldre gjerne ønsker slik hjelp, men som Halsas viser til, er det mange som skammer seg over sin lidelse og sin reduserte foreldrefungering og derfor ikke selv greier å be om slik hjelp. Helsedirektoratets rundskriv (15-5/2010) som omhandler de nye lovbestemmelsene om barn som pårørende påpeker helsepersonells plikt til å tilby foreldrene informasjon og veiledning om tiltak som fremmer barnets helse.

5. Forskningsspørsmål 2: Hvordan responderer barna på foreldrenes psykiske lidelse? Resultat og diskusjon.

Kapittel 5 er delt i to hoveddeler: resultater fra forskningsspørsmål 2: Hvordan responderer barna på foreldrenes psykiske lidelse? (5.1), og diskusjon av resultatene i forhold til tidligere forskning og teori (5.2).

5.1. Resultat av forskningsspørsmål 2

Resultatene fra forskningsspørsmål 2 presenteres her i fire underkapitler. Underkapitlene tilsvarer hovedkategorier av funn i forhold til barnas respons på foreldrenes psykiske lidelse: Opplevelse av å hjelpe og beskytte foreldrene, opplevelse av avmakt, opplevelse av å tilpasse seg situasjonen, opplevelse av støtte. Hovedkategoriene av funn er igjen delt inn i ulike subkategorier.

I femte underkapittel gis et sammendrag av funnene fra forskningsspørsmål 2.

5.1.1. Opplevelse av å hjelpe og beskytte foreldrene

I intervjuene framkommer en tydelig tendens til at flertallet av barna på ulike vis aktivt griper inn for å hjelpe den syke forelderen.

5.1.1.1. Forsøk på å hjelpe og beskytte den syke forelderen

10 av de 12 barna beskriver egne forsøk på å hjelpe og beskytte den syke forelderen. Det dreier seg om en hel rekke med ivaretagende handlinger og holdninger overfor forelderen: alt fra å prøve å finne ut av hva som feiler forelderen, å finne en mulig løsning eller hjelp i situasjonen, som for eksempel å støtte, trøste, snakke med foreldrene om det de sliter med, prøve å forstå dem, å beskytte dem mot eventuelle belastninger som de frykter kan gjøre dem sykere, å prøve å få forelderen til å ta medisiner, å be familie eller andre om å ta ekstra hensyn til eller ansvar for forelderen mm.

9: Da ligger mamma mer og sover. For at hun ikke greier noe mer og sånn... Og det synes jeg bare mamma skal gjøre. Hvis mamma er syk, så skal hun bli latt litt i fred.. .. og snakke med oss når hun vil....

Slik barna omtaler sine ivaretagende handlinger, later de til å være mer instinktive enn basert på bevisste valg. Kun den eldste (19 år) stiller spørsmål ved at hun som datter må ta ansvar for de voksne. De andre virker å oppleve sine handlinger som selvsagte, dvs de stiller

ingen spørsmål ved dem og uttrykker ingen tanker om at dette er unormale rollefunksjoner eller for stort ansvar for barn. Tvert i mot svarer de fleste at de ikke har mer ansvar enn normalt for jevngamle barn. For eksempel sier barn 10 - etter å ha fortalt hvordan han har strevd for å finne ut av hva som feilte hans alvorlig psykoserammede far, etter sterk bekymring, konflikter med mor mtp å beskytte sin syke far, forsøk på å kommunisere med og hjelpe far, forsøk på å få ham til å ta medisiner, henvendelse til psykiatrisk avdeling på vegne av far med mer:

10: Men det var ikke sånn at jeg måtte ta noe spesielt ansvar liksom.

Det kan virke som om barna oppfatter begrepet ansvar som det å hjelpe til med konkrete ting som husarbeid, pass av småsøsken med mer, og at de ikke oppfatter ivaretakende handlinger overfor foreldrene som å ta ansvar:

6: Jeg pleier å ta søpla, ta oppvasken, støvsuge, og så rydder jeg. Men alle unger rydder jo rommet sitt og sånn, da. Du har ikke følt at du har måttet gjøre mer enn det da, slike ting som de voksne skulle gjort? Nei, jeg har ikke det.

Dette barnet er bl.a. sterkt involvert i og bekymret for mors konflikter med sin kjæreste, forteller om hendelser og svingninger i de voksnes forhold, og er svært opptatt av de negative konsekvensene han opplever det har for sin mor.

5.1.1.2. Prioritering av den syke forelderens behov framfor egne

Det er en uttalt tendens hos flere av barna (6 av 12) at de prioriterer den syke forelderens behov framfor egne behov. Bortsett fra to av de eldste barna (17 og 19 år) reflekterer de ikke bevisst rundt denne prioriteringen. De beskriver ingen opplevelse av at de bortprioriterer egne behov i det de prioriterer foreldrenes, noe som sett utenifra med voksne øyne er umiddelbart påfallende. Samtidig beskriver mange av dem (7 av 12) forståelse og empati i ft foreldrenes psykiske tilstand og reduserte fungering. De har stor grad av medlidenhet og søker aktivt etter forklaringer på foreldrenes tilstand.

2: Det var en lærer som ringte hjem til mamma og sa at jeg hadde det dårlig på skolen.... uten at jeg hadde det dårlig. Han visste ikke at mamma....(pause) At mamma har den sykdommen? Nei. Og da ble hun kjemperedd... og alt sånn der. Jeg ble irritert på han læreren.

9: Jeg synes ikke at mamma skal føle skyldfølelse for at jeg har gått gjennom det jeg har gått gjennom...

10: Jeg sa det til mora mi... at hun stresset faren min alt for mye. De kranglet hele tiden. Og så var det mora mi som ofte starta kranglinga. Så jeg sa til henne at hun burde heller ha roet seg ned og ikke stresset ham så jævlig mye... for at i den perioden da han var dårlig... så satt hun og stresset ham enda mer...

5.1.2. Opplevelse av avmakt

5.1.2.1. Resignasjon og avmakt

7 av 12 barn beskriver tidvis opplevelse av avmakt eller resignasjon i livssituasjonen med sin psykisk syke forelder. De formidler da opplevelser av å komme til kort i forsøk på å hjelpe og beskytte foreldrene, eller at de ikke vet hva de kan gjøre for å bedre situasjonen for forelderen.

8: Før de skiltes, så sa jeg ikke noe mye, jeg klaget ikke, jeg torde ikke. Med en gang de ba meg om å gjøre noe, så droppet jeg alt annet og gjorde det med en eneste gang... for at det skulle bli bedre. Så jeg satte dem foran alt annet, foran skolearbeid og venner og alt. (...) Men det hjalp jo ikke så mye. Jeg bare gjorde det for jeg trodde det skulle virke.

10: men så begynte jeg å si til ham (far) at han måtte ta medisin også... for det var i den tiden da han selv bestemte om han skulle ta medisin eller ikke... Da sa jeg til ham at du bør ta det så du blir bedre. Så begynte han til slutt å si til mora mi at han begynte å tvile på meg, på at jeg ville gjøre ham noe, at jeg ville skade ham.... Av og til prøvde jeg å si noe til ham.... bare å gi ham et ark.... og så ga jeg ham en penn, så han skulle skrive... Siden han ikke ville snakke? Ja. Så gjorde han sånn her...(viser tegn) og så begynte han å peke rundt omkring... som om det var noe som skjulte seg der.... Så han kunne ikke si noe til deg fordi at han følte seg overvåket? Ja. (...) Jeg snakker ikke så mye med ham (nå lenger)..... Men det er fordi jeg synes fortsatt at han er alt for rar, liksom. Jeg vet ikke hva jeg skal si.

5.1.2.2. Unngåelse

3 av barna oppgir at de i enkelte situasjoner unngår foreldrene fordi de opplever situasjonen som for vanskelig eller belastende.

8: Jeg tror ikke at jeg kommer til å si i fra så mye nei. Hvis hun er sur eller deppa eller lei seg, så går jeg unna bare, på rommet mitt eller noe, så jeg slipper å være i nærheten av henne, for å si det sånn.

4: Jeg har sagt at jeg trenger ikke å høre det, at jeg har nok med meg selv, og at hvis hun trenger prate med noen så kan hun heller gå til søsknene sine, eller mor.

4: Du sa at du reagerte veldig på det (at far slo henne), og at etterpå så mistet du tilliten til ham ganske lenge? Mmm. Det tok meg en fem-seks år før vi var på banen igjen.

5.1.3. Opplevelse av å tilpasse seg situasjonen

6 av barna beskriver at de har valgt å tilpasse seg situasjonen med en psykisk syk forelder, til tross for belastninger dette medfører. De formidler at de har innsett at det er slik det er, og at de prøver å gjøre det beste ut av det.

9: Hvis mamma er skikkelig sliten.... så vil vi ikke klage på at mamma skal være der mer, ikke sant..... når hun vil dra og slappe av litt.... så vi sier ikke sånn "Mamma, du må bli hjemme!" (ler) Dere gjør ikke det? Ingen av dere? Nei. Vi sier sånn "Mamma vi møter deg siden, ha det bra,...kos deg og slapp av!" ikke sant? For vi vil jo ha envi vil ikke ha en.....eh.....vi vil heller ha mora vår her når hun er frisk enn når hun er syk, så.....

9: Jeg var ikke akkurat så mye barn da jeg var mindre.... jeg ble fort voksen for å si det sånn... eh.... så det var jo litt vanskelig da..... siden at mamma føler jo veldig at hun skylder meg barndommen min.... men det synes jeg ikke hun gjør... fordi jeg har hatt det veldig bra også. Man kan ikke bare gå rundt og tenke på de dårlige tingene, for da blir man skikkelig depressiv.

11: Synes du at det er greit å være sammen med ham (far) selv om han er annerledes enn før? Ja, jeg synes det ja. Jeg har alltid syntes det har vært greit. Du har alltid syntes det, ja? Ja. Fordi han gjør oss jo ingenting... han bare snakker om tingene sine liksom... men han gjør ikke noe (galt). Jeg stikker innom ham av og til, og så ligger jeg over. De to eldste (søsknene) de drar ikke til ham.

11: Har du følt at du har måttet ta mer ansvar pga den situasjonen med faren din? Ikke akkurat pga faren min... men jeg føler at jeg har mer ansvar enn jeg hadde før, ja. Mer ansvar enn du bør ha ut i fra alderen din? Det spørs da. Nå er jo mora mi alene med fem barn.... da må jeg sitte barnevakt mens hun er på jobb, liksom... og rydde mer og sånn... når faren min ikke er der og sånn... Så må du hjelpe til mer hjemme? Ja. Hvordan er det for

deg da? Det er egentlig greit. Men det er en forskjell fra før da.... fra faren din bodde der? Ja, det er en stor forskjell.

5.1.4. Opplevelse av støtte

9 av barna beskriver at de opplever støtte fra ulike personer i sitt nettverk (1,2,3,4,6,7,8,9,11) eller ved deltagelse i aktiviteter (2,3,6) som bidrar til at livssituasjonen med en syk forelder føles lettere. Et barn tar opp viktigheten av å bli behandlet som alle andre i sammenhenger med jevngamle. (9)

5.1.4.1. Familie

6 barn opplever ulike familiemedlemmer som viktige støttepersoner: den andre forelderen, besteforeldre, eldre søsken.

3: Besteforeldrene mine har jeg vært mye til, jeg er der nesten hver dag.

4: Vi har pratet mye, vi eldste (søsknene). Men han minste har vi på en måte skjernet, da.

5.1.4.2. Venner

5 barn formidler at de opplever venner som viktige.

8: Hvis det er veldig ille, så ringer jeg til vennene mine og spør dem om jeg kan snakke med dem litt...eller bare være med dem litt. Det å være med noen hjelper litt. Hvis jeg blir lei meg for noe, så vet de hva som har skjedd.

5.1.4.3. Lærere og andre viktige voksne

5 barn sier at lærere eller andre voksne de kjenner oppleves som viktige støttepersoner.

8: Jeg kunne snakke med læreren min på barneskolen. Læreren var egentlig en god venn. Det skjedde så mye da, og da jeg snakket med ham, så skjønte han med en gang....

5.1.4.4. Aktiviteter

3 barn nevner ulike aktiviteter som viktige og positive opplevelser i hverdagen.

6: Når jeg spiller fotball, da glemmer jeg, da tenker jeg ikke noe på mamma eller noe sånt, da er jeg skikkelig positiv.

5.1.4.5. Å bli behandlet som alle andre

Ett barn trekker spesielt fram et eksempel med en lærer som hun opplevde misforsto henne og bidro til å gjøre situasjonen verre ved at hun behandlet henne som "handicap'et" når det hun ønsket seg var å bli behandlet som alle andre.

9: Jeg sa til lærerinnen min at mamma var syk.... så hvis at det var noe som hadde skjedd og sånn.... så var det noen ganger at jeg ikke kom til å gjøre leksene mine... fordi jeg var for stressa og for sliten og sånne ting....(kremter).....for selvfølgelig så påvirker det meg og sånne ting... Men hun dama da... hadde visst misforstått det da.... så hun gikk rundt og spurte sånn: "Å, X! Går det bra med deg?" (hermer med teatralisk stemme) "Åh... nei... huff... går det bra med mamma'n din?" Det var sånn... som om jeg var handicap'et eller noe....

.. hun behandlet meg.... som om det var jeg som hadde den psykiske sykdommen.... Så hun trodde hun måtte ta spesielle hensyn til deg, at du ikke greide så mye? Ja. ...som om "Nei, jeg har mistet en arm og en fot, så jeg kan ikke gå lenger!" (dramatiserer) Så du ble litt irritert, da? Ja, jeg ble skikkelig irritert.

Hun lærer min som jeg har nå hun er sånn veldig hjemmekoselig og hjemmevarm og sånn... så jeg kan jo snakke med henne om absolutt alt... for det er på en måte lærerne sin jobb å snakke med barn og med elevene sine om problemene deres..... for de har jo taushetsplikt de også..... men hun er ikke sånn hun (som den andre læreren)...hun sier i fra hvis det er noe som er galt hos meg, så sier hun det sånn "X, du må legge bort tegnestiftene dine nå!" (ler)

Jeg vil ikke bli behandlet annerledes. Som om det var spesielt synd på deg? Nei, fordi det har jeg gått gjennom hele livet mitt og jeg vil gjerne bli behandlet som alle de andre i klassen min.

5.1.5.Sammenfatning av funn i ft forskningsspørsmål 2: Hvordan responderer barna på foreldrenes psykiske lidelse?

Et stort flertall beskriver egne forsøk på å hjelpe og beskytte den syke forelder på ulike vis. Det dreier seg om en hel rekke med ivaretagende handlinger og holdninger overfor forelder. Det virker som barna i stor grad opplever disse handlingene som selvsagte, og bortsett fra det eldste barnet (19 år) stiller ingen spørsmål ved det, og de uttrykker ingen tanker om at dette er unormale rollefunksjoner eller for stort ansvar for barn. Tvert i mot svarer de fleste at de ikke har mer ansvar enn normalt for jenvgamle barn. Det kan virke som om barna oppfatter

begrepet ansvar som det å hjelpe til med praktiske ting, og at de ikke oppfatter ivaretagende handlinger overfor foreldrene som å ta ansvar. Nært knyttet til dette er også den uttalte tendensen som halvparten av barna viser i ft å prioritere den syke forelderens behov framfor egne behov. Flertallet beskriver stor grad av forståelse og empati i ft foreldrenes psykisk lidelse og reduserte fungering.

Til tross for deres på mange måter aktivt ivaretagende holdning, beskriver mange en tidvis opplevelse av avmakt eller resignasjon i ft sin syke forelder. De formidler da opplevelser av å komme til kort i forsøk på å hjelpe og beskytte foreldrene, eller at de ikke vet hva de kan gjøre for å bedre situasjonen for forelderen (og dermed også for seg selv). Som følge av dette oppgir noen at de i enkelte situasjoner unngår forelderen når de opplever situasjonen som for vanskelig eller belastende.

Kombinert med aktiv ivaretagelse og tidvis opplevelse av avmakt og resignasjon, sier halvparten av barna at de på ulike vis har tilpasset seg situasjonen med en psykisk syk forelder, til tross for belastninger dette medfører. De formidler at de har innsett at det er slik situasjonen er, og at de prøver å gjøre det beste ut av det.

De fleste barna forteller at de opplever støtte fra ulike personer i sitt nettverk eller ved deltagelse i aktiviteter som bidrar til at livssituasjonen føles lettere. Det kan være støtte fra familiemedlemmer, venner, lærere eller andre viktige voksne, eller deltagelse i idrett eller andre hobbyer. Et barn understreker viktigheten av å bli behandlet som alle andre og ikke bli framstilt som annerledes eller stakkarslig pga av forelderens lidelse.

5.2.Diskusjon av forskningsspørsmål 2: Ansvar og avmakt – barnas respons på foreldrenes psykiske lidelse

Resultatene fra forskningsspørsmål 2 diskuteres her i forhold til teori og tidligere forskning. Med bakgrunn i resultatene har jeg formulert følgende tema til diskusjon: 5.2 : Ansvar og avmakt – barnas respons på foreldrenes psykiske lidelse, med subtema: 5.2.1 Barna forsøker å ivareta sine syke foreldre, 5.2.2 Barna kommer til kort, 5.2.3 Barna tilpasser seg og 5.2.4 Barna søker støtte.

5.2.1.Barna forsøker å ivareta sine syke foreldre

Som resiliensforskningen viser til (kap.2.2) responderer barn ulikt i belastende situasjoner, avhengig av en hel rekke faktorer som individuelle egenskaper, grad av sårbarhet, grad og type av opplevd belastning i forbindelse med forelderens lidelse, tilstedeværelse av beskyttende eller øvrige belastende faktorer i tilværelsen, opplevelse av støtte fra øvrig

familie eller nettverk mm. Selv om barna responderer individuelt og nyansert, kan man se visse hovedtyper av reaksjonsmønster gå igjen. Som nevnt i kap.2.1 peker flere studier på dette. Almvik og Ytterhus (2004) deler barnas responser inn i henholdsvis ”korreksjonsstrategier og unngåelsesstrategier”, hvor barna i førstnevnte tilfelle forsøker å ta ansvar og rette på livssituasjonen, mens de i sistnevnte på ulike måter trekker seg vekk fra hjemmesituasjonen for å skjerme seg. Riebschlegers studie (2004) viser liknende funn.

En sortering av barnas responser i min undersøkelse førte til identifisering av fire kategorier av responser: ansvarstakende, unngående, resignert/avmektig og aksepterende. Det samme barnet kunne respondere på flere enn en måte, avhengig av situasjonen. Ansvarstakende og unngående samsvarer mye med Almviks og Ytterhus’ (2004) og Riebschlegers (2004) responsmønster, og uttrykker en form for handlingsrespons, mens de øvrige to: resignert / avmektig og aksepterende er nyanseringer i responsene som i større grad er uttrykk for psykologiske responser over tid, dvs. barnas reaksjoner på foreldrenes lidelse over tid.

Hos de 12 barna i denne undersøkelsen er det responser som innebærer forsøk på å ta ansvar og rette på situasjonen som dominerer når man ser svarene samlet: 10 av de 12 barna beskriver forsøk på å hjelpe og beskytte den syke forelderen på ulike vis: fra å prøve å finne ut av hva som feiler forelderen, å finne en mulig løsning eller hjelp i situasjonen, å støtte, trøste, snakke med foreldrene om det de sliter med, prøve å forstå dem, å beskytte dem mot eventuelle belastninger som de frykter kan gjøre dem sykere, å prøve å få forelderen til å ta medisiner, å be familie eller andre om å ta ekstra hensyn til eller ansvar for forelderen med mer.

Det er med ulik intensitet og ulike følelsesmessige reaksjoner barna forsøker å gripe inn. Fra barn som uttrykker stor bekymring for at de på et eller annet vis kan bidra til å gjøre foreldrene enda sykere enn de allerede er (hvilket samsvarer med funn hos barn i studiene til Lier m.fl., 2001; og Fudge og Mason, 2004) til barn som håndterer situasjoner med den syke forelderen med en mer rasjonell tilnærming, for eksempel ved å hente støtte og hjelp fra øvrige familie og nettverk.

Det er også forskjell på hva barna fokuserer på i de ulike situasjonene. Noen av barna kan i stor grad fokusere på forelderens problemer, og i den grad de opplever å ikke kunne påvirke dette noe, kan de lett føle resignasjon og avmakt. Andre barn evner i større grad å fokusere på det som er positivt i situasjonen, de aksepterer situasjonen slik den er og finner mer løsningsorienterte måter å forholde seg til forelderen på. For eksempel sier et barn at hun

prøver å ikke bry seg så mye om at far har en annerledes virkelighetsoppfatning. Hun medgir tristhet over fars lidelse, men lar seg ikke overvelde av tristheten. Hun fokuserer i stedet på det faktum at faren blir glad når hun kommer på besøk. Aksept av tingenes tilstand er et trekk som Beardslee og Podorefsky (1988) finner igjen hos de barna som greier seg bra tross foreldrenes psykiske lidelse.

5.2.2. Barna kommer til kort

Halvparten av barna oppgir responser som resignasjon og avmaktsfølelse i ulike situasjoner, de vet ikke lenger hva de kan gjøre for å løse eller bedre situasjonen. De kan ha prøvd å gjøre noe for å endre eller rette på situasjonen, men sitter igjen med en følelse av å ikke ha lykket. Det triste eller vanskelige i situasjonen oppleves overveldende og de resignerer eller trekker seg ut. Et av barna legger for eksempel ned masse energi og engasjement i å prøve å hjelpe far da han blir syk. Etter lengre tids alvorlig sykdom hos far sitter han igjen med en opplevelse av avmakt og resignasjon. Han har gitt opp håpet om at far blir som før og greier ikke lenger snakke med ham fordi han ikke vet hva han skal snakke med ham om. Han sørger over tapet av far slik han en gang var: en mann som var humoristisk og aktivt fulgte opp sine barn. Et annet barn viser responser av både ansvarstakende, avmektig og aksepterende karakter, avhengig av situasjon. Han prøver intenst å holde rede på mors ustabile og konfliktfylte forhold til sin kjæreste, da han mener at dette påvirker mor uheldig og gjør henne syk. Han innser imidlertid med sorg at han i liten grad evner å påvirke dette noe. På den annen side gir han uttrykk for aksept av at mor av og til innlegges i psykiatrisk avdeling på tross av han savner henne og helst vil ha henne hjemme, da han opplever at mor blir bedre av behandlingen.

Mange av disse barna har med andre ord gjennomlevd mange ulike følelser og måter å respondere på. Nesten alle prøver aktivt å gjøre noe for å bedre situasjonen for forelderen og seg selv, mange opplever å komme til kort i en del situasjoner og sørger over det. Noen barn unngår til en viss grad situasjoner de finner ubehagelige, mens over halvparten på et eller annet vis aksepterer situasjonen, eller deler av den, og prøver å gjøre det beste ut av det.

5.2.3. Barna tilpasser seg

Hvorvidt barna opplever at de mestrer situasjonene eller ikke når de tar ansvar og viser ulike former for aktiv inngripen, kan tydeligvis variere noe. Mange av de handlingene en del av barna beskriver er handlinger som vi ut i fra vårt (norske eller vestlige) kulturelle ståsted verken finner riktig eller bra at barn utsettes for eller går inn i. Sett i forhold til resiliens teori (kap. 2.2) vil det imidlertid kunne variere ganske mye hva barn godt kan tåle å leve med og

hva som er potensielt skadelig for ulike barn. Alle vil være enig i at det er svært uheldig for små barn å være våken om natten for å trøste sin psykotiske mor som har djevelhallusinasjoner og tror hun er i ferd med å dø. Mens når en 15-åring forteller om økt ansvar for småsøsken fordi mor må arbeide mer etter far ble syk og flyttet, og som selv sier det går greit, ikke nødvendigvis trenger å oppleve negative konsekvenser av det. Hun kan i beste fall komme ut av det med en mestringsopplevelse. Det vil også avhenge av omfanget av ansvar, og hvordan livssituasjonen hennes for øvrig er.

En kan ikke uten videre si at foreldre-kompenserende eller ansvarstakende adferd fra barnas side, eller ytre belastninger og krav som kan virke for høye for deres alder, *nødvendigvis* har negative konsekvenser for dem på lang sikt. Omvendt kan også noen barn være særlig sårbare og tåle selv mindre belastninger dårlig. Det enkelte barns robusthet vil også kunne variere over tid og avhengig av den helhetlige situasjonen det befinner seg i, jf Bronfenbrenners modell (kap.2.2) hvor ulike faktorer ved barnets tilværelse gjensidig virker inn på hverandre.

Barns responser eller strategier for å mestre situasjoner varierer også i normale situasjoner. De kan også tenkes å være mer eller mindre hensiktsmessige for dem selv, og hemme eller fremme deres egen psykiske helse og utvikling på sikt. Som nevnt i kap. 2.3 viste funnene i den finske undersøkelsen av 12-åringer fra et tilfeldig utvalg av finske familier (Solantaus-Simula m.fl., 2001) fire ulike responsmønstre i forhold til foreldres *normalt* forekommende nedstemthet: empatisk, overinvolvert, likegyldig og unngående. Samtidige målinger av barnas emosjonelle og adferdsmessige fungering viste høyere forekomst av tristhet og utrygghet hos barna med overinvolvert og unngående responsmønstre. De overinvolverte ble identifisert til i stor grad å internalisere foreldrenes negative følelser og egen skyld, mens de unngående hadde vansker med å kjenne igjen og sette ord på egne følelser og mer eksternalisering av symptomer (utagering). Foreldrene til de overinvolverte barna viste mindre evne til oppfatning av barnas egne behov, mens foreldrene til de unngående barna hadde lavere prososial fungering og mer negativ stemning i familien. Barna med empatisk responsmønster viste evne til innlevelse med foreldrene, men hadde samtidig en opplevelse av seg selv adskilt fra forelderens adferd og eventuelle stemningsleie.

Dette funnet går altså igjen både hos barn av friske og psykisk syke foreldre, men det er færre barn med sunt empatisk mønster og flere med overinvolvering og unngåelse hos de med psykisk syke foreldre. I de tilfellene hvor barna viser uhensiktsmessige responser (overinvolvering og unngåelse) blir det derfor i følge Solantaus-Simula m.fl. (2001) viktig å

hjelpe foreldrene i bevisstgjøring av barnas behov. Videre å hjelpe barna til bedre selvforståelse ved å lære dem å sette ord på egne opplevelser og til å se foreldrenes adferd som noe som er uavhengig av og adskilt fra dem selv. Hvis barnet vet at forelderen har voksne hjelpere, og at forelderen ønsker at barna skal kunne fortsette med sine normale aktiviteter for sin egen utviklings del, vil det være lettere for dem å legge fra seg bekymring omkring foreldrene og delta i aktiviteter som er nødvendige for deres egen trivsel og utvikling.

5.2.4. Barna søker støtte

De fleste av barna i undersøkelsen svarer at de har noen eller noe å støtte seg til som bidrar til at hverdagen føles lettere for dem. Dette kan være å snakke med noen, være sammen med noen eller drive med ulike aktiviteter som idrett eller hobbyer som gir dem mulighet til å koble av fra det som kjennes vanskelig. De samme funnene går igjen i studiene til Almvik og Ytterhus, 2004; Jangås, 2005; Fjone m.fl., 2009; Lier, 2001; Fudge og Mason, 2004; Riebschleger, 2004; og Granath, 1997. Barna oppgir øvrig familie (den friske forelderen, besteforeldre, eldre søsken), venner, lærere eller andre voksne som viktige for seg. Støttepersonene bidrar på ulike måter til barnas velbefinnende ved eksempelvis forutsigbarhet, forståelse, positivt samvær, støtte og oppmuntring.

Samlet sett oppgir guttene både aktiviteter (idrett og hobbyer) og personer som viktige, mens jentene utelukkende oppgir personer, samtaler og samvær som viktige.

Under viktige resiliensfaktorer som Waaktaar (2011) har laget en oversikt over, finner man bl.a. sosial kompetanse, selvtillit, talent og opplevelse av mening som beskyttende. Hos guttene som driver med ulike former for idrett og hobbyer kan en tenke seg at de både kan ha talent for den enkelte aktiviteten, og at de kan få styrket selvtillit og identitet gjennom deltagelse. Sosial kompetanse oppøves gjennom relasjoner til både jevnaldrende og til såkalt prososiale voksne rollemodeller, som nevnes som en miljømessig beskyttelsesfaktor.

Med tanke på den store og i noen tilfeller avgjørende rollen støtte i form av personer eller miljøer kan utgjøre for utsatte barn, blir det svært viktig å kartlegge og identifisere disse. Hvem kan være mulige voksne støttepersoner i barnas nærmiljø, hva gir barna glede og avkobling, hvor kan de oppleve seg sett og bekreftet. Et utvidet støttende nettverk for barnet vil også kunne virke lettende både praktisk og psykisk for en syk forelder som ofte er seg bevisst den negative innvirkningen deres psykiske lidelse kan ha på barna, og som kanskje plages av skyldfølelse og skam pga egen begrensning i forelderrollen, jf Halsas (2008) og

Haukø's (2010) undersøkelser. At disse støttepersonene også kjenner til barnets situasjon er jf Killén (2012) og Øvreeide (2000) av stor betydning, og vi kan her bidra med å ta initiativ til å gi sentral informasjon videre til disse, i samarbeid med foreldrene. Hvis vi kan dempe foreldrenes opplevelse av skam og hjelpe dem til å se fordelene ved at viktige voksne får informasjon om familiens situasjon, er vi et langt stykke på vei til å bidra til at barnet kan få god utviklingsstøtte av flere i det daglige. At en lærer "vet" kan være viktig nok i seg selv for barn, det er ikke nødvendigvis store intervensjoner som skal til. I undersøkelsen nevner flere barn lærerens betydning, enten som en som kan være god å snakke med, eller en som kan ta hensyn til at livssituasjonen noen ganger er vanskelig. Et barn forteller om to lærere som begge hadde kjennskap til at mor var psykisk syk, men som håndterte dette svært ulikt overfor jenta. Jenta fikk en opplevelse av at den ene læreren "dramatiserte" og laget unødig styr rundt situasjonen, og fikk henne til å føle seg annerledes enn de andre i klassen. Den andre læreren opplevde hun imidlertid som "hjertervarm" og lyttende, samtidig som hun var i stand til å stille krav og sette grenser overfor jenta. Å kunne snakke med læreren om hjemmesituasjonen sin, og samtidig bli behandlet som alle andre, var viktig for denne jenta. Waaktaar (2011) viser til myndig voksenatferd som inkluderer varme, struktur og høye forventninger som beskyttende faktorer som fremmer resiliens.

Som Waaktaar sier (2011), blir det praktikerens oppgave å kartlegge hvilke belastende og støttende faktorer det enkelte barnet/familien har rundt seg, og bidra til å redusere de som belaster, og styrke og utnytte de som støtter. Framfor alt er barnas *egen* opplevelse av belastning og støtte viktig å få tak i.

6. Forskningsspørsmål 3: Hvordan opplever barna foreldres innleggelse i psykiatrisk avdeling? Resultat og diskusjon.

Kapittel 6 er delt i to hoveddeler: resultater fra forskningsspørsmål 3: Hvordan opplever barna foreldrenes innleggelse i psykiatrisk avdeling? (6.1), og diskusjon av resultatene i forhold til tidligere forskning og teori (6.2).

6.1. Resultat fra forskningsspørsmål 3

Resultatene fra forskningsspørsmål 3 presenteres her i fire underkapitler. Underkapitlene tilsvarer hovedkategorier av funn i forhold til barnas opplevelse av foreldrenes innleggelse(r): Barnas opplevelse av foreldrenes innleggelse i tidlig barndom, tillit til innleggelse og behandling, følelsesmessig belastning i forbindelse med foreldrene innleggelse, kritikk og mistillit til behandlingen. Hovedkategoriene av funn er igjen delt inn i ulike subkategorier.

I femte underkapittel gis et sammendrag av funnene fra forskningsspørsmål 2.

6.1.1. Barnas opplevelse av foreldres innleggelse i tidlig barndom

6 av de 12 intervjuede barna (1,2,4,5,6,9) har opplevd å ha en forelder som har vært psykisk syk over lang tid, dvs enten fra de ble født eller fra tidlig barndom. Dette var viktige og alvorlige erfaringer for disse barna, som derfor ble vurdert som relevante å inkludere i undersøkelsens funn, selv om det kun gjaldt halvparten av barna. Disse funnene ga også et interessant sammenlikningsgrunnlag i forhold til de samme barnas opplevelser av foreldres innleggelse i nåtid og nær fortid.

*6: Merker du forskjell på mamma når hun er frisk eller syk? Eller når hun er i bra form eller ikke så bra form? **Hmm... det er jo litt vanskelig å si da, for jeg har jo aldri sett henne frisk, hun har jo alltid vært dårlig når jeg har sett henne... og det er jo enda... så hun har liksom ikke vært frisk.***

6.1.1.1. Fravær av forklaring og informasjon

Det er gjennomgående hos disse 6 barna at de oppgir at de ikke kan huske å ha fått komme på besøk på psykiatrisk avdeling eller at de har fått noen informasjon eller forklaring på foreldrenes psykiske lidelse og innleggelse fra helsepersonell i tidlig barndom.

*9: Fikk du noen forklaring om mamma på sykehuset da du var liten, husker du det? At noen prøvde å fortelle deg noe om hva som skjedde? **Jeg husker ikke noe... Det kan hende de***

gjorde det, men jeg husker ikke..... Jeg husker nesten ingenting av barndommen min... Det er bare enkelte ting som jeg husker. Ja. Husker du at du var på besøk til henne der på "Sykehuset", eller? Jeg tror ikke jeg var der da jeg var så veldig liten... men da jeg var litt større.. så var jeg der.... Eller så kan det være at jeg husker feil... Hvordan opplevde du det å komme på "Sykehuset" i ft å komme hit? Jaa... eh... jeg husker ikke hvordan det var på "Sykehuset", jeg... Nei. Så du har ikke noe bilde i hodet av hvordan det så ut på "Sykehuset"? Jo, jeg husker parkeringsplassen! (ler) Men det var på en måte sånn litt over tid at vi kjørte dit da..... vi ble ikke med bort til "Sykehuset".... altså til huset der hun var..... det var pappa som fulgte henne bort. Så dere satt i bilen? Ja.

6.1.1.2. Følelsesmessig belastning som følge av foreldres innleggelse i tidlig barndom

4 av de 6 barna beskriver at de opplevde det at foreldrene ble innlagt da de var små som mer eller mindre traumatisk (1,2,6,9) mens en oppgir at han ikke husker det (5). Ett barn sier hun ikke reagerte på at far ble innlagt, da hun opplevde at han uansett aldri var der for henne (4). Men hun mener samtidig at det burde ha vært snakket om fars psykiske lidelse.

1: Da jeg var liten så skreik jeg veldig mye når mamma var borte (under innleggelser). Jeg greide ikke å være borte fra henne (ler litt), jeg tror jeg hadde en slags separasjonsangst eller noe sånt, jeg klarte ikke å være borte fra henne. Det var da jeg gikk på barneskolen..... Men da jeg begynte på ungdomsskolen gikk det seg til.

Hva tror du nå som du er 17 år kunne ha hjulpet deg den gangen da du var liten og mamma var innlagt på sykehuset? Snakket med noen, tror jeg. Da du var liten fikk du ikke det? Nei.

9: Husker du første gangen mamma ble innlagt? Jeg husker hvordan det var at hun ble innlagt, men ikke når hun ble innlagt. Men det var når jeg var under 10 år gammel, tror jeg. Kanskje noe sånn? 5 år eller? 5 eller 6, jeg vet ikke. Men det var jo ikke så bra da.... jeg ble jo skikkelig lei meg.....(..) Så fra 1. til 7. (klasse) da, så syntes jeg ikke det var så veldig morsomt. Hele barneskolen? Ja. For da var hun innlagt flere ganger kanskje? Ja, da var hun borte i større perioder også.

9: Det var verst da jeg var mindre, for da hadde jeg aldri gått gjennom noe sånt, så jeg begynte å grine litt mer... På skolen... så var det bare jenter som smilte hele tiden...(ler) de hadde på en måte ingen andre følelser, så jeg viste ingen andre følelser på skolen, men da

jeg kom hjem så viste jeg det mer.... så begynte jeg å grine og sånn..... Jeg sliter fortsatt litt med det der da.... men jeg griner ikke så mye lenger (ler)....

6.1.2. Tillit til innleggelse og behandling

Barnas opplevelse av foreldres innleggelse i fortid / tidlig barndom (6 av barna) skiller seg fra opplevelsen av foreldres innleggelse i nåtid (eller for kortere tid tilbake) ved to vesentlige faktorer: For det første var barna eldre (10-18 år) ved siste innleggelse(r), og for det andre fikk alle komme på besøk i avdelingen* og fikk informasjon om foreldrenes psykiske lidelse og behandling i barne- og familiesamtaler. De husker derfor naturlig nok mer av disse innleggelsene og har større forståelse for hva som skjedde og hvorfor.

6.1.2.1. Tro på at innleggelse hjelper

6 av dem (1,2,3,5,7,9) formidler en positiv opplevelse og holdning til at foreldrene ble innlagt (nåtid/nær fortid), og en (6) har tro på at innleggelse hjelper forelderen til tross for at han kan oppleve det som belastende for egen del at forelderen er innlagt. 5 av disse 7 barna var blant de som opplevde at forelderen ble innlagt også i tidlig barndom.

7: Jeg syntes det var bra egentlig.... for det hjelper jo sikkert. Det har jo hjulpet litt. Og det er jo for at det skal hjelpe. Jeg så det mer som positivt. Jeg tror det har hjulpet henne, men jeg skulle egentlig ønske at hun hadde vært her (på avdelingen) litt mer.*

3: Jeg bare tenkte at det kanskje er bra, fordi da får mamma slappe av og sånn. Det var ikke noen dum tanke nei. Så du syntes det hørtes greit ut? Ja

6: Hm..... jeg tror dere hjelper henne til å tenke mer positivt. Får henne til å glemme X og gå videre liksom, og ikke tenke mer på ham og sånn. Så blir hun glad igjen og ikke syk mer når hun kommer tilbake. Liksom kurerer henne.

1: Det synes jeg er bra, at hun kan komme når hun trenger det. Jeg tror hun får god hjelp.

2: Så lenge hun blir bedre av det, er det greit (om innleggelse).

9: Jeg er skikkelig glad for at dere snakker med mamma og får henne til å føle seg hjemmevarm på en måte. Selv om det betyr at hun må bort fra dere? Jaja. Jeg skjønner jo nå at hun gjør det for å bli frisk og sanne ting... så jeg er veldig glad for at mamma har den kriseplanen sinså at hvis mamma kjenner seg litt sånn sliten og veldig sånn at hun hører stemmene sine igjen og sånn der...så tar hun bare og drar inn på "DPS" eller "Sykehuset" og er der til hun føler seg ordentlig igjen.

6.1.2.2. Opplevelse av at forelderen blir bedre

7 barn (1,2,3,5,6,7,9) har en opplevelse av at forelderen blir bedre etter innleggelse.

*3: Hva tror du nå i ettertid, tror du at det har hjulpet mamma noe å være her? **Ja. Det virker sånn.** Hvordan merker du det på henne da? **Hun snakker mer og er i bedre humør og.***

*7: **Hun har blitt mer positiv. Ja. Hun er ikke like negativ, men hun kan bli sur for detaljer enda, ja, men ikke så veldig ofte.***

*1: Da mamma kom hjem fra sykehuset, opplevde du på noen måte at hun var blitt bedre? **Jaa, litt. Hun var mye gladere.***

6.1.3.Følelsesmessig belastning ved foreldres innleggelse

Bortsett fra ett barn (6) som opplever det både positivt og negativt at forelderen innlegges (han opplever at mor blir bedre, men savner henne når hun er borte), er det de 4 barna som ikke oppga noen positiv opplevelse av innleggelsen, som formidler følelsesmessig belastning i fb med foreldrenes innleggelse.(8,10,11,12) Felles for disse barna er at forelderens psykiske tilstand ble betraktelig forverret på kort tid og at de ikke hadde vært innlagt tidligere. 3 av barna hadde en forelder som tidligere hadde vært frisk.

6.1.3.1. Bekymring og redsel

4 barn (8,10,11,12) formidler bekymring og redsel i fb med forelderens innleggelse.

*8: **Jeg lurte på hvor hun egentlig var. Jeg skulle til å si at jeg ikke tenkte så mye på det..... men jeg gjorde jo det. Og så var det det med skolen. I en uke var det sånn at jeg ikke fikk til noe bra på prøvene og sånn. Jeg greide ikke å konsentrere meg.***

*10: **Han tok masse piller, og så måtte han innlegges på sykehuset. Det var jævlig. Jeg trodde jo det hadde skjedd... at han hadde dødd eller noe sånt der. Men det gikk jo bra med ham etterpå... men han var jo fremdeles sånn ko-ko.. I begynnelsen var det merkelig. Tanken på at han skulle hit og var syk, ikke sant? Det var rart å tenke på.***

*12: **Husker du hva du tenkte da mora di ringte og fortalte det, da? (at far ble innlagt første gang) Først ble jeg lei meg... jeg tenkte ikke så mye... det kom som et sjokk liksom.... Jeg hadde ikke sett for meg at det skulle være sånn...***

*11: **Synes du han fikk god nok hjelp på "Sykehuset", eller her på "DPS"? Jaa... jeg skulle egentlig haliksom ...ønsket at når pasientene kommer ut.... at de har både bolig og jobb.... For at det staten gir dem, det er egentlig ikke nok til å leve for... Så du opplevde at***

da pappa ble utskrevet herfra så hadde han verken plass å bo eller noen jobb eller? Ja, jeg ble bekymret da jeg fikk høre at han ikke hadde jobb. Jeg trodde at han hadde jobb da, så jeg tenkte det går greit. Etterpå så fikk jeg vite at han ikke hadde jobb lenger.... så da ble jeg litt sånn bekymret... han har jo ikke penger og sånn. Så det tenkte du en del på? Ja.

6.1.3.2. Tristhet og savn

11: Jeg skjønnte det da... det ble så mye styr en kveld da... han tok så mange tabletter ..så fikk han vondt i magen og sånn... og så ble han kjørt til sykehuset. Ble du redd da det skjedde? Jeg skjønte jo ingenting, egentlig ikke... Jeg visste ikke hva jeg skulle tenke liksom... Dro han først til "Somatisk sykehus" da? Ja...sånn vanlig sykehus. Og så kom han hit etterpå da? Eller til "Psykiatrisk sykehus" først kanskje? "Psykiatrisk sykehus" først. Var dere der og besøkte han eller? Jaa...(trekker litt på seg og skjærer en grimase) Hvordan var det da? Nei, det var litt trist... det varjeg ble glad da jeg så ham... men det var trist å si ha det til ham... for at han.....(svelger, ser ned og tier) For at han skulle være igjen der? Ja.

12: Og så ble han innlagt her (på avdelingen) ganske lenge? Ja, han var ut og inn. Var du på besøk eller? Ja, jeg har vært både på "Sykehuset" og her på "DPS". Hvordan var det da? Det var rart å se ham der. Det var rart, ja. Sånn at det ble litt trist? Ja, selvfølgelig er det trist..... å se faren din på et sånt sykehus. Forsto du eller tenkte du at det var riktig at han ble innlagt? For å få behandling? Neei... først så bare tenkte jeg at liksom at..... at det var en misforståelse eller noe.... jeg trodde ikke helt... at det var noen sykdom eller sånn... Men etterpå ble det klarere liksom.... jeg fikk jo forklaring, så da...*

6.1.3.3. Skam

Ett barn (8) formidler en sterk opplevelse av skam ved mors innleggelse.

8: Men det er noen sånne..... som ikke er helt snille.... som har spurt meg.. Og så hadde det blitt sånn rykte.... og så var det noen som kom og spurte "Har mamma'n din blitt gal?" og sånn der.

Det jeg er redd for er at folk skal tenke at mamma er gal. Det er du mest redd for? Ja. Hun er ikke det.

6.1.4. Kritikk til behandlingen

På spørsmål om hvordan barna opplevde mors eller fars innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling, var det 4 av de 12 barna som hadde negative eller kritiske tilbakemeldinger vedrørende behandlingen av foreldrene.

6.1.4.1. Kritikk og mistillit til behandlingen

4 av barna hadde kritiske kommentarer til behandlingen av forelderen under innleggelsen. Dette omhandlet opplevelser av at forelderen ikke ble godt nok ivaretatt eller medisineret, opplevelse av utilstrekkelig sikkerhet rundt den syke forelderen, samt for dårlig forberedt utskrivelse.

10: Det jeg reagerte på da, ...faren min han nektet jo da han skulle få hjelp... han nektet jo... ..han mente jo selv at han var helt frisk. Ja? Og så klart vil jo en som er psykisk syk si at han er helt frisk... at han ikke trenger hjelp liksom. Men jeg skjønnte jo selv at det var noe galt med ham.... Men de (sykehuspersonalet) ville ikke gi ham medisin når han ikke ville det selv. Så de ville ikke tvinge ham? Nei. Jeg snakket jo til dem i telefonen og sa at så klart vil jo han si at han ikke trenger det, men han oppfører seg helt rart, helt merkelig... det nytter ikke å spørre ham om han vil eller ikke, for så klart hvis man spør ham så vil han si nei. Men han blir jo bare verre og verre hvis han ikke får. Det var det jeg reagerte på... for at de kunne ikke tvinge ham, med mindre det ble verre. Men så sa jeg til dem: Så klart blir det verre! Hvorfor vente til det blir mye verre? Hvorfor ikke bare sette i gang tiltak og gjøre det, gi ham medisin? Skal det da bare gå nedover og nedover, liksom? Til slutt sier han ikke en dritt. Bare lager tegn og sitter og peker rundt omkring og tror at det er kamera overalt som overvåker. Hvem vet.... og så tar han en overdose med piller. For greia til det at han tok overdosen, ikke sant..... det var at han sa at det var noen folk utenfor... eller noen folk som sa til ham at han skulle gjøre det, liksom. Det var derfor han gjorde det. Så "vent og se" vil jeg ikke anbefale som et råd (ironisk). Det er det verste du kan gjøre. Nå er det ulike sykdommer, det kommer jo an på hvordan syk man er.... men hvis han allerede har prøvd å ta livet sitt en gang... og ikke greide det... og man framdeles skal vente og se... ! Så du var fortvilet du da... og sint egentlig? Altså.. irritert, for det var ganske idiotisk.... Faren min var helt ute og kjøre... allikevel så ville de ikke gjøre noe med det.

12: Er det noe vi kunne gjort annerledes i ft dere som familie? Ja, det var bare det at han stakk ofte av fra sykehuset (avd)... Han stakk av? Ja, han sa at han skulle gå tur, ikke sant... og såstakk han av... Og da tenker du at? Nei, han var jo ikke rett i hodet på det

tidspunktet da, så.... Hvem vet hva han kunne ha gjort med seg selv.... Så, jeg vet ikke hva jeg skal si.... bedre sikkerhet... eller at noen hadde kunnet passe på ham.

6.1.4.2. Opplevelse av å ikke bli hørt

2 av barna formidler en opplevelse av at de som pårørende (og familien for øvrig) ikke var blitt tilstrekkelig hørt eller involvert mtp å få gi opplysninger om forelderen som de mente var av vesentlig betydning for behandlingen.

4: Pappa er en annen person når han treffer andre.... enn når han er med familien. Fordi han vil at alle skal like ham. Men familien har han, så han trenger ikke bry seg så mye om det... fordi vi er der uansett, men andre folk... der skal han imponere og sånn... så jeg er redd for at det er han har gjort her (på avd) også. Ja, du sa det, at du var bekymret for at vi ikke skjønnte helt hvordan han var? Ja. Vi i familien skulle vært mye mer inkludert.... I hvert fall søsken og ...mamma da. Nå har hun jo ikke noe ansvar for ham lenger, men hvis hun hadde villet, så hadde det vært det beste... for hun har bodd sammen med ham i over 20 år. Så hun vet hvordan han er.

6.1.5.Sammenfatning av funn i ft forskningsspørsmål 3: Hvordan opplevde barna foreldres innleggelse(r) i psykiatrisk døgnavdeling?

6 av de 12 barna har opplevd å ha en forelder som har vært psykisk syk det meste av deres liv, dvs enten fra de ble født eller fra tidlig barndom (førskolealder). Det er gjennomgående hos disse barna at de ikke kan huske å ha fått komme på besøk på psykiatrisk avdeling eller å ha fått noen informasjon eller forklaring på forelderens psykiske lidelse fra helsepersonell da de var mindre. De fleste av disse beskriver at de opplevde det at forelderen ble innlagt da de var mindre som mer eller mindre traumatisk.

Barnas opplevelse av foreldres innleggelse i fortid / tidlig barndom skiller seg fra opplevelsen av foreldres innleggelse i nåtid ved to vesentlige faktorer: for det første var de eldre (10-18 år) ved siste innleggelse(r), og for det andre fikk alle komme på besøk i avdelingen og fikk informasjon om foreldrenes psykiske lidelse og behandling i barnesamtaler. De husker derfor naturlig nok mer av disse innleggelsene og har større forståelse for hva som skjedde og hvorfor.

Flertallet formidler en positiv opplevelse og holdning til at foreldrene ble innlagt (i nåtid), en oppgir dette til tross for at han opplever det belastende at foreldereren er borte fra hjemmet under innleggelser. De begrunner sin positive holdning til innleggelse med en opplevelse av at foreldereren blir bedre etter innleggelse og at de er glade for at foreldereren får hjelp.

Et mindretall av barna oppgir imidlertid ikke noen positiv opplevelse av innleggelsen, og formidler følelsesmessig belastning i fb med innleggelsen(e). Det handler da om bekymring og redsel knyttet til om foreldereren blir godt nok i varetatt, hvordan det skal gå med ham/henne, og skam mtp hva andre kan komme til å tenke om foreldereren. Tristhet og savn i fb med at foreldereren taper funksjonsevne og forandrer seg beskrives også.

En tredjedel av barna hadde kritiske eller negative tilbakemeldinger vedrørende behandlingen av foreldereren. Dette handlet om opplevelser av at foreldrene ikke fikk riktig eller tilstrekkelig behandling, opplevelse av utilstrekkelig sikkerhet rundt den syke foreldereren, samt opplevelse av for tidlig eller for dårlig forberedt utskrivelse.

To barn formidler en sterk opplevelse av å ikke forstå grunnlaget for forelderens behandling og uttrykker ønske om å få uttale seg eller bli hørt av behandlingsansvarlig. Dette fordi de mener at de har kjennskap til forelderens lidelse som er viktig å få formidlet. De er i denne sammenheng ikke negative til barnesamtalen, men til at de ikke ble involvert eller hørt i forbindelse med forelderens behandling.

6.2.Diskusjon av forskningsspørsmål 3: I spenningsfeltet mellom bekymring og håp - barnas opplevelse av foreldres innleggelse i psykiatrisk avdeling

Resultatene fra forskningsspørsmål 3 diskuteres her i forhold til teori og tidligere forskning. Med bakgrunn i resultatene har jeg formulert følgende tema til diskusjon: 6.2 : I spenningsfeltet mellom bekymring og håp – barnas opplevelse av foreldrenes innleggelse i psykiatrisk avdeling, med subtema: 6.2.1 Barna holdes utenfor, 6.2.2 Barna håper og tror, 6.2.3 Barna bekymrer seg, 6.2.4 Barna blir ikke hørt.

6.2.1.Barna holdes utenfor

Halvparten av barna i us har foreldre som har vært syke siden de var småbarn og har opplevd at den syke foreldereren har blitt innlagt i psykiatriske døgnavdelinger gjentatte ganger fra de var små. De fikk komme på besøk og delta i barnesamtale ved døgnavdelingen* i fb med forelderens innleggelse første gang mellom 1-2 år før disse intervjuene fant sted. De var da i

alder 10-18 år. Før det oppgir ingen at de har mottatt informasjon fra helsepersonell i psykiatriske institusjoner i fb med foreldres innleggelse. Et par av dem deltok i en kommunal barnegruppe for barn av psykisk syke foreldre noen år tilbake i tid. Den yngste av dem hadde ikke oppfattet at det var en gruppe for barn med psykisk syke foreldre. Han hadde kun oppfattet at det var en aktivitetsgruppe, som han riktignok hadde hatt glede av å delta på. Fem av de seks sier at den ene eller begge foreldrene har forsøkt å forklare dem litt om den syke forelderens lidelse, og at de til en viss grad har opplevd åpenhet hos foreldrene om at de var syke og måtte innlegges i sykehus av og til. Men de oppgir allikevel at de i liten grad forsto hva som foregikk da de var små, annet enn at forelderen måtte på sykehus. Fram til barnesamtalen hadde de ikke greid å sette sammen informasjonen fra foreldrene til en sammenhengende og konkret forståelse av forelderens lidelse eller til hva som foregikk under innleggelse og behandling. De husker kun bruddstykker av foreldrenes innleggelse(r), og da i form av minner om at den syke forelderen var borte i (til dels lange) perioder, at de selv var med som passasjerer i bilen da forelderen ble kjørt til sykehuset, eller at de satt og ventet i en bil på sykehusets parkeringsplass.

Barna oppgir følelser som ensomhet og tristhet i fb med forelderens innleggelse(r) i tidlig barndom. På spørsmål om hva de hadde ønsket for egen del når de nå ser tilbake på situasjonen, svarer flere at de ønsker at noen hadde snakket med dem.

Lier m.fl.'s studie av barn i alder 5-18 år (2001) som hadde hatt sine foreldre innlagt ved et dansk DPS kan sammenliknes med opplevelsene til barna i denne undersøkelsen vedrørende foreldres innleggelse i deres tidligere barndom. Barna i Liers undersøkelse hadde heller ikke fått informasjon om forelderens lidelse og behandling. De uttrykte bekymring under foreldrenes innleggelse og hadde uklare forestillinger om hva hun/han ble behandlet for og hva som foregikk under innleggelsen. De hadde også stor grad av skyldfølelse og deres kunnskap om psykisk lidelse var knapp og sporadisk. Mangelen på informasjon og forståelse for sykdommen gjorde at barna ikke greide å skille på hva som var reaksjoner som kom av foreldrenes lidelse og hva som var reaksjoner som hadde med barna å gjøre. Lier m.fl.'s studie samsvarer med funnene hos Riebschleger (2004) og Fudge og Mason (2004) hvor barna også oppgir å ikke ha fått informasjon fra helsepersonell i fb med foreldres psykiatriske behandling eller innleggelse. Bekymring, engstelse og skyldfølelse hos barna går igjen i disse studiene.

Funnene i min undersøkelse samsvarer altså med de tre nevnte studiene: når barna holdes utenfor og ikke får tilstrekkelig informasjon eller forklaring på hva som skjer under foreldres innleggelse, øker den følelsesmessige belastningen i form av bekymring, uro og skyldfølelse hos barna betraktelig sammenliknet med opplevelsen hos barn som inkluderes og får tydelige forklaringer.

6.2.2. Barna håper og tror

Mer enn halvparten av barna stiller seg positive til foreldrenes innleggelse i nåtid, dvs etter at barna selv ble inkludert med besøk og barnesamtaler under innleggelse. Dette står i kontrast til deres tidligere opplevelser hvor det enten var skremmende eller uklart for dem hvorfor foreldrene ble innlagt eller ble borte.

En annen vesentlig forskjell i tillegg til at de har fått komme på besøk i avdelingen og har fått informasjon, er at barna også er blitt eldre, har større verbaliseringsevne og forstår mer enn da de var små, naturlig nok. Det at ingen av dem husker å ha fått informasjon da de var små, utelukker ikke muligheten for at de kan ha fått det. Men om så var tilfelle har informasjonen i så fall ikke vært god nok og gjentatt tilstrekkelig, siden ingen av dem har noen erindring av den. Om ikke annet vil barn kunne huske "bilder" av situasjoner. Dette greier de heller ikke gjengi, annet enn bilder fra eksempelvis sykehusets parkeringsplass, eller at de var med og kjørte forelderen (satt på bilden mens den andre forelderen kjørte) som flere refererer til. Da disse barna var små var det uvanlig at barna ble invitert til sykehuset / avdelingen. I dag er mange psykiatriske avdelinger i ferd med å utvikle tiltak for ivaretagelse av barn som pårørende. Det er imidlertid svært varierende hvor langt de forskjellige psykiatriske sykehusene og DPS'ene i Norge har kommet i utviklingen av dette.

Et av barna i undersøkelsen sier at tidlig besøk på avdelingen og mulighet til å komme tilbake når han ville, var noe han opplevde som bra. I følge Raundalen og Schultz (2006) bidrar aktiv inkludering av barnet ved at det selv får delta i det som skjer til at angstelse reduseres og barnet får en økt opplevelse av at situasjonen er under kontroll.

Flere av barna uttrykker lettelse over at forelderen får hjelp. Uttalelsene deres viser at med viten om hva som foregår opplever de at forelderen blir ivaretatt og registrerer også at de blir bedre etter innleggelse. Bedringen hos foreldrene beskriver de for eksempel som at de smiler mer, snakker mer og virker gladere. Haukø og Starnes' undersøkelse (2009b) av barn som hadde fått tilsvarende tilbud da deres foreldre var innlagt, viser samme funn.

Flere av foreldrene til barna i undersøkelsen har en såkalt kriseplan, dvs de kan få innleggelse på kort varsel hvis de blir sykere i perioder. Flere av deres barn omtaler dette som positivt, de synes det er bra at foreldrene kan komme når de trenger det. Dette kan bidra til økt forutsigbarhet for barna om foreldrene har et svingende sykdomsbilde over lengre tid.

Det er altså en tydelig forskjell på barnas opplevelse av foreldrenes innleggelse nå som de har fått informasjon og har vært på besøk og sett avdelingen og møtt personalet som jobber der, og den opplevelsen de hadde da de var små og ikke ble inkludert da foreldrene ble innlagt.

Hvis det er *ønskelig* at et tabu skal brytes (som flertallet sannsynligvis vil mene at det er i forhold til psykiske lidelser i Norge i dag), er det en forutsetning at man begynner å benevne og sette ord på det. Barn er langt mindre forutinntatte enn voksne og derfor lette å forklare og benevne ting for. De tar informasjon til seg med langt større grad av åpenhet og aksept enn voksne. Det er ikke dermed sagt at barn skal vite alt og trenger å kjenne til detaljer. En skal selvsagt ikke ta barn med inn i situasjoner som faktisk *er* skremmende, og eventuelt også farlige. For eksempel er det ikke naturlig å ta i mot barn på besøk på en psykiatrisk akuttavdeling hvis pasienter er utagerende, høylydte og opptrer skremmende eller truende. I slike tilfeller bør det være egnede besøksrom for familier utenfor / i tilknytning til en avdeling. Barn skal få vite *det de trenger å vite for sin egen del*, for sin egen trygghet og oversikt (jf Raundalen og Schultz, 2006).

6.2.3. Barna bekymrer seg under foreldrenes innleggelse

Hva er det så som gjør at noen av barna ikke oppgir noen positiv opplevelse av foreldres innleggelse i nåtid (0-2 år tilbake i tid), men snarere uttrykker følelsesmessig belastning i forhold til innleggelsen? Et barn oppgir ikke følelsesmessig belastning ved fars innleggelse, men hun uttrykker en generell resignasjon og oppgitthet i forhold til sin far som har en ustabil personlighetsforstyrrelse. Etter gjentatte innleggelse opplever jenta fortsatt ikke at han har blitt noe bedre. Hun har aldri kunnet regne med ham, som hun sier, så om han innlegges har hun liten tro på at det bidrar til noen forandring av fars adferd. Imidlertid setter hun pris på å få snakke om sin egen opplevelse av situasjonen, og kunne ønsket hun hadde fått tilbud om å komme tilbake til ny samtale, alene uten resten av familien tilstede.

Hos de øvrige barna som ikke opplevde innleggelsen som positiv, hadde foreldrene blitt syke i løpet av relativt kort tid, og innleggelsen lot til å ha kommet overraskende på dem. Den ene jenta hadde en søster som opplevde mors innleggelse positivt, men søstrene opplevde situasjonen tydeligvis ulikt. Mens den eldste så innleggelsen som positiv og som en mulighet

for mor til å bli bedre, ble det for den yngste skremmende. Hun var også et av de få barna som opplevde skam, og hun gjorde seg mange bekymringer rundt hvorvidt andre tenkte om mor at hun var ”gal”. Det kom fram i intervjuet at hun hadde relativt mange fordommer om psykisk lidelse, og at hun også hadde blitt ertet i fb med at moren ble innlagt. Dette var et barn som tydeligvis hadde behov for å snakke om sine negative opplevelser og også få gjentatt informasjon om både psykisk lidelse generelt og om mor spesielt. Både hun og søsteren husket i stor grad innholdet i barnesamtalen, og var positive til den, men den yngste trengte til forskjell fra sin eldre søster mer tid og samtale for å få bearbeidet sine opplevelser. Dette viser tydelig at søsken kan oppleve situasjonen svært ulikt og at vi derfor må vurdere hvert barns behov for hjelp og støtte individuelt. Kunnskap fra resiliensforskningen bekrefter dette, jf Waaktaar (2011): individuelle faktorer ved resiliens (kap 2.2). Søsken kan i tillegg ha ulik grad av støtte og beskyttelse utenfor familien, for eksempel i skole og blant venner (jf. 2.2 om miljø- og nettverksfaktorer). Hvordan de kommuniserer innad i familien, det være seg med den syke eller friske forelderen, kan også variere, både mht alder og modenhetsnivå, hvilke roller / relasjoner de har til hverandre innad i familien, temperament og verbaliseringsevne. (jf 2.2.1: bl.a. familære faktorer).

De siste barna som opplevde fars innleggelse vanskelig hadde vært vitne til at far endret seg dramatisk da han utviklet en psykoselidelse av paranoid karakter over relativt kort tid, og deretter ble sykehusinnlagt i forbindelse med at han prøvde å ta livet sitt. Sykdomsforløpet hadde vært dramatisk og far hadde ingen egen opplevelse av å være syk og nektet å ta medisiner. På intervjutidspunktet bodde ikke far lenger sammen med barna og deres mor og foreldrene var blitt skilt. Barna fortalte om sin svært forståelige fortvilelse over å være vitne til fars lidelse, om sin frykt for at far skulle komme til å skade seg eller ta livet sitt, også under innleggelsene. De hadde ikke kjent seg trygge på at personalet ved avdelingene, verken akuttavdelingen eller DPS-avdelingen, greide å ivareta fars sikkerhet. De opplevde gjentatte ganger at far stakk av fra avdelingen. Ettersom far allerede hadde gjort et selvmordsforsøk var barna svært bekymret for om han kunne komme til å gjøre det på nytt. Barna hadde en klar opplevelse av at faren ikke greide å ta vare på seg selv og etterlyste bedre ivaretakelse og sikkerhet rundt far fra avdelingens side. De fikk delta i to barnesamtaler med barneansvarlige på avdelingen, men hadde ingen samtale med behandlingsansvarlig lege, til tross for at situasjonen til far var svært alvorlig og han hadde forandret seg dramatisk på relativt kort tid. Dette var på langt nær tilstrekkelig ivaretakelse av de svært bekymrede barna. Selv om far på intervjutidspunktet var utskrevet og hans sykdomstilstand nå var mindre dramatisk og akutt,

satt barna igjen med en opplevelse av innleggelsene som negative, utrygge og til liten hjelp for far.

6.2.4. Barna blir ikke hørt

Fire av barna gir i intervjuene kritisk tilbakemelding på behandlingen av forelderen. Det dreier seg om opplevelse av utilstrekkelig eller feil behandling av forelderen. To av dem opplever seg ikke hørt av personalet og etterlyser det å få mulighet til å gi viktig informasjon om sine foreldre videre i behandlingssammenheng. Dette er de to eldste barna i undersøkelsen på hhv 18 og 19 år. Kritikken gjelder her ikke selve barnesamtalen, men behandlingen og ivaretagelsen av forelderen. Den ene av dem hadde med stor fortvilelse og bekymring for at faren skulle komme til å gjøre et nytt selvmordsforsøk henvendt seg til fars behandler og argumentert for at de måtte tvangsmedisinere far. Dette var etter at far hadde vært vedvarende psykotisk, gjentatte ganger hadde stukket av fra sykehuset og dukket opp hjemme hos familien, forvirret og hallusinert. Gutten uttrykte stor fortvilelse og forundring over at personalet ikke ville tvangsmedisinere far, og heller ikke greide passe på ham slik han opplevde det.

En kan i ettertid stille spørsmål ved hensikten med en barnesamtale hvis barna brenner inne med slike viktige og uavklarte spørsmål som denne gutten. Han uttrykte riktignok selv tilfredshet med informasjonen han og søsknene fikk i barnesamtalen, men det han lot til å være mest opptatt av, i hvertfall på sikt, var fars vedvarende dårlige psykiske tilstand og spørsmålet om medisinering. Dette fikk han ikke annet svar på enn at man måtte "vente og se" i og med at far selv nektet medisinering. Dette virket ulogisk og uforståelig for gutten. Han fikk informasjon fra de barneansvarlige om den psykiske lidelsen, men han fikk kun snakke med behandlingsansvarlig (lege / psykolog) om medisineringen på telefonen, og det på eget initiativ. Det er ikke spørsmålet om hvorvidt far skulle ha vært medisinert eller ikke som er diskutabelt, men det at gutten (og hans mor og søsken) i dette alvorlige tilfellet burde blitt lyttet til og samtalt med av *både* barneansvarlige og behandlende lege. I en situasjon som omhandler alvorlig sinnslidelse, liv og død, har gutten helt rett i at det ikke er tilstrekkelig å vente og se. Sannsynligvis innebar behandlingen av faren grundigere medisinske vurderinger som ikke kom fram for gutten. Men det er nettopp poenget: Det kom ikke fram. I hvert fall ikke tydelig nok. Guttens tilbakemelding får tjene som en vekker mht det å vurdere hver enkelt familie og hvert barn for seg, og at "vanlig prosedyre" med "en standard barnesamtale" ikke alltid er tilstrekkelig når situasjonen er så alvorlig som den var i dette tilfellet. Guttens opplevelse kunne blitt en helt annen hvis han hadde blitt møtt på en mer imøtekommende og

oppmerksom måte og hans bekymring hadde blitt tatt på alvor. Det ville jf Raundalen og Schultz (2006) gitt gutten en helt annen opplevelse av oversikt og kontroll i en ellers kaotisk situasjon om han hadde fått være mer delaktig i prosessen.

Et annet barn som også kritiserte mangelen på pårørendes mulighet til å bli hørt, mente at personalet på den måten gikk glipp av viktig informasjon om hennes far som hun mente var svært tildekkende mht egen lidelse, og at personalet derfor ikke hadde tilstrekkelig grunnlag til å vurdere behandlingen hans på. Og når man ikke vet hvordan pasienten egentlig er, så er det jo ingen vits i at han er der heller (i behandling), konkluderer hun. Dette er noe Killén (2009) peker på som en potensiell fare i voksenpsykiatrien: Vurderinger kan baseres på avgrensede samtaler med foreldrene langt borte fra de dagligdagse situasjonene som provoserer og belaster dem, og der de legger for dagen andre reaksjoner enn de gjør i en beskyttet og kanskje omsorgsfylt samtale- og behandlingssituasjon. Pårørende, og særlig barn, blir ikke spurt om sin opplevelse av forelderens tilstand og adferd, til tross for at de har levd sammen med sin forelder i mange år. Jenta spør her hvorfor personalet ikke vil høre familiens versjon av livet med far. For henne er det innlysende at deres opplysninger må være viktige for at personalet skal kunne få en forståelse av hvordan faren fungerer sosialt, og i nære relasjoner. Uten at personalet har denne informasjonen har hun ingen tro på at faren skal kunne ha noen nytte av behandling og bli bedre. Det er også hennes erfaring at han ikke er blitt bedre, selv etter mange år med gjentatte innleggelse i psykiatrisk avdeling.

Vi snakker her om de eldste barna, om de som ønsker og evner å uttrykke seg overfor personalet med sine meninger og oppfatninger. Barn må få bli hørt når det er noe de ønsker å formidle til personalet, det være seg til barneansvarlige eller behandlingsansvarlig lege eller psykolog. Barn skal ikke bli bedt om å uttale seg om forelderen, men når de selv uttrykker behov for å bli lyttet til, må personalet gjøre det. Som Øvreeide sier (2000) skal barnet få bekreftet og gyldiggjort sin opplevelse og erfaring og få mest mulig forutsigbarhet i sitt liv. Raundalen og Schultz (2006) peker på barns behov for klarhet og kontroll: Når situasjonene er skiftende og påkjenningene overveldende, og foreldre ikke lenger er som før – da oppstår det motsatte av klarhet og tydelighet inne i barn, nemlig kaos, sier de. Det er da viktig å samtale med barn, lytte og la dem få uttrykke det som hender med dem, slik at opplevelsene blir klarere, tydeligere og dermed mindre angstfylte. Å i den grad mulig la barn få være med og bestemme noe eller delta aktivt i situasjonen, styrker i følge Raundalen og Schultz (ibid) barnets opplevelse av at situasjonen er under kontroll. Muligheten til å reflektere sammen med andre strukturerer oppfatningen av virkeligheten og demper uklarhet og forvirring. Det

skal mye til før barn tar kontakt og ber om å bli hørt av helsepersonell i en slik situasjon. Når de allikevel gjør det, tyder det på at de bærer på en betydelig grad av belastning og stress. Å ta i mot barnas budskap og lytte til dem i en slik situasjon, er et ansvar vi som helsepersonell må ta med stort alvor.

7. Forskningsspørsmål 4: Hvordan opplever barna barnesamtalen? Resultat og diskusjon.

7.1.Resultat fra forskningsspørsmål 4

Alle de 12 intervjuede barna deltok i en barnesamtale i løpet av den tiden den syke forelderen var innlagt. For 4 av barna hadde barnesamtalen funnet sted i løpet av de siste 1-9 månedene forut for intervjuet. Mens det for 8 av barna hadde gått mellom 1 og 2 år siden barnesamtalen (jf. kap. 3: Metode vedrørende tilgjengelighetsutvalg). 11 av de 12 barna uttrykker en eller flere momenter ved barnesamtalen som de enten opplevde som positive for seg selv, eller som de mener er viktige for barn i deres situasjon generelt.

4 av barna(1,2,3,4) formidler at det var en eller flere momenter ved barnesamtalen de opplevde som enten mangelfulle eller negative. I tillegg kommer at 4 av barna (2,4,5,6) sier de husker lite fra barnesamtalen. 3 av dem var blant de yngste barna, og det var gått mellom 1 og 2 år siden de deltok i barnesamtalen, mens det fjerde barnet anga å ikke huske noe pga generelle konsentrasjonsvansker når flere er tilstede samtidig.

Resultatene presenteres her i to underkapittel som hovedkategoriene: Positive opplevelser av barnesamtalen (7.1.1) og Mangelfulle eller negative opplevelser av barnesamtalen (7.1.2). Hvert underkapittel er igjen inndelt i subkategorier av funn. En sammenfatning av funn fra forskningsspørsmål 4 gis i tredje underkapittel (7.1.3).

7.1.1.Positive opplevelser av barnesamtalen

Det barna trekker fram som positivt eller viktig ved barnesamtalen, er framfor alt å få en forklaring på forelderens psykiske lidelse. (9 barn: 1,2,4,7,8,9,10,11,12)

6 barn oppga at de opplevde det positivt eller viktig å få komme på besøk for å se hvor forelderen er innlagt.(2,3,5,7,8,9)

Hele 8 barn uttrykte at de opplever det som viktig eller *svært viktig* å få mulighet til å snakke med personalet alene uten foreldrene til stede. (1,2,3,4,7,8,10,11) I den forbindelse sier ett barn at det var spesielt positivt å få hjelp av personalet til å stille spørsmål til foreldrene - og slippe å gjøre dette selv.

2 barn kommenterte spesielt at de synes det er positivt når de voksne bruker et konkret og direkte språk. (4,7)

Individuelle positive uttalelser var for øvrig: at det var bra å få møte de som hjelper forelderen, at personalet var hyggelige, at det ble brukt et alderstilpasset språk, at det var et koselig familierom med mulighet for å være for seg selv.

7.1.1.1. Å få en forklaring

9 av barna sier at de opplever det positivt eller viktig å få en forklaring på forelderens psykiske lidelse (1,2,4,7,8,9,10,11,12).

7 av de 9 oppga også at de opplevde forklaringene som ble gitt som gode og begripelige. (1,7,8,9,10,11,12) Flere beskrev personalets bruk av tegninger som del av dette. 2 av de 9 som mente forklaring var viktig husket imidlertid lite av innholdet i barnesamtalen.(2,4)

Vedrørende de øvrige 3 barna sier én ikke noe om opplevelsen av forklaringen han fikk (6), men gjengir deler av innholdet i barnesamtalen og stiller samtidig nye spørsmål om mors lidelse til intervjuer. Han viser ellers også et stort formidlingsbehov i ft sine opplevelser av mor. Hans adferd kan derfor tolkes dit hen at han opplever det som viktig å få snakke med noen om mor. En sier at han opplevde besøket og samtalen som hyggelig og at han ikke synes at noe skulle vært gjort annerledes, uten å spesifisere dette nærmere (5), mens ett barn (3) opplevde forklaringen som negativ (se kap. 7.1.2.1).

9: Tror du det er viktig at barna får mulighet til å komme på sånne barnesamtaler? Ja, jeg synes det er kjempeviktig. For det får barna til å ikke..... på en måte lage sine egne.... eh.... hva skal jeg si da.... løsninger på hvorfor dette skjer..... at de får den ordentlige..... hvorfor det skjedde.... og hvorfor er hun sånn.... og hva er det som skjer når hun går gjennom det hun går gjennom.... og hvorfor blir hun lagt inn på sykehuset for eksempel.

12: Tror du det er viktig at sykehusene inviterer inn barna til pasientene og gir dem disse forklaringene? Ja, det er selvfølgelig bra.... Ja ...for jeg kunne jo ikke noe om det fra før liksom... og nå skjønner jeg hva sykdommen går ut på og hva greia er...

7: Hm.... jeg spurte jo om man kunne dø av det da. Det var fordi mamma sa det. Men jeg spurte ikke så mye ellers. De forklarte ganske bra. Så vi slapp å spørre så mye.

8: Da fikk jeg vite litt mer. Og så fikk vi sånn .. to bøker, der det sto om forskjellige ting. Det var nesten bare som vanlig undervisning. Sånn at de tegnet opp ting og sånn. Som en vanlig skoletime, bare på en måte privatskole. De ordene de brukte, de forklaringene de ga, de var forståelig? Ja, jeg synes de brukte godeså da skjønnte vi det.

7.1.1.2. Å få komme og se

5 barn sier de opplevde det positivt eller viktig å få komme på besøk og se hvor forelderen var innlagt. Av dem nevner en at det er viktig å få se at noen passer på forelderen. (9)

8: Jeg lurte på hvor hun egentlig var. Jeg skulle til å si at jeg ikke tenkte så mye på det..... men jeg gjorde jo det. Det så mye finere ut enn jeg hadde trodd egentlig. Jeg trodde det var et sånn vanlig sykehus, men det var ordentlige rom og sånn.

9: Det er kjempe greit, det. Sånn at jeg skjønner at det er noen som passer på mamma... at det er noen sånne "guardian angels" (ler) For da får man det på en måte sånn mer godt med at....."Åh, hva har jeg bekymret meg for..hun har det jo kjempebra, hun!"

7.1.1.3. Å få snakke med personalet alene uten foreldrene tilstede

Hele 8 av 12 barn sier de synes det er viktig å få snakke med personalet alene uten at foreldrene er tilstede.(1,2,3,4,7,8,10,11) Deriblant er også noen av de barna som ikke fikk mulighet til det da de var på barnesamtale en tid tilbake, mens dette ennå ikke var fast praksis å tilby de større barna.

*10: Da dere var her var det ikke slik, men nå er det sånn at foreldrene pleier å være til stede i begynnelsen av barnesamtalen. Og så når barna er så store som dere er, så pleier vi å sette av en stund til bare barna, uten at foreldrene er der. Ja? Hva tror du om det? **Det er faktisk mye bedre vil jeg si!** For at hvis du sitter sammen med faren din da for eksempel, som er psykisk syk... og med mora di som henger seg opp i alt... så er det vanskelig å snakke. Hvis du sier noe... og en av dem mener det er feil... for eksempel hvis vi snakker om sykdommen hans, da... så begynner han da liksom "nei, ...bla, bla, bla..." og begynner å snakke oppi trynet på deg.... og så hvis man da sier at det også kunne vært litt pga stress fra mor sin side.... så hadde hun også begynt og krangle igjen... så hadde det blitt en masse kaos... isteden for å komme fram til et poeng, eller snakke i fred liksom.*

*11: Hva som er bra med det da (å få snakke alene med personalet)? **Da får de snakke for seg hvis de lurte på noe. Så foreldrene ikke begynner å snakke for dem.** For det tror du kunne ha skjedd hvis du hadde begynt å si noe også? **Ja. Sånn som jeg kjenner moren min..(ler) så hadde hun snakket for alle sammen!***

7: Det synes jeg var bra (at barna fikk snakke alene med personalet), for det er jo ikke alt vi har lyst til å spørre mamma om, liksom. Det var best å sitte sammen når det bare var vi barna, synes jeg.

8: *Er det viktig at barna får snakke med personalet alene synes du? Mmm. For hvis det var noe som ikke foreldrene trengte å vite noe om...*

1: *Tror du det er viktig å få mulighet til det (å snakke med personalet alene)? Ja, absolutt! ...sånn at barna får stilt spørsmål de vil stille og hvis de ikke vil si det foran foreldrene og sånn.*

7.1.1.4. Konkret, direkte, alderstilpasset, udramatisk språk

På mer etterforskende spørsmål om hvordan barna opplevde språkbruk, ord og begreper som ble brukt i barnesamtalene, var det et barn som spesielt kommenterte at hun opplevde forklaringen godt alderstilpasset:

7: *Og de sa det som til vår aldersgruppe. De sa det ikke som om vi var tre år, og heller ikke som om vi var tjue, liksom.*

Intervjuer spurte spesielt etter hvordan barna opplevde at betegnelsen ”syk” eller ”psykisk syk” ble brukt om forelderen. 5 av barna svarte at de opplevde betegnelsen som riktig og / eller uproblematisk (3,4,7,10,12). Bortsett fra ett barn (5) som ikke ble spurt, omtalte de øvrige barna selv forelderen som syk eller psykisk syk. (1,2,6,8,9,11)

7: *Ja, de sa sykdom ja. Men mamma likte ikke at de kalte det det. Mamma likte ikke det? Nei. Hun ville ikke bli sett på som syk. Nei. Hva synes du om det da? Jeg synes det var greit. Det er jo på en måte det hun er. Ikke syk som det å ha kreft, men det er jo en sykdom da på en måte. Så du synes ikke det er noen vanskelig betegnelse da, syk? Nei.*

3: *Ordet ”syk” – det trodde mamma at du hadde reagert på, at det ble brukt? Nei, det kan jeg ikke huske noe om. Så da kan det ikke ha vært noe jeg reagerte så veldig på. Vi bruker ofte ordet syk eller psykisk syk når noen er innlagt her. Mamma trodde at du reagerte negativt på det... men du gjør ikke det altså? Nei. Det er ikke noe negativ for deg? Nei.*

4: *”Psykisk” ...er et hysj - hysj - tema... og faren til pappa var også psykisk... og det ble ikke snakket om. Og det blir heller ikke snakket om at pappa er psykisk.... Det hjelper ikke ham noe, for å si det sånn.*

8: *Så sa jeg at man skal ikke tulle med psykiske problemer. Og da sa han at ”Hva vet du om det?” Og så måtte jeg si at mamma hadde det... og da fikk de bare.... (mimer et overrasket*

uttrykk med ansiktet)..... og så ble de helt stum. Da skjønnte de at de hadde dummet seg ut litt.

6: Jeg har jo aldri sett henne frisk, hun har jo alltid vært dårlig når jeg har sett henne... og det er jo enda... så hun har liksom ikke vært frisk.. (6) Ja, når hun er litt frisk, så..... ja, så er hun litt mer positiv, så tuller hun litt mer... og så går vi turer og sånn.... så det blir liksom litt mer positivt.

Følgende to sitater er ikke kommentarer til barnesamtalene, men de tas med som funn fordi barna her sier noe eksplisitt om hvordan de opplever voksnes språkbruk:

4: Du sa at de (kameratens foreldre) var gode å snakke med og at de var åpne og direkte. Ja, veldig direkte! Er det bra det, å være direkte synes du? Ja.

7: (avslutningsvis om opplevelsen av intervjuet) Det var veldig sånn... konkret... det du sa. Sånn rett på sak. Konkret, ja. Er det positivt? Ja . Barn og ungdommer er ofte flinkere til det enn voksne. Vi snakker ofte litt mer rundt grøten. Ja! (ler) Men du gjør ikke det nå. Og det er bra, for det er litt kjedelig.

For øvrig vises til uttalelsen til barn 9 i kap. 5.1.4.5: Opplevelse av støtte: Å bli behandlet som alle andre, hvor hun opplever det negativt å bli snakket til på en dramatisk og medlidende måte.

9: Så hun gikk rundt og spurte sånn: "Å, X! Går det bra med deg?" (hermer med teatralisk stemme) "Åh... nei... huff... går det bra med mamma'n din?" Det var sånn... som om jeg var handicap'et eller noe.... Jeg vil ikke bli behandlet annerledes.

7.1.1.5. Å slippe og spørre

Et barn trakk fram som positivt at hun fikk hjelp til å stille spørsmål til moren gjennom personalet.

7: Jeg synes det var bra at vi fikk stille spørsmålene når mamma ikke var der, og så kunne de stille de spørsmålene for oss etterpå når mamma kom inn. Det synes jeg var så bra, at vi ikke trengte å si det til henne selv, på en måte.

Den samme jenta bemerket at det generelt var positivt å få ting forklart uten å måtte spørre så mye selv.

7: De forklarte ganske bra. Så vi slapp å spørre så mye.

Et annet barn (4) gir tilbakemelding på at hun opplevde det for vanskelig å ta initiativ til ny barnesamtale selv. Hun mener barna må slippe å be om ny samtale selv, at personalet må ta ansvar for å invitere barna tilbake, så kan barna heller takke nei hvis de ikke ønsker det.

7.1.2.Mangelfulle eller negative opplevelser av barnesamtalen

4 barn formidler mangelfulle eller negative opplevelser av barnesamtalen.

En (3) sier han opplevde språkbruken hos de som forklarte som barnslig og at forklaringen han fikk av personalet i ft sin mors psykiske lidelse ikke var gjenkjennbar for ham. To søsken (1,2) sier at de ikke fikk vite årsaken til mors sykdom i barnesamtalen, men at de hadde fått den forklaringen senere ved en annen institusjon. Dette hadde vært viktig for dem, og de hadde ønsket at den forklaringen hadde kommet tidligere. Et barn med en langtidssyk mor sier hun har savnet muligheten til å få snakke med personalet og få svar på spørsmål hun har hatt gjennom årene, at én barnesamtale i løpet av mange år er lite.(1) 3 barn sier de husker lite fra innholdet i barnesamtalen.(2,5,6) Disse 3 er blant de yngste barna, og det var gått mellom 1 og 2 år siden de deltok i barnesamtalen. Ett barn (4) sier hun ikke husker noe av innholdet i barnesamtalen pga at hun har konsentrasjonsvansker, og at det i barnesamtalen hadde vært for mange tilstede, hvilket innebar for mye støy og uro for henne til å greie å ta inn informasjon. Det samme barnet sier at hun hadde ønsket å komme tilbake for å få snakke med personalet alene, uten foreldrene tilstede, men at det var for vanskelig å ta initiativ til samtale selv.

7.1.2.1. Barnslig språk og ikke gjenkjennbar forklaring

Ett barn uttrykte eksplisitt at han hadde opplevd personalets språkbruk som barnslig, og at han heller ikke gjenkjente beskrivelsen de ga av mor.

3: Det ble litt sånn ... de snakket som om jeg skulle vært 5 liksom, litt barnslig... Var det ordene de brukte eller..? Ja, de tegnet på tavla, og spurte om jeg forsto det... og det var veldig enkle ord.... Så det syntes du ble barnslig? At det hadde passet bedre for en femåring? Ja.

3: De snakket om angst. Det var litt rart ord synes jeg. For mamma bruker "stress", det er det jeg er vant til. Angst er et litt rart ord som jeg reagerte litt på.... fordi det forbinder jeg med noe annet, med å være redd for noe. Og det opplever du ikke at mamma er? At hun er redd for noe? Nei. Du opplever det mer som at hun blir stresset? Ja. Hvordan kan du merke det på mamma da? På måten hun snakker, stresset når hun snakker, at hun blir fort hissig, sur...

7.1.2.2. Fikk ikke vite årsaken til mors sykdom

To barn (søsken) uttalte at de ikke hadde fått noen forklaring i barnesamtalen om årsaken til at mor hadde den psykiske lidelsen (en alvorlig psykoselidelse som bl.a. relateres til overgrep i oppvekst). De fortalte videre at de hadde fått forklart årsaken ved en annen institusjon en stund senere. Dette hadde vært viktig for dem, og de hadde ønsket at de hadde fått forklaringen på et tidligere tidspunkt.

1: Jeg fikk jo ikke vite før for et år siden om hvorfor hun hadde angst. Det lurte jeg jo på en god stund. Spurte du henne noen gang selv? Nei. Tror du det hadde vært lettere for deg hvis du hadde fått den forklaringen tidligere? Kanskje jeg ikke hadde forstått det så bra hvis jeg hadde fått vite det da jeg var mindre. Likevel ville jeg ha fått svar på spørsmålet mitt om hvorfor hun hadde angst.

2: Syntes du det var greit å få den forklaringa eller? Ja. Eller hadde du heller villet slippe det? Det var greit å få den forklaringa, ja. Det var bra forklart. Ble det mer forståelig hvorfor mamma hadde de plagene hun hadde da, eller? Ja (nikker) Hvis du skulle fått velge om igjen, tilbake i tid, hadde du villet ha den forklaringa? Ja. Det er jo sånn noen ganger at voksne kan tenke at det er bedre å ikke fortelle fæle eller triste ting til barna, for at du da sparer dem for noe..men samtidig kan barn synes det er greit å få en forklaring selv om ting er trist. Ja. Hva tror du om det? Det er greit de (barna) får vite litt mer. Så du synes man skal fortelle til barna selv om noe er trist? Ja, hvis de er moden nok. Hvis de skjønner det. Synes du at du var stor nok? (11 år) Ja. Før det så visste jeg ingenting om det.

7.1.2.3. For lite med én samtale i løpet av mange år

Et barn med en langtidssyk mor sier hun har savnet muligheten til å få snakke med personalet og få svar på spørsmål hun har hatt gjennom årene, at én barnesamtale i løpet av mange år er lite.(1)

1: Hva tenker du er det viktigste vi (personalet) gjør i ft familier og pasienters barn... Snakker med dem. Forklarer dem hva som skjer..... hvorfor de er her og sånn.. Har du savnet det noen ganger? Av og til. Er det noe vi sykehuspersonalet kunne gjort annerledes eller bedre? Ikke annet enn å snakke med barna. Så det å få mulighet til å snakke flere ganger, det hadde vært bra? Ja.

3 barn sier de husker lite fra innholdet i barnesamtalen. (2,5,6) Disse 3 er blant de yngste barna, og det var gått mellom 1 og 2 år siden de deltok i barnesamtalen. De er samtidig barn av langtidssyke foreldre som har hatt en alvorlig psykoselidelse størsteparten av barnas liv (fra de var babyer eller småbarn). To av dem husker deler av innholdet i samtalen, men det framkommer at de ikke helt har forstått hva som ble formidlet.

2: Ja, det har jeg lurt på mange ganger! Hva hun gjør her og sånne ting... Ja, hva som foregår her, om hun bare ligger og slapper av.... ellerom hun får hjelp eller... ? Jeg vet ikke hva som skjer... hva hun gjør her og sånn, nei.

2: Jeg vet hun hører noen stemmer og sånn der... ”Stemmer i hodet” sier meg ikke så veldig mye. Det kan godt være at man forklarte det bedre til meg da jeg var her, men jeg husker det ikke.

6: Jeg husker nesten ingenting av samtalen, det er så lenge siden.

Tema skyldfølelse er et fast tema i alle barnesamtalene. Uttalelsen til et av barna (6) tyder på at han enten ikke husker at det ble snakket om, og / eller at dette er informasjon han har behov for å få gjentatt:

6: Skyldfølelse, sier du? Tenker du at det er noe pga deg da eller? Ja, noe sånt, ja.....for hun ble jo syk da jeg ble født da, så da tror jeg kanskje at det var noe som jeg gjorde eller sånn der da

Ett barn (4) sier hun ikke husker noe av innholdet i barnesamtalen pga at hun har store konsentrasjonsvansker når det er flere enn 3 personer til stede som snakker samtidig, og at det i barnesamtalen hadde vært for mange tilstede (2 personale og mange familiemedlemmer), hvilket innebar for mye støy og uro for henne til å greie å ta inn informasjon. Hun hadde ønsket å komme tilbake for å snakke med personalet alene (se neste punkt).

7.1.2.4. For vanskelig å ta kontakt selv

To barn formidlet at de hadde ønsket å få komme tilbake til ny samtale alene med personalet (1,4). De hadde imidlertid ikke tatt initiativ til dette selv. De hadde begge ønsket at personalet hadde gitt tilbud om det, så de selv slapp å ta initiativ.

4: Da hadde det vært lettere hvis jeg hadde fått beskjed om at ”du har fått time den dagen der, så får du enten gjøre om timen eller komme, eller bytte sånn.” Istedenfor at du må ta initiativ selv... for det er litt ekkelt å ta initiativ selv. Så det kunne vært et tilbud vi ga til alle sammen, tenker du? Og så kunne folk takket ja eller nei alt etter som? Ja. Eller at du (personalet) kan ringe og spørre om når det passer, da.

7.1.3.Sammenfatning av funn fra forskningsspørsmål 4: Hvordan opplevde barna barnesamtalene de deltok i ved avdelingen?

11 av de 12 barna uttrykker en eller flere momenter ved barnesamtalen som de enten opplevde som positive for seg selv eller som de mener er viktig for barn i deres situasjon generelt.

Det flertallet av barna trekker fram som særlig positivt eller viktig i ft barnesamtalen er: å få en forklaring på forelderens psykiske lidelse, å få komme på besøk og se hvor forelderen er, samt å få mulighet til å snakke med personalet alene uten foreldrene tilstede. Videre at det blir brukt et konkret, direkte, alderstilpasset og udramatisk språk. Ved nærmere spørsmål om språkbruk og begreper ble barna spurt om hvordan de oppfattet betegnelsen syk eller psykisk syk på forelderen. Til dette svarte 5 av barna at de opplevde betegnelsen som riktig og / eller uproblematisk, mens 6 av de øvrige barna selv omtalte forelderen som syk eller psykisk syk. To barn trakk fram det positive ved å få hjelp av personalet til å stille spørsmål til forelderen, å slippe å stille spørsmål selv, og ønske om at personalet tilbyr barna ny samtale framfor at barna selv må be om det ved behov, da dette ble opplevd som vanskelig. Individuelle positive uttalelser var videre: å få møte de som hjelper forelderen, at personalet er hyggelige, at det er familierom med mulighet for å være for seg selv, samt koselige omgivelser.

4 barn formidlet mangelfulle eller negative opplevelser av barnesamtalen.

Ett barn uttrykte eksplisitt at han hadde opplevd personalets språkbruk som for barnslig for hans alder, og at han heller ikke gjenkjente beskrivelsen de ga av mor. To søsken uttalte at de hadde ønsket å få forklaring på årsaken til mors lidelse. De hadde ikke fått denne årsaksforklaringen i barnesamtalen, men på et senere tidspunkt ved en annen institusjon og dette hadde vært viktig for dem. De hadde ikke fått seg til å spørre selv, men hadde begge lurt mye på det. Et barn med en langtidssyk forelder uttrykte at hun hadde savnet muligheten til å få snakke med personalet og få svar på spørsmål hun hadde hatt gjennom årene, at én barnesamtale i løpet av mange år var lite. 3 barn oppga å huske lite fra innholdet i barnesamtalen. Det framkom at de ikke helt hadde forstått, eller hadde glemt mye av det som ble formidlet. De husket imidlertid omgivelsene og stemningen. *”Jeg syntes de var hyggelige”* som den ene sa. Disse 3 er blant de yngste barna og det var gått mellom 1 og 2 år siden de deltok i barnesamtalen.

7.2.Diskusjon av forskningsspørsmål 4: Barna vil inkluderes - barnas positive opplevelser av barnesamtalen

Resultatene fra forskningsspørsmål 3 diskuteres her i forhold til teori og tidligere forskning. Med bakgrunn i resultatene har jeg formulert følgende tema til diskusjon: 7.2: Barna vil inkluderes – barnas positive opplevelser av barnesamtalen og 7.3: Barna klager ikke og ber ikke – barnas mangelfulle eller negative opplevelser av barnesamtalen. Begge disse kapitlene er inndelt i ulike subtema relatert til funnene som ble presentert i kap. 7.1.

7.2.1.Å få en forklaring: barna søker sammenheng

Å få en forklaring er det barna oppgir som det viktigste eller mest positive når de blir spurt om sin opplevelse av barnesamtalen i forbindelse med foreldrenes innleggelse. Barnas uttalelser antyder nærmest en før-og-etter-opplevelse i forhold til forklaringen de fikk, ved at de da ”skjønte det”. Flertallet av barna oppgir at de opplevde forklaringene gode og begripelige.

Barn blir i følge Raundalen og Schultz (2006) usikre, forvirret og engstelig når voksne prøver å holde ting skjult for dem. De sier det er en klar tendens til at voksne i kritiske situasjoner prøver å skjule ting for barn, uttrykker seg uklart, og holder tilbake opplysninger. Å få en forklaring, å forstå hvorfor noe skjer, og i den grad mulig få være med å bestemme noe eller delta aktivt i situasjonen, er i følge Raundalen og Schultz en god måte å styrke barns opplevelse av at situasjonen er under kontroll. Uttalelsene til barna i undersøkelsen bekrefter dette.

Studiene av Lier m.fl.(2001) og Riebschleger (2004) viser at barna som ikke hadde fått forklaring på foreldrenes lidelse bl.a. hadde feilaktige og skremmende forestillinger knyttet til foreldrenes innleggelse. Et av barna i min undersøkelse peker på betydningen av å få forklaring for å unngå nettopp dette. Barnas utsagn viser at det er mange spørsmål som svirrer rundt i barnas hoder, og at barna er svært oppmerksomme på og opptatt av sine foreldres tilstand. Raundalen og Schultz (2006) sier at alternativet til ikke å bli oppdatert i kriser og vanskelige livssituasjoner er å leve med en angstskapende uvitenhet. Når barn ikke får forklaringer fra de voksne, vil de skape seg sine egne, som ofte er verre enn virkeligheten, og som de dermed må leve med i ensomhet, i stedet for å få mulighet til å dele en sann forklaring med noen som støtter og hjelper. I Granaths studie (1997) av voksne barn av psykisk syke

foreldre, påpeker en av informantene nettopp ensomheten ved å ikke ha tilgang på ord som forklarer ens opplevelser, og hvordan dette avskjærer en fra muligheten til å dele sine opplevelser med andre.

Som Øvreeide (2000) viser til, er språklig benevnelse av erfaringer i samvær med andre med på å gi erfaringen virkelighetsstatus. Når erfaringer blir omsatt i språk blir de lettere å sortere og forstå, og barnet kan dele dem med andre. Et av barna viser i intervjuet hvordan hun har tatt til seg forklaringen hun har fått på mors svingende stemningsleie når hun engasjert ”underviser” intervjuer om mors lidelse ved å bruke både ord og ”tegne i lufta”, slik hun åpenbart har fått det forklart i barnesamtalen. Hun hadde opplevd forklaringen ganske lik en vanlig skoleundervisning. Det syntes hun åpenbart var positivt, at det liknet en vanlig skolesituasjon. Kan hende er en saklig og u dramatisk framstilling med på å redusere opplevelsen av stigma som kan være knyttet til psykisk lidelse. Hos denne jenta var skamfølelsen framtrødende, både fordi hun hadde mangelfull og dels feilaktig kunnskap om mors lidelse og fordi hun i tillegg hadde blitt ertet for mors lidelse. Da kan en saklig kunnskapsformidling bidra til å redusere følelsen av stigma.

Lier m.fl.(2001) viser til at mangelen på kunnskap om lidelsen gjorde at barna i deres undersøkelse ikke greide å skille på hvilke reaksjoner hos foreldrene som kom av deres lidelse og hvilke reaksjoner som hadde med barna å gjøre. I følge Beardslee og Podorefsky (1988) er nettopp dette en belastningsfaktor for barn, da det blir vanskeligere for dem å skille foreldrenes lidelse fra seg selv. Dette fører lettere til selvkritikk og skyldfølelse hos barna. Et av barna i min undersøkelse har tydeligvis fortsatt vansker med å skille på dette. Hun er usikker på hva hun kan gjøre og ikke gjøre av normale tenåringsaktiviteter med tanke på om det bidrar til å gjøre mors angst verre.

Øvreeide (2000) framhever som tidligere nevnt at barn trenger tid og repetisjoner for å kunne ta inn sentral informasjon om sin livssituasjon. Denne jenta har en mor som har vært alvorlig psykisk syk det meste av hennes liv, hvorav angst er det symptomet som er mest framtrødende for jenta. Følgelig er jenta redd for å gjøre mor enda mer engstelig. Jentas bror later derimot til å ha lettere for å ta til seg den samme informasjonen (om at mors lidelse er uavhengig av barna og deres hverdagsaktiviteter). Han svarte på et utsagn fra sin mor om hennes angst: at *hennes* angst jo ikke var noe problem for *ham*, det måtte hun da nå forstå (mors gjengivelse av guttens utsagn til intervjuer under en innleggelse). Han hadde fått informasjon om at mors angst i hovedsak skyldtes traumer i hennes oppvekst og ikke hadde noe med barna å gjøre.

Dette hadde han åpenbart greid å ta til seg. Den samme gutten oppgir i intervjuet at han hadde kjent på skyldfølelse da han var mindre, men at han ikke lenger hadde det nå, etter at han hadde fått forklart at det ikke var slik at barn innvirket på foreldres sykdom. Dette bekrefter at det viktig å vurdere hvert barn for seg, også søsken, da de reagerer ulikt og tydeligvis trenger ulik grad av informasjon og gjentakelser for å kunne nyttiggjøre seg den. Flere uttalelser fra søsken i undersøkelsen bekrefter at søsken kan oppleve samme situasjon ulikt, og dermed også oppleve ulik grad av belastning knyttet til foreldres lidelse. Beardslee m.fl.'s studie (1996) viste som nevnt (kap.2.1) at informasjon som ble gjentatt, både i familiesamtaler og i individuelle samtaler med hvert barn hadde en åpenbar god effekt på barnas opplevelse og mestringsevne i ft foreldres psykiske lidelse, også lang tid etterpå. Hvis man skal ta konsekvensen av disse funnene, bør hvert barn tilbys gjentatte samtaler / informasjon for å sikre at alle skal ha størst mulig sjanse til å greie å ta inn og konsolidere den informasjonen som blir gitt.

7.2.2.Slippe å spørre : den voksne som ”tankeleser”

I intervjuene forteller barna om ting de har lurt på, men aldri spurt om. Det at de *ikke spør*, går igjen hos mange av barna. De har kun i liten grad stilt spørsmål til sine foreldre før barnesamtalen i avdelingen*, til tross for at det gjerne dreier seg om en sykdomsperiode på mange år. De oppgir også, med noen få unntak, at de i liten grad har snakket med sine søsken om forelderens lidelse. De var, i likhet med de fleste barna, også tilbakeholdne med spørsmål når de kom til barnesamtalen. Erfaringen til de barneansvarlige ved avdelingen* er at de fleste barna inntar en lyttende posisjon, men at de ofte er fâmælte og forsiktige når de selv uttaler seg (gjelder de større barna). Med tanke på at de ofte ikke har vært vant til å snakke om forelderens lidelse, er ikke dette så rart. Kanskje er det første gang for både barn og foreldre at det blir satt ord på deres erfaringer med forelderens lidelse og konsekvensene av det. Når barna i intervjuet formidler sine tanker og spørsmål mer detaljert og utdypende, kan forklaringene være flere: i intervjuet var de, til forskjell fra i barnesamtalen, alene med intervjuer. I tillegg ble deres tanker og opplevelser direkte etterspurt. I barnesamtalen er hovedfokus på at informasjon gis til barna, selv om det også åpnes for at barna skal kunne snakke om det som opptar dem. Sist, men ikke minst hadde samtlige av dem vært i barnesamtale tidligere, de var dermed bedre forberedt og visste i større grad hva de gikk til enn da de kom til barnesamtalen under foreldrenes innleggelse. Poenget er at det skal litt til for at barna kommer fram med sine egne tanker og spørsmål. Temaet psykisk lidelse er av samfunn og kultur fortsatt delvis tabuisert, det er sensitivt i den forstand at det gjelder nære

relasjoner, barna er i et avhengighetsforhold til sine foreldre, og de uttrykker som barn flest en stor grad av lojalitet overfor sine foreldre i møte med fremmede. Det vil være naivt å tro at barna villig vekk åpner seg straks anledningen byr seg, legger for dagen alle sine bekymringer og ber om svar på alle spørsmål. Barneansvarlige og andre hjelpere kan i sin tiltaksiver og velvillighet komme til å tro at det er lettere å snakke for barna enn hva tilfellet er. Et av barna bemerker at det er bra å slippe å spørre så mye. Hun gjentar senere i intervjuet at hun syntes det også var bra at de slapp å stille moren de spørsmålene de hadde selv. Personalet gjorde det for dem. Det syntes hun var veldig bra, da hun kvitte seg svært for å spørre moren selv. Hennes opplevelse av at hun kvier seg for å stille nærgående og personlige spørsmål til foreldrene, bekreftes av flere av de andre barna. Øvreeide (2011) understreker at barnet både kan ha spørsmål som det ikke klarer å formulere, eller også ikke tør spørre om. Han sier at de viktigste spørsmålene barn har, samtidig er de som er vanskeligst å stille for dem.

Maktforholdet mellom voksen og barn vil alltid være ujevnt påpeker Øvreeide (2000) Barnet er med sin kortere livserfaring og lavere verbaliseringsevne underlegen den voksne. I tillegg kommer at de befinner seg på et for barnet fremmed sted (sykehuset / institusjonen) som er personalets "arena". Og selv om det er barnet som kjenner sin forelder best, så er det personalet som har kunnskap om psykisk lidelse. I hvilken grad det lykkes den voksne å etablere kontakt på en god måte slik at barnet etter forholdene kan kjenne seg rimelig trygg og avslappet, vil ha stor betydning for hvor mye informasjon barnet greier å ta inn. Hvorvidt de kjenner seg trygge nok til også å stille spørsmål, vil være enda mer usikkert. Flere av uttalelsene til barna i us bekrefter dette.

To av barna som er søsken forteller hver for seg at den eldste hadde stilt spørsmål i barnesamtalen (da de var alene med personalet) om mor kunne dø. Hun fortalte at mor hadde sagt til dem at hun kanskje kom til å dø før hun ble innlagt. Da den yngste blir spurt i intervjuet om hun hadde hatt noen spørsmål da hun kom til barnesamtalen, svarer hun nei. Da intervjuer litt senere i intervjuet kommenterer at søsteren hadde spurt om mor kunne dø i barnesamtalen, bekrefter den yngste dette. Først svarer jenta (som er blant de yngste barna) at hun ikke hadde noen spørsmål da hun kom til barnesamtalen. Imidlertid framkommer det etter hvert i intervjuet at hun hadde tenkt mye på mors utsagn om at hun kanskje kom til å dø. Hun greide allikevel ikke omsette sin bekymring verbalt, verken i barnesamtalen eller i intervjuet, før søsteren (i barnesamtalen) og intervjuer (i intervjuet) tok initiativ til det. Barn kan, som Øvreeide sier (2000), komme med bruddstykker av sine opplevelser, adskilt fra hverandre, og er ofte ikke (avhengig av alder) i stand til å verbalisere sine opplevelser helhetlig og

sammenhengende på oppfordring. Det er også en av grunnene til at det er uhensiktsmessig å stille barn ja-nei-spørsmål, da det gir dem lite rom for refleksjon og ettertanke.

En måte å få tak i barns tanker, opplevelser og spørsmål når de selv ikke finner ordene, er det som Øvreeide (2000 og 2011) kaller ”tankelesing”. I den grad man kjenner til opplevelser barnet har hatt kan man undrende sette ord på disse erfaringene for det, for så å avvente barnets respons på det, om barnet bekrefter eller avkrefter det den voksne setter ord på. En annen måte er generalisering, som både Øvreeide og Killén anvender: at man snakker om andre som har erfart det samme som barnet for dermed å bryte et eventuelt tabu.

Et av barna i undersøkelsen skilte seg ut fra de andre barna ved at han sa han ikke hadde noen minner om at mor hadde vært syk. Dette til tross for at hans mor hadde vært alvorlig psykisk syk siden han var svært liten, med gjentatte episoder med psykosegjennombrudd og innleggelse i sykehus. Hans søsken fortalte utførlig om sine opplevelser da de ble intervjuet. Intervjuer fikk allikevel ikke respons på gjentatte spørsmål om mor til denne gutten. Han gjentok at han ikke husket noe. Jeg forsøkte da å få respons ved å snakke om ”andre barn”, og sa at selv om *han* ikke hadde slike erfaringer eller minner, så var det mange *andre* barn som hadde opplevd at en av foreldrene var psykisk syke, og at mange barn hadde fortalt at de syntes dette var vanskelig å forstå. Plutselig, etter å ha lyttet til dette en stund, kom han med en spontan og detaljert beskrivelse av et klart minne fra hans mor hadde vært psykotisk og hadde ”snakket med veggen” som han sa. For noen barn kan det være for vanskelig å skulle snakke om egne vonde opplevelser, i sær når situasjonen er ny og fremmed. Da skal de ikke presses til å dele opplevelser (jf Raundalen og Schultz, 2006). Man kan isteden fortelle historier om andre barn og andre foreldre, bruke begrepene ”mange barn synes at...” etc (jf kap. 2.4) med tanke på å avstigmatisere og ufarliggjøre. Så får barnet selv avgjøre om det vil si noe eller ikke. I en behandlings- eller utredningssituasjon (i barnepsykiatri eller barnevern) vil situasjonen være en annen, når målet kanskje er å avdekke noe. Men i en situasjon hvor hensikten med samtalen er å gi informasjon og støtte skal man la barnet få lov til være i en ”lytteposisjon” som Øvreeide sier (2000), da det oppleves mindre forpliktende og skremmende enn om barnet presses inn i en dialog det ikke føler seg trygg nok til. Uttalelsene til dette barnet kan tjene som et eksempel på det. Hvis man får mistanke om at barnet selv er i behov for behandling eller annen hjelp, må man ved behov bistå foreldrene i å henvise barnet til rett instans.

7.2.3. Å få komme og se: virkeligheten som mindre skremmende enn fantasien

Halvparten av barna nevner at det var viktig for dem å få komme på besøk og *se* hvor forelderen var. De kan ha gjort seg tanker i forkant om hvordan det var, og så ble de lettet over at det var bedre enn de hadde trodd.

Studiene til Lier m.fl. (2001) og Riebschleger (2004) bekrefter er at det ikke har vært vanlig å la barna komme på besøk på psykiatriske avdelinger. Barna i deres undersøkelser uttrykker bekymring omkring foreldrenes innleggelse og vet lite eller ingenting om hva som foregår der. Jangås (2005) viser til barna i sin undersøkelse som har foreldre som er åpne om psykisk lidelse og innleggelse, og som snakker om dette til barna. Imidlertid gjelder det åpenbart kun foreldrene og ikke sykehuspersonalet, som i følge barna ikke tok kontakt og snakket med dem da de kom på besøk. De så dem, men snakket ikke med dem. En kan ikke forvente at barn tar initiativ til samtale eller vet hva de skal spørre eller snakke om, og i sær ikke når de er på et fremmed sted. Det er et voksenansvar å ta initiativ til samtale og ønske barnet velkommen

Da et av barna deltok på barnesamtale og omvisning på avdelingen* var det mange år siden hans mor ble innlagt første gang. Han formidlet at det var bra å få komme og *se hvordan det var* på avdelingen, da han mange ganger hadde lurt på hvordan det egentlig var der.

Et annet barn som var på flere besøk da mor var innlagt, kommenterte i intervjuet at hun hadde lagt spesielt merke til sin mors holdninger overfor medpasientene da hun var på besøk. Mors holdninger bar tydelig preg av opplevelse av stigma. Jenta hadde blitt bedt av mor om å gå rundt bygningen og komme inn bakveien for å unngå å treffe noen av de andre pasientene i avdelingen. Mor hadde begrunnet dette med at de andre pasientene ikke ville like det om de ble sett av jenta. Jenta selv opplevde dette som negativt og rart, og mente det bidro til at psykisk lidelse ble mer stigmatisert, eller "isolert" for å bruke hennes egne ord. Her er det med andre ord de voksnes holdninger som gjør besøket rart og negativt, hvilket det sett ut i fra jentas perspektiv ikke hadde trengt å være. Dette illustrerer hvordan voksne med sin måte å håndtere situasjoner på er med på å overføre stigmatiserende holdninger til barna.

Et tredje barn som var på besøk syntes det var betryggende å se at det var noen snille mennesker som passet på moren hennes. Å vite at foreldrene har det bra og blir godt ivaretatt på avdelingen virker å være svært viktig for barna. Med tanke på alt barna forteller at de legger merke til av foreldrenes lidelse, er dette forståelig. De kan ha bekymret seg for forelderen lenge. Å se at noen hjelper forelderen kan naturlig nok være en lettelse. Såfremt de får se det, og ikke slik noen av barna forteller fra sin tidlige barndom, at de må sitte igjen på

en parkeringsplass mens forelderen forsvinner inn i et fremmed hus hvor barnet ikke aner hva som foregår. Hvis barna med egne øyne får se og erfare hvordan det ser ut på avdelingen, (jf Raundalen og Schultz' teori om delaktighet som middel til økt opplevelse av kontroll, kap.2.3.6) hva som foregår, hvem som er der, og at forelderen ivaretas av hyggelige mennesker, blir det lettere for dem å slappe av og i beste fall oppleve innleggelsen som meningsfull, og i hvert fall ikke som skremmende.

7.2.4.Å få snakke med personalet alene

Flertallet av barna sier at de synes det er viktig å få mulighet til å snakke med personalet alene, uten at foreldrene er tilstede. Dette var viktigere for barna enn intervjuer hadde forventet. De fleste oppgir at det ikke er alt de ønsker å si så foreldrene hører det, mens et par også sier at det er viktig å få snakke alene så man får snakke i fred uten at foreldrene protesterer og blander seg inn eller overtar snakkinga for barna. De sier de kvier seg for å spørre foreldrene direkte om ting de lurer på og at de gjerne vil at personalet spør foreldrene for dem. Ikke alle barna greier å si konkret hvorfor de vil ha det sånn. En faktor er at de fleste av barna i undersøkelsen er tenåringer, en utviklingsfase hvor barna naturlig distanserer seg fra foreldrene, ønsker å være mer selvstendig og i større grad orienterer seg mot venner og andre. Foreldrene slutter ofte å være de nærmeste fortrolige av naturlige årsaker. En annen faktor som gjelder spesielt disse barna, er bekymringen mange av dem uttrykker i ft det å skulle belaste foreldrene ytterligere. De er bekymret for at foreldrene skal bli mer engstelige eller nedstemte og prioriterer derfor bort egne behov (jf 5.1). I Haukø og Stamnes' undersøkelse (2009) sier også noen at de vil unngå å såre forelderen, og derfor synes det er en fordel å få snakke alene med personalet. Det samme gjelder studien til Lier m.fl. (2001) hvor flere av barna var svært skyldbetyngt og redde for å belaste mødrene med sine egne problemer. Noen av dem ville av den grunn ikke ta i mot hjelp for egen del og regelrett forhindret at deres mor fikk vite om deres hjelpebehov. En tredje faktor er at temaet til dels er tabuisert, og at foreldre av den grunn kan føle både skam og mangel på ord og begreper, og derfor har snakket lite om temaet hjemme, jf. Halsas undersøkelse (Halsa, 2008). Da kan det være vanskelig for både barn og foreldre plutselig å skulle snakke sammen om det i barnesamtalen. Personalet må derfor ta ansvar for samtalen og bryte tabu ved å benevne erfaringer og innføre relevante ord og begreper. Når personalet går foran og eksemplifiserer hvordan man kan snakke om lidelsen og situasjonen på en udramatisk og samtidig respektfull måte, blir det lettere for barn og foreldre å følge etter. Ved at man begynner denne prosessen når hele familien er til stede sammen, før barnet eventuelt snakker med personalet alene, så

tydeliggjør vi for barnet at dette er greit å snakke om også foran foreldrene. Som Killén (2009) sier: Vi tar vare på foreldrene for barnet. Vi signaliserer at vi snakker om dette med foreldrenes viten og godkjenning, og med en samtidig respekt for foreldrene. Barna skal få mulighet til å snakke med personalet alene, men samtidig slippe å føle seg illojale ved at vi snakker om noe ”hemmelig” uten foreldrenes samtykke. Hvis barna først i en felles familiesamtale får se og oppleve at det er et tillitsforhold mellom foreldrene og personalet, og foreldrene har gitt sitt samtykke til at barna snakker alene med personalet, vil det i følge Killén være langt lettere for barna å snakke fritt med personalet om ting det kvier seg for å ta opp med foreldrene.

Når så mange av barna sier de ønsker å snakke med personalet alene, og at deres opplevelse av det var så positiv, kan det kanskje være et uttrykk for at personalet her har lyktes i å formidle ivaretagelse og respekt for foreldrene, slik at barna ikke føler de kommer i en lojalitetsklemme når de snakker med personalet alene og for sin egen del. I Lier m.fl.’s undersøkelse (2001) vegret barna seg i høy grad for at tiltak som skulle ivareta barnas behov ble igangsatt. De var redde for at det ville skade eller såre forelderens på noe vis.

7.2.5. Klar tale: språket som mulighet og begrensning

Barna i undersøkelsen til Haukø og Stamnes (2009b) rapporterer at de gjennom familiesamtalen på voksenpsykiatrisk avdeling lærte seg nye ord og begreper som gjorde det lettere å snakke med foreldrene om den psykiske lidelsen. At familien får tilgang på et utvidet og felles språk som gjør det lettere å snakke åpent om situasjonen er et av målene med barne- og familiesamtalene i voksenpsykiatrien jamfør Helsedirektoratets Rundskriv (2010). At man skal snakke med barna, synes å være mer forståelig for mange helsepersonell enn *hvordan* man skal snakke med dem. Å snakke med barn med et enkelt og alderstilpasset språk når man er mest fortrolig med å snakke med voksne, og temaet i tillegg er tabubelagt og ordfattig, blir dette naturlig nok vanskelig for mange ansatte i voksenpsykiatrien. Mange er bekymret for om de kan komme til å si noe feil til barna, noe som kan skade eller såre dem eller gi dem unødige belastninger. Noen ganger kan det imidlertid virke som det er uklart *hva* man tror kan komme til å skade barna. Flere ganger har jeg hørt helsepersonell uttrykke skepsis til å bruke betegnelsen ”syk” eller ”psykisk syk” om foreldre til barn. Begrunnelsen har ofte vært bekymring for å stigmatisere foreldrene overfor barnet. Også enkelte foreldre kan si at de ikke anser seg selv som psykisk syke, men snarere at de ”sliter” eller er ”slitne” eller ”nedkjørt” og liknende. Jeg har imidlertid aldri hørt barn protestere på bruken av de samme ordene. Det ble derfor relevant å spørre barna om dette i intervjuene, for å prøve å finne ut om det er voksne

som primært opplever begrepet syk eller psykisk syk som vanskelig, eller om det også er tilfelle for barna. Halvparten av barna brukte selv begrepet syk eller psykisk syk i omtale av foreldrene sine før jeg rakk å spørre dem. Den andre halvparten av barna ble spurt om hvordan de oppfattet det at begrepet psykisk syk ble brukt om forelderen. Samtlige svarte at de syntes det var en riktig eller passende betegnelse.

Når begrepet syk brukes om somatiske sykdomstilstander, alt fra influensa til kreft, synes ikke dette å være stigma-ladet for folk flest. Man kan bli somatisk syk, mer eller mindre alvorlig, man kan bli bedre eller verre, og man kan bli frisk igjen. Noen med og noen uten behandling og hjelp. Det kan skje alle. Man kan bli sykmeldt og friskmeldt igjen etter en stund. Når det gjelder psykisk sykdom virker det som andre regler gjelder, i hvert fall hva vedrører åpenheten om det. Man kan allikevel vanskelig tenke seg at noen kan gå gjennom et langt liv uten noensinne å ha vært mer nedstemt eller engstelig enn vanlig en periode. Hvor grensen mellom frisk og syk går, avhenger av i hvilken grad og over hvor lang tid et symptom påvirker ens dagligliv og fungering. Det er altså ikke et enten–eller-spørsmål. Det samme gjelder innholdet i mange språklige begreper og menneskelige (og andre) tilstander, som eksempelvis gammel-ung, liten-stor, trist-glad, lys-mørk osv. Det er nødvendig med en viss bruk av språklige kategorier for at vi skal kunne sortere verden omkring oss til et forståelig hele. Dette later til å være selvsagt og uproblematisk når det for eksempel gjelder begrepet somatisk syk, men ikke når det gjelder psykisk syk. Igjen taler voksnes (her helsepersonells og noen ganger foreldres) problematiske forhold til dette – og barnas uproblematisk – for at det igjen handler om holdninger og tabuisering av psykiske lidelser. Med tanke på dette er det derfor særlig viktig at vi i forkant av en barnesamtale forbereder samtalen sammen med foreldrene, og blir enige med dem hvilke ord og uttrykk vi kan bruke. Erfaringen hos de barneansvarlige i avdelingen* tilsier at foreldre ofte lytter til personalets erfaringer og råd i så måte, og at saklig informasjon og diskusjon om temaet og bruk av eksempler fra andre familiesamtaler bidrar til å redusere opplevelser av stigma knyttet til ord og uttrykk. Det er et uttykt mål i henhold til Helsedirektoratets Rundskriv (2010) til den nye loven om barn som pårørende at vi skal tilby foreldre og barn informasjon og kunnskap som bidrar til bedre forståelse og økt mestring av deres livssituasjon. Noen kan allikevel trenge lenger tid på å finne ut av hvilke ord og uttrykk de finner akseptable å bruke overfor seg selv og barna. Det er viktig at barnet opplever samstemthet mellom foreldrene og personalet. Å bruke god tid på samtaler med foreldrene som forberedelse til barnesamtaler, er derfor en god investering som

bidrar til at samstemtheten mellom personalet og foreldrene blir tydelig overfor barna i barnesamtalene. Dette påpekes også av Øvreeide (2000).

Raundalen og Schultz spør i sin bok ”Kan vi snakke med barn om alt?” (2008). De sier at vi kan snu spørsmålet på hodet og spørre *om vi tør* å la barn snakke om alt? Barnas utsagn tyder på at det i større grad er de voksnes holdninger, adferd og bruk eller ikke-bruk av språklige begreper som påvirker og avgjør om noe også skal bli tabuisert eller vanskelig for barnet eller ikke. Det kjente eksemplet om det lille barnet som ikke reagerer på vepsen, men på *morens reaksjon* på vepsen, illustrerer også dette.

For øvrig kommer barna med enkeltuttaler om at det er bra med klar og direkte tale, at voksne snakker konkret, og at språket er alderstilpasset. Et barn påpeker at voksne bør kunne snakke med barn om vanskelige ting uten å dramatisere. Hun bruker to lærere som eksempler på dette. Hun opplevde læreren som snakket med henne i et dramatiserende og forferdet toneleie som lite forståelsesfull og stigmatiserende. Hun ville at læreren snakket med henne om det som var vanskelig og viste forståelse for hennes situasjon, men hun ville ikke bli behandlet som om hun var annerledes enn de andre i klassen sin. Øvreeide (2000) påpeker dette med måten å snakke med barn på. Han sier vi skal unngå å bruke sterkere følelsesuttrykk enn det barnet selv bruker. Vi skal vise barnet det han kaller anerkjennende emosjonalitet. Han sier at generelt vil et positivt inviterende og nysgjerrig toneleie hjelpe barnet, men viktigst er det at vi ser og bekrefter den emosjonelle tonen barnet selv møter situasjonen med, slik at vi ikke begynner og /eller fortsetter dialogen med en emosjonalitet som ikke er tilpasset barnets faktiske emosjonelle posisjon. Han sier at når barnet gir uttalte og sterke emosjonelle reaksjoner, er det nødvendig at vi gir signaler på at vi kan ta i mot og håndtere barnets reaksjoner uten selv å miste struktur og kontroll, altså skape en ”beholder” (container) for følelsene.

7.3.Diskusjon av forskningsspørsmål 4: Barna klager ikke og ber ikke - barnas negative eller mangelfulle opplevelser av barnesamtalen

4 av barna formidler som nevnt (i kap. 7.1) mangelfulle eller negativ opplevelser av barnesamtalen. Disse funnene diskuteres her i forhold til teori. Den eneste sammenlignbare undersøkelsen av *barns egne opplevelser* av barnesamtaler i voksenpsykiatrien som jeg har funnet, er Haukø og Stamnes (2009b). De sier ingenting om negative eller mangelfulle opplevelser av barnesamtalen hos de 8 barna de intervjuet, kun positive. Imidlertid kan kritisk tilbakemelding ha blitt vanskeliggjort for barna, da intervjuer var samme person som

gjennomførte barnesamtalen til flere av barna (som nevnt i kap.2.1). Dette er derfor vanskelig å vite noe om. Forhåpentlig kan framtidige undersøkelser av barns opplevelser av barnesamtaler i voksenpsykiatrien gi mer kunnskap om hva barn savner eller opplever mangelfullt eller negativt ved de eksisterende tiltakene overfor barn som pårørende i voksenpsykiatrien.

7.3.1.Å møte barnet som individ: inntoningens betydning

Et av barna sier han opplevde språkbruken hos de som forklarte som for barnslig og at forklaringen han fikk av personalet i ft sin mors psykiske lidelse ikke var gjenkjennbar for ham. Det var særlig det at personalet hadde gjentatt det som han opplevde som barnslig enkle forklaringer og symboler de hadde tegnet på en tavle, og spurt om han hadde forstått det, som irriterte gutten. Det måtte da være opplagt for dem at han forsto såpass, mente han i intervjuet. Han fikk heller ikke deres beskrivelse av mors symptomer til å stemme med sine egne. Hans opplevelse står i kontrast til jenta som opplevde forklaringen godt alderstilpasset. Barn kan reagere forskjellig på nokså like situasjoner, og deres individuelle, aldersmessige, modningsmessige og situasjonsbetingede forutsetninger kan i følge resiliensteori (kap.2.2) variere mye.

Mange ting skal klaffe i en barnesamtale hvor en fremmed voksen skal formidle informasjon om et vanskelig tema til barn. Øvreeide (2000) påpeker viktigheten av en vellykket kontaktetablering som forutsetning for overhodet å nå inn til et barn. Videre at personale og foreldre framstår samstemte overfor barnet for at det skal kunne akseptere og ta til seg den informasjonen som blir gitt. Hvis foreldrene og personalet framstår uenige vil barnet som føler en sterk lojalitet til sin forelder raskt kunne miste både tillit og fokus i samtalsituasjonen. Ikke minst påpeker Øvreeide (2000) den voksnes evne til emosjonell inntoning. Han beskriver inntoning som er en grunnleggende kommunikasjonspraksis som formidler en gjensidig opplevelse av en jeg-du-kontakt. Det er evne til å oppnå en gjensidig følelse av en felles opplevelse, forståelse og mening med den andre. Det er gjennom den emosjonelle inntoning til hverandres motiver og psykologiske tilstand at personlig tillit i en relasjon oppstår, sier han. En kjenner seg selv igjen gjennom den andres respons. Inntoning løfter fram, aktiverer og speiler barnets tilstand, sier han. I en barn-voksen-relasjon er dette den voksnes ansvar. Den voksnes oppmerksomhet må med andre ord være rettet mot barnets adferd og fokusering, mot barnets emosjonelle og kognitive reaksjon. Den voksne må i samtalen være vår på barnets signaler og responser. Om barnet gir signaler på at det føler seg utilpass eller ikke følger den voksne i dialogen, må den voksne primært søke å ”finne” barnet

der det er, emosjonelt og kognitivt, og bekrefte at det ser og anerkjenner barnets reaksjon. I det nevnte tilfellet ville det si å oppfatte og løfte fram barnets signaler på enten uenighet eller irritasjon. Først når vi møter barnet på dets emosjonelle opplevelser vil det kunne være i stand til å ta i mot et videre budskap eller informasjon. Å holde fast ved en standardisert forklaring man har tenkt seg ut i forkant vil være til liten nytte hvis barnet signaliserer at det ikke er komfortabel med det som formidles eller med stemningen for øvrig.

Nøye planlegging sammen med foreldrene som skal delta i barnesamtalen er viktig for at foreldre og personale skal framstå samstemte overfor barnet. I motsatt fall vil eventuelle motsetninger lett forplante seg videre til barnet. Hvis barnet plutselig viser en annen reaksjon enn forventet, protesterer eller distanserer seg, må man i følge Øvreeide (2000) rette fokus mot barnets reaksjon framfor å fortsette en "tale" eller "leksjon" om psykisk lidelse man hadde tenkt seg ut i forkant. Å stille seg åpen, undrende og nysgjerrig til barnets reaksjoner gjør at det føler seg sett og bekreftet på sin opplevelse der og da. En slik bekreftelse gir barnet følelsen av å være betydningsfull / interessant for den voksne, sier Øvreeide (ibid). Det vil kunne føre til gjenvunnet tillit og mulighet for videre dialog. Hvis barnet ikke aksepterer våre ord og uttrykk, og selv tar initiativ til å bringe egne og andre meninger inn i samtalen, må disse mottas som de viktige budskapene de er. Det er barnets opplevelse som er i fokus, ikke personalets prosjekt eller tale.

7.3.2. Barna tåler sannheten – hvis de voksne gjør det

To søsken sier at de ikke fikk vite årsaken til mors sykdom i barnesamtalen, men at de hadde fått vite det senere, ved en annen institusjon. Dette hadde vært viktig for dem, og de hadde ønsket at den forklaringen hadde kommet tidligere. Det er sjelden slik at man med hundre prosents sikkerhet kan si at det er én bestemt årsak som ligger til grunn for at en person utvikler en psykisk lidelse. Noen ganger vet vi imidlertid mye om hva som kan ha påvirket utviklingen i negativ retning. Moren til de to barna hadde i oppveksten vært utsatt for seksuelle overgrep. Både moren selv og hennes behandlere antar at overgrepene har bidratt til at hun har utviklet sin psykiske lidelse. Lidelsen som sådan ble forklart for barna i barnesamtalen, men at mor hadde vært utsatt for overgrep ble ikke nevnt. Det ble vurdert som unødvendig og potensielt belastende for barna. Moren hadde imidlertid også kontakt med en annen behandlingsinstitusjon som et år senere gjennomførte en barnesamtale og informerte barna om at mor hadde vært utsatt for overgrep i oppveksten. Dette omtalte begge barna som positivt i intervjuene. Den yngste av dem hadde vært under 12 år da hun fikk forklaringen. At jeg selv ble overrasket over barnas uttalelser om at de syntes det var viktig og positivt at de

fikk vite dette, viser at også jeg har med meg mine fordommer og tabuer. Jeg spurte den yngste gjentatte ganger med ulike innfallsvinkler om hun virkelig mente det var viktig for henne å vite dette, om det ikke hadde vært bedre å ikke vite noe som var så trist, men begge barna gjentok (hver for seg) at informasjonen hadde vært viktig for dem, og at de lenge hadde lurt på hvorfor moren hadde sin psykiske lidelse. Ingen av dem hadde spurt moren selv. Barnas utsagn bekrefter Raundalen og Schultz' teori (2006) om at barn ikke blir skadet av åpenhet, men tvert imot av fortielser, forvirring, hemmeligheter og redselsfantasier. De sier at et viktig krisepedagogisk prinsipp er at barnet får vite "det verste" fra begynnelsen, språklig tilpasset sin alder. Det må ikke bli slik at fortellingen (her om mor) blir verre og verre etter hvert som barnet får nye fakta jo eldre han eller hun blir. Barn kan fange opp mye mer av signaler, utsagn og adferd hos de voksne enn de voksne er klar over. Når disse blir uforståelige eller skremmende kan det etterlate barnet i en angstskapende ensomhet det ikke har ord for. Raundalen og Schultz (ibid) framhever "den terapeutiske effekten" god og støttende pedagogikk kan ha i forhold til vanskelige livshendelser. Terapiens grunnelement er slik de beskriver det å finne ord, setninger og fortellinger som rydder, ordner og arkiverer det som har hendt som en håndtert fortid. Dette elementet kan med fordel også anvendes innenfor en pedagogisk ramme, sier de. Det er ikke et mål å få fram sterke følelser. Det er et mål å dempe de vanskelige som allerede er der, og å få frem konstruktive mestringsstrategier gjennom omsorg, støtte og åpenhet.

7.3.3. Barna melder ikke sine behov: den voksnes ansvar å invitere

Et barn med en langtidssyk mor sier hun har savnet muligheten til å få snakke med personalet og få svar på spørsmål hun har hatt gjennom årene, at én barnesamtale i løpet av mange år er lite. 3 barn sier de husker lite fra innholdet i barnesamtalen. Disse 3 er blant de yngste barna, og det var gått mellom 1 og 2 år siden de deltok i barnesamtalen. Øvreeide (2000) sier at barn har behov for gjentakelse av vanskelig informasjon for å greie å ta inn og konsolidere det som blir formidlet. De barna som husket minst var de som både var blant de yngste og hvor det samtidig var gått lang tid siden de deltok i barnesamtalen og mottok informasjonen. Dette taler for at barnesamtalen / informasjonen bør gjentas for barn når foreldrene er syke over lengre tid, og at dette i sær er viktig for de yngre barna.

Imidlertid er det i min undersøkelse to av de eldste barna som sier de ønsker seg flere samtaler med personalet. Det *kan* også ha å gjøre med at de yngste barna ikke er i stand til å uttrykke sine egne behov i samme grad, som tidligere diskutert (kap.7.2.2). Øvreeide (2000) sier at det er først når barnet kommer opp mot ungdomsalder at det mer selvstendig kan formulere at det

forstår at det er sammenheng mellom livsbetingelser og opplevd problem og smerte. Men selv med forståelse er det vanskelig for dem selv å ta initiativ til å snakke om sine smertefulle opplevelser og til å handle ut i fra sin forståelse. Initiativ til informasjonsgivende og støttende samtaler må derfor komme fra de voksne, sier han. To av de eldste barna bekrefter dette. Intervjuer spør i intervjuene de to nevnte barna om de ikke fikk beskjed om at de kunne ta kontakt og be om ny samtale selv ved behov. De svarer at de fikk det, men at det var for vanskelig å skulle ta initiativ til kontakt selv. Den eldste av de to framsto for øvrig som den mest selvhevdende og taleføre av alle barna i undersøkelsen. Det kom derfor noe overraskende på intervjuer når hun fortalte at hun hadde kviet seg for å ta kontakt for å be om en samtale selv. Øvreeide (2000) peker imidlertid nettopp på dette. Selv for ungdom som har utviklet en større forståelse og større evne til å formulere seg kan det være vanskelig å ta initiativ til å snakke om smertefulle tema. Hvis man skal ta disse funnene og Øvreeides teori til etterretning, betyr det at vi i utgangspunktet bør tilby alle barna ny(e) samtale(r), og at barna så heller kan velge dem bort og takke nei hvis de ikke ønsker flere samtaler. Valgmuligheten vil som nevnt i følge Raundalen og Schultz (2006) være med på å gi barnet økt opplevelse av kontroll. Det vil da i så fall være muligheten til å velge noe *bort* og takke nei, framfor selv å skulle *be eller etterspørre noe*, hvilket som tidligere nevnt ble opplevd som vanskelig av noen av barna. (kap.7.1.1.5)

Beardslee m.fl.'s studie (1997) av FFI-intervensjonen (jf kap.2.1) viste også at de barna som fikk gjentatt informasjonen både sammen med familien og hver for seg, i langt større grad greide å integrere og bevare kunnskap og forståelse over tid, også om foreldrene fikk gjentatte sykdomsepisoder. De var også bedre i stand til å mestre belastningene knyttet til foreldrenes lidelse og konsekvensene av den, sammenliknet med barn som ikke hadde fått dette. Dette taler også for å gi tilbud om gjentatte barnesamtaler til alle barna.

8. Konklusjon og anbefalinger

8.1. Konklusjon

Undersøkelsens resultat viser følgende svar på forskningsspørsmålene:

Resultat fra forskningsspørsmål 1: ”Hvordan opplever barna foreldrenes psykiske lidelse?”:

Flertallet av barna beskriver det de opplever som utslag av forelderens psykiske lidelse som avvikende og / eller skremmende adferd, ustabil og uforutsigbar adferd, samt at foreldereren i perioder kan være mentalt lite tilgjengelig. De fleste oppgir også at de opplever hyppige konflikter mellom foreldrene (/de voksne). Et flertall oppgir følelsesmessig belastning som følge av forelderens psykiske lidelse i form av tristhet, bekymring og redsel, og større eller mindre grad av skyldfølelse. Et mindretall svarer at de har opplevelse av skam. Flere barn beskriver konsentrasjonsvansker og / eller vansker med å huske eller skille triste og skremmende hendelser med den syke foreldereren fra hverandre.

Barnas til dels detaljerte beskrivelser av foreldrenes adferd og symptomer viser at de er svært oppmerksomme og bevisste på hvordan forelderens tilstand til enhver tid er, og på hvordan foreldereren endrer seg i gode og dårlige perioder. Sammenlikning med tilsvarende studier viser at opplevelse av tristhet hos barna går igjen enten barna har fått informasjon om forelderens lidelse eller ikke. Når det gjelder bekymring tyder imidlertid funnene på at åpenhet og inkludering av barna ved besøk i avdelingen og informasjon om bakgrunn og mål for innleggelsen i stor grad avklarer og letter barnets opplevelse av bekymring i forbindelse med foreldres innleggelse. Det samme gjelder bekymring for forelderens lidelse generelt, samt opplevelse av skyld og skam. Dette samsvarer med funn fra andre studier.

Resultat fra forskningsspørsmål 2: Hvordan responderer barna på foreldrenes psykiske lidelse?

Et stort flertall beskriver egne forsøk på å hjelpe og beskytte den syke foreldereren på ulike vis. Det dreier seg om en hel rekke med ivaretagende handlinger og holdninger overfor foreldereren. Det virker som barna i stor grad opplever disse handlingene som selvsagte, og bortsett fra det eldste barnet stiller ingen spørsmål ved det, og de uttrykker ingen tanker om at dette er unormale rollefunksjoner eller for stort ansvar for barn. Det kan virke som om barna oppfatter begrepet ansvar som det å hjelpe til med praktiske ting, og at de ikke oppfatter ivaretagende

handlinger overfor foreldrene som å ta ansvar. Flertallet beskriver stor grad av forståelse og empati i forhold til foreldrenes psykiske lidelse og reduserte fungering.

Selv om de fleste aktivt prøver å gjøre noe for å bedre situasjonen for forelderen, opplever flere å komme til kort i en del situasjoner, og sørger over det. Noen barn unngår til en viss grad situasjoner de finner ubehagelige, mens halvparten på et eller annet vis aksepterer situasjonen, eller deler av den, og prøver å gjøre det beste ut av det. I samsvar med resiliensforskning viser barna individuelle reaksjoner på sin situasjon: noen framstår mer sårbare, mens andre viser en mer rasjonell holdning og tilnærming til vanskelige situasjoner med sin psykisk syke forelder.

De fleste barna forteller at de opplever støtte fra ulike personer i sitt nettverk eller ved deltagelse i aktiviteter som bidrar til at livssituasjonen føles lettere. Det kan være støtte fra andre familiemedlemmer, venner, lærere eller andre viktige voksne, eller deltagelse i idrett eller andre hobbyer. Støttepersonene bidrar på ulike måter til barnas velbefinnende ved eksempelvis forutsigbarhet, forståelse, positivt samvær, støtte og oppmuntring. Idrett og hobbyer til å styrke identitet og mestringsfølelse.

Resultat fra forskningsspørsmål 3: Hvordan opplever barna foreldrenes innleggelse i psykiatrisk avdeling?

Halvparten av barna har opplevd å ha en forelder som har vært psykisk syk det meste av deres liv, det vil si enten fra de ble født eller fra tidlig barndom. Det er gjennomgående hos disse barna at de ikke kan huske å ha fått komme på besøk på psykiatrisk avdeling eller å ha fått noen informasjon eller forklaring på forelderens psykiske lidelse fra helsepersonell da de var mindre. De fleste av disse beskriver at de opplevde det at forelderen ble innlagt da de var små som forvirrende, trist og/eller skremmende. På spørsmål om hva de hadde ønsket for egen del når de nå ser tilbake på situasjonen, svarer flere at de ønsker at noen hadde snakket med dem.

Flertallet av barna stiller seg positive til foreldrenes innleggelse i nåtid. Uttalelsene deres viser at med viten om hva som foregår, opplever de at forelderen blir ivaretatt og registrerer også at de blir bedre etter innleggelse og behandling. En tredjedel av barna hadde kritiske eller negative tilbakemeldinger vedrørende behandlingen av forelderen. Dette handlet om opplevelser av at foreldrene ikke fikk riktig eller tilstrekkelig behandling, samt opplevelse av utilstrekkelig sikkerhet rundt den syke forelderen. Videre hadde noen ønske om å få uttale seg

eller bli hørt av behandlingsansvarlig fordi de mente at de hadde kjennskap til forelderens lidelse som var viktig å få formidlet. Dette opplevde de ikke å bli imøtekommet på.

Funnene i denne undersøkelsen samsvarer med flere andre liknende studier: når barna holdes utenfor og ikke får tilstrekkelig informasjon eller forklaring på hva som skjer under foreldres innleggelse, øker den følelsesmessige belastningen i form av bekymring, uro og skyldfølelse hos barna betraktelig sammenliknet med opplevelsen hos barn som inkluderes og får tydelige forklaringer.

Resultat fra forskningsspørsmål 4: Hvordan opplever barna barnesamtalen?

11 av de 12 barna uttrykker en eller flere momenter ved barnesamtalen som de enten opplevde som positive for seg selv eller som de mener er viktig for barn i deres situasjon generelt.

Det flertallet av barna trekker fram som særlig positivt eller viktig er:

- Å få en forklaring på forelderens psykiske lidelse
- Å få komme på besøk og se hvor forelderen er
- Å få mulighet til å snakke med personalet alene uten foreldrene tilstede
- At det blir brukt et konkret, direkte, alderstilpasset og udramatisk språk.
- Individuelle positive opplevelser: å få møte de som hjelper forelderen, at personalet er hyggelige, alderstilpasset språkbruk, familierom med mulighet for å være for seg selv, samt koselige omgivelser.

4 barn formidlet mangelfulle eller negative opplevelser av barnesamtalen:

- For barnslig språkbruk og ikke gjenkjennbar sykdomsforklaring (ett barn)
- Savn av årsaksforklaring på forelderens lidelse (to barn)
- Opplevelse av at én barnesamtale er for lite (to barn)
- Ønske om at personalet tar ansvar for å invitere til ny(e) barnesamtale(r), da det oppleves vanskelig å be om dette selv (to barn)

3 barn oppga å huske lite fra innholdet i barnesamtalen. Det framkom at de ikke helt hadde forstått, eller hadde glemt mye av det som ble formidlet. De husket imidlertid omgivelsene og stemningen som positiv. Disse 3 var blant de yngste barna (12-14 år) og det var gått mellom 1 og 2 år siden de deltok i barnesamtalen.

Det at de *ikke spør*, går igjen hos mange av barna. Flere gir klart uttrykk for at de kvier seg for å stille nærgående og personlige spørsmål til foreldrene og vil gjerne at personalet spør foreldrene *for* dem om det er noe de lurer på.

Barnas utsagn tyder på at det i stor grad er de voksnes holdninger, adferd og bruk eller ikke-bruk av språklige begreper som påvirker og avgjør om noe også skal bli tabuisert eller vanskelig for barnet, eller ikke.

8.2. Anbefalinger

Funnene fra undersøkelsen kan ikke uten videre generaliseres til alle andre barn som har hatt en av sine foreldre innlagt til psykiatrisk behandling (jf kap. 3.6.2). Flere av funnene i undersøkelsen bekrefter imidlertid teori om resiliensfaktorer (kap 2.2) og samtaleteori / samtalemeter for barn i vanskelige livssituasjoner (kap. 2.3). Funnene samsvarer også på flere områder med tidligere liknende studier om temaet barn av psykisk syke foreldre (kap.2.2). I den grad funnene samsvarer som nevnt, kan noen anbefalinger tre fram som aktuelle. Det er ønskelig med mer liknende forskning for å enten bekrefte, avkrefte eller nyansere funnene og anbefalingene basert på denne og tidligere undersøkelser:

- Gjentatt informasjon og tilbud om flere samtaler til alle barna. Dette gjelder i sær når barna er yngre (prepubertale), når foreldre er syke over lang tid, eller når forløpet av forelderens psykiske lidelse er akutt og dramatisk. Skyld-temaet ser ut til å være særlig viktig å gjenta: at barna aldri er skyld i foreldres lidelse.
- Hjelp barna å forstå at foreldrenes psykiske lidelse og adferd er noe som er uavhengig av og adskilt fra barna.
- Tilbud til de større barna om å snakke med personalet alene.
- Bryte tabu i forhold til psykiske lidelser ved benevning av erfaringer og innføring av relevante ord og begreper overfor barn og foreldre sammen.
- Saklig, direkte, konkret, generalisert og udramatisk informasjon bidrar til å redusere opplevelsen av skam og stigma hos en del barn.
- Hjelp barna til bedre selvforståelse ved å lære og sette ord på egne følelser og opplevelser.
- Hjelp foreldrene til bevisstgjøring av barnas behov.

- Kartlegging og identifisering av støttepersoner i barnets nærmiljø. Samarbeid med foreldrene om videreformidling av sentral informasjon om barnets og familiens situasjon videre til disse. Med informasjon om situasjonen barnet befinner seg i, vil de i langt større grad gis mulighet til å forstå eventuelle reaksjoner og endring i adferd hos barnet og dermed også kunne gi det hensiktsmessig støtte.
- Individuell vurdering av hvert enkelt barns behov for hjelp og støtte. Også søsken kan oppleve situasjonen ulikt og ha ulike forutsetninger for å håndtere situasjonen.
- hjelpe barna å stille spørsmål de har til foreldrene. Om barna ønsker det, stille spørsmålene *for* dem. Mange barn kvier seg for å spørre foreldrene selv.
- Vær var på barnets emosjonelle tilstand i situasjonen. Emosjonell inntoning til barnets opplevelser her og nå bidrar til at barnet lettere tar i mot informasjon.
- Nøye forberedelse og planlegging sammen med foreldrene som skal delta i barnesamtalen er viktig for at personale og foreldre skal kunne framstå samstemte overfor barnet i samtalene.

Litteraturliste

Almvik, A. og Ytterhus, B. (2004): *Ualminnelig alminnelighet. Barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap. NTNU.

Anthony, E.J (1969): *A clinical evaluation of children with psychotic parents*. American journal of psychiatry, 126: 177-184. I: Almvik, A. og Ytterhus, B (2004): *Ualminnelig alminnelighet. Barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Rapport serie for sosialt arbeid og helsevitenskap. NTNU

Anthony, E.J. og Cohler, B.J.(ed.) (1989): *The invulnerable child*. Guilford Psychiatry Series. USA.

Antonowsky, Aaron (1991): *Hälsans mysterium*. Stockholm. Natur & Kultur.

Beardslee, W.R. og Podorefsky, D (1988): "Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships" *Am. J. Psychiatry* 145:1, januar 1988.

Beardslee, W.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., Stley, J., Sacks, N.(1993): The impact of parental affective disorder on depression in offspring: a longitudinal follow-up in a non-referred sample, *Journal of the American Mcademy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (4): 723-730.

Beardslee, W.R., E. J. Wright, P. Salt, K. Drezner, T. R. G. Gladstone, E. M. Versage, P. C. Rothberg (1997): "Examination of Childrens Responses to two preventive intervention strategies over time" *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, febr 1997.

Bjørndal, Flottorp og Klovning (2008): *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. 2.utgave. Gyldendal norsk forlag.

Borge, Anne Inger Helmen (2003): *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Gyldendal norsk forlag.

Bronfenbrenner, Urie (2006): *En utviklingsøkologisk modell*. I: Gulbrandsen, L.M. (red.)(2006): *Oppvekst og psykologisk utvikling*. Universitetsforlaget.

Christensen, Else (2000): *At blive synlig – men ikke udstillet*. I: Schultz, P. og Kampmann, J. (red.)(2000): *Børn som informanter*. Børnerådet, Danmark.

Docherty, Sharron og Sandelowski, Margarete (1999): "Interviewing children. Focus on qualitative methods" *Research in Nursing & Health*, 1999, 22, 177-185.

Eide, Brit Johanne og Winger, Nina (2003): *Fra barns synsvinkel. Intervju med barn – metodiske og etiske refleksjoner*. Cappelen Akademisk Forlag.

Eide, Gunnar og Rohde, Rolf (2009): *Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn, ungdom og familier*. Fagbokforlaget.

Eriksson, Katie (1989): *Hälsans idé*. Stockholm. Almquist & Wiksell.

Fjone, Heidi, Borgunn Ytterhus og Arve Almvik (2009): "How children with parents suffering from mental health distress search for normality and avoid stigma". Norwegian Centre for Child Research. *Childhood* 2009, 16:461, www.sagepub.com.

- Fudge and Mason (2004): *Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness*. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, vol.3, issue 2, 2004.
- Glistrup, Karen (2004): *Det barn ikke vet... har de vondt av*. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn. Pedagogisk forum, København.
- Glistrup, Karen (2011): *Snak om angst og depression... med børn og voksne i alle aldre*. PsykInfo Forlaget, Danmark.
- Granath, K (1997): *"Det var så mycket jag inte förstod.." – en intervjuundersökning med vuxna barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Sköndalsinstitutet, Stockholm.
- Halsa, Astrid (2008): *"Mamma med nerver": en studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstatene, når mor har psykiske vansker*. Doktorgradsavhandling. NTNU, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap.
- Haukø, Britt Helen (2010): *"Snakk med oss om barna": psykisk syke foreldres opplevelser av egen foreldrefungering og barnas situasjon og tilbudet Barnas Time i voksenpsykiatrien*. Master i tverrfaglig helse- og sosialfag med fordypning i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Haukø, Britt H. og Stamnes, John H.(2009a): *Barnas time. En temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*. Tapir akademisk forlag.
- Haukø, Britt H og Stamnes, John H. (2009b): *Children's Forum. An interview with eight children*. Rapport 2009, Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Heap, Kari Killén (1998): *Vurdering av reliabilitet og validitet ved kvalitative data*. Tidsskrift Norsk Lægeförening nr. 34-35-36, 1988; 108: 3191-5
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget.
- Jangås, Heidi K.(2005): *Barns rett til å bli sett og hørt: barns beretninger om sine opplevelser når mor eller far har en psykisk lidelse*. Masteroppgave ved Institutt for spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Killén, Kari (2009): *Sveket 1. Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. 4.reviderte utgave. Kommuneforlaget AS.
- Killén, Kari (2010a): *Sveket 2. Ansvar og (be)handling*. 4.reviderte utgave. Kommuneforlaget AS.
- Killén, Kari (2010b): *Risiko, omsorgssvikt, samspill, tilknytning*. Borgestadklinikken, Blå Kors forlag.
- Killén, Kari (2012): *Forebyggende arbeid i barnehagen. Samspill og tilknytning*. Kommuneforlaget.
- Knutsen, B.F.(1996): *Psykiatriske pasienters barn - skjult eller synlig behandling? I: Almvik og Ytterhus (2004): Ualminnelig alminnelighet. Barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap. NTNU.

- Krähenbühl, S. og Blades, M. (2006): "The effect of interviewing techniques on young children's responses to questions" *Child: Care, Health & Development*, 32, 3, 321-331. 2006.
- Kvaale, Steinar og Brinkmann, Svend (2010): *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Gyldendal norsk forlag.
- Levinas, Emmanuel (1961): *Totalité et infini*. I: Store norske leksikon. www.snl.no
- Lier, Lene, Bernadette Buhl-Nielsen, Hans Knudsen (2001): *Psykisk syge forældre og deres børn*. Det tværministerielle udvalg / Socialministeriet, Danmark.
- Lundman, Berit; Graneheim, Ulla (2008): "Kvalitativ innhållsanalys" Lund: Studentlitteratur. I: Granskär, Höglund-Nielsen (red.). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. S. 159-172.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 65 (3), 227-238.
- Maybery, D., A. Reupert, M. Goodyear, R. Ritchie og P. Brann (2009): *Investigating the strengths and difficulties of children from families with a parental mental illness*. Australian e-Journal for the advancement of mental health, volume 8, issue 2, 2009.
- Mordoch, Elaine; Hall, Wendy A.(2002) "Children living with a parent who has a mental illness: a critical analysis of the literature and research implications" *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol.XVI, No. 5, USA, oktober 2002.
- Perlt, Holm og Møller (1998): "Små skuldre, store byrder. En film om børn med psykisk syge forældre", Sosialt udviklingscenter, SUS, www.barn-i-fokus.dk
- Raundalen, Magne og Schultz, Jon-Håkon (2007): *Krisepedagogikk*. Universitetsforlaget.
- Raundalen, Magne og Schultz, Jon-Håkon (2008): *Kan vi snakke med barn om alt?* Pedagogisk Forum.
- Riebschleger, Joanne (2004): *Good days and bad days: the experiences of children of a parent with a psychiatric disability*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2004, vol. 28, n.1, 25-31.
- Rutter, M. og Quinton, D. (1984): *Parental psychiatric disorder: Effects on children*. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, London.
- Rutter, M. (2000). *Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications*. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (Vol. 2nd, pp. 651-682). Cambridge: Cambridge University Press.
- Skerfving, Annemi (1996): *Barn till psykisk störda föräldrar – Sårbarhet, risker och skyddande faktorer. En kunskapssammanställning*. Rapport 1996:12 FoU-enheten/psykiatri Västra Stockholms sjukvårdsområde.

Skerfving, Annemi (2005): *Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Gothia Förlag, Stockholm.

Solantaus-Simula, Tytti, Raija-Leena Punamäki, William R. Beardslee (2002): *Children's responses to low parental mood*. Part1: Balancing between active empathy, overinvolvement, indifference, and avoidance. Part 2: Associations with family perceptions of parenting styles and child distress. *Journal of Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 2002, 41 (3):287-295.

Solheim, I.J.(1994): *Kvar vart det av barna? – en studie av behandlarane sitt syn på barn og foreldrerollen i voksenpsykiatrien*. Hovedfagsoppgave ved Institutt for sosialt arbeid. Universitetet i Trondheim.

Thagaard, Tove (2009): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utgave. Fagbokforlaget.

Werner, E. E., & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible*. NY: McGraw-Hill. I: Waaktaar, T.(2011): Samme risiko-ulikt utfall. Fagartikkel i: www.forebygging.no

Werner, E.E.(1995): *Resilience in development*. I: Waaktaar (2011): Samme risiko-ulikt utfall. Fagartikkel i: www.forebygging.no

Waaktaar og Christie: Waaktaar, T., & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider. Håndbok i resiliencebyggende grupper for barn og ungdom med psykososiale belastninger*. Oslo Kommuneforlaget.

Waaktaar, Trine (2011): *Samme risiko – ulikt utfall*. Fagartikkel i: www.forebygging.no

Øvreeide, Haldor (2000): *Samtaler med barn Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. 2.utgave. Høyskoleforlaget.

Øvreeide, Haldor og Hafstad, Reidun (2011): *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Høyskoleforlaget.

Aamodt og Aamodt (2005): *"Tiltak for barn med psykisk syke foreldre"*: Rapport. Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-BUP), helseregion Øst og Sør

Offentlige dokumenter:

Folkehelseinstituttets rapport 2011:4: *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Omfang og konsekvenser*.

Helsedirektoratets Rundskriv 15-5/2010: *Barn som pårørende*.

Helse-og omsorgsdepartementet (2009): Helsepersonelloven § 10 a www.lovdata.no

Helse-og omsorgsdepartementet (2009): Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a www.lovdata.no

Nettsider:

www.forskningsradet.no Forskningsrådet: Programplan for psykisk helse 2011-2015.

www.barnsbeste.no Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende.

VEDLEGG 1: Melding om vedtak fra REK (Tilbakemelding nr.1)

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK midt
Til:
Nina Osen
n-nedre@online.no lena-mari.sjoblom@hint.no

Dokumentreferanse: 2011/201-3
Dokumentdato: 04.03.2011

"Å VÆRE BARN SOM PÅRØRENDE I VOKSENPSYKIATRIEN - SETT MED BARN OG UNGES ØYNE" - INFORMASJON OM VEDTAK

Prosjektleder: Førsteamanuensis Lena-Mari Sjøblom

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Nord-Trøndelag, avdeling for helsefag

Ved årsskiftet trådte lovbestemmelser om ivaretagelse av barn som pårørende i kraft, med formål å forebygge problemer hos barn av syke foreldre og bidra til økt mestring av livssituasjonen. Ved X DPS' døgnetenhet, ble det i 2008 opprettet en ordning for å ivareta barn som pårørende. Dette er en studie om hvordan barn i alder 12-18 år opplevde at en av foreldrene ble innlagt i en psykiatrisk døgnavdeling, samt å få belyst barnas opplevelse og erfaringer med barneansvarlig personell og ivaretagelse av barn som pårørende. Det vil gjøres et individuelt intervju av en times varighet med lydopptak. Journaldata benyttes for å identifisere foreldre og barn som kan inviteres til å delta, og utvalget består av pasienter som har vært innlagt i løpet av de to siste årene ved X DPS og som takket ja til tilbud om barne- og familiesamtaler. Journaldata blir i tillegg brukt for å innhente opplysninger om tidspunkt for pasientenes innleggelse og tidspunkt for gjennomføring av barne- og familiesamtalene og hvem av personalet som gjennomførte disse samtalene. Samtykke innhentes fra foreldrene. En egen skriftlig invitasjon sendes også til barna, i fall foreldrene samtykker i at deres barn inviteres til å delta i studien. Studien inngår i en mastergrad i psykisk helsearbeid.

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 og helseforskningsloven (hfl.) § 10 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 18. februar 2011. Komiteen viser til prosjektprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring, og finner at prosjektet har et forsvarlig opplegg som kan gjennomføres under henvisning til evt. merknader og vilkår for godkjenning, jf. hfl. § 5.

Merknader og vilkår:

- Komiteen mener det er betenkelig at foreldre blir kontaktet flere år etter innleggelse med forespørsel om barna kan delta i et forskningsprosjektet. Dette kan være en emosjonell belastning. Komiteen ber derfor om en kommentar til rekrutteringsprosedyren.
- Studiedeltakerne skal intervjues i én time om alvorlige tema. Det er sannsynlig at noen av deltakerne vil få emosjonelle reaksjoner i etterkant av intervjuet, og komiteen etterlyser derfor en beredskapsplan som bl.a. involverer en psykolog. Komiteen ber om en skriftlig tilbakemelding.
- Komiteen ber om at spørsmålet "Mener du det er viktig at man lager en plan for hva barn kan gjøre hvis forelderen blir syk igjen?" fjernes fra intervjuguiden da særlig dette spørsmålet kan utløse tanker og reaksjoner.
- Informasjonsskrivet til barna må avslutningsvis inneholde fullt navn og kontaktinformasjon til prosjektleder.

- Komiteen vil presisere at prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt i henhold til hfl. § 7. Personopplysninger skal behandles konfidensielt, og undersøkelsesresultater inkludert evt. navnelister, oppbevares forskriftsmessig. Alle personopplysninger skal i den grad det er praktisk mulig oppbevares aidentifisert/kryptert, jf. hfl. § 32, og i minimum fem år etter prosjektslutt. Dette må det opplyses om i informasjonsskrivet. Følgende tekst kan brukes: "Av kontrollhensyn blir grunnlagsdata oppbevart forsvarlig fram til [en dato, minimum 5 år etter prosjektslutt]. Deretter vil data bli slettet. Det er [navn på prosjektleder/dataansvarlig] som er ansvarlig for datamaterialet i denne perioden. Instanser som kan tenkes å kontrollere grunnlagsmaterialet er f. eks. forskningsansvarlige, Uredelighetsutvalget for forskning og Helsetilsynet".
- Komiteen ber om å få tilsendt revidert informasjonsskriv. Komiteens leder samt representant for psykologi får fullmakt til å vurdere det reviderte skrivet og øvrig tilbakemelding. Vennligst benytt vår saksportal (<http://helseforskning.etikkom.no>) og skjemaet "Tilbakemelding". Det gjøres oppmerksom på at prosjektet ikke må igangsettes før komiteen har mottatt og godkjent tilbakemeldingen.
- Prosjektleder skal sende sluttmelding til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

Vedtak :

"Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge godkjenner at prosjektet gjennomføres med de vilkår som er gitt."

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. hfl. § 10 og 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
Sven Erik Gisvold
Professor dr.med.
Leder REK Midt
Siv Tone Natland
Rådgiver REK Midt

VEDLEGG 2: Tilbakemelding nr.2 fra REK

Fra: post@helseforskning.etikkom.no
Sendt: 21. mars 2011 09:54
Til: n-nedre@online.no; lena-mari.sjoblom@hint.no;
sven.e.gisvold@ntnu.no; rek-4@medisin.ntnu.no
Emne: REK midt 2011/201 Svar på tilbakemelding

Saksnummer: 2011/201

Tittel: Å være barn som pårørende i voksenpsykiatrien - sett med barn og unges øyne

Vi viser til tilbakemelding på komiteens merknader samt revidert informasjonsskriv og intervjuguide. Når det gjelder tilbakemelding vedrørende rekrutteringsprosedyre godkjennes dette med vilkår om at det ikke inkluderes barn som studenten har hatt samtale med i behandlingssammenheng.

Det spørres om følgende omarbeidet spørsmål kan inkluderes i intervjuguiden: "Har det noen betydning for deg å ha en voksen som kjenner til at mor / far har vært syk og som du vet du kan ta kontakt med hvis du skulle bli bekymret for mor/far igjen?"

Dette spørsmålet kan inkluderes i intervjuguiden dersom barnet faktisk har det tilbudet som det snakkes om i dette spørsmålet. For et barn vil det være vanskelig å skille mellom det som eksisterer, og deres holdninger til noe ikke-eksisterende. Dersom dette tilbudet ikke er tilstede må spørsmål vedrørende hva som skjer hvis forelderen blir syk tas ut. Vi ber om et svar på dette før studien igangsettes. Tilbakemelding på dette gjøres ved å svare på denne e-posten.

Med hilsen

Sven Erik Gisvold
Professor dr.med
Leder REK Midt

Anneli Pellerud
Førstekonsulent REK Midt

VEDLEGG 3: Tilbakemelding nr.3 fra REK

Fra: Anneli Pellerud [anneli.pellerud@ntnu.no]
Sendt: 22. mars 2011 14:05
Til: n-nedre@online.no
Kopi: 'rek-4@medisin.ntnu.no'
Emne: Re: REK midt 2011/201 Svar på tilbakemelding

Hei

Ja, du kan gjøre det på den måten du skisserer. Poenget for REK var at man kun skulle spørre om hvordan det er å ha en slik kontaktperson dersom det aktuelle i realiteten barnet har en slik person å forholde seg til. Dette temaet bør utelates dersom barnet ikke har en slik støtteperson. Du skisserer en grei måte å løse dette på. Dersom barnet selv tar opp dette temaet, så er det i orden at man spør om betydningen kan utdypes.

Mvh Anneli Pellerud
Førstekonsulent, REK Midt-Norge

Viser til e-post mottatt i saksportal:

Saksnummer: 2011 / 201

Svar på tilbakemelding fra REK (mail under):

Vedr spørsmål i intervjuguide:

Kan jeg gjøre det slik at hvis barnet selv i samtalen naturlig nevner at det er viktige voksenpersoner i sitt nettverk som betyr mye, og som han / hun kontakter ved behov (eks.vis den andre forelderen, øvrige familiemedlemmer, lærer, trener, helsesøster, barnevernskontakt etc) - så kan jeg be ham / henne utdype betydningen av denne kontakten? (f.eks. kan barn i barnesamtaler ha sagt liknende ting som "Læreren min har selv en som er psykisk syk i familien, så han skjønner meg.") Og hvis barnet selv ikke nevner det uoppfordret, utelater jeg spørsmålet helt?

Mvh

Nina Osen

VEDLEGG 4: Samtykkeskjema til deltagelse i studien

Samtykke til deltagelse i studien:

*”Å være barn som pårørende i voksenpsykiatrien
- sett med barn og unges øyne”*

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av barnet/ ungdommen, dato)

Jeg er villig til å la min datter / sønn delta i studien

(Signert av mor / far / foresatt, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektleder / barneansvarlig koordinator ved X DPS Nina Osen, dato)

VEDLEGG 5: Invitasjon til foreldre

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Å være barn som pårørende i voksenpsykiatrien

- sett med barn og unges øyne”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg som foreldre/foresatte om å få tillatelse til å invitere din sønn / datter..... til å delta i en forskningsstudie som har som formål å bedre tilbudene til barn som pårørende i voksenpsykiatrien. Ansvarlig for prosjektet er **X DPS** ved psykiatrisk sykepleier og helsesøster Nina Osen som er koordinator for de barneansvarlige ved **X DPS**' døgnerhet.

Den 01.01.2010 trådte nye lovbestemmelser i kraft vedrørende barn som pårørende. Loven pålegger helsepersonell og spesialisthelsetjenesten spesielt å kartlegge om voksne pasienter har barn, og i så fall å gi tilbud i form av alderstilpasset informasjon om sykdom og behandling til barna, foreldrestøtte til den forelderen som er syk, samt å formidle annen hjelp til familien ved behov.

X DPS' døgnavdeling har gitt tilbud om dette til alle pasienter med barn siden 2008. Vi ønsker nå å evaluere tiltakene våre og er i den forbindelse svært interessert i å få vite noe om hva de barna som har vært på besøk og har deltatt i barne- / familiesamtaler synes om dette, og om de har noen tanker om hva vi kunne gjort annerledes eller bedre.

Hva innebærer studien ?

Barn som inviteres til å delta er: barn og unge i alderen 12-18 år som har deltatt i barne-/familiesamtale ved døgnerheten ved **X DPS** i løpet av de to siste årene. De inviteres til å delta i et individuelt intervju av inntil 1 times varighet med barneansvarlig Nina Osen i familieleiligheten ved **X DPS**.

Fokus i intervjuet vil være hvordan de opplevde å bli møtt som pårørende da deres foreldre ble innlagt ved døgnerheten, barne-/familiesamtalene de deltok i, samt om det var noe de savnet eller ønsket kunne vært gjort annerledes i ft dem eller familien.

Intervjuene vil bli tatt opp på bånd og deretter skrevet ut av u.t. Både opptak og papirutskrift vil bli oppbevart utilgjengelig for andre. Ved prosjektets slutt vil alle lydopptak bli slettet. Av kontrollhensyn blir skriftlige grunnlagsdata oppbevart forsvarlig fram til 31.12.2016. Deretter vil data bli slettet. Det er prosjektleder Nina Osen som er ansvarlig for datamaterialet i denne perioden. Instanser som kan tenkes å kontrollere grunnlagsmaterialet er for eksempel forskningsansvarlige, Uredelighetsutvalget for forskning og Helsetilsynet.

Alle uttalelser fra barnet / ungdommen vil behandles strengt konfidensielt og bli anonymisert ved gjengivelse slik at ingen opplysninger vil kunne spores tilbake til enkeltpersoner (barn eller foreldre). Alle opplysningene (lydopptak og skriftlige notater) vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg eller ditt

barn i resultatene av studien når denne publiseres. Navn og andre personalia samt opplysninger som vil kunne knyttes til bestemte barn og foreldre vil ikke kunne identifiseres av andre enn prosjektleder Nina Osen.

Prosjektleder veiledes av førsteamanuensis Lena-Mari Sjøblom ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Undersøkelsen er godkjent av Regional Etisk Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Mulige fordeler og ulemper

Vi håper at en eventuell deltagelse i undersøkelsen vil kunne oppleves som positiv av din datter / sønn, med tanke på at hans / hennes tilbakemelding vil være av stor verdi for oss ved X DPS for å kunne gi et best mulig tilbud til barn og foreldre i framtiden.

Hvis din datter / sønn på noen måte vil komme til å oppleve det negativt å delta (etter de har inngått avtale om intervju / i løpet av intervjuet / i ettertid) gjelder følgende:

- Undersøkelsen er absolutt frivillig og det er når som helst lov å trekke seg underveis uten å måtte gi noen begrunnelse for det.
- Hvis din datter / sønn skulle få noen negativ reaksjon på intervjuet, bli lei seg, bekymret eller lignende, får hun / han tilbud om å bruke tid etterpå sammen med prosjektleder for ekstra støtte og ivaretagelse.
- Hun / han kan komme tilbake og få en ny støttesamtale (ikke intervju) med u.t. alene eller sammen med en av foreldrene, hvis hun / han ønsker det.
- Prosjektet har ellers tilknyttet psykolog som er tilgjengelig ved behov i forbindelse med undersøkelsen.

Alle som deltar får en gavesjekk på 300 kr som takk for at de bidrar til undersøkelsen (Midtbykortet eller annet etter ønske).

Dersom du ønsker å la ditt barn inviteres til å delta, gir du vedlagte invitasjon ”Invitasjon til barn og unge i alderen 12 -18 år” videre til din datter / sønn. Hvis hun / han kan tenke seg å delta, kan du ta kontakt med u.t. på telefon eller mail for å gjøre avtale om tidspunkt.

Om du og ditt barn nå sier ja til å delta, kan dere senere trekke tilbake samtykket uten at det får noen konsekvenser for dere.

Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Nina Osen
Barneansvarlig koordinator
Døgnetenheten ved X DPS
mobil 95 82 93 47
Nina.Osen@stolav.no

Med vennlig hilsen Nina Osen

VEDLEGG 6: Invitasjon til barna

INVITASJON TIL BARN OG UNGE I ALDEREN 12 – 18 ÅR

OM DELTAGELSE I UNDERSØKELSEN:

”Å være barn som pårørende i voksenpsykiatrien

- sett med barn og unges øyne”

Hei!

Jeg heter Nina og er psykiatrisk sykepleier og helsesøster. Jeg jobber som barneansvarlig på X DPS. Jeg vil gjerne få invitere deg til å delta i en undersøkelse. Undersøkelsen gjelder de som er mellom 12 – 18 år og som har vært med på barne- og familiesamtale på X DPS da deres mor eller far var innlagt der.

I fjor kom det en ny lov i Norge som sier at alle barn og unge under 18 år som har en mor eller far som får behandling for en psykisk sykdom har rett til informasjon. De har rett til å få vite noe om forelderens sykdom og behandling, og til å vite hvor foreldrene deres får denne behandlingen. Vi vet at mange barn og unge blir bekymret for foreldrene sine når de blir syke. Det å få informasjon og svar på spørsmål man kan ha om dette kan gjøre at situasjonen oppleves litt lettere.

De siste årene har vi som jobber på X DPS invitert alle barn og unge som har hatt foreldrene sine innlagt hos oss til barne- og familiesamtaler. Over 100 barn og unge har vært hos oss i den forbindelse. Vi synes derfor at det nå er på tide å spørre noen av dere som har deltatt i barnesamtaler om hvordan dere opplevde det å komme til samtale, og det at en av foreldrene deres ble innlagt hos oss. Vi vil gjerne vite hva dere mener er viktig for barn og unge som har (eller har hatt) en psykisk syk forelder å få vite noe om, om dere har noen forslag til hvordan sykehus for psykisk syke kan gjøres bedre for familier å komme på besøk til, og om det er noe vi kunne gjort bedre eller annerledes for barn og familier.

Dine tanker og meninger om dette vil være viktig informasjon til oss for at vi i framtiden kan møte andre barn og unge som er i samme situasjon som deg på en best mulig måte.

Hvordan foregår undersøkelsen?

Undersøkelsen foregår ved at jeg har en samtale med deg hvor jeg spør deg en del spørsmål om det jeg har beskrevet ovenfor. Samtalen foregår i familieleiligheten på X DPS hvor du og familien din har vært på barnesamtale tidligere. Det er bare du og jeg som kommer til å være der. Det du sier vil bli tatt opp på lydbånd. Det er fordi jeg etterpå skal kunne skrive ned alt du sa. Jeg kan ikke skrive like fort som vi snakker sammen, og jeg kan komme til å glemme noe av det du har sagt underveis, derfor er det best å bruke lydbånd. Det er bare jeg som skal høre på lydbåndet mens jeg skriver, og når jeg har gjort det og undersøkelsen er ferdig, sletter jeg lydopptaket. Når jeg skriver ned det du har sagt, kommer jeg ikke til å skrive navnet ditt eller noe som gjør at noen andre kan forstå hvem som har sagt det du sa. Det kommer bare til å stå for eksempel ”jente 16 år” eller ”gutt 12 år” eller ”fem av barna mente det var viktig å...” osv. Jeg skal snakke med andre barn og unge på din alder også, og jeg kommer til å gjøre det på samme måte med alle. Men jeg snakker bare med én i gangen.

Hvordan skal jeg bruke det du har sagt etterpå?

Etterpå kommer jeg til å lese svarene til alle barna / ungdommene og skrive en rapport om hva barn og unge mener er viktig når man har en forelder som er psykisk syk og blir innlagt på et sykehus. Jeg kommer til å skrive hva dere mener er viktig å få informasjon om og hva de som jobber på sykehus bør snakke med barn og unge om. Ellers om hvordan sykehus kan gjøres best mulig egnet til å ta i mot besøk av barn og familier. Dette vil være viktig informasjon både til oss på X DPS og til de som jobber med barn og foreldre på andre sykehus for psykisk syke rundt omkring i Norge.

Det er HELT FRIVILLIG å delta i denne undersøkelsen. Hvis du synes det er greit å være med og svarer ja til å delta, så trenger du uansett bare å svare på det du vil, og du bestemmer selv hvor mye og hva du vil svare. Du kan ta pause underveis mens vi snakker, og du kan avslutte og dra hjem med en gang du ønsker det. Hvis du velger å bli til jeg har stilt alle spørsmålene jeg har, så kommer samtalen til å vare i ca en time. Du velger selv om noen i familien din kjører deg til og fra X, eller om jeg skal gjøre det.

Alle som deltar i undersøkelsen får en gavesjekk til verdi av 300 kr som takk for at de bidrar til undersøkelsen. (Midtbykortet, eller et gavekort til en bestemt butikk hvis ønskelig).

Hva skjer etter at du er ferdig med samtalen?

Da er undersøkelsen ferdig og du kan dra hjem igjen.

Hvis du på noen måte blir lei deg eller bekymret mens vi snakker sammen, eller etterpå, så vil jeg gjerne hjelpe deg med å snakke om dine bekymringer og prøve å finne noen løsninger på det. Jeg er vant til å snakke med barn og ungdommer om vanskelige ting. Jeg har taushetsplikt som betyr at jeg ikke kan fortelle det du sier til meg til noen andre. Du kan få komme tilbake til en ny samtale med meg hvis du tror at det hjelper deg, enten alene eller sammen med en av foreldrene dine. Hvis du ønsker, så kan jeg også ta kontakt med en annen voksen som du heller kan tenke deg å snakke med og få hjelp fra. Det kan for eksempel være en av foreldrene dine, noen i familien, læreren din, helsesøster, lege, psykolog eller en annen voksen som du stoler på. Men kanskje trenger du ikke noen av delene. Det bestemmer du selv.

Hvis du etter å ha lest denne invitasjonen kan tenke deg å delta i undersøkelsen og snakke med meg, så sier du det til din mor eller far - som så kan ringe og gjøre en avtale med meg om tidspunktet for samtalen og hvem som kan kjøre deg til og fra X DPS.

Du er hjertelig velkommen!

Hilsen Nina Osen

Barneansvarlig på X DPS ☺

Telefonnr og mailadresse hvis du vil kontakte meg:

Nina.Osen@stolav.no

Mobil: 95 82 93 47

VEDLEGG 7: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE til undersøkelsen

”Å være barn som pårørende – sett med barn og unges øyne”.

- Kan du fortelle hva du husker fra mors / fars innleggelse(r) på DPS/sykehuset?
- Hva husker du aller best? (eks. minne / bilde)
- Hva husker du fra tiden før innleggelsen?
- Hvordan merket du at mor/far var syk?
- Hvordan var det for deg?
- Hvordan var tiden mens hun / han var innlagt på ... for deg? (Hva tenkte du da, mens m/p var på sykehuset og du var hjemme?)
- Hva husker du fra du var på besøk på sykehuset?
- Hva husker du fra barne- / familiesamtalen?
- Når voksne blir innlagt på sykehus (for psykiske lidelser) - hvor viktig mener du det er at de som jobber på sykehuset vet om de har barn?
- Da din mor / far ble innlagt på sykehuset (døgnavdelingen):
 - Fikk du vite det du syntes du trengte å vite da det skjedde, for eksempel hvorfor, hvor, når, hvor lenge osv?
- Hvordan bør det være på sykehus for voksne med psykiske lidelser for at barn / unge skal synes det er greit å komme på besøk?
- Hvilken betydning har det at barna får møte de som jobber på sykehuset (barneansvarlige) for å få informasjon og svar på spørsmål når en av foreldrene er syk?
- Da du var her på sykehuset (mens din mor / far var innlagt) fikk du informasjon om din mors / fars sykdom og behandling.
 - Hvordan synes du det var?
 - Var forklaringen som ble gitt forståelig?
 - Er det noe du husker spesielt?
 - Fikk du snakket om det som var viktig for deg?
- Det ble også snakket om tema som skyld, skam, ansvar, voksenroller / barneroller, vanlige reaksjoner barn / unge kan ha når foreldrene har en psykisk lidelse. Hva synes du om det?
- Noen ganger snakker vi også med barna alene, i tillegg til at vi snakker med hele familien. Hvilken betydning hadde det for deg å få snakke med personalet alene?
- Hvordan opplevde du det å være hele familien sammen når vi snakket om mor/far sin sykdom?
- Hadde du noen nytte av informasjonshefter eller nettsider du fikk?
- Var det noe du savnet eller som kunne vært gjort annerledes av personalet? (I ft hele familien eller i ft barna?)
- Er det noe viktig jeg ikke har spurt deg om?

Meningenheter	Kondensert tekst	Sub-kategori	Kategori	Forskningsspørsmål
Hun er ganske sur og negativ hele tiden, og så blir hun sur for sånne småting som ingen andre blir sur for.... for detaljer liksom... som bare hun tenker over... og det er masse egentlig.. som er negativt.	Mor er sur og negativ hele tiden.	Avvikende adferd	Avvikende / uforutsigbar adferd	1. Opplevelse av foreldres psykiske lidelse
Hun sa rare ting. Hun sa at hun kom til å dø. Hun hadde egentlig ikke noen forklaring for det. (etterpå) Hun husket ikke på at hun hadde sagt det engang. Når hun er på det verste husker hun aldri hva hun har sagt etterpå.	Hun sa rare ting. Sa hun kom til å dø. På det verste husker hun aldri hva hun har sagt etterpå.	Skremmende adferd	Skremmende adferd.	
Hm... Jeg tenkte ikke så mye over det før hun ble lagt inn. Men når jeg tenker tilbake på det så var det kjipt. Det virket som om hun tenkte veldig mye på seg selv på en måte.	Jeg tenkte ikke så mye over det før hun ble lagt inn. Kjipt når jeg tenker tilbake. Hun tenkte mye på seg selv.	Redusert mental tilgjengelighet.	Avvikende/ uforutsigbar adferd	
Jeg ble ikke så veldig overrasket egentlig. Jeg syntes det var bra egentlig.... for det hjelper jo sikkert. Det har jo hjulpet litt. Og det er jo for at det skal hjelpe.	Jeg ble ikke veldig overrasket. Jeg syntes det var bra. Det er for at det skal hjelpe.	Tro på at innleggelse hjelper	Tillit til innleggelse og behandling.	2. Opplevelse av foreldres innleggelse
Jeg så det mer som positivt. (innleggelsen) Jeg tror det har hjulpet henne, men jeg skulle egentlig ønske at hun hadde vært her litt mer.	Positivt. Det har hjulpet, men jeg skulle ønske hun hadde vært her litt mer.	Opplevelse av at mor blir bedre		