

# **Usynliggjøring av galskapen**

## **Hvordan opplever voksne barn av psykisk syke at de ble informert om forelders sykdom som barn**

Ellen Wego



**Veileder: Randi Bagge**

**Masteroppgave i Familierapi og systemisk praksis**

**Diakonhjemmet høyskole oktober 2013**

**Antall ord: 25600**

## Forord

Masteroppgaven skrives innenfor studie Familieterapi og systemisk praksis. Oppgavens problemstilling er valgt ut i fra min praksis som terapeut ved en voksenpsykiatrisk akuttavdeling hvor jeg lenge har vært opptatt av "barn som pårørende". Fra år 2010 har helsepersonell vært forpliktet ved lov å informere barn som pårørende, ved sykdom, skade, og psykisk lidelse. Dette er jeg godt kjent med. Mindre kjent for meg, er hvordan foreldre tar ansvar for å informere sine barn uten helsevesenet tilstede. Dette ønsket jeg å se nærmere på.

Seksjon for akuttpsykiatri ved Oslo universitetssykehus er opptatt av barn som pårørende. Dette medførte at jeg fikk noen uker permisjon til skriving av oppgaven. Jeg er takknemlig for det. Når det er sagt, trengte jeg lang tid på å fullføre dette masterprosjektet. Det har vært en prosess med oppturer og nedturer. Noe jeg har kommet styrket ut av.

Jeg vil takke mine informanter M, L, K og H. Uten dere hadde dette prosjektet ikke blitt noe av. En utdypet takk kommer senere i oppgaven.

Underveis i prosessen er det blitt gjort endringer. Jeg var tidlig opptatt av å koble rusavhengighet til psykisk sykdom, da disse fenomenene ofte følger hverandre. Jeg valgte etter hvert ikke å rette søkelys mot dette aspektet. Rusmisbruk er samtidig en utfordring i noen av informantenes hverdag. Jeg vurderte på et tidspunkt å la informantene få en større rolle, som prosjektdeltakere. Dette ville ha blitt for omfattende for prosjektets størrelse.

Jeg startet med Unni Nygaard som veileder, takk til deg. Jeg mistet gløden og tok en skrivepause. Når jeg startet opp igjen rett før sommerferien 2013 var det med Randi Bagge som veileder. Takk til Randi for uvurderlig hjelp i å fortsette med en spennende masteroppgave, du er den beste. Takk til Nina Smeby og Brita Utne for nyttige innspill som konsulenter. Takk til min studievenninne Janne. Takk også til de ikke navngitte, som har syntes at det har vært interessant å høre meg fortelle om prosjektets dynamikk. Takk til Tom Olav for tilrettelegging. Til slutt takk til min mor for at jeg er blitt en optimistisk sjel, og at jeg innerst inne har stor tro på mine prosjekter.

Ellen Wego - Oslo, 21.10.13

## Sammendrag

Denne masteroppgaven bygger på en kvalitativ studie av hvordan voksne barn av psykisk syke opplevde å bli informert om forelders sykdom som barn. Metoden heter IPA og er en fortolkende fenomenologisk analyse. Tolkninger blir en viktig del av analysen. Tilnærmingen til empirien er induktiv, hvilket betyr at teorien utvikles med utgangspunkt i dataene. Mitt forskningsteoretiske verdisyn tilkjenner en konstruktivistisk søken etter forståelse. Forståelsen blir til i dialogen mellom informant og intervjuer. Forståelsen konstrueres i relasjonen, gjennom dialog, partene i mellom.

Studieprosjektet er en retrospektiv analyse av barn som pårørende. Metoden er forskningsintervjuer av fire voksne, om hvordan de som barn ble informert om forelders psykiske sykdom. Jeg undersøker om og hvordan foreldrene tok ansvar for å informere sine barn om psykisk sykdom. Informantene er alle kvinner, som har en psykisk syk far, i tillegg har en av informantene en psykisk syk mor. Resterende tre mødre er friske. Når jeg legger Batesons definisjon av "informasjon" til grunn, er det ingen av foreldrene som synes å ha informert sine barn om psykisk sykdom i familien.

Hovedfunnet i studien bygger på den annerledeshet informantene opplever i hjemmet, her kalt galskap. Det utvikles en gjensidighet i relasjonen forelder barn som gjør det vanskelig å bryte fortelsen om forelders psykiske sykdom. Begrepet "galskap" har fått en viktig rolle i datamaterialet. Jeg har valgt å definere "galskap" som en del av det psykisk syk forelder bringer til relasjonen og samspillet forelder barn. Mine andre funn er; gjensidig skåning mot galskap, gjensidig taushet om galskap og gjensidig bagatellisering av galskap. Barnet vokser opp i en kultur hvor psykisk sykdom er tabuisert. Barnet blir ikke inkludert i viktig meningsinnhold, som har med familiens samspill å gjøre. Det at forelder er psykisk syk blir usynliggjort gjennom taushet og bagatellisering. Barna må skape en mening der hvor foreldrene har etterlatt et tomrom av uforklarlige hendelser.

For å mestre hverdagen forstrekkes barna i sine roller. Barna fungerer i flere posisjoner, og gjerne mellom ytterpunkter som favner avmakt, så vel som makt. De opplever at noe er annerledes enn hos andre familier. Men uten hjelp til å forstå hva denne annerledesheten bærer i, lever de sine liv som om alt var normalt. De fire kvinnelige informantene vil alle ha brudd på tausheten. Tabu og skam bidro til taushet om psykisk sykdom under informantenes oppvekst. De ønsker mer åpenhet rundt psykisk lidelse velkommen.

## Komplekse kvinnehistorier.

*Fire kvinner som har delt mange av de samme erfaringene i oppveksten. De har ikke møtt hverandre i et felles forum, men de har alle møtt meg, som en masterstudent og intervjuer. Alle fem deler vi det kvinnelige element, som kan ha bidratt til å forenkle vår forståelse av hverandre. Kvinnene i fokus er alle unge, kun en av dem kan sies å ha rukket å etablere seg. En treffende likhet jeg finner er at de alle rommer store ytterpunkter i sine liv.*

*M er kvinnen som ønsker å romme hele livets spekter. Hennes livskraft lengter etter galskapens uorden og uhemmede glede. Hun vil nyte livet i langdrag, hun er både kreativ og kunstnerisk. På den annen side er hun glad i orden og systemer da dette organiserer hverdagen og gir oversikt. Hun er opptatt av å finne balanse i sjel og legeme. Hun tar med seg det beste fra begge foreldrene og blander det med sin sunne fornuft.*

*L er optimistisk og positiv utad. Mindre synlig er et mørkere sinn som hun sjeldent dweler ved. Hun er et varmt menneske. Denne kvinnen har hatt mange stunder hvor hun har kjent på tristhet, og hvor hun har lengtet etter et bedre liv. Skjønt egentlig har livet tidlig lært henne at åpenhet lønner seg. Hun ser ut som en ungpике, men er vant til å ta ansvar for flere. Hun organiserer og prøver å få til positive ringvirkninger.*

*H er glad i sin pappa. Han har aldri gjort henne noe vondt, med vilje. Han har en sykdom som knapt regnes som en "ordentlig sykdom", og ingen forsto. Hun og pappa hadde mange fine stunder sammen før psykisk lidelse brøt ut. Nå husker hun likevel best de negative hendelsene, det uforståelige og mangfoldige. Et sykehusopphold forårsaket at kontakten mellom far og datter ble brutt ett år, hun ble usynlig. Paradoksalt nok hadde familien en god tone og dialog. Likevel holdt de henne utenfor så altfor lenge.*

*K har opplevd grusomme hendelser, dette til tross, står hun rakrygget i møte med verden der ute. Som lite barn opplevde hun sin far som den beste og mest kreative. Senere undret hun om han var ond eller syk? I det ene øyeblikk var hun pappas favoritt, i det neste ble hun trakassert av ham. Elevene i klassen mobbet henne til det en dag snudde, og de hjalp henne til helsesøster. K er en person som lett tilgir. Aller sterkest føler hun at hun har overskudd til å vise andre barn av psykisk syke en smidigere vei til erkjennelse. Selv tenker hun at det ikke finnes forståelse utenom åpenhet.*

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag .....	3
Komplekse kvinnehistorier.....	4
1.0 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Problemstilling og tittel .....	9
1.3 Betydning for fagfeltet .....	10
1.4 Begrepsavklaringer .....	12
1.5 Avgrensninger.....	14
1.6 Oppbygningen av oppgaven.....	15
2.0 Teoretisk bakteppe.....	16
2.1 Forskning på området .....	16
2.2 Sosialkonstruksjonismen som filosofisk overbygning .....	18
2.3 Kommunikasjonsteori.....	19
2.4 Kommunikasjon innad i familien ved stress og sykdom.....	22
2.5 Utviklingspsykologi.....	23
2.5.1 Dialektikk og gjensidighet.....	24
2.6 Barnets reise opp mot vår tid.....	25
2.7 Barns brukermedvirkning .....	27
2.8 Barneperspektivet versus voksenperspektivet versus familieperspektivet.....	27
2.9 Diskurser.....	29
2.9.1 Diskursen om psykisk lidelse .....	30
2.9.2 Diskursen om det å skåne barnet.....	31
2.9.3 Diskursen om barnets kompetanse.....	31
3.0 Metode .....	33
3.1 Hvorfor kvalitativ metode .....	33
3.1.1 Fenomenologi.....	34
3.1.2 Hermeneutikk.....	34
3.2 Valg av forskningsdesign .....	35
3.3 Innsamling av data.....	36
3.3.1 Utvalg og rekruttering .....	36
3.3.2 Intervjuguide og intervjuer.....	37
3.3.3 Transkribering.....	40

3.4 Egen forforståelse; utfordringer og dilemmaer .....	41
3.5 Etske refleksjoner .....	42
3.6 Validitet og reliabilitet innen en fortolkende metode .....	42
4.0 Analyse .....	44
4.1 Delanalyse .....	44
4.2 Foreløpige temaer .....	44
4.3 Endelige temaer .....	46
<i>VÆR LITT GAL</i> .....	47
5.0 Presentasjon av temaene; usynliggjøring av galskapen.....	48
5.1 Gjensidig skåning mot galskapen .....	49
5.1.1 En lang prosess .....	49
5.1.2 Frykt for selv å bli psykisk syk.....	50
5.1.3 Frykt for hva forelder kan finne på å gjøre.....	51
5.2 Gjensidig taushet om galskapen.....	52
5.2.1 Lukket mot omverdenen .....	52
5.2.2 Taushet hindrer forståelse .....	53
5.2.3 Tabu hemmer åpenhet.....	54
5.3 Gjensidig bagatellisering av galskapen.....	55
5.3.1 Neste generasjon følger etter .....	55
5.3.2 Kamp for eller mot åpenhet og dialog .....	56
5.4 Oppsummering av mine funn.....	57
OPENING UP .....	58
6.0 Drøfting.....	59
6.1 Informasjon som prosess .....	59
6.2 Annerledeshet og galskap .....	62
6.3 Gjensidighet i relasjon foreldre barn.....	64
6.4 Barn i forstrukkete roller .....	66
6.5 Brudd på taushet .....	69
7.0 Avslutning.....	72
7.1 Konklusjon .....	72
7.2 Refleksjon .....	75
7.3 Videre forskningsspørsmål .....	76
Litteraturliste.....	77
Vedlegg:.....	79

## 1.0 Innledning

”Usynliggjøring av galskapen” er tittelen på denne masteroppgaven i familierapi og systemisk praksis. For meg som arbeider i voksenpsykiatrien, representerer tittelen en overgang fra en tradisjon til en annen. Innen psykiatrien defineres galskap gjerne som psykose relatert til diagnoser som schizofreni og stemningslidelser. Når jeg nå trer inn i den systemiske tenkningens verden, velger jeg å se på hva galskapen gjør med relasjonen barn forelder. Jeg går fra å se på individet til å se systemet. Min innfallsvinkel til ”galskapen” utvides. Forholdet mellom psykisk syk voksen og deres barn preges av uforutsigbarhet. Atferd preget av usagte vesentligheter, ufornuft, raseri og uorganisert livsførsel kan gi barna korte eller langvarige opplevelser av kaos og kriser. Vannviddet som psykisk syk forelder omgir seg med, blir sjelden dvelt ved sammen med barna. Som en forsker ”in spe” vil jeg utforske relasjonen foreldre barn i denne kontekst. **I denne relasjonen ser jeg nærmere på den informasjonen foreldre gir sine barn for å innvie dem i sitt sykdomsbilde.**

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg vokste opp i en liten og ressurssterk familie. Min far var handikappet og opplevde i den forbindelse tidvis ubehag og smerter. Barna ble ikke innviet i hvilke konsekvenser dette innebar. Selv forsto jeg ikke hva mine foreldre skjulte for oss barna, før etter hans død. Parallelt har jeg helt fra jeg var liten vært opptatt av tydelig og åpen kommunikasjon. Dette må til for å unngå misforståelser, pleide jeg å tenke. Det motsatte av åpenhet forbandt jeg med å holde noe skjult. Jeg prøvde å innrette mitt liv således at jeg var transparent, åpen og ærlig. Når jeg opplevde meg misforstått, følte jeg meg ofte urettferdig behandlet. Jeg trakk meg unna og ble taus. Spørsmålet er om tausheten skånet meg. Virket strategien til det beste? Jeg tror ikke det.

Som voksen, og sykepleier, har en viktig del av mitt virke bestått i å være i dialog med pasienten. Deler av den dialogen handlet om å informere pasient og pårørende, om hva som skjer med pasienten. Hensikten var å gi innsikt ved å bidra til en opplevelse av sammenheng. En bevisstgjøring om en sammenheng som er med å bidra til bedre helse, salutogenese.

Gjennom mitt arbeid som psykiatrisk sykepleier treffer jeg mange foreldre som sliter grunnet psykisk sykdom. Få psykisk syke har selv bedt meg om å informere deres barn. Min erfaring er at pasienten heller gir uttrykk for at barna kjenner til forelders sykdom, og at barna ikke lar seg merke av det. Min forforståelse derimot sier det motsatte; at pårørende barn og ungdom merker at noe er galt uavhengig om foreldrene informerer dem eller ikke. For denne oppgaven velger jeg som utgangspunkt å tro at psykisk syke foreldre, etter beste evne, informerer barna noe om sin psykiske tilstand.

For å styrke tiltak for å realisere FNs konvensjon om barnets rettigheter, og for å styrke rettsstillingen til mindreårige barn som pårørende ble det i år 2010 gjort endringer i helsepersonelloven. Helsepersonelloven, §10a viser til at helsepersonell har plikt til å ivareta barn under 18 år som pårørende:

”Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av foreldrenes tilstand”(Norsk lovdata 2012, 10.11 kl. 13).

Informasjonen skal skje i samarbeid med foreldrene og pasientansvarlig helsearbeider. Slik jeg ser det skal barna sikres en slags oversikt over hva som skjer innad i familien. Et slik tiltak kan være med på å hjelpe barn til å oppleve mer kontroll i sin hverdag. Det vil kunne føre til en større ”opplevelse av sammenheng” for de berørte barna. Å skape en oversikt for barnet vil beskrives å være helsebringende. Antonovsky kaller det ”sense of coherence” (Antonovsky 2005).

Kontekst for masteroppgaven min er todelt; den tar utgangspunkt i mitt daglige arbeid i voksenpsykiatrien, og et gruppetilbud til pårørendebarn innen psykisk helse. Barna treffer jeg gjennom foreldrene. Det er særlig pasientens barn og familiesamspillet som opptar meg. Til daglig har jeg samtidig en rolle som ”barneansvarlig” helsearbeider, som er med på å ivareta barnas posisjon som pårørende. Hva gjelder SMIL, var det Oslo universitetssykehus, OUS, som arrangerte det. ”Styrket mestring i livet”, SMIL, er rettet mot mindreårige barn av psykisk syke og/ eller rusavhengige. Tilbudet er forebyggende og har til hensikt å fremme kunnskap og kompetanse for å styrke barnets mestring i hverdagen. Verktøyet er samtale og aktivitet. Barna møter tolv ganger over tre måneder. Foreldrene er med på to foreldresamlinger og tre fellessamlinger. Tilbudet er ment å vise at sykehuset tar



lovgivningen, Helsepersonelloven § 10a, på alvor. Arbeidet skal hjelpe til åpenhet innad i familien. Samarbeid med skole og helsevesen er tilsvarende viktig.

Jeg møtte barn som pårørende gjennom SMIL og min daglige arbeidsplass i akuttpsykiatrien. Det er mitt ønske for tjenesten at det fantes flere arenaer hvor barn og voksne kunne møtes, som pårørende, pasient og helsearbeider. Dette for å bidra til å bedre samspillet innad i familien. Jobben som gruppeleder i SMIL har gjort meg ytterligere nysgjerrig på hvordan kommunikasjonen mellom foreldre og barn er i hjemmet.

## 1.2 Problemstilling og tittel

I mitt prosjekt er jeg nysgjerrig på å finne ut noe om hvordan barn opplever at foreldre prater med dem om psykisk sykdom. Mitt ståsted er med dette plantet i familiens midte. Som psykisk syke foreldre, hvordan tar de ansvar og sørger for barna sine? Hvordan går foreldre fram for å informere sine barn om et slikt sensitivt tema?

Min inngangsport for utforskning er gjennom fire voksne kvinner, som retrospektivt forteller sine historier fra oppveksten. Siden alle foreldrene lever, er informantene fremdeles pårørende. Hvilke erfaringer pårørende sitter igjen med, og hvilken mening de tillegger det som ble sagt eller forble taust, er det jeg ønsker å finne ut av. Det familiesamspillet som utspilte seg i relasjonen mellom psykisk syk forelder og dem selv er tilsvarende relevant for meg å se på.

Min erfaring fra SMIL- gruppetilbudet er at psykisk syke foreldre mangler et tilpasset ordforråd for å informere barna om situasjonen. Taushet erstatter tale. I følge Wie Torsteinsson (2000) vil barnet være med på å utvikle den historien det selv er forankret i. Således peker barnet selv på det systemiske, at det er en del av en større helhet som familien og samfunnet. Informasjon om psykisk sykdom er en del av noe større, som hvordan foreldre innlemmer barn inn i voksenlivet. Det handler om å ta barnet på alvor, å behandle det som et subjekt. Barnet selv søker "opplevelse av sammenheng" (Antonovsky 2005). Barna sier her at de ikke ønsker å bli utelatt, de ønsker å bli involvert i samhandlingen.

Tema for oppgaven er barn som pårørende. I denne sammenheng uttaler Sørensen Sjørmæling, i BAR, barn av rusavhengige, at vi er "barn av" i alle aldre, hele livet. Han uttrykker at det blir en del av den du er hvis man opplever å leve i beredskap i barndom og oppvekst.

Det å være pårørende til en psykisk syk er sterkt følelsesmessig, og det assosieres med tabu, skam og skyld. "Psykisk sykdom" referer her hovedsakelig til bipolar lidelse og schizofreni, da fire av fem foreldre har den ene eller den andre av disse sykdommene. Foreldrene har vært hospitalisert av denne grunn. Den femte forelder sliter med angst og alkoholavhengighet, og de tre resterende foreldrene er friske.

Ut fra det jeg har pekt på er min problemstilling følgende:

### **Hvordan opplever voksne barn av psykisk syke at de ble informert om foreldres sykdom som barn?**

Knyttet til problemstillingen følger forskningsspørsmålene:

Hvordan forstår barna tausheten rundt det at forelder er psykisk syk?

Hvilken mening legger barnet i det å skulle bli skånet?

Hvordan opplever kvinnene at barndommens erfaringer preger voksenlivet?

Tittelen lyder: **Usynliggjøring av galskapen.**

Tittelen henspeiler til empiriens funn. Uavhengig av funn, inspirerte en av informantene meg til å innlemme begrepet "galskap". Selv ser hun dualiteten i galskapen ved å peke på det positive og det mindre positive ved fenomenet. Jeg velger å ta i bruk et begrep som mange tradisjonelt vil mene er knyttet til stigmatisering. Ved å leke med "galskapen" kan jeg således bidra til å fjerne stigma fra fenomenet.

### **1.3 Betydning for fagfeltet**

Temaet "barn som pårørende" aktualiseres gjennom lovparagrafene Helsepersonelloven §10a og Specialisthelsetjenesteloven §3-7a. Helsepersonelloven viser til helsepersonell sin plikt til å informere mindreårige barn som pårørende. Specialisthelsetjenesteloven viser til de barneansvarliges arbeid for å bringe dette fram. Dette arbeidet gjøres i ulike behandlingskontekster. Variasjon i behov for hjelp og støtte, fra en familie til en annen er stor. Uavhengig av alder har barn og voksne behov for informasjon.

Forskning og litteratur viser at barn har behov for informasjon om foreldrenes sykdom, og hvilke konsekvenser dette har for dem selv og foreldrene. Barna har behov for å få respons på sine spørsmål og tanker for å få korrigert forestillinger og få bekreftet sine følelser. Manglende informasjon kan føre til at barna tar på seg ansvaret for foreldrenes problemer (Mowatt Haugland 2012). Dette er kunnskap som finnes om tema i dag. Lovene av 2010 er relativt nye, og ved Oslo universitets sykehus jobbes det med opplæring av barneansvarlige på hele sykehuset.

Jeg vil hevde at bevisstgjøring av det essensielle arbeidet om å informere barn som pårørende, vil være relevant innen både somatikk og psykiatri. Helsepersonelloven §10a gir budskap om at helsepersonell plikter å informere barn som pårørende. Dette er et sterkt incitament, likevel finnes det mange helsearbeidere som er ukjent med aktuelle lovparagraf.

Familieterapeut Anne Øfsti påpeker et paradoks; mens det har vært stor tilgang på kunnskap om familieliv generelt, har dette ikke gjeldt inne i kjernefamilien. Den lille familien er blitt skjermet. Hun sier at det har vært for taust om de vanskelige erfaringene mennesker har gjort seg i familien (Øfsti 2010:56).

Mitt anliggende er kommunikasjonen innen familiesystemet, informasjon fra forelder til barn. Kommunikasjonen innad i familien kan gi helsevesenet kunnskaper om hvordan helsepersonell best bør bidra til å hjelpe foreldrene til å informere sine barn. Relasjonen foresatt barn er et mikrosystem, mens relasjonen samfunnet barn er et makrosystem. Ved å forske på det lille perspektiv kan det store forstås bedre.

Gregory Bateson er kjent for å være opptatt av sammenhenger mellom menneske og natur. Dette samme gjelder for hans datter Nora Bateson som gjestet Diakonhjemmet høgskole den 17.06.13, der hun viste filmen om sin far, "An Ecology of Mind" fra året 2010. Nora Bateson sammenlignet naturens samspill med relasjoner mennesker i mellom. Hun fremmet ideen om at det å se det særskilte, "the particular", sammen med metaperspektivet, i kontekst, representerer ett og samme konsept.

Jeg er stor tilhenger av at informasjon om psykisk sykdom skjer i trespann sammen med kompetent helsepersonell. Det er en ferdighet å informere barn på en best mulig måte. Derfor bør ikke helsevesenet overlate en så viktig oppgave til familien alene. Informasjonen

bør tilstrebe å være nøktern, realistisk og håpefull, for at barna skal få best mulig utbytte av samtalen. Psykolog Magne Raundalen (2008) har erfaring som tilsier at barn ikke liker sukkersøte forklaringer, og det påpekes at det i denne sammenheng er viktigere å være tydelig enn hyggelig. Haldor Øvreides forståelse av "triangulering" som "kjedet" er nyttig når barnet informeres. Når barnet får informasjon om noe viktig vil det være nyttig at en tredje person kobles til for barnets videre bearbeiding av tematikken (Øvreide 2000).

Mangel på informasjon, framstått som fordreide meldinger eller halve sannheter, kan for barnet fortone seg som uklart og kaotisk. Familier med psykisk sykdom har en kommunikasjon preget av gjetning og tankelesning, fram for klar tale og informativ samtale (Sølvberg 2011:59).

## 1.4 Begrepsavklaringer

"Barn som pårørende":

Når barn under 18 år benevnes "pårørende", er det ikke til å forveksle med den juridiske formen som sikter til myndige personer. Myndige barn kan oppnevnes som pårørende, mens mindreårige barn skal besørges ivaretatt av barneansvarlige personell (Ytterhus 2012:20).

Når "Barn som pårørende" er målgruppen for denne oppgaven, hvem er så foreldrene? Foreldrene har definerte sykdomstilstander innenfor en av tre samlekategorier: psykisk syke, rusmiddelavhengige og somatisk syke (Mowatt Haugland m.fl. 2012). Målgruppen foreldre omtalt i denne oppgaven er psykisk syke. Hva gjelder målgruppen barn av psykisk syke foreldre, vil det være denne heterogene gruppen jeg viser til når jeg for enkelthets skyld kaller dem "barn som pårørende". Dette er som nevnt over, en betegnelse som peker på barn som pårørende i et bredere perspektiv, som somatisk sykdom, skadde, rus eller psykisk lidelse. Fellesnevneren for disse barna er mange, som å føle seg annerledes, ensom, og mer voksen i form av å ta på seg mer ansvar enn alderen skulle tilsi (Solantaus 2006, Snoek 2010).

Informasjon:

Informasjon er et allment kjent begrep. Når det brukes her er det ment å vise til informasjon i en spesiell kontekst; med tanke på forelders psykiske sykdom og konsekvenser av denne for familien. Jeg velger å se på fenomenet informasjon som en prosess som strekker seg over

tid. Barnet vil få høre ting gjennom oppveksten og senere, som kan bidra til å utvide historien om hvordan psykisk sykdom kom til å prege deres liv.

Fenomenet "informasjon" er i hovedsak interessant for meg og dette prosjektet, sett i lys av måten G. Bateson behandler fenomenet. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 2.

Triangulering:

Kan ses fra forskjellige perspektiv. 1- som kjedet informasjon. 2- relasjoner mellom tre (eller flere) personer/komponenter.

Øvreide legger følgende faglige forståelse til grunn for "triangulering": Å triangulere er å kjede viktig informasjon. På denne måten kan det gis rom for videre samtaler som kan øke informasjonsbearbeidingen i barnets naturlige nettverk, og hindre misforståelser (Øvreide 2000:97). Denne definisjonen passer inn med henblikk på å la barnet få tilgang til viktig informasjon gjennom en betydningsfull tredjemann. Samtalen vil således eksempelvis kunne kjedes gjennom helsepersonell. På denne måten vil barnet få informasjon samtidig med flere, eksempelvis sammen med søsken, foreldre og sykepleier.

En annen forståelse lagt til grunn for begrepet triangulering:

En relasjon bestående av to parter trekker inn en tredjemann med formål å redusere stress og spenning. Eksempelvis et par foreldre som trekker inn sitt barn i relasjonen, hvor barnet overtar foreldrenes ubehag. *"I triangelet utvannes angsten, og de to opprinnelige partene opplever reduksjon i spenning"* (Schibbye 2002:219). Dette kan gjøres på flere måter. Hvis spenningsnivået ikke synker kan flere mennesker trekkes inn. Alternativt kan en offentlig etat trekkes inn i trianguleringen. Det er slike fenomener Schibbye kaller "å leve deler av seg selv i den andre" (ibid: 219).

Taushet:

Taus betyr i følge Kunnskapsforlagets Norsk Ordbok, 1- som tier, ikke ytrer seg eller 2- stille. I denne oppgaven er det betydningen "som ikke ytrer seg", er umeddelsom, som er interessant. I denne masteroppgaven er "taus" aldri brukt som "stille", men som fortielse av tema psykisk sykdom. Mer om taushet senere.

Galskap:

Kunnskapsforlagets Norsk Ordbok oppgir synonymer som "vannvidd" og "ufornuft".

Innenfor jussen brukes "gal" eller psykotisk synonymt med å være "utilregnelig". Synonymer til gal er mange, og de henseiler til et spekter av tilstander. Gal kan bety sykdom, sinne, uriktig og uheldig. Gal knyttes likeledes opp mot mer lystbetonte fasetter av livet, som "gal av glede" eller "gal etter å danse" (Norsk ordbok, Kunnskapsforlaget 1998). Allment kjent er det at "galskap" er en ansett positiv pådriver innenfor det kulturelle landskap. Og at mange store forfattere, komponister og kunstnere skal ha lidd av en eller annen form for galskap. På folkemunne ytres "er du blitt gal?", litt godlynt om ufornuft. Men å være gal, i definisjonenes strengeste forstand, knyttes til noe negativt og uforutsigbart.

"Psykisk syk" og "syk" veksler jeg med å bruke, og der intet annet er forklart betyr begrepene det samme. Like unyansert er "barn" ment forstått som mindreårige.

Diskurs:

*Samfunnsmessige og kulturelle diskurser er bærere av virkelighetsforståelser og normer som forsyner en kultur med gyldige og meningsfulle begrunnelser for hvordan virkeligheten skal forstås og hvordan fenomener skal fortolkes og forklares (Jensen 2009).*

## 1.5 Avgrensninger

Noen av informantene i utvalget har søsken som har sine erfaringer innen samme familie. Det kunne vært interessant å høre deres versjon. Men mine valgte kriterier for informant status hindrer dette. Informanten skal være kjent med feltet, som brukerkonsulent eller profesjonelt.

Taushetsplikten har en viktig funksjon som tangerer mitt skråblikk rettet mot informasjon vedrørende psykisk sykdom. Den lovpålagte taushetsplikten er knyttet til helsepersonell sin rolle, og ikke til den privates sfære. Taushetsplikten vil ikke være gjenstand for diskusjon i denne teksten.

Hva gjelder informasjon til barn som pårørende har helsepersonell en nøkkelrolle. Men da søkelyset er rettet mot familiens medlemmer og ikke helsepersonell, får helsepersonell en sekundær rolle i denne sammenheng.

## **1.6 Oppbygningen av oppgaven**

I første del av oppgaven tar jeg for meg hva jeg har valgt å utforske, og hvorfor jeg finner aktuelle tema relevant. Dernest beskriver jeg tidligere forskning gjort på beslektede tema. Deretter belyser jeg teori som underbygger problemstilling og forskningsspørsmål. Mitt epistemologiske ståsted og metode for innhenting av empiri blir synliggjort. I siste del presenterer jeg funn og tilslutt drøftes temaene opp mot teori.

## 2.0 Teoretisk bakteppe

Dominerende diskurs i tiden er at barn skal høres. I erkjennelsen av at barnets synspunkter, behov og refleksjoner er viktige og interessante har forskningsbasert kunnskap bidratt til et nytt paradigme. Tidligere gjaldt ordspillet barn skal sees, ikke høres. I dag er det politisk korrekt å høre hva barnet har å si. Barnekonvensjonen opererer ikke med aldersgrense. At barn får ytret seg er viktig fra de er små. Dette må ikke forveksles med at barnet skal bestemme i ung alder.

Først sier jeg noe om forskning gjort på pårørende barn og unge innen helsevesenet, primært innenfor psykiatrifeltet. Jeg beskriver sosialkonstruksjonismen som overbygning og filosofiske ramme for valgte tematikk. Jeg løfter opp barnets kommunikasjon og utvikling sett i relasjon til de voksne. Jeg ser på barnets roller opp i gjennom tiden, og barnets brukermedvirkning. For å gå nærmere inn på barneperspektivet vil jeg se det i forhold til voksenperspektivet og familieperspektivet. Til slutt tar jeg for meg noen valgte diskurser som har med kjernen av kommunikasjonen innad i familien å gjøre.

## 2.1 Forskning på området

20-30 % av pasienter på psykiatrisk institusjon har mindreårige barn. I tillegg kommer barn av de foreldre som ikke blir behandlet (Astrid Halså 2008). Det er således mange barn som faller inn under kategorien av den lite flatterende betegnelsen "de usynlige barna". Dette er en benevnelse som blir brukt om "barn som pårørende" som har det til felles at de konsekvent ikke får anerkjennelse for den de er, i følge Juul (1996). Foreldrene ser ikke barna sine. Ekspertene ser heller ikke barna, da erfaring viser at det ikke er tradisjon på å bruke barn som informanter i forskningen.

I kjølevannet av helsepersonelloven av 2010 etablerte BarnsBeste, nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, et nasjonalt forskernettverk om barn som pårørende. Dette nettverket har bidratt til økt oppmerksomhet på fagområdet, men erfaringene så langt viser at det finnes lite systematisk, forskningsbasert kunnskap om barn som pårørende (Mowatt Haugland m.fl. 2012). På OUS jobbes det med å systematisere tjenesten av barneansvarlig personell. De barneansvarlige har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn ved alvorlig sykdom hos deres



foreldre. Dette kan avstedkomme mer systematisk implementering av familiebehandling og forskning.

Med økt fokus på å ivareta barn som pårørende er vi, som nevnt, inne i et paradigmeskifte. I dag sier lovverket at barn som pårørende skal informeres og ivaretas. Tilstanden var en annen for ti år siden. I følge Hestmann og medarbeidere (1995) visste voksenpsykiatriske avdelinger i Norge knapt om pasientene hadde barn. Det samme nedslående resultatet kom Ytterhus og Almvik til i Kommune—Norge i 2003 (Almvik og Ytterhus, 2004). Relatert til personer som lider av psykose fikk kun 5% av familiene hjelp og støtte i år 2000, Smeby i Kirkevold og Strømsnes Ekern (2001).

I følge flere forskere (Abraham & Stein 2010, Beardslee 1993 og Maybery 2009) bar tidligere studier preg av et avviksperspektiv, eller i følge Jones & Bental (2008), Renschmidt & Mattejat (1994) i Mowatt Haugland m.fl., 2012, et risikoperspektiv. I følge Vance m.fl. (2008) benyttes begreper som sårbarhet, utviklingsforstyrrelser og avvikende kommunikasjonsmønstre i omtale av barna i familien (ibid). Dette vitner om et barneperspektiv som behandler barnet som offer og objekt. Søkelyset rettes mot patogenese og uhelse, snarere enn mot helse og salutogenese. Dette forandrer seg da vi ser at forskning fra Australia og Finland i økende grad er opptatt av å styrke barnas helse. Dette er eksemplifisert ved å styrke barns utholdenhet og robusthet, såkalt resiliens (Fraser & Pakenham 2008; Reupert & Maybery 2010; Solantaus Toikka 2006) ibid. Vi ser et økende fokus på barnets perspektiv og barnets egen håndtering av hverdagen (Almvik & Ytterhus 2004; Gladstone et al. 2006; Østman 2008) ibid. Kallander (2009) som har representert den nyeste forskningen, retter oppmerksomheten mot barn som unge omsorgsgivere.

Aaron Antonovsky utviklet et epokegjørende arbeid innenfor resiliensforskningen. Han tilførte forskningsfeltet et nytt begrep; "sense of coherence", SOC, på norsk kjent som "opplevelse av sammenheng" (Antonovsky 2005). Han var opptatt av menneskes ressurser, og helse.

Det har vært gjort lite forskning på barnets opplevelse i hverdagen i følge Pølkki, Ervast og Huupponen (2004). En av de som har forsket på pårørendebarn sine opplevelser er Kjell Kristoffersen. Han har sett på det å være søsken og pårørende innen psykisk helsevern. Sammenlignet med andre familiemedlemmer bærer søsken i større grad en felles genetisk

og sosial arv. De er med på viktige hendelser og opplevelser i familiens historie ut fra et felles ståsted (Kristoffersen 1998:13). Mitt syn er at mye av hans materiale er overførbart til barn som opplever at deres foreldre er psykisk syke. Eksempelvis kan sorgen over å ha mistet en frisk forelder til psykisk lidelse sammenlignes med tapet av et frisk søsken til en alvorlig sykdom.

Kort oppsummering av funn:

Omtrent en tredjedel av voksne psykiatriske pasienter på institusjon har barn. I tillegg kommer andre barn som av ulike grunner blir forbigått av voksne. Totalt sett finnes mange barn som ikke får den anerkjennelsen de trenger for å vokse seg robuste. I dag finnes lite systematisert forskning på barn som pårørende. Den forskningen som finnes bærer preg av avvik, risiko, samt sårbarhet. Derimot viser forskning særlig fra Australia og Finland at interessen for det helsefremmende er på frammarsj. Dette synliggjøres ved tema som resiliens. Her i Norge viser Kallander til den nyeste forskningen, som omhandler barn som unge omsorgsgivere. Det er gjort lite forskning på barns opplevelse i hverdagen. I denne sammenheng vil jeg påpeke at tradisjonen for å bruke barn som informanter er lite tatt i bruk (Gamst 2011).

## **2.2 Sosialkonstruksjonismen som filosofisk overbygning**

Modernismen definerer det tradisjonelle syn på hva vitenskap er. Vitenskap blir her formet av at virkeligheten kan defineres objektivt og at psykologiske fenomener kan beskrives og måles (Langdridge 2006). I et sosialkonstruksjonistisk perspektiv, tilhørende det postmodernistiske paradigme, hevdes derimot at virkeligheten er sosialt konstruert og at det ikke finnes noen virkelighet utenfor språket. Språket blir til i samspill mellom mennesker.

Sosialkonstruksjonistisk teori gjør ingen krav på sannhet, i det den unnlater å eliminere enhver teoretisk eller praktisk retning. Tvert imot innbyr sosialkonstruksjonismen til en radikal pluralisme, hvor alle tradisjoner er representert i de dialoger som former vår framtid (Gergen, 2009:8). Den amerikanske psykologen Kenneth Gergen er kjent for utsagnet: "Communicamus ergo sum", vi er gjennom å kommunisere.

Jeg vil hevde at menneskets eksistens og selvtillit er dypt forankret til dette fenomen. Det er lettere for oss, voksen som barn, å relatere til det som blir kommunisert tydelig. Mennesket trenger å forstå det som skjer rundt seg, fra mikro- til makrosystemet. Gergen & Gergen (2005) sier at konstruksjoner dreier seg om å fortolke det vi opplever. Konstruksjoner gir mening til det vi opplever. For mennesket er det umulig ikke å konstruere.

Diskurs handler om produksjon av kunnskap gjennom språket (Langdridge 2009). Michel Foucault mener at alle sosiale praksiser og all mening konstrueres gjennom diskurser, men at dette ikke er til forkleinelse for at det finnes en fysisk verden utenfor disse (ibid).

Det er avgjørende hvordan vi forhandler virkeligheten, da virkeligheten er konstruert. Problemene finnes ikke der ute som uavhengige størrelser uten oss (Gergen 2010:184). Ta en typisk familie som sliter med psykisk sykdom blant foreldrene. Ved å fortie den psykiske lidelsen overfor barna er det som om sykdommen ikke eksisterer, den er konstruert bort. Men barna forstår etter hvert, med eller uten hjelp fra foreldrene, at galskapen er der, i følge Bateson som et samhandlingsfenomen (i Mevik 1998:54).

Psykiatrien er i endring. Den blir påvirket av postmodernismen, men i hovedsak er psykiatrien fremdeles influert av modernismen med sitt fokus på individet. Systemisk familieterapi derimot er sterkt influert av sosialkonstruksjonismen og postmodernismen med dens fokus på det å skape mening underveis med relasjonen som bærende enhet. Vi står over for et "både-og", modernismen og postmodernismen er aktuelle i ulike kontekster.

### **2.3 Kommunikasjonsteori**

En tankemodell om kommunikasjon, kommunikasjonsteori, er en av flere komponenter som foranlediget utviklingen av systemisk teori og terapi. Utviklingstendenser innenfor psykologi og psykoterapi var med på å bryte vei mot et paradigmeskifte i det kulturelle landskap (Dallos & Draper 2007:37). Jeg velger å knytte Bateson til kommunikasjonsteorien, generelt fordi hans store innflytelse på systemisk teori, og spesielt på grunn av hans definisjon av informasjon. Først til det generelle:

*I stedet for at forstå begivenheder i en lineær rækkefølge hævdede kybernetikken, at årsag-virkningsforhold udgjorde en cirkulær proces, der fandt sted over tid. Dermed var der tale om en dynamisk snarere end en statisk modell av verden (ibid:38).*

I praksis betyr dette at det blir vanskeligere å legge skylden for problemet på individet. Dette fordi en sirkulær forståelse punktuierer på relasjon, eller det som ligger i mellom.

Når jeg velger å undersøke fenomenet ”informasjon om psykisk sykdom”, er det av betydning for meg å velge familien som observasjonsramme. Hvordan har forelder kommunisert til sitt barn at det er psykisk sykdom i familien. Hvordan er kommunikasjonen mellom foreldre og barn? Opplever barnet sammenheng i familiens tilværelse?

Begreper som ”kontekst” og ”relasjon” er essensielle i denne sammenheng. Kontekst betyr opprinnelig sammenheng. Mennesket forstår fenomener innenfor en sammenheng, en slags observasjonsramme som vi kaller kontekst. Relasjon refererer til samspill oss mennesker imellom eller samspill menneske og dets situasjon (Jensen 2009).

Begrepet ”punktivering” viser til det å velge ut ett synspunkt ut fra en kompleks meningssammenheng, eksempelvis ved å beskrive årsakene til en vanskelig relasjon ved å ta utgangspunkt i den ene parts handlinger (Dallos & Draper 2007:311).

*Kommunikasjonsteori er en forutsetning for systemisk forståelse, og vi kan si at systemisk forståelse er å benytte kommunikasjonsteori til å forstå samspill i familier og andre sosiale systemer (Jensen 2009:26).*

Kommunikasjon kan tolkes på flere nivå hvor ordvalg, tonefall, kroppens bevegelser og relasjon til den du snakker med kan tas med i betraktningen. Digital og analog kommunikasjon, henholdsvis skriftlig- og kommunikasjon uten ord (Jensen 2011), kan tas i bruk ved mer og mindre spesielle anledninger. Eksempelvis kan en psykisk syk, under et sykehusopphold, velge å kommunisere med sitt barn gjennom en klem og informasjonsskriv.

Hvis forelder velger å la være å forholde seg til barnet vil kommunikasjonen dem i mellom likevel ikke opphøre, da det er umulig å ikke kommunisere (ibid). Hvis forelder prøver å skjule hva som foregår, fører dette ofte til såkalte ”hvite løgner”, og et kroppsspråk som ikke samsvarer med det verbale. Dette gjør det vanskeligere for barnet å forstå. I barnets søk

etter å skape mening i tilværelsen, vil det bruke sin fantasi for å prøve å skape en sammenheng.

Hver gang vi står overfor et fenomen, assosierer vi automatisk en ramme å forstå fenomenet innenfor. Dette er slik Bateson forstår begrepet kontekst, som en psykologisk ramme. Kontekst angir ikke en ytre, observerbar ramme, slik det ofte blir brukt i dagligtalen (Jensen 2009:28).

Bateson (1979) forstår "informasjon" som "en forskjell som gjør en forskjell". Informasjonen må ha en slik kraft at den kan skille seg ut fra sin kontekst, den må gjøre inntrykk. Dersom forelder ønsker å informere sitt barn om at han er psykisk syk, må barnet få det med seg for at det skal gjelde. Det må oppleves potent for at samtalen skal kunne anerkjennes som informasjon (ibid). Om informasjonen mangler kraft, eller ikke skiller seg ut, vil barnet oppleve den som unyttig.

For å legge til rette for at informasjonen skal kunne utgjøre en forskjell for barnet, bør det tas hensyn til barnets utviklingsnivå, modenhet og situasjon (Wie Torsteinsson 2000). Derfor velger jeg å knytte aktuelle tema opp mot utviklingspsykologi. Johnsen sier at " ... familieterapeuter kan ha nytte av kunnskap om barns utvikling og sosiale forståelse". (Johnsen m.fl. 2000:13).

Like viktig er det at foreldrene erverver denne forståelsen. Foreldre kan ha nytte av å erkjenne at barn trenger å få informasjon flere ganger, ettersom barnet vokser og forstår mer kompliserte enheter etter hvert. Viktig informasjon må få tid til å modnes med barnet (ibid). I denne sammenheng blir det nyttig å se på informasjon som en prosess. Informasjonen må gjentas over tid etter som barnet forstår mer komplekse enheter.

Symmetri og komplementaritet er to fenomener som indikerer hvordan samspillet i en relasjon kan forstås. En symmetrisk relasjon punktuierer på likhet, mens en komplementær punktuierer på ulikhet. En symmetrisk familie vil være preget av at foreldrene føler og tenker likt, samt at de har ansvar for å utføre de samme arbeidsoppgavene. Er foreldrenes interaksjon komplementær vil det motsatte være gjeldende. Foreldrene vil således tenke ulikt og utfylle hverandre med å gjøre ulike oppgaver. Funksjonene blir verdsatt forskjellig og tillagt makt deretter (Jensen 2009).

## 2.4 Kommunikasjon innad i familien ved stress og sykdom

Her tar jeg utgangspunkt i et mangelperspektiv, med det handikap det er at en eller flere av de voksne i familien sliter med psykisk lidelse. Min forforståelse tilsier at det å ha en psykisk sykdom er et hinder for familiesamspillet, da det bidrar til å gjøre kommunikasjonen komplisert.

Hva gjelder det å informere barn om forelders sykdom gis det to ytterpunkter som begge er uheldige. Disse er: ingen informasjon, hvor barnet totalt forskånes for informasjon og det å "vite alt", hvor barnet blir innlemmet i alle detaljer (Ruud 2011). Der hvor tabu er med på å begrense informasjonen til et minimum, vil i motsatt ytterpunkt manglende grenser bidra til uhensiktsmessig innvielse i detaljer.

Når kommunikasjonen i familien stopper opp og usikkerhet og tabu preger atmosfæren gir det grobunn for bekymring og utrygghet (Mowatt Haugland m.fl. 2012:195). Familien er tjent med å snakke med barnet slik at det kan få en forståelse for hva som foregår. I mange tilfeller fratar foreldrene barnet valg, som å uttale seg om hva som skjer på hjemmebane. Som tidligere nevnt er det lovhjemlet at barn, fra 7årsalder, skal høres i personlige forhold som angår dem.

Men hva forstår barnet, og kan man snakke med barnet om alt? Utviklingspsykologien viser til at små barn forstår mer enn det kan gi uttrykk for verbalt (Stern 2004). Magne Raundalen diskuterer hvorvidt man kan snakke med barnet om alt. Svaret er bekreftende, man kan snakke med barnet om alt, gitt visse betingelser er oppfylt (Raundalen 2008).

I følge Raundalen finnes et "formidlingsprogram" for normer, verdier, kunnskaper og ferdigheter som en slekt fører videre til neste. Denne hjelpen, kalt "generasjonsplikten", skal føre til at neste slekt kan få et godt liv som er lettere å leve (Raundalen og Schultz 2008:22). Hvorvidt man inkluderer barna i familiehistorien eller ikke har med verdisyn å gjøre. Satt opp mot hverandre, hva er best; å være ekte, åpen og tydelig eller å forestille seg, skjermes og fortie sannheten? Glistrup skriver om "det du ikke vet har du vondt av" (Glistrup 2004), og Kallander (2008) tilføyer... lenge. Ellen Kallander har personlig erfart ringvirkningene av tausheten rundt psykisk sykdom hos forelder, og skrevet om det. Flere forskere har skrevet

om fortielsen eller taushetens negative konsekvenser Mevik 1998, Almvik og Ytterhus 2004, Beardslee 2003, Kufås 2005, Jangås 2005 og Killen 2000 for å nevne noen.

Hvordan kan vi informere barn på en skånsom måte? Vi skal gi våre beste voksenforklaringer i et språk barnet kan forstå (Raundalen 2008). Små barn forstår omskrivninger som "snakkemedisin" og "skrivemedisin". James Pennebaker skriver om nytten av at barn og voksne betror seg om det de har opplevd av negative historier. Han har forsket på tema og fant at bearbeiding av psykisk stress gir gode virkninger utover helseaspektet. "Å lette sitt hjerte" for skamfulle tema gir ikke bare bedre helse, men også bedre økonomi. Et lettere sinn gir en bedre organiseringen av hverdagen.

## 2.5 Utviklingspsykologi

Når det gjelder å informere barnet om psykisk lidelse og dens konsekvenser for familien, er det nyttig å kjenne til barnets utvikling. Dette for lettere å tilpasse seg barnets utviklingsnivå. Daniel Stern er en amerikansk barnepsykolog som er opptatt av empirisk forskning. Han inngir håp fordi hans utviklingsmodell er som en kontinuerlig konstruksjonsmodell hvor stabilitet og endring går som to parallelle løp opp gjennom livet. For meg inngir det tillit at disse to viktige elementer i våre liv; endring og stabilitet er inlemmet i modellen.

Stern representerer med dette en nyere utviklingspsykologi som er opptatt av selvet, og relasjoner. Dette som er "mellom" individene, som systemteori befatter seg med. Han står for en "både-og- tekning" hvor selvutvikling og relasjonsutvikling blir sidestilt. Han definerer selvet som barnets totale organisering av de erfaringer det gjør seg. Dette inkluderer perseptuelle, affektive, atferdsmessige, symbolske og narrative strukturer (Stern 2003:15). Intersubjektivitet eller gjensidighet i kommunikasjonen mellom voksen og barn handler om å ikke gjøre samtalen for komplisert. Å prate direkte til barn gjør at meningen framstår tydeligere (ibid).

I en alder av 9 måneder fornemmer spedbarnet andre perspektiv sammen med mor. Felles oppmerksomhet blir en realitet (Stern 2003:197). Ved at den primære omsorgsgiver kan se og

bekreftede barnets følelser vil det gi barnet en følelse av mestring, fellesskap og sammenheng (Killen 2007).

Det interessante her er at barnet fornemmer relasjonen mellom seg og mor gjennom et felles perspektiv fra så tidlig alder.

### 2.5.1 Dialektikk og gjensidighet

Det var gjennom fenomenet "gjensidighet" jeg fikk interesse for dialektisk relasjonsforståelse. *"Det dialektiske prinsipp sier... at delene vi skaper, varierer sammen, forutsetter hverandre, viser til hverandre og må forstås i forhold til hverandre"* (Schibbye 2002:35). Her står vi overfor en sirkulær prosess hvor sammenhenger flettes inn i hverandre i en gjensidig relasjon. Schibbye viser til Hegel i sin bok (ibid) som forfekter at selvet blir til sammen med den andre. Gjennom å gjenkjenne seg selv i den andre og ta seg selv tilbake som forandret, utvikles en egen bevissthet. Hegel påpeker at i det vi søker anerkjennelse hos den andre, foregår det en kamp. Fordi vi ikke nødvendigvis ønsker å anerkjenne den andre tilbake. Det oppstår et paradoks; for å være uavhengige, må vi være avhengige. Dilemmaet består i at vi trenger den andre for å bli selvstendig. Dette utgjør kampen for selvhevdelse. Schibbys løsning på dette dilemmaet, slik jeg forstår det, er å anerkjenne den andre.

Partene i samspill forutsetter hverandre, og samspillet er gjensidig. Vi kan ikke forstå noe løsrevet fra noe annet, da alt henger sammen (jmf. Bateson). Schibbye viser til Winnicott som understreker det dialektiske ved å vise til mor barn forholdet. Forholdet skaper hverandres forutsetninger på den måte at det ene ikke finnes uten det andre, mor og barn.

Nyere teori leder oppmerksomheten mot relasjon. Barnets rolle i samspill med forelder blir aktualisert gjennom ny kunnskap om relasjoner. Stern (1995) eksemplifiserer dette forhold, ved å peke på at barnet er mer enn et objekt influert av sin mor. For barnet er selv med på å skape forutsetninger for utformingen av forholdet til moren, i Schibbye 2002. Partenes væremåte skaper gjensidige forutsetninger. Barnet opplever seg gradvis som følende, tenkende og lekende gjennom relasjonen med mor (ibid).

Samspill står i et dialektisk forhold til indre prosesser i det individuelle selv. Ubevisste prosesser kommer således til uttrykk i relasjonene. I et forsøk på å beskytte seg selv mot å



oppleve psykisk smerte kan familiemedlemmer leve følelser for hverandre (ibid:211). Følgende to eksempler på dette fenomen er hentet fra empirien. En informant opplever at faren har informert henne om morens psykiske sykdom, tross for at hun ikke erindrer dette selv. Hun holder fast på at han har informert på en adekvat måte. En annen informant opplever at hennes far ikke er i stand til å kunne påvirke hvordan han behandler henne. Fordi han gir uttrykk for at han ikke kan styre sine affekter, godtar hun at han har skikket henne, psykisk så vel som fysisk.

## 2.6 Barnets reise opp mot vår tid

I det følgende vil jeg si noe om hvordan barn har blitt oppfattet, og hvilke roller de har fått opp gjennom mer enn hundre år. Spesielt interessant er det å se hvilke arenaer som har vært barnets før og nå. Hva det innebærer å være et barn vil avhenge av tidsepoke, kultur og samfunnsstruktur. I dag har det typiske barnlige forsvunnet, og som et resultat av det indikerer ikke lenger klesdrakten skarpe skiller mellom barn, ungdom og voksen.

Leken og barndommen varer lenger hos høyerestående dyr, som trenger lenger tid til å forberede seg på å bli voksen, Frønes (1998). I jeger- og sankersamfunnet er det sannsynlig at barn ikke arbeidet, de lekte. Dette fordi få oppgaver egnet seg for barn i det enkle samfunn preget av jakt og sanking. I det gamle jordbrukssamfunn og det tidlige industrisamfunn forholdt dette seg annerledes, da mange oppgaver kunne utføres av barn. Gjennom arbeid og regellett lærte barn om regler i samfunnet, mens i dag lærer barn om roller gjennom kommunikasjon og rollelek (ibid).

I det førindustrielle samfunn var familien et produksjonsfellesskap som produserte mesteparten av hva familien trengte. Voksne og barn arbeidet sammen. Offentlig formynderi eksisterte ikke og patriarkiet regjerte. Barna skulle ikke bare overta gårdsdriften og føre slekten videre, de var foreldrenes alderstrygd. De barnløse gikk en utrygg framtid i møte. Familien handlet om forpliktelse og overlevelse, ikke om følelser og fellesskap. Den store barnedødeligheten var en medvirkende årsak til dette da den skapte et annet forhold til barn enn i det moderne samfunn. Familien var ikke samlingssted for fellesskap, dette skjedde på torget, og involverte gjerne rituelle festbegivenheter. Barn var alltid i nærheten, og skillet mellom barnets og den voksnes verden var ikke trukket. Barn av fattige flyttet

hjemmefra i 10 års alderen for å jobbe. Barn av de velstående vokste opp blant tjenerne, og ble oftest behandlet tilsvarende (Frønes 1998).

Med industrialisering og framveksten av den moderne kapitalisme ble familien privatisert. Barna ble trukket inn i familien og bort fra det åpne torgets liv. Mor representerte hjemmet. Hun var familiens sentrum, og hennes oppgave var å oppdra barna. Familien ble i større grad basert på følelser, og barn måtte beskyttes mot den voksne verdens liv. Før var man mer opptatt av levevilkår. Nå, i det postindustrielle samfunnet, ble man i økende grad opptatt av livskvalitet og mening. I det moderne samliv er det forventet at mennesket skal realisere sin kjærlighet med barna som det store følelsesmessige prosjekt. Det digitale medium kom til.

Den symmetriske familie; begge foreldrene er ute i arbeidslivet, og barndommen blir organisert. Moderne psykologi blir allemannseie. Den dobbeltarbeidende karrierefamilien er nå den dominerende familieformen. Den vesentligste arbeidsoppgaven for barna er å kvalifisere seg som framtidig arbeidskraft gjennom skole og samfunnsliv. Tidligere møtte barna verden gjennom arbeid, i dag møter de verden gjennom å være forbruker (ibid).

Barn har krevd og fått ulike "ting" fra foreldrene og samfunnet fra bondesamfunnet til i dag. Det moderne barn krever mye tid sammen med sine foreldre, fordi de skal møte en krevende framtid (Frønes 1998). Det moderne torget, eller nærmiljøet, er av betydning for oppdragelsen av barnet. I Afrika forteller et ordtak at det trengs en hel landsby for å oppdra et barn. I Norge har Gro Harlem Brundtland slått et slag for nabokjerringa. I dag får barn økende oppmerksomhet på det symbolske plan, men det fysiske barn er kommet i konflikt med andre behov som foreldre har (Ellingsæter 2004:223).

Familier fra utlendighet som er oppvokst i en annen kultur enn vår vil se barnet fra et annet perspektiv, og barnets identitet vil være knyttet til andre roller enn vi nordboere har tradisjon for.

Det spesielle å legge merke til her er at barna tidligere hadde et samlingssted, torget, hvor barn ble kjent med andre barn og voksne. Dette motvirket isolasjon og eventuelle forestillinger hvorvidt det er vanlig at foreldre ruser seg, eller mister besinnelsen på andre måter. Særlig viktig er det at barn får anledning til å møte andre voksne for lettere å ta

kontakt, knytte bånd, bli anerkjent, og unngå å føle seg ensomme. Å bli kjent med andre barn er viktig av samme grunn.

## **2.7 Barns brukermedvirkning**

Barnekonvensjonen ble vedtatt i FN i 1989, og Norge ratifiserte den i 1991. I 2003 ble den innlemmet som en del av den norske lovgivningen (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, rapport: Å vokse opp- av år 2012). FN konvensjonens artikkel 12: Barns rett til å bli hørt kan ses i sammenheng med helsepersonelloven § 10a. Her påpekes at barn har rett til å bli hørt i saker som angår dem, hvor de ikke selv er hovedperson. Barneloven § 31 sier at barnet skal høres i personlige forhold som angår dem fra 7 års alder (Mowatt Haugland m.fl. 2012:31).

*Brukermedvirkning er brukerens innflytelse på utformingen av tjenester og i det enkelte møte mellom bruker og tjenesteutøver (Veileder: Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene 2007). Uttalelser i det offentlige rom skal ha sagt om brukermedvirkning; at det gir eierskap til egen prosess, en prosess barna blir delaktige i ved å gi uttrykk for sitt syn på saken.*

*Barnekonvensjonen gir barn og unge under 18 år et særlig menneskerettighetsvern. Barns rett til å si sin mening, bli hørt og respektert, er et sentralt prinsipp i konvensjonen. Retten til barn og unges medvirkning er også hjemlet i en rekke norske lover (fra Voksne for Barn sine nettsider per 2012,12 februar, kl 20). Lovgivere og politikere i Norge og ute i verden har således bekreftet barna som egne rettssubjekter, og slått fast at barnas medvirkning og deltakelse er grunnleggende. Medvirkning har en helsefremmende verdi. Det å oppleve at det er mulig å påvirke og forandre aspekter ved sitt liv og sine omgivelser, er en viktig faktor for å holde seg frisk. Dessuten gir det en følelse av mestring å gjennomføre valg (Aaron Antonovsky 1987), professor i medisinsk sosiologi.*

## **2.8 Barneperspektivet versus voksenperspektivet versus familieperspektivet**

I dette kapitlet setter jeg lys på ulike perspektiver. Som nevnt (i kap. 2.4) kan spedbarnet dele et perspektiv med primær omsorgsgiver før det fyller ett år. Forelders oppgave er å lese barnets behov fra spedbarn av. Senere kan det bli uenighet om hvilket perspektiv som skal få

rang da barnets, eller ungdommens og den voksnes perspektiv ofte kolliderer i tilfredsstillelse av behov. Familieperspektivet derimot har flere perspektiver framme samtidig, og målet blir å ivareta flere familiemedlemmers behov samtidig.

I min forståelse av et barneperspektiv legger jeg barnets subjektive mening til grunn. Hva barnet opplever og erfarer, hva det synes er bra og hva det ønsker å endre hører med i denne forståelsen. Begrepet barneperspektiv assosieres ofte til jussen, til barnets rett til å uttale seg og bli hørt. Lovverket er der for å bidra til å sikre barnets rettigheter, som i dag er ment å sikre barna på linje med den voksne populasjonen. Før i tiden manglet barnet både rettigheter og posisjon, da det ble behandlet som arbeidskraft (se kap. 2.5).

Setter vi voksenperspektivet opp mot barneperspektivet forventes det mer av den voksnes væremåte. Det ligger i semantikken; å være voksen innebærer å være moden, med alt hva det innebærer av ansvar, fornuft og etikk. Til sammenligning har en mindreårig mindre livserfaring, og hjernen blir fullt utviklet som voksen først i tjuve års alderen. I sum forventes det av en voksen at vedkommende kan sette seg inn i barneperspektivet, uten at det nødvendigvis er motsatt. Sagt på en annen måte, ligger det i sakens natur at en voksen har ansvar for barnet og ikke omvendt (Juul 1996).

I dagens samfunn, hvor begge foreldrene jobber og barna enten er i organiserte fritidssystemer eller sitter alene med sosialt media, opplever stadig flere barn å få lite tid sammen med voksne. Dette er åpenbart et savn, da barn trenger voksne for å få bekreftelse på mestring og samhandling for å føle at de har verdi.

Med posisjon følger makt, og som forelder har du makt over ditt barn. Barnet blir til gjengjeld oftest avmektig i denne konstellasjonen. Det er denne type makt, som blir tatt for gitt, som Foucault kaller hegemonisk makt. Den baserer seg på usynlige strukturer i hverdagen. En maktstruktur som er internalisert gjennom oppdragelse og utdanning (Foucault 2000). Foucault tok til orde for å diskutere makt uten å vektlegge det potensielle negative ved fenomenet maktutøvelse.

Hvis vi tar barnet på alvor, vil et mest mulig symmetrisk forhold gagne relasjonen voksen barn på en best måte (Gamst og Langballe 2004). Dette synet ønsker jeg å komme tilbake til i drøftingsdelen (jf. kap. 6.4).

Ved sykdom utfordres foreldrenes ansvar og omsorgsevne ovenfor barna. Men selv om en har fått en psykiatrisk diagnose, så er det ikke ensbetydende med at en har mistet evnen for all tid til å se barnet, og å sette seg inn i barnets sted (Alnes 2011). Barnets perspektiv kan glippe for den beste intensjon. Hvorvidt du er syk eller ikke, bør en forelder ha som mål å være så voksen og ekte som mulig overfor barnet (Juul 2010). Barn vil ha en åpen og nøktern dialog som tar livet av forestillinger, og støtter opp under forutsigbarhet. Det er dette jeg leser ut av Raundalens beskrivelse av at barn ikke ønsker sannheten pakket inn i bomull.

Familie kan defineres som: Husholdning med to eller flere medlemmer, især om foreldre og barn (Norsk ordbok 1998). Halså (2008) beskriver at konseptet for hva som blir forstått med "familie" er sterkt endret de siste 10 årene. Familien i dag blir ikke lenger forstått som en fast størrelse, men som relasjoner og kvaliteter ved disse (ibid). Det at begrepet kjernefamilie sjelden blir omtalt kan stemme med teorien om at familien som en fast størrelse er opphørt. Husholdningen kan bestå av få eller flere medlemmer, likevel vil definisjonen familie gi et innhold. Minuchin beskriver egenskaper som familien besitter som en enhet som favner: lojalitet, toleranse, gjensidig hjelp og assistanse, noe allmennheten ofte tar for gitt. Et annet perspektiv på hva familie står for gir Halså (2008) når hun lister opp følgende begreper; mangfold, valgfrihet, autonomi, individualisering og refleksivitet.

Familieperspektivet ser, som nevnt, på flere perspektiver parallelt da det er opptatt av å dekke flere behov samtidig. I denne masteroppgaven tar jeg utgangspunkt i forskjellige grader av barnets perspektiv.

## 2.9 Diskurser

Det finnes mange diskurser knyttet til temaet "barn som pårørende". Hvor mye foreldrene involverer barna sine i dagens lek og alvor har med synet på hva en god barndom innebærer. Foreldrenes ståsted med tanke på hvordan barna oppdras, og hva det vil si å være et barn vil få avgjørende betydning for om barna blir inkludert i familielivets bestemmelser. Her har jeg valgt ut tre diskurser som legger føringer for kommunikasjonen i hjemmet. Den første diskursen, om psykisk lidelse, vil være mer aktuell jo nærmere kjennskap familiemedlemmene har til en som er psykisk syk. Hvordan skal man forstå psykisk lidelse og hvordan skal man forholde seg til en som oppfører seg annerledes enn vanlig? Er det klima for åpenhet? Hvilket leder til den andre diskurs om "å skåne" barnet fra negative hendelser.

Tredje diskurs omhandler det å ta barnet på alvor, å se barnet nyansert med sine ressurser og kompetanser.

### 2.9.1 Diskursen om psykisk lidelse

Det finnes gradsforskjeller av psykisk stress. Psykiske vansker kan utvikle seg til psykisk lidelse om lidelsestrykket varer over en viss tid og visse kriterier er oppfylte. Plagene må likeledes være av en viss alvorlighetsgrad før man stiller en diagnose som bipolar lidelse, angst, depresjon eller schizofreni (Snoek 2010).

Det for et barn å ta inn over seg at forelder er psykisk syk er særs vanskelig med mindre en signifikant voksen har informert barnet om saken, og kan yte støtte underveis i prosessen. Erfaring viser at barn merker at noe er annerledes, at noe ikke stemmer sammenlignet med hvordan ting var før. Mitt blikk fanges av det barnet opplever som "annerledes" i virkeligheten er det som psykisk forelder bringer med seg av galskap inn i relasjonen. Det er i kraft av å være psykisk syk at forelder bringer galskapen inn i relasjonen forelder barn. Avhengig av alder og modenhet vil barn forholde seg ulikt til situasjonen. Eksempelvis vil noen barn oppsøke helsetjenesten for råd, slik halvparten av informantene i denne undersøkelsen gjorde.

En av mine informanter er opptatt av galskapens dualitet, på den ene siden berikende, på den annen side ødeleggende.

*... og så har pappa liksom brakt galskapen og humoren inn i familien. Det har jo vært positivt for han var jo ikke bare syk. Og det er på en måte der jeg har fått mye av min humor og galskap og ting som er naturlige da.*

Informanten peker på det hun opplever som galskapens flere sider, som mani, humor og ufornuft. Hun evner å se problemstillingen i metaperspektiv, og ved det er hun med på å avstigmatisere psykisk syke.

I den andre enden av skalaen opplever en yngre informant at psykisk sykdom ikke kan regnes som "ordentlig sykdom". Hun erfarer at psykisk sykdom påkaller forvirring og medlidenhet, noe hun synes er problematisk. Denne informanten har på det tidspunkt et lavere nivå av forståelse av konseptet psykisk syk. Hun mangler det Antonovsky kaller "sense of coherence" eller "opplevelse av sammenheng".

### **2.9.2 Diskursen om det å skåne barnet**

Fra et voksent perspektiv kan det å skåne barnet fortone seg som en god idé. Eksempelvis sier psykolog Peder Kjøs at voksne ikke skal krangle foran barnet, under overskriften "dette må du skåne barnet for". Han forteller at barna ofte tror at skillsmisse er neste steg, og påpeker at barna sjelden får med seg forsoningen mellom foreldrene, da dette gjerne skjer etter at barna har lagt seg. (Nettside "Foreldre og barn, 2012, 04.03, klokken 14.10).

Tor Gjeldstad Bauar sier at det ligger dypt i oss voksne at vi ønsker å beskytte barn fra alt det onde. Voksne har noen forestillinger om å skåne og skjerme, og selv om idèen er god så er den kunnskapsløs og ikke virksom. Hvis vi snakker usant med barna våre så får de ikke den hjelpen de trenger for å rydde opp i egne fantasier. Alvorlig er det også at barna på et tidspunkt forstår at det er blitt holdt utenfor og lurt. Det skader den tillit barn er helt avhengige av å ha til voksne for å utvikle seg hensiktsmessig. Derfor er det en direkte sammenheng mellom kjærlighet, ærlighet og tillit. (Nettside "Psykologi og sånt" i Grenland 10.11.12 klokken 16.05 psykolog Tor Gjelstad Bauer).

Anne Helgeland (2012:195), som er barnevernspedagog og familierapeut, forteller om familiemedlemmers behov for å beskytte seg selv og hverandre. Familiene hadde beskyttet seg mot noe de ikke helt visste rekkevidden av, og forelderen hadde i mange år manglet vokabularet for å sette ord på sine psykiske vansker. Dette gjorde det vanskelig å kommunisere tydelig med barna. Barna på sin side skjermet mor. Det oppsto gjensidig taushet.

### **2.9.3 Diskursen om barnets kompetanse**

Tidligere regjerte feilaktige grunnforestillinger om hvilke kapasiteter barn er. Barnet ble betraktet som et vesen som trengte massiv påvirkning og manipulering fra voksne før de kunne regnes med (Juul 1996:11). Barn er kompetente, men samtidig avhengig av voksne. I familier hvor voksne settes under press, som ved psykisk lidelse, er den voksne ofte avhengig av barnet. Dette gjelder ved praktiske anliggender og som mental støtte for å holde på hemmeligheten. I følge Øvreide (2005) er barnet selvorganiserende, men ikke nødvendigvis

selv ivaretagende. Barn som får for stort ansvar for egen ivaretagelse, får utviklingsproblemer, understreker han.

Barnet innehar kompetanse helt fra spedbarns alder. Det markerer sine grenser ved hjelp av lyder, motorikk og språk. Barnet vet hva det har lyst til, men ikke nødvendigvis hva det har bruk for. Barnet er avhengig av anerkjennelse fra voksne for å utøve personlig ansvar. Barn og unge trenger ekte voksne som sparring - partnere som er åpne for å erkjenne at mennesker opplever virkeligheten forskjellig (ibid: 128).

Jeg har her løftet fram tre diskurser som jeg finner vesentlige i forståelsen av familiesamspillet når en forelder er psykisk syk. Hva gjelder psykisk lidelse er sykdommen i verste fall ansett å gjøre den psykiske syke utilregnelig. I den andre ytterlighet kan "gal" representere en kreativ livskraft. For et barn er det vanskelig å forstå at endret atferd, framstått som annerledeshet, betyr psykisk sykdom, eller i sin konsekvens, et handikap for familiesamspillet. I skåneproblematikken ligger en dualitet. Foreldre prøver å skåne barn fra krangel foreldrene imellom. Krangel kan nære barns fantasi til å tro at det negative vil eskalere. I andre tilfeller kan det å skåne ha motsatt effekt; som å skåne barn fra et viktig familieanliggende, som psykisk sykdom. Barn vil her holdes utenfor familiens historie og miste tillit til foreldrene i neste omgang. For det tredje vil barna lære å bli tause om visse saker. Barna blir lært opp til taushet og ønsker gjensidig å skåne foreldrene fra noe de ikke ser rekkevidden av. Hva gjelder barns kompetanse ble denne tidligere underkjent. I dag er det bedre kjent at barn er kompetente helt fra de er spedbarn. Like fullt trenger barnet at voksne tar ansvar for dem, og hjelper med å ivareta deres interesser. En tydelig voksen som ser barnet er en god rollemodell.



### 3.0 Metode

I det følgende vil jeg legge fram metodevalg og hvordan innsamling av data har blitt gjennomført. Deretter vil jeg redegjøre for egen for forståelse med dens utfordringer. Jeg vil reflektere over etiske betraktninger. Avslutningsvis vil jeg skrive om validitet og reliabilitet i en kvalitativ kontekst.

#### 3.1 Hvorfor kvalitativ metode

Mitt forskningsteoretiske verdisyn tilkjenner en konstruktivistisk søken etter forståelse. Forståelsen blir her til i det den konstrueres i relasjonen gjennom dialogen oss mennesker i mellom. Dette syn på kunnskap og sannhet betegner vår postmoderne tid (Kvale og Brinkmann 2010). Jeg velger kvalitativ metode da dette passer min studie best, fordi jeg søker mening hos et lite utvalg av "barn som pårørende" i deres erfaringer. Forståelse skapes i dialogen mellom henholdsvis barn og forelder, og informant og intervjuer.

Kvantitativ forskning er mer opptatt av fenomener som kan måles og kvantifiseres. Den søker å kunne predikere for hva som vil skje i framtiden. Den er mer kontrollert hva gjelder metode, og anvender ofte eksperimenter, strukturerte spørreskjemaer eller observasjoner, gjerne med et stort antall deltagere. Kvantitativt arbeid fokuserer mer på atferd enn hva kvalitativt arbeid gjør, som gjerne fokuserer på mening. Kvantitativ forskning formulerer kausale årsaksforhold (Langdridge 2006:26). Mens kvalitativ forskning befatter seg med forståelse mellom fenomener og sammenhenger.

Kvalitativ metode, søker kvaliteten gjennom meninger, betydninger og tekst. Gjennom kvalitative spørsmål leter vi ikke etter svar, men vi beskriver og belyser fenomenene. Mye av den kvalitative forskningen baserer sin datainnsamling på empiri, fra et begrenset antall individer. Kvalitative forskere mener det ikke finnes noe enkelt forhold mellom hvordan mennesket ser verden, og verden i seg selv (ibid). Dette tas det høyde for i kvalitativ forskning.

Ved å velge kvalitativ metode holder jeg meg innenfor det fenomenologiske paradigme.

### 3.1.1 Fenomenologi

Som filosofi ble fenomenologien grunnlagt av Edmund Husserl rundt år 1900. Den ble videreutviklet av Martin Heidegger, som eksistensiell filosofi, og senere påvirket av Jean- Paul Sartre og Maurice Merleau- Ponty i mer eksistensialistisk og dialektisk retning. Fra starten av var fenomenologiens gjenstand bevissthet og opplevelse (Kvale og Brinkmann 2010).

Fenomenologi tar utgangspunkt i subjektiv opplevelse og søker å oppnå forståelse av den dypere mening i den enkeltes erfaringsverden (Thagaard 2003).

Fenomenologi og hermeneutikk er viktige komponenter i kvalitativ forskning.

Fenomenologien kan ses sammen med eller atskilt fra hermeneutikken (Smith 2009). I "Fortolkende fenomenologisk analyse", som er mitt valg av forskningsdesign, er hermeneutikken nært knyttet til fenomenologien.

### 3.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk kan oversettes med fortolkningskunst, eller sagt mer utdypende:

*En form for tolkning som går ut på å skape forståelse for den betydning, det innhold og de vurderinger som finnes i en tekst, en handling, en beslutning..., hvor man tar hensyn til den bakgrunn og den sammenheng som den tolkende har en forankring i (Psykologisk leksikon, 1996).*

Det finnes andre måter å tolke og forstå tekster enn den hermeneutiske. En tekst kan forstås logisk gjennom matematiske formler eller gjennom kausale sammenhenger vi finner i natur- samfunns- og atferdsvitenskaplige forløp. En tredje form er å tolke ut i fra tingenes vesen, gjennom fenomenologien (ibid).

Den hermeneutiske sirkel vitner om systemisk tenkning, og en sirkulær prosess. Den hermeneutiske sirkelen er et sentralt begrep som beskriver en reflekterende prosess hvor vår forståelse kommer til uttrykk i meningsdanning og veksling mellom del og helhet (Jensen 2007).

### 3.2 Valg av forskningsdesign

I valg av forskningsdesign velger jeg Interpretative Phenomenological Analysis, IPA, en fortolkende fenomenologisk analyse. Jonathan Smith er en av grunnleggerne av IPA. Han hevder at metoden representerer en ung og framvoksende tilnærming i kvalitative undersøkelser. IPA er best kjent innen psykologien, men brukes stadig mer innen beslektede disipliner som innen human-, sosial- og helse- vitenskap. Mesteparten av IPA forskning, innenfor segmentet helse, undersøker pasientens personlige levde erfaring. Dette representerer det viktigste anliggende, "the core concern", for helse og sykdom innen fenomenologien (Smith 2009:133). Den semantiske betydning av "pasient" er den som lider. Nær pasienten befinner pårørende seg, som lider med pasienten, om enn i større eller mindre grad.

Mens kvantitativ forskning gjerne tar utgangspunkt i hypotetisk deduktiv metode, og går fra teori til empiri, går kvalitativ forskning ofte motsatt vei. IPA anvender induktiv metode, som starter med erfaringsbasert kunnskap og ender med teori, også kalt "bottom up" (Dallos & Vetere 2005). Den induktive tilnærming er basert på antagelsen om at teoretiske perspektiver kan utvikles på grunnlag av akkumulerte empiriske undersøkelser (Thagaard 2004:181).

Ettersom IPA har en fortolkende fenomenologisk tilnærming blir det viktig å knytte hermeneutikken til fenomenologien. I følge Heidegger er IPA opptatt av å undersøke hvordan et fenomen fremtrer, og analytikeren er dratt inn for å fasilitere og gjøre denne fremtreden forstått (Smith 2009:28).

*The approach is constructionist in its assumption that meaning is generated through interpretative processes, for both the participant and the researcher* (Dallos & Vetere 2005:58).

En forsker innen IPA er opptatt av dobbel hermeneutikk, på den måte at forskeren prøver å forstå deltakeren som igjen prøver å forstå hva som skjer med seg selv, eller et fenomen (Smith 2009:3). Det foregår tolkning på flere plan.

De tre grunnpilarer som støtter IPA er fenomenologi, hermeneutikk og ideografi (Smith 2009). Fenomenologi og hermeneutikk er allerede beskrevet.

Ideografi er opptatt av det enkelte tilfelle ("particular"), i motsetning til nomografi som undersøker på gruppenivå. Som nevnt over forholder IPA seg til ideografi, og dette skjer på to plan: Det partikulære i form av detalj, i ønske om å forstå et fenomen i perspektivet til noen utvalgte mennesker, og på et annet plan i kontekst. Dette er grunnen til at IPA gjør forsøk med få informanter (Smith 2009:29).

Sagt på en annen måte er IPA sin ideografiske tilnærming opptatt av å forstå et spesielt fenomen i en spesiell kontekst. I dette tilfelle, hvordan opplever "barn som pårørende" at foreldrene er tause om fenomenet psykisk sykdom, når konteksten nettopp er at forelder er psykisk syk?

For å innhente datamateriale kunne jeg valgt, feltarbeid eller observasjon, jeg velger intervju. Intervju betyr en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som opptar begge. Det foreligger en gjensidig avhengighet, i samtalen skjer en konstruksjon (Kvale 2010).

IPA som metode veksler mellom ulike posisjoner, henholdsvis mellom å være nær og fjern, og tro og troløs (Smith 2009). Leseren vil se dette komme til uttrykk gjennom mitt valg av å være nære informantene. Dette virkeliggjøres ved at jeg skiller kvinnene fra hverandre ved bruk av et kallenavn, eller i dette tilfelle en bokstavkode. Eksempel på det troløse kommer til uttrykk ved at mine tolkninger kan stå i motsetning til hva informanten selv har ønsket å si om sin situasjon.

### **3.3 Innsamling av data**

Epistemologi er teori om kunnskap. I årevis er det blitt diskutert hva kunnskap er og hvordan den oppnås. Jeg velger å nå kunnskap gjennom intervju.

#### **3.3.1 Utvalg og rekruttering**

I min tilnærming til metode valgte jeg å snakke med voksne for å komme til barna. Dette fordi barn, som gruppe regnes som ekstra sårbare. Av denne grunn gir Datatilsynet få masterstudenter "adgang" til å forske på mindreårige.

I søk etter informanter bruker jeg "strategisk utvalg" (Thagaard 2009). Dette betyr at de fire utvalgte kandidatene har spesifikke erfaringer og kunnskaper som er relevante for min

problemstilling. Kjennetegn ved utvalget er at de alle er voksne pårørende barn. De jobber med tema barn som pårørende innen psykisk helse, enten som erfaringskonsulenter og/eller i en mer profesjonell retning. Homogeniteten er således sikret. Min intensjon var å få informanter som ville være engasjerte i temaet, og som hadde erfaring nok til å formidle rike og nyanserte historier.

Det legges til grunn at utvalget har jobbet med tema gjentatte ganger, som et resultat av at de har tatt et bevisst valg om å jobbe med aktuelle tema i sitt virke eller i sin fritid. Gjennom dette har de hatt stor anledning til å bearbeide belastninger og traumer fra fortiden. Dette gjør utvalget mer robust, og mer etisk forsvarlig. Det var slik jeg forutså det.

Hva gjelder kjønn består utvalget kun av kvinner. Det at menn ikke er representert i utvalget er ikke resultat av et bevisst valg fra min side. Tvert imot ville det vært berikende med begge kjønn, da de ofte representerer noe forskjellig. Alderen spenner fra slutten av tenårene til slutten av trettiårene. To av fire deltakere var for få år siden mindreårige, og vil således lettere erindre barndommen. Tre av fire kan karakteriseres som unge voksne. Ene halvpart av informantene ble rekruttert gjennom mitt profesjonelle nettverk, andre halvpart gjennom en organisasjon som jobber ideelt med pårørende innen psykiatrifeltet, jf. vedlegg 1 og 2.

Hva gjelder utvalgets størrelse hadde jeg initialt et ønske om flere intervjupersoner. Min forforståelse ledet meg til å tro at dette ville hjelpe i generaliseringen av data. Trolig befant jeg meg inne i det kvantitative paradigme. Smith gir gode argumenter for at utvalg på fire er stort nok, i det han anbefaler at tre til seks kandidater i en IPA studie vil kunne lønne seg. Dette vil sikre nok tilfeller av meningsfulle poenger av likheter og forskjeller blant deltagerne uten at datamaterialet blir overveldende stort (Smith 2009:51). Det er et dypdykk i detaljer, i søk etter mening og opplevelse, en IPA forsker søker, jf. vedlegg 4.

### **3.3.2 Intervjuguide og intervjuer**

Et kvalitativt forskningsintervju blir ofte beskrevet som "en samtale med hensikt", skjønt "samtale" er heller kunstig, da dynamikken tilsier at informanten prater mens intervjuer lytter (Smith 2009:57). Min personlige erfaring tilsier at intervjuer ofte trenger å ta ansvar for samtalen, det er ikke tilstrekkelig å stille mer eller mindre planlagte spørsmål for å få flyt i dialogen.

Innenfor IPA anbefales semistrukturert intervju (Smith 2009), Kvale kaller det "forskningsintervju". Strukturen vil kunne sikre at noen like spørsmål blir stilt til samtlige intervjupersoner. Dette bidrar til ryddighet, og det blir lettere å sammenligne informantenes svar, slik jeg ser det. Hva forforståelse gjelder var jeg opptatt av å få noen konkrete svar, jf. vedlegg 3, til tross for at kvalitativ metode heller legger vekt på stemning og opplevelse, for å innhente meningsaspektet i historien. Jeg erfarte at det kunne være vanskelig å få svar på enkelte spørsmål, og at fri flyt ga mer kommunikasjon. Arlene Vetere (2005) sier at de første forskningsspørsmålene som kommer til forskeren er inspirert av nysgjerrighet, klinisk- og livserfaringer samt lesing av relevant litteratur. En blanding av undring og delt erfaringskunnskap synes å kunne bidra til nettopp mer fri flyt.

### *Intervjuguiden*

Det syntes logisk at det ville variere om informantene hadde blitt informert av sine foreldre eller ikke. Skulle det lages to intervjuguider for å tilpasse dette, for å lage to ulike poler? Intuitivt kjente jeg at dette ble uriktig. Jeg så for meg at utsagnene ville fremstå ulikt tydelige. Dette viste seg å stemme. Minst to elementer spiller inn; det at informasjon sees på som en prosess over tid, og dens innhold; hva "godkjennes" som informasjon? Disse forhold kompliserer meningsinnholdet. Eksempelvis fastholder en informant at hennes far har gitt henne informasjon om mors psykiske sykdom på bakgrunn av at storesøster har fortalt om det. I det informantene ikke selv erindret episoden kan man konkludere med at informasjonen ikke var potent, jf. Bateson kap. 2.3.

Intervjuguiden ble minimalt forandret underveis. Ett av anliggende jeg diskuterte med meg selv gikk på avgrensing av målgruppe. Skulle jeg kalle fenomenet "barn som pårørende av psykisk syke **og rusavhengige**", jf. vedlegg 3, eller var det enklere å forholde seg til bare den ene benevnelsen "psykisk syk"? Mange av de psykisk syke sliter samtidig med rus, og rusen er med på å komplisere forholdet til barna. Jeg var redd for å ekskludere de rusavhengige. Jeg endte med å unnlate å ta med rus i problemstillingen og således ble den heller ikke et eget tema i prosjektet. At rusavhengighet ofte eksisterer sammen med psykisk lidelse er vel kjent.

### *Intervjuene*

I løpet av fire måneder hadde jeg fire intervjuer ferdige. Hvert intervju tok 50- 90 minutter å utføre, innledning og avslutning kommer i tillegg. En av mine første vurderinger var hvorvidt jeg trengte et pilotintervju eller ikke. Det første intervjuet skilte seg ut fra de andre tre, uten at det betyr at det var av dårligere kvalitet. Da det hadde høy nok standard til å bli innlemmet i samlingen av empiri var avgjørelsen tatt. Det første intervjuet skilte seg ut ved at jeg var sensitiv i inntoning, på en slik måte at når jeg lyttet til lydbåndet etterpå klarte jeg nesten ikke å skille stemmene fra hverandre. Dette ga meg en merkverdig opplevelse første gangen jeg lyttet til båndet. I det tredje intervjuet tok intervjupersonen regi i samtalen. Dette bidro til at hun fortalte en historie hun muligens kjente fra før. I følge sosialkonstruksjonismen bærer hver og en av oss på minst to historier om vår barndom.

Jeg opplever at jeg lytter variert, dette skyldes at jeg samtidig tenker på neste skritt. Hva skal jeg punktuere når? I min streben etter å inntone meg intervjupersonen, hender det at jeg følger henne før hun får fullført det hun skal si. Jeg benytter meg av å gå tilbake til tidligere stilte spørsmål med en ny tilnærming, for å etterstrebe en utdypende og nyansert framstilling.

Innenfor temarammen, ” barn som pårørende”, punktuerte jeg spørsmål som fokuserte opplevelse og mening for å tykke historien om annerledesheten, også kalt galskapen. Jeg reflekterer over hvorvidt det voksne barnet tør å prate på egne vegne, eller om det føler seg bundet av lojalitet til familien.

Det er til dels vanskelig for informantene å beskrive hvordan ting opplevdes da de var barn. Dette kan skyldes flere forhold, ett forhold, jf. forrige avsnitt. Det rettes søkelys mot et sensitivt tema, som tradisjonelt er knyttet til tabu og skam, det kan hindre åpenhet. På den annen side, kan være så enkelt som at en ekstra samtale hadde frisket opp minnet? At et såkalt eksplisitt minne, et minne som aktiveres av ledetråder kunne gjort en forskjell (Gamst 2011).

Jeg opplevde at noen av spørsmålene mine ikke ble forstått. Dette kan ha sammenheng med at spørsmålene kunne vært bedre konstruert. Selv levde jeg i den forståelse at vi delte kontekst til det vi snakket om. Dette handlet om ”taushet” forstått som fortielse av virkeligheten, unnlattelse av å prate om forelders psykiske lidelse. Jeg ble utydelig i det jeg

punktuerte "tausheten", uten å gjenta konteksten. Tema var sterkt følelsesladet, og det gjorde noe med konsentrasjonen, trolig til oss begge. Konteksten til "taushet" burde således blitt gjentatt. Hvis jeg hadde startet noen spørsmål med å sammenfatte det meningsbærende i dialogen, ville konteksten blitt bedre punktuert. Taushet rommer vidt, og intervjuene vil hjelpe meg å avgrense.

### 3.3.3 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Jeg overlot selve transkriberingen til en som var utlært i prosedyren. Dette da jeg erkjente at det ikke alltid er samsvar mellom det optimale og det fornuftige. I mitt tilfelle var det fornuftig å kompensere for at jeg ikke transkriberte ved å lytte til lydbåndet flere ganger.

Langdridge 2006, beskriver hvordan forskjellige metoder krever forskjellig detaljfokus av og i transkriberingen. I følge IPA er det tilstrekkelig å ha oversikt over innholdet, hva som blir sagt ord for ord, lengde på pauser og non- verbal kommunikasjon trenger ikke stadfestes (Smith 2009:74). Jeg valgte likevel å legge til analog tale som latter, hosting og pauser i dialogen, da jeg syntes dette rammet inn innholdet på en god måte.

En potensiell informant ønsket å få sin transkripsjon til gjennomlesing, noe jeg gikk med på der og da. Imidlertid trakk hun seg før vi kom til selve intervjuet. I ettertidens klokskap er jeg fornøyd med at ingen fikk lese transkripsjonen i etterkant. Dette fordi vi mennesker ikke er like klartalte som vi muligens liker å tro. Et detaljert møte med hva en har sagt, kan virke brutalt ærlig. Eksempelvis er det vanlig at en intervjuperson sier i mot seg selv, i form av å opptre ambivalent i sin uttale (Kvale 2011). Dette er ikke uvanlig og trenger ikke å bety annet enn at sannhet konstrueres underveis i samtalens løp.

En av informantene ønsket et sammendrag av transkripsjonen, og ønsket ble etterkommet. Et sammendrag vil gi gode ringvirkninger, slik jeg så det. Det kan gi noe tilbake i form av hva vi har snakket om, noe som kan gi informanten en følelse av kontroll. Et sammendrag kan bidra til å gjenoppfriske hva som kom opp i intervjuet, og bli en form for ivaretagelse. Det vil i tillegg potensielt kunne lede til en utvidet historie, jf. vedlegg 4.



En av fire kom ikke med respons, som svar på sammendrag av intervjuet jeg sendte. En av de tre som utdypet datatilfanget mitt forteller om en positiv vending som hadde skjedd noen måneder etter forskningsintervjuet. Steinar Kvale beskriver hele tolv aspekter ved "det kvalitative forskningsintervjuet", det siste kaller han "positiv opplevelse". Dette henspeiler til at informanten kan få ny innsikt i sin egen livssituasjon (Kvale 2011:48). Om jeg ikke hadde vært i en forskerrelasjon til vedkommende hadde jeg bekreftet hennes historie. Men innenfor aktuelle kontekst, var jeg redd at vår nåværende relasjon ville konvertere til en uformell samtale. Jeg ønsket å markere min posisjon som forsker (Thagaard 2004:103).

### **3.4 Egen forforståelse; utfordringer og dilemmaer**

Proessen med å være bevisst egen forforståelse har vært en skjerpene fordring hele veien, fra jeg begynte å tenke tema og problemstilling til valg av punktueringer gjennom datamateriale. Det startet med skolens forventning om "kill your darlings", som har sitt opphav i at det ikke kommer noe bra ut av å skrive om noe man er for sterkt opptatt av beroende på at det vil mangle avstand eller et metaperspektiv. Men de aller fleste av oss har "kjepphester". En av mine kjepphester er at det er galt å lyve. Uttrykt på en annen måte, er jeg opptatt av åpenhet, hvilket passer inn i mitt tema "barn som pårørende". Disse barna, og alle andre barn, ja voksne også, har behov for å oppleve mening i tilværelsen. Forutsigbarhet er et vesentlig element for å oppleve mening i tilværelsen, eller "sense of coherence" (Antonovsky 2005).

Utfordringen besto av å tre ut av tradisjonen fra modernismen om å være ekspert, tenke kausalt og normativt. Å gå ut av posisjonen som psykiatrisk sykepleier, og inn i posisjonen som postmodernistisk forsker. Som forsker lar jeg nå intervjupersonen være ekspert på sitt liv. Jeg er kun ekspert på kommunikasjon og relasjon. Min oppgave er å tenke sirkulært, jeg tar meg tid, og stoler på prosessen.

Dilemmaene knyttet seg opp mot et par fenomener som jeg særlig finner viktige i denne sammenheng. Anliggende er det at forelder informerer sitt barn om at en eller begge foreldrene har en psykisk sykdom. Hvordan skåner man barnet i denne konteksten? Den allmenne oppfatningen er at man skåner med taushet, mens den faglige forståelse sier noe annet. Den vitenskaplige sannhet sier at barnet vil klare seg bedre hvis det blir inkludert i

familiehistorien. Barnet trenger å få enkle fakta presentert om hva som skjer med familien, se tidligere referanser.

### 3.5 Etiske refleksjoner

Det er lett å erkjenne at etiske spørsmål er integrert i alle faser av en intervjuundersøkelse (Kvale og Brinkmann 2010). Etiske hensyn starter med sikring av data, og henvendelse til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD).

Da jeg ikke skriver om såkalte identifiserbare mennesker, trengte jeg ikke å søke tillatelse fra NSD. Prosjektdeltakerne ble gjort oppmerksom på at deres anonymitet ville bli sikret på forskjellig måte, og at de selv hadde ansvar for ikke å gjøre det kjent, med mindre de ønsket å stå inne for det. Jeg fortalte dem at transkripsjonen som sådan ikke ville komme med i oppgaven, og at jeg ville stå fritt til å tolke dem ut fra mitt ståsted.

### 3.6 Validitet og reliabilitet innen en fortolkende metode

Det eldgamle vitenskapsteoretiske spørsmålet: "Hva er sannhet?" kan knyttes til et kvalitativt forskningsintervju om: Hva er valid kunnskap? Filosofien oppgir tre klassiske sannhetskriterier som korrespondanse, koherens og pragmatisk nytte. Uten å gå inn i disse ønsker jeg å påpeke at de nevnte sannhetskriterier kan ses fra et abstrakt perspektiv, hvor omfattende verifisering av kvalitative forskningsfunn vil involvere observasjon, samtale og samhandling (Kvale og Brinkmann 2010: 251). Da er vi rett inne i det fortolkende paradigme. I vår postmoderne tid konstrueres kunnskap og også sannhet i relasjonen mellom menneskene.

Når det kommer til diskusjonen om fortolkningens betydning innenfor kvalitative metoder, problematiseres grunnlaget for den kvalitative forsknings legitimitet. Begreper som validitet og reliabilitet er tradisjonelt knyttet til det kvantitative paradigme. Hva gjelder legitimering av kvalitativ forskning endres innholdet i begrepene. Dette gjør det mer hensiktsmessig å bruke begreper som troverdighet (reliabilitet), bekreftbarhet (validitet) og overførbarhet (generalisering) (Thagaard 2003:23).

Thagaard (2003) tar opp hvorvidt validiteten i undersøkelsen er gjort på en måte som er tillitsvekkende. Jeg har gått i gjennom gangen i undersøkelsen. En blanding av mitt

temafokus, den empirien utvalget la til grunn og mitt valg av teori har vært med på å bestemme utførelsen av denne undersøkelsen. Min posisjonering og epistemologi legger til grunn min livsverden slik jeg ser den. Følgelig hadde forskningsprosjektet sett annerledes ut med en annen enn meg i førersetet. Det hadde blitt punktuert annerledes.

Troverdigheten omhandler spørsmålet om datamaterialet samsvarer med det jeg har hatt som intensjon å finne ut av, og om det er gjort på en tillitsvekkende måte (ibid). Det har vært en lang vei å gå. Som i en hermeneutisk sirkel har mindre enheter i empirien gitt ny innsikt for så å gi nye punktueringer til hele oppgaven. Problemstillingens ordlyd er blitt justert, og jeg har hatt mange runder med refleksjon rundt begreper og fenomener, hva de betyr for meg og hva de betyr for informantene.

Overførbarhet omhandler spørsmålet om tolkninger basert på den enkelte undersøkelse også har gyldighet i andre sammenhenger (ibid). Dette fenomenet berører jeg når jeg finner resultater i datamaterialet som jeg sammenligner med tidligere forskning gjort på feltet.

## 4.0 Analyse

”Analyse” henviser til det arbeid forskeren utfører for å bygge opp en forståelse av datamaterialet. Analysearbeidet kan begynne alt i første intervju for å gi intervjuer anledning til å vurdere om benyttede framgangsmåter får fram relevant informasjon (Thagaard 2011:113). Essensen av IPA befinner seg i følge Smith i det analytiske fokus, og han karakteriserer analysen som en gjentakende og induktiv syklus, fra empiri til teori for hver informant (Smith 2009).

For å skissere IPA analysen i grove trekk, forholder jeg meg til Langdridge (2007). Jeg deler analysen inn i tre hovedområder; delanalyse, foreløpige temaer og endelige temaer. Til sammenligning går Smith(2009) mer detaljert fram. Der jeg finner det hensiktsmessig og relevant, vil jeg referere til Smith.

### 4.1 Delanalyse

Før analyseprosessen kom i gang lyttet jeg til samtalene på lydbåndet flere ganger. Således gjenoppfrisket jeg hukommelsen på forløpet av samtalene. Deretter leste jeg en transkripsjon flere ganger. Jeg valgte å starte med det andre intervjuet, da jeg fant at denne informanten gikk mer i dybden hva gjelder både refleksjoner og meninger. Hun inspirerte meg. Innledende notater ble gjort hvor jeg merket meg detaljer som motsigelser, paradokser, forsterkninger og utvidelse. Jeg undret meg hvordan fenomenene kunne forstås av informanten, og av meg selv. Derneft gjorde jeg kommentarer på språk (Smith 2009:84). Tolkninger valgte jeg bevisst å vente med, for ikke å miste informantens stemme.

Jeg ventet med å kategorisere intervjuene til etter at alle var ferdig transkriberte. Deretter kategoriserte jeg hver transkripsjon ferdig, før jeg begynte å se etter innbyrdes likheter versus ulikheter, og brudd. For å bidra til å skille intervjuene fra hverandre, noterte jeg informantens alder øverst på arket. Derneft fikk transkripsjonene sin egen bokstav- og fargekode for å holde transkripsjonene atskilt fra hverandre.

### 4.2 Foreløpige temaer

Kodingen var en møysommelig prosess. En setning alene kunne bestå av to koder. Kodene ble markert og nummerert, og i det lengste intervjuet noterte jeg over 240 koder. Den

samme meningsbærende enhet ble listet opp flere ganger, ettersom den oppsto i flere kontekster.

For å systematisere kodene laget jeg noen grupperinger hvor jeg noterte alle kodene inndelt i foreløpige grupper. Hver gruppe pekte på et meningsinnhold. Dernest fortsatte jeg å kategorisere på en måte som på aktuelle tidspunkt syntes fornuftig, en form for visualisering av ulike grupperinger. Dette ble gjort ved å lage forskjellige geometriske symboler. Jeg laget store ark hvor jeg punktuerte på nøkkelhendelser, og jeg lagde slektstre av familiemedlemmer og slekt. I etterpåklokskapens lys er jeg usikker på om alle disse operasjonene virkelig hjalp meg i kategoriseringsarbeidet.

Hvert steg av analyse bringer meg lenger bort fra informanten og inkluderer mer av min forforståelse, likevel er mye knyttet til informantens levde erfaringer (Smith 2009:92). Jeg utsatte å gi slipp på informantens virkelighetsverden, med å tolke den foreliggende tekst, i det lengste, fordi jeg unødig ville miste barnets stemme, før nødvendig.

Ved å telle hvor mange ganger et tema dukker opp i en transkripsjon kan en få en indikasjon på at tema er viktig. I virkeligheten er relasjoner mer komplekse å forstå, "the relationship is more complex – both/and rather than either/or" (Smith 2009:99). Selv fant jeg 6-18 temaer per informant. De såkalte "foreløpige temaer" går igjen hos hele utvalget. I tilfeldig orden er de som følger:

- bagatellisering av galskap
- omsorgssvikt
- frykt for framtiden
- ivareta helsen
- opprettholde fasaden
- holde familiehemmeligheten skjult
- familiesamspillet
- kampen for tilværelsen

### 4.3 Endelige temaer

Resultatene i en IPA studie presenteres vanligvis som "temaer", som går igjen hos flere av informantene (Dallos & Vetere 2005). I kvantitative studier vil man finne betegnelsen "funn", der hvor det er "temaer" som sammenfatter empirien i kvalitative studier. Jeg vil også anvende begrepet funn. De temaene jeg har endt opp med er essensen av flere temaer. Noen temaer har jeg gitt slipp på, fordi de enten virker marginale eller ikke er relevante. Endelige temaer er ment å knyttes opp mot et større hele, i form av problemstilling, forskningsspørsmål og datamateriale. **Problemstillingen punkterer voksne barns opplevelser av den informasjonen som ble gitt dem om foreldrenes psykiske sykdom opp gjennom barndommen.** Den såkalte informasjonen ses som en prosess som ideelt sett utvikles i takt med barnas utvikling. Forskningsspørsmålene etterspør forståelse og mening knyttet til taushet og skåning mot realiteten i hverdagen hvor foreldrene stiller med det handikap at samspillet vanskeliggjøres gjennom psykiske vansker. Til slutt samles oppmerksomheten mot hvordan barndommens erfaringer preger nåtiden, for disse fire kvinnene. Datamaterialet ga et dypdykk inn i viktige erfaringer gjort i fire ulike livsverdener. Det finnes flere likhetstrekk i historiene, på den annen side er hver historie unik og framstår med egne særtrekk. Temaene framtrer i ulike sammenhenger, og dels overlapper de hverandre. Jeg gjør et midlertidig valg på en inndeling, for å systematisere empirien.

Dette er den endelige sorteringen av temaer:

Gjensidig skåning mot galskapen

- En lang prosess
- Frykt for selv å bli psykisk syk
- Frykt for hva forelder kan finne på å gjøre

Gjensidig taushet om galskapen

- Lukket mot omverdenen
- Taushet hindrer forståelse
- Tabu hemmer åpenhet

Gjensidig bagatellisering av galskapen

- Neste generasjon følger etter
- Kamp for eller mot åpenhet og dialog

Arbeidet med analysen har vært tidkrevende, men også spennende. Det var engasjerende å analysere informantenes livsverdener. Det er til dels traumatiske skjebner som har funnet sted.

### ***VÆR LITT GAL***

*Vær litt gal  
mens du strever  
for alle dør  
men ikke alle lever*

*av Per Kvalvik*

## 5.0 Presentasjon av temaene; usynliggjøring av galskapen

Temaene består av det jeg oppfatter som vesenstrekk ved samspillet innad i familien, slik det kommer til uttrykk hos informantene. Det er til sammen tre endelige temaer med underliggende deltemaer jeg velger å fremheve. Tolkningen av analysen bygger på min forforståelse og hva jeg vektlegger å fremheve gjennom mine punktueringer.

Hvilke temaer jeg valgte å inkludere i dette prosjektet, kom naturlig med tanke på hva jeg måtte forholde meg til i form av problemstilling og forskningsspørsmål. Til min overraskelse fant jeg at det var stor grad av gjensidighet knyttet opp mot samspillet i familiene. Funnet usynliggjøring av galskapen favner hele bilde, derav tittelen på min masteoppgave.

”Galskapen” representerer det psykisk sykdom bringer med seg inn i relasjonen.

Mitt blikk sikter til det at foreldrene skåner barna, som igjen skåner foreldrene. Foreldrene, og nærmiljøet er tause om det de opplever som annerledeshet eller galskap, og barna, som er blitt vant til at det ikke stilles spørsmål, er tause tilbake. I miljøene finner jeg gjensidighet i skåning, taushet og bagatellisering som medvirker til gjensidig usynliggjøring av galskapen. Det tar lang tid før informantene får en dypere innsikt i hva som foregår i familien, og hva som er kjernen til den annerledesheten de opplever alle sammen. Den informasjon som blir dem til del skiller seg ikke ut, men framstår utydelig og vanskelig tilgjengelig. Dette medvirker til at prosessen med å bli informert om forelders psykiske sykdom trekker ut i langdrag. Som konsekvens opplever barna uforutsigbarhet, frustrasjon og kampberedskap som en del av hverdagen.

Jeg vil i oppsummering belyse de ”endelige temaene”.

For å tydeliggjøre fokuset for masteroppgaven, gjentar jeg problemstilling og forskningsspørsmål:

**Hvordan opplever voksne barn av psykisk syke at de ble informert om forelders sykdom som barn?**

**Hvordan forstår barna tausheten rundt det at forelder er psykisk syk?**

**Hvilken mening legger barna i det å skulle bli skånet?**

**Hvordan opplever informantene at barndommens erfaringer preger voksenlivet?**



## 5.1 Gjensidig skåning mot galskapen

Det som skiller henholdsvis "gjensidig skåning mot galskapen" og "gjensidig taushet om galskapen" er, slik jeg ser det, hensynet til intensjon. Hvis det handler om å skåne ligger det ofte en intensjon til grunn, dette trenger ikke å gjelde ved bruken av "taushet".

Følgende forhold er vesensforskjellig, henholdsvis "å skåne" et barn ved å fortie om et hendelsesforløp, eller "å skåne" et barn ved å oppgi en sammenheng slik at barnets angst reduseres. Allmennheten vil være tilbøyelig til å assosiere taushet til fenomenet "å skåne" i form av å tie, mens fagfolket mener at det kreves åpenhet for å ta hånd om barnets verdi. Fenomenet å skåne et barn har jeg dvelt ved tidligere i kapittel 2.9.2, og vil ta det opp igjen i drøftingsdelen.

### 5.1.1 En lang prosess

Gjennomgående er det at informantene i store deler av sin barndom lever med "galskapen" over kortere eller lengre perioder. Dette preger hverdagen deres. Det at en, eller begge, foreldrene er psykisk syke tar mye energi fra barna. I bedre perioder lever barna i frykt for at "de gode dagene" skal opphøre. Barna opplever og erfarer frustrasjon og endeløse kriser. Foreldrene tildekker sannheten om forelders psykiske lidelse, på ulikt vis. Det tar derfor tid å forstå hva annerledesheten de opplever representerer. Først i en alder av 15-19 år skjer det en erkjennelse hos informantene hvor de oppnår en mer integrert forståelse av at forelder er psykisk syk. Den ene informanten uttrykker det slik.

*H: ... rundt syv års alderen kan jeg tenke meg at jeg fikk på en måte... Hvor de (på familiesenteret) prøvde å fortelle meg det, men jeg vil absolutt ikke si at jeg innså hva det var da. Men at jeg fikk, at noen fortalte meg det. Da var jeg syv år.*

*Men det er veldig nylig,... som jeg fikk et gjennombrudd... for jeg hadde ikke fått snakket ut om noe, noen gang. Jeg har alltid holdt alt inne...*

Gjennombruddet informantene refererer til tolker jeg oppleves av H som en syntese hvor egenopplevelse og følelser forenes slik at hun oppdager en mening, hun oppnår en såkalt "opplevelse av sammenheng". Hun har for første gang snakket åpent om sin egen erfaring knyttet til forelders sykdom. Informanten erkjenner at hun er blitt informert om farens sykdom, og at dette tema er blitt berørt flere ganger, gjennom møter og grupper over ti år.

Men ingen episode skiller seg ut, og blir en forskjell som gjør en forskjell (jf. Bateson), før nylig.

En annen informant uttrykker det slik:

*M: Og det var vel først når jeg var 18-19 år at jeg forsto, jeg fikk jo vite det når jeg var 15 år, at det var en diagnose... og når jeg første gang begynte å gå til psykolog da fant jeg ut at det er noe som ikke helt stemmer...*

Denne informanten har tidligere i intervjuet referert til at noe ikke stemte hjemme, da hun var barn og ungdom. Hun går igjennom flere nivå av forståelse. Ny konstruksjon av mening skjer i dialogen. Det er likevel få i hennes nærmiljø som hun kan samtale med, og diskusjon om hva hun opplever annerledes, lar vente på seg.

### **5.1.2 Frykt for selv å bli psykisk syk**

Min erfaring og min for forståelse tilsier at foreldrene ikke tør å snakke med barna om faren for gjentagelse av psykisk sykdom i familien, gjennom genetisk arv og familiesamspill. Her skal man trå varsomt. Informasjon om fare for at barna selv kan bli mentalt eller fysisk syke gjøres derfor best i trygge rammer, i samspill med det psykiske hjelpeapparat. Samtlige fire informanter ga uttrykk for at denne problematikken var noe de alle hadde tenkt mye på.

Det blir bekreftet av familielegen at faren er psykisk syk, dette vekker frykten i M om at hun selv kan være syk. Hun kjenner seg igjen i sin fars atferd:

*Fordi da trodde jeg at jeg kanskje kom til å bli sånn som pappa selv, og da fortalte han (familielegen) at han hadde en diagnose og sånn. Og da fikk jeg vite at han var bipolar da, pappa... men det kan jo hende at jeg også er, jeg har jo også veldig mye energi og kanskje jeg blir sånn som pappa.*

M klarer ikke her å skille mellom faren og seg selv. Før hun får vite at faren er psykisk syk mistenker hun at det er henne selv det er noe galt med. M har ikke klart å gi slipp på at hun muligens bærer på samme lidelse, overgang fra fortid til presens i teksten, kan være en indikator for dette.

En annen informant uttrykker det slik:

*H: Ja, det som har vært vanskelig er å skille på en måte den, det som karakteriserer pappa og det som karakteriserer sykdommen, det skal jeg si er veldig vanskelig for jeg er veldig lik pappa på veldig mye. Så det jeg føler jo at jeg er veldig lik han. Men det som er vanskelig er å prøve å skille på en måte.*

H hadde vært mindre redd for selv å bli psykisk syk hvis hun hadde klart å skille faren fra sykdommens vesen, hun ligner sin pappa, men hun ligner ikke på det som karakteriserer sykdommen. Det enkelte fenomen, representert her ved at faren er psykisk syk, sammenlignes med det større perspektiv, at barn ofte ligner på sine foreldre. I denne sammenheng er det lettere å fokusere på likhet og nedtone ulikhet. Slik får frykten næring, og det enkelte fenomen får overdimensjonert kraft sammenlignet med det større perspektiv.

### **5.1.3 Frykt for hva forelder kan finne på å gjøre**

Frykten for hva psykisk syk forelder kan finne på å gjøre kommer ulikt til uttrykk. I det følgende kommer to ulike forhold fram. I det første tilfellet er informanten redd for egen helse, i det andre er informanten redd for egen helse og morens liv.

Informant K setter grenser slik:

*Jeg visste ikke hvorfor eller hvordan ting skulle være, men jeg visste at dette her er ikke greit. Jeg tok et taktisk standpunkt i å holde meg borte fra han (faren) så langt det lot seg gjøre... Jeg husker jeg ba om lås på rommet for at han ikke skulle komme inn.*

Informanten prøver å beskytte seg og hindre at hun igjen blir krenket fysisk og psykisk. Hennes forestilling er at faren er blitt ondskapsfull, hvorfor skulle han ellers utvise straff overfor uskyldige barn? Hun får ikke svar på dette med det første. Men hennes indre kompass forteller henne at noe er galt.

Informant L gir uttrykk for frykt slik:

*Det har jo ikke vært helt taushet, for eksempel at jeg har sagt at jeg er redd for at hun skal ta livet sitt igjen og det har jeg sagt at hun ikke må gjøre. Så noe har vi snakket om, men i og med at hun sier at hun ikke har den sykdommen...*

Frykten for at morens liv er i fare kommer til uttrykk når intervjuer utforsker hvordan forelder kan ha informert L om psykisk sykdom. Når L uttrykker "er redd for at hun skal ta livet sitt

igjen”, i presens, vitner det om at L ikke skiller mellom forsøk på å begå selvmord og det å faktisk begå suicidet, som kan indikere at L mener faren for selvmord er konstant.

Som barn befant L seg i en forstrukket rolle, og hun kjente på ansvaret for foreldrene. Hvis et tema skulle adresseres var det storesøster eller henne selv som tok initiativ til det. Mer om å ta på seg en voksen posisjon, se kap. 5.3.1.

## 5.2 Gjensidig taushet om galskapen

Ved gjensidig taushet trenger det ikke ligge en intensjon til grunn. Fortielse om en sak kan ha forskjellige beveggrunner. Grunnen til taushet kan forelder bestemme spontant. Det faktum at det er vanskelig å prate om mental uhelse kan være grunn god nok til å la være å informere om sakens tilstand. Men å være taus betyr ikke at man er nøytral. Foreldrene kan velge å la være å snakke med barna om psykiske lidelse, men de er ikke fri fra å kommunisere. Barn er flinke til å plukke opp det nonverbale språket. Barna vokser opp med at det de opplever som annerledeshet blir et ”ikke-tema”, og responderer med taushet. Således blir tausheten gjensidig. K peker på dette forhold ved å si at ”*det er vanskelig for en femtenåring å kreve åpenhet når hun i liten grad har fått oppleve det selv.*”

### 5.2.1 Lukket mot omverdenen

Sannheten om at de fire familiene sliter med psykisk lidelse blant foreldrene er holdt hemmelig for omverdenen. I en av disse familiene er det delvis åpenhet da det er kjent at begge foreldrene er alkoholavhengige. Mens i den ene familien, hvor jenta er alenebarn, samles de nærmeste pårørende til pårørendesamtale uten jenta. Hun formidler:

*H: Det som jeg synes har vært litt rart da, eller som har vært veldig rart er at pappa har en tvillingbror og han har gått til samme lege som pappa og fått liksom oppfølging på åssen han skal takle det og hvordan og sånn... og det har bestemor gjort og det har mamma gjort når hun var sammen med ham (legen) og jeg har liksom ikke fått noen ting. Så det har vært veldig rart.*

H reagerer med indignasjon over at legen ikke inviterte henne med inn i pårørendesamtalene. Logikken brister for henne. Det var hun som tilbrakte mest tid sammen med pappa av dem alle, hun kunne ha hatt veldig nytte av å få forklaring på hvordan ting

hang sammen. Det var så mye hun ikke fikk til å stemme. Hun manglet oversikt, og strevet med å finne mening, eller en opplevelse av sammenheng. H føler seg sveket.

### 5.2.2 Taushet hindrer forståelse

Alle fire kvinnene har møtt manglende åpenhet fra foreldrene. Dette opplever de som en form for taushet. En av kvinnene tolker jeg til å være ambivalent i sitt syn på hvor taus faren hennes egentlig var. På den ene side opplevde hun ham taus i det han ikke snakket om sin egen angst eller morens mani. På den annen side opplevde hun at han informerte barna om mor sin sykdom. Uten å fortelle at bipolar sykdom innebærer motsatsene mani og depresjon har faren fortalt at mor er deprimert, hun sier:

*Etter hvert dro vi på besøk, ikke sant og pappa kjørte oss dit og da skjønnte jeg at det var psykiatrisk sykehus og at hun var der på grunn av depresjoner da. Og da vet jeg pappa kom med denne metaforen om at noen brenner bena og blir syke av det og noen blir syke sånn de blir veldig lei seg. Jeg husker ikke, storesøsteren min sa i hvert fall at han sa det.*

Moren hadde forsøkt å begå selvmord, noe noen eller alle barna fikk greie på, uten at detaljene om dette fikk naturlig plass i intervjuet. Denne historien er blitt viktig for L, da hun trenger å tro på at faren har bidratt til å informere barna.

Den ene av kvinnene har erfaring fra at hun er blitt mobbet av sine klassekamerater før det ble kjent at faren var psykisk syk. Dessuten opplevde hun å stå i trusler og vold fra en forelder som hun tolket var ond, før helsesøster brøt tausheten. K uttrykker seg slik:

*Jeg tenker at det å hindre åpenhet er med på å hindre forståelse. Og om man ikke har forståelse for en situasjon kan det eskalere seg og bli enda mer skremmende enn det i utgangspunktet trengte å være. Så jeg tenker at for barnets forståelse at de skal kunne fortsette å være friske også i voksen alder, så er det helt avhengig av at de får informasjon så tidlig som mulig.*

K unnskylder sin fars kriminelle og voldelige atferd, fordi han er psykisk syk. Hun opplever å tåle alt så mye bedre når hun vet at han ikke er tilregnelig, slik hun ser det.

Informant M, som opplevde taushet fra familie og slekt opp gjennom hele oppveksten sier: *Tausheten gjorde kanskje veldig mye at det ikke var noe som ble forløst. Det ble bare en trykkoker som eksploderte.*

M sikter her til egen situasjon hvor kroppen hennes sa stopp og hun trengte restitusjon. Hun hadde lenge vært under mye press, var utbrent og trengt hvile. Hun valgte å holde dette skjult for sin far, for å skåne ham.

### 5.2.3 Tabu hemmer åpenhet

Grunnen til at informasjon om psykisk sykdom blir holdt tilbake hevder informantene hovedsakelig skyldes tabuisering. Andre grunner som oppgis er skam, skyldfølelse, fasade og at barna tilsynelatende klarer seg bra. Alle er samstemte i at foreldrene ikke verken er villige til å diskutere at en forelder er psykisk syk eller hva atferden gjør med familien.

Til min forbauselse viser empirien at selv etter at et av barna har fått vite at forelder er psykisk syk, så informeres ikke søsknene om det samme. Verken barn eller voksen tar ansvar for eller ønsker at hele familien får dele den samme kunnskap om saken. Det stiller seg litt annerledes i den familien hvor begge foreldrene er syke. Her snakker barna med hverandre, i hvert fall gjelder det for de eldste jentene. Det er noe uvisst om alle barna blir oppdatert, da den yngste jenta ble skjermet og storebror bodde hos pappa.

Alle informantene oppgir at det er tabu å være psykisk syk, og de mener dette er grunnen til at få mennesker snakker om det. Informant M repeterer til stadig at ingen snakket om "det".

*M: Mamma har jo aldri sagt det. Det har egentlig ikke vært noe snakk om det på noen som helst måte... Så det var jo aldri noen samtale med noen.*

Og, om å snakke med sin bror om psykisk sykdom, sier hun:

*M: Ja, vi har veldig mye samtaler om alt egentlig. Sånn at det har på en måte vært redningen å ha ham. Så det er sånn. Hva skal man si for noe? Jeg vet ikke om jeg har snakket konkret om det... så sa han at du vet jo mye om tausheten i hvert fall. Han er jo bipolar selv, slik at jeg har jo på en måte gjort det til min oppgave å prøve å normalisere det og ikke gjøre det så. Det er jo selvfølgelig en drittsykdom, men det er noe med det at det går an å leve med det. Det viser han hele tiden.*

M gir først uttrykk for at hun snakker med sin bror om bipolar sykdom, for deretter å hentyde det motsatte. Jeg tolker dette som et uttrykk for at M ønsker at det skal være åpenhet søsknene i mellom. Broren støtter opp under at tausheten råder. M gjør seg mange refleksjoner underveis. Hun har opplevd at far, bror og onkel har blitt diagnostisert med bipolar lidelse.

### 5.3 Gjensidig bagatellisering av galskapen

Den kommunikasjonen som finnes i samspillet innad i familien, blir påvirket av den galskap som psykisk syk forelder bidrar med. Galskapen er ikke gjensidig, men barnets fantasi blir stimulert. En fantasi som ofte framstår verre enn virkeligheten. Jeg vil påstå at dialog hvor usannheter råder kan være direkte skadelig (Beardslee 2002), og at de i denne sammenheng kan bidra til mental uhelse. Opplevelse av sammenheng er lettere å få øye på der hvor forutsigbarhet spiller en betydelig rolle, og hvor mening framtrer som konsekvens av dette. Som erstatning for forutsigbarhet eksisterer kaos og kriser.

#### 5.3.1 Neste generasjon følger etter

Besteforeldrene var av større eller mindre betydning for kvinnene som barn. I to av familiene blir besteforeldrene lite nevnt, i de resterende to vises det til at besteforeldrene er betydningsfulle. I sistnevnte to familier bidrar farmødrene til å late som om alt var i orden, eller sagt på en annen måte, slik en informant sa "hun bidro med en dekkoperasjon". M sier: *Og så holdt farmor liksom lokk på alt også.*

*Men jeg lurer på om de (slekt på farssiden) siden pappa er så mye syk, så raver han rundt og så tror de antageligvis at jeg også er syk. At det er litt sånn.*

*Han var min favorittmann, så når han døde var jeg 9 år... jeg husker det som om jeg gråt hver kveld i mange år. Og at jeg fremdeles går på graven til farfar og liksom. Så jeg føler han tok over noe av den rollen. Han var den stødige, trygge havnen. For det var han virkelig så det må jo ha vært en grunn til at han ble det. Det var nok at pappa ikke var det og jeg må jo ha vært mye og. Mamma har jo alltid sagt at jeg er så mye. Det har jeg hørt hele tiden. ... Og at jeg har likt galskapen er også kanskje en rød tråd. Det er bare at det ble for mye.*

Denne kvinnen har nå selv barn.

Av det som kommer fram i datamaterialet er alle generasjonene mer eller mindre tause om psykiske lidelse i aktuelle familier, men det finnes et brudd. I den familien hvor begge foreldrene er psykisk syke prater barna sammen om det som skjer hjemme. Dette er den eneste familie hvor barna prater innbyrdes om at forelder er psykisk syk.

L: ... *hun (storesøster) har skånet oss for veldig mye, ikke skånet for det var full åpenhet. Ja, hun overtok rollen som omsorgsperson hjemme hos oss. For mamma lå i sengen og ikke*

*vekket oss for å gå til skolen eller lagde matpakke, så sto hun opp og vekket oss og lagde matpakker. Hun holdt ting litt gående hjemme hos oss, ordnet veldig mye.*

*... alle, i hvert fall storesøsteren min og jeg dekket over ting. Vi hadde alle en slags voksenrolle, ja. Men jeg tror nok hun og jeg var de mest aktive da.*

Begge foreldrene var psykisk syke, og for å holde en slags orden og forsøk på forutsigbarhet i tilværelsen, tar noen av barna ledelse. Barna kommer i en forstrukket rolle, hvor de blir som foreldre for sine foreldre. De eldste døtrene tar ansvar. De legger an til åpenhet utad, og forteller venner hvordan de har det. Dels skjerner storesøstrene storebror, lillesøster og omgivelsene fra detaljer.

Her finner jeg en likhet på tvers av de fire familier, alle de kvinnelige informantene tar på seg en posisjon hvor de skjerner sine foreldre.

Informant K uttrykker:

*Jeg husker jeg tok mye husarbeid, fordi jeg hadde en far, men i større grad en stor lillebror som jeg hele tiden måtte passe på.*

Informant K gir uttrykk for en stor spennvidde i hva hun erfarer barndommen bringer med seg. Hun har tidligere fortalt om hennes frykt for ham, og nå føler hun omsorg for ham. Han veksler mellom den verste form for aktør og offerrolle, mellom voldelig og stakkarslig. K er tålmodig nå når hun har fått vite at faren er psykisk syk. Dette er et eksempel på at barnet må romme et både og (se 4.2 fjerde avsnitt).

### **5.3.2 Kamp for eller mot åpenhet og dialog**

Felles for utvalgets fire kvinner er at de alle har samlet erfaringer av hva det motsatte av åpenhet gjør med deres livskvalitet. I kraft av at de er selvstendige og stolte ønsker de på ulike måter å jobbe for åpenhet og mot tabuisering av psykisk lidelse. Det finnes to nivåer av et slikt arbeid. Det ene går gjennom profesjonelt eller frivillig arbeid, det andre er gjennom de nære relasjoner. Det sistnevnte byr på utfordringer, noe den sosiale arven bidrar til.

*L: det er veldig åpenhet. De er jo, jeg vet ikke så mye om broren min sitt barn. Jeg tror han bare skjerner henne litt. Men søsteren min har en på fem og en på tre, og de ikke sant, mamma var jo veldig aktiv overfor dem i starten av livet deres... Så der er det åpenhet i forhold til de. Jeg vet ikke, tror det bare er enn så lenge skåne. De drar på besøk til pappa stadig. Og han har vært mer edru enn han har vært full, så da vet jeg at hun bare skåner litt for det. De trenger ikke forholde seg til mormor i det hele tatt.*



L er ambivalent til betydningen av det å "skåne" og det å være "åpen". På den ene side er det fint når barnebarna treffer besteforeldrene når de er friske nok, og forståelig at de ikke treffer dem når de er for dårlige. Dette oppsummerer det beste ved å skåne. På den annen side høres det ikke ut som om barna har fått en forklaring på at besteforeldrene er psykisk syke, og at dette settes i sammenheng med at besteforeldrene holdes unna barna i perioder. Hun hevder å være åpen, men det er vanskelig å tolke inn det i sitatet.

*M: Pappa vil jo kalles bestefar. Han har vært her en gang etter at han ble født. Da kom han faktisk. Det har jeg egentlig ikke tenkt så mye på. Jeg tror nok at jeg vil ta litt sånn light varianten på det å si at bestefar har vært veldig syk, derfor så var han mye hjemme og kom seg ikke ut av døren og synes det er vanskelig. Men at det ikke var det at han ikke ville se dem, men at han klarte ikke fordi han hadde en sykdom som gjorde det vanskelig.*

M har en gutt i småbarnsalder, og han kan godt få en barnevennlig forklaring på at morfaren er psykisk syk. Men M har ikke forberedt seg på det enda. Hun prøver ut hva hun skal si, konstruerer nye setninger i dialogen med intervjuer.

#### **5.4 Oppsummering av mine funn**

Jeg fant tre overordnede temaer som jeg kalte, gjensidig skåning mot galskap, gjensidig taushet om galskap og gjensidig bagatellisering av galskap. Gjensidighet er her knyttet opp mot galskapen gjennom sammenhenger som flettes inn i hverandre. Hver del av disse tre tema har en egen verdi, og til sammen utgjør de en større enhet som rommer mer enn delene til sammen. Denne enheten benevner jeg "usynliggjøring av galskapen". Gjennom gjensidighet påvirker og forutsetter foreldre og barn hverandre. De skaper og skapes i sine roller og posisjoner gjennom et gjensidig handlingsrepertoar. Barnet vokser opp og inn i en kultur hvor tabu råder. Barna blir derfor ofte isolert fra andre familier. Barnet blir således holdt utenfor på ulike nivåer; fra meningsinnhold innad i familien, og fra andre familier i nærmiljø og lokalmiljø. I tilfeller som her, hvor foreldrene sliter med et "handikap" som vanskeliggjør god oppdragelse stilles barna overfor mange utfordringer. Barna ender opp i forstrukkete roller. De glir inn i de nye posisjonene med den største selvfølgelighet, og de krever mye av seg selv. Barna favner et både og, hva gjelder ytterpunkter, som å være i avmakt- og maktposisjoner. Eksempelvis ved avmakt; å godta en fars misbruk av foreldrerollen, versus makt; å sende ham til legen slik at han får påvist en alvorlig psykisk

sykdom. Det finnes andre ytterpunkter som går på det personlige register, et ønske om romme gladsiden av galskap versus et behov for orden og struktur. Et ønske om på den ene side å vise åpenhet, og på den annen side et behov for lukning i frykt for omgivelsenes respons på avvik.

Et viktig funn var at det syntes å ta flere år før barn får en integrert forståelse av at forelder er psykisk syk, og at usynliggjøringen av annerledesheten bidrar til at denne prosessen pågår gjennom hele oppveksten.

## OPENING UP

*Have you ever had a secret too shameful to tell?*

*Have you ever lied to yourself by claiming  
that a major upheaval in your life didn't affect you,  
or perhaps didn't occur?*

*If so,*

*you may be hurting yourself.*

*Not because you have had a troubling experience,  
but because you can't express it.*

*By James W. Pennebaker, 1990*

## 6.0 Drøfting

Her i drøftingsdelen vil jeg bryte med den inndelingen jeg har gjort i presentasjonen av mine funn. Dette fordi temaene kan settes sammen på ulikt vis, og ved å blande fenomen og kontekst på en ny måte vil jeg stå friere til å utvide konteksten, for så å oppnå nye perspektiver. Samme fenomen går igjen i ulike tema, og vil bli drøftet innen ulike kontekster.

I mine funn, også kalt tema, oppdager jeg mye gjensidighet koblet opp mot relasjonen foreldre barn. Det er gjensidig skåning, taushet og bagatellisering av galskapen som i sum utgjør en usynliggjøring av fenomenet psykisk sykdom.

I det følgende vil jeg drøfte mine funn innenfor fem overskrifter. Funnene handler om manglende informasjon og en opplevd annerledeshet. Annerledesheten er delvis påvirket av en fastlåst gjensidighet og sosial arv. Mangelfull foreldrefungering førte til forstrukkete roller hos barna. Alt informantene ønsket var å bryte tausheten.

### 6.1 Informasjon som prosess

Hvorfor trenger foreldre å informere barna sine om psykisk sykdom? Har ikke barn det bedre om de slipper å forholde seg til at mor eller far er psykisk syk? Er det ikke bedre å late som om alt er i orden? Å skåne barnet, som man gjorde før i tiden?

For noen synes det enklere å prøve å gjemme bort problemet slik at man kan lede seg selv til å tro at psykisk sykdom ikke eksisterer. Ved å konstruere fenomenet bort og forholde seg til virkeligheten som om psykisk sykdom ikke eksisterer, vil konstruksjonismen fjerne utfordringen av veien. I samtiden er det få barn som vet hva psykisk sykdom innebærer. Store deler av den voksne populasjonen tror at behandling handler om "å ta seg sammen". Problemet med å late som om alt er i orden er at man gjør barna "en bjørnetjeneste", i det man ville dem.

Karen Glistrup (2004) definerer psykisk sykdom som et samlebegrep for hele spekteret av sykdommer som rammer sinnet. Glistrup (ibid), jf. kap. 2.4, er opptatt av hva som skjer med barn av psykisk syke. I boken med den betegnende tittelen: "Det barn ikke vet ... har de vondt av" drøfter hun fenomenet. Forfatteren setter usikkerhet og kunnskapsmangel inn i en ramme. Hun gir barna forståelse av foreldrenes psykiske sykdom og hun tar opp barnas

følelser. Glistrup understreker at ved å ta feil, ved å fortie, svikter de voksne barna. Det som skulle beskytte barna, beskyttet kun de voksne. Tabu forhindret barna i å få hjelp.

Hvordan kan foreldre gi informasjon om psykisk sykdom? Hvor gammel bør barnet være når det får vite at en forelder er psykisk syk? Kanskje foreldrene bør vente og se hvor mye barnet tåler, og om de utvikler seg normalt til tross for stress og påkjenninger?

Det finnes mye forskning som underbygger betydningen av at åpenhet og informasjon om psykisk syke foreldre reduserer barnas angst. For å tåle slike belastende livssituasjoner, som her aktualiseres, er meningsaspektet av stor betydning. Til dette kreves tilegnet kunnskap (Sommerschild 1998, Waaktaar og Christie 2000 i Kufås 2005). Derfor skriver Glistrup, og flere, om familiesamtalen. Familiesamtalen er en samtale basert på et samarbeid mellom pasient, pårørende og helsevesenet. I denne og andre kontekster hvor barnet vil kunne uttale seg om familiesamspillet, er det viktig at foreldrene gir barna tillatelse til å snakke om hva de har opplevd (Johnsen og Torsteinsson 2012). Dette for å fri barna fra de lojalitetsbånd som ligger implisitt i slekten (Boszormenyi – Nagy og Spark 1974).

Som kjent og i følge Bateson, er informasjonen lite verdt om den ikke blir lagt merke til. Hva skal så til for at informasjonen blir potent? Kunnskap må være integrert for å gjøre en forskjell. En vei å gå for å gjøre informasjonens budskap integrert, er veien gjennom det Øvreide kaller "kjedet informasjon" / triangulering (jf. kap. 1.4). Eksempel på dette vil være at psykisk syk far, mor, barn og barneansvarlig snakker sammen om at far er psykisk syk og hva dette gjør med familiesamspillet. Poenget med at informasjonen er såkalt "kjedet" vil være at barnet kan ta opp samme tema senere med en av dem som var med i samtalen forrige gang. Dette vil bringe kontinuitet til prosessen, og informasjonen vil bli utvidet, og meningsinnholdet vil bli tykkere. Det vi i voksenpsykiatrien betegner "familiesamtalen" er et egnet fora for å gi informasjon til forelder og barn. I familiesamtalen kan foreldrene med sin åpenhet gyldiggjøre sykdommen. En gyldiggjøring av psykisk sykdom bidrar til at barna slipper tak i skylden (Jangås 2005). Åpenhet fungerer som et ledd i en beskyttende prosess for å ta vare på barna (Kufås 2005). Familiesamtaler er nødvendige for å bryte tausheten (Helgeland 2012:198).

Barn og voksne, trenger tid til å tilegne seg innsikt i noe så komplekst som psykiske vansker. De trenger å få innsikt i hva det innebærer for den syke selv og familien. Ikke minst trengs

informasjon om hvordan man møter en psykisk syk person på best mulig måte, og hvordan sykdommen kan forstås. For å oppnå en integrert forståelse trenger pårørende å snakke om det de opplever (Pennebaker 2000). De har behov for å knytte følelser til kognisjon. Sagt på en annen måte trenger pårørende å erfare "en opplevelse av sammenheng" før meningsaspektet blir klart for dem (Antonovsky 2005). Når følelse er knyttet til hendelse gjennom informasjon er informasjonen gjort potent, slik jeg ser det.

Argumentene for å vente og se - holdningen bunner i en underforstått: Hvorfor skal vi plage barn som ikke synes å være plaget? På den annen side, hvorfor skal vi vente og se, og hvor lenge skal vi vente? *"Formålet med å snakke om krisen, også blant de minste, er selvsagt det motsatte av å gjøre dem engstelige. Vi vil gjerne gjøre dem tryggere"* (Raundalen 2008:127).

Som nevnt viser utviklingspsykologien til at små barn forstår mer enn det de verbalt kan gi uttrykk for. Dette gir indikasjon for at barna bør få informasjon fra de er små. I prinsippet er "ingen for liten", og familiesamtalens dynamikk profiterer på at alle søsknene er til stede (Glistrup 2004:103). Hva som legges i begrepet "informasjon" til enhver tid, må justeres etter barnets situasjon, utvikling og modenhet. Det hender at barna selv finner uttrykk for situasjon eller tilstand. I slike tilfeller kan det være en fordel å fortsette å bruke disse kallenavnene, som gir mening for barnet (Nordenhof 2012).

Juul hevder at barn med hell kan få informasjon om forelders psykiske lidelse fra spedbarn av (Juul 2010). Her må definisjonen av "informasjon" tilpasses for å bringe forståelse til fenomenet. For spedbarnet er, som kjent, for lite utviklet til å forstå tale kognitivt. Imidlertid har spedbarnet nytte av hjelp til selvregulering av følelser, og "forstår" godlynt prat. Jeg fortolker Juul slik at forelder gjerne kan fortelle barnet rolig hva som skjer med familien. Hvis "informasjonen" til barnet fortsetter vil barnet få mer tilpasset informasjon etter hvert. Barnet vil vokse seg inn i en forutsigbar virkelighet hvor alternativet lett kunne ha blitt kaotisk. "Sannhet" kunne blitt konstruert gjennom fortielser, "hvite løgner" og bortforklaringer, en slags unngåelse av virkeligheten som ville gi næring til fantasien og angsten. Verden konstrueres ettersom vi vokser, erfarer og opplever, således er det essensielt at voksne bygger på og utvider forklaringer rundt hva som skjer i familiesamspillet. Fenomenet "å informere", fortolker jeg i aktuelle kontekst, som en prosess som utvikles over tid sammen med barnets vilkår.

Mange foreldre har en formening om at de handler i barnets interesse når de tier. De skåner barna ved ikke å informere dem om livets mørke sider. Denne oppfatningen er allmenn. Dette gjelder ofte foreldre som sliter med sykdom. Det kan handle om rus, psykiske lidelse eller kroppslige sykdommer. Det viser seg at slike gode intensjoner om å beskytte barna fra informasjon om foreldrenes tilstand har dominert. Studier viser imidlertid at barn blir engstelige og redde uten informasjon (Helgeland 2012:187). Mye tyder på at foreldre generelt er ukjente med hvilke konsekvenser det gir å unnlate å informere barnet. Kanskje myten: " å snakke er sølv å tie er gull" fremdeles lever blant oss mennesker?

Tilbake til spørsmålet om hvorfor man skal "plage" barn som ikke synes plaget. Det kan være vanskelig å oppdage at barna plages, fordi de tar seg sammen. De ønsker å skåne sine foreldre, som de ser har nok å stri med. Dette kommer jeg tilbake til.

Som nevnt, ønsker barnet å forstå sine omgivelser, og det vil vite hva som skjer med mor og far (Johnsen m. fl. 2000). Forutsigbarhet gjør at barn kan forberede seg. Uforutsigbarhet derimot vil medføre konstant beredskap med tanke på mulig fare eller ubehag, gjerne fulgt av forvirring og en følelse av ikke å ha kontroll (Mowatt Haugland 2012:92). Uforutsigbarhet var det som belastet pårørende mest, i relasjonen til en som var psykisk syk (Smeby 1998).

## 6.2 Annerledeshet og galskap

Er psykisk sykdom det samme som å være gal? Personlig vil jeg svare avkreftende på det. "Å være gal" er en for upresis betegnelse å bruke om en person som har en psykisk lidelse. På den annen side hvis begrepet "gal" anvendes, brukes det gjerne som synonym til det å være psykotisk. Et annet perspektiv vil være at det kan være frigjørende å leke med ordets betydning, således kan det miste både stigma og mystikk. Gal kan dessuten bety noe uhemmet positivt, ved å gi uttrykk for stor livskraft.

Hvilken annerledeshet siktes det til, og hva er sammenhengen mellom annerledeshet og galskap i dette bildet?

I dette forskningsprosjektet har jeg kalt den annerledesheten barna følte i oppveksten for "galskapen". Som nevnt var det en av informantene som inspirerte meg til å anvende

”galskap”. Hun viste at hun hadde et avslappet forhold til begrepet, og ikke minst at hun så mangfoldet i det.

Jeg har blitt opptatt av at fenomenet ”gjensidighet” har gått igjen i relasjonen foreldre barn. Dette er ikke tilfelle når det gjelder galskap, fordi galskap ikke virker i vekselvirkning relasjonen forelder barn i mellom. Pårørende barn er stort sett friske fra starten av.

Barn gjør det de kan for å bevare normaliteten i familien. Barn vil som kjent ikke skille seg ut. Således kan den annerledesheten barn blir stilt overfor virke truende mot stabiliteten og det hverdagslige i familien. Hvis det skjer noe uforklarlig for barna, og de skjønner at foreldrene ønsker å holde det hemmelig oppfører de seg lojalt mot en slik usynlig avtale (Boszormenyi - Nagy og Spark 1973).

Det er ikke lett for barn å skille normal fra unormal atferd. For hva er normal atferd, når man har få andre voksne å sammenligne med? Det at familien isolerer seg vil dessuten hindre omverdenens korrektiv til familiespillet (Sølvberg 2008). Hvis utvikling av psykisk lidelse skjer langsomt, er det vanskeligere for pårørende å merke at noe er galt. Barn er likevel både intuitive og perseptive (Stern 2004), og de fleste barn skjønner etter hvert at noe ikke stemmer.

Den annerledesheten barna, i denne studien, opplevde i oppveksten innebar mye uforutsigbarhet, og således også frykt. Manglende forklaringer gjorde at barna opplevde flere situasjoner utrygge og angstfylte. I kaoset som oppsto hjemme ble barna redde for enten selv å bli skadet, eller at andre familiemedlemmer skulle bli det. På den andre enden av skalaen forteller informant M at hun som voksen ”har sansen for annerledeshet”. Hun omfavner ideen om at hun selv er annerledes, uten å være psykisk syk. Hun var dessuten opprørsk som ungdom, og kledde seg nettopp annerledes enn vennene.

Hva gjelder psykisk syke foreldre er det først og fremst fedre det refereres til i min studie. Det finnes fire psykisk syke fedre, samt en psykisk syk mor. De fire informantene er som kjent kvinner. I tidligere studier er det satt søkelys mot mødre med psykisk sykdom. Dette fordi det tradisjonelt har vært mor som har vært sterkest knyttet til sine barn, mens far ble opplevd som mer fjern. En endret samfunnsutvikling forandrer dette bildet. I dag er fedre flest nærmere tilknyttet sine barn. Kanskje tiden er inne for å inkludere fedrene som viktige

støttespillere for sine barn? I tre av fire familier, i mitt prosjekt, er døtrene nært knyttet til sin far. To av dem ligner sin far, og den tredje blir favorisert av sin far. Disse forhold bidrar til at det er vanskelig for døtrene å atskille seg fra den psykisk syke og sykdommen. Noe som er et velkjent fenomen. I den anledning ble heftet "Meg også" laget (Johansen 2010). Heftet er for barn og ungdom som opplever sykdom i familien. Heftet er spesielt opptatt av individuering, at barnet har egne følelser uavhengig av forelder. Det er muligens et mønster å spore i det at barn identifiserer seg med forelder uavhengig kjønn.

Tilbake til galskap, ordet klinger muligens litt gammeldags? Det er likevel et folkelig begrep, nært og klinisk. Det er et samlebegrep og jeg har hittil ikke funnet en god erstatning som kan representere den del av samhandling psykisk syk forelder bidrar med inn i dialogen med sitt barn. Eksempelvis hører "vannvidd" eller "forrykthet" mer fremmedgjørende ut. På den annen side kan som nevnt galskap bety ulikt. Dette kommer bedre fram når man ser på andre synonymer for begrepet "galskap", som "ufornuft" eller "yrhet", se også kap. 1.4.

Det vil utvilsomt være noen som finner begrepet galskap stigmatiserende. Det knyttes forskjellige erfaringer til begrepet. Disse vil farge vår opplevelse av hva "galskap" betyr for hver og en av oss. Med åpenhet, og gyldiggjøring av psykisk sykdom, avtabuiseres fenomenet galskap.

### 6.3 Gjensidighet i relasjon foreldre barn

Hva ligger i begrepet gjensidighet, og hvilken relevans har det for problemstillingen?

Masterprosjektets problemstilling peker mot barnas opplevelse av hvordan foreldrene formidlet at far eller mor var psykisk syk. Gjensidighet er et tilsvar på problemstillingen, og vil som sådan bli viet mer oppmerksomhet i avslutningskapittelet.

Gjensidig betyr "som finner sted i samme grad fra begge parter" (Norsk ordbok). Går man til dialektikken (jf. kap. 2.5.1) er gjensidighet en fellesnevner for relasjonsforståelse. Kari Trøften Gamst understreker barnets rolle som aktør når hun sier: "*Barnet påvirker aktivt sin egen utvikling i en relasjonell vekselvirkning, og er ikke passiv mottaker av påvirkning fra omgivelsene*" (2011:35).



Jeg understreker at fenomenet gjensidighet er det mest gjennomgående av mine funn. Det forteller meg at barna er sårbare, og at det byr på utfordringer å bryte med et satt familiemønster. Boszormenyi - Nagy (1973) støtter mine antagelser i det han skriver om de usynlige lojalitetsbånd som finnes i slekten. På grunn av lojalitet mot familie og tidligere slekt er det vanskelig for barn å bryte med det som er forventet. "Loyalty ethics often conflict with the ethic of self-control" (ibid:41). Her i dette feltet kjemper informantene for sin uavhengighet. Et utsagn som peker i den retning er når K peker på gjensidigheten i forholdet til sine foreldre. Hun viser til at det var vanskelig å kreve åpenhet når hun selv var blitt møtt med det motsatte opp gjennom årene.

På den annen side skaper samtiden nye diskurser. Det heter at "gamle sannheter står for fall". Å kreve en viss uavhengighet fra sitt opphav, er en viktig del av det å være en autonom voksen, slik jeg som forskersubjekt ser det. Informantene peker alle på støtte de fikk fra "signifikante andre". Denne støtte kan ha hjulpet de med å se seg selv uavhengig sine foreldre, som aktører som mestrer ting alene.

I følge Hegel, og i tråd med den dialektiske forståelsen av relasjon, forutsetter en bevegelig relasjon at partene er likeverdige. Likverdighet gir lik rett til egen opplevelse. Men da angsten holder partene i gjentagelsen, kreves det et visst mot, å la den andre ha sin opplevelse (Schibbye 2002). Derfor reflekterer jeg over hvorvidt de voksne barna klarer å snakke for seg selv, å frigjøre seg fra familielojaliteten, jf. 3.3.2.

Et tegn på at foreldrene ikke behandler sine barn som likeverdige, slik jeg ser det, er når barna blir ekskludert fra meningsfulle samtaler. At familie og slekt prater om psykisk sykdom, er i høyeste grad relevant innenfor en kontekst hvor forelder sliter med psyken. Slik jeg fortolker det, mangler informantene en "bevegelig relasjon" til sine foreldre. Det motet som kreves for å la den andre ha sin egen opplevelse konstrueres ikke i nevnte relasjoner. Dette fordi barna i liten grad får valget om å være i samspill med forelder i dialogen om psykisk sykdom og dens konsekvenser for familien.

Jeg har gitt eksempler på hvordan barna "lever følelser" for foreldrene i håp om å beskytte seg selv fra å oppleve psykisk smerte, jf. kap 2.5.1. Det er vanskelig for voksne barn å erkjenne at foreldrene har neglisjert dem i oppveksten. Da er det lettere å ta ansvar for skylden selv. Gjensidig er det vanskelig for foreldre å erkjenne at de har vært aktører og

forårsaket neglisjering av egne barn. Forestillinger og konstruksjoner av ny historie, kan viske ut erfaringer fra oppveksten. Men erfaringene kan likevel sette seg i kroppen (Pennebaker 2000, Helgeland 2012). Vi ser eksempler på at barnet tar på seg skyld. Dette kan skyldes at det er lettere for barnet å bære skylden selv enn å slippe å ta inn over seg, at foreldrene svek dem i barndommen. Erlandsen skriver om dette fenomen i "Distansert nærhet", jf. kap. 6.4.

#### 6.4 Barn i forstrukkete roller

Hvorfor tar barn så lett på seg voksenansvar når foreldrene er syke? Hva er grunnen til at barn opplever å være alene med ansvaret for den syke forelder og husholdet?

Ansvar og skyld, ingen vil ha det, men barn synes å ta det på seg med den største selvfølge. Som følge av at noen foreldre er dårligere disponerte til å ta seg av familiens hverdag, ledes barn inn i mer ansvar. På en måte gis det ikke noe valg; enebarnet, en eller to i søskenflokket blir inn i posisjoner hvor de prøver å organisere hverdagen så godt de kan. Rollene i familien omrokket, barna tar makt og ansvar, mens foreldrene blir avmektige og avhengige. Slik prioriterer samfunnet den voksnes helse på bekostning av barnet. Barn blir brukt som middel for å stabilisere forelderen (Snoek 2010:103). (Jf. kap. 2.8 om makt). Sagt med andre ord jobber de usynlige strukturene i hverdagen omvendt. Den internaliserte makten blir snudd opp ned. Det er lett å anta at dette vil bidra til å gjøre familien sårbar. Barn og foreldre blir gjensidige sårbare. Barna tøyser sine grenser for å mestre det å ta ansvar for foreldre, søsken og seg selv. Foreldrene blir sårbare under barnas navigering. Psykisk syke foreldre forutsetter ofte at barna stiller opp. Barna forutsetter det samme av seg selv, gjensidigheten rår.

I kapitlet om barneperspektivet versus voksenperspektivet refererer jeg til Gamst og Langballe. De hevder at den symmetriske relasjon er den som gagnar barnet best i forholdet voksen barn. Jeg ønsker å legge frem et ulikt syn. I kapittel 2.3 skriver jeg om hvordan symmetri og komplementaritet kan forstås i en relasjon. Avhengig av tema, tidspunkt og situasjon vil en blanding av disse være vanlig i en hver relasjon (Jensen og Ulleberg 2011). I det symmetriske forhold kan partene forsterke hverandre gjensidig i et fruktbart samspill eller i en destruktiv maktkamp (ibid: 117). Hvis vi ser på "forstrukkete barn", vil symmetri innebære at barnet må ta det ansvaret som voksne pleier å ta. Alternativt må barnet senke

seg til foreldrenes nivå, hvor energien ikke rekker til å lage matpakke, eksempelvis. Jeg vil hevde at i mange tilfeller vil det gagne barnet best når foreldre og barn kan utfylle hverandre, som i en komplementær relasjon. La oss se på det psykiske aspekt. Når mor synes synd på far som er sliter psykisk, hjelper det ikke far om barnet potenserer denne affekten ved å gi uttrykk for at barnet føler det samme. Her vil et komplementært samspill fungere bedre.

Sett at barnet går inn i samspillet som ovenfor, for å oppmuntre far med at dette går bra, vil barnets motiv trolig være å skåne foreldrene. Et dilemma oppstår. På den ene side vil det å opptre symmetrisk i relasjonen, ved at barnet sammen med mor, gir uttrykk for å synes synd på far, ikke støtte far. På den annen side vil det å skåne foreldrene, ved å undertrykke sine følelser, skjule barnets ekte følelser. Dette kan villedde foreldrene til å tro at barna har det bra (jf. å plage barn som synes å ha det bra). Alternativt kan det å skåne den annen part være ledd i ubevisste prosesser. I slike tilfeller vil barnet handle automatisk (Boszormenyi – Nagy og Spark 1974). Som tidligere vist til, vil barnet kunne beskytte seg selv følelsesmessig ved å "leve" foreldrenes følelser.

I det gamle jordbrukersamfunn og det tidlige industrisamfunn jobbet voksne og barn side om side. I dag er ikke barn, på det jevne, vant til å bli stilt krav til hva gjelder det å bidra i husholdet på samme måte som før. Anliggende handler ikke så mye om at voksne og barn jobber sammen, men at barn opplever å være alene om det hele.

Undersøkelse viser at opplevd støtte fra frisk forelder er overraskende liten (Sølvberg 2011:108). Dette skyldes at frisk forelder har nok å gjøre med den syke, og sine egne følelser. Ytterligere komplisert blir det når barna skjuler at de trenger hjelp, for å avlaste foreldrene. Barn føler at de står alene med ansvaret, for den syke forelder og de andre i familien. Forskningen og samfunnet forøvrig, har som nevnt tradisjon for å se på pårørende barnet som en del av et avvik- eller risikoperspektiv. Mens gammel forskning har vært mer opptatt av sykdom og patogenese, er nyere forskning mer opptatt av å se på helse gjennom et salutogent perspektiv. Nyere forskning trekker i større grad fram resiliensperspektivet. I kjølevannet av barnets motstandskraft er det legitimt å nyansere barnets ulike roller. Ytterhus kaller det rollesett.

Pårørendebarnet blir av åpenbare grunner ofte plassert i offerrollen, men det er ikke til å underslå at mange av barna bidrar som aktører. Samfunnet trenger å anerkjenne barnet som en som bidrar til sosial orden i familien spesielt, og til fellesskapet generelt. Borgunn Ytterhus påpeker viktigheten av å se pårørendebarnet i et nyansert lys. Hun skriver at et pårørendebarn ikke bare er i kraft av "å være" eller "å bli", men også av "å gjøre", som å få hverdagen til å gå rundt (Ytterhus 2012).

Kan vi tenke oss at den innsatsen som barn bidrar med i familien i disse sårbare familiene vil bli verdsatt i framtiden? Anerkjennelse kan gjøre den store forskjellen fra destruktiv til adaptiv parentifisering. Som nevnt i kap. 2.5.1, er anerkjennelse med på å skape den andre (jf. fenomenet dialektikk).

*"Parentifisering er et mønster av familieinteraksjon hvor barn og ungdom tildeles roller og ansvar som innenfor deres kultur normalt utføres av voksne omsorgsgivere", i følge Valleau, Bergner og Horton, 1995 i Haugland 2006. Haugland påpeker at "parentifisering" også bør gjelde for emosjonelle omsorgsoppgaver (ibid).*

Adaptiv parentifisering kan oppstå når barnet får støtte fra andre på oppgaver av avgrenset varighet. Omsorgsoppgavene i familien er med andre ord omfattende, men av midlertidig karakter. Destruktiv parentifisering oppstår når barn har omsorgsoppgaver som er inadequate i forhold til deres alder og modenhet, og støtte og anerkjennelse uteblir (ibid:214).

Når jeg går til empirien finner jeg fire unge voksne, som når de var barn og ungdom, tok ansvar for andre familiemedlemmer. I vesentlig grad tok de på seg en voksenrolle overfor andre i familien. I to av familiene kom det tydelig fram at jentene hadde omfattende omsorgsoppgaver, såkalt merbelastning, av praktisk og emosjonell art. Hvorvidt de opplevde å få anerkjennelse og støtte i prosessen, har jeg for liten kjennskap til å uttale meg om.

Hva gjelder tema skyldfølelse, forsøker mange barn å skape trygghet gjennom å ta på seg ansvar for foreldrenes sykdom. Ved å påta seg skyld for virkeligheten de lever i, fritas foreldrene fra ansvar og skyld (Erlandsen 2003:13). Slik jeg fortolker det skjermes ikke bare foreldre, men også barna. Barna skjermes fra skammen. Det er nærliggende å tenke at vi står overfor gjensidig skåning (ref. kap. 2.5.1 om å leve den andres følelser).

Barna opplever et tomrom, en annerledeshet de ikke får forklaring på. Barn tror de er sentrum for det som skjer og årsaksforklarer alt ut i fra dem selv. De er selvhøvede, og tror det meste er deres feil (Johnsen og Torsteinsson 2012). Barnet står overfor overbelastning, men i den grad det opplever å få anerkjennelse for det det gjør, kan det oppleve mestring, som ved adaptiv parentifisering. Alternativt kan overbelastningen føre til angst, som ved destruktiv parentifisering. For et barn kan det å ha ansvar for andre familiemedlemmer, ha positive og utviklingsfremmende resultat på barnet. Barnet føler at det må ta ansvar når ingen andre tar det. Det kan gi positiv selvfølelse, kompetanse, empati og kontroll. Dette kan betegnes som resiliens (Snoek 2010, Østman 2008).

## 6.5 Brudd på taushet

Hvorfor er tausheten skadelig og åpenhet helsebringende?

Det finnes etter hvert flere undersøkelser som peker mot at taushet og fortielse av viktige livshendelser er skadelig for de impliserte barna. Taushet fører til uforutsigbarhet som gir forsterket stress. Elin Kufås gjorde "En kvalitativ studie av hvordan barns liv kan påvirkes av foreldrenes psykiske lidelse" (2005). Hennes viktigste funn var manglende artikulering av kunnskap fra de voksnes side, kalt "den store tausheten". Hun fant at uavhengig resiliente faktorer var tausheten belastende for barn av psykisk syke.

Heidi Kristine Jangås gjorde en undersøkelse av noen barn (2005), og hun fant at 1: Psykisk sykdom hos foreldrene er belastende. Belastningen knytter seg til atferd som følge av sykdommen og ikke til selve sykdommen som begrep. 2: At åpenhet er et ledd i en beskyttende prosess, og at ved å være åpne gyldiggjør foreldrene sykdommen. 3: Dette bidrar til at barna ikke tar på seg skyld for sykdommen.

*"Når barn i traumatiske situasjoner opplever fortielse og forvirring, er det en vesentlig skadefaktor for barnet i tillegg til den krisen det står overfor" (Gamst 2011).*

Å inkludere barnet er å respektere det for dets forstand. Barn ønsker å bli tatt på alvor (Gamst 2011, Mowatt Haugland m. fl. 2012, Gjertsen 2013). Barn blir krenket i oppveksten, ved at de ikke har blitt tatt med på vurderinger som gjelder deres liv (Gjertsen 2013).

*"Barn knytter gjerne følelser til situasjoner, og fra fireårs alder kjenner de seg hjemme langs dimensjonen kjempeleiseg og kjempeglad" (Raundalen 2008:60).*

For alle barn er det relevant å forholde seg til et følelsesregister. Det er kommet bøker som tar for seg ulike følelser knyttet opp mot forskjellige hendelser som oppstår i barndommen. Slike bøker er beregnet på små barn. Å gi barnet språk for følelser, et emosjonelt leksikon, er nytt i tiden. Dette er med på å styrke barnets opplevelse av å være avgrenset den voksne rollemodellen.

Det finnes tema som barn ikke trenger å bli involvert i, og det finnes ulike grader av involvering. Her må man utvise skjønn. Små barn kan forstå hva "syk" og "medisin" er fordi de kan relatere til fenomenene. Likeledes kan de ta i mot forklaring på at forelder er "syk i tankene", og at de får "snakkemedisin" (Pennebaker 2000). Barn fra syv års alder har rett til å få uttale seg om forhold som har med dem å gjøre, som psykisk sykdom i familien. Dette er, som tidligere nevnt, nedfelt i norsk lov.

Det finnes mye uhelse gjemt i fortielse. Både voksne og barn trenger å fortelle om hendelser som de av ulike grunner har funnet forvirrende og skremmende. Opp gjennom oppveksten utsettes pårørendebarna for det psykolog Marianne Straume kaller "komplekse traumer", og som kjent, traumer påført fra nære omsorgspersoner vanskelige å leve med (Pennebaker 2000).

James Pennebaker har forsket på hvilken effekt det å "lette sitt hjerte" har på kropp og sinn. Undersøkelser viste at personer som åpnet opp for å fortelle om skamfulle hendelser ("high disclosers") viste stort fall i blodtrykk etter eksperimentet sammenlignet med personer som holdt tilsvarende hendelser tilbake ("low disclosers"). Fallet i blodtrykk forstås som kroppens respons på tilståelse av opplevelsen (Pennebaker 1997:51). Tilsvarende fant Pennebaker at mennesker som skriver om sine dypeste tanker og følelser vedrørende traumatiske erfaringer, høyner sitt immunforsvar sammenlignet med de som skriver om overfladiske emner. Målingene ble gjort rett etter "skrifte" og 6 uker senere, og viser tegn til bedre immunforsvar (ibid:37). Med andre ord fant Pennebaker (jf. kap. 2.3) at det å skrive og snakke om problemer hjelper både voksne og mindreårige i å bearbeide ubehagelige erfaringer.

Sett fra et annet perspektiv vil åpenhet eller taushet knyttet til familieperspektivet handle om et menneskes verdisyn. Å bidra til åpenhet om psykisk sykdom overfor barna har med oppdragelse av barn å gjøre. Det dreier seg om hva som var gangbart før i tiden

sammenlignet med i dag. Tidligere levde forestillingen om at barn trengte massiv påvirkning og manipulering fra voksne før de kunne regnes med. I dag kjenner vi til at barn er "ordentlige" mennesker med kompetanser fra starten av (Juul 1996). Vi kjenner til at barna kan være selvstendige og trives i rollen som aktør og ansvarlige, særlig hvis de blir anerkjent for en slik posisjon (Raundalen og Schultz 2008).

Det at informantene ønsker brudd på tausheten, er det å forstå som et brudd på et mønster? Taushet har blitt overført fra den ene generasjonen til den neste, og teoretikere for usynlige lojalitetsbånd har talt. Men vi har sett et politisk skifte hvor norsk lov styrker barnets rettigheter til å bli hørt. Barn påvirkes av sine omgivelser, og flere trygge voksne vil etter hvert støtte barnets autonomi. Flere ekte voksne vil lytte til barnets stemme, og barnet vil til slutt bli hørt.

Etter helsepersonelloven av 2010 ligger det til rette for å høre barna sin stemme. Barn som pårørende er en del av helheten: Forelder sin psykiske helse er forbedret hvis barnet har det bra og omvendt. Gjensidigheten finnes også her. Ansvarlig helsepersonell har ansvar for å informere mindreårige om at deres forelder er psykisk syk. Dette gjøres på forskjellig måter, i samråd med pasient og familie. Med andre ord, ligger ikke lenger ansvaret alene hos pasienten. Barna trenger mer tid enn en voksne for å forstå komplekse enheter. Derfor bør det legges opp til flere samtaler, og en kjedet informasjon, jf. Øvreide. Det finnes flere veier å gå for å gi informasjon til pårørendebarna, familiesamtalen er en av dem.

*"Når du er villig til å åpne opp for at et barn kan ha noe å fortelle deg, vil du oppleve at barn kan bryte tausheten (Gamst 2011:29).*

## 7.0 Avslutning

Studiens formål har vært å oppnå en større forståelse for hvordan barn kan erfare at foreldre snakker om psykisk sykdom i familien.

Forforståelsen min var at alle foreldre informerte sine barn etter beste evne. Materialet mitt har vist at forforståelsen min ble utfordret, da ingen av foreldrene synes å ha informert sine barn nevneverdig. Informantene forstår manglende informasjon eller taushet som tabu, skam og forsvar.

Utfordringen om å bringe åpenhet til feltet støter mot en gammel holdning om at det å skåne barna er det beste. Foreldrene tror at barna ikke tåler virkeligheten, men i virkeligheten er fantasien verre.

I det følgende vil jeg se på om jeg har fått svar på den problemstilling og de forskningsspørsmål jeg startet ut med. Jeg vil reflektere over forskningsprosessen, samt bringe frem mulige nye forskningsspørsmål.

## 7.1 Konklusjon

### **Hvordan opplever voksne barn av psykisk syke at de ble informert om forelders sykdom som barn?**

Materialet mitt har vist å spore et mønster hvor samtlige fire informanter opplever at det tok flere år før de fikk en integrert forståelse av at forelder var psykisk syk. Med "flere år" menes hele oppveksten fra 5-8 år til 18 års alder. I dette funn finnes en generaliserbar kunnskap som kan gjelde andre barn som pårørende.

De voksne barna opplevde retrospektivt at det ikke ble gjort "noe vesen" av det forhold at den ene forelderen var psykisk syk. Foreldrene nærmest skjulte fenomenet "psykisk sykdom", og dens ringvirkninger. Som svar på dette kom jeg opp med tittelen: "**Usynliggjøring av galskapen**". Det mentale aspektet ble aldri riktig fokus for dialog mellom familiemedlemmene. Noen unntak fantes, men det strakk ikke til for å fjerne tabu fra fenomenet. Barna ønsket forutsigbarhet, men ble i all vesentlighet møtt med taushet. Barna ble møtt med fortielse av det tabuiserte i ulike systemer som familie, slekt og samfunn. I den



grad tausheten ble brutt var det barna selv som prøvde å få foreldrene i tale. I en familie ble det snakket åpent om alkoholvaner, og i to familier fortalte jentene det til sine venner.

Det gjennomgående er at gjensidigheten mellom barn og forelder er preget av det motsatte av åpenhet. I kampen mellom krefter som åpenhet og fortielse vinner tausheten.

Gjensidigheten er gjennomsyret av en form for skjult virksomhet. Voksne og barn har gjensidig tatt høyde for at den annen part i relasjonen tåler lite. De skjerner hverandre gjensidig fra det tabuiserte, noe de ikke tror tåler å se dagens lys.

For å gå inn i problemstillingen er det laget tre hjelpespørsmål, tidligere kalt forskningsspørsmål. Det første kommer her.

### **Hvordan forstår barna tausheten rundt det at forelder er psykisk syk?**

Alle barna, i dag voksne kvinner, peker på tabu og skam som fenomener som bidrar til taushet rundt forelders psykiske lidelse. Mine tre overordnede tema, eller funn, er således relevante. Mine overordnede funn er gjensidig skåning mot galskap, gjensidig taushet om galskap og gjensidig bagatellisering av galskap.

Forståelsen av taushet knyttet opp mot psykisk sykdom og det jeg har kalt galskap manifesterer seg kanskje vesentlig gjennom hvordan familiene lever sine liv. Foreldre og barn har i vekselvirkning samspilt med samme fortegn. Det er gjensidigheten som går igjen i måten å forholde seg til usynliggjøring av galskapen.

Hjelpespørsmål nummer to:

### **Hvilken mening legger barnet i det å skulle bli skånet?**

Jeg velger å starte med å se alternativt på dette spørsmålet, i tråd med de sammenhenger jeg er opptatt av. Barna ble skånet fra å oppleve en sammenheng som relaterer til forelders psykiske sykdom. Samtaler om hvorfor forelder er lei seg, oppstemt eller psykotisk uteble. Samtaler mellom generasjonene om hvordan det er å leve med psykisk sykdom ville kunne bidra til oppklaring og sammenheng. Den annerledesheten barna opplevde psykisk syk forelder tok med seg inn i familiesamspillet ville kunne oppleves som ikke uventet, fordi konteksten ble satt ord på. Fordi barna i all vesentlighet ble skånet fra forklaringer på hvorfor far eller mor var psykisk syk oppsto det et slags tomrom. Dette tomrommet ble fylt

av barnas forestillinger om hvordan ting hang sammen. Gjennom oppveksten oppsto flere situasjoner som ble opplevd som kaos og kriser. Dette er gjennomgående for hva informantene forteller. "Mening" forstått som opplevelse av sammenheng (ref. Antonovsky) er noe som ble fratatt barna fordi de ble skånet. Dette er slik mitt forskerblikk leser det når jeg bruker Antonovskys "opplevelse av sammenheng" som definisjon på "mening".

"Mening" i betydningen av hvorfor foreldrene ikke ønsket at barna skulle bli innlemmet i familiehemmeligheten "forelder har store psykiske vansker" ligner svaret på forrige forskerspørsmål. For slik jeg ser det skiller ikke informantene vesentlig mellom begrepene "taushet" og "skåning"; det er tabu og skam som blir koblet til usynliggjøring av sykdommen.

Hjelpespørsmål nummer tre:

### **Hvordan opplever kvinnene at barndommens erfaringer preger voksenlivet?**

Alle fire kvinnene opplever på forskjellige vis at barndommen preger dem i dag. Det felles og åpenbare er det at alle jobber med målgruppen "barn som pårørende". Dette skjer gjennom profesjonelt arbeid eller frivillig organisasjon. "Åpenbart" fordi det var kriteriet for å bli med i forskningsprosjektet.

Erfaringene kvinnene gjorde seg i barndommen gjør noe med livene deres i dag. Grunnen til at de alle ønsker å jobbe med tema pårørendebarn i psykiatrien er at de ønsker å bidra til åpenhet rundt emnet psykisk sykdom.

Kvinnene stiller store krav til seg selv i det de ønsker å integrere motsetninger i sine liv. Dette representerer ytterpunkter som jeg tidligere har vært inne på, se "komplekse kvinnehistorier" innledningsvis. Som fortolker ser jeg at kvinnene har måttet romme kompleksitet og psykisk smerte. Jeg ser at de har ambivalente forhold til sine foreldre, som er å forvente. Det er likevel ingen av informantene som legger skyld på foreldrene, for manglende inkludering i familiehistorien.

I Almvik og Ytterhus sin NTNU rapport kalt "ualminnelig alminnelighet" (2004:46) blir det understreket at motsetningsfylte forhold preget av ambivalens kan gi rom for utvikling og mening.

Informantene er enstemmig opptatt av at foreldre, slekt og offentligheten omtaler psykisk sykdom med åpenhet. Men når det kommer til eget barn eller tantebarn klarer ikke kvinnene å bestemme seg. "Å skåne" blir da et tema, som om barna vil få det vanskeligere, og ikke lettere, om de får forklaringer på onkel eller besteforeldres atferd.

## 7.2 Refleksjon

Jeg kjenner meg utrolig privilegert som har fått lov til å jobbe med M, L, K og H, som informanter i mitt mastergradprosjekt. Gjennom intervju, samtaler og utfyllende e-post synes jeg at jeg har lært dem litt å kjenne. Tusen takk til dere alle fire, for at dere møtte meg med interesse og oppriktighet.

I følge mitt ståsted hva gjelder søken av livserfaringer og forståelse, skjer dette fortrinnsvis gjennom åpenhet og dialog. Således er forståelse blitt konstruert i dialog mellom informant og fortolker, for å kalle meg det. I denne prosessen kan informanten bli bedre kjent med seg selv og sin historie. Det skapes nye narrativer når jeg snakker med de "voksne barna". Dette er en prosess som skjer parallelt med det at jeg akkumulerer empiriske data som potensielt kan være med på å utvikle nye teoretiske perspektiver, den induktive tilnærming.

I masteroppgaven har jeg inntatt ulike posisjoner, og gjort tolkninger på flere plan. Jeg har vært nær, fjern, tro og troløs (jf. IPA og kap.3.2). Noe som kan ha bidratt til at informantene tidvis kan ha følt seg fremmedgjort og eller misforstått. Muligens kan dere informanter, om dere leser dette, føle at jeg ikke har vært nær, slik jeg kunne ha vært det som kliniker, men ikke som forsker. Jeg håper likevel at jeg har klart å skape noe gjenklang hos dere?

Informantene har vært innom mange temaer i sine dialoger med meg. Ikke alle temaene er blitt med videre i prosessen. Dette baseres på relevans til problemstillingen. Det er tilsvarende tatt hensyn til hva som i størst grad var felles for de fire informantene, samt noen brudd.

Svakheten ved retrospektive historier er at de alltid vil bære preg av en god del etterrasjonalisering og voksen kognisjon. Barnas perspektiv her og nå uteblir (Almvik 2004:15).

### 7.3 Videre forskningsspørsmål

Som nevnt viser forskning og litteratur at barn har behov for informasjon om forelders sykdom og hvilke konsekvenser dette har for dem selv og foreldrene. Det kunne derfor være interessant å finne ut mer om hvor mange barn som får slik informasjon fra helsevesenet. Denne problemstillingen er interessant uavhengig type sykdom. Begrepet "barn som pårørende" favner, som kjent vidt.

Spesielt ville det ha vært interessert i å løfte tema "barn som pårørende" opp til et høyere bevissthetsnivå hos den norske populasjonen. En forløper til dette kunne bestå av å samle forskning av barn i et større systemisert materialet. Her trengs både kvalitativ og kvantitativ forskning, erfaringer og statistikk i samspill.

Forskning viser at barn er lojale mot det de opplever som norm i sin familie. Hvis foreldrene ikke setter ord på det som for barna fremstår som uforståelig, følger barna etter. Barn trenger å høre at en av foreldrene eksplisitt godkjenner at de kan snakke om det de "har på hjertet".

Nye norske lover skal sikre at barnets stemme blir hørt, og de skal sikre at helsepersonell informerer barna. Siden år 2010 er ansvarlig helsepersonell ansvarlig for at informasjon sikres gitt, i samråd med pasienten. Med andre ord, helsevesenet har makt til å bidra til et åpent samspill innad i familien hvor forelder er psykisk syk. Dette kan igjen redusere utvikling av psykiske-, somatiske- og atferdsvansker hos barna fordi det vil kunne bidra til et bedre familiesamspill.

Jeg sier det som Terje Mosel og Paul Leer - Salvesen gjør det, at pårørende er en ressurs: Pårørende generelt og barn spesielt er en ubrukt ressurs i helseforskningen (Mosel og Leer - Salvesen 2013:31). Etablering av nye kunnskaper vil kunne gi verdifulle bidrag inn i en mer human organisering av helsevesenet.

Avslutningsvis gjentar jeg at kommunikasjon innad i familien kan gi helsevesenet kunnskaper om hvordan helsepersonell best bør bidra til å hjelpe foreldrene til å informere sine barn. Denne type kunnskaper ønsker jeg velkommen.

## Litteraturliste

Andersen, Anders Johan W. og Bengt Karlsson (1998). *Psykiatrici i endring - forståelse og perspektiver på klinisk arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Almvik, Arve og Borgunn Ytterhus (2004). *Ualminnelig alminnelighet – barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Trondheim NTNU rapport.

Antonovsky, Aaron (2005). Oversatt av Magnus Elfstadius. *Helsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Beardslee, William R. (2002). *When a Parent is Depressed*. London: Little, Brown and Company

Boszormenyi- Nagy, Ivan og Geraldine M. Spark 1973. *Invisible Loyalties: Reciprocity in Family Therapy*. Harper & Row, Publicers, Inc. London.

Dallos, Rudi og Arlene Vetere (2005). *Researching Psychotherapy and Counselling*. England, Berkshire: Open University Press.

Erlandsen, Tormod (2003). *Distansert nærhet. En retrospektiv livsløpsstudie av voksne som har vokst opp med psykisk syk forelder*. UiO: Hovedoppgave i spesialpedagogikk.

Ellingsæter, Anne Lise og Arnlaug Leira (2004). *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Foucault, Michel (1991). *Galskapens historie*. Oversatt av Fredrik Engelstad og Erik Falkum. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Gamst, Kari Trøften (2011). *Profesjonelle barnesamtaler. Å ta barn på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget

Gjertsen, Per Åge (2013). *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget.

Glistrup, Karen (2004). *Det barn ikke vet... har de vondt av*. Oslo: Pedagogisk Forum. Oversatt av Arne Solli etter originalen av 2002.

Guttu, Tor (1998). *Norsk ordbok*. Oslo: H. Aschoug & Co A/S og A/S Gyldendal Norsk Forlag

Halsa, Astrid (2008). *Mamma med nerver. En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager*. Doktoravhandling ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Haugland, Bente Storm Mowatt (2006). *Barn som omsorgsgiver: Adaptiv versus destruktiv parentifisering*. I Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43: 211-220

Haugland, Bente Storm Mowatt, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Helgeland, Anne (2012). *Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse*. I: Barn som pårørende Mowatt Haugland m.fl., s. 185-198.

Jensen, Per (2009). *Ansikt til ansikt. Kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jensen, Per og Inger Ulleberg (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johnsen, Astri, Rolt Sundet og Vigdis Wie Torsteinsson (2000). *Samspill og selvopplevelse. Nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Otta: Tano Aschehoug.

Johnsen, Astri og Vigdis Wie Torsteinsson (2012). *Lærebok i familieterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jangås, Heidi K. (2005). *Barns rett til å bli sett og hørt. Beretninger om sine opplevelser når mor eller far har en psykisk lidelse*. Universitetet i Oslo. Masteroppgave ved Institutt for spesialpedagogikk

Johansen, Eldrid (2010). *Meg også. For barn og ungdom som opplever sykdom i familien*. Oslo: Oslo universitetssykehus.

Juul, Jesper (30.oktober 2010). *Sinnsforvirring. Når passer det å fortelle et barn at mor er psykisk syk?* Oslo: Dagbladet Magasinet.

Juul, Jesper (1996). *Ditt kompetente barn*. Oslo: Pedagogisk Forum.

Kufås, Elin (2005). *Det er tausheten som tynger. En kvalitativ studie av hvordan barns liv kan påvirkes av foreldrenes psykiske lidelse*. Hovedfagstudiet i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo.

Kirkevold, Marit og Karen Strømsnes Ekern (2001). *Familien i sykepleierfaget*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Mevik, Kate (1998). *Møte med galskap. Om pårørende og psykiatri*. Otta: Tano Aschehoug

Minuchin, Salvador, Michael P. Nichols og Wai- Yung Lee (2010). Oversatt til dansk av Søren Søgaard. *Vurdering af familier og par. Fra symptom til system- en firetrinnsmodel i to sessioner*. Danmark: Dansk psykologisk forlag.

Morvik, Kjersti (2012). *Å vokse opp*. Oslo: Rapport utgitt av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Mosel, Terje og Paul Leer - Salvesen (2013). *Makt og avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse*. Kristiansand: Portal forlag

Nordenhof, Ingelise (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget. Boken er oversatt til norsk av Trude Marstein. Originalutgave utgitt i 2008.

Pennebaker, James W (1997). *Opening up. The Healing Power of Expressing Emotions*. New York: The Guildford Press

Pennebaker, James W (1990). *Opening up. The Healing Powers of Confiding in Others*. New York: William Morrow and Company, Inc.

Raundalen, Magne og Jon- Håkon Schultz (2008). *Kan vi snakke med barn om alt*. Oslo: Pedagogisk Forum

Ruud, Anne Kirsti (2011). *Hvorfor spurte ingen meg?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Schibbye, Anne Lise Løvlie (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse. I psykoterapi med individ, par og familie.* Oslo: Universitetsforlaget

Smeby, Nina (2005). *Relasjonen mellom pårørende og personen som lider av alvorlig psykisk lidelse. I: Opjordsmoen, Stein (red.) m.fl. Oss i mellom. Om relasjonens betydning for mental helse.* Stavanger: Hertervig Forlag, s.154-162.

Smeby, Nina Aarhus (1998). *Relationship between felt express emotion, social interaction and distress/burden in families with a member suffering from schizophrenia or related psychosis.* San Francisco og Oslo: Doktorgrad i sykepleie.

Smith, Jonathan A., Paul Flowers og Michael Larkin (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research.* London: SAGE Publications Ltd.

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

Stern, Daniel N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden.* Oversatt av Øystein Randers- Pehrson. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ytterhus, Borgunn (2012). *Hva er et pårørendebarn? Barn mellom risiko, nytte og åpen framtid. I: Barn som pårørende, s. 9-37.*

Winnicott, Donald (2006). *The Family and Individual Development.* New York: Routledge

## **Vedlegg:**

*Vedlegg 1: Informasjon og samtykke*

*Vedlegg 2: Samtykkeerklæring*

*Vedlegg 3: Intervjuguide*

*Vedlegg 4: Invitasjon til å tykke historien*

### ***Vedlegg 1: Informasjon og samtykke***

Informasjon om deltakelse i kvalitativt intervju om barn som pårørende til psykisk syke og rusavhengige.

Jeg vil gjerne gi deg litt informasjon. Samtykkeerklæringen får du når vi møtes, når vi kommer så langt at vi avtaler det.

Jeg er i dag student og familieterapeut ved Diakonhjemmet Høgskole hvor jeg tar en Master i familieterapi og systemisk praksis. Jeg har en faglig bakgrunn fra somatikk og psykiatri og er klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie. Jeg har erfaring fra arbeid med pårørende fra begge felt og er i senere år blitt spesielt opptatt av barn som pårørende i psykiatrifeltet. Foreløpig tittel på oppgaven er: Hvordan opplever voksne barn av psykisk syke og/eller rusavhengige at de ble informert om forelders sykdom når de var barn? Det handler om hvordan barn opplever det at en forelder er psykisk syk og rusavhengig. Det handler om hvor mye eller lite kommunikasjon om hva forelderen feiler gjør med familiens samhandling, og hvordan denne kan beskrives og forstås? Hvordan forsto du at det var manglende åpenhet om at din forelder var syk, den gang da du var barn, ungdom og nå som voksen?

Tidsrammen for intervjuet er ca 1-1,5 time. Litt tid må regnes i forkant av intervjuet, før vi er i gang. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, slik at det kan nedskrives ordrett, transkriberes. Materialet vil bli behandlet konfidensielt og ditt navn vil bli anonymisert. Lydbåndopptaket vil bli slettet når oppgaven er ferdigstilt.

#### **Veileder:**

Unni Nygaard, familieterapeut ved Bufdir. Mobil: 91364073

Vennlig hilsen Ellen Wego, [eweg@online.no](mailto:eweg@online.no) mobil: 93081656

Oslo, 9.9.12



## *Vedlegg 2: Samtykkeerklæring*

### **SKRIFTLIG SAMTYKKE**

Jeg samtykker med dette i å delta i intervju om tema barn som pårørende til psykisk syke og rusavhengige. Jeg samtykker i at opplysningene som er innhentet i intervju av meg kan oppbevares inntil prosjektet er avsluttet. Jeg er kjent med hva prosjektet går ut på og at jeg kan trekke meg når som helst, uten at det vil skade prosjektet.

Sted:

Dato:

Navn:

### *Vedlegg 3: Intervjuguide*

Tema: barn av psykisk syke og rusavhengige.

Hvor gammel er du?

Hvor gammel var du da du fikk kjennskap til at din mor/far var psykisk syk/rusavhengig?

Hvordan fikk du vite det?

Kan du huske hvordan det ble fortalt, hvem som var tilstede og hvor dere befant dere?

Husker du hvordan du reagerte, eller hva du følte?

Forsto du det med en gang?

Hvordan var det å vite at mor/far ikke var som de andre foreldrene?

Hvordan opplevde du samspillet i familien, før du fikk informasjonen?

Og ble den forandret etterpå?

Har du søsken eller andre du bodde sammen med?

Var dette et tema mellom dere?

Og hvordan tok de det?

Hvis du opplevde at familien valgte å unngå å snakke om "problemet", om hvordan tilstanden til mor/far påvirket dere, kan vi kalle det en slags taushet?

Kan du si litt mer om dette?

Hvordan opplevde du det som ungdom?

Hvordan opplever du det i dag som voksen?

Hvis du skulle velge ut et par ting som har hatt betydning for ditt liv som etterspill til den informasjonen du fikk/ikke fikk, hva ville det være?

Hvordan forstår du at det ikke ble snakket om?

Har du selv barn? Betydning taushet...

Opplever du at du har tatt noen aktive valg for å beskytte deg selv fra uro?

Hvem har vært din største støtte?

#### *Vedlegg 4: Invitasjon til å tykke historien*

Tusen takk for at jeg fikk lov til å intervju deg.

Det har gått litt tid, og jeg lurer på om du har gjort deg noen flere refleksjoner rundt tema hvordan barn av psykisk syke opplever det å få informasjon/ ikke få informasjon av sine foreldre om den psykisk syke forelders situasjon?

I henhold til den metoden jeg har valgt, IPA (som er en fenomenologisk fortolkende metode) ønsker jeg å kalle deg en prosjektdeltaker i stedet for en informant. Dette er først og fremst en formalitet. Dernest kan det gjøre deg og meg mer aktive som aktører. Som et ledd i dette vil du få et sammendrag av det intervjuet/ samtalen vi hadde tidligere i år, for å gjenoppfriske hva som ble sagt. Dels har jeg brukt dine ord og uttrykk, dels fortolker jeg eller muligens stiller jeg også et spørsmål til noe som for meg blir uklart. Dette vil trolig gi deg flere assosiasjoner. Jeg ville sette umåtelig stor pris på om du tar deg tid til å dele noen av disse følelsene og tankene med meg.

Hvordan opplevde du å være barn hjemme hos deg når mor, far eller begge slet med psykiske problemer? Hvilken mening tillegger du den informasjonen som ble gitt eller ikke gitt? Om du eventuelt gjentar deg selv noe gjør det ingenting.

Rent praktisk vil mailen din bli anonymisert, lagret, og slettet. Dette for at den ikke skal komme på avveie. Om du i stedet ønsker å sende meg melding per post er adressen

Ellen Wego, Carl Grøndahls vei 20, 0871 Oslo.

Vil minne om at det som kommer med i min masteroppgave vil være utsnitt av det du har sagt, i form av et sitat. Dette vil jeg fortolke, analysere og knytte opp til litteraturen. Alt i alt vil materialet si mer om meg enn deg.

Når det er sagt vil du være en bidragsyter til videre forskning innen feltet og tema barn av psykisk syke. Du vil bidra til å sette søkelys på viktigheten av ikke å skjule og hemmeligholde informasjon som familien bør kunne dele. Dette for at samspillet i familien skal foregå i åpenhet og medvirke til å forebygge psykisk lidelse og vondter i kroppen i neste generasjon.

Vennligst svar innen 31.01.13.

Hilsen Ellen