

Barns oppvekst med psykisk syke foreldre

- om betydningsfulle egenskaper, støttende omsorgspersoner og gode fagpersoner

Elisabeth Jølstad Hilde

Diakonhjemmets Høgskole, Oslo

Masteroppgave i Familieterapi og systemisk praksis

MGFAM-C-FA3

Innleveringsfrist: 27. april 2012

Antall ord: 25 591

Sammendrag

Oppgaven handler om barns oppvekst med psykisk syke foreldre og hvordan enkelte, til tross for utfordringene, utvikler et fungerende voksenliv. Utgangspunktet er mitt engasjement for sårbare barn med store belastninger som ofte ikke får den oppmerksomheten som er nødvendig. Undersøkelsen omfatter fire voksne barn av psykisk syke foreldre og deres unike fortellinger med beskrivelser og refleksjoner om sin egen oppvekst.

Hvert fjerde barn i Norge vokser opp med foreldre med psykiske lidelser som kan gå ut over daglig fungering. Dette innebærer at mange av oss er i en relasjon med barn eller familier hvor mor eller far er psykisk syk.

Jeg har valgt et fenomenologisk og hermeneutisk forskningsståsted i undersøkelsen. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) er brukt som metode for å analysere mitt datamateriale. Temaene i analysen er basert på informantenes beskrivelser og drøftet opp mot systemteori og sosialkonstruksjonisme, tilknytningsteori og resiliensforskning.

Min problemstilling er:

Hvordan har barn som har vokst opp med psykisk syke foreldre utviklet et fungerende voksenliv?

Med delspørsmålene:

- *Hvilke egenskaper var betydningsfulle for å takle utfordringene i oppveksten?*
- *Er det andre nære omsorgspersoner som har ivaretatt deres behov?*
- *Hvordan har barnet opplevd kontakten med hjelpeapparatet?*

Funnene viser at det er ulike faktorer som skaper beskyttende prosesser. Blant annet informantens evne til å være sosial og ha et høyt aktivitetsnivå utenfor hjemmet. En av de viktigste beskyttelsesfaktorene er andre nære og støttende voksne, som den friske forelderen, storfamilien eller mennesker i nettverket. Barna har ikke følt seg godt nok ivaretatt av hjelpeapparatet. Endringene i lovverket vedrørende barneansvarlig på institusjoner, samt nye rutiner, kan komme barn til gode som har foreldre til behandling i psykisk helsevern.

Takk

Denne masteroppgaven har vært til berikelse for meg, midt i alle sine utfordringer. Jeg har forsket på et tema som har engasjert meg og jeg føler meg privilegert som har hatt denne muligheten. I tillegg er jeg svært takknemlig for god inspirasjon fra mange mennesker.

Først og fremst en stor takk til informantene Mads, Marte, Milly og Mina for det dere gav av dere selv og den tilliten dere viste meg. Dere har beriket livet mitt og gitt meg utvidet forståelse ved å dele erfaringer og tanker om oppveksten. Jeg håper dere føler at deres stemme kommer frem. Takk til Grete Lillian Moen for inspirasjon med boken din og dine sterke foredrag.

En varm takk til min veileder, Halvor de Flon, for gode og utfordrende innspill underveis. Du har vært klok, reflektert og inspirerende når veien føltes tung og samtidig gitt meg passe mengde motstand. Jeg er veldig takknemlig for din støtte og oppmuntring. Takk til Håkon Hårtveit som alltid er interessert og har tro på meg når usikkerheten råder som nyutdannet terapeut. Du er en stor støtte og inspirator. Takk til dere i veiledningsgruppen, Nadja, Bente, Kari og Anne Berit, for alt vi har delt under dette studiet. Jeg har lært mye sammen med dere og av dere.

Takk til kollegaer ved Pedagogisk Fagsenter i Nordstrand bydel. Dere er inspirerende for meg både som familieterapeut og student.

Takk til søsken, svigerinner, svogre og gode venner for inspirasjon og oppmuntring.

Jeg er svært takknemlig for all praktisk hjelp og oppmuntring som mine foreldre og svigerforeldre har bidratt med underveis. Uten dere besteforeldre vet jeg ikke hvordan vår familie skulle ha klart oss.

Den største takken er til min kjære Erik. Du har lest, kommet med gode, utfordrende og kloke innspill til oppgaven. Takk for at du alltid har tro på meg. Uten deg tror jeg ikke jeg hadde hatt mot nok til å gjennomføre dette studiet og denne oppgaven.

Kjæreste Maria, Henriette og Emilie, dere er det beste som har hendt meg. Å få være mammaen deres er en gave.

Oslo, 24. april 2012

Elisabeth Jølstad Hilde

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
1.2	Problemstilling	9
1.3	Begrepsavklaringer	10
1.4	Gangen i oppgaven	10
2	Teoretisk for forståelse	12
2.1	Systemteori og barns oppvekst	12
2.1.1	Kontekst	13
2.1.2	Sirkularitet	13
2.1.3	Feedback	14
2.1.4	Familien som et system	14
2.2	Sosialkonstruksjonisme og barns oppvekst	16
2.3	Tilknytningsteorien og barns oppvekst	17
2.3.1	Trygg tilknytning	18
2.3.2	Uttrygg tilknytning	19
2.3.3	Mentalisering	21
2.4	Resiliensfaktorer og barns oppvekst	22
2.4.1	Individuelle resiliensfaktorer	23
2.4.2	Familiebaserte resiliensfaktorer	24
2.4.3	Samfunnsmessige resiliensfaktorer	25
2.5	Salutogenese og barns oppvekst	25
2.6	Narrativ terapi, eksternalisering og barns oppvekst	26
3	Forskningsmetode	28
3.1	Vitenskapstradisjoner	28
3.2	Hermeneutikk	29
3.3	Fenomenologisk og hermeneutisk forskningsståsted	30
3.4	IPA og teoretiske forståelsesrammer	31
3.5	Livsverden	31
3.6	For forståelse og objektivitet	32
3.7	Intervjuguide	32
3.8	Utvalg og rekruttering	33
3.9	Intervjuene	35
3.10	Transkribering	36
3.11	Validitet og reliabilitet	36

3.12	Generaliserbarhet.....	37
3.13	Etiske dilemma.....	37
4	Analyse.....	39
4.1	Identifisering av koder.....	40
4.2	Fremvoksende temaer.....	40
4.3	Overordnede temaer.....	41
5	Presentasjon og drøfting av temaene.....	42
5.1	En presentasjon av informantene.....	42
5.2	Ivaretagelse av eget følelsesliv.....	43
5.2.1	Nyttiggjøring av vonde erfaringer.....	43
5.2.2	Kjennskap til egne følelser.....	45
5.2.3	Oppgjør med taushet.....	46
5.2.4	Kjærlighet og distanse.....	48
5.2.5	God evne til metalisering.....	50
5.3	Barna hadde andre arenaer der de har blitt sett og anerkjent.....	52
5.3.1	Barna var engasjert i fritidsaktiviteter.....	53
5.3.2	Barna skaffet seg en sosial arena utenfor hjemmet.....	54
5.3.3	Ansvar og tilbakemeldinger.....	55
5.4	Åpenhet om familiesituasjonen.....	57
5.4.1	Stor åpenhet med den friske forelder.....	57
5.4.2	Åpenhet og kunnskap.....	59
5.5	Betydningen av andre nære voksne.....	61
5.6	Kontakt med hjelpeapparat og fagpersoner.....	64
5.6.1	Hjelpeapparatet ser barnet i pasienten, men ikke pasientenes barn.....	65
5.6.2	Hjelpeapparatet – fagfolk i skolen.....	66
5.6.3	Endring i lovverk og behandlingstilbud.....	68
6	Konklusjon og avslutning.....	71
6.1	Hvilke egenskaper var betydningsfulle for å takle utfordringene i oppveksten?.....	71
6.2	Er det andre nære omsorgspersoner som har ivaretatt barnas behov?.....	71
6.3	Hvordan har barnet opplevd kontakten med hjelpeapparatet?.....	72
6.4	Utfordringer i prosessen.....	73
6.6	Avslutning.....	74
	Litteraturliste.....	75
	Vedlegg	

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg jobbet i flere år ved krisetelefonen hos Kirkens Bymisjon. Hver gang jeg var på vakt snakket jeg med psykisk syke mennesker eller deres pårørende. Historiene deres grep meg. Samtalene inneholdt ofte temaene ensomhet, depresjon og misforståelser i forhold til andre mennesker. Noen av disse var voksne barn av psykisk syke som trengte noen å snakke med. De trengte å snakke om egen kamp for forståelse og det å bli hørt. Noen av de pårørende hadde klart å etablere seg med jobb og familie. De ringte for å ventilere og det var mitt inntrykk at flere hadde liten kontakt med psykisk helsevern. Noen ringte fordi de ønsket å avslutte livet, mens andre ringte for å dele gyldne historier og øyeblikk om et menneske som andre bare så på som den syke. Det ble mange sterke fortellinger som skapte mitt engasjement. Engasjementet videreutviklet seg til et ønske om økt kunnskap for å kunne være til hjelp og støtte for familier med medlemmer som sliter med psykiske lidelser.

Som en del av søken etter økt kunnskap deltok jeg på et foredrag av Grete Lillian Moen om hennes historie og oppvekst med en mor med psykiske lidelser. Selv om hun opplevde utfordringer i barndommen som både var smertefulle og vanskelige har hun klart seg godt. Jeg ble berørt av hennes foredrag og samtidig nysgjerrig på hva hun og alle de andre barna med psykisk syke foreldre har vektlagt som klarer seg godt.

Jeg har i denne oppgaven vært opptatt av barnets situasjon i familien. I Norge vokser hvert tredje barn (410 000) opp med en eller begge foreldre med psykiske lidelser (Folkehelseinstituttets rapport 2011:4). Mange foreldre klarer å fungere bra som omsorgspersoner selv om de har psykiske plager eller lidelser, det være seg fobier, mild form for angst eller depresjon. Imidlertid har så mange som hvert fjerde barn (260 000) foreldre med psykiske lidelser som kan gå ut over daglig fungering (ibid 2011:4). Dette innebærer at mange av oss er i en relasjon med barn eller familier hvor mor eller far er psykisk syk.

På tross av at hvert tredje barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser klarer seg bra i livet, har det vært lite fokus på sunn utvikling innenfor forskningen (Sølvberg 2011).

Denne oppgaven vil fokusere på barn som har blitt eksponert for risiko og stress og som har klart å tilpasse seg forholdene og som fungerer normalt, på tross av unormale oppvekstforhold.

Konteksten for min undersøkelse er enkeltmøter med voksne som har vokst opp med foreldre med psykiske lidelser og som selv lever et fungerende voksenliv i dag. Jeg har ønsket å undersøke hvordan de har opplevd sin barndom og hvilke egenskaper som har vært viktige i oppveksten. Samtidig vil jeg undersøke betydningen av andre nære omsorgspersoner og hvordan de har opplevd kontakten med fagpersoner.

Resiliensforskning er forskning som viser tiltak og egenskaper som er viktige beskyttelsesfaktorer for barn som lever i risikomiljøer (Borge 2003, Moen 2009). Forskningen fremhever betydningen av individuelle egenskaper og barnas støtte fra andre voksne (Borge 2003). Resiliensforskning har orientert seg mot en ny retning innen psykologisk forskning. Tidligere psykologisk forskning har vært opptatt av at barn som har en problemfylt barndom også vil få et problemfylt voksenliv (ibid 2003). Helt frem til slutten av 1960 årene var lærebøker i utdanning for psykologistudenter fylt med kunnskap om at psykiske lidelser skyldes arvelige hjernesykdommer (Sølvberg 2011). Det ble en endring i forskning om psykologiske tankemønstre rundt år 2000. Fokuset ble flyttet til å forske på unntakene, barn som klarer seg selv om de har hatt en annerledes barndom med høyere risiko i sine livshendelser (Borge 2003).

Det er mange barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser som tar på seg oppgaver som den syke ikke mestrer. En av mine informanter tok på seg ansvar og forteller

Jeg ønsket meg vekkeklokke da jeg var 3 år. Fordi at mamma aldri klarte å stå opp når jeg skulle opp. Hun orket ikke, sikkert fordi hun strevde mye selv. Så jeg kledde på meg selv, jeg la frem klær dagen før, jeg hadde et fast mønster jeg fulgte.

Barn som vokser opp med psykisk syke forelder får ofte redusert sin barndom fordi de tar på seg voksenrollen (Sølvberg 2011). Mange barn blir for tidlig voksne ved at de tar ansvar for plikter som rydding, vaske hus og klær, passe småsøsken, handle og lage mat. Det kan være gode egenskaper å utvikle hvis det står i forhold til den alderen barnet har. Barn kan oppleve det positivt ved at de får utvikle ferdigheter som de får anerkjennelse for og det kan igjen gi økt selvrespekt. Hvis det derimot blir for stort ansvar for barna og de ikke får støtte eller

positiv tilbakemelding for innsatsen de har gjort, kan det redusere selvbildet deres og evnen til kontakt med andre venner. Det kan også være selvutslettende for barna når de setter egne behov til side (ibid 2011).

Barn er lojale mot sine foreldre. Det kan synes som barn tar mindre hensyn til sine egne følelser og er mer opptatt av å forstå behovene og følelsene til sin psykisk syke forelder, også fordi flere barn er redde for å trigge utagerende eller uforutsette handlinger. I en slik setting er det viktig at barnet får forklart sykdomsbildet for å forstå meningen i situasjonen (Sølvberg 2011).

Jeg har i min undersøkelse vært opptatt av om det er andre viktige personer som har støttet barnet og på den måten bidratt til et godt voksenliv. Hvis barna ikke har andre voksne å snakke med så kan barna tenke at *jeg* er årsaken til problemene i familien (Glistrup 2004). Barn trenger voksne som kan hjelpe dem til å forstå og tolke hendelser. Dersom foreldre ikke er i stand til å beskytte dem, er det da andre nære omsorgspersoner som ivaretar deres behov? Spørsmålet er interessant når vi ser på betydningen av trygg tilknytning og samspillet mellom foreldre og barn i tilknytningsteorien. Trygg tilknytning for barnet er essensielt for å skape nysgjerrighet for omgivelsene barnet lever i og for at barnet skal vokse opp og bli et selvstendig menneske. Tilknytningsteoriene viser hvordan barn knytter seg til omsorgspersoner og hvordan barn får hjelp til å utvikle ulike følelser. Teoriene viser barnets behov for feedback når barnet viser følelser som redd eller nysgjerrig, og det igjen fører til respons fra omsorgspersonen. Omsorgspersonen skal hjelpe barnet til å håndtere følelser slik at barnet utvikler et trygt følelsesliv (Sølvberg 2011). Barn blir rustet til å møte livets utfordringer når barn har hatt gode rollemodeller slik at de kan vise ulike følelser.

Det gjør noe med meg når sårbare barn får ekstra store belastninger som jeg mener samfunnet kunne håndtert bedre. Utfra et systemisk perspektiv er det interessant å se på hjelpeapparatets vektlegging av den psykisk syke forelder som en del av et familiesystem og hvordan alle i familien blir rammet når en er syk. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) sier at fagpersoner skal undersøke uheldige utviklingstrekk og få satt i gang tiltak for barna (Sosial- og helsedepartementet 1999:14). Undersøkelser viser imidlertid at det har vært tilfeldig hvem som har fått god oppfølging (Aamodt & Aamodt 2005, Sølvberg 2011). En god nyhet er derfor lovendringene som ble vedtatt fra 1. januar 2010. Det er endringen i Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr 64 og Lov om

spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenestenloven) av 2. juli 1999 nr 61 som sier at helsearbeiderne nå har plikt til å vurdere situasjonen til pasientenes barn som en del av oppdraget i behandling av pasienter. Endringen bygger på kunnskap om at barn som pårørende i for liten grad blir ivaretatt, sett og forstått. Barna vil nå forhåpentligvis kunne få mer støtte av helsepersonell og hjelpeapparat og pasientens omsorgsevne kan styrkes ved å snakke om foreldrerollen. Endringen i lovverket synes å være nødvendig og ønsket av de pårørende til psykisk syke.

Formålet med oppgaven er å oppnå en større forståelse for hva som har vært viktig i informantenes oppvekst for å utvikle et fungerende voksenliv. Barnas stemme har etter min mening kommet frem i for liten grad. Jeg ønsker å bidra til at flere barn blir lyttet til og at erfaringene kan bli kunnskap for andre som arbeider med barn og deres familier.

Jeg har valgt å bruke Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) som metode. Analysen har et ideografisk fokus som beskriver enkeltfenomeners subjektive opplevelse ved å få frem informantens konkrete, levde liv basert på spontane beskrivelser (Dallos & Vetere 2005).

1.2 Problemstilling

Gjennom arbeidet med oppgaven har problemstillingen endret seg noe. Utgangspunktet var å skrive om hva barn av psykisk syke la vekt på i forhold til å skape et eget fungerende familieliv i voksen alder. Gjennom intervjuene har jeg fått et innblikk i deres hverdag som barn av psykisk syke, jeg har hørt deres sterke fortellinger om den syke selv, deres forhold til vedkommende, om andre nære relasjoner, om kontakt med fagpersoner, om hvordan de har følt seg ivaretatt i møtet med hjelpeapparatet og hvordan de så på seg selv i barndommen. Problemstillingen ble derfor noe endret til et fokus på hvordan de har utviklet et fungerende voksenliv. Endringer i problemstillingen er ofte vanlig og problemstillingen får *ofte ikke sin endelige utforming før resultatene av undersøkelsen presenteres* skriver Thagaard (Thagaard 2009:52). Min arbeidsprosess med denne oppgaven kan bekrefte det.

Min problemstilling er

Hvordan har barn som vokser opp med psykisk syke foreldre utviklet et fungerende voksenliv.

Med delspørsmålene

- *Hvilke egenskaper var betydningsfulle for å takle utfordringene i oppveksten?*
- *Er det andre nære omsorgspersoner som har ivaretatt deres behov?*
- *Hvordan har barnet opplevd kontakten med hjelpeapparatet?*

1.3 Begrepsavklaringer

Jeg har valgt å definere begrepene psykisk syk, fungerende voksenliv og hjelpeapparatet.

Psykisk syk har jeg valgt å definere som mennesker med diagnostiserbare psykiske lidelser, der den psykisk syke har vært innlagt for psykiatrisk behandling en eller flere ganger.

Psykiske lidelser hos foreldre er en ”sekkepost” som rammer barn veldig ulikt. Jeg har imidlertid ikke vært opptatt av, eller spurt informantene om, hvilken diagnose foreldereren har. Informantene har fortalt meg om diagnosen, men det har ingen betydning for min undersøkelse.

Fungerende voksenliv har jeg definert ved fullføring av videregående skole og være student eller i fast arbeid. Informanten skal ha hatt liten kontakt med psykiatrien for egen del og informanten skal ikke være avhengig av rus.

Hjelpeapparatet har jeg definert som fagfolk som skal hjelpe mennesker. Fagfolk kan for eksempel være fastleger, ansatte i PP-tjenesten, helsestasjon, skolehelsetjenesten, pedagogisk fagsenter, barnevernstjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP).

1.4 Gangen i oppgaven

Jeg har i kapittel 1 gjort rede for bakgrunn for valg av tema og begrepsavklaringer. Jeg viser til problemstillingen og formålet med oppgaven. Kapittel 2 omhandler den teoretiske forståelsen med vekt på systemteori og sosialkonstruksjonisme, tilknytningsteori, resiliensforskning og narrativ terapi. I kapittel 3 redegjør jeg for forskningsmetoden og fremgangsmåten for å gjennomføre forskningsarbeidet. I kapittel 4 går jeg gjennom analyseprosessen og beskriver den valgte analysemetoden Interpretative Phenomenological

Analysis (IPA). Kapittel 5 viser presentasjonen og drøftingen av mine funn. Kapittel 6 inneholder en konklusjon, refleksjon om utfordringer i prosessen og hvordan det som fremkommer kan brukes videre.

2 Teoretisk forforståelse

Jeg vil i dette kapittelet presentere ideer, tradisjoner og teorier som jeg opplever er relevant i forhold til å belyse temaet *hvordan barn med psykisk syke foreldre har utviklet et fungerende voksenliv*. Jeg har basert oppgaven på systemteori og sosialkonstruksjonisme, tilknytningsteori (Wennerberg 2011), resiliensforskning (Borge 2003) og narrativ terapi (Lundby 2009). Det systemiske perspektiv omhandler først og fremst relasjoner i og mellom systemer. Sosialkonstruktivisme forteller hvordan hvert enkelt menneske erfarer den verden vi lever i sammen med andre. En grunnleggende forståelse i tilknytningsteorien er at alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere, uansett hvordan de blir behandlet. Jeg har valgt å se nærmere på resiliensforskning og teori om egenskaper mennesker har som klarer seg, selv om de opplever store belastninger. Videre vil jeg se på salutogenese og teori om mestring og til slutt narrativ terapi og eksternalisering. Jeg vil se nærmere på dette i forhold til barn som vokser opp med psykisk syke foreldre.

2.1 Systemteori og barns oppvekst

Systemteorien ble grunnlagt av Ludwig von Bertalanffy og presentert i USA i 1945. Systemteorien har blitt benyttet i alt fra vitenskapelig forskning innen matematikk og sosiologi til familierapi. På 1950 tallet ble en forskningsgruppe ved Palo Alto instituttet i California dannet med Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland og Don Jackson. Deres forskningsbidrag var av stor betydning i familierapifeltet (Hårtveit & Jensen 2004). Forskningen var basert på blant annet systemteorien og tok utgangspunkt i psykotiske pasienters *virkelighet*. Forskningsgruppen studerte sammenhengen mellom familiemønstre og hvordan psykose kan være uttrykk for dysfunksjonell kommunikasjon (Haugsgjerd m.fl. 2010:292). Hypotesen ble kalt double-bind og var et innspill i teoriutviklingen på 1970 tallet. Hypotesen var først og fremst et bidrag til å se at kommunikasjon og relasjon har stor betydning for psykisk helse, men vektlegges ikke slik i dag.

I Europa var det Milanogruppen som først tok i bruk systemteorien i familierapien og videreutviklet Palo Alto gruppens forskning (Hårtveit & Jensen 2004). Å bruke en systemisk tilnærming i familiearbeid handler om se på samspillet i familien. En familie er mer enn enkeltmenneskene. Vi må trekke inn ulike perspektiver, den kulturen og de verdier familien er tuftet på. En systemisk tilnærming i familierapien har fokuset på hvordan

familiemedlemmene kommuniserer seg i mellom og ikke på enkeltmedlemmers egenskaper (Hårtveit & Jensen 2004). Med systemteorien fjernet man seg fra å ta utgangspunkt i problembæreren til å se på relasjoner og samhandlinger. Man ser ikke fenomenet som et individuelt problem, eller en egenskap, men som en del av et samspill (Jensen 2007).

2.1.1 Kontekst

Gregory Bateson sa *Without context, words and actions have no meaning at all* (Ulleberg 2007:45). Kontekst er en ramme for hvordan vi tolker hendelser og hvor fenomener får mening (Hårtveit & Jensen 2004). Hvert medlem av et system har sin subjektive oppfatning av et fenomen. Vi forstår situasjonen ut ifra konteksten og erfaringer vi tidligere har opparbeidet. Mange av de valgene vi gjør for å forstå hendelser eller fenomener er ikke bevisste valg vi tar fra gang til gang. Det er mønster vi følger på bakgrunn av tidligere valg.

En av informantene i denne oppgaven fortalte at hun alltid ble hakket på av den psykisk syke forelderen *fordi hun var kjedelig, dum, nerdete og teit som gikk på skolen*. Samtidig gav hun inntrykk av at hun av lærer og medelever ble oppfattet som intelligent, omsorgsfull og lærevillig. Hennes forståelse var at hun ble oppfattet forskjellig i to forskjellige kontekster, avhengig av hvordan menneskene i systemet samhandlet.

Ulike kulturer kan være eksempel på ulike kontekster. Enkelte innvandrerbutikker har mange av familiemedlemmene arbeidende i familiebedriften. Barna i familiebedriften drar fra skolen og hjelper til med arbeidet. For en del etniske nordmenn vil dette oppleves som utnyttning og barnearbeid, mens andre vil forstå det som at alle kan være med å hjelpe til og vi kan få mye tid sammen (Jensen 2007).

2.1.2 Sirkularitet

Bateson introduserte begrepet sirkularitet i familierapien, i motsetning til den positivistiske forståelsen som tidligere dominerte det vitenskapelige feltet og var preget av en lineær årsak-virkningssammenheng (Ulleberg 2007). Han mente at fenomener henger sammen og at årsaken ikke er det interessante (Hårtveit & Jensen 2004). Det skjer stadig noen forandringer eller hendelser som påvirker medlemmene ulikt. Et fenomen som er vesentlig for et medlem kan være uvesentlig for et annet medlem.

Ingen enkeltmedlemmer i familien har alt ansvar eller all makt i familien. Vi ser imidlertid at i familier med psykiske lidelser, når den syke i familien forandrer seg, forandrer hele familien seg (Haugsgjerd m.fl. 2010). I rollen som foreldre har den psykisk syke større makt til å påvirke fordi forholdet er asymmetrisk. Foreldre har større makt enn barna i systemet. Imidlertid har ingen mennesker i et system ensidig kontroll i en relasjon, vi har innflytelse på hverandre. Systemteorien ser på familien som et sirkulært system hvor alle er gjensidig avhengig av hverandre (Jensen 2007).

2.1.3 Feedback

Feedback er et av de sentrale begrepene i systemisk tenkning. *Feedback vil si at systemet får tilbakemelding om hvordan systemet fungerer i forhold til omgivelsene* (Jensen 2007:45).

Familiesystemet gir seg selv positiv og negativ feedback. Et positivt feedback innebærer en forandring i systemet, et negativt gjør det som skal til for at systemet ikke forandrer seg. Et eksempel på positiv feedback i en familie kan være når foreldre får eldre barn og de som par kan gå ut og la barna kan være hjemme alene uten barnevakt. Hvis dette fungerer, blir et nytt mønster skapt og familielivet blir forandret (ibid 2007). Negativ feedback kan være hvis foreldrene i familien nekter ungdommene i hjemmet å være sammen med venner i helgene, da det medfører at de blir mindre hjemme. Hvis ungdommene aksepterer regelen, vil avviket opprettholde familien slik den har vært. Det er imidlertid viktig å merke seg at familier alltid er i forandring, dette er eksempler på et idènivå (ibid 2007).

2.1.4 Familien som et system

For at familien som et sirkulært system skal fungere bra er det en fordel at medlemmene i systemet er fleksible og tilpasser seg nye og endrede oppgaver. Vi organiserer barnehage, skole og fritidsaktiviteter ulikt ut fra endrede behov og feedback. Familien kan sees på som et hierarki hvor foreldrene har størst bestemmelsesrett og ansvar fordi de har mer kunnskap og juridisk ansvar. Foreldrene blir også regnet som lederskapet i familien. Hvis en av foreldrene blir syke og barna tar på seg en av foreldrenes ansvar, får det konsekvenser for hierarkiet i familien.

Et familiesystem er forskjellig fra andre systemer. Et suprasystem er et overordnet system som familiesystemer må forholde seg til, for eksempel samfunn og skole. Andre systemer kan være slekt eller fritidsaktiviteter. Familiesystemet forholder seg til ulike andre typer systemer og er alltid i bevegelse. Systemet har også undersystemer som vi kaller subsystemer. Søskene kan være et subsystem, foreldre et subsystem, samt at foreldrene også er et parsystemet. Alle medlemmer av et system er også medlemmer av flere subsystemer. Subsystemene samhandler ulikt fra andre subsystemer, slikt et system samhandler ulikt fra andre systemer (Hårtveit & Jensen 2004).

Den amerikanske familierapeuten Salvador Minuchin (1913-1990) var grunnleggeren av den strukturelle retningen innenfor familierapi. Han har hatt fokus på familiemedlemmenes ulike grenser. Grenser er det som skiller systemer og subsystemer fra hverandre, selv om grensene varierer. Når familier etablerer seg må de blant annet avklare grensene i forhold til hverandre som par og avklare grenser mellom foreldresystemet og barn (Hårtveit & Jensen 2004). Hvis det er uklare grenser mellom foreldrerollen og barn kan dette føre til destruktive belastninger for alle i familien (Sølvberg 2011). Når en forelder er psykisk syk skjer det at barn presses inn i en foreldrerolle for i kortere eller lengre tid kompensere for det foreldrene ikke klarer selv. Mange av disse barna tar på seg for omfattende oppgaver ved å ta på seg forelderens omsorgsoppgaver. Dette kaller familierapeut Borszormenyi-Nagy for parentifisering (Sølvberg 2011). Parentifisering kan gi økt selvrespekt og gode ferdigheter hvis det er for en kortere periode, noe jeg kommer tilbake til i forbindelse med resiliensforskning. Destruktiv parentifisering er når barnet opplever for stort ansvar i forhold til alder og modenhet. Det kan bli mindre tid til å være sammen med venner og bygge relasjoner, det igjen kan gå utover skolegang og selvbildet (ibid 2011).

Uklare grenser kan hindre enkeltmenneskene å utvikle ferdigheter som kreves i samhandling med andre systemer eller subsystemer (Hårtveit & Jensen 2004:130-134). Uklare grenser kan føre til at subsystemene oppløses og rollene bli uklare. Mor og datter henger ute på byen sammen som venninner, middager kan spises når og hvor det passer. Det er lite regler og alle kan blande seg inn i alt og blir *overinvolvert i hverandres liv* (Hårtveit & Jensen 2004:132). Familien kan virke som en kreativ og spennende familie, imidlertid kan det være hemmende for utvikling av individene i familien.

En familie med rigide grenser er en familie som har liten kontakt med de ulike subsystemene. Foreldresubsystemet er lite engasjert i barnas subsystem og blander seg sjeldent inn i hva barna gjør. Dette kan føre til at barna blir selvstendige, men også at barna vil savne nærhet eller omsorg når situasjonen krever det (Hårtveit & Jensen 2004).

Triangulering handler om når subsystemer knyttes på tvers av generasjoner hvis foreldresubsystemet har uoverensstemmelser. Triangulering kan ofte skje i familier med psykisk syke foreldre. Barn etablerer subsystemer med den friske forelder. Barn og den friske forelder får en kanal hvor de kan snakke om alt rundt sykdommen uten at den psykisk syke vet om det. Det kan medføre at trianguleringen skaper et tettere bånd til den friske forelder og økende avstand til forelder med psykiske lidelser (Hårtveit & Jensen 2004).

En av informantene i undersøkelsen forteller i neste avsnitt om hvordan hun opplevde å ha en mor som fikk behandling for sine psykiske lidelser og nektet å dele sine erfaringer eller opplevelser med de andre familiemedlemmene. Moren svarer familiemedlemmene med negativ feedback ved å ikke la de andre bli en del av det, men forbli taus som om behandlingen var ikke-eksisterende. På den måten søkte hun å opprettholde balansen i familien. Datteren forteller

Mamma har gått til en psykolog på et psykiatrisk sykehus hver uke i 6-7 år. Hun har ikke villet fortelle noe om det, det har blitt adskilt. Hele terapien og det hun har vært igjennom. Jeg blir litt sånn kritisk når jeg og vi ikke blir en del av det. For det påvirker jo hele vår familie. Vi har aldri vært i kontakt med lege eller andre fagpersoner. Jeg er litt skeptisk, stoler ikke på systemet, i alle fall ikke når det gjelder mammas diagnose. Men det har vel vært en historie på det at systemet alltid har sett til pasienten og ikke at det er et samspill.

2.2 Sosialkonstruksjonisme og barns oppvekst

Sosialkonstruksjonisme omhandler blant annet hvordan hvert enkelt menneske erfarer den verden vi lever i sammen med andre. Den filosofiske retningen hevder også at det ikke finnes objektiv sannhet. Vi er alltid en del av en sosial sammenheng og vi skaper mening i samforståelse med andre. Forståelsen er ikke en gitt forståelse til enhver tid, men er avhengig av den konteksten den er i. Vi skaper vår identitet ved vår måte å fortelle vår historie på (Hårtveit & Jensen 2004).

Forskermiljøet innenfor sosialkonstruksjonistisk tradisjon ønsket å forstå *hvordan* vi konstruerer mening i våre liv (Hårtveit & Jensen 2004). Det vesentligste i sosialkonstruksjonismen er historier og det språklige aspektet. Vi skaper vår virkelighet med og gjennom språket. Ord har ingen betydning så lenge det ikke står i en sammenheng. Når jeg forteller en historie om meg selv og *angst*, vil andre kanskje kunne forstå det som en alvorlig diagnose eller som et fenomen å være redd. Vi konstruerer fenomener sammen med andre. Mennesket er et meningsskapende subjekt, en deltaker. Når en forsker har dialog med en informant er begge deltakere, der informanten forteller om sitt liv og sin forståelse av fenomener og hendelser. Denne tradisjonen vektlegger også betydningen av forskerens forforståelse og tolkning av fenomener, samt forskerens innflytelse ved å lytte til enkeltmenneskets fortellinger om sitt liv.

En sosialkonstruksjonistisk forståelsesramme gir meg et godt utgangspunkt for å få kunnskap om barns oppvekst med deres hverdagsliv og sosiale aktiviteter. Det finnes mange variasjoner om oppvekst, både faktiske forhold og opplevde fenomener. Det er barnet selv som er eksperten på sine opplevelser og derfor passer denne teoretiske forståelsesrammen.

This means that children must be seen as actively involved in construction of their own social lives, the lives of those around them and of the societies in which they live. They can no longer be regarded as simply the passive subjects of structural determinations (James, m.fl. 1998:4).

2.3 Tilknytningsteorien og barns oppvekst

Opgavens tema handler om barns opplevelse med oppvekst i familier med psykisk syke foreldre. Jeg har derfor valgt å vektlegge tilknytningsteorien betydelig fokus, fordi nærhet til andre mennesker er et grunnleggende behov. Barnepsykiater og psykoanalytiker John Bowlby (1907-1990) var grunnleggeren av tilknytningsteorien. Hans hovedhypotese i tilknytningsteorien var at *alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere, uansett hvordan de blir behandlet* (Haukø & Stamnes 2009:30).

Tilknytningsteorien bidrar til å vise hvordan barnet forstår seg selv, danner sin egen personlighet og utvikler samspill med andre mennesker. I tilknytningsteorien er adferd et vesentlig begrep. Adferdssystemet er nært knyttet opp mot begrepene homeostase (likevekt) og feedback i systemteorien. Med homeostase mener jeg kroppens biologisk prosess som

søker å være i balanse. Ved feber, svetter vi slik at feber går ned og kroppen får tilbake sin normaltemperatur. Kroppen har en feedbackmodell som reagerer når kroppen er i biologisk ubalanse (Hårtveit & Jensen 2004). Har et menneske angst søker den adferd som unngår situasjoner som skaper angst. Adferdssystemet viser foreldre og barns samspill i forbindelse med nærhet og avstand (Wennerberg 2011). Foreldre er tilgjengelige for barnet når det søker beskyttelse og er en sikker base for barnet. Feedback regulerer adferdssystemet. Hvis barnet gir signal om avstand for å utforske omgivelsene, sender barnet signaler til foreldre og kan komme trygt og ønsket tilbake. Bateson hevdet at man ikke kunne bruke homeostasebegrepet om familier fordi familier alltid er i forandring (Jensen 2007). Han avviste begrepet, men så at det i fastlåste mønstre i familier kunne se slik ut. Medlemmene i familien endrer adferd eller unngår adferd som skaper ubehagelig tilstand i familien. Familiemedlemmene responderer med ulik adferd for å opprettholde normal-nøytral tilstand medlemmene i mellom (ibid 2007).

Tilknytning handler også om regulering av følelser. Følelser er en del av oss. Følelsene bruker vi i hverdagen, de bekrefter at vi lever. *Uten følelser har vi bare tomheten* (Sølvberg 2011:122). Demper vi følelsene våre blir det kjedelig og det kan bli avstand til oss selv og andre. Blir det for mye følelser, kommer følelsene ut av kontroll. Vi er født med behagelige og ubehagelig følelser (ibid 2011). Vi må lære oss å håndtere følelsene. I alle familier er det noen følelser som er mer aksepterte enn andre, å vise sinne eller kjærlighet kan være negativt. I andre familier skal man alltid være glad.

2.3.1 Trygg tilknytning

De viktigste eksistensielle behovene for alle mennesker er nærhet til andre mennesker og selvstendighet (Wennerberg 2011). En slik nærhet medvirker til at barnet utvikler trygge relasjoner til andre mennesker. Trygge relasjoner er igjen med på å muliggjøre selvstendighet. (ibid 2011). Fonagy hevder at *tilknytningsteorien ikke er et mål i seg selv, men eksisterer for å lage et system av representasjoner for å sikre at menneske overlever* (Fonagy, m.fl. 2007:14).

Mennesker med god tilknytning har kjærlighet og nærhet til hverandre, er glad i hverandre og ønsker å forstå hverandre. Mennesker med god tilknytning deler gleder og sorger. Foreldre med god tilknytningsadferd er forutsigbare og viser ønske om beskyttelse for barna. Allikevel er balansen skjør, det er lett å gå over grenser. Ved nær tilknytning vet man også hvor skoen

trykker hos den andre og kan benytte seg av det. Man kan kreve mye oppmerksomhet, overreagere ved fortrolige samtaler eller man kan bli forlatt (Hart & Schwartz 2011).

Et av menneskers medfødte affekter er redsel. Vi blir født med vaksomhet og har alle et instinkt om å overleve. Allerede som spedbarn søker vi relasjon med omsorgspersoner for å beskytte oss til å overleve (Wennerberg 2011). Haukø & Samnes, referer til Killen & Olofsson definisjon av tilknytningsatferdens funksjon *å holde barnet nær nok omsorgspersonen til å kunne bli beskyttet i situasjoner som barnet oppfatter som truende* (Haukø & Samnes 2009:31). For at barn skal utvikle trygg tilknytning til sine foreldre må de oppleve at de kan stole på sine foreldre, få mat, blir stelt, bli trøstet når en er lei seg eller urolig. Tilknytningspersonen regulerer affektstilstanden til barnet ved å være tilstede. Dette samspillet utvikler en trygg indre arbeidsmodell hos barnet og vil føre til at det viser tillit og trygghet til sin primære omsorgsperson.

Foreldre må sette sine egne behov i andre rekke. Når foreldre har psykiske problemer kan det være at sykdommen forstyrrer deres nærhet til barnet. Foreldre med for eksempel depresjon kan bli mindre sensitiv for barnas signaler og dette kan få konsekvenser. Foreldrenes lidelser kan medføre at de blir i mindre stand til å ta hensyn til barnets signaler, eller at deres lidelse kan medføre uforutsigbare reaksjoner.

2.3.2 Uttrygg tilknytning

Barn som utvikler uttrygg tilknytning vil tilpasse seg forelderens behov og sette sine egne følelser og adferd til side for å bevare relasjonen (Wennerberg 2011). Det er ikke uvanlig at barn med en psykisk syk forelder opplever at forelderens blir tvangsinnlagt eller barnet opplever andre store påkjenninger. Forelderens kan reagere og respondere uforutsigbart og skremmende for barnet. Dette kan skape forvirring og en kaotisk opplevelse. Barn har ikke utviklet kritiske og avanserte vurderinger i møte med andre mennesker. De har ikke utviklet forståelse for kontekst (Malt m.fl. 2003). Barnet kan få en følelsesmessig distanse til forelderens som hindrer barnet i å forstå sine egne, ulike følelser. De har redusert språk for følelser og det kan være vanskelig å tolke sitt eget følelsesliv hvis barn ikke har opparbeidet et språk for navn på følelser (Sølvberg 2011). Det kan gi usikkert selvbilde og medføre at barnet i mindre grad viser følelser når de er sammen med andre. Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har ofte vært mer opptatt av den syke forelderens følelser enn sine egne følelser

og kjenner ikke sitt eget følelsesliv (Sølvberg 2011). Når barna ikke kjenner sine egne følelser, klarer de heller ikke å vise de til andre. Da vil barna kunne miste nærhet og uttryksmåter de trenger når livet er vanskelig. Ved tilknytningsvansker er barna mer sårbare for selv å utvikle psykiske lidelser (ibid 2011).

I 2008 ble det skrevet en hovedoppgave i psykologi hvor Nguyen og Granly har tatt utgangspunkt i en undersøkelse fra 2002 laget av Grossman m.fl. (Sølvberg 2011). Et av deres funn viser at tidspunktet for når en av foreldrene ble rammet av psykiske lidelser er av mindre betydning for utrygg tilknytning. Det som gjorde tilknytningen mer utrygg var hvis barnet var i skolealder da forelderen fikk sin sykdomsdebut (ibid 2011). Bowlby antok at barn som ble født inn i en familie hvor en av foreldrene var psykisk syke ville være mer eksponert for en utrygg tilknytning. Det var en uventet observasjon at tidspunktet for sykdomsdebuten hadde liten betydning for barns utvikling av utrygg tilknytning.

Nguyen og Granlys andre funn var at barn av psykisk syke i større grad var mer engstelige for å bli forlatt eller avvist av kjæreste enn referansegruppen. Gruppen med utrygg tilknytning hadde høyere grad av ukomfortabelhet ved intimitet (Sølvberg 2011:96). Et tredje funn var at de barna som fikk støtte av andre voksne gjennom hele oppveksten, fikk mindre utrygg tilknytning enn barn som har opplevd støtte i kortere periode av oppveksten. *Barn trenger trygge voksne rundt seg hele oppveksten og ikke bare i tidlig barndom* (ibid 2011:97). Det viser seg tydelig når barn opplever ekstra store påkjenninger. Vi kan se til annen relevant forskning som katastrofeforskning. Er barn tilstede der det oppstår ulykke eller selvmordsforsøk kan barn føle skyld og selvbebreidelse (Dyregrov 2000).

En jente på 11 år forteller at hun husker godt fra da hun var 7 år gammel og moren forsøkte å ta livet sitt. Hun sier: Jeg trodde det var min skyld fordi jeg ikke hadde ryddet rommet mitt (Dyregrov 2000:29)

Det er viktig at andre tillitspersoner kan plassere skyld eller årsak der det hører hjemme (ibid 2000:29).

Barn til psykisk syke kan oppleve at forelderen har nok med sin egen situasjon. Forelderen kan bruke medisiner som kan virke sløvende og det blir lite overskudd til å være sammen med barnet. Manier og forelderens prosjekter kan gjøre situasjonen uforutsigbar for barnet. Barnet kan bli dratt inn i prosjekter eller i negative opplevelser. Forelderen kan også overinvolvere

seg og andre ganger overse barnet. Dette kan forvirre barnet. Derfor er det viktig at barnet klarer å forstå meningen med sin egen situasjon ellers vil barnet skape sin egen mening (Ruud 2011). Da kan fantasien overgå virkeligheten og være vanskeligere å håndtere. Det er en stor forskjell for barnet å tro at mamma sover i sengen hele dagen fordi jeg er så slitsom, til å vite at mamma sover i sengen hele dagen fordi hun har en sykdom som heter depresjon.

De viktigste konklusjonene her må være at man ikke slår seg til ro med å registrere at barn av psykiske syke har en frisk mor eller far rundt seg. Man må forsikre seg om at den friske er i stand til å ta seg av barna og gi dem den støtten og kunnskap de trenger. (Sølvberg 2011:119)

Sølvberg hevder videre at *det er tydelig at barn har tendenser til å legge skylden på seg selv når årsaksforholdene er uklare* (ibid 2011:128). Forholdet mellom barn og voksne er asymmetrisk, den voksne har makt til å styre feedbacken. Den makt foreldre har til å hjelpe barna eller familien kan også bli makt til å skade familien (Skau 2003). *En definisjon på makt er evne til å sette sin vilje igjennom* (Piltz & Gustavsdóttir 1994:105). Foreldre med psykiske lidelser kan ha utfordringer med å lytte til barnas følelser og behov. Det blir stillestående avtaler mellom familiemedlemmene om at forelderens sykdom ikke skal snakkes om, en slags hemmelighet eller taushet over problematikken. Dette kan føre til smitteeffekt og at familiemedlemmene deler lite fra sine opplevelser eller hendelser (Cullberg 1999). I familielivet kan det bli mye gjetting og tankelesing. Det er ofte liten plass til åpenhet eller klar tale (Sølvberg 2011). Når barn ikke vet eller får en forklaring på forelderens handlinger kan det være at barnet danner seg sin egen oppfattelse og tar på seg skyld. Barnet vil da få en merbelastning i oppveksten.

2.3.3 Mentalisering

En definisjon av begrepet mentalisering er

Mentalisering er det samme som evnen til å forstå sin egen og andres atferd ut fra indre, mentale tilstander som tanker, følelser, impulser, behov og ønsker (Wennerberg 2011:103)

Peter Fonagy hevder at barn er født med sosial kompetanse (Hart & Schwartz 2011). Men ingen er født med evner til å regulere følelser (ibid 2009). Denne evnen utvikles i et samspill med foreldre ved at foreldrene kan regulere barnets emosjonelle tilstand (ibid 2009). Stern

hevder at spedbarn er skapt med mekanismer som kopierer andres adferd (ibid 2009). Ved foreldrenes nærhet og reaksjon vil spedbarnet lære seg å regulere følelser. Barnet lærer seg ved tilknytning og mental tilbakemelding fra foreldres affektregulering ved å bli trøstet hvis det gråter. Når barnet blir større har det selvregulerende affektregulering. Affektregulering er forstadium til mentalisering (ibid 2009:220). Empatibegrepet skiller seg fra mentaliseringsbegrepet fordi empati handler om innlevelsessevne og forståelse for andre mennesker (Sølvberg 2011).

Mentaliseringsevnen er også å se på seg selv med andres øyne. Barnet opparbeider god mentalisering i lek ved å late som at noe uvirkelig er virkelig eller omvendt. Det skaper forutsigbarhet og gir mening for barnet. Barnets mentaliseringsevner opparbeides ved å forstå egne og andres følelsestilstander. Foreldre som har gode mentaliseringsevner vil utvikle trygg tilknytning i barnet (Fonagy, m.fl. 2007). Mange barn som lever sammen med foreldre med psykiske lidelser blir gode til å lese hvordan den syke har det. Barn blir gode til å tolerere andres følelsesliv og de blir lite opptatt av sine egne følelser og sine egne behov (Sølvberg 2011).

2.4 Resiliensfaktorer og barns oppvekst

Det er mange barn som vokser opp med store utfordringer. Barns livssituasjon kan gi store belastninger som kan gi risiko for feilutvikling. Barn kan få erfaringer som de ikke har evner eller kunnskap om hvordan de skal håndtere. Noen barn vil ikke klare å takle erfaringene og bukker under, mens andre barn kan bli styrket av erfaringene og klarer seg godt til tross for sine erfaringer. Begrepet resiliens brukes om mennesker som klarer seg, selv om de opplever belastninger som er større enn de fleste erfarer. Begrepet resiliens handler om barn som blir utsatt for risikosituasjoner og stress, men som allikevel klarer å reise seg (Borge 2003).

Rutter og Masten har to definisjoner av resiliensbegrepet (Ruud 2011:81)

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

Resiliens er en gruppe fenomen som er karakterisert ved positivt utfall på tross av alvorlige trusler mot tilpasning og utvikling (Masten 2001).

Forskning på resiliens medfører også at vi utvikler kunnskap om hvor det er fornuftig å sette inn ressurser for å hjelpe barn som sliter med store belastninger. Naturvitenskapelig forskning har vært opptatt av årsakene til hva slags skadevirkninger og risiko barn kan oppleve ved, for eksempel, skilsmisse. Resiliens flytter fokuset fra belastningene som barn kan erfare, til faktorer som har vært virksomme for at barn ikke har utviklet psykiske vansker ved for eksempel skilsmisse (Borge 2003). Det er ulike resiliensfaktorer; de individuelle, familiebaserte og samfunnsmessige.

2.4.1 Individuelle resiliensfaktorer

Det er de individuelle som viser at vi er skapt ulikt. Noen barn har medfødt robusthet. Noen barn har bedre sosiale ferdigheter enn andre. De fungerer godt sammen med andre og får positive tilbakemeldinger. De er selvstendige, kan mestre stress, som igjen vil være med på å skape et bedre selvbilde. I tillegg er gode intellektuelle evner en viktig beskyttelsesfaktor (Ruud 2011).

Mange av oss har sett filmer med barn som har illustrert motstandsdyktige rollefigurer som for eksempel Annie, Forest Gump og Harry Potter (Borge 2003). I Norge har begrepet *løvetannsbarn* vært brukt i forbindelse med barnevernsbarn som mestrer en utfordrig og utfordrende barndom. Begrepet resiliens knyttes til *ulike* risikoutsatte barn og deres oppvekstproblematikk. Det er risikobarn som fortidligfødte barn, barn med kroniske sykdommer, barn som lever i belastede oppvekstmiljø eller i dysfunksjonelle familier (ibid 2003).

Hvordan en tenker om ulike sammenhenger, har stor betydning for om personer utvikler seg til å bli resiliente. Å tenke at bussulykken rammet meg fordi ”jeg fortjente det”, er langt mer belastende enn å årsaksforklare hendelsen med at ”jeg tilfeldigvis satt på akkurat den bussen (Ruud 2011:83).

En av evnene som resiliente barn og ungdom også har, er evnen til kreativitet, hobbyer og interesser. Noen av faktorene kan vi gjøre lite med, de er medfødte. Når et barn har kreative evner, mestrer lek og er aktive i skole og idrettslag, vil de ha bedre mulighet til å mestre kriser og katastrofer. I aktivitetene opplever barna å bli sett, de får anerkjennelse ved mestring og utvikler gode samarbeidsevner. Det er derfor viktig at barn utvikler ferdigheter i lek og

kreativitet (Ruud 2011). Andre beskyttelsesfaktorer er å være det første barnet i familien og ha et høyt aktivitetsnivå som baby (Borge 2003).

Barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser trenger hjelp til å forstå livssituasjonen sin og omgivelsene. Det er en mulig beskyttelsefaktor for barn av psykisk syke å forstå hva sykdommen er og sette navn på sykdommen. Ved å gi kunnskap til barna om sykdommen, hvilke symptomer som utvikler seg og hvorfor ting blir uforutsigbare så slipper barna å ta ansvaret for foreldrenes atferd (Mevik & Trymbo 2003). Når barna forstår sammenhengen vil det skape mening.

2.4.2 Familiebaserte resiliensfaktorer

Familiebaserte resiliensfaktorer er eksempelvis familiens faste, hverdagslige rutiner som spise og leggetider. Klare grenser og regler, som for eksempel hvem av familiemedlemmene som har ansvaret for de ulike oppgavene og hvilke roller familiemedlemmene har, er med på å utvikle barns resiliens (Ruud 2011). Barn trenger forutsigbarhet slik at de får oversikt og føler trygghet (Waaktaar & Christie 2000). Viktige beskyttelsesfaktorer i miljøet rundt barnet er blant annet at i familien er det gode søskenforhold, støttende besteforeldre, godt kameratskap innad i familien, færre enn fire barn og minst to år mellom hvert søsken (Borge 2003).

Forskning viser også at hvis en av foreldrene har psykiske lidelser eller andre belastninger er det en viktig beskyttelse at den andre forelder er velfungerende (Sølvberg 2011). En forelder som aktivt søker å opprettholde faste rutiner og forutsigbare regler, er yrkesaktiv og har egne fritidsinteresser blir beskyttelsesfaktorer for barn.

God beskyttelse gir det også for familier som viser åpenhet og ikke isolerer seg, men tar imot hjelp fra slektninger og fagpersoner. Familier som har felles verdioppfatning og sterke slektsbånd gir stor beskyttelse når det er belastninger (Borge 2003).

Atle Dyregrov (2004) skriver i sin bok *Barn og traumer* om betydningen av at barna får reagere på sine utfordringer og at alle følelser er ok. Det er viktig at barna opplever forståelse for at reaksjonene deres aksepteres og ikke kritiseres. Barna som ikke opplever slik forståelse, kan holde tilbake følelser og reaksjoner. Betydningen av at omsorgspersoner støtter barna til mer åpenhet, både med andre voksne og venner, er stor. Når andre barn og ungdommer ikke

forstår deres reaksjoner er det godt å vite at en har en trygg voksen man kan snakke med. Med en trygg voksen, som Alice Miller (Miller 1992) kaller *et deltakende vitne*, kan barn samtale med en trygg voksen som er interessert og viser støtte og innlevelse.

2.4.3 Samfunnsmessige resiliensfaktorer

Barn som har en stabil voksenperson som har brydd seg og ser barnet er av svært stor betydning. Når livet er krevende er det omsorg og omtanke fra en bestemor, lærer, en barnehageansatt eller saksbehandler i barnevernet som kan gjøre en forskjell (Ruud 2011). I ungdomstiden er venner av stor betydning.

Det å være i gode sosiale sammenhenger med venner er en sterk beskyttende faktor når man lever under vanskelige forhold ellers. For mange barn og unge vil kanskje den beste støtten de kan få, være hjelp til å fungere sammen med jevnaldrende (Ruud 2011:86).

Prosjekt Andungen i regi av Sørlandet sykehus, opprettet samtalegrupper for voksne barn av psykisk syke. Det kan styrke barn å være i grupper med andre mennesker i lignende situasjon. De deler erfaringer med andre gruppe-medlemmer og får informasjon fra hjelpeapparatet om det å ha en oppvekst med psykisk syke foreldre. Det kan styrke enkeltmennesker å høre at andre har lignende erfaringer. Det kan være et trygt og verdig sted å dele sårbarhetsområder samt å *bli eier av sin historie* (Sølvberg 2011:201). Det var 112 deltagere, og bare 6 deltagere som oppfattet sin friske forelder som realistisk beskyttende. 37 deltagere opplevde den friske forelder som passiv og fraværende og den nest største gruppen på 23 deltagere hadde forelder som var svært dominerende (ibid 2011).

2.5 Salutogenese og barns oppvekst

Aron Antonovsky har utviklet en teori om salutogenese. Salutogenese er et beslektet ord med resiliens og kommer opprinnelig fra de latinske ordene *salus* som betyr helse/sunnhet og *genesis* som betyr opprinnelig eller tilblivelse. Antonovsky forsket på 1970 tallet på israelske kvinners helse som hadde vært i konsentrasjonsleirer under andre verdenskrig. Disse kvinnene hadde alle opplevd ekstreme påkjenninger, men enkelte av kvinnene bekreftet at de hadde bevart helsen (Borge 2003). *Antonovsky belyser hvordan en kan mestre belastningene en møter i livet, på en helsebringende måte, ved å bruke begrepet sense of coherence* (Ruud

2011:82). Det viktigste forskningsfunnet til Antonovsky ble begrepet Sence of Coherence. Oversatt vil det si opplevelse av sammenheng (Borge 2003).

For å begripe sammenhengen hevder Antonovsky at den viktigste faktoren som må være tilstede er meningsfullhet. Med det forstår vi at mennesker opplever å være delaktige i det som skjer. For å oppnå meningsfullhet forutsetter han at faktorene begripelighet og håndterbarhet er klare. Med begripelighet forstår vi at et fenomen eller en situasjon er ordnet, strukturert og tydelig. Med håndterbarhet forstår vi at mennesker har tilstrekkelig ressurser for å kunne møte ulike fenomener og situasjoner i livet (Antonovsky 1991).

Det finnes flere likhetstegn ved salutogenese og resiliens. Begge legger vekt på *prosessene som bringer framover mot friskhet og velvære* (Borge 2003:18). Når menneske aktivt prøver å tilpasse seg forholdene vil det fremme mestring (Ruud 2011). Det er en vesentlig meningsforskjell på begrepene resiliens og mestring. Resiliensforskning skiller mellom disse begrepene fordi de hevder at resiliens er egenskaper mennesker har i seg samt at resiliens alltid er knyttet opp mot risiko (Borge 2003). Mestring er noe som kan læres på skole og i organisasjoner og handler ikke nødvendigvis om risikodimensjonen. Vi kan vise mestring ved å utfordre oss selv i hverdagen.

2.6 Narrativ terapi, eksternalisering og barns oppvekst

Michael White (1948-2008), er en australsk terapeut som har vært med å utvikle den narrative terapitradisjon (Hårtveit & Jensen 2004). Narrativ terapi er opptatt av historiene som mennesker skaper om sitt liv og seg selv. Denne tradisjonen kjennetegnes ved at terapeuten lytter til unike erfaringer i menneskers historie. Hva slags drømmer og håp de har. De er ikke opptatt av psykisk tilstand, men av enkeltmenneskets kunnskap og erfaringer (Lundby 2009). White hevdet at handlingene mennesker utfører har sin opprinnelse i de skapte historiene (Hårtveit & Jensen 2004). Når barn av psykisk syke får fortelle om sin oppvekst vil de også fortolke fortellingen. Ved å tolke sine erfaringer vil de skape mening for informantene (Mevik & Trymbo 2003). Meningen som skapes handler ikke bare om det som har vært, men påvirker også videre handlinger og er med på å forme oss (ibid 2003).

White mente også at hvis problemet ble personifisert ville ikke problemet eie personen. Han skrev en artikkel *Externalizing of the problem* og tok i bruk eksternalisering som metode

(Lundby 2009). Her skrev han om at personen og problemet ikke er det samme. *Problemet er problemet* er hans forklaring av psykiske eller sosiale problemer (ibid 2009). Mennesker som søker hjelp for et problem føler ofte at det er noe feil ved dem selv, i deres indre eller i deres relasjon til andre. Når man setter navn på problemet og objektgjør problemet kan mennesker oppdage at det ikke handler om deres identitet. Terapeuten spør etter unntak eller unike resultater som kan skape nye historier for mennesker som søker hjelp (Lundby 2009).

3 Forskningsmetode

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for forskningsmetoden jeg bruker i min masteroppgave. Metodevalget styres av hva jeg ønsker å få kunnskap om og den informasjonen jeg ønsker å få ved å intervju informantene. Jeg har valgt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) som forskningsmetode grunnet analysens ideografiske fokus som søker å beskrive enkeltmenneskers subjektive opplevelser basert på spontante samtaler (Dallos & Vetere 2005). I dette kapittelet vil jeg først se på vitenskapstradisjoner, hermeneutikk og fenomenologi. Derneft redegjøre for teoretiske fortåelsesrammer, livsverden og forforståelse og objektivitet. Deretter vil jeg se nærmere på bruk av intervjuguide, utvalget av informanter, og hvordan jeg har gått frem for å samle inn data. Kapittelet avsluttes med en diskusjon om undersøkelsens validitet, reliabilitet, generaliserbarhet og etiske dilemma.

3.1 Vitenskapstradisjoner

To store vitenskapstradisjoner som preger forskning er den naturvitenskapelige og den humanistiske forskningsmetode. I den naturvitenskapelige, eller positivistiske, forskningsmetode skal alt som studeres kunne måles, veies og telles for å få en objektiv forklaring eller årsak. Tilhengerne av denne retningen hevdet at *idealet om enhetsvitenskap vil si at alle fenomener kan undersøkes med samme metode* (Haugsgjerd m.fl. 2010:40). Det positivistiske vitenskapsidealet var å se på forskeren som tilskuer til det han forsket på og vitenskapelige observasjoner skulle være nøytrale og objektive (Ulleberg 2007).

Familieterapien var også preget av sin tid og i den modernistiske tiden var familieterapeuten eksperten som søkte etter problemer og feil i familier, for å tilby hjelp og rette opp feil.

På begynnelsen av 1990-tallet oppstod det alternativer til det modernistiske synet. Anne Øfsti skriver

Etter hvert ble et refererende, modernistisk språksyn kritisert og debattert. Oppgjøret med forståelsen av språket som nøytralt og passivt kalles den språklige vendingen i samfunnsteoriene, og har opphav i postmodernismen, poststrukturualismen, og sosialkonstruksjonisme. Disse retningene brukes om hverandre, men felles for dem som vitenskapsidealer er at de utvikler seg i et oppgjør med modernismens idealer om det rasjonelle mennesket, troen på objektiv viten og språkets nøytralitet (Øfsti 2010:16).

Alternativet til det modernistiske synet innebar altså blant annet vektlegging av samhandling og samtale med andre mennesker, der det ikke finnes plass utenfor det man studerer (Haugsgjerd m.fl. 2010).

Kybernetikk er en teori som opprinnelig kommer fra teknologisk forskning. Kybernetikk betyr å styre alt som endrer og beveger seg (Hårtveit & Jensen 2004). Gregory Bateson var den som introduserte begrepet til familierapien (Jensen 2007). På 80-tallet ble begrepet andreordenskybernetikk lansert av Heinz von Foerster. Andreordenskybernetikk innebærer at man tenkte at terapeuten ikke har en plass utenfor systemet hun observerer (Haugsgjerd m.fl. 2010). Hun er en del av det terapeutiske systemet i familien. Alle er deltakere. Det at vi konstruerer våre liv i samspill med andre mennesker er også vektlagt i hermeneutikken og fenomenologien.

3.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk er læren om fortolkning (Haugsgjerd m.fl. 2010:56). Hermeneutikken hevder at et fenomen alltid er tolket. Innenfor hermeneutikken brukes begrepet *horisont* som er et familiært begrep med Batesons kontekstsbegrep (Jensen 2007). Det er vår horisont som begrenser hvordan vi tolker et fenomen. Et fenomen kan tolkes på uendelig mange måter. Den forståelsen fortolkeren vektlegger er begrenset av fortolkerens horisont som igjen er basert på fortolkerens kultur, språket hun bruker og egen historie (ibid 2007). Horisonten er ikke konstant, men i bevegelse og blir utvidet med de erfaringene som oppleves (ibid 2007).

Hermeneutikkens hovedanliggende er *forståelse* (Haugsgjerd m.fl. 2010). I intervju samtalen er det informanten og jeg som forsker som samtaler sammen. Jeg skal tolke meningen i informantens historie. Meningene konstrueres i språket og språket er alltid sosialt (Jensen 2007). Det betyr at informanten og jeg utvikler mening sammen. Det er i språket vi kan forandre meningen i et fenomen. Jeg er ikke på jakt etter en sannhet eller en virkelighet, men jeg ønsker å finne deres forståelse av virkeligheten, deres opplevelse av å vokse opp med en psykisk syk forelder og hva som har vært viktig for å utvikle et fungerende voksenliv.

Sentralt i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel. Den hermeneutiske sirkel har ulike nivåer. I møte med mennesker har vi antagelser om de vi møter, det kaller Hans Georg Gadamer for *vår forforståelse* (Andersen 2007:118) og er det første nivået i sirkelbevegelsen.

Det andre nivå i sirkelbevegelsen er når fortolkeren oppdager nye sider av et fenomen som utvider fortolkerens forforståelse og forståelsen av helheten. Det igjen, gir et ønske eller håp om at forandring kan skje. Det tredje nivået i sirkelbevegelsen skaper idéer til hva man kan gjøre med fenomenet (ibid 2005). Spørsmål-svar-sirkelen har ingen fast avslutning, men kan avsluttes når man føler at man *har en maksimalt god, hel idé eller en fornuftig fortolkning med indre sammenheng uten logiske selvmotigelser* (Jensen 2007:73).

Både systemisk forståelse og hermeneutikk handler om sirkularitet og helhet (ibid 2007).

Vi skal ikke bort fra sirkulariteten i samtalen, men prøve å komme riktig inn i sirkelen (Kvale & Brinkmann 2009).

3.3 Fenomenologisk og hermeneutisk forskningsståsted

Jeg har valgt et fenomenologisk og hermeneutisk forskningsståsted i undersøkelsen av hvilke egenskaper og opplevelser som har vært betydningsfulle for barn av psykisk syke foreldre i deres oppvekst. Metoden har som hensikt å beskrive informantenes egne perspektiver slik virkeligheten oppfattes og forstås av informanten, eller som Kvale og Brinkmann sier, *fenomenologi er et filosofisk perspektiv på omhyggelige beskrivelser og analyser av bevisstheten med vekt på forskningsdeltagernes livsverden* (Kvale & Brinkmann 2009:323).

Det opplever jeg i familier når søsken forteller fra sin barndom. Det er ulike historier selv om de har bodd i samme hus, med de samme foreldrene og gått på samme skole. Hva de ser og opplever er en sannhet for den som forteller, men ulik det andre søsken forteller og opplever som sin sannhet. Det blir derfor naturlig å bruke den hermeneutiske metode som en tilnærming til fenomenologien.

Hermeneutikk forstås som tolkningslære. *Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende* (Thagaard 2009:39). Vi bruker hermeneutisk tilnærming for å oppnå forståelse og for at fenomener skal skape mening. I familierapifeltet er det familien som er systemet som beskriver sine meninger og sin forståelse sammen med terapeuten. Når systemet forstår fenomenet kan man omforme fortellingen og skape ny mening i historien (Hårtveit & Jensen 2004). En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomenet kan konstrueres på forskjellige måter (Jensen 2007). Både som

terapeut og intervjuer er det viktig å ha en holdning hvor informantene er ekspert på sitt liv og sin fortelling.

3.4 IPA og teoretiske forståelsesrammer

Jeg har valgt å bruke Interpretative phenomenological analysis (IPA). Denne metoden er basert på kvalitativ forskningstradisjon og har vært mye brukt innenfor psykologi og psykoterapi. IPA er utviklet av Jonathan Smith (Dallos & Vetere 2005). IPA er påvirket av sosialkonstruksjonisme og symbolsk interaksjonisme. Symbolsk interaksjonisme har som formål å se hvordan samhandling foregår mellom personer og den symbolske meningen aktørene legger i fenomener. *Hvert enkelt menneske skaper kontinuerlig sin identitet i interaksjon med andre* (Thagaard 2009:36). Analysen har et ideografisk fokus som søker å beskrive enkeltfenomeners subjektive opplevelse ved å få frem informantenes konkrete, levde liv basert på spontane beskrivelser (Dallos & Vetere 2005). Analysens formål er også å se om flere mennesker har felles tema ved erfaringer og fenomener. IPA har som mål at informantens stemme skal komme tydelig frem. Et fenomenologisk/ hermeneutisk ståsted er hensiktsmessig når undersøkelsens mål er å få rike beskrivelser av enkelmenneskers subjektive erfaringer, relasjoner, meninger, hendelser og verdier som gav informanten mening. Informantene som intervjues i en IPA analyse skal ha levd med sine erfaringer over tid (Dallos & Vetere 2005).

3.5 Livsverden

Jeg ønsker å få kunnskap om informantens livsverden. *Livsverden er verden slik vi møter den i dagliglivet og hvordan vi forholder oss til den* (Kvale & Brinkmann 2009:48).

Grunnleggeren av fenomenologien, Edmund Husserl (1859-1938) beskrev det som

Livsverdenen er helheten av personens forhold til sine omgivelser. Livsverdenen er noe grunnleggende som ikke kan forklares eller reduseres til noe som kan beskrives objektivt utenfra (Haugsgjerd m.fl. 2010:56).

Et semistrukturert livsverdensintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver (ibid 2009:47). Det er ikke faktainformasjon, men informantens fremstilling av seg selv og virkeligheten slik de opplever den. Det er en forskjell å intervju om dagliglivet og dagligdagse samtaler hvor to snakker sammen.

Informantene skal snakke frem sin barndom med psykisk syke foreldre. Forskeren skal stille åpne spørsmål til informanten og følge opp med spørsmål for å utdype temaet. Det blir et maktforhold mellom forskeren og informanten fordi det er hun som bestemmer temaet for samtalen, men uten å bidra med sine egne meninger. Informanten skal ikke spørre om hva slags syn forskeren har på temaet. Forskeren skal finne informantens opplevde betydning av informantens livsverden. Et godt intervju vil gi forskeren en dypere innsikt i informantens liv og forhåpentligvis en grundigere forståelse for deres vektlegging av erfaringer (Thagaard 2009).

3.6 Forforståelse og objektivitet

Informanten og forskeren er begge del i samspillet og forskeren kan derfor ikke være nøytral eller objektiv. Vi forstår informanten ut ifra den kultur vil lever i, det språket vi bruker og våre historier (Hårtveit & Jensen 2004). Som forsker kan jeg ikke fristille meg fra min forforståelse, men prøve å ha en ikke-vitende posisjon for å frigjøre meg fra mine erfaringer og min forforståelse. I historien blir analysen jeg gjør av informantene ikke en objektiv eller nøytral analyse. Analysen er konstruert av meg, med mine refleksjoner og vurderinger. Min forforståelse er mine egne erfaringer, opplevelse og ideer om det fenomenet jeg undersøker. Nøytralitet og objektivitet har vært et av kjennetegnene i den positivistiske forskningsmetode. Jeg har valgt et annet forskningsståsted, det fenomenologisk-hermeneutiske ståsted. Jeg tror min forforståelse blir endret igjennom denne oppgaven fordi jeg tilegner meg ny kunnskap og erfaring i tolkningsarbeidet og analysen. Sosiolog Dorothy Smith hevder at *det er igjennom å tilkjenne et perspektiv, og det er gjennom frigjørende og deltakende verdier at vitenskapen blir sannere* (Aamodt 2002).

Det er sagt at man forklarer naturen, menneske forstår man. Ordet *forklarer* kjennetegner naturvitenskapelig kvantitativ forskning. Forskeren står utenfor og observerer det fenomenet han forsker på, slik at han oppnår sann og objektiv kunnskap. I fenomenologien ønsker vi å *forstå* mennesket og fenomener vi tolker, samtidig som vi er en del av den samme virkelighet.

3.7 Intervjuguide

Før jeg startet på masteroppgaven utformet jeg en prosjektplan som jeg oversendte til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD). Da godkjennelsen ble bekreftet og jeg hadde

fått kontakt med informantene utformet jeg en intervjuguide. Intervjuguiden har bestemte temaer og oppfølgingsspørsmål slik at jeg kunne få svar på informasjonen jeg søkte (Thagaard 2009). Den ble benyttet i det semistrukturerte livsverdensintervju som er anbefalt ved bruk av IPA metode (Dallos & Vetere 2005). Semistrukturert betyr at det er et forslag til struktur og at man kan forandre på rekkefølgen av spørsmålene slik at det passer informanten.

Jeg startet intervjusamtalen med nøytrale temaer som for eksempel *kan du fortelle litt om deg selv?* Så ble temaene mer emosjonelle, informantene reflekterer over det å bli sett og forstått og hvem de kunne snakke med når de opplevde livet vanskelig (Thagaard 2009:100). Ved avrundning av intervjuet valgte jeg å nedtone følelsesmessige temaer slik at vi fikk en god avslutning. Dette kaller Thagaard *intervjuguidens dramaturgi* (ibid 2009:99). Min intervjuguide lå nærmest modellen hun viser til som *tre-med-grener*-modellen. Hovedtema og deltema var uttenkt på forhånd, med ni ulike spørsmål med utgangspunkt i min problemstilling og delspørsmål. Slik fikk jeg med så rikholdige detaljer som mulig. Intervjuguiden var fleksibel ved at spørsmålene ikke måtte følges kronologisk, men slik spørsmålene passet best (Kvale & Brinkmann 2009).

3.8 Utvalg og rekruttering

Jeg tok kontakt med leder i en pårørendegruppe for mennesker som har vokst opp med psykisk syke foreldre. Via henne kom jeg i kontakt med potensielle informanter. Jeg hadde tre kriterier ved utvelgelse av informanter. Det ene var at informanten var barn av psykisk syke foreldre. Det andre var at informanten hadde et fungerende voksenliv, slik jeg har definert det tidligere. Det tredje kriteriet var at barna hadde deltatt i en pårørendegruppe. Mitt ønske med informanter fra en pårørendeforening var min antagelse om at gruppe medlemmene hadde snakket åpent om sin oppvekst til mennesker de ikke kjente fra før. Utvalget av informanter er strategisk da informantene deler mange av de samme erfaringene og har de nødvendige kvalifikasjoner som er nødvendig for min problemstilling (Thagaard 2009). For denne undersøkelsen vil det si å vokse opp med en psykisk syk forelder og at de har et fungerende voksenliv.

De fleste av informantene kjente ikke hverandre og jeg har ikke spurt om informantene var i samme pårørendegruppe eller om lederen plukket de fra ulike grupper. Utvalget er lite, men jeg opplevde at deres fortellinger var relevante i forhold til teori om barn som pårørende til

psykisk syke foreldre. Thagaard hevder at *antall informanter ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser (Thagaard 2009:60)*. Thagaard skriver videre at utvalget er tilstrekkelig stort når *informantene ikke kan gi ytterligere forståelse av fenomenene (ibid 2009:59)*. Jeg har vektlagt lærernes anbefaling ved en 30 poengs masteroppgave om 3-5 intervjuer og min egen tidsbegrensning. Jeg har ikke kommet til noe metningspunkt i forhold til antall informanter, men jeg har fått større innsikt i en livsverden som jeg har engasjert meg i. Alle informantene fortalte at de ønsket å delta med håp om at deres erfaring kan være til hjelp for andre.

Jeg har i undersøkelsen intervjuet fire personer, en mann og tre kvinner. Jeg hadde ikke kjønn som noen faktor da jeg skulle finne informanter, men jeg er glad for at begge kjønn er representert. Mannen var 38 år, gift og tre barn. Kvinnene var i alderen 19-23 år. En av kvinnene var samboer, de andre to var i hver sine forhold. Ingen av kvinnene hadde egne barn. Aldersvariasjonen var god, det var en informant med et lengre blikk tilbake og tre informanter som hadde barndommen under huden og som nylig hadde startet på egne ben i etableringsfasen. Det ble spesielt interessant når informantene fortalte på ulikt vis at de aldri hadde hatt samtale alene med en fagperson om hvordan de hadde det.

Hvis dette hadde vært en større forskningsoppgave med flere informanter kunne det vært interessant å ha mer varierende alder. Med flere informanter som har et tilbakeblikk på oppvekst 20-25 år tilbake i tid, kunne jeg blant annet undersøkt om tidsperspektivet bidro til noen endring i opplevelsen av oppvekst med psykisk syke foreldre.

Informantene hadde en forelder med diagnosen psykisk syk, en far og tre mødre. For å sikre anonymiteten er imidlertid dette endret i oppgaven ved at alle transkripsjoner vedrørende kjønn er skrevet slik at den psykisk syke er mor og den friske forelder er far. Alle informantene har bodd sammen med den psykiske syke i oppveksten. Den andre forelder var frisk og i fast jobb. Tre av informantene var eldst i sin søskenflokk og en var mellomst av søsknene.

Et dilemma som oppstod ved å få informanter fra en pårørende gruppe er om dette er en representativ gruppe barn med psykisk syke foreldre. Det kan være at denne gruppen ikke er så differensiert som ønskelig fordi informantene har høyere utdanning, er fortrolig med forskning og antagelig har reflektert mer over egen livssituasjon (Thagaard 2009). Sosial

klasse var imidlertid ikke et kriterium ved utvelgelsen av informanter. Ved et større forskningsprosjekt ville jeg ha vektlagt dette mer.

3.9 Intervjuene

Jeg tok først kontakt med informantene pr. telefon noen uker før intervjuene for å avtale hvor og når vi skulle møtes. Intervjuene ble avholdt i perioden februar-april 2011. Intervjuene ble gjort på ulike steder. Mitt eneste kriterium for valg av sted var at informantene skulle føle seg trygge og komfortable nok til å fortelle om sin livsverden. Det er viktig å skape en atmosfære, slik at informanten føler seg ivaretatt og trygg for å kunne snakke om sine egne følelser og opplevelser. Det er en krevende balansegang å innhente kunnskap fra informanten slik at samtalen forblir et intervju og ikke en terapeutisk samtale som informanten kan synes vanskelig å håndtere. Dette var spesielt viktig da jeg snakket med mennesker som delte nære og sterke opplevelser med de menneskene de er mest glad i.

Jeg intervjuet en på sin arbeidsplass, en intervjuet jeg på min arbeidsplass, en informant var jeg hjemme hos og en informant intervjuet jeg på kafé. En syntes det var praktisk å møte på min arbeidsplass i forhold til andre ting hun skulle gjøre. Informanten jeg møtte på kafé var glad for å møtes på nøytral grunn. Møtet med denne informanten var spesielt fordi jeg ble nysgjerrig på hvordan hun ville oppleve å snakke om private ting på et åpent sted med mange mennesker omkring. Derfor var jeg spent på hvordan konteksten, på kafé, ville virket inn på samtalen vår. Avslutningsvis i intervjuet spurte jeg om hvordan det var å bli intervjuet? Hun svarer

Det er litt deilig egentlig selv om det er litt sånn svelge tungt...at noen er interessert og at jeg kan si akkurat det jeg vil uten å bli sett rart på eller får blikk eller fordommer. Jeg synes det har vært veldig greit.

Jeg oppfattet dette som en bekreftelse på at intervjuet fungerte med samtale på kafé. Min opplevelse med intervjuene var at ingen av informantene virket tilbakeholdne eller utrygge under intervjuet. Tvert om var alle glad for å kunne fortelle om sin egen opplevelse, og med håp om at det skulle være til hjelp for andre som arbeidet med barn.

Alle fire sa noe om at det var sterkt å fortelle historien, samtidig som flere av dem aldri hadde fått mulighet til å snakke så lenge og mye om deres egen opplevelse. Jeg har under

intervjuprosessen vært bevisst på at informantene jeg møter er sårbare mennesker. De har vist meg tillit ved å delta og jeg har ønsket å være det bevisst under oppgaveskrivingen.

Intervjuene varte i ca. 1,5 timer.

3.10 Transkribering

Under intervjuene brukte jeg opptager slik at intervjuene skulle bli transkribert korrekt. Det var god hjelp å bruke opptager da jeg kunne konsentrere meg helt om samtalen. Jeg var usikker på om opptageren hadde innvirkning på informantens fortelling, men de var forståelsesfulle og aksepterte den med en gang. Alle informantene fikk beskjed om at de kunne trekke seg fra intervjuet og selve undersøkelsen når som helst og alt ville bli slettet. Jeg foretok all transkribering selv og det har hjulpet meg til å huske informantenes historier. Når jeg skulle transkribere det første intervjuet oppdaget jeg min egen stemme. Jeg har ofte fått høre at jeg er god til å lytte, men i intervjuet syntes jeg min stemme var altfor ofte tilstede. Ikke fordi jeg skulle stille spørsmål, men fordi jeg kommenterte under intervjuet. Det ble veldig lærerikt for meg å oppleve at jeg bør være mer tilbakeholden med kommentarer. Det var nyttig å transkribere første intervju før jeg foretok neste intervju for da hadde jeg med meg min nye lærdom og stemmen min tok mindre plass.

3.11 Validitet og reliabilitet

Begrepet validitet kan forstås som pålitelighet og troverdighet. Reliabilitet kan forstås som gyldighet og bekreftbarhet. Validitet og reliabilitet handler om hvor troverdig forskningsundersøkelser er og om metoden er egnet til å undersøke det som skal undersøkes (Thagaard 2009). I min undersøkelse skal jeg gjengi beskrivelsene så korrekt som mulig slik informantene opplevde sin virkelighet og sine erfaringer. Det er en grunn for at jeg har valgt å gjøre transkriberingen selv og foreta transkriberingen raskt etter intervjuet. Validiteten skal gjennomsyre hele forskningsarbeidet slik at undersøkelsen oppnår høy kvalitet. Det er derfor viktig at jeg beskriver hele prosessen i fremgangsmåte for undersøkelsen (Kvale & Brinkmann 2009). Jeg redegjør for arbeidsprosessen vedrørende metoden og analysen i undersøkelsen. Jeg viser til min teoretiske forståelsesramme og min rolle som forsker med min forforståelse. Thagaard presiserer betydningen av forskerens kritiske gjennomgang av egne tolkninger for å oppnå høy validitet (Thagaard 2009:190).

Ved å redegjøre for grunnlaget i undersøkelsen ønsker jeg å gjøre undersøkelsen transparent (Thagaard 2009). I undersøkelsen har jeg prøvd å vise reliabilitet ved å synliggjøre informantenes tolkninger og når det er mine egne tolkninger (ibid 2009). Det er informantenes fremstilling av sin virkelighet, det er slik de snakker frem sin barndom med psykisk forelder. Det kan være de forteller historiene fordi de tror det er det jeg vil ha eller at det er slik de ønsker å tenke på historiene. Poenget mitt er at jeg ikke *vet*, imidlertid opplevde jeg de som troverdige og pålitelige informanter. Er funnene i min undersøkelse sammenfallende med annen forskning medfører det høy validitet. Er det høy validitet, reliabilitet og generaliserbarhet kan ulike funn i min undersøkelse i forhold til annen forskning gi utvidet teoretisk forståelse (Thagaard 2009).

3.12 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet forstås som overførbarhet. Generaliserbarhet er et begrep som er blitt brukt mye i positivistisk forskning. Enkelte kvalitative forskere unngår å bruke begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet fordi det undertrykker kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann 2009). Jeg ser på generaliserbarhet som en styrke i kvalitativ forskning. Mine funn er ikke lovmessig eller statisk kunnskap, men funnene kan bli overførbare og brukes i lignende situasjoner. Det kan være likhetstrekk i informantenes opplevelser og styrker som gjør at enkeltpersoner som leser oppgaven kan gjenkjenne seg i beskrivelser fra informantene og bruke noen av dette selv. Generaliserbarheten for min oppgave er dog begrenset da undersøkelsen omfatter et lite materiale. Det begrenser mulighetene til å trekke konklusjoner og sammenligne funn. Imidlertid kan bekreftelse på funn være gjenkjennende og understøttes av teori og andre forskningsundersøkelser. Det kan skape muligheter for ny undersøkelse.

3.13 Etiske dilemma

Mitt mål med metoden er å få så mye kunnskap som mulig fra informantene om det aktuelle temaet for undersøkelsen. Det er viktig å være bevisst den maktposisjon jeg får som forsker og at mine spørsmål vil kunne berøre sårbare områder i informantenes liv. Et etisk dilemma vil være å stille utforskende spørsmål uten at det oppleves krenkende eller at det åpner opp eventuelle sår. Informantene har vist meg tillit og er sårbare, derfor er det viktig å være ivaretagende og ta hensyn til informantens interesse. Det er en balansegang å stille

dyptgående spørsmål og samtidig respekterer informantens integritet (Kvale & Brinkmann 2009).

Jeg oppdaget under intervjuene hvor vanskelig det var å ikke være terapeut, men forsker. Det er en balansegang ved intervjuer. Jeg som forsker skulle få tillit og nærhet slik at de kunne åpne seg. Alle informantene hadde vanskelige minner. Allikevel hadde de motet som skulle til for å bære en vanskelig fortid.

I kapittelet om resiliens skriver jeg om betydningen av den velfungerende forelder. Alle informantene fortalte om viktigheten av den velfungerende forelder. Glistrup hevder at den *friske forelder* blir idealisert med evner og kapasiteter (Glistrup 2004:37). Jeg har vurdert om det er ulike etiske implikasjoner ved å reflektere over savn ved den friske forelder, men opplever at deres historier om den friske forelder blir mer troverdig ved å vise et *større hele* av foreldrerollen. Det kan være at barn lager idealiserte bilder om den friske forelder og at enkeltmennesker beskriver deres forelder lite nyansert. I denne oppgaven opplevde jeg at informantene har klart å gi presise beskrivelser av sin friske forelder med deres betydningsfulle egenskaper, men også med beskrivelser om behov som ikke ble ivaretatt like godt. Jeg ønsket at informantene har med seg de gode bildene og de betydningsfulle historiene og erfaringene som den friske forelder skapte og allikevel skrive noe om dilemmaer og utfordringer barna opplevde.

Et annet spørsmål er om informantene har vært frie nok til å kunne fortelle det de ønsker i forhold til deres lojalitet overfor sin syke forelder. Informantenes beskrivelser var imidlertid nyanserte, der også de krevende situasjonene ble inkludert. Slik jeg opplevde det ønsket de å få frem både det som var utfordrende og hva som hadde gitt de gode minner.

Hovedgrunnen til at jeg har intervjuet voksne barn av psykisk syke og ikke barn, er min etiske vurdering. Jeg er redd for å utsette barn for de ekstra belastninger det kan være å måtte svare på spørsmålene. Det kan være vanskelig som barn å snakke om problemer og utfordringer det innebærer å vokse opp i familie med psykisk syke foreldre når de ikke skal følges opp videre. Jeg mener ikke at barn aldri skal være informanter, men for at det skal være etisk forsvarlig mener jeg de bør følges opp av hjelpeapparatet. Slik at ingen barn får påført skade ved forskningsprosjekter.

4 Analyse

Jeg vil i dette kapittelet vise hvordan jeg ved bruk av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) har utført analysen av de data jeg har hentet inn. Mitt mål med oppgaven var å få frem informantens tanker om seg selv, betydningsfulle personer og opplevde hendelser. IPA fokuserer på det individuelle meningsinnholdet og på individets refleksjon og forståelse over de levde erfaringer, og ikke på kausalitet. IPA er ideografisk analyse fordi den beskriver unike enkeltfenomener med et lite utvalg informanter, hvor jeg samtidig skal søke etter temaer som berører flere informanter (Dallos & Vetere 2005). *Den er fenomenologisk i dens fokus på hvordan individet tolker hendelser og erfaringer i den aktuelle studien* (Dallos & Vetere 2005:58), som i dette studiet om det å vokse opp med en psykisk syk forelder. Den er dobbelt hermeneutisk ved både at informanten tolker sine fenomener ut i fra sin forståelse av verden og at jeg som forsker fortolker denne fortolkningen (Thagaard 2009).

En IPA analyse gjennomføres i flere trinn. Jeg har valgt å gjennomføre samtlige trinn i analyseprosessen, med 1) identifisering av koder, eller nøkkelord og fraser i transkriberingen 2) grupperinger av disse kodene for å finne fremvoksende temaer og 3) gruppere disse fremvoksende temaene for å finne de endelige overordnede temaer (Dallos & Vetere 2005: 59). Kodingen, eller sorteringen, av transkriberingen tok utgangspunkt i problemstillingen, min forforståelse, prosjektplanen og intervjuguiden. Med denne fremgangsmåten er målet at jeg kan lære mer om oppvekst med psykisk syke foreldre som igjen kan komme andre barn til gode.

En av fordelene med IPA er dens muligheter til å avdekke fenomener som forskeren i utgangspunktet ikke forventer (ibid 2005). Til tross for at jeg ønsket å ha en ikke-vitende, undrende posisjon, er det helt åpenbart at jeg ikke er nøytral, men hadde en forforståelse av temaet som man kan lese av spørsmålene i intervjuguiden. Imidlertid er IPA en metode som kan avdekke flere fenomener og temaer underveis, som ikke tidligere er blitt identifisert av forskeren (ibid 2005). Til tross for den store gevinsten det gir i analysen av materialet må jeg også si at det var en utfordring å hele tiden være åpen for nye temaer og fenomener, uten at min forforståelse sto i veien. Her var selve metoden en hjelp for meg i prosessen.

4.1 Identifisering av koder

Etter at jeg hadde foretatt intervjuene, transkriberte jeg intervjuene selv. Det opplevde jeg positivt fordi jeg fikk en grundig repetisjon av intervjuene som gav meg en nærhet til undersøkelsens materiale. Da transkriberingsarbeidet var ferdig valgte jeg ulike farger på transkripsjonene slik at de skulle være lettere å skille fra hverandre. Jeg valgte ut det første intervjuet og leste det noen ganger. Så skrev jeg ned de viktigste temaene fra intervjuet, det som hadde gjort mest inntrykk på meg. Dette ble retningsgivende for videre arbeid med de andre intervjuene.

I det første trinnet tok jeg hver enkelt transkripsjon, linje for linje og strøk under ord som for eksempel *opplevelse, følelse, åpenhet, venner, utrygg, glad i, dårlig samvittighet, storfamilien, taushet, lei meg, isolert*. I venstre sidemarg markerte jeg begrepene som tallkoder. Samtidig som jeg lagde koder, skrev jeg på høyre sidemarg henvisning til teori i forhold til tema, egen forståelse, tanker for hovedtemaer og intervjuguiden. Jeg fortsatte det systematiske arbeidet gjennom hele transkripsjonen, side for side. Prosessen var krevende og til tider frustrerende, men etter mye brukt tid endte det i 51 koder.

4.2 Fremvoksende temaer

Da kodingen var ferdig så jeg at en del av kodene var likelydende. Jeg sorterte transkripsjonene, søkte etter sammenhenger mellom dem og samlet kodene i større temaer. Kodene ble gruppert ut i fra kodene jeg hadde på transkripsjonene. Da fikk jeg større oversikt over sammenhenger. Jeg hadde ikke notert sidetallet på kodene og det gjorde arbeidet mer krevende ved å bla og lete. Det at jeg hadde transkribert selv hjalp meg i denne dyrekjøpte erfaringen. Jeg sorterte alle kodene i ni fremvoksende temaer. Utgangspunktet for grupperingen var kommentarene i høyre kolonne. Jeg gav de ulike grupperingene en tittel, som ble oppgavens fremvoksende temaer. Jeg valgte og sorterte kodene etter følgende ni fremvoksende temaer.

- Viktigheten av nettverk av familie og venner
- Følelsen av avmakt i møtet med fagfolk
- Gyldne historier og gode egenskaper ved den syke
- Bærer på mange følelser
- Kombinasjonen av åpenhet i familien, men også utrygghet

- Den sykes mange ansikter
- Ønsker for egen familie
- Egenskaper ved informanten
- Alle de gode historier om den friske forelder

De fremvoksende temaene knyttet jeg opp til teori om min problemstilling. utfordringene for meg var at flere av kodene kunne systematiseres under flere temaer. Kanskje er det en riktig oppfattelse når oppgaven har en hermeneutisk ramme og vi forstår *delene i lys av helheten* (Thagaard 2009:39). Enkelte av temaene har svar som er motsetningsfulle. Det er blant annet beskrivelsen av betydningen til den friske forelderen. Et sted sier informanten *uendelig stor betydning* i et annet eksempel *han var passiv*. Tilsvarende var det for de andre informantene, dette utdyper jeg i den endelige analysen.

4.3 Overordnede temaer

Resultatene i en IPA studie presenteres vanligvis som temaer som går igjen hos flere av informantene (Dallos & Vetere 2005). De fremvoksende temaene sorterte jeg inn i større og færre emner. Temaene tolker jeg som vesentlige for barn som vokser opp med psykisk syke foreldre slik informantene fortalte sine historier. Temaene kommer til uttrykk ved mine delspørsmål om egenskaper som var betydningsfulle, andre nære omsorgspersoner som ivaretok deres behov og forståelsen de har opplevd av hjelpeapparatet. Det ble fem overordnede temaer:

- 1) Ivaretagelse av eget følelsesliv.
- 2) Barna hadde andre arenaer der de har blitt sett og anerkjent.
- 3) Åpenhet om familiesituasjonen.
- 4) En annen omsorgsperson har ivare tatt mange av den psykisk sykes oppgaver
- 5) Kontakt med hjelpeapparatet og fagpersoner

5 Presentasjon og drøfting av temaene

I drøftingen av temaene har jeg tatt utgangspunkt i det informantene har fortalt fra sin oppvekst, samt teori omkring barns oppvekst med psykisk syke foreldre. Det er informantenes historier, men valgt ut av meg med min forforståelse og mine tolkninger. Jeg har søkt å ta vare på *informantens perspektiv* (Thagaard 2009:107), blant annet ved å inkludere lengre sitater fra hvert tema.

Etter en kort presentasjon av informantene, vil jeg drøfte første tema fra analysen, informantenes ivaretagelse av eget følelsesliv. Deretter drøfter jeg viktigheten av aktiviteter og andre arenaer hvor de blir sett, anerkjent og får styrket selvbildet. Neste tema handler om åpenhet om familiesituasjonen. Fjerde tema handler om andre nære voksne relasjoner som ivaretar barna. Det siste temaet drøfter barnas erfaring med fagpersoner og hjelpeapparat.

5.1 En presentasjon av informantene

Den eldste av informantene er Mads. Han har utrolig rike og nyanserte beskrivelser om følelser og betydningen av andre viktige voksne i hans liv.

Den neste informanten er Marte, hun har hatt en mor med nedsatt omsorgsevne fra Marte ble født. Jeg opplevde at Marte var god til å sette ord på alle de ekstreme utfordringene hun har møtt i altfor tidlig alder.

Milly og Mina er to informanter som har hatt mødre hvor de har opplevd mange gylne øyeblikk sammen frem til de var mellom 10 og 15 år. Milly er eldst i sin søskenflokk, som også de øvrige informantene er. Milly har god selvtillit og har vært den i familien som har prøvd å snakke om situasjonen i hjemmet.

Mina er den yngste av informantene, snart russ og på tross av sin unge alder veldig god til å beskrive vanskelige følelser og hvordan det innvirker på hennes eget liv.

Den neste setningen jeg siterer er fra forskning om resiliens. Det er den setningen i oppgaven jeg synes har vært vanskeligst å ta med fordi jeg er redd den kan oppfattes feil. Allikevel gjør jeg det fordi det er en av faktorene som skiller resiliente barn fra andre barn. Alle

informantene har resilienssegenskapene *sjarmerende og tiltrekker seg positive reaksjoner fra den friske forelder, venner og andre voksne* (Borge 2003:23). For mennesker som møter informantene uten å kjenne deres historie, vil antageligvis mange tenke at disse har levd på livets lyse side. Jeg opplevde de som trygge, ærlige, vennlige og åpne for andre. De hadde humor og selvironi.

5.2 Ivaretagelse av eget følelsesliv

Under intervjuene hadde jeg ingen spørsmål som handlet konkret om følelser. Allikevel kom samtalene ofte innom temaet. Spesielt handlet det om vonde og vanskelige følelser. Følelsene de slet med var dårlig samvittighet og skyldfølelse, eller det var tristhet og fortvilelse. Det kom også frem følelser som irritasjon og sinne, men også gode følelser som ømhet, kjærlighet og stolthet. Andre vanskelige følelser var engstelse, redsel, skamfølelse og flauhet. Dette samsvarer med psykolog Jon Monsens grunnfølelser (Sølvberg 2011). I tillegg snakker Monsen om følelser som interesse og iver, velbehag og glede, misunnelse og sjalusi, forakt og avsky. Disse følelsene var imidlertid langt mindre fremtredende i intervjuene.

Vi er født med evner til å oppleve både gode og vanskelige følelser. Vi har et språk vi kan bruke til å beskrive behaglige og ubehaglige følelser. At informantene har klart å kjenne på, og ivareta, sitt eget følelsesliv synes å være en medvirkende årsak til deres fungerende voksenliv. Som vi skal se har informanten hatt en evne til å oppleve at erfaringene ved disse følelsene er kommet til nytte. Informantene har kontakt med egne følelser og de klarer å ta et oppgjør med hvordan enkelte følelser ikke ble snakket om. Deres kjærlighet til den syke og distanse til sykdommen synes å være faktorer som styrker dem som mennesker og bidrar til et fungerende voksenliv.

5.2.1 Nyttiggjøring av vonde erfaringer

Det kan synes som om mine informanter utviklet sine vonde erfaringer til gode egenskaper og kvaliteter senere i livet. Kombinasjonen av oppgavens relativt få informanter, samt ulikt sykdomsbilde til de psykisk syke, gjør det ikke mulig å generalisere over om barn av psykisk syke er flinke til å nyttiggjøre seg slike erfaringer. Det som imidlertid er viktig å se, er at vonde erfaringer og følelser kan vendes til noe positivt som voksen, slik at man kan oppleve et fungerende voksenliv. Mange er flinkere til å se hvor vi ikke strekker til og hvilke

svakheter vi har. De fleste av informantene hadde dog en evne til å kjenne sine negative følelser og erfaringer og oppleve at evnene var nyttige i voksenlivet.

To av informantene forteller

Jeg har blitt sterk av alt jeg har gjort og lært mye om forskjellige situasjoner, god til å lese andre...og komme overens med mennesker. Og jeg er pliktoppfyllende og det er fint i jobbsammenheng.

Jeg tror at alle erfaringer i livet som har vært vonde kan benyttes til noe godt. For alle de erfaringene jeg har møtt med min mor kan brukes i møte med mennesker som har det tøft. Det vonde kan brukes til noe meningsfylt. At jeg kan møte mennesker på kanskje en annen måte.

Slik jeg oppfatter informantene har de opparbeidet en verdifull evne til å lytte til andre. Slik Sølvsberg skriver ofte forekommer (Sølvsberg 2011). Det vi ser som barnas utfordringer som små, kan utvikles til en styrke som ansvarsfulle og pliktoppfyllende voksne. De strekker seg langt i arbeidssammenheng og ledelse. Arbeid som har mening og føles givende fremmer et fungerende voksenliv. Det viser at man kan nyttiggjøre seg vonde erfaringer.

Barna følte skam i forhold til temaene enkelte av foreldrene snakket om. De ble i tidlig barndom dratt inn i voksentemaer, ble snakket til som om de var en venn av forelderen eller en terapeut. To av jentene forteller

Det er helt uforutsigbart, hun kan si alt, hun kan legge ut om sexlivet, det er jo helt absurd.

Som 5 åring fikk jeg høre om sexlivets ting, liksom. Det var ingen sperrer, hun sa alt som et barn ikke skal høre.

De overnevnte sitatene skaper ikke mening for små barn. Barn begriper ikke hva forelderen snakker om og derfor blir det uhåndterbart for barna (Raundalen & Schoultz 2008). Når barn ikke forstår meningen i en situasjon kan det skape angst og uro. Når barn blir eldre og tenker tilbake kan de oppleve skamfølelse.

Skamfølelsen synes for noen av informantene å ha blitt utviklet til en spesiell egenskap ved fortrolige samtaler. Gjennom intervjuene gav de inntrykk av at andre ser på de som mennesker man kan stole på, mennesker som møter andre med respekt for ulikheter,

mennesker som selv har opplevd noen av livets utfordringer og derfor er en akseptert samtalepartner for mennesker som har det vanskelig.

5.2.2 Kjennskap til egne følelser

I ulike familier er ulike følelser tillat eller farlige (Sølvberg 2011). Barna som ikke opplever forståelse for andre følelser kan holde tilbake følelser og reaksjoner. Det kan igjen føre til uttryggighet. Vi må alle bli kjent med egne følelser både de gode og de som er vanskelige å håndtere. Kjenner man ikke sine egne følelser kan man heller ikke vise de til andre. Det igjen kan føre til mindre nærhet og færre tilbakemeldinger når livet er vanskelig.

Flere av informantene følte skyld i forhold til egen utilstrekkelighet. De tenkte på om de kunne gjort noe annerledes eller sagt noe annet slik at den syke kunne blitt bedre. De følte skyld fordi de følte de ikke hadde de riktige følelsene overfor den syke. Noen hadde ambivalente følelser for den syke ved selvmordsforsøk. Det er en diskurs, *en bestemt måte å snakke om* tap av omsorgspersoner i vårt samfunn at det alltid skal være trist og leit for barn å miste sine foreldre (Øfsti 2010:18). Dette er en oppfatning som er skapt av mange mennesker, men som ikke alltid er riktig for det enkelte barn som vokser opp med psykisk mishandling. En av jentene forteller *jeg husker fra tiden mamma prøvde å ta livet sitt, da ønsket jeg innerst inne at hun skulle dø, slik at det var over med det, at det var ferdig, at vi slapp med det her....*

Følelsen av sinne og frustrasjon kom tydelig frem når temaet var kontakten med hjelpeapparatet. Følelsen de hadde av å ikke bli sett eller lyttet til, var de svært frustrerte og sinte over. Dette vil jeg skrive mer om siden. Informantene nevnte også irritasjon og sinne ved å bli misforstått eller at den syke moren ikke tok hensyn til dem. En av jentene forteller om hvordan moren trakk seg unna og ble på soverommet i flere dager.

Noen ganger skulle jeg ønske de (slektninger) bare kunne gløtte inn og være der litt og kjenne på stemningen i huset, se at det faktisk er slik at hun bare ligger der og gjør ingen ting...mange trodde mamma var så kul, de så jo ikke når hun var syk.

Når hun gikk opp (ble manisk) ble jeg bare veldig sint på henne, jeg ble irritert og jeg tok avstand. Så ble det litt stabilt igjen...

Det er så innviklet, da. Vanskelig. Fordi det er så hverdagslig, det er så, det er en del...det verste er ikke at hun prøvde å ta livet sitt, det verste er adferden hun har.

Hakking, hakking....det er verst innad i familien, jeg tror ikke alltid andre merker det, men det er fortsatt flaut.

Jeg ble imidlertid overrasket over at følelsene av sinne i forhold til den syke moren i liten grad var nevnt i intervjuene. Riktignok spurte jeg ikke direkte om sinne, men temaet følelser var likevel ofte nevnt. Det er trolig flere forklaringer til at sinne mot moren ikke var fremtredende. Jeg tror både trygg familiær tilknytning, individuelle resiliensfaktorer og at de i ettertid har opplevd en stor grad av meningsfullhet, kan være medvirkende faktorer. Imidlertid kan betydningen av å ikke spørre eksplisitt om sinne gjøre at informantene ikke selv ønsket å bringe denne følelsen frem. Det kan være en vanskelig følelse å snakke om når det gjelder et menneske i nær familie som er uforskyldt syk.

Informantene kjente på triste følelser på flere plan. De var triste fordi de ikke kjente forelderen, *hvordan mammaen kunne ha vært hvis hun hadde fått være frisk*. Informantene følte fortvilelse fordi den psykisk syke forelder ikke tok i mot hjelp for å prøve å bli frisk. Jentene opplevde tristhet fordi de følte familien annerledes enn andres familier. Samfunnet er bygd opp slik at familiene skal klare seg selv (Glistrup 2004). Foreldre kan være redde for å be om hjelp fordi de er redde for å miste omsorgen for barna. Barnas tristhet kan bygge på foreldrenes redsel for å miste barna.

En av informantene lente seg frem over bordet mot meg å så meg rett inn i øynene og fortalte om da hun var 15 år gammel og ble overrasket over sin egen reaksjon når familien fikk vite morens diagnose, *jeg var så lei meg, jeg skjønnte ikke helt, selv om jeg hadde fått vite diagnosen....Jeg var litt forvirret fordi det gikk så innpå meg*. I følge barnepsykolog Dyregrov (Dyregrov 2004) er det av stor betydning at barn opplever forståelse for alle sine følelser. Det viser han til innenfor traumeforskning (ibid 2004). Det er viktig at barn får lov til å reagere og ikke blir kritisert for reaksjonene deres.

5.2.3 Oppgjør med taushet

En av informantene forteller om sin opplevelse som 15 åring, en julaften da moren igjen ble syk. Hun ble sint og sur. Familien måtte endre julaftenplanene og reise til mormoren istedenfor å være hjemme. I møte med mormoren opplevde hun ingen forståelse, mormoren sa *du kan ikke være sur på mamma'n din for hun er jo syk...hun sa bare: nå skal vi ha det*

hyggelig dere...mormor tar bare kontakt med oss når mamma er frisk. Det kan se ut som om mormoren har konstruert en forestilling om at i deres familie snakker de bare om hyggelige ting eller gode følelser. Det kan være en konstruksjon som familiemedlemmene tilpasser seg og gjelder for hele metasystemet, som i dette tilfelle er slekten. I denne familien snakker de bare sammen når de er friske og når de skal ha det hyggelig.

Ved psykisk sykdom kan foreldre være mest opptatt av seg selv, sine følelser og terapi og hun kan være tilfreds med samtalene ved institusjonen. I samtaler med fagpersoner blir den psykisk syke lyttet til og forstått. Den syke har skapt et subsystem med en fagperson. Risikoen kan være at den psykisk syke ikke har eget behov for å snakke mer om situasjonen. Hun kan samtidig være mindre opptatt av om de andre i familien har behov for å snakke om sine følelser eller andre fenomener (Piltz & Gústavsdóttir 1994). Det igjen kan skape utrygg tilknytning til omsorgspersonen. Slik kan også tausheten opprettholdes og barnas følelser settes tilside. Det er imidlertid alltid de voksne som har ansvaret for å snakke med barna. Det er ikke barnas ansvar å ta kontakt (Dyregrov 2004).

Informantene gav uttrykk for fortvilelse over den taushet som var vis-á-vis moren og sykdommen. En av informantene forteller

Når jeg virkelig prøver å snakke med mamma om sykdommen, da blir hun virkelig kjempesinna på meg og beskylder meg for ting og virkelig bare smeller. Og jeg blir stående igjen der å være kjempelei meg og skjønner ikke helt hva som skjer og vil jo bare snakke om det fordi jeg elsker henne og fordi hun er mamma'n min og slike ting...

Morens egne problemer er med på å vanskeliggjøre tilknytningen til jenta (Wennerberg 2011). Jenta finner ikke meningen i situasjonen. Når barn ikke forstår meningen i situasjonen kan de legge skylden på seg selv og barnet kan få en merbelastning i oppveksten (Ruud 2011). Vi ser også hvordan det asymmetriske forholdet gir moren makt ved ikke å ville snakke, og jentas behov settes til side for å bevare relasjonen (ibid 2011). Hun står igjen etterpå og er lei seg fordi følelser alltid henger etter en reaksjon eller hendelse. Vi ser hvordan negativ feedback med tilbakemelding ved taushet gjør at systemet ikke forandres (Jensen 2007). Det kan igjen føre til smitteeffekt for barnet når de kommer i en liknende situasjon. De kan vegre seg for å ta opp vanskelige situasjoner eller følelser fordi det ikke har vært rom for

det i familien (Sølvberg 2011). Når vi ikke kan snakke om det hjemme, er det videre vanskelig å snakke om det til andre.

Det kan se ut som informantene utviklet skamfølelse fordi de ikke kunne snakke om sykdommen. Det ble et tabuemne hos alle informantene. I tidlig barndom og ganske lenge var det kun svært sjelden at barna snakket om hvordan de hadde det hjemme til andre. Det ble en slags hemmelighet eller taushet fordi den syke av foreldrene nektet å snakke om det. En av jentene i oppgaven snakket ikke om den syke moren med andre enn den friske forelder. Et unntak var da hun fortalte en venn om morens sykdom

Da hadde jeg så mye skam og skyldfølelse etterpå, at jeg hadde utlevert dette til et fremmed menneske som ikke var så nær. Da følte jeg at jeg sviktet moren min...skikkelig svikta henne og jeg skammet meg og hadde dårlig samvittighet i lang, lang tid.

Hver av informantene har imidlertid tatt et oppgjør med taushet i voksen alder. De fortalte på ulikt vis om viktigheten av å samtale om alt med egne partnere og barn. De gav uttrykk for at egne barn skulle føle seg trygge slik at de kunne fortelle om det de ønsket. Slik informantene fremstilte det, var de negative virkningene av tausheten vedrørende morens sykdom en viktig faktor for mer åpenhet i voksen alder.

5.2.4 Kjærlighet og distanse

De fleste av informantene opplevde følelse av stolthet. Spesielt gjaldt dette barna i den gode båsen, det vil si de som kom positivt ut av morens forskjellsbehandling. En av informantene fortalte at *mor så på meg som en gullunge på grense til Jesus*. De andre av søsknene ble *kritisert, skjøvet vekk og fikk alltid kjeft*. De som ikke hadde opplevd problemstillingen med å bli mobbet eller trakassert hadde mange gode opplevelser når forelderen var i en bedre periode. Det som er felles for de psykisk syke foreldrene i denne undersøkelsen er at sykdommen hos forelderen eskalerte med årene. Morens sykdom har tatt større og større plass i familiens hverdag. Informantene har flere og oftere gode opplevelser fra tidlig barndom, men det endret seg under oppveksten. Alle har imidlertid noen gode opplevelser som de har gjemt på som gylne skatter. Informantene evner å huske forelderen med sine *friske* egenskaper og det de var stolte av ved den psykisk syke forelderen. Når to av jentene skal

beskrive friske egenskaper hos den psykisk syke retter jentene seg opp, fester blikket fast på meg og har emosjonelle beskrivelser om sin mamma.

Jeg husker der hvor hun slår til og imponerer og kan MASSE.....at de andre ungene syntes det var stas å være hos oss fordi mamma fant på så mye morsomt.

Ingen andre voksne var i nærheten av å ha den plassen mamma hadde i mine øyne. Hun var uovertroffen, jeg har beundret henne bestandig....til tross for sykdommen er det ingen som har tatt hennes plass. Jeg har alltid hatt et sterkt forhold til henne.

Begge øyeblikkene ble sterke og bevegende, både for meg og de to informantene.

Sølvberg viser til funn på viktige beskyttelsesfaktorer og skriver at det er viktig for barna å bevare sin kjærlighet for den psykisk syke forelderen uten at det går ut over barnets selvstendighet og distanse (Sølvberg 2011). Det er viktig for barna å distansere seg fra den syke forelderens forestillinger om verden. Vi ser hvordan informantene klarer å si høyt hvor betydningsfull mammaen er, selv i sin fortvilelse.

Jeg vil jo bare snakke om det fordi jeg elsker deg og fordi du er mamma'n min og slike ting...

Når mamma er i sine gode perioder har vi veldig god kontakt, da kan hun si "du må på slemmekurs" fordi alle sier jeg er så snill og noen ganger er det så vanskelig å være den snille og ha den rollen...

Til tross for sykdommen har jeg beundret mamma bestandig. Hun har hatt enorm betydning for meg. Det er ingen som har tatt hennes plass.

Informantene skiller mellom sykdommen og moren, det hjelper barna til å se at deres mor var mer enn sykdom.

De som var i morens fiendebås opplevde å bli hakket på, fikk mye kritikk, var de slemme og fikk oppgaver som var større enn de kunne klare.

Mamma kommenterte veldig ofte at jeg var kjedelig....at jeg var gammeldags, at jeg var dum, at jeg var nerdete og teit som gikk på skolen. Jeg har fått mye kritikk, jeg har nesten blitt litt mobbet på en måte.

Informantene som følte de var i fiendebåsen hadde en spesiell egenskap ved å klare å se sykdommen som utløsende faktor for oppførselen. De eksternaliserte sykdommen fra

forelderen og skilte mellom sykdommen og hvordan forelderen kanskje ville vært. Informantene prøvde virkelig å se at personen ikke er problemet, men sykdommen (Lundby 2009).

5.2.5 God evne til mentalisering

Psykolog Peter Fonagy hevder at *spedbarn har medfødt kompetanse til å vite noe om seg selv, som etter hvert utvikles til en evne til mentalisering* (Hart & Schwartz 2011:10). Slik jeg forstår det er at barn har biologisk betinget kapasitet til å inngå i sosialt samspill med omsorgspersonen. Sosialt samspill har stor betydning for senere å kunne tolke andre menneskers livsverden.

Informantene i denne undersøkelsen deler denne erfaringen, samtidig som de har utviklet en god evne til mentalisering. De leser den psykisk syke forelderens behov og følelser og unngår at de selv misforstår hendelser, eller hindrer at forelderen misforstår. Informantenes gode evne til mentalisering hjelper dem til å regulere følelsene sine uten å få svekket sine sosiale evner. Informantene var tydelige på hvilke følelser de opplevde og regulerte disse i forhold til den psykisk syke og familien. I følge William Beardslee kan barn som har utviklet god kapasitet til å sette seg inn i den sykes situasjon eller å se ting fra forelderens ståsted, være støttende for barnets utvikling (Beardslee 2002).

Informantene forteller at de var bevisste på å ikke forstyrre den syke moren når stemningen i hjemmet forandret seg, for å ikke trigge eller fremprovosere ekstra belastninger. En av informantene forteller

Jeg har aldri følt skyld, men jeg har prøvd å ta litt av ansvaret.....jeg har prøvd å hjelpe slik at hun skal ha det bedre. Jeg har lært meg alle reglene slik at jeg ikke gjør noe som kan trigge henne.

Informantene ble vår på den sykes adferd og satte egne følelser til side for å fokusere på forelderens følelser og adferd. Det var tidvis triste og flau følelser hos barna når den syke forelderen eksponerte seg eller utagerte på offentlige steder, i selskaper eller blant venner. Når det skjedde tok noen av informantene voksenrollen og forklarte eller bortforklarte situasjonen overfor andre.

Mange mennesker er fylt av seg selv. Slik informantene fortalte det, virket det ikke slik blant disse jentene. En av informantene forteller at *vi tok alltid hensyn til mamma. Alltid. Vi visste jo aldri hvordan hun var*. En av de andre jentene forteller *det er et slag i magen hver gang mamma blir syk....alle vi i familien blir stresset når mamma blir syk*.

Vi ser hvordan hele familiesystemet reagerer ifølge informantene, *alle blir stresset* og det blir individuelle plager. Hver av informantene har fortalt at de opplevde fysiske reaksjoner når moren ble syk. En opplevde nervøs mage, slag i magen, stressfølelse og følelse av utmattelse og tristhet. Allikevel har deres individuelle robusthet gjort at de drar ut til venner, enkelte snakket med andre søsken, flere brukte musikk til å få gode tanker i oppveksten. Barna har resilienssegenskaper ved å finne løsninger som hjelper i vanskelige situasjoner.

Jeg føler jeg må dra hjem, får så dårlig samvittighet...men jeg gruer meg til det.
Nettopp fordi jeg er usikker, jeg vet ikke hvordan jeg skal kommunisere med henne...

Sitatet viser hvordan en av jentene satte sine egne følelser tilside. Det viser den sterke tilknytningen de har og hvordan sykdommen har makt over hva man kan kommunisere. Hvis hun ikke hadde hatt god tilknytning kunne hun latt være å reise hjem og heller prioritert ting hun hadde lyst til gjøre. Barna utvikler en sensitivitet slik at de forstår hva den syke trenger og hvordan den sykes tilstand utvikler seg. Sensitiviteten vil imidlertid i liten grad være sensitiv overfor barnas eget følelsesliv (Glistrup 2004). Også informantene gav uttrykk for at de tok mer hensyn til sin psykisk syke forelder enn seg selv.

En av jentene fortalte at hun har *grått tusenvis av tårer og fikk kroppslige reaksjoner når stemningen ble dårlig*. Liknende fortellinger ble også fortalt av de andre. De hadde imidlertid lært seg å leve med følelsen av engstelse og redsel i hele oppveksten. Engstelse og redsel var ofte nevnt i forhold til når forelderen tidvis ble dårligere. *Skal mamma reise på sykehuset igjen?* Disse følelsene var en del av oppveksten, i alt det uforutsigbare som skjedde ble de usikre. Det var vanskelig for familien å planlegge helger, høytider og ferier frem i tid. De måtte ta hensyn til den sykes behov. Det kan skape utrygg tilknytning når barna må tilpasse seg forelderens behov og egne behov kommer i annen rekke. Tilknytningsteorien bekrefter at barn som utvikler utrygg tilknytning setter sine egne følelser tilside og ofte mangler språk og forståelse for å uttrykke egne følelser (Haugsgjerd m.fl. 2010). Imidlertid manglet ikke mine informantene språk for å uttrykke egne følelser. Det kan være en sammenheng med

pårørendegrupper hvor informantene var deltakere. Kanskje kan det ha hjulpet informantene til å snakke om følelser. De fleste mennesker syntes det er vanskeligst første gang man forteller om vonde og vanskelige følelser. Det bekrefter en av informantene

Det som har vært terapi for meg er å snakke om det mange ganger, i voksen alder. Så jeg har forsøkt å snakke helt åpent om det i en del sammenhenger og settinger. Jeg har gått noen livshistoriekurs så en del av dette taper sin kraft. I begynnelsen når jeg begynte å snakke om dette så var det jo slik at jeg nesten ikke klarte å snakke. Jeg bare gråt, men etter hvert har det blir OK å snakke om.

5.3 Barna hadde andre arenaer der de har blitt sett og anerkjent

Alle informantene opplevde det positivt i oppveksten å flytte fokuset fra hjemmesituasjonen til andre arenaer som de følte de mestret. Barna følte de behersket enkelte idrettsgrener, klatring og friidrett eller å spille instrument i korps. En var med i 4H (miljø og friluftsliv) og dro på turer og leirer. En var leder i elevrådet på skolen, en aktiv i håndball og en leder i det lokale ungdomsarbeidet. Andre arenaer hvor de blir sett og anerkjent er salutogenesefaktorer som kan medvirke til godt selvbilde. Psykologisk forskning fokuserer nå på hvordan barn kan ha en sunn utvikling når barn lever i en risikogruppe. Resiliensforskning hevder at små positive tiltak kan være god beskyttelsesfaktor. Når barn blir sett og anerkjent på andre arenaer utenfor hjemmet vil det være med å bygge opp selvbildet til barnet. Dette kan gi en indirekte beskyttelse i hjemmesituasjonen, da barnet har mer å gå på hjemme (Borge 2003).

Alle informantene gav uttrykk for at de fikk positive tilbakemeldinger på sine gode samarbeidsevner og opplevde anerkjennelse ved å lede andre og være forbilder. Informantene opplevde å bli sett i sine aktiviteter, de opplevde anerkjennelse blant sine ledere og jevn gamle, det igjen styrket mestringsevnen. Sølvsberg sier *mestringserfaring fungerer som en vaksine mot påkjenninger og gir god helse* (Sølvsberg 2011:63). Mestringserfaring og anerkjennelse vil jeg anta barna opplevde positivt ved at de ikke skilte seg ut eller følte seg annerledes. Barna møttes på nøytral grunn, uten foreldre, barna var som de andre. Ved å være borte fra hjemmet var tankene i aktiviteten og praten, kanskje barna fikk tankene sine på *pause* en liten stund. Innen resiliensforskning er de nevnte egenskapene viktige beskyttelsesfaktorer for å utvikle resiliens (Borge 2003). Samtidig kan negativ feedback som familier viser ved evnen til å tilpasse seg situasjonen være med på å opprettholde situasjonen (Piltz & Gústavdóttir 1994). Imidlertid er familier alltid i forandring. Selv om denne form for

negativ feedback kan opprettholde situasjonen er det andre tilbakemeldinger som kan bidra til forandringer.

5.3.1 Barna var engasjert i fritidsaktiviteter

Familiemedlemmene i de ulike familiene fungerte sammen ved å være aktive og utadrettet. Barna besøkte venner og familie, de var engasjerte i fritidsaktiviteter og aktive på skolen. Forholdet til andre arenaer der informantene har blitt sett og vist tillit går igjen hos alle sammen. To av informantene uttrykker det slik

Jeg ble tiltrodd lederegenskaper i klubben. Vi fikk dra på lederkurs, jeg vokste litt på det og det gav meg masse. Fristedet mitt var at jeg var ute hele tiden, jeg var alltid ute å lekte, var på skøyter, spilte fotball, hoppet paradiset eller var på skolen hele dagen, spilte i korps, var med i 4H. Vi var alltid ute.

Jeg var leder i en revyforestilling med ansvaret for 150 ungdommer.....Jeg har alltid hatt gode venner og vært mye sammen med vennene mine. Jeg blir lett kjent med nye mennesker og er glad i å prate med andre.

En informant fortalte at hun var aktiv med dans og konkurrerte i klatring. Faren stilte veldig opp i forhold til aktivitetene og flere av de voksne i familien, inklusiv den syke, kom av og til, alle for å heie informanten frem når det var konkurranse. *Jeg har fått veldig positiv tilbakemelding på alle de fysiske tingene jeg har gjort og det har gitt meg selvillit.* De opplevde støtte når de var sammen med venner. Den friske faren jobbet og når utfordringene var ekstra store på hjemmebane, dro også den friske pappaen ut til ulike aktiviteter som oppussing av båt, gårdsarbeid, stell av dyr eller var sosial utenfor hjemmet med venner og arbeidskollegaer. Flere av jentene fortalte at familiens aktivitetsnivå ble høyere utenfor hjemmet når den psykisk syke var i en dårlig periode. Vi ser hvordan feedback i systemet fungerer. Når den psykisk syke forelderen er syk sender hun ut signal til de andre familiemedlemmene, som reagerer ved å øke sine aktiviteter utenfor hjemmet. Når situasjonen går tilbake til normalt vil familiemedlemmene redusere sin aktive adferd. I rollen som foreldre har den psykisk syke større makt til å påvirke fordi forholdet er asymmetrisk. Foreldre har større makt enn barna i systemet.

Familiens økonomi kan også ha betydning som beskyttelsesfaktorer i oppveksten. Da har barna mulighet til å delta på aktiviteter og arrangementer som er med på styrke resiliens

egenskapene hos barn i risikogrupper. Ved å delta i aktiviteter får barna også være i samspill med andre barn som kan styrke selvbildet (Borge 2003). Betydningen av økonomi som resiliensfaktor er blitt større ettersom fritiden er blitt mer organisert enn tidligere. Aktiviteter koster både i forhold til kontingenter og utstyr. Fafo har på vegne av Barne-og likestillingsdepartementet laget en rapport om fattigdom blant barn, ungdom og familier (Barne-og likestillingsdepartementet 2006). Forskningen viser at det er en sammenheng mellom dårlig helse og lav inntekt. Enkelte foreldre med psykiske lidelser har på grunn av sine lidelser ikke hatt mulighet til å ta utdanning eller være i jobb. Med dårlig økonomi kan barn bli isolert fra aktiviteter og sammenhenger hvor barn er i sosialt felleskap som kan skape økt selvbilde. Rapporten bekrefter ikke at mangel på penger alene skaper levekårsproblemer, men er en av flere faktorer som kan gi liten beskyttelse i oppveksten (ibid 2006). Familiene til informantene i denne undersøkelsen opplevde jeg hadde relativt god økonomi. *Pappa har en god stilling og det går greit økonomisk.* De friske foreldrene var i fulltidsjobb og alle familiene eide boligene de vokste opp i. Alle barna deltok på flere aktiviteter og reiste på helgeturer og sommerleirer.

5.3.2 Barna skaffet seg en sosial arena utenfor hjemmet

Barn som klarer å skjerme seg fra den psykisk syke forelders adferd vil klare seg best skriver Beardslee (Beardslee 2002). Innen resiliensforskning har man kommet frem til at barn som er i sosial aktivitet et annet sted enn hjemme vil ha økt resiliensutvikling (Borge 2003). Det kan være en viktig faktor som har vært av betydning for informantene i dette prosjektet. *Jeg søkte mye til mine besteforeldre og oldemor.....jeg har alltid søkt mye ut og bort. Jeg ble også invitert til venninner av foreldrene deres.* En av jentene forteller om betydningen av sine venner, *også har jeg hatt venninner som også har vært veldig bra. Fordi jeg har klart å være åpen om det til venninnene mine.* Det er en viktig resiliensfaktor å være sosial og å kunne dele vanskelige følelser og opplevelser med venner (ibid 2003).

Det er forsket på forskjeller hos gutter og jenter i resiliensforskning. Det viser seg at jenter oftere tar kontakt med andre voksne, andre søsken eller nære venner. Dette er en aktivitet som styrker resiliensutvikling. Færre gutter tar kontakt med andre voksne og venner (Borge 2003). De samme funnene rapporteres innenfor traumeforskning. Atle Dyregrov viser til forskning *med hensyn til det å oppsøke andre for å snakke om det som har hendt, er forskjellene svært klare; dette er mye mer vanlig blant jenter enn gutter* (Dyregrov 2004). Det ser vi også blant

mine informanter, jentene synes oftere å dele tanker med andre nære voksne eller venner. Det er her samsvar mellom mine funn og annen tidligere relevant forskning.

En annen av informantene forteller om hvordan hun opplevde å være i fiendebåsen hjemme, men ved å fokusere på skolen og opplevelsene der, skapte hun et annet bilde av seg selv. *Jeg var leder i elevrådet og har alltid vært en person som syntes på skolen. Jeg har alltid tatt vare på andre elever som ikke har hatt det så lett på skolen.* Hun endrer sin historie fra morens negative konstruksjon om henne, til å ha blikket festet på sine egenskaper og styrker hun opplevde og som læreren og medelever fortalte henne. Hun skapte seg sin egen personlige identitetshistorie (Lundby 2009). Å skape en utvidet fortelling om seg selv er med på mestre oppveksten. Hun har en iboende evne til å se verden på en positiv og salutogen måte. Skoledagene med faste rammer og grenser, samt det å forstå betydningen av kunnskap, er med på å gjøre dagene håndterbare og meningsfulle (Antonovsky 1991).

En undersøkelse fra Boston (Beardslee 2002) undersøkte ungdommer med ulike utfordringer. De ungdommer som utviklet resiliens var i langvarig jobb som de forstod betydningen av. Ungdommene snakket positivt og var stolte av arbeidet og arbeidsplassen. Det er faktorer som utvikler selvtillit og som fremmer resiliens. Er barna velfungerende i sosiale sammenhenger og klarer seg gjennomsnittlig på skolen, vil det styrke barnet så forelderens sykdom ikke dominerer det hele (ibid 2002).

5.3.3 Ansvar og tilbakemeldinger

Det er ikke mulig å si noe generelt om hvor mye ansvar det er bra å ha når man er barn. Selv med samme alder vil barn tåle ansvar ulikt. Ser vi på barn i forskjellige kulturer vil det være ennå større ulikheter i mengde ansvar barn kan tåle. I Norge vet vi at mange barn med psykisk syke foreldre har tatt ansvar som de ikke har forutsetning til å mestre. Det kan være destruktiv parentifisering hvis barn av psykisk syke taper en del av sin barndom fordi den psykisk syke forelder er fraværende og barna går inn i deres sted og må utføre deres oppgaver. De kan bli engstelige for foreldrene og andre søsken når de ser at foreldrene ikke klarer å ha omsorg for familien eller seg selv. Imidlertid kan enkelte barn bli selvstendige og ta ansvar for sitt liv. Det er en viktig del i resiliensutvikling (Beardslee 2002).

De kvinnelige informantene fortalte at de tok ansvar hjemme. Det var praktisk arbeid som rydding, matlaging og pass av småsøsken. Informantene fortalte også at det skjedde at de måtte bestille medisiner eller sjekke at forelderen tok det som var foreskrevet. De fleste av informantene hadde en form for parentifisering som gav de gode ferdigheter uten for mange krevende oppgaver over tid. En av informantene opplevde destruktiv parentifisering hvor hun tok foreldreansvar for seg selv og mindre søsken og fortalte at hun ble sliten og utmattet av alt hun skulle huske og ordne. Hun vasket og ryddet huset, la frem regntøy og holdt oversikt over turdager i barnehage og på skole, både for seg selv og småsøsken. Allikevel ser hun i dag at det er gode egenskaper i arbeidslivet ved at hun står på og gir av seg selv.

Resiliensforskning blant jenter viser at de som tar ansvar for oppgaver og er hjelpsomme hjemme på eget initiativ er mer resiliente (Borge 2003). Jenter blandet seg i mindre grad inn i problemene i familien ved å holde seg unna, mens guttene tok større del i foreldrenes krangler og får dermed mer kritikk for sin deltagelse eller meninger. En antagelse er foreldrenes oppfatning av at gutter tåler krangler bedre enn jenter. Funnene i resiliensundersøkelsen bekrefter at jentene i deres undersøkelse var mer resiliente enn guttene (ibid 2003).

Resiliensforskning blant jenter i krigsområder i Palestina bekrefter også at jentene var mer resiliente enn guttene (Borge 2003). Mennene var i krig og kvinnene var igjen hjemme. Jentene fikk økt ansvar, i tillegg til fortsatt skolegang, under krigen. Medansvaret hjemme skapte et samhold og kontakt medlemmene imellom. De fikk ofte ros for ansvaret de tok på seg og andre familiemedlemmer følte takknemlighet for det de gjorde. Jentene fikk bedre selvtillit og ble mer selvstendige. Det var ikke pliktene som gjorde jentene mer resiliente, men tilbakemeldinger og mestring de opplevde når de utførte oppgavene (ibid 2003). De fleste informantene i min undersøkelse bekrefter at tilbakemeldingene i oppveksten gav selvtillit og mestringsfølelse. Tre av informantene fortalte

Alle tilbakemeldingene har betydd veldig mye. Det gir meg styrke til å klare meg videre når jeg får positiv tilbakemelding.

Jeg har alltid blitt løftet opp. Det jeg har gjort har jeg fått veldig positiv tilbakemelding på. Det har gitt meg selvtillit. Tilbakemeldingene i oppveksten har vært med å styrke samholdet i familien.

Den store familien vår backer oss og får oss til å gjøre bra ting. Så det veier litt opp da og styrker, det har det gjort hele oppveksten.

Resiliensforskning fremhever betydningen av familiebaserte resiliensfaktorer, besteforeldre, tanter, onkler og andre nærstående som støtter og gir positive tibakemeldinger.

5.4 Åpenhet om familiesituasjonen

Et kjent ordtak sier *taushet er gull*. I enkelte sammenhenger kan det være riktig å ikke si hva man tenker. I min problemstilling vil jeg si det motsatte. Taushet er *ikke* en beskyttelsesfaktor for oppvekst med psykisk syke forelder. I utgangspunktet antok jeg at åpenhet om familiesituasjonen til mine informanter var ulik avhenging av hvor lenge det var siden deres barndom. En av informantene var barn for 25-30 år siden. De andre var så vidt ferdig med barndommen og hadde startet på voksenlivet. Riktignok omfatter undersøkelsen et begrenset materiale, med fire informanter, så det er vanskelig å generalisere og trekke klare konklusjoner. Det som imidlertid viser seg blant mine informanter er at åpenhet om psykisk sykdom ikke er enklere blant disse informantene i dag enn tidligere år.

5.4.1 Stor åpenhet med den friske forelder

Tre av fire informanter forteller at det bare var den fungerende forelder å snakke med om hvordan deres familiesituasjon var. Den psykisk syke moren ønsket ikke å snakke om situasjonen. Familien forøvrig trengte å snakke. Foreldrene kan ha en uoverensstemmelse seg imellom om åpenhet kontra taushet om sykdommen i familien. Det skjer en triangulering i det den friske faren etablerer et subsystem med barna. I subsystemet kan barn og far snakke sammen om det som er vanskelig uten at moren vet om det. Det kan medføre en tettere kontakt med far og samtidig kan det medføre økende avstand til mor (Hårtveit & Jensen, 2004).

En av informantene forteller at den friske forelder var en åpen kanal og, som informanten beskriver, *som avgjørende for at hun er blitt den hun er blitt i dag*. En annen sa *jeg vet ikke hva jeg skulle gjort uten ham*. Ved refleksjon om dette temaet var det mange gode følelser og takknemlighet for å ha hatt denne støtten. Alle fire opplevde det som avgjørende for å ha klart seg i oppveksten. Tre av informantene forteller

Pappa og jeg snakket åpent om alt mulig. Jeg har et bønn åpent forhold til min friske forelder. Jeg kunne i snakke om ALT med han. Det var ingen som rikka han. Pappa var bautaen, the big rock.

Forholdet til pappa er veldig, veldig bra. Han er så omsorgsfull og bryr seg så sykt mye om det vi gjør. Han viser oss at han er glad i oss ved å følge opp det vi er med på. Han snakker ikke mye om sykdommen, bare at han blir oppgitt ”nå må hun innse at hun er dårlig, ja nå må hun det. Nå orker ikke jeg mer, nå stikker jeg ut og jobber litt”.

Pappa holdt ut i ekteskapet i mange år, men så måtte han ta en beslutning om skilsmisse for enten ville vi alle gå under eller bare hun gå under. Han ville verne oss andre som var friske. Så han var ekstremt oppegående til å fortelle oss at det ikke var vår skyld. Så han klarte jo i denne perioden å løfte vekk det ansvaret fra skuldrene våre.

Samtidig forteller informantene om et ønske om at fedrene skulle snakket mer om sykdommen og hvordan de som barn opplevde situasjonen. Barna savnet samtaler om følelser og de savnet samtaler om sykdommen. De fleste av fedrene og jentene tok ansvar for alt det praktiske hjemme, samt oppfølging av skole og aktiviteter. Imidlertid var det lite åpenhet om selve sykdommen hos mine informanter. To av informantene fortalte

Aldri snakket mine foreldre om noe med sykdommen. Det var en slags taushetsplikt i forhold til at hun ikke ønsket at vi skulle vite noe, i alle fall ikke jeg. Fordi jeg var i den onde båsen.

Når mamma fikk diagnosen og begynte i terapi, da var hun syk. Da måtte vi ta hensyn til at hun var syk. Hun fikk tilrettelagt tilbud fra Nav og da var mamma åpen, men så klarte hun ikke å gjennomføre tiltakene og nå får vi ikke lov til å si at hun er syk engang. Vi kan ikke si det, hun er syk og da er alt hennes skyld hvis vi sier hun er syk.

Karen Glistrup skriver *at voksne har sviktet sine barn ved å tro at når barn ikke vet, har de ikke vondt av det* (Glistrup 2004:11). Hun hevder videre at en av begrunnelsene for at barn ikke får vite er foreldres redsel for å møte barnas smerte. Samtidig blir det en beskyttelse for de voksne istedenfor beskyttelse for barnet. Magne Raundalens mange samtaler med barn om selvmord og psykisk sykdom bekrefter viktigheten av åpenhet i familien.

Det vi sier til barna må være sant(...). En sentral begrunnelse er den negative virkningen av hemmeligheter i familien. Med slike hemmeligheter i familien blir mange hendelser og reaksjoner uforståelige for barna (Moen 2009:91).

Informantene fortalte hvordan de selv bestrebet seg på å forstå den syke foreldereren. Selv har de tatt et oppgjør med åpenhet i forhold til sin partner. En av dem sier

Åpenhet er veldig viktig. Åpenhet med ektefelle og barn. Med en gang foreldre skjuler noe merker barn det på stemningen.

5.4.2 Åpenhet og kunnskap

Selv i storfamilien, hvor mange av besteforeldre, tanter og onkler visste om mange av utfordringene, var det lite forståelse eller samtaler om sykdommen og barnas situasjon. Tre av informantene hadde ingen kunnskap om hva som var galt med deres mor før de var nærmere 15 år. Sykdommen tok større plass i familien og barna lurte på hva de kunne gjort annerledes, eller om det var noe de hadde gjort som fremprovoserte situasjoner. En av informantene forteller

Mammas adferd forandret seg... jeg trodde det var jeg som var blitt gal fordi mobbingen eskalerte... de få gangene det var alkohol med i bildet ble hun enda verre, enda mer grusom i språket...

En av de andre jentene prøver å huske tilbake

Mamma ble tvangsinnlagt da jeg var 10 år... jeg husker ingenting av det, bare jakken hun hadde på seg... Vi fikk lov å besøke henne etter en måned, men det var ingen som sa noe til meg eller fortalte meg noe.

En av informantene forteller om sin opplevelse av storfamilien

De vet at mamma er manisk depressiv, men de backer ut når jeg en gang spurte om de kunne snakke med mamma. Det er det ingen som gjør, når mamma er syk holder alle i storfamilien seg unna. Ingen tar kontakt med oss barna hvis mamma er syk.

Dette støttes også av historier som er samlet på Morild.com, en nettside som er laget for barn med psykisk syke foreldre, ansvarlig er ABUP, Sørlandet sykehus. Det er mange historier fra barn og voksne som ikke har hatt noen å snakke med i oppveksten. Psykiater William Beardslee har undersøkt ved forsknings- og forebyggingsprosjekter hvilke faktorer som er betydningsfulle og styrker barn av psykisk syke (Beardslee 2002). Beardslee fant ut at barns kunnskap om psykisk sykdom kan påvirke relasjonene mellom foreldre og barn. Barna kan bli tryggere når de blir fortalt at det ikke er deres skyld. Når barna opplever at de får kunnskap kan de lære nye ord og begreper. Når barna har ord som beskriver situasjonen kan det gjøre det lettere å snakke om fenomenet til venner eller andre nære voksne. Åpenhet og kunnskap

kan hjelpe barn til å gruble mindre, som igjen gir mulighet for å fokusere på andre ting (ibid 2002).

Flere av søsknene søkte trøst i hverandre. En av informantene forteller at hun snakker *masse* med søsteren sin.. En annen forteller at søsknene har veldig god kontakt. Søsknene diskuterte seg imellom utfordringene som oppstod. Noen ulikheter var det i familiene hvor den psykisk syke delte barna i det barna kaller den gode båsen eller fiendebåsen. Barna i den gode båsen hadde sterkt samhold og god støtte i hverandre. En av informantene forteller

Jeg stengte bare av når hun var dårlig. Det var søsteren min som begynte å snakke om det først. Hun sa ”Hvorfor er mamma dårlig?”. Hun snakket høyt om det i huset. Det var vi ikke vant til. Mamma var syk og da var hun det. Det var dumt. Og søsteren min ville vite hvorfor. Kan ikke mamma bare stå opp? Og da begynte jeg også å kjenne mer og mer på det og det gikk veldig innpå meg. Jeg lurte også på hvorfor hun bare lå der... Mamma var innlagt når jeg var liten, men vi har ikke fått noen å snakke med eller noe informasjon. Mamma var innlagt en gang til også, men det husker jeg ikke noe av. For hun var ikke der lenge, bare noen dager. For hun var veldig slik, her skal ikke jeg være, det er ikke noe galt med meg. Og da kan ikke de gjøre noe heller.

Vi ser hvordan søstrene begynner å snakke sammen, de prøvde å finne en mening med at moren *bare lå der*. De gir respons til systemet ved å begynne å snakke høyt om problemet. De var blitt eldre og så kanskje til andre familiesystemer om hvordan det var der. Moren har makt til å styre samtalene om fenomenet ved å ikke ville snakke om sykdommen eller om barnas opplevelse av sykdommen. Det er lite barnet i familien kan gjøre for å forandre familiens sosiale situasjon når forelderen ikke vil. Det positive er at søsknene seg imellom, i sitt subsystem, støtter hverandre ved å snakke sammen om det de opplever med sin psykisk syke mor og familien sin. Søsknenes samtaler influerer på hverandres erfaringer og opplevelser (Beardslee 2002). Det kan skape feil konklusjoner og fantasier som ikke stemmer med virkeligheten.

En av informantene fortalte at de var åpne med at moren brukte medisiner fordi hun manglet et stoff i hjernen. Hun fortalte at hun var lei seg og snakket litt med en tante om hvordan hun hadde det. Når moren oppdaget det *ble hun helt sånn, du kan ikke snakke om meg og min sykdom! Det er privat! Så følte jeg at hun satte opp et gjerde i mellom oss.*

Det kan være moren devaluerer de andre i familien fordi hun ikke tror de forstår hennes situasjon. Samtidig ser vi hvordan barnet kjenner etter hvordan hun selv reagerer og hvordan

følelsene kommer etter hendelsen. Utifra en systemteoretisk forståelse kan det være morens forestilling at de andre i familiesystemet ikke forstår hennes problem. Det kan også være at barna med sin selvstendighet, ansvarsfølelser og færre krav, underbygger forelderens antagelse om at barna klarer seg greit (Glistrup 2004).

Åpenhet om psykiske lidelser i familien vil hjelpe barna til å ta vare på seg selv (Beardsless 2002). Det er viktig for barna å forstå at det er sykdommen som er årsaken til foreldrenes tilstand og at det påvirker alle i familien. Felles betydning og støtte for barn innen katastrofeforskning og forskning på psykisk lidelser er å plassere skyld og årsak. Når fagpersoner er tause i forhold til informasjon og kunnskap til familien vil det være en faktor som smitter over på familien. Barn som ikke lærer å snakke om foreldrenes sykdom vil distansere seg fra det de opplever som vanskelig. Hvis foreldre har utsatt samtalene om psykiske lidelser til barna blir eldre kan det være svært krevende fordi barna har stengt av kanalen. Det krever da mye kunnskap fra foreldrene å snakke om det tabubelagte eller unevnelige (Melvik & Trymbo 2003).

Det kreves mot å snakke med venner og familie om sin oppvekst med psykisk syk forelder. Det gir samtidig en mulighet til å fortelle en ny historie om sitt liv. 112 deltakere i Prosjekt Andungen, en samtalegruppe for voksne barn av psykisk syke, bekreftet at åpenhet om sin barndom var av stor betydning. Det var kun seks deltakere som mente at åpenhet ikke hadde vært til hjelp (Sølvberg 2011:171).

Trondheim kommune har startet et prosjekt for å styrke oppveksten til barn med foreldre med psykiske lidelser. Det er en gruppe med barn som gjør ulike aktiviteter en fast dag i uken. Formålet var at barn fikk voksne å samtale med om psykisk sykdom, ansvar og skyld. Gruppen hjalp barna til å erfare at det er flere i liknende situasjon og resultatet var ofte åpenhet, nye sosiale relasjoner og økt mestringsfølelse (Barne- og likestillingsdepartementet 2006).

5.5 Betydningen av andre nære voksne

Det er viktig å ha en trygg voksen man kan snakke med som forstår deres reaksjoner, viser interesse, støtte og innlevelse. En som barnet kan åpne seg for og snakke ut om egne følelser med. Alice Miller kaller en de kan snakke med *et deltakende vitne* (Miller 1992). Dette synes

også å være noe den syke forelderen er opptatt av. Melvik og Trymbo refererer til en australsk undersøkelse som bekrefter dette. Når de psykisk syke blir spurt i undersøkelsen om hva de tror er barnas behov når foreldrene legges inn på sykehus, vektlegger den syke at barna trenger en voksen å stole på slik at barna kan fortelle om vanskelige følelser (Melvik & Trymbo 2003).

Gjennom intervjuene har jeg fått demonstrert betydningen av andre trygge voksne. Ser vi til katastrofeforskning finnes det likhetstrekk ved å ha trygge voksne rundt seg for å mestre livets utfordringer. Alle informantene hadde en forelder som var frisk, i fast arbeid og bodde sammen med familien, samt var ansvarlig for å holde familien samlet. Alle informantene forteller om hvor viktige disse foreldrene har vært. De har vært *containere* for barna sine og møtt barna med forståelse og tillit. I boken til Grete Lillian Moen skriver hun om hennes egen opplevelse av sin friske far (Moen 2009). Hvordan hennes dagbok fra ungdomstiden beskrev faren som *fantastisk, tålmodig, snill og god*. Hun ønsket å huske faren med disse egenskapene. *At han var klippen og det faste holdepunktet når moren var syk* (ibid 2009:93). Videre i boken skriver hun hvordan hun opplevde at faren var mer opptatt av moren enn barna til tider. Det er en hvilepute for samfunnet hvis de antar at den friske forelderen skal klare alle oppgavene det innebærer å ha familie. Den friske forelderen skal oppdra barn, ta seg av den syke, jobbe og ha ansvaret for daglige gjøremål. En av informantene fortalte

Jeg tror uansett om du har en oppegående forelder så vil den ha nok med seg selv i perioder. Det er mye å takle selv. Det er ikke mulig å ha nok kapasitet til å ta seg av barn, beholde jobben, betale regninger, takle egne følelser i forhold til skyld og skam.

Det er også det Karen Glistrup skriver

Jeg har likevel et inntrykk av at vi lett til en viss grad vil idealisere den friske voksnes evner og kapasiteter. Hvor realistisk er det at den ”friske forelderen”, når ektefellen under en depresjon har forsøkt selvmord, på egenhånd vil være i stand til å ivareta barnas tarv på en fullgod måte og kunne støtte dem i arbeidet med å bearbeide det som har skjedd (Glistrup 2004:37).

Helge Sølvsberg skriver om nøkler til god helse (Sølvsberg 2011). Han bekrefter et av temaene som kom frem gjennom mine intervjuer. Hvis barn får trygghet gjennom andre tilknytningspersoner eller et støttende familiemiljø, vil det ha avgjørende betydning. Det vil hjelpe barnet til å mestre de utfordringer livet gir. Familier som lar andre mennesker være

med å hjelpe dem slik at familien ikke blir isolert er også med å beskytte barna. Tre av informantene forteller

Jeg har søkt til mine besteforeldre og oldemor. Jeg har unge besteforeldre, mamma fikk meg da hun var 18 år. Hos oldemor bakte vi og gjorde koselig ting. Hun bodde rett over veien så jeg gikk dit hver dag. Jeg lærte å lese av henne og hvordan verden fungerte. Bestemor var den som kjørte oss til barnehage og skole. Jeg var mye hos besteforeldrene mine og jeg spiste alltid middag og gjorde leksene mine der.

Oldefaren min ventet alltid på meg i kjøkkenet kl.7.30 med kaffe. Han var min beste venn. Han var litt reservepappa på mange måter. I et av husene på gården bodde mormor og hennes søster og i et annet bodde onkel og tanten min. Det var stort sett åpen dør til alle sammen. Vi ungene kunne i alle fall fly til hvem vi ville. Pappa hadde masse støtte av sine besteforeldre og som passet oss mye. Så vi hadde alltid noen som vi kunne gå til om ikke han var hjemme. De tok oss med til barnehage, de stilte veldig opp. Vi hadde et nettverk rundt oss. Men de var gammeldagse i mange ting. De var ikke åpne til å snakke med pappa om hans situasjon og hans problemer. Nei, man gikk videre i livet og bet tenna sammen. Man jobba på. Det var ikke noe å sitte og grine for, vi fortsetter. Slik var det med mange ting...

Onkelen min var i sin ungdom når jeg var liten og han var en helt. Vi fikk lov til å komme inn til han og kompisene å være sammen med dem. Han har alltid vært et idol som jeg har sett opp til.

Historiene her viser hvordan informantene har opplevd betydningen av å ha mange familiemedlemmer rundt seg som de har skapt mange opplevelser sammen med. Her viser deres livsverden hvordan deres hverdagsliv har fungert. Familiemedlemmene har hatt begrenset kontakt om følelser og det å ha bli sett er av stor betydning for å skape trygg tilknytning. Vi ser hvordan familiesystemet knytter seg opp mot andre systemer i slekten og informantenes historier om andre nære voksne som har sett de. To av informantene forteller

Vi er en veldig sammensveiset gjeng, familien er ganske stor. Jeg har virkelig et godt forhold til dem, vi har vært veldig mye sammen, særlig i ferier og på hytteturer. Vært på søndagsmiddager sammen. Vi har virkelig hatt felleskap hvor alle bryr seg om hverandre. Jeg føler at jeg hører til i en storfamilie hvor alle bryr seg. Vi gjør masse hyggelig ting med fettere og kusiner. Storfamilien støtter oss veldig når mamma er frisk, da blir hun applaudert frem. Da stormer alle til og da har vi det koselig.

Familien har veldig stor betydning. Men jeg merker mer og mer at det er den yngre del av familien, fettere og kusiner jeg knytter meg mer til. Jeg er utrolig glad i mormor og farmor, det er kjempekoselig å være sammen. Vi har alltid hatt mange og store familiesamlinger og gode tradisjoner, faste ting. Mormor kunne jeg også fortelle mye til, for eksempel hvis jeg fikk en bra tilbakemelding på en prøve, det synes hun var

kjempebra. Med storfamilien forteller vi morsomme historier og gjør noe gøy sammen.

Vi ser her betydningen av familiebaserte resiliensfaktorer rundt barna. Mange andre er ikke like heldige. Det er da ekstra viktig at samfunnet bistår både den friske forelder og barna.

5.6 Kontakt med hjelpeapparat og fagpersoner

Jeg var i utgangspunktet nysgjerrig på hva slags støtte barn av psykisk syke får fra fagfolk i hjelpeapparatet. Jeg antok at barna blir fulgt opp med samtaler og tiltak som kan være nødvendige. Felles for alle informantene var imidlertid at de ikke opplevde å bli fulgt opp av hjelpeapparatet. I 2005 utarbeidet Regionsenter for barn og unges psykiske helse en landsomfattende rapport om tiltak for barn med psykisk syke foreldre. Rapporten bekrefter at på tross av at det finnes mange ulike undersøkelser og forskningsprosjekter om dette tema, er hjelpen til barn med foreldre med psykiske lidelser på langt nær tilfredsstillende her i landet. (Aamodt & Aamodt 2005). Rapporten bekrefter at det er tilfeldig og uforutsigbar hjelp. Det er få innarbeidede rutiner for å gi et tilfredsstillende tilbud. Rapporten sier

Det er et stort misforhold mellom den kunnskap en har om betydningen av foreldres psykiske sykdom, og det manglende ansvar hjelpeapparatet viser for pasientens barn. Rutiner og praksis avspeiler en individorientering framfor en familieorientering. Hovedinntrykket er at hjelpen heller virker tilfeldig, uforutsigbar og fragmentarisk (ibid 2005:3).

Dette bekrefter også psykolog Helge A. Sølvberg i åpningen av sin bok

Det ville være løgn å si at man ikke har visst at psykiske lidelser hos et familiemedlem representerer en stor påkjenning for de nærmeste....Det innebærer at barna, når de blir voksne, kan slite med følelsesmessige knuter, skapt gjennom vonde minner (Sølvberg 2011:18).

Han skriver videre i sin bok at selv om fagspesialistene har kunnskap om barnas utfordringer er det startet *få* forebyggende tiltak.

5.6.1 Hjelpeapparatet ser barnet i pasienten, men ikke pasientenes barn

Da jeg spurte informantene om de hadde hatt noen støtte fra helsesøster, lærere eller andre i hjelpeapparatet var det påfallende at ingen av informantene hadde opplevd å bli sett av disse i forhold til hjemmesituasjonen. En av informantene svarer

Nei, aldri, ikke en eneste gang. Når hun var innlagt på psykiatrisk sykehus og vi gikk der for å besøke henne, møtte vi på hennes avdeling. Der var det skvett-gærne folk som var innlagt. De skrek og hylte og kunne plutselig storme ut i korridoren og si galskap til meg. Jeg opplevde så mye forferdelig ekkelt der som har skapt enormt mye frykt. Jeg tenker at skal man sende barn på et mentalsykehus for å besøke foreldrene sine, så må de ha et besøksrom vekk fra andre innlagte så man slipper å forholde seg til så ekstremt mye annet og andre gale. De skremte vannet av meg.

Barnets fortvilelse er tydelig i møte med institusjonen og deres følelse av vonde episoder, frykt og redsel. Barna holder tilbake sine egne følelser og er isolert ved og ikke ha noen å dele virkeligheten med. Tilknytningen til sin syke mor gjør at barnet går flere ganger på besøk selv om de sliter med vonde følelser. Det kan også være en forventning fra den syke som gjør at barnet setter sine egne behov til side slik at de kan dekke den sykes behov. Vi kan tolke det som at moren i sin avmakt har makt slik at barnet presser seg til å komme på besøk.

Under samtalen om kontakten med hjelpeapparatet svarer to av informantene

Hun har også fått tilbud fra fastlegen sin. Han har sagt til pappa at han har gjort det han kan og nå er det opp til mamma om hun tar imot tilbudet kommunen har. Men hun vil jo ikke ringe eller sende brev å si at hun trenger. Kanskje er det derfor vi ikke har truffet noen eller snakket med noen i helseapparatet?

Hun har gått til en psykolog på et psykiatrisk sykehus hver uke i 6-7 år. Hun har ikke villet fortelle noe om det, det har blitt avskilt. Hele terapien og det hun har vært igjennom. Jeg blir litt sånn kritisk når jeg og vi ikke blir en del av det. For det påvirker jo hele vår familie. Vi har aldri vært i kontakt med lege eller andre fagpersoner. Jeg er litt skeptisk, stoler ikke på systemet, i alle fall ikke når det gjelder mammas diagnose. Men det har vel vært en historie på det at systemet alltid har sett til pasienten og ikke at det er et samspill.

Det er viktig at barn får vite hva slags sykdom foreldrene har. Hvem som hjelper forelderen og hvem som snakker med barna om spørsmål som er flau, såre eller tabubelagte. Ved mødrenes avmakt i forhold til sykdommen, kan mødre eller sykdommen få makt til å bestemme hva som kan fortelles og snakkes om. Dette kommer til uttrykk via den ene informanten

For et par år siden prøvde mamma å ta livet sitt, fordi hun var nede i en dal igjen. Da fikk vi et hastemøte på sykehuset. Et møte hvor alle i familien satt der, men hun satt der jo også! Da...eh, da, var det egentlig for seint, da var hun jo, vi viste at hun var syk, men vi fikk jo ikke sagt noe på den halvtimen vi var der. Når mamma satt ved siden av oss og gråt. Hvis vi prøvde å si noe, følte hun alltid at det var hennes skyld. Det vi fikk vite der var at det ikke var noe vits i å ha flere møter fordi hun ikke hadde godt av at vi la skylda på henne. Selv om det ikke var henne, men sykdommen.

Familieterapeutene Karl Gustaf Piltz og Kristin Gústavsdóttir ved Institutt for Familjeterapi i Gøteborg skriver at *det er tallrike* familier som opplever seg oversett av institusjonen hvor familiemedlemmet er innlagt (Piltz & Gústavsdóttir 1994:27). Samtidig som det er mange familier som har gode erfaringer med fagpersoner ved institusjoner, er det mange familier som ikke har fått den hjelp de har hatt behov for. Pårørende til den syke føler at de ikke er velkommen, ikke lyttet til eller fått forståelse for sin situasjon (Glistrup 2004), (Piltz & Gústavsdóttir 1994). Det har også vært lite veiledning fra institusjonen om hvordan familiemedlemmene skal forholde seg til den syke når forelderen er innlagt i psykiatrien. Det kan virke som om de profesjonelle hjelperne og foreldre har en forståelse av at *barn skal få lov til å være barn* og ikke behøver å trekkes inn i samtaler om sykdom og behandling (Glistrup 2004:27). Imidlertid vil barn av psykisk syke møte ulike smertefulle og vanskelige følelser og trenger voksne å dele opplevelsene med (Beardslee 2002). Familier som erfarer at de ikke får veiledning eller informasjon kan oppleve å føle seg usynlig samtidig som den psykisk syke forelderen får sterkt fokus når hun er på institusjon.

William Beardslees funn etter et forskningsprosjekt om depressive foreldre bekrefter at det er stor betydning for barn å ha *kunnskap om sykdommen*. (Beardless 2002:31). Og videre at barna blir fortalt at det er sykdommen som er årsaken til forelderens tilstand og handling. Det kan hjelpe barna til å føle mindre skyld. Enkelte organisasjoner og institusjoner har barnegrupper og tilbud til pårørende. Men ikke faste rutiner for alle barn som er pårørende av psykisk syke (Moen 2009).

5.6.2 Hjelpeapparatet – fagfolk i skolen

Store deler av dagen er barn i barnehage eller i skole. De er i felleskap med andre barn og voksne. Lærere og barnehagepersonalet har den daglige kontakten og skal tilpasse kunnskap og kompetanse til barnas evner og ressurser. Det finnes retningslinjer, lovverk, rapporter og

skriv om hva som er hjelpeapparatets plikt ved oppfølging av barn. I Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova) av 17. juli 1998 nr 61 står det *læreren skal hjelpe eleven til å mestre livets påkjenninger og gi den enkelte kraft til å ta hånd om sitt eget liv* (Opplæringslova 1998).

De fleste av informantene opplevde skolen som et positivt sted å være. Det var et sted de kunne koble av fra problemene hjemme og samtidig være en del av felleskap. Der ble de sett ved de evnene de mestret. Økt mestringsfølelse og selvstendighet styrker resilienssegenskaper. En av informantene forteller

Jeg er veldig glad i å gå på skolen, det synes jeg er kjempeåltreit. Jeg har alltid fått tilbakemeldinger på at jeg er ansvarsfull og pliktoppfyllende...det er positiv motivasjon til å forsette. Det gir styrke til å komme seg videre...på en annen arena. Alle de tilbakemeldingene har betydd veldig mye.

Ingen av informantene hadde imidlertid opplevd noen form for åpenhet eller innsikt om deres familiesituasjon av lærere eller helsesøster. Barna ble møtt på ulikt hvis, men ingen opplevde at deres hjemmesituasjon ble *oppdaget*. En informant forteller

Bestemor var med på konferansetimer noen ganger, pappa var med noen ganger ellers gikk jeg alene.....jeg var med broren min på konferansetimer i mamma's sted, mye fordi hun ikke orket og pappa var passiv. Så da har jeg vært med da og da var det sånn.

Sett i ettertid virker det underlig at personell på skolen ikke var mer oppmerksomme på hjemmesituasjonen. Imidlertid kan det for lærerne være vanskelig å få avdekket hjemmesituasjonen både på grunn av kompetanse og barnas lojalitet ovenfor foreldrene. Som barna sa, *vi visste jo ikke om noe annet!* En av informantene forteller at hun ikke var sikker på om hun ønsket at lærerne skulle vite noe da hun var barn, *men nå i ettertid er jeg hundre prosent sikker på at det hadde vært bra*. Samtidig kan enkelte barn av psykisk syke foreldre oppleve at det kan være et gode å være en vanlig elev.

I perioder når livet var vanskelig trengte en av informantene oftere å gå på do på skolen, men ble nektet av læreren som bad om legeerklæring for dette. Hun forteller at hun besøkte sin syke mor og hennes nye mann

Lærerne skulle bare vist, det var så mye greier...Hadde lærerne og andre visst hva jeg opplevde som tenåring av galskap med en schizofren dame og gal mann. Der satt jeg og røyka og fikk servert alkohol sammen med dem i en alder av 12-13 år.

Denne informanten har til tross for utfordringer i oppveksten utviklet et fungerende voksenliv, med resilienssegenskaper fra skolesituasjonen som tanker om fremtiden og planlegging av utdanning. Mange andre er dessverre ikke i den posisjonen. Trygge voksne er en av de viktigste beskyttelsesfaktorer for barn av psykisk syke (Sølvberg 2011). Dette presiseres også i Stortingsproposisjon nr. 63

Primærforebyggende arbeid er først og fremst et kommunalt ansvar, og må derfor vies stor oppmerksomhet i de kommunale planene. I det forebyggende arbeidet er det viktig at bl.a. skolene ved sitt personale og støttende helsetjenester evner å se utviklingstrekk hos elevene som kan føre til psykisk lidelse, og så ta initiativ til at de blir satt i gang tiltak som kan forebygge en slik utvikling (...) Et viktig ledd i dette arbeidet er å ivareta behovene hos barn av foreldre med psykiske lidelser (St. prp. nr. 63, kap.1:12)

En ytterligere presisering finner vi i opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2008)

Skole og barnehage har en sentral rolle i forebygging av psykiske lidelser. Gjennom kompetanseheving skal lærere bli bedre i stand til å oppdage og takle mobbing, ensomhet og andre psykososiale belastninger hos elevene. At skolen ved sitt personale, pedagogisk psykologisk tjeneste og helsetjeneste evner å se uheldige utviklingstrekk hos elevene og så ta initiativ til at det blir satt i verk tiltak, kan forbygge en uheldig utvikling (Sosial- og helsedepartementet 1999:14).

Lærere og barnehagepersonalet kan være den signifikante andre, altså en tilgjengelig person som gir støtte og omsorg og er god rollemodell (Levin & Trost 1996).

5.6.3 Endring i lovverk og behandlingstilbud

Fra 1. januar 2010 trådte nye loveendringer i kraft. Det er endringen helsepersonelloven § 10 og spesialisthelsetjenesteloven m.m. § 3-7. Endringene ble gjort for å styrke situasjonen for barna til psykisk syke og foreldre med annen alvorlig sykdom når foreldrene er alvorlig syke. Hensikten med endringen er at barn er sårbare og blir påvirket av foreldrenes helsetilstand. Helsepersonalet som behandler den psykisk syke skal undersøke om pasienten har barn og om barna vil være utsatt for ekstra påkjenninger når forelder er syk. En metafor som kan brukes

ved helsepersonellens undersøkelse av pasienter kan være å forfatte en biografi om pasienten. En forfatter kontakter først og fremst hovedpersonen, men også andre nære mennesker som er viktige for henne for å få beskrivelser og kunnskap om hovedpersonen i boken (Piltz & Gústavsdóttir 1994). Det opplever jeg er noe Helsedirektoratet søker med sitt rundskriv *Barn som pårørende* for å ivareta hele familien. Der står det

For å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn har som pårørende. Helsepersonell skal bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og foreldre. Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester (Helsedirektoratet 2010).

Oppfølging av helsepersonell har vært et savn for informantene i min undersøkelse. Lovendringen kan bidra til en tettere oppfølging og økt forståelse for familiens situasjon. Samtidig kan lovendringen om å styrke barna også medføre at barna vil føle seg synlige i hjelpeapparatet (Mevik & Trymbo 2003). Tidligere helseminister Sylvia Brustad fortalte til Aftenposten 29. juni 2008 *Barn som har psykisk syke foreldre eller foreldre som ruser seg, er en betydelig forsømt gruppe*. Det er viktig at myndighetene nå tar barna mer på alvor. Mine informanter var myndige da endringen til helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft og har ikke opplevd å møte helseinstitusjoner med barneansvarlig personell.

I Norge nedlegges de store institusjonene innen psykisk helsevern. Det medfører at det blir kortere behandlingstilbud og færre innleggelses av pasienter. Det igjen betyr at det blir flere mennesker med psykiske lidelser som er mer hjemme hos sine pårørende. Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har i sin rapport fra 2012 hevdet at de pårørende vil få et betydelig større ansvar for oppfølging av sine psykisk syke familiemedlemmer (Nasjonal Strategigruppe II, Arbeidsgruppe 1 2012). Rapporten kan forstås slik at psykisk helsevern går fra en modernistisk forståelsesramme til en postmoderne forståelsesramme hvor de nå hevder at pårørende kan gi verdifull erfaringskunnskap til helsevesenet, *kan anses som rådgivere og er en viktig del av løsningen* (ibid 2012:23). Det er en systemisk forståelse som den tverrfaglige strategigruppen fokuserer på og hvor de likestiller erfaringskompetanse og kunnskapskompetanse (ibid 2012:19).

Denne oppgaven omhandler hvordan barn av psykisk syke får et fungerende voksenliv, så en kommentering av Strategigruppe IIs rapport er litt på siden av temaet. Jeg vil imidlertid hevde at det er flere sider som må vurderes ved slike omfattende tiltak. Hvordan vil det være for barn å få enda mer ansvar for en psykisk syk forelder hjemme? Hvordan blir barnas pårørendesituasjon ivaretatt? Barn er sårbare og lojale. Når psykisk syke foreldre skal være mer hjemme i sitt vanlige miljø vil familien trenge mer støtte til å stå i situasjonen. Magne Raundalen sier ofte i sine samtaler med barn av psykisk syke foreldre at *ingen tankesykdommer kan få hjelp av barn. De må få hjelp av lege eller psykolog som har gått på mange skoler og lært om tankesykdommer (Raundalen 2000).*

Det kreves klokskap og høy grad av innlevelsessevne fra helsepersonell og spesialisthelsetjenesten slik at ikke dette blir en merbelastning for pårørende. For flere barn kan det oppleves som en lettelse når den syke foreldre legges inn, da de kan få en pause fra en krevende hjemmesituasjon. Rapporten fra nasjonal strategigruppe er så fersk at det ikke har kommet evalueringsrapporter eller andre tilbakemeldinger.

6 Konklusjon og avslutning

Formålet med masteroppgaven var å oppnå en større forståelse av hva som har vært viktig i informantenes oppvekst for å utvikle et fungerende voksenliv. Oppgaven inneholder ikke en rød tråd, men forhåpentligvis et rødt bånd. Et rødt bånd består av mange røde tråder. Slik er det også for barn som i utgangspunktet er i en risikogruppe. Det er flere faktorer som har betydning for om barna utvikler seg for å bli resiliente. Det er ulike prosesser som er med på å utvikle et fungerende voksenliv.

Noen undrer seg på om det er viktig å interessere seg for barn som i utgangspunktet sannsynligvis er friske. Vi ser at internasjonal forskning har endret fokus fra risikoforskning til også å fokusere på sunn utvikling (Borge 2003). Vi vet fra tidligere teori og forskning, som min oppgave kan bekrefte, at foreldrenes helsetilstand kan påvirke barna. Barna er ekstra sårbare når foreldre er syke.

6.1 Hvilke egenskaper var betydningsfulle for å takle utfordringene i oppveksten?

Det er samsvar mellom mine funn og tidligere forskning om hva som er beskyttelse for barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Det er betydningsfulle likhetstrekk i informantenes historier om deres evner til å være sosiale, ha gode venner og ha et høyt aktivitetsnivå utenfor hjemmet. Dette viser at de er mennesker med tro på seg selv. Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre lever også under risikoforhold over tid og det er derfor viktig å ha evnen til å opprettholde så normal adferd som mulig. Barnas evne til å sette seg inn i situasjonen til den psykisk syke og regulere, men ikke svekke, sine egne følelser, er en beskyttelsesfaktor. En viktig evne som er med på å beskytte barna er å kunne bevare kjærligheten til sin syke forelder uten at det går på bekostning av sin egen selvstendighet. De ulike resiliensfaktorer er med på å skape beskyttende prosesser for å utvikle et fungerende voksenliv. Det er individuelle ulikheter i betydningen av de overnevnte egenskaper, men det er likhetstrekk for flertallet av informantene.

6.2 Er det andre nære omsorgspersoner som har ivaretatt barnas behov?

Betydningen av den friske voksne og andre nære slektninger er om mulig den viktigste beskyttelsesfaktoren i oppveksten. Barna må kunne dele de fleste av sine følelser og reflektere

over sine opplevelser med andre voksne. Alle informantene har hatt stor slekt med besteforeldre som har vært av stor betydning. De har vært med på å skape gylne øyeblikk og trygghet i en krevende oppvekst. Selv om informantene ikke delte så mye med besteforeldre om forelderens lidelser, så har to av informantene fått mye støtte og hjelp i praktiske oppgaver. De har vært med på å skape fortutsigbare dager og rutiner. Betydningen av trygg tilknytning er en vesentlig faktor og barnas evne til å regulere egne følelser og adferd påvirker tilpassningsprosessen. Informantene var tydelige på sin tilknytning til den friske av foreldrene. Uttalelsen fra en av informantene kunne vært sagt av alle fire, *uten min friske pappa vet jeg ikke hvordan det skulle ha gått.*

Imidlertid var noen av informantene klare på savnet ved å ha en mor som var psykisk syk som de opplevde å ha mistet, men som ikke var borte. Barna har vært veldig opptatt av den syke forelderens behov og gjort det de kan for å prøve å hjelpe den syke til bedre dager. Det har vært et savn å måtte holde tilbake behovet for åpenhet og samtaler om vanskelige opplevelser. Allikevel har informantene vært tydelige på hvordan de selv ønsker å ha det i sitt voksenliv i forhold til åpenhet.

Informantene mine har savnet kunnskap og åpenhet om sykdommen slik at de kunne forstått mer av situasjonen i hjemmet. Dette samsvarer med en rekke andre funn (Dyregrov 2000, Beardslee 2002, Melvik & Trymbo 2003, Glistrup 2004). Det er viktig for barna å forstå at det er sykdommen som er årsaken til foreldrenes tilstand og at det påvirker alle i familien. Når barn opplever at de får kunnskap kan de lære nye ord og begreper. Når barn har ord som beskriver situasjonen kan det gjøre det lettere å snakke om fenomenet til venner eller andre nære voksne (Beardslee 2002).

6.3 Hvordan har barnet opplevd kontakten med hjelpeapparatet?

Felles for de fire informantene var at de opplevde seg lite sett av hjelpeapparatet og savnet kontakt med en fagperson som ser hele familien. To av informantene som fikk lov til å besøke sin syke forelder på institusjon opplevde i deres øyne ikke en profesjonell mottakelse av hjelpeapparatet som har sett deres behov. De to andre informantene har ikke vært på besøk når forelderen var innlagt. Ingen av barna har snakket om sine erfaringer fra barndommen med fagpersoner, før de som voksne kom i kontakt med Landsforeningen for pårørende for psykisk syke (LPP).

Med de nye lovendringene i spesialisthelsetjenesten og helsepersonelloven håper jeg fagpersoner får lagt til rette tid og kunnskap slik at hverdagen kan bli bedre for barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Barna er pårørende og helsepersonale skal gi barna støtte og informasjon om den syke og samtidig synliggjøre de pårørende (Nasjonal strategigruppe II 2012). Til nå hevder ulike undersøkelser at det er tilfeldig hvem som får god oppfølging (Aamodt & Aamodt 2005, Sølvsberg 2011). Med lovendringen er det nye rutiner som kan komme alle barn til gode som har foreldre under behandling innen psykisk helsevern. Det igjen kan bli til hjelp for barna som lever tett på sin syke forelder.

6.4 utfordringer i prosessen

Ved denne kvalitative undersøkelse er jeg ydmyk i forhold til at det er et begrenset antall informanter og at ikke alle faktorer og fenomener som kommer frem kan generaliseres til liknende situasjoner. Et spørsmål er om informantene har vært frie nok til å kunne fortelle det de ønsker i forhold til deres lojalitet overfor sin syke forelder. Imidlertid opplevde jeg informantene verbale og at de gav mye av seg selv. Samtalene med informantene var sterke, emosjonelle og deres historier var rørende. Jeg fikk en høytidsfølelse ved måten de fortalte om den psykisk syke forelder, historiene nådde inn til mitt hjerte. Jeg opplevde sterkt deres ønske om at deres barndomsminner om den syke ikke skulle bli oppfattet negativt eller at det skulle bli oppfattet som kritikk eller sladring. De ønsket å få frem det som var utfordrende og hva som hadde gitt de gode minner. Informantene klarte å se at den syke forelder var mer en sin diagnose. Undersøkelsen har vært utvidende for meg ved at jeg tilegner meg kjennskap til erfaringer informantene har delt med meg.

Det har vært utfordrende å velge ut sitater fra transkripsjonene. Da jeg ønsket å få tydelig frem informantenes stemme. Jeg håper at informantene vil gjenkjenne det de opplever som mest betydningsfullt. Ved min utvidede forforståelse etter dette arbeidet ser jeg at jeg kunne gått både bredere og dypere inn i færre temaer. Et eksempel er i forhold til skolesituasjonen. Mine informanter savnet en spesiell forståelse for sin hjemmesituasjon. Andre barn av psykisk syke kan oppleve det som et gode å få være en vanlig elev og ikke bli tatt ekstra hensyn til eller å skille seg ut.

6.5 Videre forskning

Når psykisk helsevern legger ned institusjoner medfører det færre innleggelser og kortere behandlingstilbud for pasienter med psykiske lidelser. Samtidig vektlegger psykisk helsevern betydningen av pårørendes kunnskap og erfaringer, hvilket innebærer en tettere kontakt i planlegging og gjennomføring av behandlingen. Med færre innleggelser og kortere behandlingstilbud er det et interessant tema for videre forskning hvordan barna og familiens situasjon som pårørende blir ivaretatt. Jeg er opptatt av å ivareta barnets stemme og ønsker en nærmere utredning av ekstrabelastningen det kan være for barnet hvis den psykisk syke er mer hjemme.

6.6 Avslutning

Mange forskningsstudier har et politisk eller et ideologisk formål. For min masteroppgave vil jeg heller si at *alle bekker små, gjør en stor å*. Med nettverk og engasjement kan oppgaven gi ny kunnskap til enkeltpersoner om barns oppvekst med psykisk syke foreldre.

Vi må fortsatt forske videre for å bidra til at samfunnet ivaretar sårbare barn på en bedre måte. Analysene er gjort av meg, med mine holdinger som preger mine tolkninger. Mara Selvini Palazzoli sa *Jeg er overbevist om at enhver forskning som oppfatter seg selv som avsluttet, allerede er død og begravet* (Hårtveit og Jensen 2004:156).

Litteraturliste

- Andersen, T. (2007) *Reflekterende prosesser*. 3. utg. Danmark: Dansk psykologisk forlag
- Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Finland: Bokförlaget Natur og Kultur
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2006) Rapport. *Fattigdom blant barn, unge og familier – et kunnskaps- og erfaringshefte*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet
- Beardslee, W. R. (2002) *Out of the Darkened Room*. USA: Little, Brown and Company
- Borge, A. I. H. (2003) *Resiliens risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Cullberg, J. (1999) *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug
- Dallos, R. & Vetere, A. (2005) *Researching Psychotherapy and Counselling*. New York: Open University Press
- Dyregrov, A. (2004) *Barn og traumer*. Bergen: Fagbokforlaget
- Farstein, A. T. & Rognmo, K. (2011) *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk*. Rapport 2011:4. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2007) *Affektregulering, mentalisering og selvets utvikling*. København: Akademisk forlag
- Glistrup, K. (2004) *Det barn ikke vet... har de vondt av*. Oslo: Pedagogisk forum
- Hart, S. & Schwartz, R. (2011) *Fra interaksjon til relasjon*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J. A. (2010) *Perspektiver på psykiske lidelser*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Haukø, B. H & Stamnes, J. H (2009) *Barnas time*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Helsedirektoratet. Rundskriv 15/5-2010. *Barn som pårørende*. Oslo: Helsedirektoratet
- Hårtveit, H. & Jensen, P. (2004) *Familien – pluss én*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS
- James, A., Jenks, C. & Prout, A. (1998) *Theorizing Childhood*. Cambridge: Polity Press
- Jensen, P. (2007) *Ansikt til ansikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal
- Levin, I. & Trost, J. (1996) *Å forstå hverdagen - med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Oslo: TANO-Aschehoug
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) av 17. juli 1998 nr 61

- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2.juli 1999 nr 64
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesten) av 2.juli 1999 nr 61
- Malt, F. U., Retterstøl, N. & Dahl, A. A. (2003) *Lærebok i psykiatri*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Mevik, K. & Trymbo, B. E. (2003) *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Miller, A. (1992) *Den forbudte viten*. Oslo: Gyldendal
- Moen, G. L. (2009) *Barns møte med psykiske lidelse*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidsgruppe 1 *Pårørende som ressurs*. Mars 2012
- Piltz, K.G & Gustavsdøttir, K. (1994) *Den usynlige familien*. Göteborg: Tano A.S.
- Lundby, G. (2009) *Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis*. Valdres: Pax forlag
- Raundalen, M. (2000) Hva skal vi si til barn om selvmord? *Suicidologi* 2000; 5 (2). Oslo: Det medisinske fakultet.
- Raundalen, M. & Schultz, J. (2006) *Krisepedagogikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Raundalen, M. & Schultz, J. (2008) *Kan vi snakke med barn om alt?* Oslo: Pedagogisk Forum
- Ruud, A. K. (2011) *Hvorfor spurte ingen meg?* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Skau, G. M. (2003) *Mellom Makt og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Sosial- og helsedepartementet (1999) *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008*.
- Stortingsproposisjon nr 63 (1997-1998) *Om opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Sølvberg, H. A. (2011) *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Ulleberg, I. (2007) *Kommunikasjon og veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Waaktaar, T. & Christie, H.J. (2000) *Styrk sterke sider: håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Wennerberg, T. (2011) *Vi er våre relasjoner*. Finland: Wookwell AB

Aamodt, I. (2002) *Videre enn horisonten*. Om å få frem de utforskede perspektiv i en kvalitativ undersøkelse s.280 – 290. Fokus på Familien nr. 4/2002

Aamodt, L. G. & Aamodt, I. (2005) *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Rapport. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør for barne- og familiedepartementet. Oslo.

Øfsti, A. K. S. (2010) *Parterapi, kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Vedlegg 1 Kvittering fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Hans Christian Michaelsen
Institutt for sosialt arbeid og familierapi
Diakonhjemmet Høgskole AS
Postboks 184 Vinderen
0319 OSLO

Vår dato: 28.01.2011

Vår ref: 26142 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.01.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26142

Hvordan har barn som har vokst opp med psykiske syke foreldre utviklet et velfungerende voksenliv? Hva har vært deres mestingsfaktorer i oppveksten og hva har de lagt vekt på ved etablering av egen kjernefamilie?

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

*Diakonhjemmet Høgskole AS, ved institusjonens øverste leder
Hans Christian Michaelsen
Elisabeth Jølstad Hilde*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 28.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen/


Bjørn Henrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Elisabeth Jølstad Hilde, Bernt Knudsensvei 30, 1152 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

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

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 26142

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner i utgangspunkt skrivet tilfredsstillende men forutsetter at det også navn og kontaktinformasjon til veileder Høgskolelektor Hans Christian Michaelsen blir opplyst. Personvernombudet ber om at revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for førstegangskontakt.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju.

Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Diakonhjemmet Høgskole AS sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlede opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 28.06.2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Lydbåndopptak makuleres.

Vedlegg 2 Samtykkeerklæring

TIL AKTUELLE DELTAGERE

Mange barn og unge vokser opp med foreldre med psykiske lidelser. I familierapifeltet og i samfunnet for øvrig har vi for lite kunnskap om hvordan barn av psykisk syke opplever og mestrer sin barndom. I min masteroppgave ønsker jeg å studere nærmere hvordan voksne har opplevd sin barndom med psykisk syke foreldre og hvordan de har utviklet et fungerende voksenliv. Hva har vært deres mestringsfaktorer i oppveksten og hva har de lagt vekt på ved etablering av egen familie? Formålet med masteroppgaven er å få kunnskap om hvordan de som voksne i dag ser tilbake på sin barndom med psykisk syke foreldre, hvordan de opplevde sin barndom og hvilke opplevelser de ser på som viktige for å mestre livet i dag best mulig. Dette er viktig kunnskap for familierapeuter og gir oss mulighet til å lære av din historie slik at vi kan hjelpe andre barn og familier i lignende situasjoner.

Jeg ønsker å komme i kontakt med mennesker som er villig til å fortelle fra sin barndom og hvilke opplevelser de opplevde som viktige for å mestre livet best mulig. Undersøkelsen gjennomføres ved å intervju 3-5 voksne mennesker som er barn av psykisk syke foreldre og som har etablert sin egen familie. Intervjuet tar ca. 1-2 timer og kan bli tatt opp på bånd slik at svarene blir gjengitt så korrekt som mulig. Å bli intervjuet er helt frivillig og du har rett til å trekke deg fra avtalen når som helst, samt å få slettet opplysningene du har kommet med, uten å begrunne det. Alle private data som identifiserer deg blir behandlet konfidensielt. Opplysninger om deg blir i oppgaven anonymisert og det er kun jeg som vil ha tilgang til opptakene på bånd. Senere kan det være aktuelt å ta kontakt for mer utfyllende opplysninger eller for å bekrefte om jeg har oppfattet svarene riktig. Min veileder, Halvor de Flon vil ha innsyn i de transkriberte(skriftlige)intervjuene.

Masteroppgaven skal være ferdig i juni 2012 og da vil alle lydbåndopptak bli slettet.

Jeg håper du stiller deg positiv til intervjuet og jeg er takknemlig for at du deler din mestringshistorie. Det kan ha betydning for barn som lever med foreldre som er psykisk syke idag. Jeg ber deg sende inn samtykkeerklæringen i vedlagte frankerte og utfylte konvolutt.

Hvis du deltar, kan du, hvis ønskelig, få en kopi av oppgaven.

Masteroppgaven blir skrevet av Elisabeth Jølstad Hilde, student ved Masterstudiet i Familierapi ved Diakonhjemmets høgskole i Oslo.

Vennlig hilsen

Elisabeth Jølstad Hilde

Masterstudent i Familierapi på Diakonhjemmets høgskole

SAMTYKKE

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og gir mitt samtykke til å delta.

Jeg er kjent med at deltagelsen i undersøkelsen er frivillig, og at jeg når som helst kan be om å få slettet opplysninger som jeg har gitt.

Navn

Adresse

Postnummer

Poststed

Telefon

Vedlegg 3 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

25. januar 2011

Innledning:

I min masteroppgave ønsker jeg å studere nærmere hvordan voksne har opplevd å vokse opp med psykisk syke foreldre. Hva blir deres fortelling fra barndommen med oppvekst med psykisk syke foreldre og hvordan har de utviklet et fungerende voksenliv? Hva har vært deres mestringsfaktorer i oppveksten og hva har de lagt vekt på ved etablering av egen kjernefamilie? Formålet med masteroppgaven er å få kunnskap om hvordan de som voksne i dag ser tilbake på sin barndom med psykisk syke foreldre, hvordan de opplevde sin barndom og hvilke opplevelser de ser på som viktige for å mestre livet i dag best mulig.

Jeg vil presentere meg selv og fortelle litt om hvorfor jeg ønsker å skrive denne oppgaven. Hva som skapte mitt engasjement og hvordan jeg kan bruke kunnskapen som erfaring senere. Jeg vil fortelle om min taushetsplikt, fortelle om hvordan intervjuet vil bli anonymisert slik at det ikke er gjenkjennbart og kan spores tilbake til informanten. Jeg vil spørre om informanten ønsker kopi av oppgaven eller et sammendrag og informasjon om antall informanter som skal delta. Intervjuet skal vare fra 1 til 2 timer. Jeg vil informere om nødvendigheten av lydbandopptakeren. Så vil jeg fortelle at vi kan snakke hverdagslig og dagligdags. Informantene får vite at intervjuet blir transkribert ordrett det som sies. Det er viktig for meg å være sensitiv og ydmyk slik at spørsmålene blir presentert varsomt når informanten skal dele sine opplevelser eller oppfatninger fra barndommen.

Jeg vil starte intervjuet med enkle svar, spørre om familie og jobb slik at jeg får etablert et tillitsforhold. Så vil jeg intervju nærmere om deres mestringsfaktorer, hva har de spesielt lagt vekt på? Hvilke verdier har vært viktige ved etablering av egen familie? Avslutningsvis vil jeg gjerne at informanten forteller hvordan han /hun mener at barn kan støttes. Jeg ønsker å få vite noe om hvordan informanten i barndommen opplevde livet i forbindelse med at mor/ far var psykisk syk. Jeg vil be informanten fortelle om noen betydningsfulle hendelser fra sin barndom? På hvilken måte mestret han/ hun dette? Hvilke følelser og tanker hadde informanten? Hvilke reaksjoner fikk informanten fra sine omgivelser som var positive? Hvilke råd eller anbefalinger vil informanten gi til familieterapeuter som skal snakke med barn og familier som vokser opp i lignende situasjon?

Noen av spørsmålene kan være vanskelige å svare på, andre vil være enkle å svare på. Det er helt i orden hvis informanten ikke greier å svare. Informanten kan også få ekstra tid til å tenke igjennom noe av det jeg har spurt om. Avslutningsvis er det viktig å runde av på en god måte slik at det ikke er for emosjonelt. Det er viktig at det ikke blir en terapisaftale, men et intervju slik at jeg får svar på det jeg trenger. Har informanten spørsmål så skal vi sette av tid for spørsmål, avklaring eller andre innspill og kommentarer.

Bakgrunnen til informanten:

Kjønn:

Alder:

Hvor lenge var mor/ far syk? Hvordan vil du beskrive stabiliteten til din syke forelder i din barndom? **Kan du fortelle litt om ditt forhold til din forelder i denne tiden?** Bodde du sammen med begge foreldre, din friske forelder eller hos andre? For eksempel besteforeldre? Bodde du langt unna din psykisk syke forelder.

Kan du fortelle om den beste opplevelsen som du husker fra barndommen din? Hva gjorde at den ble så betydningsfull? Har den hatt betydning for deg senere i livet? i din egen familie? Kan du fortelle om noen andre positive opplevelser?

Hvilken betydning hadde din nærmeste familie for deg? Kunne de hjelpe deg i oppveksten?

Var det en spesiell person du kunne snakke med eller som forstod deg når du hadde opplevd noe vanskelig? Hva var det beste ved denne personen? Var det noe du savnet fra denne personen?

Hvilke egenskaper tror du du har som har vært betydningsfulle for å mestre i din livssituasjon?

De tilbakemeldingene du fikk i oppveksten – gav de deg en fordel eller spesiell styrke? Er det tilbakemeldinger som du tilegger vekt i dag?

Kan du beskrive noen positive reaksjoner fra andre voksne i din barndom? Hvordan opplevde du det, hva gjorde de? Kunne du fortelle om dette til foreldrene dine?

Hvilke verdier har du lagt vekt på når du har etablert din egen familie?

Hvis du skulle være en støtteperson for barn i lignende situasjon hva ville du vektlegge? Hva kan andre personer spesielt oppmuntre til eller støtte? Venner, naboer, øvrige familie eller andre personer i kraft av sin stilling (lærere, helsesøster, PPT).

Avslutning:

Hvordan opplevde du disse spørsmålene?

Er det noe annet du ville jeg skulle ha spurt om som du vil fortelle?

Takk for at du tok deg tid til denne samtalen!

Det kan være jeg kontakter deg hvis jeg må spørre eller få noe bekreftet.