

Bacheloroppgave

Barn av psykisk syke foreldre

**Hvilke behov dekker familiesamtalen hos
barn av psykisk syke foreldre?**



Diakonhjemmet Høgskole Rogaland – Kull VP08H

Gjeldende semester: Vår 2012

Dato for innlevering: 14. 05. 2012

Lien, Toril Hagar

Nerli, Anita

Nygaard, Astrid

Tronsmoen, Hanne Lise Sollien

Trønnes, Elin Iren

Antall ord: 15 562

"Det er lettere å bygge sterke barn
enn å reparere ødelagte menn"

Fredrik Douglas

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Oppgavens oppbygging	6
1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling.....	7
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Historisk tilbakeblikk innen voksenpsykiatrien.....	8
2.0 Metode	9
2.1 Metodebeskrivelse	9
2.2 Systematisk litteraturstudie.....	9
2.3 Litteratursøk.....	10
2.3.1 Søkehistorikk	10
2.4 Kildekritikk.....	12
2.5 Etske aspekter	13
3.0 Teori.....	13
3.1 Barn av psykisk syke foreldre.....	13
3.1.1 Parentifisering.....	14
3.1.2 Adaptiv parentifisering	14
3.1.3 Usynlige barn.....	15
3.1.4 Taushet om redselen og tabuet.....	16
3.1.5 Stigmatisering	16
3.2 Resiliens.....	17
3.3 Systemteori	18
3.4 Tilknytningsteori.....	19
3.4.1 Den viktige andre.....	19
3.5 Kommunikasjon.....	19

3.6 Empowerment	21
3.7 Salutogenese	22
4.0 Etikk.....	22
4.1 Yrkesetikk.....	23
5.0 Lovverket	24
6.0 Samtalemeter	24
6.1 Familiesamtaler med barneperspektiv.	24
6.2 Barnas Time	25
6.3 Family talk intervention- FTI	25
7.0 Resultat/ funn.....	26
7.1 Artikkene	26
8.0 Drøfting.....	33
8.1 Hva var det barna ønsket seg	33
8.1.1 Ønsket å være barn	33
8.1.2 Informasjon og veiledning	35
8.1.3 En voksen å snakke med.....	37
8.1.4 Fritid.....	39
8.2 Hva går samtalen ut på.....	39
8.3 utfordringer rundt familiesamtalen som metode.....	44
8.3.1 Når familiesamtaler ikke kan gjennomføres	45
8.4 Hvordan har barna fått det	45
8.5 Hva med veien videre?	47
9.0 Avslutning.....	48
10.0 Litteraturliste.....	50

1.0 Innledning

I vår bacheloroppgave har vi valgt å skrive ut i fra barneperspektivet i voksenbehandlingen innen psykiatri. Barneperspektivet innebærer å få kunnskap om hvordan barnet ser sin egen familiesituasjon, og vi må sørge for at barnet blir tatt på alvor. Barn er kompetente personer som har selvstendige tanker, opplevelser og følelser (Gamst, 2011). Fokuset i voksenpsykiatrien har endret seg fra kun å se individet til å se hele familien (Nome, 2010). Helsevesenet er i et paradigmeskifte fra individ til familiefokus og fra behandling til forebyggende tiltak (Myrvoll, Lund og Kufås, 2004). Som et barn har uttalt *”Men hvordan kunne psykiatere løse mammas problemer når de ikke så oss som stod rundt henne?”* (Skagestad og Klette, 2008 s. 59). 1. januar 2010 kom en lovendring som bidro til at barnet kom mer i fokus.

I Norge pr. 1. januar 2010 regnet man med at det var ca.1,1 millioner barn i landet. I en rapport fra 2011, står det at ca.65 000 barn i Norge har foreldre som har psykiske lidelser og som får behandling for det. Man må regne med at mørketallene er langt større, fordi flere har problemer men oppsøker ikke hjelp. Ut fra beregninger som Statistisk sentralbyrå, Norsk og internasjonal forskning har foretatt det siste året, mener man at ca. 410 000 barn i Norge har en eller begge sine foreldre som lider av milde - til alvorlige psykiske sykdommer. Mange av foreldrene har lidelser som i hovedsak kun går ut over dem selv, det kan være en fobi, en forbigående depresjon eller en mild sosial angst, og i mange tilfeller vil det være en engangs hendelse. Det regnes med at ca. 260 000 barn har foreldre hvor lidelsene er så store at det går utover omsorgsrollen. En må samtidig huske at ikke alle barn av psykisk syke foreldre tar skade av foreldrenes sykdom (Torvik og Rognmo, 2011).

I denne oppgaven har vi valgt å sette fokus på familiesamtalen og hvordan den kan påvirke barnet og dens familie. Samtalen foregår ved en psykiatrisk avdeling og denne samtalen er ment som en start på en familiedialog. Barnas opplevelser og forståelse av situasjonen og av det å ha en psykisk syk forelder skal være i fokus. Vi har drøftet artikler opp mot teoriene kommunikasjon, resiliens, empowerment, og salutogenese. Dette er fire viktige temaer som bygger oppunder barnets evne til å takle det som er vanskelig når den ene forelder er syk.

I artiklene kommer det frem hva barna trodde ville hjelpe på situasjonen deres: Et ønske om å være barn, få mer informasjon og veiledning, en voksen å snakke med samt støtte til en mer aktiv fritid.

Vi har også valgt å vie plass til et historisk tilbakeblikk på den rådende praksisen innen voksenpsykiatrien for å belyse forskjellen før og nå. Vi mener dette er viktig for å forstå dagens helhetlige behandling av pasienten og dens familie.

Historiene og smerten som barn har formidlet oss igjennom medier, litteratur og artikler har tent et engasjement i oss. Grunnleggende elementer i vernepleierutdanningen er å se de svake i samfunnet, her representert ved barn av psykisk syke foreldre. Barn har rett til å bli sett, hørt og ivaretatt (Barne- og familiedepartementet, 2003).

1.1 Oppgavens oppbygging

Oppgaven vår består av en innledning, en metodedel, en teoridel, en drøftingsdel og en avslutning.

Først i oppgaven har vi valgt å redegjøre litt om historikken innen voksenpsykiatrien for å få et innblikk i hva som har vært praksis før.

I metodedelen skriver vi litt om litteraturstudie som vi har benyttet oss av i denne oppgaven. Videre redegjør vi for hvordan litteratursøket er foretatt.

I teoridelen vil vi redegjøre for barn av psykisk syke foreldre, resiliens, systemteori, tilknytningsteori, kommunikasjon, empowerment og salutogenese. Vi har også belyst noe om etikk og lovverk. Videre belyser vi de forskjellige samtalemetodene som har vært benyttet ut fra funn i artiklene vi har brukt.

Resultater av funn i artiklene blir også belyst før vi går over til drøftingsdelen hvor vi drøfter teori opp i mot funnene i artiklene.

I avslutningen vil vi oppsummere oppgaven.

1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling

Psykiatri er et fagfelt det har blitt større åpenhet om de siste årene. Dette vekket vår interesse. For å få mer informasjon om temaet tok vi kontakt med en psykiatrisk sykepleier for å forhøre oss om problemstillinger som kunne være aktuelle og fordype seg i. Den psykiatriske sykepleieren henviste til § 10a i Helsepersonelloven som trådte i kraft 1. januar 2010 som styrker barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1999). Gruppen syntes dette hørt spennende ut og ville se nærmere på emnet barn av psykisk syke foreldre. Barn av psykisk syke har vært en usynlig, utsatt og sårbar gruppe i voksenpsykiatrien og samfunnet for øvrig. Etter at vi fordypet oss nærmere i temaet barn av psykisk syke foreldre så vi at de er en utsatt gruppe for selv å utvikle psykisk sykdom. En av grunnene til dette kan være at barna ikke klarer å sette ord på hvordan de har det og de oppfatter mer enn de voksne tror. Uten informasjon om foreldrenes psykiske vansker kan barna skape seg et verre bilde av situasjonen enn den egentlig er. Barn av psykisk syke har fortalt at taushet skaper ensomhet, de har hatt en følelse av å være overlatt til seg selv og dette har igjen skapt usikkerhet (Solantaus, 2006 i Snoek, 2010). Det er de voksne som skal gjøre erfaringene forståelig for barna. Når de voksne heller ikke klarer å sette ord på sine lidelser blir det en kommunikasjonskolaps innad i familien.

Innen psykiatrien har de nå nok erfaring og kunnskap til å kunne hevde at alle familier som sliter med psykisk lidelse burde bli møtt med et tilbud om familiesamtaler, dette for å kunne fange opp barn og familiens behov for støtte og hjelp (Eide og Rohde, 2009). På bakgrunn av dette ville vi se nærmere på om familiesamtale kunne forhindre at barn av psykisk syke foreldre blir morgendagens pasienter.

1.3 Problemstilling

Ut i fra dette ble problemstillingen:

Hvilke behov dekker familiesamtalen hos barn av psykisk syke foreldre?

1.4 Historisk tilbakeblikk innen voksenpsykiatrien

Barn av psykisk syke foreldre var et ikke tema for noen tiår siden. Da var fokuset kun på den psykisk syke (Glistrup, 2004, Haukø og Stamnes, 2009). Det er tankevekkende at det innen psykiatrien ble lagt hovedvekt på pasientens barndom og indre barn, mens pasientens barn som også led ble glemt (Alnes, 2011). Det har vært lite forskning på hvordan barnets egne opplevelser i hverdagen har vært (Pölkki, Ervast og Huupponen, 2004). Mange barn har vært foreldrenes ”psykiatriske sykepleiere”, de har vært lojale mot foreldrene og ikke sagt noe til noen om hvor vanskelig og vondt de har hatt det på grunn av foreldrenes svingende foreldrefungering, fordreide tanker og meninger.

Glistrup skriver i boka *Det barn ikke vet, har de vondt av* om en episode fra et hjemmebesøk hos mamma og Thomas på 9 år ”*Endelig tok Thomas ordet og sa at det var riktig det jeg sa, han hadde vært meget redd den gangen med kniven, og også den gangen moren truet å hoppe fra jernbanebroen. Bestemor og bestefar var snille mot han, men han syntes ikke det gikk an å snakke med dem om disse tingene som gjorde at han ble så lei seg, for da ble de også lei seg*” (Glistrup, 2004 s. 72).

Før var det tausheten som rådet, samtalene var forbeholdt pasienten og familien rundt var et ikke tema (Nome, 2010). Barna på sin side sanset at dette vanskelige var et tabubelagt område og barna hadde ikke et språk som kunne fortelle hva dette var. Tausheten rundt det å ha en psykisk sykdom er skadelig (Myrvoll et. al, 2004).

Helsepersonell følte sin egen sårbarhet og inkompetanse med tanke på å snakke med pasientene om deres barn. De beroliget seg også med at barnet ofte hadde den andre friske voksne og oppegående besteforeldre. Helsepersonell hadde på dette tidspunkt ikke fokus på barneperspektivet (Glistrup, 2004).

Den mest sårbare fasen er i barnas første leveår da det her blir lagt grunnlag for utvikling- og tilknytningsevne (Haukø og Stamnes, 2009). Bowlbys teori om tilknytning understreker betydningen av det friske samspillet mellom mor og barn (Tetzchner, 2008). Når barnets foreldre var psykisk syke og ikke kunne møte barnet her ble det en forstyrrelse på den trygge tilknytningen, som igjen kunne og kan gi problemer for barnet senere i livet. Det nødvendige samspillet mellom foreldre og barn blir tidvis brutt (Killén, 2007 og Tetzchner, 2008).

Ut fra et forebyggende perspektiv er det viktig å motarbeide at barn og familien ellers, skal utsettes for risikoen det er å ha foreldre som er psykisk syke. Dette forebyggende arbeid har ikke hatt høy status da det ikke er kurerende og av den grunn ikke blitt prioritert. Virkningen vil først komme fram etter mange år og gir dermed ikke en umiddelbar økonomisk gevinst (Weisæth og Dalgard, 2000).

2.0 Metode

2.1 Metodebeskrivelse

En definisjon på metode er:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert 1985 i Dalland 2007, s. 83).

Metode er derfor en systematisk innsamling av data. Metode er redskapet en bruker til det en vil undersøke. Metoden skal også kunne etterprøve kunnskap eller påstander, slik at en kommer frem til sann kunnskap (Dalland, 2007). Forsberg og Wengström (2008) beskriver metoden av kritisk analyse, drøfting og vurdering av studier som springer ut fra evidensbasert forskning. Evidens er i følge Eriksson m.fl. *”det å vite, ha en klar visshet, det å se, erfare eller kjenne. Det innebærer noe naturlig, åpenbart, sant og ekte”* (Forsberg og Wengström, 2008, s. 22). Dette vil gi en yrkespraksis som er utformet av kunnskapen fra et vitenskaplig faktagrunnlag (Forsberg og Wengström, 2008).

2.2 Systematisk litteraturstudie

Denne oppgaven er skrevet etter inspirasjon fra metoden systematisk litteraturstudie. Vi har valgt å bruke en del pensumlitteratur, faglitteratur og i tillegg har vi funnet frem til studier av godt forskningsmessig arbeid slik at det kan gi et grunnlag for å bedømme et fenomen og dermed bli istandsatt til å kunne trekke relevante slutninger. Litteraturen skal være vitenskaplige artikler og rapporter. Artiklene skal være fagfellevurdert. I Forsberg og Wengström (2008) beskriver Mulrow og Oxman klare kjennetegn ved

denne metoden, ved at den har utspring fra et klart og tydelig formulert spørsmål. Dette spørsmålet besvares systematisk gjennom å gjenkjenne, utvelge, vurdere og analysere relevant forskning, og til slutt sammenfatte og trekke konklusjoner. Det kreves at man har en systematisk og kritisk gjennomgang av de innsamlede dataene som belyser problemstillingen (Forsberg og Wengström, 2008).

2.3 Litteratursøk

Teori som vi har benyttet oss av i oppgaven er hentet fra ulike fagbøker og pensumlitteratur. Vi har også vært inne på anerkjente nettsteder som blant annet Morild, Voksne for barn, Andungen og BarnsBeste for å finne anbefalt litteratur og bakgrunnsstoff. Vi har også vært i samtale med barneansvarlig ved et distriktpsykiatrisk senter og en psykiatrisk sykepleier som har gitt oss nyttige tips til aktuell litteratur.

De fleste av artiklene vi har valgt belyser hva voksne barn av psykisk syke foreldre savnet i sin egen barndom. Andre artikler peker på mulige faktorer for å hjelpe disse barna slik at de ikke blir morgendagens pasienter. Gjentakende i alle artiklene er behovet for kommunikasjon innad i familien, slik at tabubelagte emner som psykisk sykdom blir brutt og barna får sette ord på det som er vanskelig og få hjelp til nødvendige endringer i hverdagen.

2.3.1 Søkehistorikk

For å finne fram til artiklene har vi benyttet oss av anerkjente databaser som høgskolen har gitt tilgang til. Barn av psykisk syke var søkeord vi begynte med for å finne aktuelle artikler. Søket ble utvidet med ord som samtalegrupper, metodikk og familiesamtale. Vi har også brukt søkeord barn som pårørende, utvidet søket med psykisk syke foreldre, metodikk, suksessfaktorer og familiesamtale.

I de utenlandske databasene har søkeordene vært Children of mentally ill parents, søket ble utvidet med intervention, talk therapy og FTI. Ord som coping, resilience og adult

children har vi også brukt. Vi har søkt på William Beardslee da dette var et navn som gikk igjen i faglitteraturen vi har benyttet oss av.

I **Idunn** fikk vi opp 397 treff med søkeordet barn av psykisk syke. Begrenset søket med å legge til ordet samtalegrupper, da fikk vi opp 18 treff. Her fant vi artikkelen til Kallander (2010) som drøfter behovet for en tydeligere norsk helsepolitisk respons overfor pårørende barn med psykisk syke foreldre. Ved å bruke ordene barn av psykisk syke kombinert med metodikk og familiesamtale fikk vi 57 treff, her fant vi artikkelen til Nome (2010) som presenterer en praksis med familiesamtaler med fokus på pasientens barn ved en akuttpost i psykisk helsevern ved Sørlandet sykehus.

I **Bibsys Ask 2** fikk vi opp 391 treff ved å bruke søkeordene barn som pårørende. Ved å legge til ordene psykisk syke foreldre, metodikk fikk vi opp 26 treff. Her fant vi artikkelen til Myrvoll, Lund og Kufås (2004) som bygger på erfaringer fra prosjektet pasienter har også barn.

I **Helsebiblioteket** har vi søkt på Norske/ skandinaviske tidsskrift. Her kom vi fram til at sykepleien og Tidsskrift for Norsk Psykologforening kunne være aktuelle tidsskrift å søke i.

Ved å søke i sykepleien fikk vi opp 9 treff ved å bruke søkeordene barn av psykisk syke. Her fant vi artikkelen av Haukø og Stamnes (2009) som bygger på en undersøkelse gjort ved Sykehuset i Namsos hvor de ville finne ut om samtalemetoden Barnas Time har en forebyggende effekt.

Ved å søke i Tidsskrift for Norsk Psykologforening fikk vi opp 804 treff ved å bruke søkeordene barn av psykisk syke kombinert med samtalegrupper. Ved å begrense dette søket til å gjelde klinisk psykologi gikk søket ned til 326 treff, ved å begrense det igjen til å gjelde psykiatri fikk vi 28 treff. Her fant vi artikkelen til Andree (2007) som handler om bruk av Barnas Time som metode i psykiatrisk akuttavdeling ved Sykehuset Namsos.

Alle artiklene har kommet opp i flere av databasene vi har søkt i. De har også kommet opp flere ganger ved bruk av forskjellige søkeord. Av den grunn har vi også tatt utgangspunkt i at dette er artikler som er relevant til vår problemstilling.

I **Cinahl** Ved å bruke søkeordene children of mentally ill parents fikk vi opp 4 treff. Her fant vi artikkelen av Pölkki, Ervast og Huupponen (2004) som handler om voksne barns erfaringer som ”young carers”.

Ved å legge til ordet FTI fikk vi opp 1 treff. Her fant vi artikkelen av Solantaus, Paavonen, Toikka og Punamäki (2010) som handler om samtalemetoden Family talk intervention (FTI) og Lets talk about the children (LT).

Ved å søke på ordet children of mentally ill parents, og samtidig begrense søket til å gjelde forfatter Beardslee fikk vi opp 4 treff. Her fant vi artikkelen til Beardslee, Gladstone, Wright og Cooper (2003) som omhandler en undersøkelse hvor formålet var å gi foreldrene informasjon og sette dem i stand til og kommunisere med barna.

Ved å bruke søkeord coping resilience children of mentally ill parents fikk vi 180 treff. Ved å legge til adult children fikk vi 3 treff. Her fant vi artikkelen til Foster (2010) som handler om voksne barns oppvekst og opplevelser som barn av psykisk syke foreldre.

I **Academic Search Elite** fikk vi 4 treff ved å bruke søkeordene children of mentally ill parents i kombinasjon med intervention. Her fant vi artikkelen av Knutsson-Medin, Edlund og Ramklint (2007) som handlet om voksne barn av psykiatriske pasienter og kartlegge deres erfaringer i å vokse opp med en psykisk syk forelder.

2.4 Kildekritikk

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann” (Dalland, 2007 s. 66). Dette skal være et filter for studenten til å skille god og dårlig litteratur (Dalland, 2007).

I et systematisk litteraturstudium vil antall studier en finner være avhengig av hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som benyttes for å belyse den valgte problemstillingen (Forsberg og Wengström, 2008).

I oppgaven har vi valgt følgende inklusjonskriterier. Vi har søkt etter artikler i tidsrommet 2003 - 2012. Dette for å kunne få nyere og aktuell forskning på fagfeltet. På grunn av at omfanget av artikler på norsk er begrenset har vi også søkt på artikler på

følgende språk som svensk, dansk og engelsk. For å få tilgang til hele artikkelen søkte vi på artikler i fulltekst. Dette for å få et helhetlig bilde av hvordan forskningen var gjort. Ut i fra problemstillingen vår ble kvalitative studier vektlagt. Kvalitative studier går i dybden og har som formål å fange personens egne meninger og opplevelser, den kan dermed beskrive personens egne erfaringer og hvordan verden ses fra deres ståsted (Forsberg og Wengström, 2008).

Eksklusjonskriterier vi har valgt i denne oppgaven er studier som er utført i ikke vestlige land, da disse studiene ikke så lett kan sammenlignes med vår samfunnsstruktur. Vi valgte også å se bort fra artikler som handlet om dobbeltdiagnosen rus og psykiatri, samt artikler som ikke gikk direkte på familiesamtaler.

Originalartikler er primærlitteratur hvor forfatteren utgir sitt eget forskningsarbeid. Mens sekundærlitteratur er basert på tolkninger av andres forskning. I vår bacheloroppgave har vi benyttet oss av en del sekundærlitteratur og må være åpen for at tolkning av primærkilden kan være en kilde til feiltolkninger, dette kan også gjelde oversettelser fra andre språk (Dalland, 2007).

2.5 Ethiske aspekter

Ved valg av litteraturstudier bør en velge artikler hvor det er foretatt etiske overveielser eller hvor de har blitt godkjent av en etisk komité før de ble publisert. Artikler som brukes i oppgaver må benyttes på en etisk riktig måte (Forsberg og Wengström, 2008).

3.0 Teori

3.1 Barn av psykisk syke foreldre

Alvorlig sykdom hos nære personer og foreldre vil alltid få følger for barna i familien. Dette vil påvirke evnen, og kapasiteten til å være foreldre og deres sensitivitet til å møte barnas behov. Dette er en heterogen gruppe, men med enkelte likhetstrekk (Sundfær, 2012). En forutsetning for å bli en god nok forelder er at man selv har opplevd en god omsorg i sin egen barndom (Killén, 2007).

Mange psykisk syke foreldre er fanget i sin egen sykdom slik at de ikke ser eller makter å se barnets behov. Dette kan være med på gjøre disse barna til en sårbar og utsatt gruppe (Skagestad og Klette, 2008). Selv om en har fått en psykiatrisk diagnose så er det ikke ensbetydende at en har mistet evnen for all tid til å se barnet og å sette seg inn i barnets sted (Alnes, 2011).

Relasjoner mellom barna og deres foreldre er avgjørende for barnas emosjonelle, intellektuelle, fysiske og sosiale utvikling (Killén, 2007). Alvorlighetsgraden i foreldrenes sykdomsbilde har mye å si for relasjonene (Haukø og Stamnes, 2009). Barna har et øyeblikkelig behov for å bli ivaretatt, de er i kontinuerlig utvikling og har ikke tid til å vente på hjelp til foreldrene eventuelt skal bli bedre omsorgspersoner (Alnes, 2011).

3.1.1 Parentifisering

I mange familier tar barnet over voksenrollen. Barn kan med denne situasjonen oppleve å bli forelder for sine egne foreldre (Håkonsen, 2004). Det kan gi barnet verdifulle ferdigheter og selvrespekt hvis barnet blir sett og støttet fra andre og at oppgavene varer over en avgrenset tid. Hvis det varer over lengre tid og barnet tar over hele voksenrollen snakker vi om destruktiv parentifisering (Sølvberg, 2011). Barnet pålegger seg da enorme plikter og byrder som ikke samsvarer med barnets alder og modenhet, de er i beredskap og stiller villig opp og påtar seg ansvar de aldri skulle hatt. For et barn som stadig er i alarmberedskap vil det gi stor belastning på kroppens utvikling og funksjoner (Skagestad og Klette, 2008). Parentifisering kan betegnes som omsorgsvikt og er dermed en risikofaktor for utvikling av psykiske problemer senere i livet (Prior og Glaser 2006 i Snoek, 2010).

3.1.2 Adaptiv parentifisering

For et barn å ha ansvar for andre familiemedlemmer kan det også ha positive og utviklingsfremmende resultat på barnet. Barnet føler at det må ta ansvar når ingen andre tar det. Det kan gi en positiv selvfølelse, kompetanse, empati og kontroll. Dette kan

betegnes som resiliens (Snoek, 2010). I Östmans studier påpeker de at dette også fører til modenhet til barnet (Östman, 2008).

3.1.3 Usynlige barn.

Mange barn av psykisk syke foreldre gjør alt de kan for at ingen skal merke at noe er ”galt” med deres foreldre. Dette er på grunn av den store lojaliteten som barn ofte føler ovenfor sine foreldre. Dette kan være en av grunnene til at det er vanskelig for andre voksne som møter barnet i hverdagen å oppdage den vanskelige livssituasjonen til barnet. Barnet kan lett signalisere at det klarer seg selv i ekstreme omsorgssituasjoner. For barnet er familien basen for overlevelse. Om basen trues vil barnet gjøre hva som helst for å gjenetablere de nødvendige forutsetningene for at basen kan fungere. Ubevist vil barnet finne en verdifull rolle i familien slik at foreldrene blir beskyttet, og at ingen kommer inn og sår tvil om foreldrenes evne til å ta vare på barna. Det er først i voksen alder at barna forteller at de følte seg sveket av de andre voksne rundt seg (Glistrup, 2004).

Mange barn av psykisk syke har dårlig kontakt med eget følelsesliv og de har liten selvinnsikt i egne grenser. Ved mangel på voksenkontakt kan de bli et lett bytte for utnyttelse og overgrep (Sølvberg, 2011).

Andre voksne fokuserer på barnets positive adferd og barnet kan oppleve ros og anerkjennelse for sin hjelpsomhet. De voksne overbevises ofte om at barna ikke blir merket av konsekvensene av foreldrenes sykdom. For barnet kan det oppstå tvil om deres egne følelser i det hele tatt eksisterer, ingen voksne ser deres forvirring, angst og usikkerhet. De opplever ofte at ingen setter ord på følelsene, speiler dem, og forklarer barnet hva som skjer med den voksne. Mange barn gir uttrykk for at det ikke var noen som snakket med dem om hva som var galt og at de som barn ikke viste at barndommen kunne være annerledes (Snoek, 2010).

3.1.4 Taushet om redselen og tabuet

Rabbe beskriver redselen som mange av barna bærer på. Redselen følger med de kontinuerlig. Noen barn er for eksempel redde for at foreldrene skal ta livet sitt, skade seg, vise sterkt sinne eller begå seksuelle overgrep. Denne begrensningen på livsutfoldelse blokkerer selvfølelsen fordi den tar så altfor stor plass. Dette kan få innvirkning på konsentrasjonen, samvær med venner og på utvikling av et trygt selvbilde (Rabbe 2009 i Eide og Rhode, 2009).

Holdningen som har vært rådende helt opp til i dag har vært at man ikke skulle snakke med barn om foreldrenes lidelser nettopp for å skåne barnet. I dag vet man at fortielse av hva barnet har sett og opplevd, skaper en ekstra belastning. Tausheten er med på å gi vekst for ensomhet, skam, usikkerhet og en følelse av å være alene om denne situasjonen (Solantus, 2006 i Snoek 2010). For mange voksne er smerten å leve med psykisk sykdom i familien så belastende at de ikke ser barnet men har nok med sin egen psykiske smerte. Barnet fornemmer foreldrenes fortvilelse og velger ikke å belaste den friske forelderen med spørsmål og behov for omsorg og trøst. Dette kan de voksne fortolke til at barnet ikke har forstått det som har skjedd (Glistrup, 2004).

3.1.5 Stigmatisering

Östman avdekket i sin studie at barna på tross av alt det vanskelige hadde en sterk kjærlighet til sine foreldre. De hadde allikevel behov for å prate med en annen voksen om sin egen situasjon (Östman, 2008). Familier hvor en forelder har en alvorlig psykisk lidelse blir ofte sosialt isolert, dette på grunn av utrygghet og skamfølelse overfor venner og andre i familien. De føler seg stigmatisert, dette medfører at familien med problemer kan ha vansker med å la andre få innsyn i deres familiesituasjon. Innad i familien kan det oppstå historier om omgivelsenes fiendskap overfor dem, derfor kreves det lojalitet og samhold innad i familien (Sølvberg, 2011). En trussel om separasjon er et kjent styringsmiddel som blir brukt ovenfor barna (Skagestad og Klette, 2008). Situasjonen hjemme blir tiett i hjel for barn selv sier veldig sjelden ifra at de har det vanskelig. Noen har ikke forutsetninger til å vite at deres egen situasjon er annerledes enn andres. Dette fordi de ikke har noen kontakt med andre familier, og derfor ikke vet hvilken unormal situasjon de befinner seg i (Skagestad og Klette, 2008). Foreldrene

bruker noen ganger barna som sitt eget sikkerhetsnett, som beskytter dem mot egen angst og de gjør seg avhengig av barnas trygghet og selskap (Mevik og Trymbo, 2002).

3.2 Resiliens

Resiliens er enkelt sagt vår evne til å håndtere eller akseptere, ugunstige betingelser eller hendelser. Det kan også defineres som en persons fleksibilitet eller elastisitet. Eksempelvis hvordan en klarer seg på skole eller jobb, fungerer i samfunnet eller hvordan en takler det å ha psykisk syke foreldre (Borge, 2007).

Resiliens er definert som de faktorene som gjør oss mer eller mindre motstandsdyktige (Sølvberg, 2011). Det påstås at den viktigste faktoren for barna er at det finnes en omsorgsperson i nære omgivelser som vil gi støtte, omsorg og oppmuntring (Rutter, 1985 i Sølvberg, 2011). Desto yngre barnet er, desto mer avhengig er barnet av at det finnes en voksen person til å møte barnets behov (Sølvberg, 2011).

Resiliens er å håndtere påkjenningen en blir utsatt for, ha tro på egen kraft og viljen til å jobbe med ett problem. Det er også viktig å vite at utvikling av resiliens tar tid, og at det bygges opp etter påkjenninger som stress, risiko, trauma eller andre problemer. Det er disse erfaringer som gjør at vi utvikler egenskaper til å takle problemene (Borge, 2007).

Barnet kan være født med egenskaper som skaper resiliens, som for eksempel fysikk og temperament. Barnet kan vite om strategier som hjelper en til å mestre krisesituasjoner. Egenskaper barnet kan erverve seg er selvtillit, tillit til andre, evnen til å skape positiv mening i det som skjer, mentalisering og følelsen av mestring (Borge, 2007, Sølvberg, 2011). Disse erfaringer kan beskrives som en ”vaksine” ved møte med senere utfordringer eller påkjenninger.

Beardslee, en anerkjent amerikansk barnepsykolog, sier at barnet må ha varme eller gode tanker om den syke for å nyttiggjøre seg den voksnes erfaring og kjærlighet. Barnet må også kunne distansere seg fra den sykes verden og ikke bli fanget opp i den (Sølvberg, 2011). Beardslæe forteller også at vennskap med jevnaldrene er viktig for å bygge opp resiliens. Egenskapen barnet har som å kunne snakke for seg, kunne snakke om sine følelser og opplevelser, utvikler evner til å bli resilient (Sølvberg, 2011).

3.3 Systemteori

Bronfenbrenner en russisk-amerikansk psykologprofessor har vært opptatt av barns utvikling og hvordan det er sammenheng med ulike påvirkninger og samfunnsforhold. Han har kommet fram til en utviklingsøkologisk modell hvor det er fire systemer av påvirkning. Mikro-, meso-, ekso- og makrosystem. Mikrosystemet er samhandling i den nære familien eller i klasserommet og mesosystemet blir samhandling disse to systemene imellom. Eksosystemet er sosiale sammenhenger barnet ikke er en del av, men som er viktig for barnets og familiens fungering som for eksempel foreldrenes arbeidsplass og sosiale nettverk. Makrosystemet omfatter samfunnets lover, normer og verdier som har betydning for det som skjer i de andre systemene (Tetzchner, 2008, Snoek, 2010). Ved å dele historier og frembringe bindeledd mellom følelser og livshendelser er det narrativer/ historien samtalen vil få frem. Barna får fortalt sine egne erfaringer, de får forklart ting som gjør at de får forståelse for hvordan det hele henger sammen i familien. Når det samtales med barn vektlegges barnas behov for sammenheng og mening med det som skjer ut i fra opplevelsene de har, inspirert av fenomenologisk og narrativ tradisjon (Nome, 2010). Fenomenologisk tradisjon beskriver individets opplevelse av seg selv og sin livssituasjon (Helgeland, 2012). Narrativ tradisjon handler om å fortelle sin historie. Her kan menneskets opplevelse av trauma og hvordan de opplevde den traumatiske situasjonen komme frem. Det gir rom for at tanker, følelser, hva de gjorde og hva de ønsket å gjøre kan komme frem. Gjennom å bruke språket og sette ord på sin historie kan mestring og selvfølelsen gjenvinnes som ofte blir skadet i traumatiske situasjoner. Mennesket kan gjennom historien få oppleve å bli sett, få anerkjennelse for sin egen opplevelse (White, 2006 i Helgeland, 2012). Det har betydning for hvert enkelt familiemedlem og familien som et system. En må jobbe sammen for å få til endringer som er med på å bidra til at tingene gir mening, blir håndterbare og begripelige. Endringene må komme fra familien, det er de sammen som skal gjøre forandringene (Snoek, 2010).

3.4 Tilknytningsteori

Bowlby en britisk psykiater sier i sin tilknytningsteori at erfaringer barnet gjør tidlig i livet har mye å si for hvordan barnet tilknytter seg andre senere. En trygg tilknytning gir en beskyttelsesfaktor for psykisk helse (Tetzchner, 2008).

Klette sier i boka *Se meg! Vi er født med utviklingsstier*, og erfaringer fra samspillet med andre gir oss strategier for senere samspill med mennesker. Får barnet et godt forhold til mor eller far, velger barnet ”stien” som tilsier at barnet vil kunne knytte seg til flere mennesker på et senere tidspunkt på den samme gode og helsefremmende måte. Uheldige møter kan repareres, men hjelpen må komme inn så tidlig som mulig (Skagestad og Klette, 2008).

3.4.1 Den viktige andre

Stern er en amerikansk barnepsykolog som har utarbeidet intersubjektivitetsteori innen utviklingsteori. Denne teorien regnes som komplementær i forhold til Bowlbys tilknytningsteori. Intersubjektivitetsteorien handler om menneskets medfødte og førspråkelige evne til å kunne kommunisere og hvordan denne kan myndiggjøre mennesket. Stern vektlegger barnets selvfornekkelse slik at barnet kan utvikle seg i samspill med andre. Den viktige andre gir barnet oppmerksomhet og regulerer barnets følelser. Dette vil gi barnet bekreftelse, styrke selvtilliten og gi god kontakt (Eide og Eide, 2004). Ved at den viktige andre kan se og bekrefte barnets følelser vil det gi barnet en følelse av mestring, fellesskap og sammenheng (Killén, 2007). Dette kan gi barnet en indre selvregulerende evne, som igjen styrker barnets selvbestemmelse og integritet (Eide og Eide, 2004).

3.5 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *communicare* som betyr å gjøre noe felles, ha forbindelse med eller delaktiggjøre en annen.

Å kommunisere er noe vi har holdt på med fra de tidligste faser i livet. Og en skulle tro at det å kommunisere behersket vi bra. Erfaring og forskning viser derimot at de aller

fleste har mye å lære. Det viktigste for å få til god kommunikasjon, er at en ser den andre og styrer samtalen ut i fra den andres behov. Den andre må føle seg sett, forstått og ivaretatt. Kommunikasjonsferdigheter kan være gode hjelpemidler til å forstå den vi samtaler med og stimulere den andres utvikling på best mulig måte. God kommunikasjon er støttende og gir omsorg (Eide og Eide, 2004).

En kan forebygge dårlige løsninger og uheldige valg ved å lytte aktivt og kommunisere klart, dette skaper en god arbeidsallianse. Dette er viktig både i kommunikasjon klient hjelper eller mellom foreldre og barn/ungdom. Å ha evne til empati slik at en kan leve seg inn i den andres følelse, sinne, lengsel og håp, gjør at en i møte med barn/ungdom ser mer hvem den andre er. En forstår mer hva slags behov og hva slags utfordringer og vanskeligheter man kan møte (Eide og Eide, 2004).

Det har vært liten tradisjon innen psykisk helsevern for voksne i å snakke med barn om vanskelige hendelser. En samtalemetode som ofte blir nevnt i litteraturen er den dialogiske samtalemetoden. Denne samtalemetoden går nettopp ut på at barnet skal bli sett hørt og ivaretatt (Gamst, 2011).

Barnas omsorgssituasjon avklares først og fremst gjennom å forholde seg til foreldrene (Helgeland, 2011). Barn kan formidle hvordan de har det, de trenger en som møter dem med respekt og ydmykhet, en samtalepartner som anerkjenner barnet. Barnet trenger en som hjelper dem til å forstå situasjonen de er i (Ruud, 2011).

Ruud skriver om tre prinsipper som er nyttig for å få til god kommunikasjon med barn og unge.

Mening – handler om å hjelpe barnet til å forstå det han eller hun opplever, skape mening i situasjonen. Dersom barnet ikke blir møtt og får hjelp til å skape mening, vil barnet danne seg sine egne meninger som ofte kan være verre og mer skremmende enn virkeligheten.

Verdighet – handler om å skille mellom hendelser og personen. Se på løsninger i stedet for hindringer. Ikke sette barnet eller ungdommen i et dårlig lys.

Anerkjennelse – er kjernen i kommunikasjonen. Det å være aktivt lyttende, åpen og det å godta måten barnet eller ungdommen presenterer hendelser og seg selv på (Ruud, 2011).

Kommunikasjonen må tilpasses barnet eller ungdommens utviklingsnivå. Barn tenker og forklarer ting forskjellig fra voksne, dette gjør det ekstra utfordrende (Ruud, 2011). Profesjonell empati innebærer at man som helsepersonell toner seg inn på den andre og at man lytter aktivt og er henvendt til den andre, alt dette med faglig kunnskap (Repstad, 2004). Barnet trenger en trygg voksen som tør å nærme seg og lytte. Da kan barnet føle tillit og får opplevelsen av å bli forstått, dette motiverer barnet til å formidle sin egen historie. Kommunikasjon med barn krever refleksjon og selvinnsikt over verdier og holdninger en selv har. Hvordan ens væremåte og vilje til å formidle virker inn på barnet (Gamst, 2011).

3.6 Empowerment

Empowerment er blitt et nøkkelord i mange organisasjoner. Myndiggjøring, innflytelse og styrking er norske ord for fenomenet. Empowerment fører til egenskaper som for eksempel selvtillit, sosial støtte, delaktighet, kompetanse, samarbeid og deltagelse (Askheim og Starrin, 2010).

Empowerment handler om at personer eller grupper som er i en avmaktssituasjon skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten. Et mål er at gjennom kraftmobilisering skal de bli i stand til å motarbeide krefter som holder dem nede for å få mer makt, og at de mer effektivt kan ta kontroll og styre sine liv mot egne mål og behov (NOU, 1998:18). Empowerment fremstår gjennom en slik maktmobilisering som et treleddet begrep: styrke → kraft → makt. En kan dermed si at begrepet viser til både en målsetting og et virkemiddel for å nå dette målet (Askheim og Starrin, 2010).

Når vi knytter empowerment begrepet opp mot barn og deres deltagelse i familiesamtaler er det nærliggende og oversette empowerment til selvstyrking. Empowerment kan i mange tilfeller oppleves som en problematisk tilnærming for barn, da de er i den situasjonen at de er avhengige av voksne på de fleste områder og at barn har begrenset autonomi. Empowerment handler da om hvordan voksne kan legge til

rette for at barn, etter alder og nivå, skal få anledning til å være med å ta beslutninger som berører deres liv. Det handler om at individet skal få økt kontroll over sitt liv, ved å være aktiv i en prosess sammen med andre (Torsvik og Westervik, 2010).

3.7 Salutogenese

Salutogenese er et begrep som knyttes til Antonovskys teori om det som skaper helse og opplevelsen av sammenheng. På -70 tallet stilte Antonovsky seg spørsmålet hvorfor noen personer med store psykiske påkjenninger ikke får noen store problemer mens andre igjen knekker sammen. Det han kom fram til i sin forskning var at folks generelle holdning til livet og hvordan de opplever tilværelsen som meningsfull, håndterbar og begripelig er avgjørende for hvordan de takler stressituasjoner (Linde og Owren, 2011). Salutogenese fokuserer mer på personens historie enn diagnosen, og det er mestringssevnen som blir vektlagt (Langeland, 2009).

Kjernen i Antonovskys salutogene tenkning er begrepet Sense of Coherens (SOC). For at barn skal ha kapasitet og mestre vanskeligheter er det viktig å bidra til at situasjonen er begripelig, håndterbar, meningsfull og at de får en følelse av sammenheng. Dette er en viktig teori som brukes som et utgangspunkt i en samtale for å kunne hjelpe barn med psykisk syke foreldre (Tellnes, 2007, Torsvik og Westervik, 2010).

4.0 Etikk

Når vi tenker på en familie tenker vi ofte på barn og foreldre som står i gode og trygge relasjoner til hverandre. Vi tar det for gitt at foreldrene er kompetente til å verne og ivareta sine egne barn ved å gi dem omsorg og god oppdragelse (NOU 2000:12). I FNs-barnekonvensjon slås det fast at barn bør vokse opp i sitt naturlige familiemiljø for å oppnå best mulig vekst og utvikling (Barne- og familiedepartementet, 2003).

Velferdsstaten Norge har et verdigrunnlag som bygger på menneskeverd som en grunnleggende målestokk. Det vil si at hensynet til hvert enkelte mennesket i landet alltid skal komme først, og alle skal ha status som en verdig, ukrenkelig og verdifull samfunnsborger (NOU 2000:12).

I kriser og konflikter utfordres menneskers livsverdier (Leenderts, 2007). Levinas sier ”*I møte med den annens ansikt, er det den etiske bevissthet fødes*” (Sølvberg, 2011 s. 29). Dette forutsetter at foreldrene har en åpenhet for barnets unikheter som forutsetning og at de er i stand til å se barnets ansikt. For foreldrene med de alvorligste psykiske lidelser kan barnets ansikt ”forsvinne”, og de vil ikke se eller oppfatte sine egne barns nakenhet og sårbarhet. Det ”etiske kallet”, den gode handlings kilde forsvinner og det er da vold og krenkelse kan finne sted (Sølvberg, 2011).

Løgstrups ”Den etiske fordring”, er et kjernebegrep i hans etikk. Det at man har noe av dens andres liv i sine hender. Man kan enten forsøke å ta vare på dette livet, eller man kan misbruke det, ødelegge det eller ignorere det. Ut fra den tillitsfulle utleveringen og den makten man da gir andre, springer det en etisk fordring, et krav, en bønn om også å bli tatt vare på (Sølvberg, 2011).

4.1 Yrkesetikk

Vi som vernepleier har et; ”*Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*” å forholde oss til innenfor vår profesjon (FO, 2010).

Yrkesetikk og fagetikk sier noe om de grunnleggende verdier og forpliktelser som skal ligge i bunnen for vår yrkesutøvelse (Leenderts, 2007). Vernepleier – barneansvarlig og andre yrkesutøvere i profesjonelt arbeid, vil komme opp i situasjoner hvor det vil knytte seg etiske, moralske og praktiske overveielser oppimot arbeid til barnas og familiens aller beste. Og med det hører det også til våre vurderinger av konsekvensen av det å gjøre noe, eller det å unnlate å gjøre noe i barnas situasjon (NOU 2000:12). Innen yrkesetikken og profesjonsetikk er det ikke bare viktig å ta opp og se på det som kan gå galt i en prosess, men også å reflektere over hvorfor ting gikk bra (Christoffersen, 2005). Erfaringene fra refleksjonene kan senere være et hjelpemiddel og et grunnlag for å skape trygghet, kvalitet og tillit mellom barna, familien og de som er i hjelpeapparatet (Eide og Skorstad, 2005).

5.0 Lovverket

1. januar 2010 kom en endring av Helsepersonelloven som sier at helsepersonell skal ivareta mindreårige barn som pårørende til blant annet pasient med psykisk sykdom (Helsepersonelloven, 1999).

Helsepersonelloven § 10a skal i første omgang avklare om pasienten har mindreårige barn. Når det er nødvendig for å ivareta behovene til barnet, skal helsepersonellet tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak, samtale med pasienten om barnets informasjon og oppfølgingsbehov. Barnet og andre personer som har ansvar for barnet skal også tilbys en slik samtale innenfor rammen av taushetsplikt. For å foreta en hensiktsmessig oppfølging må helsepersonell innhente samtykke fra pasient. Informasjonen skal gis til barnet og personer som har omsorg for barnet i samsvar med reglene om taushetsplikt, om pasientens sykdom, behandling og mulighet for samvær (Helsepersonelloven, 1999).

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a, sier at helseinstitusjoner som omfattes av denne loven skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlige personell som skal fremme og koordinere oppfølging av mindreårige barn av blant annet psykisk syke (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Helsepersonelloven § 33 sier det er en plikt å melde fra til barnevernet der det blir avdekket omsorgssvikt (Helsepersonelloven, 1999).

6.0 Samtalemeter

6.1 Familiesamtaler med barneperspektiv.

Studier viser at familiesamtaler med barneperspektiv har forebyggende effekt for utvikling av psykisk sykdom for barn av foreldre med psykisk sykdom (Beardslee et. al., 2003, 2011, Nordenhof, 2005, Pihkala og Johanssons, 2008 i Helgeland, 2012). Familiesamtalene skal hjelpe foreldrene til å ta barnas perspektiv i hvordan psykisk sykdom påvirker dem. Disse samtalene skal også være en arena til at familien kan få hjelp til å snakke sammen og dermed bli istandsatt til å bryte tabuer. Målsettingen er

også at barn og foreldre kan få informasjon om sykdommen og kunne få hjelp til å snakke sammen om deres situasjon og hjelp til å opprettholde kontakt med nettverket.

I Norge og internasjonalt er det etablert forebyggende familietiltak for familien der foreldre har psykisk sykdom (Kufås et al., 2001, Beardslee et al., 2003, Reedtz, 2009 i Helgeland, 2012).

6.2 Barnas Time

Barnas Time som metode er utviklet ved Psykiatrisk post 1 ved sykehuset i Namsos, Helse Nord Trøndelag. Barnas Time er en informasjons- og spørretime for barn mellom 2 og 18 år, som har foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer. I Barnas Time er det barnet det skal fokuseres på. Et av målene med Barnas Time er at man gjennom informasjon og samtale skal komme i dialog med familien, bryte eventuelle tabuer og at de skal få et tilbud om tilpasset hjelp. Barnas Time fokuserer på å øke barnas forståelse av forelderens sykdom, familien og situasjonen barna befinner seg i. Det er viktig med tidlig intervensjon, og Barnas Time ses på som et forebyggende helsetjenestetilbud.

Barnas Time gjennomføres med foreldre, barn og eventuelt andre nærpersoner til stede. Det første målet er å redusere angst og stressnivået til deltagerne og da spesielt barna. Det informeres om hva psykisk sykdom er og om forelderens sykdom og behandling. Barna får også mulighet til tid alene sammen med veileder og veilederen hjelper barna i etterkant med å fortelle /spørre forelderens om hva de har snakket om.

I etterkant av timen har veileder eller behandler samtale med foreldrene. Målet med denne samtalen er at veileder/ behandler skal få høre forelderens opplevelse av timen og hvilke tanker de har om barnets situasjon (Haukø og Stamnes, 2009).

6.3 Family talk intervention- FTI

Denne intervensjonsmetode var anbefalt av Beardslee etter at han forsto at i de familiene hvor en av foreldrene var psykisk syke, hadde barna større sjanse for selv å utvikle en psykisk sykdom eller psykose. Samtalen går ut på å snakke med familien både den syke og den friske forelder og barna.

Beardslee sier det er viktig å planlegge disse møtene. Hva skal de diskutere, og hvordan vil det påvirke familien? Noen emner kan være for vanskelige og tabubelagte. Alderen på barnet vil også påvirke hva som blir tatt opp og hvordan (Beardslee, Gladstone, Wright og Cooper, 2003).

7.0 Resultat/ funn

7.1 Artiklene

Artikkel: Britt Helen Haukø og John H. Starnes (2009) *Det hjelper å snakke med barna – Å delta i barnas time har bedret kommunikasjonen mellom psykisk syke foreldre og barna deres*

Formål: Studien har foregått ved psykiatrisk avdeling ved sykehuset i Namsos hvor de har brukt Barnas Time i en periode på seks år. Målet med studien var å avdekke om Barnas Time som metode har betydning for kommunikasjon og om Barnas Time har bidratt til at foreldre og deres barn klarer å mestre hverdagen bedre.

Utvalg/metode: For å kunne si noe om effekten over tid ble det foretatt intervjuer med tidligere pasienter og deres barn. Åtte familier sa ja til å la seg intervjuer. Fem av familiene hadde barn over ti år. Utvalget besto av fire gutter og fire jenter med en gjennomsnittsalder på 12 ½ år. Syv barn ble ikke intervjuet da de var under ti år.

Gjennom en intervjuguide ville de forsøke å belyse følgende spørsmål:

1. Hvilken betydning har Barnas Time hatt for kommunikasjon mellom foreldre og barn?
2. Bidro Barnas Time til bedre mestring av hverdagen for foreldre og barn?

Resultat: Det kom tydelig fram av resultatene i intervjuene at deltakerne kommuniserer bedre og at de klarer å mestre situasjonen bedre etter deltagelse i Barnas Time. Flere har opplevd at de har fått hjelp til å bryte tabu og lært å forholde seg til sannheten, de sier at dette har gjort kommunikasjonen lettere. De fleste av barna hevdet at det de snakket om i timen var til hjelp senere, de følte seg tryggere når tausheten var brutt. Barna ga klart

uttrykk for at Barnas Time hadde vært til hjelp i forhold til det å snakke med mor eller far om situasjonen rundt sykdommen.

Barna opplevde det også som fint å få være alene med veilederne da det kan være vanskelig å snakke om ting som har med foreldrene å gjøre når de er tilstede. Samtlige foreldre var glade for at de hadde tatt imot tilbud om Barnas Time og anbefalte det til andre. Barnas Time er et viktig forebyggende tiltak for å redusere sjansen for å utvikle symptomer.

Artikkel: Siegbrit Andree (2007) *Når foreldre blir innlagt med psykose – barnas behov*

Formål: Beskrive en behandlingsmodell for akutt psykisk helsevern og belyse følgende problemstilling.

Hvorfor er det viktig at hele familien får et behandlingstilbud når en av foreldrene innlegges akutt?

Hva trenger barna når en av foreldrene er rammet av alvorlig sinnslidelse?

Utvalg/ metode. Prosjekt Barnas Time ved Psykiatrisk akuttavdeling ved Sykehuset i Namsos. Artikkelen beskriver et fiktivt kasus for å belyse problemstillingen.

Resultat: De kom fram til at familien bør behandles som en helhet. Viktig at alle gis mulighet til å få uttrykt følelser, tanker og behov. Dette reduserer faren for tilbakefall. Ved at barna får tilbud om deltakelse i Barnas Time får de anledning til å snakke ut om det de synes er vanskelig. Barna får brukt sine egne ord til å beskrive sin situasjon. Gjennom samtalene får også den profesjonelle et innblikk i hvordan barnet har det.

Artikkel: Ellen Kat. Kallander (2010) *Skjulte unge omsorgsgivere – helsepolitiske helseperspektiver*

Formål: Se på behovet for en tydeligere norsk helsepolitisk respons ovenfor barn av psykisk syke foreldre. Kunnskapsutvikling og kompetanseheving er viktig for å få en bedre forståelse for unge omsorgsgivere og oppfølging de trenger etter ny helsepersonellov.

Utvalg/metode: Forfatteren har foretatt et systematisk litteraturstudie på anerkjente databaser, og Kallander har i tillegg funnet fram til referanser i annen litteratur. Søket er utført i perioden oktober 2008 til våren 2009. Søkerord som Young Carers, Young Caregivers, Young Caring og Parentification har blitt brukt. Svært begrensede funn i de norske databasene.

- Forskninger bygget på perspektivet der barn ses som hovedaktør om deres egen livsverden.
- Forskningsstudier med pårørende barn med omsorgsoppgaver der foreldre strever psykisk.
- Nyere forskning utført i løpet av siste året før utgivelse av rapporten.

Det forelå ikke norsk forskning med pårørende barn med belastende omsorgsoppgaver, det har vært brukt artikler og undersøkelser der omsorgsbelastning har vært et av funnene.

Det internasjonale utvalget har bestått av to undersøkelser hvor funnene har vært at barn med psykisk syke foreldre ofte tar på seg for belastende omsorgsoppgaver, ti undersøkelser der problemstillingen var unge omsorgsgivere/young carers og to oversiktsartikler.

Gjennomgang av offentlige rapporter, veiledere og annen faglitteratur har også vært tatt i bruk dette for at det kunne gi økt forståelse for unge omsorgsgivere både nasjonalt og i britisk helseperspektiv.

Resultat: Funnene blir presentert både fra internasjonal og norsk forskning.

I den norske undersøkelsen var gjennomgående trekk at barna følte omsorgsoppgavene de hadde var tunge å bære. Barna ønsket seg veiledning og informasjon om foreldrenes sykdom og de ønsket noen å snakke med. De ønsket også at det skulle være mer informasjon mellom skole og hjem. Barna var også svært engstelige for om de kom til å få de sammen problemene som foreldrene. De ønsket seg også praktisk hjelp i hjemmet.

Fra den internasjonale forskningen: Der helse- og behandlingstjenesten er utilgjengelig er de pårørende barna utsatt for å få belastende oppgaver. Barna ønsket emosjonell støtte, og det å få nok informasjon.

Både den britiske og den norske forståelsen er at alle pårørende barn og unge har behov for oppfølging. Forskjellen er at den britiske regjeringen er tydelig på hvilke offentlige helsetjenester som har ansvaret for oppfølging og forebygging av unge omsorgsgivere. Til tross for at Helsedirektoratet sier at pårørende barn ikke skal ivareta behovene til foreldrene, er det uklart om det er helsepersonell i kommune- eller spesialisthelsetjenesten som har hovedansvaret for oppfølging og forebygging.

Helsedirektoratet har sagt klart og tydelig at ingen barn skal ivareta foreldrenes behov, allikevel blir det utydelig hvilken offentlig instans som har ansvaret for dette. Forskerne her mener at graden av omsorgsbelastning bør kartlegges så unge omsorgsgivere får den nødvendige oppfølging etter at den nye helsepersonelloven § 10a kom.

Helsepolitikere og helsepersonell bør merke seg at norske pårørende barn ønsker å bli sett, hørt og ivaretatt, da først er brukermedvirkningen lagt til grunn.

Artikkel: Lisbeth Rynning Myrvoll, Kari Lund og Elin Kufås (2004) *Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom.*

Formål: Erfaringer fra prosjektet *"Pasienter har også barn. Hvordan sikre barneperspektivet når mor eller far er innlagt i voksenpsykiatrisk akuttavdeling?"*

Samarbeid mellom foreldre – både pasienten og den andre, og samarbeid med barna.

Utvalg/metode: Foreldre med barn under 18 år innlagt ved akuttavdelingene i 1999 og 2000.

I 1999: Mødre: 129 - Fedre: 54 - Antall innleggelse: 766

I 2000: Mødre: 129 - Fedre: 59 - Antall innleggelse: 786

Direkte samtaler med 90 barna, noen ganger søsken sammen. De fleste barna snakket de med en gang, 16 barn møtte de mer enn to ganger, flere av disse inntil 10 ganger. De

fleste barna var mellom 6-18 år. Ved samtale med barna var en eller begge foreldrene med, eller en annen viktig voksen. De samtale som har vært gjort med foreldrene før har deler av disse vært forberedelser til å samtale med barna. Samtaler som ble gjort med barna alene var avtalt med foreldrene på forhånd. Det ble også gjort avtaler med barna om hva slags informasjon som skulle gis videre til foreldrene i etterkant av samtale.

Resultat: Den viktigste konklusjonen er at hjelpeapparatet må sterkt inn på banen, snakke med barna på en grundigere måte og at hele familien involveres. De fleste var glad for at sykehuset viste interesse for hele familien. Samtalen brøt tabuer og tausheten ble til en stemme og familiene fikk til gode dialoger. Barnas aktivitet i samtalen var varierende, men uansett lav aktivitet og interesse, viste det seg at de hadde utbytte av samtale. De kunne for eksempel senere være mer åpen overfor foreldrene. Foreldre trodde de hadde klart å skåne barna, men barna hadde fått med seg mer enn det foreldrene trodde og da barna ikke hadde blitt forklart noe om hvordan situasjonen var, laget barna seg forstillinger som ofte var verre en virkeligheten. Dette var med på å skape mer angst og uro for barna. Barna ønsket informasjon.

Artikkel: Hans-Harald Nome (2010) *Fra individ til familiefokus i akuttpsykiatrisk post*

Formål: Å etablere et helhetlig tilbud, se hele familien og møte barnets behov, og ikke bare den syke forelder. Målet med samtale var å skape en bedre kommunikasjon i familien og mulighet til å prate om det som er vanskelig, slik at barnas rettigheter som pårørende kan bli bedre ivaretatt og at det kan bli etablert et nettverk rundt barna.

Formålet for posten og de barneansvarlige var at de skulle gjøre bruk av metodikken familiesamtaler og at de skulle få nødvendig kunnskap og veiledning for å bli istandsatt til arbeidet.

Utvalg/ metode: Erfaring fra prosjekt familiesamtaler med fokus på barna i forbindelse med akuttinnleggelse ved Psykiatrisk Akuttpost 6.1 og avdeling for barn og unges psykiske helse ved Sørlandet sykehus. Åtte barneansvarlige ved Psykiatrisk Akuttpost 6.1 ved Sørlandet sykehus deltok i prosjektet.

Det er foretatt spørreundersøkelse av pasient og pårørende etter familiesamtalen. Det ble også foretatt et gruppeintervju av de barneansvarlige.

Resultat: Funnene avdekker at familiesamtalen i stor grad dekker et behov for foreldre og barn og bli tatt vare på som en helhet. Og at samtalene var viktige og nyttige. Barna fikk mulighet til å sette ord på sin smerte og foreldrene følte at barna ble ivaretatt ved at de fikk gitt barna tilpasset informasjon og hjelp til å sette ord på det vanskelige som preget hverdagen for familien. Funnene understreker betydningen av fleksibilitet i forhold til familiene og å være sensitive i forhold til familiemedlemmenes ulike behov når det gjelder alder og modenhet.

Resultat for de barneansvarlige var at de hadde erfaring av at det hadde skjedd en holdningsendring i arbeidet ved posten fra et individ fokus til et barne- og familieperspektiv. Om behov for videre hjelp for barnet ble avdekket, ble samtaler sammen med barna og nettverket rundt familien avholdt. Behov for videre hjelp blir kanalisert til kommunen og eventuelt barnevern.

Artikkel: Solantaus, Tytti, Paavonen, E. Juulia, Toikka, Sini og Punamäki, Raija-Leena (2010) *Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour*

Formål: Studere effektiviteten av family talk intervention (FTI) og Let's talk about the children (LT) på barns psykososiale symptomer og prososial atferd i familier hvor foreldrene er psykisk syk og kommet inn i det finske helsevesenet.

Utvalg/ metode: 109 familier med til sammen 149 barn mellom 8-16 år. Kvalitativt metode hvor familiene deltok i intervensjonen og besvarte spørsmål om effektiviteten av den.

Resultat: Barns emosjonelle symptomer som angst og uro ble redusert etter begge intervensjoner. Det finske helsevesenet anbefaler bruken av FTI og LT i Finland og andre vestlige land i akutt psykiatrien.

Artikkel: Beardslee, William R, Gladstone, Tracy R. G, Wright, Ellen J. og Cooper, Andrew B. (2003) *A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change*

Formål: Studere effektiviteten av familiebasert intervensjon, se om intervensjonen hjalp barna til bedre selvforståelse og få ned barnas emosjonelle symptomer.

Utvalg/ metode: 93 familier med til sammen 121 barn fra 8-15 år deltok. Metoden er kvalitativ, hvor familien fikk enten to foredrag, uten barn, eller samtaler, sammen med barna, eller uten dem, hvor begge intervensjonene handlet om å gi barn og foreldre kunnskap om den psykiske sykdommen og kunnskap om kommunikasjon innad i familien. Etter intervensjonene ble familien testet 3 ganger over en periode på 2,5 år for å undersøke effektiviteten av disse og om barna fortsatt var friske.

Resultat: Funnene var at barna fikk større forståelse av foreldrenes sykdom, og forholdene innad i familiene ble bedre. Begge metodene hjalp, samtaler ga umiddelbare positive resultater, mens foredragene ga resultater etter tid.

Intervensjonene ga barna egenskaper som igjen skapte resiliens, som selvforståelse, skape avstand fra foreldrenes psykiske sykdom, bygge opp positive mestringsstrategier.

Artikkel: Pölkki, Pirjo, Ervast, Sari-Anne og Huupponen, Marika (2004): *Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent*

Formål: Formålet er å få førstehands informasjon fra barn av psykisk syke foreldre om deres opplevelse.

Utvalg/ metode: 17 kvinner, den yngste 15 år. Det ble også intervjuet seks barn mellom 9-11 år. Metoden er kvalitativ, med intervjuer og skriftlig beskrivelser om opplevelsen av å være barn av psykisk syke foreldre.

Resultat: Det er absolutt nødvendig å forstå og se behovene til disse barna, se dem og se hvordan de takler hverdagen sammen en psykisk syk person. Det å gi profesjonelle hjelp tidlig kan forhindre senere symptomer og helseskader hos disse barna.

Artikkel: Knutsson-Medin L., Edlund B., Ramklint M (2007) *Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents*

Formål: Formålet er å følge opp barn av psykisk syke foreldre i Sverige, høre om deres erfaringer og hva de mener om kontakten de hadde med helsevesenet.

Utvalg/ metode: 36 voksne barn, hvorav 12 av disse ikke selv hadde psykiske problemer. Det var både en kvalitativ undersøkelse (basert på hvordan svarene ble analysert) og kvantitativ, med spørreskjema som grunnlaget.

Resultat: Funnene av undersøkelsen var at barna ønsket seg mer informasjon om sykdommen, mer støtte og kontakt fra de profesjonelle, og mer praktisk hjelp som økonomisk støtte og hjelp til sosial utvikling mens foreldrene var innlagt på institusjonene.

Artikkel: Foster Kim (2010) *"You'd think this roller coaster was never going to stop": experiences of adult children of parents with serious mental illness.*

Formål: Undersøke erfaringer gjort av voksne barn i Østerrike, av psykisk syke foreldre og hvordan de taklet sine erfaringer.

Utvalg/ metode: 10 voksne deltok. Kvalitative intervjuer, hvor de ble spurt: kan du fortelle om hvordan det var å vokse opp med en psykisk syk forelder?

Resultat: Barna ønsket seg støtte fra andre voksne, som kan være de profesjonelle, vil kunne hjelpe disse barna, gi dem egenskaper som igjen gir resiliens i voksenalder, og evnen til å takle sykdommen. Barna var usikre, følte lite tilhørighet i familien, fikk for mye ansvar for tidlig og de søkte å skape balanse i livet.

8.0 Drøfting

8.1 Hva var det barna ønsket seg

8.1.1 Ønsket å være barn

Ut i fra artiklene til Foster, Pölkki et al., Myrvoll et al., Knutsson- Medin et al., Kallander og Nome kom det frem at mange av barna tok på seg voksenoppgaver. En jente sa følgende: *"Min rolle som barn var aldri det å være et barn. Min rolle var å være forelder. Jeg måtte oppdra mine yngre brødre og søstre og lage mat. Jeg begynte antagelig å lage mat når jeg var tre år"* (Foster, 2010). Et barn av en psykisk syk mor sa: *"Jeg ble en mor for min mor"* (Pölkki et al, 2004). I forhold til deres utviklingsnivå ble det praktiske og emosjonelle ansvar for stort (Myrvoll et. al, 2004, Pölkki et al,

2004, Knutson-Medin, Edlund og Ramklint, 2007, Foster, 2010, Kallander, 2010, Nome, 2010). I slike situasjoner tar barna på seg foreldrerollen for sine foreldre (Håkonsen, 2004, Östman, 2008). De pliktene og byrder som barnet tar på seg i slike situasjoner samsvarer ikke med barnets alder og modenhet. Barn som tar på seg ansvar de ikke skulle ha hatt er i alarmberedskap, dette vil gi stor belastning på kroppens utvikling og funksjoner (Skagestad og Klette, 2008). Denne type parentifisering betegnes som omsorgssvikt og er en risikofaktor for utvikling av psykiske problemer (Prior og Glaser, 2006 i Snoek, 2010). Fra undersøkelsen i artikkelen til Pölkki et al., kom det fram at mange barn trodde det var en straff med en skjult agenda at de måtte hjelpe foreldrene med praktiske ting og det å ta vare på små søsken. De trodde dette var noe foreldrene, venner eller profesjonelle hadde fått i stand. Disse barna var stresset, usikre og redde (Pölkki et. al, 2004).

Hvis barnet blir sett og støttet fra andre og hjelpen barna yter er over en avgrenset tid kan dette gi barnet verdifulle ferdigheter, selvrespekt og modenhet. Flere positive egenskaper de har fått ved adaptiv parentifisering er uavhengighet, evne til å løse problemer og lært å være ansvarsfulle (Pölkki et al, 2004, Östman, 2008, Foster, 2010, Snoek, 2010, Sølvberg, 2011).

Barna ga uttrykk for at de ikke ville være redde og utrygge. Mange beskrev at de var redde for selv å bli psykisk syke når de ble voksne. De var redde for at mødrene skulle ta sitt eget liv og for fedrenes sinne, vold og seksuelle overgrep (Rabbe, 2009 i Eide og Rohde, 2009). Fra artikkelen til Knutsson-Medin et al., fortalte en: *”Jeg bekymret meg for min mor. Jeg bekymret meg for hvilken tilstand hun var i når jeg kom hjem”* (Knutsson-Medin et al, 2007). I Fosters artikkel sier en: *”Det har vært og er så mye sinne. Det er et helt utrolig sinne, det finnes ikke ord til å beskrive pappas sinne!..”* (Foster, 2010).

Foreldrene skal være den trygge basen i barnas liv (Foster, 2010). Foreldrerollen i seg selv kan by på utfordringer. Har foreldrene en psykisk sykdom kan dette innebære enda større utfordringer for etablering av den trygge tilknytningen (Sølvberg, 2011). Barn som er redde og i konstant alarmberedskap evner ikke det å være barn. Men selv om det er brist i tilknytningen har barnet en sterk kjærlighet til sine foreldre (Östman, 2008).

8.1.2 Informasjon og veiledning

Det skrives mye om mangelen av informasjon og veiledning om hva foreldrenes sykdom vil ha og si for barnas liv. Dette var noe av det de voksne barna ga uttrykk for at de savnet i sin barndom. For barn oppserverer og deres konklusjon kan være langt verre en virkeligheten (Haukø og Stamnes, 2009).

Fra studiene til Beardslee et al., og Solantaus et al., er det gjort funn som tilsier at barn som får informasjon og veiledning om foreldrenes sykdom og familiens livssituasjon gir barnet en bedre hverdag ved reduksjon av uro, angst og sosiale ferdigheter (Beardslee et al., 2003, Solantaus, Pävonen, Toikka og Punamäki, 2010). I artikkel til Beardslee et al., uttaler en gutt: *”Informasjonen hjalp meg til å forstå denne ”depresjonsgreia”. Det er godt å vite at det var delvis fysisk. Det hjelper meg å forstå at hun var syk”* (Beardslee et al, 2003).

Barn som ikke får noen informasjon og veiledning om foreldrenes sykdom kan bli engstelig og redde. Den psykiske sykdommen er ofte et tabubelagt tema det ikke settes ord på. Barna utvikler ikke et språk å bruke på det de erfarer. Ved informasjon og veiledning for hele familien samlet, kan dette bidra til at det skapes mening, håndterbarhet og begripelighet i barnas krevende familiesituasjon (Haukø og Stamnes, 2009, Rabbe, 2009 i Eide og Rohde, 2009, Snoek, 2010, Beardslee, 2003 i Helgeland, 2012). Dette kan blant annet motvirke at mange av barna tror det er deres skyld at foreldrene er blitt syke (Haukø og Stamnes, 2009, Nome, 2010).

Teori om empowerment handler om å kunne vinne større makt og kontroll over eget liv. En sentral faktor for å få til dette, er at barna får tilgang til nødvendig kompetanse. Da vil barna få kraft til å komme ut av en avmaktssituasjon (Askheim og Starrin, 2010). Informasjon og veiledning som gis barna er med og synliggjør at det finnes måter å mestre hverdagen på og myndiggjør gjenerobring av egne krefter. Helsearbeidere som har slik kompetanse, blir viktige i dette arbeidet (Eide og Rohde, 2009).

I Fosters artikkel sier et voksent barn: *”Jeg hadde ikke noen forutsetning som barn å kunne skille hennes merkelige oppførsel fra henne selv, det var bare henne”* (Foster, 2010). Barnet hadde i dette tilfelle ikke skjønt at moren var psykisk syk og ingen hadde gitt henne denne informasjonen. Videre sier Foster at denne gruppen barn opplevde

møte med helsepersonell som varierende. De følte at de og foreldrene ble møtt med den samme kritiske holdningen. Da barnet aktivt spurte etter informasjon om forelderens sykdom ble de møtt med taushet, da mor ikke hadde samtykket til å røpe noe til familien (Foster, 2010). Barna opplevde ofte at ingen forklarte hva som skjedde med den voksne. Mange gav uttrykk for at det ikke var noen som snakket med dem om hva som var galt og at de ikke visste at barndommen kunne være annerledes (Snoek, 2010). I løpet av oppveksten skjønte de at ikke alt var helt normalt med foreldrene deres, men de skjønte ikke at det hadde noe med psykisk sykdom å gjøre (Foster, 2010).

Holdningen som har rådet både i familien og behandlingsapparatet var at en ikke skulle prate om de psykiske lidelsene foreldrene hadde, nettopp for å skjerme og skåne barna. Derfor ble det i de fleste situasjonene ikke gitt noen informasjon (Glistrup, 2004, Solantus, 2006 i Snoek, 2010). En dame i Fosters artikkel fortalte: *”Selv skjønte jeg det ikke, før en tante av meg ved en feiltagelse nevnte det som om jeg visste det fra før”* (Foster, 2010).

Artiklene til Andree og Nome påpeker at for å kunne hjelpe og støtte barna må vi innhente tillatelse fra foreldre. En viktig jobb for oss som helsepersonell blir derfor å motivere pasienten til å samtykke til at deres barn ut fra alder, kan få den informasjon som er nødvendig slik situasjonen fremstår (Nome, 2010). Det må bygges allianse med foreldrene. Allianse bygger på respekt, forutsigbarhet, trygghet og tillit mellom foreldrene og oss som helsepersonell (Andree, 2007 og Nome, 2010). Det forutsetter at vi ikke bare ser mennesket som en pasient, men som mor/far, ektefelle/samboer og som en del av en familie (Andree, 2007). Foreldrene sliter ofte med dårlig samvittighet og er bekymret for barna sine. Foreldrene ønsker derfor profesjonell hjelp til å sette ord på de vanskelige tingene og bryte tabuer (Andree, 2007, Wang & Goldschmidt, 1996 i Nome, 2010). De aller fleste foreldrene gir dermed samtykke til at barna kan få informasjon og veiledning. Når noen foreldre er skeptiske kan det være fordi de er redde for å miste foreldreretten. Det er da viktig å bruke god tid på å lytte til foreldrenes skepsis, og være i en åpen dialog for å redegjøre hvorfor det er så viktig for barna å få riktig informasjon og veiledning om foreldrenes tilstand. Det er også viktig at foreldrene vet at barnas opplevelser i hjemmet vil virke inn på barnas livssituasjon på skolen, fritiden og med andre i familien (Andree, 2007, Nome, 2010). Barna må få støtte og bli gitt

anerkjennelse for den jobben de allerede har utført for familien (Eide og Rohde, 2009, Kallander, 2010).

Salutogen teori vektlegger det som skaper helse og opplevelse av sammenheng.

Beardslees arbeid og forskning pekte på faktorer som at noen barn av psykisk syke foreldre klarte seg bedre enn andre, på tross av store stressbelastninger i sin oppvekst.

Han fant ut at barnas kjennskap og kunnskap om foreldrenes sykdom var sentral for å skape et selvstendig og aktivt liv. *”Det er ikke ungenes skyld at foreldrene er syk”* var noe av det som hadde festet seg etter familiesamtalen (Haukø og Stamnes, 2009).

Barna som hadde en klarhet om foreldrenes sykdom, greide å fristille seg fra skyld og skam. De klarte å skille tydelig mellom seg selv og foreldrenes sykdom (Beardslee, 2000 i Eide og Rohde, 2009, Linde og Oweren, 2011). Ved å anerkjenne og se barnas grunnverdier gir det mening og en dypere sammenheng i det de gjør, med andre ord *”Sense of Coherence”* (NOU 2000:12, Tellnes, 2007, FO, 2010, Torsvik og Westervik, 2010).

8.1.3 En voksen å snakke med

Ut i fra artiklene til Pölkki et al., Knutson-Medin et al. og Kallander kom det fram at barna ønsket seg en annen voksen å snakke med om det som var vanskelig å bære, det å vite at en annen visste hadde vært til stor hjelp. *”Jeg skulle ønske jeg hadde kontakt med en sosialarbeider eller psykolog, en som kunne spurt meg om mine reaksjoner og forklart meg om min forelders sykdom”* (Knutson-Medin et al., 2007). Barna ønsket at det hadde vært en mer åpen kontakt mellom skole og hjem (Pölkki et al., 2004, Knutson-Medin et al., 2007, Kallander, 2010).

Å kommunisere om vonde hendelser er ikke lett og noen barn velger derfor å holde ting for seg selv. Ved at en annen voksen vet hvordan jeg som barn har det, kan få den gode kommunikasjonen i gang. Det å delaktiggjøre barn i vonde hendelser og opplevelser i livet er et voksenansvar. Helsepersonell som kan klare å styre samtalen ut i fra barnets behov, hjelper barnet til å sette ord på de vonde hendelsene. Dette bidrar til å gi barnet håp om et godt liv (Eide og Eide, 2004, Sølvberg, 2011). Løgstrup sa: *”Vi har aldri med et annet menneske å gjøre uten at vi holder noe av deres liv i vår hånd”* (Foss, 2008).

Å sette ord på de vonde hendelsene er med og bidrar til at det vonde barnet har opplevd blir mer håndterbart jamfør salutogen teori (Torsvik og Westervik, 2010, Sølvberg, 2011).

Nome beskriver en tenåringsdatter som ikke ble hørt i en familiesamtale. I samtalen snakket den syke forelder i hovedsak om sine egne plager og sine problematiske relasjoner til ektefellen. De barneansvarlige måtte flere ganger be foreldrene være lydhøre til datterens historie. Hun hadde behov for å si til far at hun var så sliten av at han ikke respekterte hennes grenser. Resten av samtalen ble brukt til å konkretisere datterens egne grenser slik at hun kunne leve sitt selvstendige tenåringsliv (Nome, 2010). En annen voksen som vet hvordan barnets situasjon er, kan gi støtte, oppmuntring og hjelp til å håndtere påkjenningene (Borge, 2007). I Myrvoll et al. artikkel står det om *”En gutt med en psykisk syk forelder, skrev et brev til foreldrene og sa at han ikke tålte flere selvmordforsøk. Brevet gjorde inntrykk på foreldrene som tidligere hadde tolket guttens taushet som at han ikke bekymret seg”* (Myrvoll et al., 2004). Det å kunne snakke med en annen voksen er støttende og gir omsorg og kan forebygge at barnet eller ungdommen velger dårlige løsninger (Eide og Eide, 2004, Östman, 2008).

Noen barn kan være utagerende i barnehage eller på skolen. Før fokuserte man på adferden i den hensikt å stoppe den. I dag vil en finne ut bakenforliggende årsaker til denne adferden (Eide og Rohde, 2009). Killén skriver om en stille og rolig gutt som vokste opp i et belastet hjem. I voksen alder har han fortalt om den ene læreren som klarte å møte ham der han var. Læreren hadde lagt hånden på skulderen hans og sagt: *”Livet er tøft, gutten min”* (Killén, 2007 s. 193).

Dette viser viktigheten med åpenhet mellom skole og hjem. *”Jeg skulle ønske noen hadde forklart alt til oss. Miljøarbeideren (school welfare officer) vår skulle ha blitt informert”* (Knutson–Medin et al., 2007). Barn som opplever en voksen som møter dem med verdighet, sensitivitet, empati og anerkjennelse og som hjelper barnet til å forstå det de opplever kan dempe uønsket adferd. Dette sammenfaller med Sterns teori om *”den viktige andre”* som kan gi barna bekreftelse, styrke selvtillit og gi god kontakt som igjen gir barnet mestring og sammenheng i livet (Eide og Eide, 2004, Killén, 2007). Den viktige andre kan være den forbindelsen barnet har til å snakke om både det

vanskelige og helt andre ting. Slik blir samtalene barnas fristed. Dette har med anerkjennelse å gjøre. Det er viktig for barnet eller ungdommen å få presentert seg selv eller hendelsene med sine egne ord (Killén, 2007, Ruud, 2011).

8.1.4 Fritid

I forskningsresultatene fra artikkelen til Knutsson-Medin et al. sier barna at de ønsket hjelp til å få en mer aktiv fritid (Knutsson-Medin et al., 2007). Noen barn var i tvil om de kunne gå på juletreffest og være glad når mamma var syk (Andree, 2007). De voksne barna sa også at det offentlige burde tatt mer ansvar for deres fritid (Kallander, 2010). Når barna går på besøk til venner eller til organisert fritid får de et pusterom fra hverdagen, Beardslee sier at vennskap med jevnaldrende gir mulighet til å snakke om sine opplevelser. Disse avbrekkene ga barna mestringsfølelse og innblikk i hvordan et normalt liv kan være. Barnet vil kunne få litt mer makt over sin egen situasjon og eget liv (NOU, 1998:18). Dette ga barna igjen egenskaper som gjorde at de utviklet resiliens (Sølvberg, 2011). Ved at barna får være med på fritidsaktiviteter gjør at barna opplever tilværelsen som meningsfull, dette i tråd med Antonovskys salutogene tenkning (Linde og Owren, 2011). Barn som kommer fra hjem der de kanskje ikke får den oppfølgingen de trenger, får muligens ikke utvikle de egenskapene som skal til for å få innflytelse i den samme familien. Som for eksempel selvtillit, sosial støtte eller samarbeid. Fritidsaktiviteter vil være en viktig arena i barnets liv hvor de kan utvikle disse egenskapene (Askheim og Starrin, 2010).

8.2 Hva går samtalen ut på

Barn og ungdom av psykisk syke er en utsatt gruppe for selv å få psykiske problemer (Beardslee et al., 2003, Myrvoll et al., 2004, Andree, 2007, Knutsson-Medin et al., 2007, Haukø og Stamnes, 2009, Solantaus et al., 2010, Nome, 2010, Foster, 2010). Det var ønskelig å finne noe som kunne forebygge barn og unges eventuelle psykiske problemer senere i livet. Dette er et paradigmeskifte i behandlingen (Myrvoll et al., 2004). Beardslee fant ut i sin forskning at det allerede på mikronivå var en kommunikasjonskolaps, han syntes å se uheldig utvikling hos mange av barna og

foreldrenes manglende fungering. Det ble også registrert dårlig samhandling og manglende forståelse for hvordan sykdommen til foreldrene påvirket barna (Tetzchner, 2008, Beardslee, 2002 i Eide og Rohde, 2009, Snoek, 2010).

I Helsepersonelloven etter lovendring i 2010 skal barn av psykisk syke som er i spesialisthelsetjenesten bli ivaretatt med informasjon og eventuelle oppfølgingsbehov (Helsepersonelloven, 1999). Det står i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a at institusjoner skal i nødvendig utstrekning ha en barneansvarlig (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Det er også krav til pasientens journalinnhold om pasienten har barn og barnets alder, og informasjon som er relevant for barnet (Journalforskrift, 2000). Endringene i Helsepersonelloven har lagt føringer for familiesamtalen (Helsepersonelloven, 1999).

Metoden familiesamtale og Barnas Time ble utviklet for å imøtekomme barnas behov for blant annet informasjon og veiledning (Haukø og Stamnes, 2009, Nome, 2010). Det første steg i samtalen er å få foreldrene på banen. Dette for å få en avklaring på hvordan de oppfatter sin egen sykdom og hvilken påvirkning dette kan ha hatt for barna. Pasienten og ektefelle/ samboer skal utfordres til å se situasjonen fra barnas side, og det skal videre avklares hva slags informasjon de voksne ønsker at barna skal få (Solantaus et al., 2010). Viktig at barn får vite sannheten, men de trenger ikke å vite alle detaljene i de voksnes liv (Helgeland, 2012). Mange foreldre har undervurdert påkjenningene barna har blitt påført ved at mor eller far har vært psykisk syk, foreldrene har trodd at barna ikke forsto (Myrvoll et al., 2004). Noen av foreldrene trodde de skånet barna ved ikke å fortelle eller involvere dem i sin situasjon som psykisk syk (Haukø og Stamnes, 2009). Samtalen skapes ved at helsepersonell får til en arbeidsrelasjon med foreldrene basert på tillit som skaper en allianse. For foreldre som møter profesjonelle som vil hjelpe dem i foreldrerollen kan deres verdighet stå på spill. Da er det avgjørende at foreldrene blir møtt på en likeverdig måte, slik at ønsket om å ta imot hjelp blir større (Halsa, 2012 i Sundfær, 2012).

Den friske forelder er en viktig resurs for familien. Mange friske foreldre kan etter langvarig påkjenning i forbindelse med ektefellens sykdom ha blitt forblindet i sitt eget strev og har av den grunn ikke sett barnas behov. I artikkelen til Knutsson-Medin et al. forteller en voksen gutt ”*Det var problematisk når far var innlagt for mor fikk ansvaret*

for alt og ble veldig trøtt” (Knutsson-Medin et al., 2007). Familiesamtalen er en arena hvor vanskelige ting tas opp og tiltak settes i gang ut fra hver enkelts behov. Barnas behov og opplevelse skal være hovedtema for samtalen (Myrvoll et al., 2004).

Der hvor foreldrene ikke bor sammen kan det bli et dilemma for helsepersonell angående informasjon til barna, da det må tas hensyn til taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999). Ofte kan disse foreldrene være i konflikt og den psykisk syke er redd informasjon kan bli brukt imot seg (Myrvoll et al., 2004). I forskningen har en også sett at noen foreldre er skeptisk til å ta imot hjelp på grunn av at de er redd for å bli stigmatisert og miste foreldreretten (Skagestad og Klette, 2008, Foster, 2010). Det er viktig at helsepersonell viser interesse og finner den bakenforliggende grunnen til at de ikke ønsker å ta imot hjelp (Glistrup, 2004 i Sundfær, 2012). En grunn kan være som artikkelen til Foster avdekker hvor åtte av ti barn i undersøkelsen sa de opplevde følelsesmessige, fysiske og/ eller seksuelt misbruk gjort av den syke forelder. Et annet funn er at foreldre med alvorlig depresjon kan ha et voldsomt sinne som de vil skjule (Foster, 2010). I noen tilfeller er den psykiske sykdommen så alvorlig at pasienten ikke klarer å tenke på andre enn seg selv (Pölkki et al., 2004). Det barna har å fortelle kan også være vondt og vanskelig for foreldrene å høre (Sundfær, 2012).

Foreldrene må selv bli sett, hørt og respektert for å kunne se barnet. Forskning til Myrvoll et al., sier at foreldrene er bekymret for barna og også om barna skal bli syke. Foreldrene er også redd for å mislykkes og miste omsorgen for barna (Myrvoll et al., 2004).

En viktig faktor i familiesamtalen er å styrke foreldrerollen slik at de blir i stand til å forstå og forsøke å se situasjonen gjennom barnets øyne og få barna selv i tale (Myrvoll et al., 2004, Eide og Rohde, 2009). Ved at foreldre og barn tror på egen kraft og har vilje til å jobbe med problemene, vises resiliente egenskaper (Borge, 2007). Det er sentralt å få fram i samtalen med foreldrene hvor mye de tror den psykiske lidelsen har påvirket barna (Helgeland, Eide og Nome, 2010). I den første samtalen er det lagt hovedvekt på at foreldre og helsepersonell møtes for å enes om hva barnet skal vite. En må her avklare hvordan en skal respondere på barnas spørsmål og tanker. Dette gir foreldrene et språk (Eide og Rohde, 2009, Solantus et al., 2010). Samtalene er en korttidsintervensjon som settes i gang i en akutfase, så raskt som mulig (Pölkki et al.,

2004, Haukø og Stamnes, 2009, Nome, 2010). Informasjonen til barna blir gitt ut fra barnets utviklingsnivå (Nome, 2010, Ruud, 2011). Nome vektlegger at traumatiserte barn kan være på et lavere utviklingsnivå enn antatt og en må derfor vise stor sensitivitet i kommunikasjonen med barna (Nome, 2010).

I familiesamtalen skal en ikke være problemorientert, men ha fokus på det positive. Viktig at foreldrene ser betydningen av at barna har et sosialt liv og at de får til å legge til rette for barnas interesser og fritidsaktiviteter. Kanskje det viktigste av alt er at foreldrene bidrar til at barna får lov til å være barn (Pölkki et al., 2004, Eide og Rohde, 2009, Foster, 2010, Kallander, 2010).

I noen familier er det nok med denne ene samtalen, de har fått "fødselshjelp" til å sette ord på tingene. Familiemedlemmene har egenskaper som gjør at de kommer videre på egenhånd, de viser empowerment og er resiliens (Beardslee et al., 2003, Kallander, 2010, Askheim og Starrin, 2010).

I FTI er det lagt opp til individuelle samtaler med hvert av barna i familien, dette for å møte barnet og gi informasjon ut i fra alder og utvikling. Men også for å sette hvert enkelt barn i fokus, og gi dem anledning til å fortelle sin historie (Beardslee et al., 2003, Andree, 2007). Ved Sørlandet sykehus gis familiene også dette tilbudet om individuelle samtaler ut fra familiens ønske (Nome, 2010). Dette kan ses i lys av empowerment og salutogen tenkning (Askheim og Starrin, 2010, Linde Owren, 2011). Det er helsebringende å få lette på trykket og vite at andre vet. Barna får anerkjennelse for sin mestring av hverdagen og ved å være i en prosess med andre, får barna sammenheng og kontroll over eget liv (Torsvik og Westervik, 2010).

Før Barnas Time er det også en forberedende samtale med foreldrene. Der vektlegges og alminneliggjøres tanker og følelser barna som er i denne situasjonen med psykisk syk forelder har. I Andrees artikkel sies det: "*Tenk, mange andre barn har fortalt og følt akkurat det du forteller og føler nå*" (Andree, 2007). Barnas Time er med foreldre, barn og veiledere, barna får også her mulighet til å være alene med veileder hvis dette er klarert med foreldrene og det er ønskelig (Haukø og Stamnes, 2009). Foreldrene må poengtere ovenfor barna at det er lov å si alt, foreldrene må sette barna fri, slik at lojaliteten må vike (Glistrup, 2004, Haukø og Stamnes, 2009). I Myrvoll et als. artikkel

viser til at enkelte foreldre lett føler seg krenket av barnas uttalelser: ”*En jente ønsket ikke at foreldrene skulle få vite at hun skammet seg over den syke forelderen som ofte viste ukritisk adferd og skremte venner vekk*” (Myrvoll et al., 2004). Den barneansvarlige tok opp dette temaet med foreldrene på generelt grunnlag uten å referere til barnets utsagn. De benyttet parallelle historier da dette ville gi en distanse til egen smerte (Myrvoll et al., 2004). Denne samtalen kan bli til en stor endring for barnet og hele familien, fra den ene dagen er det tausheten som råder, til neste dag med åpen dialog (Glistrup, 2004). Samtalen med barn og familien virker forebyggende og reduserer sjansen for at barna skal utvikle negative symptomer. Denne samtalen bidrar til at situasjonen for barna blir begripelig, håndterbar og meningsfull, jamfør salutogen tenkning (Torsvik og Westervik, 2010).

Nome skriver at ved å bryte taushet og tabuer, skapes det trygghet og bedre trivsel. Når den sanne historien kommer frem blir relasjonene bedre i familien. Essensen i familiesamtalen er at den gir en trygg ramme hvor barna blir hørt, sett og ivaretatt på en riktig måte. Barnas historie kan berøre foreldrene følelsesmessig slik at de også blir i stand til å fortelle sin historie (Nome, 2010). Barna skal bli anerkjent som en likeverdig samtalepartner (Ruud, 2011). Hvis barnet velger å være taus kan dette sees på som en mestringsstrategi for å beskytte seg selv, men målet er at den trygge rammen skal få barnet til å åpne seg, som igjen gir rom for ny forståelse (Skagestad og Klette, 2008, Langeland, 2009, Helgeland, 2012).

I siste samtalen blir veien videre kartlagt med tanke på hva familien eventuelt trenger av hjelp. Familien kommer med ønsker og behov de trenger for bedre å kunne mestre hverdagen. Det er viktig å trekke inn nettverk som andre nære familiemedlemmer, barnehage/ skole og helsesøster. På forhånd avtales det med familien hvem de ønsker skal være med på et eventuelt nettverksmøte og hvilke temaer som skal tas opp. Ved slike møter kan det avklares hvem barnet skal kontakte ved eventuelt tilbakeslag av sykdom hos den psykisk syke forelder.

Noen familier trenger henvisninger videre som for eksempel til BUP eller barnevern (Eide og Rohde, 2009, Solantaus et al., 2010). Hvis en ser alvorlige overgrep plikter helsepersonell å melde fra til barnevernet (Helsepersonelloven, 1999).

8.3 utfordringer rundt familiesamtalen som metode

Andree understreker i sin artikkel betydningen av at foreldre er psykisk i stand til å møte barnets krav og behov. Når foreldre ikke evner å ta barnets perspektiv ser de ikke sin egen foreldrefungering. Det er viktig at foreldrene kan se seg selv utenfra og hvordan dette ser ut fra barnets perspektiv og forsøke å se barnet innenfra. Det er et avgjørende forarbeid til samtalen å undersøke om foreldrene har evnen til å mentalisere før samtalen med barna kan starte (Andree, 2007, Borge, 2007).

Det Beardslee gjorde i sin undersøkelse av FTI var å se på effekten av intervensjonen. Beardslee valgte ut foreldre som hadde vært i behandling og hadde evne til å mentalisere rundt barnets situasjon. Solantaus et al. har i sin artikkel kritisert Beardslees måte å velge ut deltakere på og stiller dermed spørsmål på validiteten av resultatet av Beardslees undersøkelse. På tross av kritikken poengterer artiklene viktigheten av fagkunnskap for å foreta familiesamtalen (Beardslee et al., 2003, Solantaus et al., 2010).

I Haukø og Stamnes artikkel sier ansatte på psykiatrisk avdeling, poliklinikk og foreldre at det bør stilles etiske og faglige krav til de som skal jobbe med Barnas Time. Dette for å forsikre seg at metoden virker og er til hjelp (Haukø og Stamnes, 2009).

Familiesamtale har et klart barneperspektiv for at barnet skal forstå foreldrenes psykiske lidelse eller krise. Noen ganger er det viktig å snakke med foreldrene for å være sikker på at de evner å se barnets perspektiv (Nome, 2010, Helgeland, 2012).

Helgeland, Nome og Eide beskriver et eksempel på en uheldig familiesamtale.

”Foreldrene er invitert til samtale uten barn, men har misoppfattet dette og tar barna med. Barneansvarlig oppfatter foreldrene som klar til å ha barna med og gjennomførte samtalen. Når barna fortalte om sine opplevelser av fars innleggelse utbryter far ”er dette et forhør?” Dette fikk samtalen til å gå i stå. Vi lærte viktigheten av å foreta et godt forarbeid og sikre oss at foreldrene forstår det å ha et barneperspektiv” (Helgeland, Eide og Nome, 2010).

8.3.1 Når familiesamtaler ikke kan gjennomføres

Barn som lever med alvorlig psykisk syke foreldre har rett til og behov for informasjon om tilstanden til den syke foreldren (Helsepersonelloven, 1999). Det er viktig at disse barna får mulighet til å fortelle hvordan de har det, hva de er bekymret for og hvilke ønsker de har for seg selv og familien sin (Nome, 2010).

Når en av foreldrene er alvorlig psykisk syk som ved alvorlige psykosetilstander må den syke foreldre ofte skjermes og vil ikke være i stand til å delta i familiesamtalen. Barnet kan bli skadet av den sykes adferd (Andree, 2007). Når en av foreldrene i tillegg til å være psykisk syk, utøver vold, trusler eller på andre måter utsetter barna for krenkelser skal barn ikke delta i familiesamtalen (Rabbe, 2009 i Eide og Rohde, 2009). I begge tilfeller må barnas rett til informasjon formidles på andre måter enn gjennom familiesamtaler. Disse barna er i en utsatt posisjon med tanke på egen utvikling (Skagestad og Klette, 2008, Ytterhus, 2012). Helsepersonell må være bevisst sin varslingsplikt til barnevernet når det er grunn til å tro at barnet blir misshandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for omsorgssvikt jamfør Helsepersonelloven § 33 (Helsepersonelloven, 1999, Sundfær, 2012).

8.4 Hvordan har barna fått det

Det finnes i dag lite forskningsmaterieell på hvordan barn av psykisk syke har fått det etter familiesamtaler. En av årsakene til dette er at det er relativt nytt å ha fokus på barna og familien og ikke bare den psykisk syke forelder.

Det vi har funnet ut i fra de valgte artiklene våre er at de voksne barna har sagt at det å få snakke med fagpersoner og få hjelp til å sette ord på tabubelagte emner har vært til stor hjelp. Tausheten fikk en stemme og dialogen familiemedlemmene seg imellom ble bedre (Myrvoll et al., 2004, Haukø og Stamnes, 2009, Nome, 2010). Noen barn kom med disse tilbakemeldingene i artikkelen til Nome *"Ville gjerne vært her flere ganger", "ville være mer på familiesamtaler", "føler det har blitt bedre"*. En ungdom sa, *"jeg skjønnte ikke noe mer av foreldrenes psykiske problem etter samtalen, og at jeg skulle ha ønsket å få snakket alene med noen av de ansvarlige før familiesamtalen"* (Nome, 2010). Ut fra narrativ og fenomenologisk perspektiv var det sentrale elementer

at barna fikk fortalt egne erfaringer, de ble igjen forklart ting som gjorde at de fikk en bedre forståelse for hvordan ting hang sammen i familien (Nome, 2010). Barn som deltar i familiesamtaler blir selvstyrket (Torsvik og Westervik, 2010). Kommunikasjon er viktig både mellom pasient og hjelper og kanskje enda viktigere mellom foreldre og barn/ ungdom. God kommunikasjon skaper trygghet, og det hevdes også at lidelser leges fortere (Repstad, 2004).

Barna sa de lærte overlevelsesteknikker. Selv om de hadde hatt det vanskelig, følte de at livet de hadde levd allikevel hadde gitt læring og vekst (Myrvoll et al., 2004, Haukø og Stamnes, 2009, Foster, 2010). Barna hadde evne til å håndtere og akseptere situasjonen jamfør resiliens tenkning (Borge, 2007).

Familiesamtalene vedlikeholdt relasjonene mellom familiemedlemmene og barna følte det var godt at familien ble støttet som en helhet (Nome, 2010). Barna fikk økt forståelse for foreldrenes sykdom og situasjonen ble mer håndterbar og begripelig, dette i tråd med Antonovskys salutogene teori. Barna får da en følelse av sammenheng (Beardslee et al., 2003, Torsvik og Westervik, 2010). Det kom fram i samtaler med de voksne barna at de hadde hatt stor lojalitet til foreldrene (Pölkki et al., 2004, Glistrup, 2004). Tross en vanskelig situasjon var varme følelser og kjærlighet sterkt inn i bildet (Östman, 2008, Foster, 2010). Klette skriver i boken *Se meg!* at vi alle er født med utviklingsstier, og at erfaringer fra samspill med andre gir oss strategier for senere samspill med mennesker. Får barna et godt forhold til mor eller far, velger barnet veien som tilsier at de vil kunne knytte bånd til flere på et senere tidspunkt, dette basert på Bowlbys tilknytningsteori (Skagestad og Klette, 2008). Det finnes dokumentasjon på tilknytningsteori som sier at barn som opplever utrygge former for tilknytning, kan gi barna vanskeligheter senere i livet (Tetzchner, 2008). Dette kan barn av foreldre med psykisk lidelse oppleve ettersom foreldrene forandrer væremåte på grunn av sykdommen (Snoek, 2010). Noen av de voksne barna uttrykte at det å ha en annen frisk voksen utenfor familien hadde vært til stor hjelp. En avgjørende faktor for barnet er at det finnes en omsorgsperson i nære omgivelser, ”den viktige andre”, som gir støtte, kjærlighet og oppmuntring, dette kan føre til resiliens for barna (Eide og Eide, 2004, Sølvsberg, 2011).

8.5 Hva med veien videre?

Det vi ser ut fra artiklene vi har valgt og faglitteraturen vi har brukt er at vi er på vei i riktig retning for at barna skal bli sett, hørt og ivaretatt.

I følge artikkelen til Nome har familiesamtalen avdekket et behov for foreldre og barn, det å bli tatt vare på som en helhet. Ved avdelingen sa de barneansvarlige det hadde skjedd en holdningsforandring fra et individ til barne- og familieperspektiv. En barneansvarlig ved Sørlandet sykehus sa, ”*Barn blir sett på en annen måte*, En annen av de ansatte ved sykehuset sa ”*jeg tenker på barn på en annen måte enn før*” (Nome, 2010). Hvis det blir avdekket behov for videre hjelp, blir behovet kanalisert videre til kommunen og eventuelt barnevernet (Nome, 2010).

I en 5 års studie det vises til i artikkelen til Pölkki et al., om veiledning i familieterapi vises det til positive resultater hos familier med både høy og lav risiko for å utvikle psykisk sykdom. Det påpekes behov for videre forskning (Pölkki et al., 2004).

I artikkelen til Solantaus et al., hvor målet var å finne ut effektiviteten av FTI og LT viser at barna fungerte bedre sosialt, de fikk flere positive emosjonelle tegn, mens angst og hyperaktivitet ble redusert. Effektiviteten var raskere i FTI enn i LT. FTI involverer barna direkte og hele familien. Denne intervensjonen bygger opp trygghet for hele familien. Det denne artikkelen sier er at forskningen burde belyse metoden for intervensjon som gir positive forandringer. Dette er viktige spørsmål både for klinisk praksis så vel som utvikling av fremtidige intervensjoner. Forfatterne av artikkelen håper funnene påvirker profesjonelle i andre land til å ta hensyn til behovene til barna (Solantaus et al., 2010).

Kallander skriver om behov for tydelighet rundt hvem som har ansvar for oppfølging og forebygging av unge omsorgsgivere etter utskrivelse av den psykisk syke forelder. Den britiske regjeringen er tydelig på dette. I Norge sier Helsedirektoratet at barna ikke skal ha ansvar for og ivareta psykisk syke foreldres behov for pleie og omsorg. Barn skal få være barn. Det er uklart om det er helsepersonell i kommunen eller spesialisthelsetjenesten som har hovedansvaret for dette. Forskerne mener graden av barnas omsorgsbehov må kartlegges slik at barn og ungdom får den nødvendige oppfølgingen etter Helsepersonelloven § 10a (Helsepersonelloven, 1999).

Helsepolitikere og helsepersonell bør merke seg at norske pårørende barn ønsker å bli sett, hørt og ivaretatt. Da er brukermedvirkningen lagt til grunn (Kallander, 2010).

9.0 Avslutning

Arbeidet med denne oppgaven har vært lærerik. Det har berørt oss å lese historien til de usynlige barna, som på grunn av foreldrenes psykiske sykdom svært ofte ikke har fått den omsorgen de trengte. Barn er ekstremt lojale mot sine foreldre og klarer ofte lenge å skjule hvordan deres situasjon egentlig er ved å være praktiske og emosjonelle hjelpere til foreldrene. De går inn i voksenrollen og gjør alt de kan for at familien skal fremstå som andre familier. Vi har fått mer kunnskap om hvordan barn av psykisk syke foreldre har opplevd sin hverdag i en familie preget av kommunikasjonskollaps og hvilke udekte behov dette har medført. I voksen alder uttrykker barna hvorfor har ingen sett oss og gjort noe?

Ut fra artiklene avdekkes det funn som viser at barn av psykisk syke foreldre savner å bli hørt, sett og ivaretatt. Det å få ord for det tabubelagte hjelper familien å få til en bedre dialog, familiesamtalen skaper et språk om sykdommen og får fram en felles historie. Dette medvirker til å styrke barnas robusthet og evner barna til å bevare sin psykiske helse.

Vi har sett at familiesamtalen kan være et virkemiddel for at tausheten blir brutt både innad i familien og ut mot nettverket, informasjon kan bli gitt på de ulike arenaene med foreldrenes tillatelse. Dette skaper en ny forståelse rundt barnas situasjon og medfører at hverdagen for barna blir mer begripelig og håndterbar. På denne måten vil barna bli i standsatt til å mestre sitt eget liv som barn av psykisk syke foreldre.

Tilbake til -90 tallet sier litteratur at en må ha familiefokus og ikke bare fokus på individet i behandlingsøyemed. Barn av psykisk syke foreldre som har vært akutt innlagt har vært en usynlig gruppe, og lite har blitt gjort før den nye lovendringen i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft 1. januar 2010, da det ble lovpålagt at alle sykehus skulle ha en barneansvarlig. Hva med alle de andre barna av psykisk syke foreldre?

Som profesjonelle er det viktig at vi som helsepersonell ikke bare ser på det som kan gå galt, men også reflektere over ting som gikk bra (Christoffersen, 2005). Erfaringer fra refleksjoner kan senere være et grunnlag og hjelpemiddel for hjelpeapparatet i det å skape trygghet og kvalitet mellom barna og familien (Eide og Skorstad, 2005). Dette er i tråd med yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO, 2010).

Det har ikke vært mulig å finne tilgjengelig faglitteratur eller artikler som stiller kritiske spørsmål om effekten av familiesamtalen er forebyggende slik at barn av psykisk syke foreldre ikke blir morgendagens pasienter. En grunn til dette kan være at familiesamtale ikke har vært benyttet som metode innen psykisk helsearbeid. Det en håper nå er at det blir foretatt forskning som kan gi svar på om familiesamtalen har hatt den forebyggende effekten som en håpet på, slik at barn av psykisk syke foreldre ikke skal bli morgendagens pasienter.

De voksne barna ønsket å få være barn, de ønsket mer informasjon og veiledning, de ønsket en voksen å snakke med og en mer aktiv fritid. Dette bidrar familiesamtalen med. Vår konklusjon er at familiesamtalen er det første steget til å dekke behovene barn av psykisk syke foreldre kan ha. ”Det er lettere å bygge sterke barn enn å reparere ødelagte menn” (Fredrik Douglas).

10.0 Litteraturliste

Alnes, Nina Helene (2011) *Barn har ikke tid til å vente*. Tidsskrift for Den norske legeforening Nr. 2 s. 1541- 1542 <http://tidsskriftet.no/article/2125166> (lesedato 05.03.12)

Askheim, Ole Petter og Starrin, Bengt (2010) *Empowerment - i teori og praksis*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Barne og familiedepartementet (2003) *FNs konvensjon om barnets rettigheter* http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf (lesedato 10.03.12)

Borge, Anne Inger Helmen (red) (2007) *Resiliens i praksis, teori og empiri i et norsk perspektiv*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Christoffersen, Svein Aage (Red.) (2005) *Profesjonsetikk*. Oslo, Universitetsforlaget AS

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

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

Eide, Hilde og Eide, Tom (2004) *Kommunikasjon i praksis Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, Solveig Botnen og Skorstad, Berit (2005) *Etikk – utfordring til ettertanke i sosialt arbeid*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

FO (2010) *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*. http://www.fo.no/getfile.php/File/01%20FO-sentralt%20filer/Yrkesetisk_2011_lav%281%29.pdf (lesedato 03.04.12)

Forsberg, Christina og Wengström, Yvonne (2008) *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm, Bokförlaget Natur och Kultur

- Foss, Øyvind (2008) *Omsorgsetikk. Søkelys på omsorgens motivasjon*. Oslo, Cappelen akademisk forlag
- Gamst, Kari Trøften (2011) *Profesjonelle barnesamtaler. Å ta barnet på alvor*. Oslo, Universitetsforlaget AS
- Glistrup, Karen (2004) *Det barn ikke vet... har de vondt av – Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo. Pedagogisk Forum AS
- Haukø, Britt Helen og Stamnes, John H. (2009) *Barnas time - En temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/ eller rusproblemer*. Trondheim, Tapir Akademiske Forlag
- Helgeland, Anne (2012) Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har psykisk lidelse. I: Haugland, Bente Storm Mowatt, Ytterhus, Borgunn og Dyregrov, Kari (red) *Barn som pårørende*, Oslo, Abstrakt forlag AS
- Helgeland, Anne, Eide, Gunnar og Nome, Hans-Harald (2010) Rapport *Prosjekt Familiesamtaler 2007 – 2009*. Sørlandet Sykehus HF
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v. av 02. juli 1999 nr. 64*
<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html> (lesedato 01.03.12)
- Håkonsen, Kjell Magne (2004) *Innføring i psykologi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Journalforskrift (2000) *Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000 nr. 1385*
<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20001221-1385.html> (lesedato 10.03.12)
- Killén, Kari (2007) *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Oslo, Kommuneforlaget AS
- Langeland, Eva (2009) *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*. Sykepleien forskning Nr 4 s. 289 – 296
<http://www.sykepleien.no/Content/299456/12.pdf> (lesedato 01.03.12)
- Leenderts, Torborg Aalen (2007) *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Linde, Sølvi og Owren, Thomas (2011) *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Oslo, Universitetsforlaget AS

Mevik, Kate og Trymbo, Bjørg Eva (2002) *Når forelder er psykisk syke*. Oslo, Universitetsforlaget AS

NOU 1998:18 (1998) *Det er bruk for alle - Styrking av folkehelsearbeid i kommunene*. Oslo, Sosial og Helsedepartementet

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19981998/018/PDFA/NOU199819980018000DDPDFA.pdf> (lesedato 15.03.12)

NOU 2000:12 (2000) *Barnevernet i Norge – Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reform*. Oslo, Sosial og Helsedepartementet

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20002000/012/PDFA/NOU200020000012000DDPDFA.pdf> (lesedato 19.03.12)

Repstad, Pål (2004) *Sosiologiske perspektiver for helse og sosialarbeidere*. Oslo, Universitetsforlaget AS

Ruud, Ann Kirsti (2011) *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Skagestad, Tove og Klette Trine (2008) *Se meg! Å vokse opp med syke foreldre*, Oslo, Noras Ark

Snoek, Jannike Engelstad (2010) *Møte med "den andre" – Om psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo, Akribe AS

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02. juli 1999 nr. 61* <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html> (lesedato 01.03.12)

Sundfær, Aase (2012) *God dag, jeg er et barn – Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Sølvberg, Helge A (2011) *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende. Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Tellnes, Gunnar (2007) *Salutogenese – hva er det?* Det norske medisinske Selskab som kunnskapsformidler- Michael Nr. 4 s. 144-149 <http://www.dnms.no/pdf/2007/2-144-9.pdf> (lesedato 07.03.12)

Tetzchner, Stephen von (2008) *Utviklingspsykologi, barne og ungdomssalderen*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Torsvik, Kjersti og Westervik, Renate (2010) *Det er kjekt å være sammen – Om samtalegrupper med barn*. Mastergradsoppgave i samfunnsarbeid, Høgskolen i Bergen

Torvik, Fartein Ask og Rognmo, Kamilla (2011) Rapport 2011:4. *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk - omfang og konsekvenser*. Oslo, Folkehelseinstituttet

Weisæth, Lars, Dalgard, Odd Steffen (2000) *Psykisk helse, Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Ytterhus, Borgunn (2012) Hva er et ”pårørende barn”? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I: Haugland, Bente Storm Mowatt, Ytterhus, Borgunn og Dyregrov, Kari (red) *Barn som pårørende*, Oslo, Abstrakt forlag AS

Östman, Margareta (2008) *Interviews with children of persons with a severe mental illness – Investigating their everyday situation* Nord J Psykiatri No. 62 s. 354- 359

Artiklene

Andree, Siegbrit (2007) *Når foreldre blir innlagt med psykose – barnas behov*.

Tidsskrift for Norsk Psykologforening Vol 44, Nr. 1 s. 28 – 31

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=8730&a=2 (lesedato 23.02.12)

Beardslee, William R, Gladstone, Tracy R. G, Wright, Ellen J. og Cooper, Andrew B. (2003) *A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk; Evidence of parental and child change*. Pediatrics, Vol. 112 No. 2

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=112&sid=99b12bf6-8852-4707-8064-54178ec8c879%40sessionmgr113> (lesedato 05.03.12)

Foster, Kim (2010) *“You’d think this roller coaster was never going to stop”*, *experiences of adult children of parents with serious illness*. Journal of clinical Nursing No. 19 s. 3143 – 3151

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=112&sid=99b12bf6-8852-4707-8064-54178ec8c879%40sessionmgr113> (lesedato 01.03.12)

Haukø, Britt Helen og Stamnes, John H. (2009) *Det hjelper å snakke med barna – Å delta i barnas time har bedret kommunikasjonen mellom psykisk syke foreldre og barna deres*. Sykepleien.no Nr. 11 s. 32 - 35

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p_document_id=262228 (lesedato 23.02.12)

Kallander, Ellen Kat. (2010) *Skjulte unge omsorgsgivere – helsepolitiske helseperspektiver*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Nr. 10 s. 206 – 216

<http://www.idunn.no/ts/tph/2010/03/art16> (lesedato 24.02.12)

Knutsson -Medin, L., Edlund, B., Ramklint, M. (2007) *Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents* Journal of Psychiatric and Mental Nursing No. 14 s. 744 - 752 <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f94d66bf-5279-4615-9d52-e7add77507c6%40sessionmgr112&vid=17&hid=123> (lesedato 01.03.12)

Myrvoll, Lisbeth Rynning, Lund, Kari og Kufås, Elin (2004) *Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Nr. 3 s. 35 – 48

http://www.idunn.no/ts/tph/2004/03/foreldre_med_psykiske_problemer_om_a_styrke_muligheter_for_vekst_og_reduser (lesedato 24.02.12)

Nome, Hans-Harald (2010) *Fra individ til familiefokus i akuttpsykiatrisk post*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Nr. 10 s. 217 – 227 <http://www.idunn.no/ts/tph/2010/03/art11> (lesedato 01.03.12)

Pölkki, Pirjo, Ervast, Sari-Anne og Huupponen, Marika (2004) *Coping and Resilience of Children of Mentally Ill Parent*

http://www.parentalmentalillness.org/227389_731200425_903445243.pdf (lesedato 04.03.12)

Solantaus, Tytti, Paavonen, E. Juulia, Toikka, Sini og Punamäki, Raija-Leena (2010) *Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behavior*. Eur Child Adolesc Psychiatry No. 19 s. 883 – 892

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=99b12bf6-8852-4707-8064-54178ec8c879%40sessionmgr113&vid=10&hid=112> (lesedato 05.03.12)