

***”Jeg har lagt igjen det dårlige og
tar med det gode...”***

Oppveksterfaringer som fremmer resiliens hos barn av foreldre
med psykiske lidelser

Hege M Walstad



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Psykisk helse**

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

18.05.2016



FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP
Papirbredden, Drammen Kunnskapspark
Grønland 58
3045 DRAMMEN

Navn: Hege M Walstad	Dato: 18.05.2016
Tittel og undertittel: <i>Jeg har lagt igjen det dårlige og tar med det gode</i> Oppveksterfaringer som fremmer resiliens hos barn av foreldre med psykiske lidelser	
<u>Sammendrag:</u> Problemstilling: Hva kan fremme resiliens hos barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser? Bakgrunn: Barn som pårørende og deres behov har fått økt fokus de senere år etter blant annet lovendring i Helsepersonell loven (2010). Tidligere forskning har vært fokusert på skadevirkningene ved å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser og farer ved at disse barna selv utvikler psykiske lidelser. Men barn håndterer stress og belastninger ulikt. Det finnes også barn som klarer seg bra. En patologisk tilnærming handler om hvordan sykdom oppstår og utvikles, i motsetning til et salutogenetisk perspektiv, som handler om hva som gir god helse. Denne studien vil fokusere på det helsefremmende i en oppvekst, til tross for store belastninger. Hensikt: Studiens hensikt er å få økt kunnskap om hvordan barn opplever å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser og hva det har betydd i deres liv, samt kunnskap om hva som kan hjelpe. Metode: Studien har en fenomenologisk – hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring og det er benyttet en kvalitativ metode med induktiv tilnærming. Semi- strukturert intervju er benyttet som datainnsamlingsmetode og en systematisk tekstkondensering som metode for analyse og fortolkning av data. Teoretisk forankring: Studien tar utgangspunkt i litteratur og teori om; barn og unges oppvekstvillkår, foreldrefunksjoner, psykisk og sosialpsykologiske teorier om barn i kriser og barns som pårørende. Samt teorier omkring beskyttelsesfaktorer og et helsefremmende syn innenfor psykisk helse. Resultater: To hovedtemaer ble identifisert; 1) Hvordan kan vi møte barn som pårørende på en måte som fremmer resiliens? 2) Betydningen av ansvar i utviklingen av resiliens. Konklusjon: Nettverk, betydningsfulle voksne og opplevelsen av sammenheng kan bidra til å fremme resiliens. Samtidig som hvordan barnet blir møtt kan ha betydning for barnets mestring og fremtidstro.	
Nøkkelord: Barn som pårørende, foreldre med psykiske lidelser, resiliens	

Name: Hege M Walstad	Date: 18.05.2016
Title and subtitle: <i>I have left the bad and take the good</i> Childhood experiences that promote resilience in children of parents with mental disorders	
Abstract: <p>Issue: What can promote resilience in children who grow up with parents with mental disorders?</p> <p>Background: Child carers and their needs have received increased attention by including amendment to healthcare law (2010). Previous research has been focused on adverse effects of growing up with mental illness and hazards of these children themselves develop mental disorders. Children handles stress and strain differently. There are also children who are coping well. A pathological approach is about how disease arises and develops unlike salutogenetic perspective, that's about what brings good health. This study will focus on the health in adolescence despite heavy loads.</p> <p>Purpose: Study purpose is to increase knowledge about how children experience growing up with mentally ill parents and its importance in their lives, as well as knowledge about what can help.</p> <p>Method: The study has a phenomenological – hermeneutic science theoretical foundation and uses a qualitative method with inductive approach. Semi-structured interview is used as collection method and a systematic text condensation as a method for analysis and interpretation of data.</p> <p>Theory: This study is based on literature and theory; child and adolescent conditions, parents functions, social psychological theories about children and crises and on children dependents. Also theories of protective factors and a health promoting vision within mental health</p> <p>Results: Two main topics were identified: 1) How can we meet children as dependents in a way that promotes resilience? 2) Sense of responsibility in the development of resilience.</p> <p>Conclusion: Network, significant adults and experience of context can help promote resilience. While how children are met may affect the child's mastery and confidence in the future.</p>	
Key words: Children of impaired parents, mentally ill parents, parental mental illness, hardiness, resilience	

FORORD

Det å skrive masteroppgave har for meg først og fremst vært en spennende reise, mot større forståelse og mer kunnskap. Til tider skal jeg innrømme det har vært en krevende ferd.

En stor takk til mine informanter. Dere har vært de viktigste læremesterne for meg. Så modige og så rause som lot meg slippe inn i deres «verden», fra barndommen, på godt og vondt. Dere er hovedmotivasjonen i dette forskningsarbeidet og fortjener det beste! La deres erfaringer gjøre slik at vi hjelpere finner gode måter å bistå andre barn i fremtiden.

Takk Anders, min tålmodige sønn. Nå skal spisebordet ryddes for papirer, bøker og pc. Jeg skal ut av min «masterboble» og du skal igjen få gleden av min tilstedeværelse.

En stor takk til Mette, min studie venninne. Vi fant tonen fra dag en på studiet og har stått bi hverandre i medgang og motgang i løpet av de siste fire år. Som deltids studenter og med jobber innenfor området, har vi hatt mange interessante samtaler.

En stor takk til Mona Sommer, min veileder, som har motivert, kommet med kloke ord, rettelser og innspill. Det har betydd alt!

Også en stor takk til kollegaer, familie og venner. Dere har «heiet» på meg, - det har motivert!

Drammen, mai 2016

Hege M Walstad

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	1
1.1	<i>Oppgavens oppbygning</i>	1
2.0	BAKGRUNN	2
2.1	<i>Studiens hensikt og problemstilling</i>	3
2.2	<i>Begrepsavklaringer</i>	4
3.0	TEORI	6
3.1	<i>Søkeprosessen</i>	6
3.2	<i>Psykiske lidelser</i>	8
3.3	<i>Foreldreskap</i>	9
3.3.1	Foreldrefunksjoner	9
3.3.2	Noen utfordringer for foreldre med psykiske lidelser	10
3.4	<i>Barndom</i>	11
3.4.1	Synet på barn	11
3.4.2	Barns behov	12
3.4.3	Barn som pårørende	12
3.5	<i>Livet i familien</i>	14
3.5.1	Familiemønstre	14
3.5.2	Parentifisering	15
3.5.3	Systemisk teori	16
3.6	<i>Nettverk</i>	17
3.6.1	Individ og miljø	17
3.6.2	Nettverkets betydning	18
3.7	<i>Beskyttelsesfaktorer</i>	18
3.7.1	Antonovskys salutogene teori	19
3.7.2	Resiliens	20
4.0	METODE	24
4.1	<i>Valg av metode</i>	24
4.2	<i>Vitenskapeteoretisk forankring</i>	25
4.2.1	Fenomenologi	25
4.2.2	Hermeneuetikk	27
4.2.3	Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming	27
4.2.4	Dybdeintervju som metode	28
4.2.5	Intervjuguide	28
4.3	<i>Utvalg av informanter</i>	29
4.4	<i>Gjennomføring av intervjuene</i>	30
4.5	<i>Transkribering</i>	31
4.6	<i>Egen forskerrolle</i>	31
4.7	<i>Etiske betraktninger</i>	33
4.8	<i>Validitet, reliabilitet og generalisering</i>	34
4.9	<i>Analyse</i>	34
5.1	<i>”Jeg fikk noen som brydde seg på ekte” - betydningsfulle relasjoner</i>	37
5.1.1	Familie	38
5.1.2	Offentlig hjelpeapparat	39
5.1.3	Øvrig nettverk	40
5.2	<i>”Jeg hadde et hemmelig gjemmested”- egne strategier</i>	41
5.3	<i>”Jeg har lært mye av å måtte ta ansvar”- livserfaringer som ressurs</i>	43
5.4	<i>Sammenfatning av funn</i>	45

6.0 DRØFTING	46
6.1 <i>Hvordan kan vi møte barn som pårørende på en måte som fremmer resiliens?</i>	46
6.1.1 Hvordan medvirke til at foreldre støttes, for å styrke mulighet for resiliens hos barn?	47
6.1.2 Hvordan kan nettverket bidra for å styrke barns resiliens?	51
6.1.3 Fokus på det direkte møte med barna	52
6.1.4 Oppsummering	57
6.2 <i>Betydningen av ansvar i utvikling av resiliens</i>	57
6.2.1 Betydningen av barns ansvar i utvikling av resiliens	58
6.2.2 Åpenhet og informasjon, myndighetenes ansvar i utvikling av resiliens	61
6.2.3 Oppsummering	66
6.3 <i>Styrker og svakheter med studien</i>	67
6.4 <i>Implikasjoner for praksis</i>	68
7.0 AVSLUTNING	69
LITTERATURLISTE	71

Vedlegg 1: Søkematrise

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Samtykke til deltakelse i studien

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 6: Eksempler fra analyseprosessen

1.0 INNLEDNING

Denne studien omhandler oppveksterfaringer hos barn som har vokst opp med foreldre som har psykiske lidelser. Psykiske lidelser er et familieanliggende og når ett medlem av familien rammes, kan det ha innvirkning på resten av familien. Det vil være en variasjon med hensyn til hvilke konsekvenser det har for barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser. Alvorlighetsgraden, samt andre kumulative risikofaktorer rundt foreldres lidelse, deres fungering og ikke minst miljøet rundt, vil ha en betydning for hvor påvirket barnet vil bli (Borge, 2010). Psykiske lidelser kan føre til disharmoniske forhold i familien og endringer i familiestrukturen, noe som kan utgjøre en trussel for barnets psykososiale fungering i oppveksten og få konsekvenser videre i livet. Hovedfokus i denne oppgaven vil være hva som har vært helsefremmede faktorer i oppveksten hos barn der psykiske lidelser preget foreldrene.

Min interesse for feltet har blitt vekket etter mange års arbeid som barnevernspedagog. Gjennom jobb har jeg truffet mange familier med barn. I disse familiene har foreldrene hatt utfordringer i livet og oppvekstvillkårene til barna har ikke alltid vært optimal. Allikevel har jeg erfart at mange barn med foreldre hvor psykiske lidelser har vært gjeldende, har klart seg bra. Jeg har mange ganger undret meg hva som gjorde at det gikk tilsynelatende bra?

Kan vår innvirkning som hjelpere og medmennesker ha hatt noe å si noe å si for barnas videre utvikling? Eller er det barnas iboende ressurser som har vært gjeldende? Finnes det erfaringer som tilsier at det er gode hensiktsmessige måter å møte barna på? I så fall er det viktig å kjenne til dette for videre arbeid med disse barna.

1.1 Oppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven består av 7 deler: 1) Innledning, 2) Bakgrunn, 3) Teori, 4) Metode, 5) Presentasjon av funn, 6) Drøfting og 7) Avslutning.

Kapittel 2 og 3 er et bakteppe for resten av oppgaven. Teoridelen starter med innhenting av kunnskap om feltet. Videre presenteres teorier jeg har ansett som relevante for studien.

I metodekapittelet beskrives valg av metode, vitenskapsteoretisk fundament, intervju, planlegging og gjennomføring av forskningsprosjektet. Videre beskrives utvalget og valg av deltakere, planlegging og gjennomføring av intervjuene, transkribering av materialet og etiske refleksjoner og forbehold.

I kapittel 5 presenteres funn der jeg tar utgangspunkt i informantenes opplevelser og erfaringer, knyttet til en oppvekst med psykiske lidelser i familien. I det neste kapitlet, kapittel 6, vil funndelen bli drøftet opp mot teori og erfaringskunnskap. Videre vil det komme en oppsummering og implikasjoner for praksis, samt styrker og svakheter med studien. Kapittel 7 er oppgavens avslutning.

2.0 BAKGRUNN

I rapporten *"Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk, omfang og konsekvenser"* utarbeidet av Torvik og Rognmo (2011), presenteres for første gang en systematisk beregning av omfang og konsekvenser av å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser i Norge. Denne rapporten viser til at omkring 410 000 barn i Norge er pårørende til en forelder med psykisk lidelse. Omtrent 20- 30% av norske pasienter med psykiske lidelser har små barn og halvparten er alene om omsorgen. Beregningene viser at 23% av barn som vokser opp i Norge i dag, har foreldre med såpass alvorlige psykiske helseproblemer at det har konsekvenser for deres evne til å gi god nok omsorg til barna (Torvik og Rognmo, 2011, s.5).

Økt opptrapping på politisk hold, blant annet gjennom *"Opptappingsplanen for psykisk helse 1999- 2008"*, viser en målsetting om å sette inn forbyggende tiltak for barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser og/ eller rusmisbruk (Sosial og Helsedirektoratet, 1999). I rapporten *"Skjulte unge omsorgsgivere- helsepolitiske perspektiver"*, gjennomført av Kallander (2010) pekes det på en rekke utfordringer i forhold til å sette inn forebyggende tiltak, blant annet vanskeligheter med rekruttering av barn og mangel på samhandlingsstruktur internt i kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten (ibid).

I tråd med økt fokus på barn av foreldre med psykiske lidelser, vedtok Stortinget i 2009 endringer i Helsepersonelloven og Lov om spesialisthelsetjenesten, for å sikre

oppfølgingsbehovet av mindreårige barn som pårørende. 1. Januar 2010 ble Helsepersonelloven § 10 a iverksatt. Helsetjenestens hovedoppgave er å behandle og følge opp helserelaterte problemer hos pasienter. Når pasienten har omsorg for et barn, vil pasientens helsetilstand påvirke barnet i kortere eller lengre tid og hensikten med denne loven er å regulere helsepersonells forhold til utsatte barn. Helsepersonelloven § 10 a presiserer blant annet følgende; *”Helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende”*. *Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand”* (Helsepersonelloven, §10 a, 1999). Formålet med bestemmelsen er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, at det blir satt i gang prosesser som setter barna og foreldrene i bedre stand til å mestre situasjonen når en foreldre blir alvorlig syk – og å forebygge problemer hos barn og foreldre (ibid).

Som oppfølging av denne lovendringen har Sosial og Helsedirektoratet (2015) nylig utarbeidet en rapport *”Barn som pårørende- resultater fra et multisenterstudie”*. I denne rapporten kommer det frem at Helsepersonelloven §10 a, bare delvis blir fulgt opp. Denne rapporten presiserer også behovet for mer kompetanse blant helsepersonell, når det gjelder familiefokusert praksis og hvordan foreldres sykdom påvirker barna. En sterk anbefaling er også å inneha mer kunnskap om hvilke faktorer som beskytter barn og familier mot ugunstige helsemessige utfall. (Sosial og Helsedirektoratet, 2015).

Kunnskapsdepartementet sin rapport *”Tidlig innsats”* (2011) peker på målet om å fange opp barn i risiko så tidlig som mulig for å hindre en negativ utvikling. Her kommer det frem at det i tilfeller kan være vanskelig å eliminere risikofaktorer, eksempelvis ved psykiske lidelser. I slike tilfeller kan man ta sikte på å fremme positive kjedereaksjoner, som å styrke tilgjengelige relasjoner i utsatte barns miljø, samt styrke barnas personlige egenskaper og deres tro på mestring. Disse faktorene har vist seg å kunne bidra til utvikling av resiliens, noe jeg vil komme videre inn på i oppgaven.

2.1 Studiens hensikt og problemstilling

Formålet med denne studien er å få belyst hva som skal til for å fremme resiliens hos barn som vokser opp hos foreldre med psykiske lidelser. Mye av hva jeg har funnet i

forskningsslitteraturen har de siste årene vært fokusert på skadevirkningene ved å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser. Jeg mener det er like relevant i hjelpearbeid å se på de faktorer som gjør at barn klarer seg bra, fremfor å fokusere på det negative.

Ved hjelp av denne studiens informanter, det vil si det de deler av tanker, erfaringer og opplevelser, ønsker jeg å sette søkelys på hvordan hjelpeapparatet kan ivareta behovene til barn som lever med foreldre med psykiske lidelser, på en slik måte at barnas resiliens fremmes.

Denne oppgaven vil ha et fokus på hva som kan fremme resiliens i oppveksten. På bakgrunn av opplysninger i innledningen har jeg kommet frem til følgende problemstilling;

Hva kan fremme resiliens hos barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser?

Forskningsspørsmålene for å belyse problemstillingen er som følger;

- Hvilken erfaringer under oppveksten hadde særlig positiv betydning?
- På hvilken måte var disse erfaringene knyttet til andre voksne, egne foreldre, hjelpeapparat, spesielle hendelser eller egne strategier?

2.2 Begrepsavklaringer

Når jeg i problemstillingen bruker begrepet opplevelser, legger jeg i dette tanker, erfaringer og refleksjoner. Det er altså tanker om erfaringer med en oppvekst hvor psykiske lidelser var tilstede og refleksjoner omkring dette, i et retrospektiv.

Denne oppgaven er en del av et mastergradstudium i klinisk helse, innenfor psykisk helsearbeid. Jeg velger å ta med følgende definisjon på psykisk helsearbeid: *"Psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskets psykiske helse"* (Bøe og Thomassen, 2007, s.18). Årsaken til at jeg velger å bruke begrepene *psykiske lidelser* og *mennesker med psykiske helseproblemer*, fremfor begrepet *psykisk syke*, er en økt bevisstgjøring gjennom studiet. For meg er disse begrepene en tilnærming som viser til at vi først og fremst snakker om et menneske, som i en fase av livet har noen utfordringer med psykiske helseproblemer. Psykiske lidelser er ikke et konstant fenomen, men en dynamisk prosess som går i bølger i forhold til livssituasjonen og en rekke ytre påvirkninger (ibid). Begrepet psykiske lidelser kan oppfattes som stigmatiserende av mennesket, men jeg

velger å bruke det fordi det er dette begrepet som i dag brukes mest i offentlige rapporter og litteratur. Psykiske lidelser blir definert slik i *Nasjonalplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*: ”Endring i tenkning, følelser og / eller atferd kombinert med opplevelse av psykisk smerte og/ eller redusert fungering. Symptomene er av slik grad at det kan stilles diagnose”(Arbeids -og Inkluderingsdepartementet og Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007, s.6). Jeg vil presisere at mitt ståsted er at mennesker ikke *er* sin psykiske lidelse, men at vi alle først og fremst er mennesker med et liv. Av og til er det slik at livet innebærer erfaringer med psykiske lidelser.

I denne oppgaven differensieres det ikke mellom de ulike psykiske lidelsene. Informantene kommer inn på erfaringer omkring rus, noe jeg har valgt å ikke utdype nærmere. Informantene defineres i oppgaven som barn av foreldre med psykisk lidelse.

I mangel på et godt norsk ord for det engelske begrepet resilience, bruker Borge (2010) det i fornorsket form, altså resiliens. Begrepet er fra fysikken, som beskriver et objekts evne til å komme tilbake til den opprinnelige formen. På mennesker kan det brukes til å komme tilbake til utgangspunktet, uten varige skader, til tross for store belastninger (Waaktaar & Christie, 2008). I følge Rutter (2007) er resiliens når en person har relativt god utvikling til tross for alvorlig risiko. I denne oppgaven vil jeg bruke Rutter (2007) sitt begrep, relativ god utvikling, istedenfor Waaktaar og Christies (2008) definisjon om å komme tilbake til utgangspunktet. Relativ god utvikling og tilfredsstillende resultat er begreper jeg kan gjenkjenne i hos informantene i denne oppgaven. Definisjonen til Rutter er som følger: ”*Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativ stor risiko for å utvikle problemer eller avvik*” (Borge, 2010, s. 14).

Risikofaktorer er en fellesbetegnelse på forhold som øker faren for at personer utvikler vansker (Kvello, 2010). Jeg mener det også er relevant til oppgavens tema og definere begrepet beskyttelsesfaktorer, da dette er mekanismer som gjør at risikofaktorer for noen ikke fører til uheldige utfall. Dette kan være faktorer som er med å fremme resiliens.

”*Beskyttelsesfaktorer demper risikoen for utvikling av vansker når personen er rammet av risikofaktorer* (Kvello, 2010, s. 162)

3.0 TEORI

Det er mange ulike forhold som må belyses for å få en forståelse av problemstillingen. I dette kapitlet presenteres kunnskapsstatus og teori jeg anser som relevant for studien. Helt først vil jeg ta for meg søkeprosessen, før jeg kommer inn på *psykiske lidelser og tidligere forskning*. Videre vier jeg *foreldreskap, barndom og familielivet* god plass i teorikapitlet. Dette fordi jeg tenker at utvikling og oppvekstvillkår for barn i hovedsak skjer med foreldre og i en familiekontekst. *Nettverk* er videre et tema som utdypes, før jeg kommer inn på *beskyttelsesfaktorer* jeg tenker har en relevans til tema i denne studien.

3.1 Søkeprosessen

Innhenting av kunnskap til oppgaven har vært en prosess som har foregått over tid, fra våren 2013, til våren 2016. Spesielt i oppstartfasen og i forbindelse med prosjektbeskrivelsen, ble det gjort mange søk. Første del av søkeprosessen startet med Bibsys og Google Scholar, samt relevant litteratur funnet på skolebiblioteket og i Helsebiblioteket, som er en nasjonal ressurs innen helse og medisin fag som tilbyr tidsskrifter og databaser. For å få relevante tips til kildematerialet har jeg også snakket med fagpersoner og sett i litteraturlister til aktuell litteratur.

Jeg har søkt i ulike databaser som Cinahl, Embase, Medline, Psychinfo og Swemed, med søkeordene; barn som pårørende, foreldre med psykiske lidelser og resiliens. Engelske søkeord er; children of impaired parents, mentally ill parents, parental mental illness, mental disorders, hardiness og resilience. De ulike søkeordene har blitt brukt i ulike kombinasjoner. En søke matrise ble utarbeidet på dette. (Vedlegg.1).

Aktiviteten med søk etter litteratur har variert gjennom studiet. Den norske litteraturen fant jeg i stort omfang i Google. Derfra kom jeg på sporet av artikler og rapporter med tema barn som pårørende og å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser. En viktig bidragskilde til temaet omfang og konsekvenser har vært en rapport på oppdrag av Helsedirektoratet, utarbeidet av Nasjonalt folkehelseinstitutt: *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Torvik og Rognmo, 2011). Jeg kan også nevne Hauglands (2006) oversiktsartikkel ”*Barn som omsorgsgivere: adaptiv versus destruktiv*

parentifisering”, som et viktig supplement. Samt Halsas Phd- avhandling *”Mamma med nerver; en studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten når mor har helseplager*”, og prosjektrapporten *”Pasienter har også barn*” (Kufås, Lund, Rynning, og Myrvoll, 2001), og Kallander (2010) *”Skjulte unge omsorgsgivere- helsepolitiske perspektiver*”, var noen av de norske bidragene jeg benyttet meg av i denne studien.

Søkeprosessen i de utenlandske databasene startet med Swemed, som er en svensk database som dekker helse og medisin. Fordelen med å starte i denne databasen var at Swemed får emneord fra emneord systemet MeSH (Medical Subject Headings) (Kilvik og Lamøy, 2007). Etter ulike kombinasjoner i denne databasen fant jeg de fleste artiklene jeg mente var relevante. Et eksempel er Aldridge & Beckers (2003) kvalitative undersøkelse *”Children caring for parents with mental illness. Perspective of young carers, parents and professionals*”. Denne studien har vært sentral i denne oppgaven, fordi den fanger opp barns perspektiv om omsorg i pårørenderollen. Samtidig som Bardslee, Gladstone, Wright og Cooper sin studie *Evidence of parental and child change* (2003), var et nyttig bidrag i forståelsen av hva som skiller seg ut hos barna som klarer seg bra. Masten og Powell (2003) og Seifer (2003) bidro med nyttige innspill til teori om beskyttelsesfaktorer.

Jeg har også valgt å benytte meg av Werner og Smiths (2001) longitudinelle forskningsstudie fra Kauai i Hawaii. Dette fordi det er en studie med enormt omfang i tid og sted. Det har vært skrevet flere bøker om prosjektet og den omtales som en meget interessant og sentral studie innenfor resiliens forskning (Borge, 2010).

Etter å ha lest en rekke abstract, spesielt i databasen Cinahl, fant jeg flere artikler jeg mente var aktuelle. Noen av de internasjonale artiklene har jeg valgt å ta med er en nordisk kvalitativ studie, gjennomført av Polkki (2008), samt en artikkel fra New Zealand, som fokuserer på å sikre risikomomenter for barn (Mahony, 2010). De to neste artiklene er fra USA og var av samme forfatter (O’Connel, 2006 og 2008). Jeg valgte å ta med begge, da de belyser tema fra ulikt hold. Felles for hva som vakte min interesse for nettopp disse artiklene, var at flere av informantene hadde taklet stresset i familien og rapportene peker på noen strategier som hjalp for å mestre hverdagen.

Jeg ekskluderte flere artikler etter å ha lest de i fulltekst, på grunn av denne oppgavens tematikk. Det viste seg at flere av artiklene fokuserte primært på negative konsekvenser av en oppvekst med foreldre med psykiske lidelser. Jeg fant mindre forskning på foreldre som har kommet i en kortvarig krise, fremfor å ha langvarige psykiske lidelser.

Offentlige nettsteder som Helse og omsorgsdepartementet, Sosial og helsedirektoratet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet er benyttet, fordi studien i hovedsak handler om norske forhold.

3.2 Psykiske lidelser

I dette kapittelet vil jeg gi en kort redegjørelse for begrepet psykiske lidelser. Selv om det allerede er nevnt innledningsvis i oppgaven, vil jeg også her komme inn på forekomst og omfang av psykiske lidelser i den norske befolkningen. Dette for å kunne gi en bakgrunnsforståelse, da barn som pårørende blir belyst videre i oppgaven.

Begrepet psykisk lidelse omfatter alt fra mildere plager som fobier, lettere angst og depresjonslidelser, til mer omfattende tilstander som psykoser og schizofreni (Torvik og Rognmo, 2011). Felles for alle psykiske lidelser er at det påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og relasjoner (ibid). Det foreligger en psykisk lidelse når tilstanden tilfredsstillende kriteriene i diagnosesystemene *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) og *International Classification of Diseases* (ICD). I Norge settes psykiske diagnoser etter kriteriene fra det internasjonale klassifiseringssystemet ICD, som forvaltes av World Health Organization (WHO). DSM, som er utgitt av American Psychiatric Association (APA), brukes som et supplement.

Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke (2010) skiller mellom det å *lide psykisk* og det å *ha en psykisk lidelse*. Psykisk sunnhet handler ikke om å være foruten smerte og lidelse, men å ha evnen til å mestre den smerte det normale livet medfører. Samtidig er grenselandet mellom smerte, følelser og det som defineres som psykiske lidelser i diagnostiske sammenheng, noen ganger flytende. Killen (2009) påpeker i denne sammenheng betydningen av å skille mellom situasjonsbetingende lidelser, moderate lidelser, alvorlige lidelser og meget alvorlige lidelser. Disse gradene av psykiske helseproblemer er på ulik vis knyttet til hvilken grad personens psykiske tilstand påvirker sosiale roller og eventuelle foreldrefunksjoner. I denne oppgaven skilles det ikke på hvilken grad eller hvilken diagnose som har vært gjeldene for informantens foreldre.

I følge Torvik og Rognmo (2011) anslås at 30-50% av befolkningen rammes av psykisk lidelse en gang i livet. Så mange som en fjerdedel av den norske befolkningen vil kunne være

rammet av en psykisk lidelse i løpet av et år. De vanligste lidelsene er angst og depresjon. Andelen av forekomst er høyere hos kvinner, unntatt da det gjelder rusrelaterte lidelser (ibid). Mange henvender seg til fastlegen for hjelp til psykisk helseproblemer. Levekårsundersøkelser viser at fastlegene henviser ca. halvparten av disse til spesialisthelsetjenesten (Torvik og Rognmo, 2011). Med såpass høy forekomst av psykiske lidelser i befolkningen sier det seg nærmest selv at mange som rammes også er foreldre med omsorgsoppgaver for barn. Det anslås at omtrent ca. 15 000 barn i Norge, under 18 år lever sammen med en forelder som får behandling innen spesialisthelsetjenesten (Grøsfjeld, 2004). I følge internasjonale studier er 68% med psykiske lidelser mødre og 57% er fedre (Cooklin, 2009). Vi snakker dermed ikke om ”dem” og ”oss” når det gjelder psykiske lidelser, det er noe som kan ramme alle.

3.3 Foreldreskap

Barn retter automatisk forventninger til sine foreldrene og samfunnet forventer at foreldre skal ta hånd om sine barn. Det finnes uformelle normer og lovverk i samfunnet som forteller hvordan forholdet mellom foreldre og barn bør være. Summen av disse forventningene, kan man si utgjør foreldrerollen. Jeg vil her beskrive noen sentrale trekk ved foreldrerollen. Dette for å danne en bakgrunn for forståelsen av barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser. Hvordan familien fungerer og familiebasert risiko er knyttet til de voksne og deres foreldrerolle (Borge, 2010). For å kunne snakke om den påvirkning det kan ha å vokse opp med foreldre som har psykiske lidelser, er det relevant å redegjøre for barnets grunnleggende behov og hva som ligger i ”god nok” foreldrefungering.

3.3.1 Foreldrefunksjoner

Foreldreskap kan beskrives som en prosess der omsorgsgiver engasjerer seg i barnet og gir det fysisk og psykisk omsorg. Foreldre har ansvar for sine barn og barna er underlagt og prisgitt foreldrenes omsorg. Mye av det foreldre gjør for å skape gode omsorgssituasjoner gjøres ubevisst. En selvfølgelig norm i foreldreskapet er å gi barn gode utviklingsmuligheter, være lydhør og tilfredsstillende barns behov. Ved siden av å tilfredsstillende behov som ernæring, varme og trygghet, deler Killen (2009) foreldreevnen i noen funksjoner:

Å kunne oppfatte barnet realistisk, å ha realistiske forventninger til de behov hos foreldrene som barnet kan tilfredsstillende, å ha realistiske forventninger til hva barnet kan klare, å kunne

engasjere seg positivt i et samspill med barnet, å ha empati for barnet, å kunne prioritere barnets grunnleggende behov, fremfor sine egne, å kunne romme smerte og behov uten å avreagere på barnet. Foreldre med psykiske lidelser kan ha problemer med nettopp dette grunnleggende i barneomsorgen. De kan føle de ikke klarer å være tilstede emosjonelt og empatisk (Halsa, 2008). Funksjonene Killen (2009) peker på her kan brukes til vurdering av om foreldre er tilstrekkelig gode nok.

En psykisk lidelse kan påvirke individets evne til å ta ansvar. Det kan føre til irritabilitet og ukontrollert atferd. Slike symptomer kan direkte påvirke individets evne til god nok foreldrefungering. Aamodt & Aamodt (2005) redegjør i sin rapport: *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*, for at det er svært viktig å kartlegge foreldrefungeringen og hvordan den kommer til uttrykk i dagligdagse gjøremål. Her vises det til at foreldrefungering først og fremst innebærer følelser, tanker, handlinger og holdninger som foreldre uttrykker ovenfor barna i hverdagen. Foreldre som sliter med for eksempel angst og depresjon kan ha nok med å bearbeide disse vanskene og det kan gå utover foreldrefungeringen (ibid).

3.3.2 Noen utfordringer for foreldre med psykiske lidelser

Hverdagslivet kan betraktes ut i fra to perspektiv. Det innebærer en organisering av aktiviteter, samtidig som hverdagen er en erfaringsarena. Hverdagen gir mulighet til å skape mening og innhold i tilværelsen (Borg, 1999). Gjennom tilgang på hverdagsliv, beskriver mødrene i Halså (2008) sin studie, en mulighet for å få brukt sine ressurser, skape forutsigbarhet og stabilitet i familien, på tross av psykiske helseplager. Å ha fokus på det praktiske i barneomsorgen kan være mer overkommelig enn den emosjonelle tilstedeværelsen da foreldrene er i en psykisk krise (ibid).

På bakgrunn av en nordisk kvalitativ studie, utført av Polkki (2008), kom det frem at det vanskeligste for barn som vokste opp med psykisk lidende foreldre, var da den voksne mistet evne til å dele "sin verden". Da barna opplevde de voksne som passive og trette, opplevde de samtidig de mistet sikkerheten og støtten. Foreldre beskriver det er vanskelig å følge opp barnas behov og sette grenser i perioder som oppleves utfordrende, de har mer enn nok med å ta vare på seg selv og egne symptomer (ibid).

Kvelling (2010) hevder foreldrenes helse og personlighets i stor grad preger hvordan de oppdrar sine barn. Viktige personlighetstrekk som kan få konsekvenser for omsorgen til barn er blant

annet deres ansvarlighet, sensitivitet, kontaktevne, frustrasjonsterskel, selvbilde og emosjonell stabilitet. En svekket oppdragelsesevne kan for eksempel føre til at barnet oppleves vanskelig, på grunn av foreldrenes manglende grensesetting. Beskyttelsesfunksjonen i foreldreskapet er sentral. For å ivareta denne funksjonen må blant annet foreldre sette grenser for sine barn. Manglende grensesetting kan føre til svekket kompetanse hos barnet og bringe frem negativ kommunikasjon mellom foreldre og barn. (Ogden, 1995).

Foreldre med psykiske lidelser oppfattes som en uensartet gruppe som har forskjellige behov for hjelp og støtte i foreldreskapet. I rapporten *Pasienter har også barn* kommer det frem at disse foreldrene ofte bærer på en dobbel skam. Skam over psykiske vansker, samt redsel og skam over å ikke leve opp til dagens ideal over å være en vellykket foreldre (Kufås et. al, 2001). I følge Halså (2008) er sosial støtte fra ektefelle eller andre viktig. Det er en tendens at foreldre med psykiske lidelser velger samlivspartnere som har lignende psykososial belastningsgrad som seg selv (Kvælle, 2007).

3.4 Barndom

Det har eksistert mange ulike syn på barn gjennom tidene. Jeg vil videre komme inn på tre dominerende syn, dette for å gi en forståelse for hvordan vi ser på barn i dagen samfunn. Foreldrefunksjoner som ble gjennomgått i forrige kapittel, er noe sammenfallende med barns behov. Allikevel vil jeg i kapitlet om barns behov, supplere med behovet for tilknytning, før jeg til slutt presenterer noen kjennetegn hos barn som pårørende.

3.4.1 Synet på barn

I tidligere tider, før 1960- tallet, var det faglige synet på barn at det var utsatt, sårbart og avhengig (Sommer, 1997). Barnet levde i en farlig verden og måtte beskyttes. Videre beveget man seg bort fra tanken om ”det skrøpelige barnet”, og holdningen ble mer i retning av at barn har et selvstendig liv. Barns utvikling og følelsesmessig behov kom stadig i fokus. Ideen om at barn skulle ”sees men ikke høres”, ble forlatt. Kognitiv, emosjonell og sosial kompetanse hos barn har blitt beskrevet i forskning de siste tiår. Dette var med på å revolusjonere oppfattelsen av barns psykososiale evner, og synet på barn ble nå beskrevet som ”det kompetente barnet” (ibid).

Ettersom tiden har gått, er det mer enn noen gang blitt vektlagt at barn ”skal få være seg selv”. Thuen (2008) presenterer et skifte i velferdsstaten, med barndommens institusjonalisering. I

dagens samfunn har det i barneomsorg, i større grad blitt viet oppmerksomhet på barnas miljø, nære relasjoner og psykisk helse (ibid). Noe som har ført til et syn på barn som deltakende samfunnsborgere. Barns kår ble et viktig tema i barndomsforskningen utover 1980- tallet. I 1989 kom Barnekonvensjonen, som ble formulert med formelle, juridiske, universelle og individuelle rettigheter. Det har vært et paradigmeskiftet i barneforskningen, som har betydd at vi i dag har et syn på barn som særegne mennesker.

Dette synet gjenspeiler seg i Helsepersonelloven § 10a, hvor barn, i 2010, fikk status som pårørende. ”*Formålet med bestemmelsen er at barn skal forbli i sin rolle som barn, og at de ikke skal påta seg voksenoppgaver når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner*” (Helsedirektoratet, 2010, s. 4). Slik det her presiseres skal barn fortsatt få være barn, selv med status som pårørende, uten noen plikter i denne rollen. Det er helsepersonells plikt å ivareta og bidra til å ta vare på interessene til barna som følge av foreldrenes tilstand (ibid).

3.4.2 Barns behov

Fra fødsel av har barn noen sentrale fysiologiske behov, som mat og søvn. Samtidig har barnet psykologiske behov, som trygghet, kjærlighet og felleskap. Behovet for trygghet er dominerende for barn de første leveårene. Det er også av betydning at det er samme omsorgsperson som gir mat, stell og kroppskontakt. Utviklingspsykologien sier mye om barns grunnleggende behov. Felles for de ulike teoriene er at barn evner, fra fødsel av å delta i samspill (Smith og Ulvund, 1999). Begrepet tilknytning ble introdusert av Bowlby på 1950 tallet og Ainsworth videreutviklet begrepet og la hovedvekten på kvaliteten i relasjonen (ibid). Et av hovedtrekkene i tilknytningsteori er at tidlig tilknytning påvirker barnets emosjonelle og sosiale utvikling, i tillegg til fremtidig relasjonsdannelse og psykisk helse (Kvello, 2007). For at tilknytning skal utvikle seg på en god måte må noen vilkår være tilstede. Blant annet at omsorgspersonen responderer adekvat på barnets behov, er sensitiv, følelsesmessig og fysisk tilstede for barnet (Killen, 2009). Barnet utvikler grunnleggende tillitt til omgivelsene dersom de blir møtt på sine behov av sine omsorgspersoner. Noe som skaper en tillitt til andre mennesker og en følelse at omverdenen er et trygt sted å være (Kvello, 2007).

3.4.3 Barn som pårørende

Studien gjennomført av Polkki (2004), ble gjort på bakgrunn av at myndighetene stadig fanget opp barn som var overlatt til seg selv. Polikliniske psykiatriske dagtilbud har økt og dermed antas det at flere barn bor med foreldre med psykiske lidelser. Antakelser det pekes på er at en

stor andel barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har et ansvar som er for stort og at dette går utover deres mulighet for å være barn. Disse barna blir omtalt av Glistrup (2004) som ”små voksne”. Barna av foreldre med psykiske lidelser, kan i følge Moen (2009) oppfattes som svært veltilpasset. Det er ofte barn som er ansvarsfulle og ikke krever så mye av de voksne. De har fra tidlig barndom tatt på seg voksenansvaret og gir ofte mer omsorg enn de mottar. Uansett om barna oppleves som veltilpasset eller utagerende, er det en forhøyet forekomst av depresjon, angst og atferdsvansker blant disse barna. Utagerende og overdreven tilpasning er to vanlige former for mestring og overlevelsestrategier (Killen, 2009). Fra barnets perspektiv kan denne atferden være basert på et behov for å skape en slags kontroll over omgivelsene og hjelp til å takle indre kaos av følelser, forvirring og hjelpeløshet. En slik atferd kan også være et ønske om oppmerksomhet og et ønske om hjelp (ibid).

Halsa (2008) har sammenfattet kunnskap om hvilke risiko som kan påvirke barn som har vokst opp med foreldre som strever. Barn i skolealder, spesielt gutter viser seg å ha en høyere risiko for atferdsvansker, mens jenter oftere sliter med angst og tyr til tilbaketrekning. Voksne kan oppleve disse barna som modne og alvorlige, imens jevnaldrende opplever de kanskje som kjedelige lekekamerater, litt alvorlige, uten ”liv og røre” (Glistrup, 2004).

Det som kommer frem i studien *Evidence of parental and child change*, er at de barna som skiller seg ut ved å klare seg best, har en evne til å se foreldrenes stemningsleie realistisk. De har en god selvforståelse som gjør at de holder seg selv adskilt fra foreldrenes sykdom (Beardslee et. al., 2003). Werner og Smith (2001) underbygger dette i fra sin studie, hvor det viste seg at de barna som klarte seg best, hadde en bedre forståelse av hva som var deres ansvar og hva som var foreldrenes ansvar.

Barn av foreldre med psykiske lidelser omtales av Glistrup (2004) som ”de usynlige barna”. De forsøker å utvikle en kompetanse for å klare seg selv på områder hvor foreldrene ikke strekker til. Mange av barna lever med skam og skyldfølelse, samtidig som de er lojale mot sine foreldre. Dersom foreldrene selv ikke er åpne om familiens situasjon, vil barna intuitivt forstå at sykdommen skal skjules for omverdenen (ibid). Tilpasningen til foreldrenes behov gjør at disse barna kan utvikle en sensitivitet for hvordan foreldrenes tilstand endrer seg, og barna oppfører seg deretter ved å unngå måter å utløse humørforandring hos foreldrene (Killen, 2009).

I rapporten *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*, konkluderes det med at tross høy forekomst av psykiske lidelser i samfunnet og en forhøyet risiko for å oppleve alvorlige negative utfall, så er det mange barn som klarer seg bra. Å ha foreldre med psykiske lidelser kan oppleves som en stor belastning for barnet, uten at det utvikler seg til varige problemer. De fleste barn viser stor tilpasningsdyktighet og klarer seg bra på sikt, selv om det er vansker i familien (Torvik og Rognmo, 2011).

3.5 Livet i familien

Slik det kommer frem i de foregående kapitlene så er foreldre/ barn relasjon av betydning. Disse interaksjonene utspiller seg ofte i familielivet. Videre vil jeg komme inn på noen familiemønstre som kan ha innvirkning på barn. For så å presentere begrepet parentifisering, før jeg kommer med en kort redegjørelse av systemisk teori.

3.5.1 Familiemønstre

Thormann (2009) beskriver i sin forskning at velfungerende familier bygger opp under barnets selvverd. Det vil si tilfredsheten ved å være den man er. Dette bygges gjennom en god interaksjon familiemedlemmene imellom. Ved for eksempel rusmisbruk kan forstyrrelsen av denne interaksjonen være mer skadelig for barnet, enn selve misbruket. Kjærlighet og aksept er ikke ubetinget, men skal fortjenest. Positive følelser får ikke ha et åpent uttrykk, problemer blir skjult og diskuteres ikke. Det jobbes hardt for å opprettholde fasaden i familien og dysfunksjonen kan medføre splittelse innad i familien. Thormann (2009) hevder videre at det er visse fellestrekk, som manglede forutsigbarhet i familier med psykiske lidelser. Familier som preges av psykiske lidelser og misbruk kan kjennetegnes ved at de setter kortsiktige mål. Neste uke, måned eller år er for ustabilt å tenke frem mot. Dersom barna setter målene på kort sikt er det større sjanse for at det gjennomføres og barnet føler tilfredstillelse. Barnet lærer ved dette at den beste måten å oppnå stabilitet på, er å skape den selv (ibid). Barna er ikke alltid helt sikre på hva som venter, noe som kan øke stressnivået for barnet. Hovedmålet for barna kan være å beholde fred i familien og barnet avlaster ofte med praktiske gjøremål i hjemmet. I slike familier kan det være typisk med rollebytter, barna tar mer ansvar enn den voksne, ved praktiske så vel som følelsesmessige forhold. Positive rollemodeller kan utbli i barns utvikling av identitet. Mangel på dette kan føre til isolasjon og ensomhet for barnet. Samtidig som det kan få konsekvenser ved at barn ikke lærer velfungerende familiemønstre.

Hverdagslivsrutiner, som å stå opp, lage frokost, reise på skole og jobb, komme hjem igjen, lage middag også videre, betegner Halsa (2008) som ”beskyttende hylster”. Disse hverdagslige rutinene er viktige betingelser for trygghet og stabilitet for barn. For foreldre med psykiske helseplager kan det å legge til rette for rutiner i hverdagen fremstå som krav de har problemer med å oppfylle (ibid).

Fra et sosiologisk ståsted beskriver Aldridge og Becker (2003) at barn ikke nødvendigvis blir foreldre for sine foreldre ved å ta på seg ansvar. Barna bidrar med et ønske om å hjelpe og familiehiarkiet og generasjonsgrensen opprettholdes. Risikoen for at barn får for belastede omsorgsoppgaver må sees i sammenheng med flere faktorer også utenfor familien. Som mangel på støtte fra det offentlige hjelpeapparat, øvrige familie og manglende økonomiske ressurser. Dette kan være faktorer som medvirker til at foreldrene blir avhengig av egne barns omsorg.

3.5.2 Parentifisering

Haugland (2006) definerer parentifisering som et mønster av familieinteraksjon hvor barn tildeles roller og ansvar, som innenfor deres kultur normalt utføres av voksne omsorgsgivere. Et rollebytte har funnet sted ut i fra de kulturelle forventningene om hvordan ansvar og omsorgsoppgaver bør fordeles mellom foreldre og barn. Det kan være rollemønstre hvor barn har foreldrerolle til egne foreldre, hvor foreldre mottar stor grad av støtte, omsorg og hjelp fra barnet. Et annet rollemønster kan være barn som har en partner- rolle ved at de og foreldrene deler intime erfaringer eller diskuterer personlige problemer, som om barnet er voksent. Videre deler Haugland (2006) familieproblemer som kan føre til parentifisering i to kategorier. Det ene er umodne foreldre som forsøker å få dekket egne behov gjennom barna. Det andre er familier med store belastninger. Den første kategorien beskrives ut i fra at foreldre selv ikke har fått den omsorg de trenger som barn. Dette skapte en mangel og en opplevelse av urett, som foreldre søker å rette opp ved å rekruttere barn inn i omsorgsrollen for seg selv. For noen foreldre kan dette resultere i manglende sensitivitet ovenfor egne barns følelser og vansker med å ta barnets perspektiv. I følge Haugland (2006) kan parentifisering være et vanlig element i foreldre- barn relasjonen, som ikke bør defineres som relasjonsforstyrrelse. Man kan operere med to typer; adaptiv versus destruktiv parentifisering. Ved adaptiv parentifisering har barnet omfattende omsorgsoppgaver, samtidig som det mottar støtte og det er for en avgrenset periode. Barnets utøvelse av omsorg kan ha positive følger som økt ansvarsfølelse og modenhet, selvstendighet og en følelse av å være betydningsfull.

Ved destruktiv parentifisering har barna omsorgsoppgaver som er inadekvate i forhold til deres alder og modenhet, uten at de mottar større anerkjennelse for sin innsats. Allikevel er det ikke nødvendigvis slik at de barna som møter denne type risiko havner i problemer. Det er blant annet avhengig av hvordan barnet opplever risikoen (ibid).

3.5.3 Systemisk teori

Familieterapi er en fellesbetegnelse på en rekke terapeutiske tilnærminger. I verden er dette et forholdsvis ungt fagfelt. I Norge har det vært en tradisjon å arbeide familieterapeutisk i fra 1950 – tallet. Modum Bads Nervesanatorium, med Gordon Johnsen som leder, startet egne familieavdelinger i slutten av 1960 årene. Fra 1970 tallet skjøt familieterapi og systemisk tankegang fart, spesielt innenfor familievernkontorene og i barne- og ungdomspsykiatrien. Til tross for dette er fortsatt familieterapi, med få unntak lite utberedt i voksenpsykiatrien.

Felles for de ulike tilnærmingene innenfor familieterapi er at det er fokus på mellommenneskelige relasjoner. Det er en tanke om at språk og kontekst påvirker individer og systemer. Utover 1980 årene fikk blant annet systemisk terapi gjennomslagskraft i praksisfeltet. Å tenke systemisk vil si å tenke helhet. Ut i fra systemteoretisk tankegang påvirker de ulike elementene hverandre. Forandres ett element i systemet, påvirker dette de andre delene og systemet som helhet (Garsjø, 2008). I familiearbeid vil det si at en familie er noe mer enn summen av alle familiemedlemmene. Det er en ide om at alt henger sammen. Begrepet dynamisk blir ofte brukt og innebærer bevegelse og forandring i systemet (ibid). Samme hendelse kan med andre ord gi helt ulike effekt, hos de ulike delene. Helhetsperspektivet er her ikke å forstå som et filosofisk begrep, men som et funksjonelt begrep. Fokuset er på samspillet mellom de ulike elementene innen systemet, fremfor å fokusere på et enkelt element. Helheten er ikke noe som finnes der ute, men et valg av observasjonsramme. I stedet for å forsøke å isolere et fenomen eller tenke at det må deles for å forstås, er oppmerksomheten rettet mot sammenhengen (Hårtveit og Jensen, 1999).

Den systemiske tankegang handler om hvordan vi skaper mening og sammenhenger i vår forståelse av verden. I systemisk teori er det et grunnleggende utgangspunkt at det ikke er en objektiv virkelighet som kan forstås mer eller mindre rett, man er mer opptatt av å være handlingsorientert enn innsiktsorientert. Terapeutens rolle er å holde fokus på ressurser og ferdigheter. Noen ganger må disse gjenoppdages hos familien. Spørsmål stilles, slik at de i familien får mulighet til å oppdage nye sider hos seg selv og hos de andre

familiemedlemmene. Holdningen er at vi forandrer oss gjennom hele livet, og små forandringer kan føre til store forandringer. Fordi alle har sin egen forståelse, finnes det heller ingen sannhet. Heller ikke hos terapeuten. Kjennetegnet for systemisk terapi er at terapeuten har en *ikke- ekspert* rolle (Hårtveit og Jensen, 1999).

Systemisk teori er ressursorientert og kan hjelpe familier å finne nye veier sammen. Ved å anvende systemisk teori i familiearbeid, kan familien få hjelp til å kommunisere bedre og til å forholde seg til hverandre på en måte som kan skape trygghet for alle i familien.

3.6 Nettverk

Sosiale nettverk kan sies å være en helhet av menneskelige relasjoner, som danner forbindelser mellom flere personer (Bø, 2000). Det er ulike måter å omtale nettverk på, som løse og tette, formelle og uformelle, primære og sekundære. Barns utvikling kan sees på som en prosess der det foregår gjensidig påvirkning. Jeg vil her se nærmere på begrepet nettverk, hvordan nettverket kan brukes og egenskaper i nettverket som kan ha betydning for barns utvikling.

3.6.1 Individ og miljø

Sosial støtte er en egenskap nettverket kan ha. Kvello (2007) betegner dette som transaksjonsmodellen. Innenfor transaksjonsmodellen skjer utviklingen i en felles konstruksjon av relasjoner mellom individ og miljø og en tilpasning de imellom. Bronfenbrenners biologiske teori er sentral i transaksjonsmodellen, den bygger på en kombinasjon av sosiologisk teori og utviklingspsykologi (ibid). I følge Bronfenbrenner (1997) kan nettverk som system foregå på ulike plan, som *mikro* og *meso*, *ekso*- og *makrosystemet*, videre vil disse systemene bli presentert i en enkel form:

Mikrosystemet er det miljøet barn oppholder seg i det daglige. Det kan være familien, skolen, fritidsaktiviteter og nærmiljø. Mikrosystemet kjennetegnes av at det forekommer et direkte samspill, hvor det viktige innholdet er relasjoner, aktiviteter og roller.

Mesosystemet er relasjonen og prosessen mellom mikrosystemet. Barn tilhører som regel flere mikrosystem. Et mesosystem består av minimum to mikrosystem. Det er kvaliteten mellom disse som har betydning. For eksempel mangler i hjemmemiljø, kan oppveies i nærmiljøet.

*Ekso*systemet påvirker barn indirekte. Som venners foreldre og foreldrenes arbeid.

Eksempelvis om en far blir arbeidsledig vil dette påvirke barnet, om ikke direkte, så indirekte.

Makrosystemet er det overordne system, som samfunnet vi lever i. Det er blant annet beslutninger som blir tatt politisk, økonomisk og ideologisk. Noe som har en innvirkning på vårt liv, i det samfunnet vi lever i (ibid).

3.6.2 Nettverkets betydning

Seikkula (2000) er blant de som de senere år har bidratt til å sette fokus på nettverkets betydning. Hans definisjon på et sosialt nettverk er: *”En beskrivelse av menneskelige relasjoner som skaper individets sosiale identitet”* (Seikkula, 2000, s.32). Med et syn på at psykiske helseplager kommer utenfra, tillegger han nettverket stor betydning ved at forandring skjer gjennom samtaler i nettverket. En arbeidsmetode er å arrangere nettverksmøter, med de personene brukeren selv anser som sitt nettverk. Gjennom subjektive sannheter som kommer frem i et slikt møte, kan ny sannhet dannes, som igjen kan føre til endring i krisesituasjoner. Gjennom en slik forståelse kan nettverket anses som en ressurs for mennesker med psykisk helseproblemer (ibid).

I følge Halså (2008) er støtte fra nettverket betydningsfullt for barns velferd. Nettverket kan bidra til å opprettholde et stabilt hverdagsliv, når foreldrene er i krise. I hvor stor grad nettverket oppleves som en ressurs, avhenger imidlertid av om nettverket viser forståelse for krisen og hvordan den påvirker hverdagen (ibid). Borge (2010) hevder videre at beskyttende egenskaper i nettverket bidrar til å oppnå resiliens. Mange barn som klarer seg bra har en betydningsfull person utenfor primæromsorgsgiver, som de kan støtte seg på. Via et samarbeid mellom barnets individuelle egenskaper og miljøets egenskaper, skapes resiliens. Man har i større grad gått bort i fra tanken om risikobarn som tar i bruk sine helt spesielle egenskaper i sitt miljø, som tidligere ble omtalt som ”løvetannbarn”.

3.7 Beskyttelsesfaktorer

Det viser det seg, i tråd med økt velferd i samfunnet, at det fortsatt er store utfordringer med trivsel og helse i Norge (Torvik og Rognmo, 2011). I lang tid har det vært fokus på hva som gikk galt med barn som vokser opp hos foreldre med psykiske lidelser. Borge (2010) hevder at mer enn halvparten av barna som til tross for en oppvekst med stress og risiko, ikke har utviklet psykiske lidelser. Videre i oppgaven vil fokus være på beskyttelsesfaktorer som har vært gjeldende for de barna det har gått bra med. Kjennskap til beskyttelsesfaktorer kan gi noen ”pekepinner” i riktig retning, i arbeidet med risikoutsatte barn. Jeg har i den forbindelse valgt å se nærmere på begrepene salutogenese og resiliens.

3.7.1 Antonovskys salutogene teori

Aaron Antonovsky (2012), en israelsk professor i medisinsk sosiologi, argumenterer gjennom sin teori for et salutogenent perspektiv. Dette begrepet er dannet av det latinske ordet *salus* som betyr sunnhet og helse og det greske ordet *genesis* som betyr opprinnelse eller tilblivelse. Om man kaster et historisk tilbakeblikk på helseforskning kan man se at fokus i stor grad har hvilt på identifisering, forklaring og behandling av sykdom. Et slikt perspektiv kalles patogenese. Et paradigmeskifte fra den patogenetiske orienteringen til å fokusere på adaptive utfall var sterkt argumentert fra Antonovsky. Han kritiserer den patogenetiske orienteringen, ved at mennesker plasseres på helsedimensjonen som hundre prosent syke, eller hundre prosent friske (ibid). I stedet for å spørre hva som kan forhindre mennesker å bli syke, er det med salutogenent perspektiv riktigere å spørre: hva skal til for at mennesker blir friskere? Antonovsky (2012) mener påkjenninger i livet alltid er tilstede, i større eller mindre grad, og kan like gjerne være helsebringende som det motsatte. Det avhenger av typen stress og mestringsnivået til den enkelte. Med utgangspunkt i stressforskning utviklet Antonovsky en teori om helsens opphav. Han forklarer gjennom sin teori hvorfor noen mennesker under ellers like forhold holder seg friske, mens andre blir syke. Det som gjør forskjellen er opplevelsen av sammenheng (ibid). Antonovskys begrep for dette er ”*Sense of Coherence*” (SOC). På norsk kan dette oversettes til: *Opplevelse av sammenheng*. I Almvik og Ytterhus (2004, s. 90) blir dette begrepet presentert slik:

”...en global holdning som uttrykker hvilken utstrekning man har en gjennomgående stabil, men dynamisk følelse av tillitt til at 1); stimuli som stammer fra ens indre eller ytre omgivelser i livet, er strukturert, forutsigbare, 2) ressurser er tilgjengelige slik at en kan møte kravene disse stimuli setter, 3) kravene er utfordrende og verdt investering og engasjement”.

Denne sammenhengene innebefatter tre sentrale momenter: Forståelighet (comprehensibility), håndterbarhet (manageability) og meningsfullhet (meaningfulness). De tre komponentene er uløselige fra hverandre, men graden av hver enkelt faktors tilstedeværelse kan variere. En må først og fremst forstå situasjonen man befinner seg i, slik at den kan oppleves som tydelig, strukturert og ordnet, fremfor kaotisk, tilfeldig og uforklarlig. At situasjonen oppleves som forståelig vil øke troen på å komme frem til produktive løsninger. Utfordringer i livet kan altså i følge Antonovsky (2012) styrke helsen, det avhenger ikke av hva vi utsettes for, men vår evne til å takle det som skjer i livet. En god balanse mellom krav og opplevelse av å inneha tilstrekkelig ressurser, kan gi en følelse av å håndtere utfordringer. Opplevelsen av

autonomi og egne valg er avgjørende for å oppleve verden som meningsfull. Samtidig som mennesker med en sterk følelse av sammenheng uttrykker et ønske om å snakke om det som betyr noe i ens liv. Dette kan være en motivasjons faktor, som gjør livet verdt å leve, da vanskeligheter i livet oppstår. Følelsen av å håndtere utfordringer gir ikke så lett en følelse av å være offer for omstendighetene eller å ha blitt urettferdig behandlet (ibid).

Mening er den komponenten Antonovsky (2012) vektlegger mest. Meningskomponenten referer til den grad individet føler at livet gir mening følelsesmessig. De problemene man støter på gjennom livet er verdt å investere energi, forpliktelser og engasjement i, og at man tar imot utfordringer i livet, i stedet for å se på dem som byrder. For eksempel kan høy grad av stress, sammen med høy grad av sosial støtte, i noen tilfeller være helsebringende. Bortsett fra de stressfaktorene mennesket utsettes for som er direkte ødeleggende, vil det være mulighet for å forutsi et menneskets helse. Det er dette mysteriet det salutogene perspektivet forsøker å løse. Antonovsky mener ikke å fokusere på å gjøre mennesket hundre prosent frisk, men fremme fokus på de helsefremmede faktorene (ibid).

Resiliensforskning, som blir beskrevet i neste kapittel, bygger blant annet nettopp på teorien om SOC. I dette er man i stor grad opptatt av hvilke faktorer som bidrar til god psykososial helse til tross for eksponering av risiko og belastninger. Videre er fokuset å identifisere hvilke faktorer som bidrar til at barn som har opplevd belastninger tilsynelatende klarer seg bra.

3.7.2 Resiliens

Kunnskapen om resiliens viser at det er håp om at personer kan reise seg igjen etter belastninger. Borge (2010) viser til at resiliens handler om å fokusere på årsaken til god helse under risiko, fremfor belastningen. Ved å søke på denne måten, søkes det mer etter ressurser enn skader. Kvello (2010) skriver at resiliens i høy grad er summen av ens beskyttelsesfaktorer. I dette kapittelet vil jeg først ta for meg noe av begrepets opprinnelse, og forskningen innenfor tema, for så å se nærmere på de ulike resiliensfaktorene.

Begrepet resiliens oppstod i kjølevannet av mestringsforskningen. Opptakten til resiliensforskning var på 1950- tallet, hvor Kauai- studien var den første longitudinelle studien som ble gjort på området. Denne studien ble foretatt av Werner og Smith (2001), og tok for seg samspillet mellom barns oppvekst og risikoen i oppvekstmiljøet på Kauai, Hawaii. Selv om studien er gammel blir den stadig referert til i litteraturen. Grunnen til at Kauai- studien fortsatt er aktuell, handler om studiens omfang (Borge, 2010). Werner og Smith

(2001) fulgte opp 698 personer fra prenatal periode til voksen alder, gjennom 40 år. I begynnelsen av femtiårene ble det hevdet at forskning på hvite middelklassebarn i USA ikke ga god nok kunnskap om risikobarns utvikling (Borge, 2010). Barns oppvekst på Kauai var preget av fattigdom, foreldre med lite skolegang, enkelte med alvorlige mentale problemer, familiekonflikter, vold og ustabilitet. Poenget var ikke å beskrive elendighet, men derimot å beskrive hva som karakteriserer de av risikobarna som mot alle odds likevel greide seg bra. For å bli definert som risikobarn, måtte flere av disse faktorene være tilstede. 1/3 av barna som ble definert som risikobarn, utviklet seg til å bli resiliente eller mestrende. Ved å sammenligne de mestrende og ikke mestrende, kunne forskerne identifisere hvilke faktorer som syntes viktige for god utvikling. Det var spesielt tre forhold som ble fremhevet i denne studien. De hadde normal intelligens og var sjarmerende. De knyttet bånd til besteforeldre og søsken og de hadde et ytre støtteapparat. Forskerne valgte å kalle disse barna ”Vulnerable but invincible” (Werner og Smith, 2001).

Videre på 1970 tallet ble uttrykket ”The invulnerable child” brukt på barn som utviklet resiliens (Rutter, 2003). Noen barn ble ansett som så tøffe at de ikke lot seg knekke av risiko og stress. Dette kom frem etter etter forskning, hvor fokuset var å studere kompetanse hos barn i risiko grunnet foreldrenes psykiske lidelse. Enkelte av barna så ut til å utvikle vedvarende alvorlige psykiske lidelser, mens andre kom upåvirket og uskadet ut av erfaringene (Masten og Powell, 2003). Rutter (2007) hevder at termen invulnerable, usårbar på norsk, ikke kan brukes på grunn av tre årsaker. For det første mener han at motstandsdyktighet mot stress er noe relativt, ikke absolutt. For det andre at fundamentet for forsvarevnen er både miljømessig og konstitusjonell. Til sist mener han at graden av motstand ikke er en bestemt kvalitet, men at den varierer med omstendighetene over tid. Ut i fra disse årsakene mente Rutter (2007) at konseptet resiliens er mer riktig å bruke enn den absolutte ideen om usårbarhet. I dagens resiliensforskning unngår man å bruke begrepet ”usårbar”, nettopp fordi ingen individer er usårbare (ibid).

Masten (2001) mener det som er overraskende med resiliensforskning, er at det er mer ordinært enn det man skulle tro, fordi det handler om menneskets omstillingssystem. Resiliens springer i følge Masten (2001) ut i fra ordinære, ikke ekstraordinære prosesser. Denne prosessen omtales i den forbindelse som ”ordinary magic”. En vanlig magi, som alle kan utvikle i en eller annen grad (ibid).

Det som kanskje i aller størst grad ser ut til å kjennetegne barn som er resiliente er ikke alltid egenskaper ved barnet selv, men de relasjoner barna har til andre. I *The Isle og Wight studien*, gjennomført av Collishaw, Pickels, Messer, Rutter, Shearer, Maughan (2007), ble personer som hadde rapportert å ha opplevd mishandling i hjemmet studert. Mishandlingen hadde funnet sted som barn og allikevel fungerte de godt i voksen alder. Funnene viste at gode relasjoner var viktigere, enn graden av omsorgssvikt. Dersom barna ikke hadde tilgang på emosjonell støtte innad i familien, fant de resiliente barna støtte også utenfor familien. Tilgjengeligheten av omsorgspersoner og positive rollemodeller, viste seg å ha stor betydning og ble sett på som en beskyttelsesfaktor (Collishaw, et. al, 2007).

Det kan være flere faktorer som spiller inn for utviklingen av resiliens, i følge Borge (2010). Individuelle faktorer, som robusthet, arvelige belastninger i slekten, fravær av komplikasjoner i svangerskap, lett temperament og sosiale faktorer. Noen barn er det lettere å komme i samspill med, som igjen kan danne positive sirkler og legge grunnlag for relasjoner senere i livet. Beskyttelsesfaktorer vil være en modifikasjon av personens reaksjon i en risikosituasjon. En eller flere faktorer vil virke beskyttende i en situasjon som ellers ville ført til maladaptiv utvikling og symptomer. Werner og Smith (2001) sier om dette at beskyttelsesfaktorer kun er tydelige når de er sammen med risikofaktorer. Beskyttelsesfaktorene blir ofte gitt æren for å legge til rette for resiliensprosessen og overvinne risiko. Det er dermed viktig å påpeke den dynamiske interaksjonen mellom faktorene og den sosiale konteksten barnet er del av. Rutter (2003) hevder at resiliens ikke er absolutt og må sees på som relativt. Dersom omstendighetene forandrer seg, vil også barnet forandre seg.

Resiliensfaktorer er altså faktorer som kan modifisere den negative effekten stress og motgang kan ha, samtidig som det kan være med på å forebygge vansker hos barn av foreldre med psykisk lidelser (Borge, 2010). Disse faktorene kan deles i ulike grupperinger som individuelle, familiemessige og resiliente nettverk. I korte trekk vil disse faktorene bli presentert:

Individuelle resiliensfaktorer betegnes som medfødte ressurser, mestring og selvstendighet, følelse av egenverd, opplevelse av å ha kontroll over eget liv, kreativitet og opplevelse av sammenheng i livet (ibid). Sosial kompetanse beskriver Ogden (2009) som kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig for individet å vedlikeholde relasjoner. Det vil være viktig for barnet hvordan det er i stand til å mestre, tilpasse seg sine omgivelser og ha mulighet til å påvirke sitt sosiale miljø.

Familiemessige resiliensfaktorer beskrives som godt foreldre- barn samspill, spesielt i spedbarnsalder. Sterke slektsbånd, felles verdioppfatning i familien, ritualer, genser, regler. Det vektlegges også at minst en av foreldrene fungerer bra, samt at foreldre tillater hjelp fra andre utenom kjernefamilien (Borge, 2010).

Faktorer som kjennetegner resiliente nettverk er følgende; minst en betydningsfull person som har fulgt barnet gjennom oppveksten, gruppetilhørighet med jevnaldrende og samfunnsstrukturer som støtter personens mestringsstrategier (ibid).

Det er viktig å være bevisst på at sosial kompetanse knyttes til normer og forventninger i det miljøet man befinner seg i. Sosial støtte fra nettverket bidrar til utvikling av god helse (Rutter, 2007). Signifikante andre er viktige mennesker rundt oss bidrar med sosial støtte, der foreldre ikke lenger fungere som støtteperson. Sosial støtte fra signifikante andre er den mest vesentlige miljømessige resiliensfaktoren som kan moderere effekten av motgang (ibid).

I følge Borge (2010) er resiliens et relativt nytt begrep som blir anvendt i psykologien, men et av de viktigste og mest utfordrende emner i dagens psykologi. Dette vil jeg komme videre inn på i oppgaven, etter metode og funn er presentert.

4.0 METODE

Innledningsvis i dette kapitlet vil jeg gjøre rede for valg av metode. Jeg vil beskrive hvorfor jeg synes kvalitativ metode egner seg til denne studien. Videre presenteres vitenskapeteoretisk forankring. Jeg gjør her plass til fenomenologi, hermeneutikk og fenomenologisk - hermeneutiske tilnærming. Videre i kapitlet gjør jeg rede for intervjuet. Deretter utvalg av informanter, gjennomføring av intervju, transkribering, egen forskerrolle, etiske betraktninger, validitet, reliabilitet, generalisering og analyse.

4.1 Valg av metode

Hovedanliggende i denne studien er å få beskrivelse av erfaringer fra en barndom hvor foreldre var psykisk syke under oppveksten. I forskning hevder Malterud (2011) at metoden skal tilpasses formålet. Det vil si at problemstillingen skal være styrende for valg av metode og at man velger den metoden som er best egnet for å belyse den. Kvalitativ metode vurderer jeg som mest passende til dette formålet.

Kvalitative metoder egner seg til å få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver, holdninger, mening, og betydning av hendelser og atferd (Malterud, 2011). Kvalitativ tilnærming blir beskrevet av Dalen (2011), som godt egnet for å få en dypere forståelse av fenomener som knyttes til personer og situasjoner. De kvalitative metodene sikter mot å forstå, ikke forklare, målet er å beskrive, ikke predikere (Malterud, 2011). Forskeren anses som aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen som aldri kan bli fullstendig, men som handler mer om nye spørsmål, enn om universelle sannheter. De fleste kvalitative studier har en induktiv ambisjon (ibid). Denne undersøkelsen vil ha hovedtyngden på en induktiv tilnærming, fra det spesielle til det generelle. Enkeltstående erfaringer kan brukes for å si noe allment. I henhold til Malterud (2011) tar induktiv tilnærming utgangspunkt i de empiriske dataene, såkalt ”bottom – up” perspektiv for å finne svar. Gjennom det empiriske data utvikles nye begreper og kategorier.

Thagaard (2009) hevder at kvalitativ metode er særlig godt egnet, når forskningsspørsmålene er sensitive tema, som betinger et tillitsforhold mellom forsker og informant. Kvalitativ metode kan bidra til å presentere mangfold, slik at en og samme virkelighet kan beskrives fra ulike perspektiv (ibid). Forskeren får av den grunn, stor betydning for hva slags perspektiver og nyanser som kommer frem (Malterud, 2011).

I forbindelse med innhenting av egen data, erfarte jeg nytt behov for å sette meg inn i teori for å få en større forståelse av mitt empiriske materiale. Dette anskueliggjør den hermeneutiske sirkelens bevegelse, fra data til teori og tilbake igjen. Denne vekslingen omtales av Thagaard (2009) som abduksjon, en posisjon mellom induksjon og deduksjon og som beskriver det dialektiske forholdet mellom empiri og data.

4.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Hvilken veier som fører til kunnskap er sentrale spørsmål innen vitenskapsfilosofien. I denne studien er *opplevelse* et sentralt begrep. Hvordan man posisjonerer seg vitenskapsfilosofien har dermed en betydning for hvordan man får svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Kunnskap som søker å gi viten om hvordan verden fremstår for mennesker, betegnes som fenomenologi. Samtidig er tilnærmingen av tema preget av forskers bakgrunn fra praksisfeltet og bringer med seg en forforståelse av tema som kan være utslagsgivende. Hermeneutikk er en måte å forstå og fortolke på, opprinnelig fortolkning av tekst, men har utviklet seg til å bli en metode for å forstå mennesker og deres handlinger (Thornquist, 2003). I denne studien anvendes en hermeneutisk – fenomenologisk tilnærming til studiens problemstilling. Jeg beskriver først fenomenologien, deretter hermeneutikk, for så å komme inn den hermeneutiske -fenomenologisk tilnærmingen.

4.2.1 Fenomenologi

Fenomenologi er erfaringsorientert og kan beskrives som læren om det som kommer til syne, eller fremstår for bevisstheten (Kvale og Brinkmann, 2009).

Edmund Husserl (1859 – 1938) regnes som grunnlegger av fenomenologien og var opptatt av at vi ikke ser og oppfatter fenomener slik de er i seg selv. Navnet fenomenologi kommer av det greske ordet "phai`nomenon" og "logos" som betyr "det som viser seg" og "lære" (Zahavi, 2007). Fenomenet blir tolket gjennom vår bevissthet og vår bevissthet møter fenomenet slik det fremtrer for oss (Aadland, 2011)

Intensjonalitet sier noe om hvilke retning vår bevissthet har. Bare det enkelte mennesket vet hva deres egen bevissthet er opptatt av. Det vi fokuserer på er bestemmende for hvordan verden og det vi fokuserer på fremtrer for oss. Husserl erkjente at vi som mennesker ikke kan erfare andre menneskers bevissthet direkte (Thornquist, 2003). "Levde erfaringer" er et begrep som brukes i fenomenologien om erfaringer som "kommer frem" og får plass i vår bevissthet. Husserls hovedhensikt var å forstå bevisstheten, hvordan verden erfares for subjektet (ibid).

Et særtrekk ved fenomenologien er vår "væren i verden", den verden vi lever til daglig i og som vi har erfaring med kalles livsverden. Livsverden" handler om en naiv, ureflektert verden, som vi tar for gitt og erfarer gjennom våre sanser. Det som bare *er*, som vi ikke tenker over. At vi lever i en verden som har mening og betydning for oss er sentralt i fenomenologien. Det å være i verden, betyr å være sammen med mennesker og forstå mennesker ut i fra deres perspektiv (Thornquist, 2003). " Det er ikke tilstrekkelig å studere et menneske som et naturobjekt, fordi mennesket konstruerer sin egen virkelighet. Av den grunn flyttes oppmerksomheten fra de ytre objekter, til menneskets egne opplevde erfaringer (Zahavi, 2007). Fenomenet blir den opplevelsen mennesket har, slik det fremtrer for vedkommende.

Det er denne "livsverden" jeg søker i intervju med mine informanter. Jeg søker informantenes erfaring med psykisk helse. Ut i fra fenomenologisk tilnærming er hensikten utforske et fenomen eller en hendelse, slik den oppleves av subjektet. Jeg er ute etter subjektive opplevelser, som er rike og fyldige for å utdype min forståelse av fenomenet resiliens hos barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser. Ved å fange opp informantenes beskrivelser av sine opplevelser, kan jeg som forsker få en forståelse av deres livsverden. Lindseth og Nordberg (2004) hevder at det ikke er forskerens oppgave å forklare eller bedømme, men heller forstå informantenes opplevelse.

Som forsker vil også min "livsverden" ta plass i intervjusammenheng, dette henger sammen med at jeg anvender et semistrukturert intervju, som tillater oppfølgingsspørsmål. Fenomenologien setter altså fokus på forskerens og informantens erfaringer (Dalen, 2011). Min hensikt har vært å forsøke å forstå verden, slik informantene har opplevd og beskriver

den, og som Kvale og Brinkmann (2009) presiserer er en slik fenomenologisk tilnærming i ikke- filosofisk forstand svært utberedt i kvalitativ forskning.

4.2.2 Hermeneuetikk

I følge Thornquist (2003) er hermeneuetikk læren om fortolkning. En definisjon kan være ” tolkning av meninger i menneskelige uttrykk” (Malterud, 2011, s.44). Det vektlegges at det ikke bare finnes en sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere måter. Kjente begrep innen filosofisk hermeneuetikk er forståelseshorisont, egne fordommer og hermeneutisk sirkel. Med forståelseshorisont menes våre samlende holdninger, oppfatninger, forventninger vi har på et gitt tidspunkt. Med begrepet fordom er det snakk om vår forforståelse, bakgrunnskunnskap eller åpenhet mot verden. Fordommer er noe vi tar for gitt. Begrepet sier noe om at vi aldri møter noen med ”blanke ark”. Det er naturlig at tidligere erfaringer, følelser, holdninger og verdier er med oss i møte med mennesker (ibid). Med dette menes at vi alltid, allerede har en forutforståelse i forhold til hva vi møter. I følge Gadamer er denne forutforståelsen nøytral og den går forut for en eventuell dom vi feller (Thornquist, 2003, s.142).

Den hermeneutiske sirkel er det mest kjente begrepet innen denne tradisjonen. Sirkelen eller spiralen viser til et viktig fortolkningsprinsipp som går ut på at man forstår delene ut i fra en helhet og omvendt. Når vi ønsker å forstå noe, vil vi nærme oss et fenomen, med spørsmål. Fenomenet selv besvarer spørsmålet, helt eller delvis, som igjen kan føre til nye spørsmål, og på ny gi ytterligere nye svar (Haugesgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2004). Dermed vil vår helhetsforståelse, innlevelse og deltakelse hele tiden endres underveis i prosessen og man får en vedvarende fordypning av egen meningsforståelse (Thornquist, 2003).

4.2.3 Fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming

En hermeneutisk tilnærming tilsier at jeg som forsker har en forforståelse i det jeg møter.

Utgangspunktet i denne studien, med forforståelse, var at noen barn av foreldre med psykiske lidelser har erfart noe i sitt liv, som har fremmet resiliens. I møte med informantene var jeg opptatt av deres livsverden. I dette møte med informantens virkelighet har jeg måtte være villig til å legge min forforståelse til side. Jeg vært opptatt av å få tak i ”innenfra”

beskrivelsen. Først gjennom dialogen i intervjuet, hvor jeg prøver å møte informanten så forutsetningsløst som mulig, får jeg ny kunnskap om å være barn av foreldre med psykiske lidelser. I forbindelse med innhenting av data, erfarte jeg nytt behov for å sette meg inn i teori for å få en større forståelse av mitt empiriske materiale. Dette anskueliggjør den hermeneutiske sirkelens bevegelse, fra data til teori og tilbake igjen. Denne vekslingen

omtales av Thagaard (2009) som abduksjon, en posisjon mellom induksjon og deduksjon, som beskriver det dialektiske forholdet mellom empiri og data.

Ved å etterspørre fordypning i enkelte tema informanten var innom, fikk jeg en mer helhetlig forståelse av situasjonen. Dette kan illustreres med et eksempel fra intervjusituasjonen: Informanten begynner å fortelle: *”jeg husker ikke så mye, jeg tror jeg har dissosiert fra min oppvekst. Jeg har lagt igjen det dårlige og tar med det gode”*. Som forsker fortsetter jeg å spørre; *”Er det noe spesielt du vil trekke frem fra oppveksten som kan ha hatt positiv betydning”*? Informanten fortsetter å fortelle om en episode på natten: *”jeg hadde mareritt, våknet og var redd, ingen var der..”* Som forsker får jeg da en større forståelse, men fortsetter med å gripe tak i delen, hvor jeg er ute etter hva som var av positiv betydning, for å få tak på helheten.

Den hermeneutiske spiral danner her en viktig ramme for oppbygning av oppgaven. Tilgang på informantens livsverden, utgjør et viktig premiss for å utløse nye dreininger av den hermeneutiske spiral. Gjennom dette kan det komme ny kunnskap, som igjen kan bidra til å utvikle nye måter å se på praksisfeltet. Jeg vil videre beskrive dybdeintervju som metode, samt si noe om intervjuguiden jeg anvende i denne studien.

4.2.4 Dybdeintervju som metode

I dette studiet ble dybdeintervju brukt som metode for datainnsamling. Semistrukturert intervju er et annet ord for dybdeintervju, hvor formen har en halv- fast struktur. Kvale og Brinkmann (2009) bruker beskrivelsen semistrukturert livsverden intervju og beskriver det som en planlagt og fleksibel samtale hvor formålet er å innhente informantens beskrivelser av temaet i intervjuet. En definisjon på dybdeintervju kan være *”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomen”* (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 23). Det er en aktiv kunnskapsprosess hvor både forsker og informant er med på å produsere kunnskapen. Gjennom samtale hvor vi spør og lytter, lærer vi folk å kjenne. Slik får vi informasjon om holdninger, erfaringer og opplevelser av den verden informantene lever i (ibid).

4.2.5 Intervjuguide

Som utgangspunkt for intervjuene ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg. 2). Det semistrukturerte intervjuet har en overordnet intervjuguide, men rekkefølgen varierer ut i fra den enkelte intervju situasjon (Kvale, 2010). Intervjuguiden ble brukt som et

styringsinstrument, hvor det ble stilt utfyllende spørsmål til det informantene snakket om. Intervjuguiden var tredelt, innledning, hoveddel og avsluttende fase. I starten av intervjuet ble det kort informert om studiet, min bakgrunn, taushetsplikt og samtykke skjema (vedlegg 3). I den innledende fasen inviterte jeg informanten til å fortelle litt om hvordan livet var i dag. Avslutningsvis ønsket jeg å ivareta hvordan informanten hadde opplevd intervjuet. Informanten kan oppleve en tomhetsfølelse etter å ha utlevert sin historie. En debriefing kan gi informanten en mulighet til å snakke om hvordan intervjuet opplevdes (Kvale og Brinkmann, 2009). Hovedtema i intervjuguiden var laget som et spørsmål, med stikkord til utdyping av tema. Selv om intervjuet skal foregå med åpent sinn, må forskeren holde fast på problemstillingen slik at samtalen blir fokusert og rikest mulig på informasjon (Malterud, 2011).

Rekkefølgen på spørsmålene kan være avgjørende for hvordan informanten åpner seg (Thagaard, 2009). Et kvalitativt forskningsintervju omfatter ofte personlige tema som krever fortrolighet (ibid). Dersom man klarer å inviterer informanten til å dele sine erfaringer i form av å fortelle om konkrete hendelser, kan man klare å få tak i den rikeste kunnskapen (Malterud, 2011). Dette var noe jeg som forsker hadde fokus på i utarbeidelse av intervjuguiden. For å sikre meg at intervjuet ikke ble en samtale som kunne bli overfladisk og generell ønsket jeg å være åpen men fokusert på samme tid. Et kvalitativt forskningsintervju skal ikke være ustrukturert, ifølge Malterud (2011), balansen mellom fleksibilitet og styring kan være en utfordring. Av den grunn opplevde jeg som forsker at intervjuguiden var et nødvendig hjelpemiddel.

4.3 Utvalg av informanter

I rekrutteringsfasen ble det først tatt kontakt via mail, hvor det ble vedlagt invitasjon til deltakelse i studien (vedlegg. 3). Jeg valgte å henvende meg til ulike brukerorganisasjoner som kunne sitte på erfaringer i forhold til tematikken i min oppgave. Det var blant annet *Mental Helse Ungdom*, *Fontenehusene*, organisasjonen *Barn av psykisk syke* og *Forandringsfabrikken*, som er en brukerorganisasjon for tidligere barnevernsbarn. Mange av mailene ble ikke besvart, noen ble henvist videre. Jeg valgte også å følge opp med telefonkontakt hos noen av organisasjonene. Rekrutteringsprosessen var tidkrevende og til tider føltes den nokså håpløs. Kvale og Brinkmann (2009) sier at man skal intervju så mange som nødvendig for å få svar på forskningsspørsmålene. Jeg så for meg 5-8 informanter. Fordi

det skulle vise seg å være vanskeligere å rekruttere informanter enn hva jeg hadde trodde, endte jeg med 5 deltakere.

De 5 informantene som er inkludert i studiet er alle kvinner i alderen 23-35 år, bosatt på Sørlandet og Østlandet. Alle har opplevd å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser. De har i ulikt tidsperspektiv bodd sammen med en eller begge foreldre som har vært syke. Alle har beskrevet mødre med psykiske lidelser. 4 av 5 har også fedre de beskriver som psykisk lidende, men det er stor variasjon i hvilke grad de har bodd med fedrene. Alle informantene har søsken. Kun en av informantene har bodd hele barndommen med sine søsken. De er alle aktive i en brukerorganisasjon i dag. Som voksne har 3 av de 5 fullført utdanning og er i dag etablert i egen familie. To av informantene, som er de yngste, bor alene og har planer om jobb eller utdanning, men bruker dagene som aktive i en brukerorganisasjon pr i dag.

Disse fem informantene ga meg mulighet til å gå i dybden, og få en bred beskrivelse av deres opplevelser av en oppvekst med foreldre med psykiske lidelser. Videre presenteres gjennomføring av intervjuene.

4.4 Gjennomføring av intervjuene

Killen (2009) sier blant annet at psykiske lidelser er tabu i dagens samfunn, noe som øker temaets sensitivitet. Informantene måtte dele informasjon om seg selv og sin familie, som de kanskje ikke vanligvis snakker om. Dette var noe de hadde blitt informert om i invitasjon til deltakelse i studien. Det ble derfor viktig at intervju situasjonen skulle oppleves komfortabelt. Informantene fikk selv velge sted hvor intervjuet skulle foregå. En valgte kantinen på sin arbeidsplass, en et bibliotek, en informant valgte en cafe og to valgte et grupperom tilhørende brukerorganisasjonen de var tilknyttet.

I følge Postholm (2005) kan det være lurt å ha en oppstart samtale før selve intervjuet. Før intervjuet satt i gang fungerte en slik oppstart samtale, om ”vær og vind”, noe som fikk forhåpentligvis både informant og forsker til å slappe mer av. Lydopptaket av intervjuet startet ikke før samtalen om ”vær og vind” var over, noe jeg som forsker i ettertid ser på som litt uhensiktsmessig. Opptakene ble på grunnlag av dette noe korte og i ettertid ser jeg at oppstartsamtales kunne vært nyttig bidrag inn i materialet. Intervjuenes varighet varierte fra 20- 30 minutter.

Informantene skrev under på samtykkeerklæring før intervjuet (vedlegg. 4). De fikk også beskjed om at de kunne trekke seg når som helst. Anonymisering ble presisert, samt at materialet blir slettet da oppgaven ferdigstilles. Intervjuet startet med at jeg lot informanten i korte trekk snakke fritt om sin barndom og hvordan livet var nå. Dette for å komme i gang på en enkel måte. Deretter fungerte intervjuguiden veiledende for intervjuet. Noen ganger måtte jeg spore inn på tema og komme med ulike oppfølgingsspørsmål for å holde tematikken.

4.5 Transkribering

I følge Malterud (2011) er den faktiske hendelsen, det virkelige rådata. I samhandling med meg som forsker og informanten konstrueres en avgrenset versjon av virkeligheten. Jeg gjorde lydopptak av alle intervjuene og opptakene var av god kvalitet. Intervjuene ble transkribert av meg. Ved selv å transkribere får forskeren en nærhet til tekstmaterialet (Kvale og Brinkmann 2009). Jeg lyttet til intervjuene flere ganger og selve transkriberingen ble en repetisjon og gjennomgang av intervjuet. Transkribering betyr å transformere eller skifte fra en form til i en annen (ibid). Jeg så for meg situasjonen hvor intervjuet hadde foregått og hvert intervju ble transkribert tilnærmet ordrett. Allikevel skjer det alltid en forandrening av hendelsen, når muntlig tekst omsettes til skriftlig tekst, også ved ordrett avskrift. Skriver vi akkurat det som blir sagt, får vi ikke nødvendigvis en gjeninnlevelse av det som ble hørt (Malterud, 2011).

Arbeidet med transkriberingen var mer omfattende enn hva jeg hadde forestilt meg. Intervjuene ble transkribert kort tid etter de var gjennomført. Det ble tydelig markert hvem som sa hva, intervjuer og informant. Personer og steder ble anonymisert. Lydopptaket hadde en varighet på ca. 2 timer og selve materialet som var transkribert utgjorde 15 sider, med skriftstørrelse 12 og halvannen linjeavstand.

Transkribering er ikke en passiv og teknisk prosess, men i en ulik grad noe som inngår i en analytisk prosess (Malterud, 2011).

4.6 Egen forskerrolle

Menneskelige faktorer spiller en rolle gjennom hele forskningsprosjektet (Malterud, 2011). Min forforståelse er preget av mine erfaringer fra yrkes- og privatliv. Gjennom et langt

arbeidsliv innenfor Barnevern og Barne – og Ungdomspsykiatrien, har jeg møtt mange familier som har erfaringer med psykiske lidelser. Gjennom privatlivet har jeg erfaring fra å være del av en familie, både i min oppvekst og nåværende familie. Mitt menneskesyn vil påvirke det jeg gjør og hvordan jeg møter mine informanter. Et humanistisk menneskesyn ligger til grunn. Hvor min tanke er at mennesket er godt, fornuftig og med fri vilje. Alle mennesker er likeverdige og har derfor de samme grunnleggende rettigheter (Barbosa daSilva, 2006).

Det var en ny erfaring for meg å intervju personer uten å være i en veilederrolle. Jeg har mye erfaring fra terapeutiske samtaler noe som kan ha vært nyttig for at informanten følte seg trygg i intervjuet. For å unngå at samtalen ble terapeutisk, bevisstgjorde jeg meg forskjellen. Formålet med terapeutisk samtale er å få personen til å forandre seg, i mens formålet med forskningsintervjuet er å innhente kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2009). Gjennom å lytte til lydopptakene i ettertid kan jeg høre at jeg får mer erfaring i takt intervjuene jeg gjennomførte. Som for eksempel at jeg ble mer konkret på hva jeg etterspurte. Jeg fikk langt mer presise svar på temaet i takt med antall intervju jeg gjennomførte. Jeg brukte også kortere tid på intervjuene og var mer rett i ”kjernen ” av tema etter de to første intervjuene var gjennomført.

Kvale og Brinkmann (2009) viser til at verken forskningsintervjuet eller en terapeutisk samtale kan være likestilte parter. Maktforholdet er asymmetrisk. Makten er der selv om det ikke utøves med overlegg. Det fordrer at jeg som intervjuer reflekterer over hvilken rolle makten har. Ved at jeg som forsker definerer tema og spørsmål innehar jeg makt i intervjusituasjonen. Dette kan få konsekvenser for kunnskap som produseres. Informanten kan møte makt med mot-kontroll , ved eksempelvis å holde informasjon tilbake eller snakke utenom tema (ibid).

Noen stikkord for kvalifikasjonskriterier hos intervjuer er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) strukturerende, styrende, klar, vennlig, kunnskapsrik, følsom, og kritisk. Under selve intervjuet prøvde jeg å være mest mulig bevisst på dette. Jeg opplevde meg både som trygg og fri i rollen som forsker og intervjuer, men erfarte i det ene intervjuet en mer forsiktighet ovenfor informanten. Denne informanten var langt yngre enn meg, hun virket nervøs og jeg oppfattet vedkommende som sårbar. Dette gjorde noe med måten jeg forholdt meg på til denne informanten. Jeg merket jeg lot henne snakke mer fritt, var bevisst på å ikke presse henne for å utdype vanskelige tema, fordi jeg så hun hadde det vanskelig når hun snakket om sin barndom. Dette har jeg i ettertid relatert til det asymmetriske maktforholdet. I etterkant av

dette intervjuet tok jeg meg god tid til å snakke om hvordan hun hadde opplevd dette og forsikret meg om at hun så ut til å ha det bra, før vi gikk hvert til vårt.

Forholdet mellom forsker og informant er et subjekt- subjekt forhold som kan bety at begge parter påvirker forskningsprosessen (Thagaard, 2009). Det kan også være en asymmetri i forholdet mellom meg som forsker og informant. Temaet i intervjuet berørte meg og i etterkant av alle intervjuene følte jeg meg preget av historiene jeg hadde hørt. Jeg følte stor respekt og takknemlighet for at de delte med meg. Noe som har medført et stort ansvar for å presentere det informantene fortalte, så riktig som mulig, samtidig som jeg ivaretar deres anonymitet.

4.7 Etiske betraktninger

Etikk handler om hva som er rett og galt og forskningsetikken er grunnleggende for all vitenskapelig praksis (Thagaard, 2009). Kvale og Brinkmann (2009) hevder det finnes retningslinjer for hva som kan gjøres innen forskning og viser spesielt til tre hensyn å ta da man forsker på mennesker. Disse etiske hensyn er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. Det informerte samtykke ble utarbeidet og sendt pr mail i forkant av intervjuet. Dette ble gjennomgått og signerte i intervju situasjon.

Opplysninger som ble gitt av informanten er behandlet konfidensielt og anonymisert i all tekst. For å ivareta de etiske aspekter er ikke virkelige navn gjengitt. Thagaard (2009) sier det er viktig at informanten blir presentert slik han eller hun fremstår for forskeren, samtidig som identiteten blir holdt skjult. Intervjuene ble tatt opp på lydfil, som ikke var tilknyttet et nettverk. Det transkriberte materialet, samt lydfiler, som ikke inneholder navn, blir oppbevart i låst skap og destruert etter oppgavens innlevering.

Konsekvenser som minner og psykiske belastninger bør tas hensyn til i intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009). Det kunne være belastende for informantene å snakke om tema fra egen barndom. Som forsker og en yrkesbakgrunn som har gitt mye erfaring i å snakke om sensitive tema, forsikret jeg meg om at informanten hadde det ok etter intervjusituasjonen. De fikk også tilbud om å kontakte meg i etterkant ved behov.

Prosjektet ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste før oppstart av intervjuene (vedlegg. 5). Deltakelsen var frivillig, samtykke var underskrevet, men informantene kunne trekke seg når som helst, også etter intervjuet var gjennomført.

4.8 Validitet, reliabilitet og generalisering

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er validitet og reliabilitet i kvalitative studier nært knyttet til etikk. Validitet er styrken og riktigheten i valg av metode, det vil si om metoden som er brukt er egnet til å undersøke det som er undersøkt (Kvale og Brinkmann, 2009). I denne studien ville jeg få tak i enkelt individets erfaring hvordan det var å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser. Et punkt som styrker validiteten er at intervjuet tas opp på bånd og at forsker redegjør for prosessen til ferdig utskrift (Dalen, 2011).

Reliabilitet handler om studiens troverdighet. For at andre skal kunne reprodusere studien må prosessen være beskrevet (Kvale og Brinkmann, 2009). Troverdighet handler derfor både om hvordan datainnsamlingen er utført, hvordan analysen og fortolkning av dataen er gjort og hvordan det blir presentert. Som forsker må jeg overbevise leseren om at forskningsprosessen er gjort på en god måte. Grad av troverdighet i kvalitativ forskning henger også sammen med hvor erfaren forskeren er (ibid). Forskere som har liten erfaring anbefales å følge en detaljert analyseprosedyre (Malterud, 2011). Fordi jeg er ny som forsker valgte jeg å følge analysemetoden *systematisk tekstkondensering* trinn for trinn. Dette bidro til å sikre fremgangsmåten og kritisk kunne vurdere forskningsfunn.

Studiens troverdighet kan videre knyttes til i hvor stor grad resultatene av den kan overføres til andre situasjoner (Kvale og Brinkmann, 2009). For å oppnå reliabilitet må fremgangsmåten ved innsamling og i analysen kunne utføres nøyaktig på samme måte av noen andre (Dalen, 2011). I kvalitativ forskning er ikke alltid dette like enkelt å etterkomme fordi forskeren selv spiller en stor rolle. Kunnskapen som utvikles i intervjuet er ofte lokal og kontekstuell.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) vil det si at kunnskapen som kom frem akkurat da i det møtet, mellom akkurat meg som forsker og den enkelte informant, på det tidspunktet i det stedet vil ha betydning for hvordan data utvinnes. Jeg kunne ha benyttet andre analysemetoder og jeg kunne ha lagt et annet teoretisk rammeverk til grunn. En annen forsker ville ha kommet frem til andre funn. Det viktigste, sier Malterud (2011), er hvorvidt leseren, gjennom å ta på seg «mine briller», kan se det som jeg har sett.

4.9 Analyse

Analysen skal kunne gi leseren mulighet til å følge med frem mot resultatet. For å nå dette målet har jeg i denne studien valgt å benytte fenomenologisk analyse, såkalt systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011). I systematiske tekstkondensering ligger det til grunn en

anerkjennelse om forskerens medvirkning i alle ledd av kunnskapsutviklingen. Systematisk tekstkondensering har som formål å utvikle kunnskap om informantenes erfaring og livsverden. Hensikten er å organisere, fortolke og sammenfatte datamaterialet slik at data og resultat henger sammen (ibid).

Malterud (2011) hevder at i transkripsjonen renses rådata. Derifra starter trinn 1. med å danne seg et helhetsinntrykk av materialet. I dette trinnet er det viktig å sette forforståelsen i parentes, for å stille oss åpne for de inntrykk materialet formidler (ibid). Etter å ha lest gjennom det transkriberte materialet for å bli godt kjent med informantenes stemme, oppsummerte jeg foreløpige temaer.

Jeg kom frem til tre temaer, som jeg ga midlertidige navn. Disse var: *egne strategier*, *betydningsfulle andre*, og *egne ressurser sett i sammenheng med oppveksten*. Disse temaene var ikke helt sammenfallende med intervjuguiden, noe Malterud (2011) beskriver som tegn på kreativ analyse. Dersom det ville vært store likheter, kunne det vært tegn på at forforståelsen ble fulgt, mer enn å være våken for nye mønstre (ibid).

Videre kategoriserer Malterud (2011) trinn 2. som å identifisere meningsdannende enheter. Ut ifra de generelle inntrykkene jeg fikk i trinn 1, gikk jeg nå dypere inn i materialet. Setning for setning i de ulike intervjuene ble gjennomgått for å identifisere og sortere meningsenheter. Tekstbitene, de meningsbærende enhetene, var både korte og lange. I følge Malterud (2011) er det bedre å ta med litt for mye enn for lite i denne delen av prosessen. Jeg hadde hvert tema i bakhodet da jeg igjen leste materialet og begynte å systematisere, med ulike farger. Dette kalles koding og dette arbeidet kan sammenlignes med sortering (ibid). Andre trinn i analyseprosessen var en møysommelig «frem og tilbake- prosess».

Trinn 3; abstrahere innhold i meningsbærende enheter, vil si å skille ut innholdet i de meningsbærende enhetene, gjennom å fortette innholdet (Malterud, 2011). De meningsbærende enhetene var nå sortert i hver sin kode. En av kodene var for eksempel *betydningsfulle andre*, jeg tok for meg denne og gikk så gjennom de meningsbærende enhetene med tanke på å finne ulike aspekter eller nyanser i det informantene hadde sagt om andre mennesker og relasjoner. Når jeg fant ulike dimensjoner, sorterte jeg disse i undergrupper. Under koden *betydningsfulle andre*, fant jeg det meningsfullt å sortere i undergrupper, som *familien*, *offentlig hjelpeapparat* og *øvrige nettverk*. Fordi man som forsker vil tolke materialet ut i fra eget perspektiv, anbefaler Malterud (2011) at andre leser gjennom

teksten. Jeg fikk i denne fasen en medstudent til å lese gjennom materialet og komme med innspill.

Det siste og 4 trinn; sammenfatte betydningen av innholdet. Her er målet å sammenfatte betydningen, bitene skal settes sammen igjen. Malterud (2011) sier en viktig del av dette trinnet er å vurdere om mine funn stemmer overens med sammenhengen jeg har hentet den ut ifra. På dette trinnet ble koder til kategorier og fikk overskrifter fra datamaterialet. For hver kategori laget jeg en sammenfatning som skulle gjenfortelle hva kategoriene handlet om og inneholdt. Et eksempel på dette er den ene kategorien som var *egne strategier*. Her var for eksempel tema *løsningsfokus, destruktiv atferd, og evne til åpenhet*. Noen ganger kunne jeg se at innholdet i disse underkategoriene gikk over i hverandre og ikke lenger kunne klassifiseres som egne underkategorier.

Et eksempel på hvordan jeg arbeidet med tema, koder og undergrupper vises i tabell (vedlegg. 6).

På dette stadiet satt jeg igjen med tre hovedkategorier, en med underkategorier. Videre i neste kapittel presenteres disse som funn. I følge Malterud (2011) skal sitater brukes med omhu, har vi flere sitater som forteller det samme, bruker vi det som har en tydeligst stemme til det vi skal si noe om. De delene av det opprinnelige materialet som jeg har valgt å legge til grunn når jeg skal svare på problemstillingen, har vært gjennom en grundig analyse, så også de sitater jeg presenterer. Jeg har valgt å ta med mange, fordi sitatene beskriver viktige områder av de kategorier jeg har funnet. Jeg opplever også at jeg ved dette presenterer informantens stemme og teksten blir mer ærlig.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

Helhetsinntrykket da informantene beskrev sine erfaringer ble knyttet til tre tema. Gjennom analyse prosessen i trinn 1 og 2, basert på de tema og koder som ble identifisert, ble det utviklet 3 kodegrupper. Disse er som følger; (1) *Betydningsfulle andre*, (2) *Egne strategier*, og (3) *Egne ressurser på grunn av oppveksten*.

Videre i dette kapitlet vil kodegruppene presenteres som funn, med underkategorier.

Overskriften til de ulike grupperingene har jeg valgt å presentert etter utsagn fra informantene. Jeg har valgt utsagn, som jeg mener får frem informantens stemme på en relevant måte til hva kapitlene skal omhandle. Som (1) *"Jeg fikk noen som brydde seg på ekte"* - betydningsfulle relasjoner, (2) *"Jeg hadde et hemmelig gjemmede"* - egne strategier, og (3) *"Jeg har lært mye av å måtte ta ansvar"* - livserfaringer som ressurs.

Sitat skal gjengi essensen ved det informantene formidlet og er skrevet i kursiv. Sitater benyttes for å gyldig gjøre at tolkning er gjort med utgangspunkt i hva informanten har sagt (Kvale og Brinkmann, 2009). De utvalgte sitatene vil i noen tilfelle bidra til å representere noe av mangfoldet hos informantene, eller i noen tilfelle sammenfatte hva flere informanter var opptatt av. I fremstillingen vil resultatene presenteres vekselvis som sitat og fortolkning. Fortolkningen er ment å bringe forståelsen et nivå utover selvforståelsen (ibid).

5.1 "Jeg fikk noen som brydde seg på ekte" - betydningsfulle relasjoner

Denne kodegruppen omhandler betydningsfulle personer i livet til barna, som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser. Alle informantene har fortalt noe om forhold til egne foreldre, men det er de betydningsfulle andre som fremtrer som noe som kan ha gjort en forskjell i barndommen. Dette er i hovedsak relasjoner utenom den biologiske kjernefamilien. Videre vil jeg presentere funn vedrørende de betydningsfulle andre, i underkapitler (1) *Familie*, (2) *Offentlig hjelpeapparat*, og (3) *Øvrig nettverk*.

5.1.1 Familie

En av informantene har bodd med sin biologiske kjernefamilie gjennom hele oppveksten.

Denne informanten viste at mor var syk og det var en åpenhet omkring sykdommen, som denne informanten mener har hatt betydning for hennes oppvekst. Hun formidler en trygghet i familien til tross for at moren var mye syk. Om dette sier hun:

Jeg viste liksom det jeg trengte å vite, det var slik det var. Hun var deprimert i perioder og fikk et drag over ansiktet, ble sløv. Var på gråten hele tiden, jeg lot henne gråte. Av og til dro pappa igjen skyvedøra til kjøkkenet, da måtte de prate sammen fordi mamma var lei seg. Det var jo kjedelig at mamma var lei seg. Samtidig husker jeg det som trygt fordi pappa tok seg av henne. Det var liksom de to, pappa trøstet henne liksom.

Denne informanten beskriver en far som bidrog til å opprettholde familiens flyt, spesielt i de perioder mor var syk. Noe hun mener har hjulpet henne til å ha en stabil barndom. Ved at far opprettholdt kontinuiteten, kan det ha vært lettere for barna i familien å håndtere mors psykiske lidelse. De øvrige informantene har tidvis bodd med andre enn sine foreldre og søsken. Alle informantene forteller om en oppvekst hvor psykiske lidelser har tatt stor plass. I forskningsspørsmålene var hensikten å få frem hva som hadde vært av betydning som barn. Noen av informantene hadde vanskelig for å komme med konkrete beskrivelser og kom da med eksempler på episoder fra barndommen. Informantene forteller om episoder i oppveksten som kan være stressende for barn. Et eksempel på en slik hendelse ble fortalt slik:

Jeg visste ikke at det ikke var normalt hos mamma. Det er jo klart...Det var mange ganger jeg våknet midt på natta, hadde mareritt og sånn, å ingen var der til å trøste. Der og da tenkte jeg ikke det var noe galt.

Mye av samspillet innad i familien har blitt beskrevet med negative opplevelser, til tross for at denne studien ønsket de positive erfaringene. Et inntrykk er at de der og da ikke alltid opplevde hendelsene med foreldrene som noe unormalt, men ser i ettertid at det ikke var helt bra. En informant reflekterer over dette og sier:

Det er akkurat som jeg er der for de sin skyld, ikke de for meg.

Denne informanten formidler at hun synes det er vanskelig at hun blir brukt som den fortrolige i deres relasjon. Hun uttrykker et ansvar, som hun til tider synes det er tungt å ha. Samtlige informanter forteller om en oppvekst med søsken. Det er i ulik grad de har vokst opp i samme hjem, men alle har kontakt med sine søsken i dag. Gjennom forskningsspørsmål hvor interessen var å få frem hvilken erfaring som hadde hatt særlig positiv betydning, ble søsken omtalt som betydningsfulle. Dette kan være fordi de i stor grad opplevde de samme utfordringer i barndommen. De har søkt støtte i hverandre. Samtidig som det kan se ut som de med yngre søsken har tatt mye ansvar, noe som også blir beskrevet som en belastning til tider. En av informanten forteller:

Jeg viste jeg ikke måtte, men jeg klarte ikke å la vær. Når du ser brødrene dine sitte med en bleie som ikke har vært skiftet de siste 8 timene, så klarer du ikke, å ikke gjøre noe. Hvis brødrene dine ikke har fått mat, når du spør om de har spist og de sier nei. Da klarer du ikke å gjøre annet enn å gi de mat.

Informanten uttrykker at hun mer eller mindre ble presset inn i en rolle, hvor hun måtte ta ansvar.

Et gjennomgående funn i materialet er omsorgen informantene viser ovenfor sine foreldre. Flere omtaler hendelser i barndommen, som noe som ikke var bra for et barn å oppleve. Allikevel fremkommer ikke bitterhet og skam da de omtaler sin kjernefamilie. Dette funnet kan oppsummeres i et utsagn fra den ene informanten:

Jeg har lagt igjen det dårlige og tar med det gode. Slik jeg ser det, er det det som har gjort meg til den jeg er i dag.

5.1.2 Offentlig hjelpeapparat

Det fremgår i materialet at kontakten med det offentlige hjelpeapparat har vært lite betydningsfullt for informantene i denne undersøkelsen.

Med unntak av en informant, har de fleste hatt hyppig kontakt med ulike hjelpeinstanser, som barnevern, barne- og ungdomspsykiatrien og helsesøster. Allikevel blir de profesjonelle hjelperne i liten grad omtalt da informantene blir spurt om hva som kan ha hatt en betydning da de ser tilbake på barndommen. Noen av informantene undret seg over fraværet av støtte fra

det offentlige hjelpeapparat, og var svært kritisk til den oppfølging de hadde fått. Denne undersøkelsen omhandler hva som fremmer resiliens og et utsagn belyser dette. I tråd med forskningsspørsmålene, kom det frem hendelser som hadde hatt spesiell betydning i oppveksten. En informant kan fortelle om en psykolog som utmerket seg:

”En psykolog i BUP (Barne – og Ungdom Psykiatrien) hjalp meg mye. Før det hadde det alltid vært psykologer som har fokusert på diagnoser og utredning. Jeg har prøvd å jobbe med spiseforstyrrelsen eller ditt og datt...men med han siste sa jeg at jeg ikke ville ha noe diagnose, men hjelp til å takle følelser. Så han hjalp meg mye med å snakke om hvordan jeg hadde det. Det er greit å ha noen utenfor”.

Informanten beskriver møte med denne psykologen annerledes enn hva hun hadde opplevd tidligere. Det ble lagt vekt på at hun fikk snakket om hvordan hun hadde det, og at dette opplevdes godt for henne der og da. I motsetning til tidligere hvor hun hadde opplevd et hjelpeapparat som fokuserte på utredninger og diagnoser.

5.1.3 Øvrig nettverk

Flere av informantene kan fortelle om betydningsfulle andre, foruten familie og offentlig hjelpeapparat. Dette kan være en mor til en venn, en barnehage ansatt, en dame som kom på besøk og venner. Det kan se ut som flere av informantene undrer seg over skolens betydning i ettertid. En av informantene sier dette:

Jeg har nok fortrengt endel, men jeg tenker mest på lærere, at de ikke tok tak i ting. Jeg kunne stå i klasserommet å kaste stoler, spytte på læreren, en unge i 3. Klasse tør jo ikke det. Hvorfor gjorde jeg det, jo for all oppmerksomhet er god oppmerksomhet for meg som barn.

Flere forteller om viktige støttespillere som besteforeldre, tanter og venner av familien. Det er et funn i denne studien at det ser ut som alle informantene har hatt noen betydningsfulle mennesker i sitt nettverk. En informant forteller fra tidlig barndom om en barnehageansatt, som ivaretok henne da foreldrene var syke:

Jeg har hatt et besøkshjem fra jeg var to år. De nektet å ta betalt. Det visste jo ikke jeg før jeg var stor, men det viser jo at de gjorde det fordi de ble glad i meg. Jeg fikk noen som brydde seg på ekte.

Disse menneskene har utmerket seg for denne informanten, som forteller videre at de fortsatt har kontakt i dag. Det kan virke som det er gjort en innsats som i utgangspunktet ikke var forventet, som hun i ettertid ser har betydd mye. Det at de ikke har tatt seg betalt understreker for denne informanten hvor betydningsfullt dette har vært for henne.

En annen informant forteller om en betydningsfull dame hun fikk kontakt med:

Jeg har hatt et sånt menneske som tok meg med ut en gang i uka. Hun var et veldig godt menneske. Jeg fikk støtte, hun skjønte meg og var liksom på min side. Hun har jeg kontakt med ennå.

Det at informantene og den betydningsfulle damen fortsatt har kontakt presiserer informanten som noe betydningsfullt. Hun uttrykker at dette oppleves som en ekte relasjon, til tross for at denne hjelperen kom inn i informantenes liv som en støttespiller.

5.2 ”Jeg hadde et hemmelig gjemmested”- egne strategier

Denne kodegruppen omhandler egne strategier. Hvordan håndterte informantene hverdagen, og hadde de en strategi som gjorde livet enklere å takle?

En informant forteller om dette:

Jeg gikk rundt og var blid hele tiden. Fordi alle andre hadde det vondt rundt meg. Så ville ikke jeg vise at jeg hadde det vondt jeg også. Så strategien min var å gå rundt å være blid hele tiden, og ta vare på alle andre. Det var min måte å takle det på.

Denne informanten væremåte ble å ha en maske, som den blide. Et annet eksempel på en strategi kan være å oppsøke aktiviteter utenfor hjemmet. Slik som denne informanten forteller:

Jeg var 13 år og ville leve livet mitt. Jeg begynner å drikke, jeg begynner å røyke, drar på fester, overnatter, er ute og gjør mange dumme ting.

Denne informanten omtaler seg selv som ”rebell” i ungdomsårene. Hun unngikk å være hjemme hvor det var vanskelig og søkte tilflukt i miljøer hun der og da syntes var spennende, men i ettertid ser var negative for henne. En strategi som dette kan beskrives som ”å stikke hode i sanden”, man får avstand til det vanskelige gjennom andre opplevelser. Noen av strategiene var til dels alvorlige og fikk konsekvenser videre i livet. Felles for de som forteller om destruktive handlinger, er at de i ettertid ser en sammenheng med hvorfor de gjorde dette, men der og da kan det virke som en flukt fra en vanskelig tid og et rop om hjelp. En av de yngste informantene beskriver et liv i dag, som fortsatt er preget av selvdestruktive handlinger, hun forteller det slik:

Fra jeg var 14 år har det vært masse selvmordsforsøk, men mest rømninger, som ikke gikk så langt...det var ganske konstant. Jeg prøvde å få spiseforstyrrelser og det hjalp ikke. Så begynte jeg å skade meg, da begynte de å reagere. Så jeg skjønnte at jeg ikke kunne slutte å skade meg, for da ville de slutte å bry seg.

Denne informanten har fortalt om dramatiske selvdestruktive handlinger i forkant av å få hjelp. Det kan være nærliggende å tenke at noen av disse handlingene har vært en slags strategi for at noen rundt henne skal reagere.

Informantene har ulike måter å takle foreldrenes psykiske lidelser på. Et fellestrekk kan være at de formidler en form for maktesløshet ovenfor foreldre som er syke. Vanskelighetene til informantene varierer og kommer til uttrykk på ulike måter. En sier hun ikke hadde noe strategi og bare godtok det som det var. Det kommer også frem at barndommen for flere av informantene opplevdes som normal der og da, men i ettertid har de skjønnet at noe var unormalt. Om dette ble det blant annet sagt:

Unger er jo så flinke til å skjule ting, jeg ser i ettertid at jeg ikke hadde det så bra, kanskje jeg ikke engang skjønnte at jeg hadde det vondt.

Det var på en måte bare slik, jeg tror ikke jeg hadde noen strategi, jeg lot henne bare gråte.

En annen informant forteller at hun trakk seg unna og hadde et hemmelig gjemmested:

Jeg husker at mamma gråt masse og ble sint hvis jeg spurte hva det var som var i veien. Jeg hadde et hemmelig gjemmested. Så jeg gikk i kjelleren og satt bare i rommet under å hørte,- når er mamma ferdig å gråte?

Dette utsagnet kan tolkes dithen at hun beskyttet seg selv, ved å gå til sitt gjemmested. Det er mulig å tro at hun i dette tar vare på seg selv, ved å gå fysisk vekk i fra mammas gråt.

5.3 ”Jeg har lært mye av å måtte ta ansvar”- livserfaringer som ressurs

Denne kodegruppen omhandler egne ressurser sett i sammenheng med oppveksten. Et fellestrekk som utpekte seg i dette tema har vært selvstendighet. Dette vises i følgende sitater:

Jeg var jo kjempeselvstendig. Fra jeg var fem år lagde jeg matpakke til barnehagen, kokte kaffe til mamma om morran...slike ting. Jeg ble ofte glemt å henta i barnehagen. Det er jo sånt som har preget meg som voksen. Jeg har lært mye og måtte ta ansvar. Det var liksom bare sånn...også ting som ikke var bra for barn da.

De fleste ser i ettertid en sammenheng med hvem de er som voksne, egne ressurser de setter pris på, til tross for at dette kunne oppleves som utfordringer som barn. Et funn her er at desto eldre informantene var, jo mer setter de sine opplevelser i sammenheng med positive ressurser de har fått med seg i livet. Videre forteller en deltaker at erfaringene fra barndommen har gitt henne en indre styrke.

Jeg vet hvordan jeg skal overleve, det er en veldig positiv ting. Jeg er en trygg person for de rundt meg. De fleste vennene mine sier det. ”Du er så trygg, du tar vare på de du er glad i”. Det er jo en god attest å få.

Å ta tidlig ansvar settes i samsvar med å bli selvstendig for flere av informantene. Den ene deltakeren fortalte at hun bidro med endel praktisk for moren.

”Jeg ble jo sendt i butikken og kunne ruta i blinde. Jeg gikk der fra jeg var 6 år, det var greit, helt fint det”.

Denne informanten presiserte at det praktiske hun bidro med var ”helt greit”. Informantene beskriver seg selv som ansvarsfulle og gjorde ting på egenhånd fra tidlig alder. De formidler et ønske om å ta ansvar. Noen ganger måtte eget ansvar til for å få dekket behov. Et eksempel på dette kommer i følgende utsagn:

Fra jeg var nokså liten hadde jeg eget nummer til Peppes Pizza. Så jeg ringte å sa jeg skulle ha det samme...Da fikk vi kjøpt pizza på krita.

I materialet ser jeg tydelige likheter hos informantene, som små selvstendige personer. Jeg ville kanskje trodd ensomhet var noe som ble mer fremtredende funn. Dette kommer ikke frem, derimot kan det virke som mange av erfaringene har gjort de til sterke voksne individer. Den ene informanten setter dette i sammenheng med at hun følte seg ivaretatt:

Det at jeg har hatt noen trygge voksne i livet har gjort at jeg har klart meg så bra, at jeg ikke har følt meg alene, at jeg har kunnet følt meg som en unge.

Denne informanten beskriver vanskeligheter i relasjonen til sine foreldre, allikevel opplever hun å ha blitt møtt på ulike behov av andre voksne personer.

Selvstendighet og evnen til å ta ansvar er gjennomgående temaer. Dette oppsummeres slik av en informant:

Jeg tenker sånn at alt jeg har opplevd er positivt. Ikke i den forstand at det var positivt, men det har gjort meg kjempeselvstendig.

Denne informanten gjorde mye på egenhånd, fra tidlig alder, også for å få dekket egne primærbehov som å få mat. På den ene siden uttrykker denne informanten mange negative opplevelser med foreldrene sine, samtidig som hun i retroperspektiv uttrykker det positivt.

5.4 Sammenfatning av funn

Funnene bygger på beskrivelser av en oppvekst hvor foreldre hadde psykiske lidelser. Målet var å få tak i opplevelser gjennom dette som knyttes til resiliens. Historier som kunne si noe om hva som kan bidra til å fremme resiliens, til tross for et oppvekstmiljø preget av psykiske lidelser. Det kommer frem i funnene at alle informantene har hatt noen betydningsfulle voksne rundt seg. Der ikke foreldrene har vært de mest betydningsfulle, ser det ut som familie har fått en viktig plass i livet til disse barna. Samtidig er et gjennomgående funn den gode omsorgen informantene viser ovenfor sine foreldre, både i nåtid og det de forteller fra barndommen. Personer i øvrig nettverk utpeker seg som viktige støttespillere i informantenes oppvekst. Noen de ikke hadde forventet, ble betydningsfulle gjennom oppveksten. Det offentlige hjelpeapparatet, som er ment til å kunne og bidra, ser ikke ut til å ha hatt noe betydningsfull rolle for disse barna. Det kom frem ulike former for egne strategier for å takle hverdagen som barn. Det gikk igjen i materialet at informantene ikke tenkte på dette som beviste strategier som barn, men i ettertid reflekterer over at dette var noe som fungerte for de der og da. Selv om denne studien i utgangspunktet skulle se etter virkningsfulle strategier, kom det overraskende mange destruktive strategier frem. Til tross for mye ansvar som barn, ble selvstendighet et gjennomgangsfunn. Selv med erfaringer i oppveksten som var utfordrende, ser de at dette har vært en positiv betydning senere i livet. Et hovedfunn er at informantene opplever at barndommen har gitt de noen ressurser. De uttrykker en positiv måte å se på livet i dag, en slags livsvisdom sett i sammenheng med oppveksten.

6.0 DRØFTING

Hensikten med denne studien er å søke innsikt av forhold knyttet til resiliens hos barn hvor foreldre har en psykisk lidelse. Resultatene blir drøftet med utgangspunkt i problemstillingen; *Hva kan fremme resiliens hos barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser?*

Som utgangspunkt for å kunne belyse problemstillingen har jeg valgt å løfte empirien opp til to hovedtemaer ved å anvende den hermeneutiske spiral. Jeg har foretatt en ny omdreining i den hermeneutiske spiral ved å fortolke empiriens temaer i lys av den helheten som fremkom i funnene. De to forholdene jeg ønsker å drøfte er: 1) *Hvordan kan vi møte barn som pårørende på en måte som fremmer resiliens?*, 2) *Betydningen av ansvar i utviklingen av resiliens*. Avslutningsvis under hvert av forholdene, kommer det en kort oppsummering.

Ved å tolke empirien i lys av teori, vil også implikasjoner for praksis beskrives underveis i drøftingen. Samtidig som det oppsummeres avslutningsvis i kapitlet.

Det er beskrivelser av barnets erfaringer som er i fokus. Jeg ser det naturlig at familieperspektivet blir berørt da informantene vokser opp i en familiekontekst. I henhold til Bronfenbrenner (1979) sin teori relaterer informantenes beskrivelser seg på alle nivåene: mikro, meso, ekso og makronivået. Drøftingen vil berøre de ulike nivåene. Alle beskrivelsene representerer informantenes subjektive erfaringer. På grunn av den store kompleksiteten i forholdene som studeres, vil det være vanskelig å gå i dybden på alle forhold. Jeg har derfor prioritert å gå i dybden på noen aktuelle forhold, vel vitende om at dette kan gå på bekostning av andre aspekter ved materialet. Helt til slutt i dette drøftingskapitlet blir styrker og svakheter med studien beskrevet

6.1 Hvordan kan vi møte barn som pårørende på en måte som fremmer resiliens?

Når informantene i denne studien forteller om en oppvekst med foreldre med psykiske lidelser, har det å møte noen betydningsfulle visst seg å være noe som fremmer resiliens. Det har vært betydningsfulle mennesker i deres nære liv og på andre arenaer i livet. Jeg vil videre

drøfte betydningen av *hvordan* barn som pårørende blir møtt, hvordan dette kan bidra til å fremme resiliens og hvilken betydning dette har for praksis.

Jeg har valgt å vinkle, hvordan vi kan møte barn som pårørende, fra 3 ulike hold, og delt dette i underkapitler:

- 1) *Hvordan medvirke til at foreldre støttes, for å styrke mulighet for resiliens hos barn?*
- 2) *Hvordan kan nettverket støttes for å styrke barnas resiliens? Og 3) Fokus på det direkte møte med barna.*

6.1.1 Hvordan medvirke til at foreldre støttes, for å styrke mulighet for resiliens hos barn?

Foreldre og kjernefamilien har en sterk påvirkningskraft på barns utvikling, og kan utgjøre en ressurs for utvikling av resiliens (Kvelling, 2010). Dette er miljø barn ferdes i daglig og beskrives av Bronfenbrenner (1979) som mikrosystemet. Informantene i denne studien forteller om bånd som er knyttet til foreldrene og nære relasjoner. Tilknytningsteori tar for seg utvikling av samspill med nære omsorgspersoner, først mor, ifølge Bowlby, senere de andre som far, søsken og besteforeldre (Smith og Ulvund, 1999). Denne utviklingen blir lagret som indre arbeidsmodeller hos barnet, noe de tar med seg videre i voksenlivet (ibid). Gode foreldre – barn samspill i spedbarnsalder kan være medvirkende faktorer for barn som greier seg på tross av utfordringer (Killen, 2009).

I tråd med dette vil det være viktig å støtte foreldre i samspill med sine barn og bygge opp under deres mestring av foreldrerollen. Foreldrerollen kan være vesentlig i den grad at man ofte blir definert, og definerer seg selv ut i fra hvordan foreldrerollen utøves. I teorien omtales viktigheten av en emosjonell tilstedeværelse ovenfor barn. Foreldrerollen krever at man har en følelsesmessig tilstedeværelse, samtidig som man kan være autoritær og tilrettelegge hverdagen. Foreldrerollen kan være krevende i seg selv og det kan innebære å føle et stress over å ikke ”strekke til”. Som andre foreldre, uttrykker foreldre med psykiske lidelser et behov for å ha noen å snakke med om barna sine og de bekymringer de måtte ha omkring foreldrerollen (Kufås et. al, 2001). Når vi nå kjenner til at psykiske lidelser ofte medfører en nedsatt evne til å være følelsesmessig involvert, peker dette i retning av å være ekstra oppmerksomme på barn av foreldre med psykiske helseplager.

Første skritt på veien vil derfor være å komme i posisjon, for å kunne gi råd og veiledning til foreldre med psykiske lidelser. Det kan være flere årsaker til at foreldre med psykiske lidelser

ikke ønsker støtte i foreldrerollen. Slik teorien sier kan foreldre som har psykiske helseplager ha en tendens til å undervurdere hvordan deres helse påvirker barna. Det kan være foreldre prøver å skjule for omverdenen og fremstå som om alt er ved det normale. Ved å bli betraktet som "normal", bevares håpet om at deres verdi som forelder er akseptert hos barna og samfunnet for øvrig. En grunn til at det offentlige nettverket har vært fraværende for informantene i dette studiet, kan ha vært foreldrenes frykt for å oppsøke hjelpeapparatet. I følge Halså (2008) er frykten for fordømmelse stor hos foreldre med psykiske lidelser. Det kan være foreldrene opplever skam og skyld, og det kan være de er redde for å erkjenne egne psykiske helseplager fordi det kan føre til alvorlige konsekvenser ovenfor barneomsorgen (ibid).

Foreldre med psykiske lidelser kan oppleve at de blir stigmatisert som foreldre, eller de kan ha en redsel for at barna skal bli stigmatisert og av den grunn velger de å holde lidelsen skjult. Killen (2009) hevder at omsorgspersoner med psykiske lidelser kan ha en tendens til å ikke definere seg selv som hjelpetrengende. Det er viktig for praksisfeltet å ta i betraktning at disse foreldrene ofte føler de er i et spenningsfelt mellom å være en god omsorgsperson, samtidig som de lever i en kontekst, som samfunnet ser på som et ugunstig sted for barn å vokse opp (Halså og Aubert, 2016). Foreldre kan føle seg anklaget da det settes spørsmål ved deres omsorgskompetanse, noe som kan gi negative erfaringer ved å oppsøke hjelp. I møte med familier med psykiske lidelser kan det være nyttig å ha med seg at de fleste foreldre, vil det beste for sine barn (Nordahl, 2007). Ved å oppleve anerkjennelse vil foreldre strekke seg langt i sine roller og plikter, men med manglende støtte kan selv den minste oppgave virke uoverkommelig (ibid). Det viser det seg at foreldre er opptatt av sine barns velbefinnende selv om de er i en psykisk krise (Moen, 2009).

For å kunne hjelpe foreldre med psykiske lidelser til å bedre deres foreldreevne, vil det være viktig å tilby informasjon, råd og veiledning. Som sagt fremkommer frykten for å ikke være "god nok" som forelder, i stor grad hos foreldre med psykiske lidelser. Denne frykten kan være medvirkende til hvordan foreldre er mottakelige for råd og veiledning. Mange foreldre etterlyser imidlertid god nok informasjon om hjelpens betydning for foreldrerollen (ibid). Det kan være foreldre får en motivasjon til å jobbe med seg selv, da de innser betydningen av dette ovenfor barna. Størst av alt, viser det seg for foreldre med psykiske lidelser, er frykten for å bli fratatt sine barn (Halså, 2008). I takt med frykten, kan evnen til å oppleve mestring i foreldrerollen svekkes. Å vise en anerkjennende holdning til foreldre – barn relasjonen kan

være utfordrende, spesielt der foreldrefunksjonene har vært svekket. Til tross for at foreldre ikke strekker til slik hjelpeapparatet helst ønsker, har foreldre- barn relasjonen en avgjørende betydning. Slik det kom frem i denne studien, viser barn ofte en stor lojalitet til sine foreldre. Med utgangspunkt i at foreldrene er mottakelige for råd og veiledning, vil jeg videre komme nærmere inn på noen områder hvor fokus bør være, i så måte at resiliens kan fremmes.

Det er viktig at barnet får bekreftet sin subjektive virkelighet hos voksenpersoner, det er med på at barnet kan utvikle et harmonisk og ekte selv og egne måter å sanse, føle og oppleve virkeligheten på (Kvello, 2010). En voksen, især en forelder, kan bidra med dette ved å markere barnet som en unik person. Dette kan foreldre gjøre ved å gi ros og støtte. Men også ved å veilede og gi aldersadekvat konstruktiv tilbakemeldinger på deres atferd. Ved å møte barn på deres premisser utvikles barns identitetsfølelse. Dersom barnet ikke møtes på sine premisser, tilpasser de seg allikevel de voksne for å holde på opplevelsen av å være i en meningsfull relasjon. Konsekvensen ved for mye tilpasning, kan være at barnet mister kontakten med seg selv og den det er (ibid).

Foreldre med psykiske problemer kan ha problemer med aksept, sensitivitet og positiv respons, noe som er grunnleggende i barneomsorgen (Halsa, 2008). Et eksempel på dette er slik en av informantene beskrev ; ”*Når jeg fortalte mamma hva jeg hadde gjort, svarte hun- vet du hva jeg har gjort eller...*”. Informanten opplevde at moren skulle overgå henne i alt, også da hun kom til moren med sine problemer i livet. Informanten sier videre om foreldrene; ”*Det er akkurat som jeg er der for de, ikke de for meg*”. Dette funnet synes å være i tråd med hva Killen (2009) sier om at psykiske lidelser hos foreldre kan føre til at barn ikke blir oppfattet realistisk, tillegges egenskaper de ikke har, eller blir oppfattet som mer modent enn det er. At foreldre støtter barnet i identitetsbygging vil derfor være vesentlig, da vi vet at personlige egenskaper som god selvtillit og økt selververd, er med på å fremme resiliens hos barn.

At foreldrene på tross av psykiske lidelser, er svært betydningsfulle for sine barn kan bekreftes gjennom informantenes positive omtale av sine foreldre. Voksne som lever i relasjon til barn kan ikke reservere seg fra relasjonen, men har gjennom ulike alternative være og handlemåter innvirkning på barns oppvekst (Sævi, 2014). Det er viktig å belyse denne betydningsfulle relasjonen barnet har til forelderen og understreke at andre aldri helt vil kunne kompensere for denne relasjonen (Nordahl, 2007). Barn søker tilknytning som de kjenner,

uavhengig av kvaliteten på relasjon (Grøsfjeld, 2004). Å søke gjenkjennelse er for barn mer overordnet, enn å søke anerkjennelse. Dette fordi barnet er avhengig av gjenkjennelsen av seg selv og andre i primære relasjoner. Av den grunn er barnet avhengig av sine foreldre uansett og barn kan bare realisere sine livsprosjekt innenfor den rammen som de voksne gir dem (ibid).

En beskyttelsesfaktor når familien er belastet kan være å påse at foreldre og barn har omtrent samme oppfatning av hva som er viktig i livet (Waaktar og Christie, 2008). Ved å legge merke til hvordan foreldre og barn snakker sammen og hvilke verdier de uttrykker som sentrale i familien, kan man forsøke å fokusere på hva som er viktig. Å veilede foreldre til å møte barn med grenser kan gi beskyttende familiemønstre. Det viser seg i følge Borge (2010) at positiv utvikling i en familie, henger sammen med foreldres evne til å endre seg til det positive i oppdragerstilen. Ved psykisk sykdom hos foreldre ligger det en økt risiko for følger som vil bidra med ytterligere risikofaktorer for barna som lever i deres nære relasjoner. Det er ikke sykdommen i seg selv som avgjør gode foreldreegenskaper, men derimot evnen til å avdekke barnas behov og å klare å gi god nok omsorg (ibid).

Det kan være nyttig utvikle tilbud som ivaretar funksjonsnivået til familien som enhet. Dette kan bidra positivt både til foreldre og barn. Som nevnt tidligere viser det seg at foreldre med psykiske lidelser noen ganger skjuler symptomer ovenfor barna og foreldre kan ha en tendens til å undervurdere effekten av sin lidelse (Kufås. et. al, 2001). I familiesamtaler, med systemisk tankegang, er et viktig prinsipp er at alle stemmer skal bli hørt (Hårtveit og Jensen, 1999). Ved at terapeuten har en *ikke – ekspert* rolle, kan man sammen undre seg, noe som kan føre til at foreldrene får en ny innsikt i barnas opplevelse av deres sykdom. Sammen kan man finne nye løsninger som er mer hensiktsmessige for hele familien.

Moen (2009) beskriver barns opplevelse av å være en *ikke- person*, i møte med helsevesenet. Voksenpsykiatrien har ikke hatt tradisjon for å møte barn av foreldre med psykiske lidelser, inntil nylig hvor helsepersonelloven fastslår helsepersonells ansvar i forhold til dette (Helsedirektoratet). En utfordring i praksis kan være at det må skapes en ny kultur for dette i voksenpsykiatrien, og at det ofte kan ta tid med slike endringer. Det er tid de barna de barna som lever med disse utfordringene ikke har. Barn er barn nå, og det er viktig at disse sterke føringene for endring av praksis iverksettes raskt.

6.1.2 Hvordan kan nettverket bidra for å styrke barns resiliens?

Hos alle informantene i dette studiet var nettverket deres et tema. Den praktiske støtten i familienettverket er viktig fordi det er en trygghet for barn å forholde seg til noen de kjenner (Halsa, 2008). Familienettverket kan bidra med å opprettholde et stabilt hverdagsliv når foreldrene er i krise. Slik en av informantene forteller om sitt nettverk, som var tilstede de gangene moren var syk. Dette opplevde hun som trygt og forutsigbart. Den viktigste støtten, foreldre som har vært i en psykisk krise selv har definert, er støtten fra nettverket. Særlig i de tilfeller hvor krisen er tilbakevendende er nettverket av betydning for å skape stabilitet for barna. Det viser seg at ved psykiske lidelser er støtte i familienettverket mer vanlig enn i vennenettverk. Ofte er støtte og hjelp bygget på et gjensidighetsprinsipp. Hjelp fra venner og naboer skjer ofte i kortvarige kriser, mens der det er langvarige og tilbakevendende perioder med sykdom er det mer vanlig at familienettverket stiller opp (ibid).

I denne studien forteller flere av informantene om foreldre som i korte eller lengre perioder var fraværende og ute av stand til å ta seg av de som barn. Et funn i denne studien viser at omsorgen da kom i fra alternative omsorgsgivere. Det kan være en verdi i seg selv for barn å kjenne på tilhørighet i familienettverket. At det er noen der over tid innebærer en kontinuitet for barnet. Ved at sosiale nettverket påtar seg en slik rolle kan de også bidra til å forvalte håp (Bø, 2000). Det fremkommer at tilgang på minst en betydningsfull voksen, kan være av betydning for barn (Waaktar og Christie, 2008). Funn i denne studien viser at barna har hatt minst en betydningsfull person i livet sitt. Det har vært en person som har fulgt dem og brydd seg om dem gjennom hele oppveksten. Denne personen har ikke alltid kunnet gjøre noe med belastningen, men har vært der som en positiv støtte og kontakt hele veien. Besteforeldre og familie som ser mye, forstår kanskje ikke alvoret, men kan allikevel oppleves som betydningsfull, fordi det har vært noen voksne som har husket på og visst om de. ” Når verden er vanskelig for barnet, vil *en* person som bryr seg på ordentlig, kunne gjøre en forskjell” (Ruud, 2011, s. 87).

Dersom nettverket skal oppleves som en ressurs, bør nettverket vise forståelse for krisen og ha forståelse for i hvilken grad krisen påvirker hverdagen. En slik forståelse kan fremkomme dersom man tar i bruk nettverksmøter. Seikkula (2000) legger særlig vekt på at den som er i krise får definerer hvem som får delta i et nettverksmøte. Et viktig moment i nettverksmøter er at alle skal få komme med sin opplevelse av situasjonen. Ved at subjektive sannheter

kommer frem, kan en ny og felles sannhet skapes (ibid). Da det viser seg at dette er til hjelp, er det viktig at hjelpeapparatet tilrettelegger for å arrangere slike møter.

Borge (2010) hevder at beskyttende egenskaper i nettverket bidrar til å oppnå resiliens.

I *The isle of wight studien*, gjennomført av Collishaw med kollegaer (2007), kom det frem at gode relasjoner var viktigere enn graden av omsorgssvikt. Resultater i denne studien bekrefter tidligere funn i forskning fra blant annet O'Connell (2006) som peker på at familier som er rammet av psykisk sykdom, i likhet med andre familier har behov for støtte. Dette er viktig kunnskap som bør gi håp til hjelpeapparatet, slik at de ser en mulighet for å fokusere på barnets behov for gode relasjoner og kunne bidra til å etablere og styrke disse. Positive tilbakemeldinger og støtte kan fremme økt selvtillit og igjen fungerer som beskyttende faktorer. De som viser sterk interesse for noe utenfor kjernefamilien, kan tendere til å være mer resiliente for vansker i familien (Collishaw et al, 2007). Werner og Smith (2001) viser også til at resiliens og god tilpasning hviler på gode relasjoner. De barn som finner god støtte og beskyttelse i miljøer utenfor familien, kan få en positiv ringvirkning i forhold til identitetsfølelse, sosial forankring og gruppetilhørighet (ibid).

En informant i dette studiet fortalte blant annet om en person som kom å tok henne med ut en gang i uken. Dette var på et tidspunkt hvor hun hadde mye ansvar for småsøsken, mor var i en dårlig sykdomsperiode og denne personen bidro til at informanten fikk støtte og økt forståelse for sin situasjon. I Antonovsky (2012) sin teori om SOC, som igjen er nært forbundet med resiliens, er nettopp opplevelse av sammenheng en viktig faktor for helse og mestring. Nettverket kan bidra med å forstå situasjonen man befinner seg i, slik at den fremstår som tydelig, strukturert og ordnet, fremfor kaotisk, tilfeldig og uforklarlig (Antonovsky, 2012). Hvilken mening barnet knytter til opplevde hendelser, har betydning for hvilke forståelse de tilegner egen situasjon og hvordan de mestrer den (Ruud, 2011). Antonovsky (2012) hevder sosial støtte har innvirkning på hvordan vi takler det som skjer med oss i livet, selv med høy grad av stress, kan det i noen tilfeller være helsebringende, dersom man får tilstrekkelig støtte. Videre vil blant annet støtte bli omtalt, i det direkte møte med barn av foreldre med psykiske lidelser.

6.1.3 Fokus på det direkte møte med barna

For at barn skal fremme resiliens og ikke selv utvikle psykiske lidelser, viser det seg at det er av betydning hvordan barnet blir møtt. Å bli sett og forstått anser jeg som et viktig grunnlag

for å etablere en relasjon. For å komme i posisjon til å møte disse barna, på en slik måte at resiliens kan fremmes, anser jeg relasjonskompetanse som en viktig faktor. Slik vi nå har sett, kan det se ut til at det er viktig at hele familien får hjelp, ikke bare den hjelpeapparatet betegner som syk (Moen, 2009). Det er viktig i møte med disse barna å ta i betraktning at barn ikke alltid forstår hva som skjer, men fornemmer at noe er galt. Å ikke bli sett i sammenheng med at foreldrene er syke, kan gjøre at barnet opplever seg som en *ikke*- person i møte med hjelpeapparatet (ibid).

I møte med barn som pårørende, kan det se ut som det vil være en nyttig investering å i større grad involvere seg, ved å blant annet spørre direkte. Barna er lojale mot sine foreldre og voksne hjelpere kan risikere å få svar som i større grad ivaretar foreldrenes behov, enn barnas (Glistrup, 2004). For å finne ut hva det enkelte barn er i behov av, må man først bli kjent med barnets kommunikasjonsform, for så å bygge tillit. Et viktig skritt på vei til å få tillitt til seg selv, er å oppleve det fra andre. Vi vet at personlige egenskaper ved barnet som selvtillit fremmer resiliens.

Å fremstå som en betydningsfull voksen for barn av foreldre med psykiske lidelser kan være vanskelig, blant annet fordi mange av disse barna vil forsøke å skjule for omverden hvordan de egentlig har det. I lys av dette vil det antas at økt kompetanse om kjennetegn på barn av psykisk syke vil styrke muligheten for at de blir sett. Relasjons kompetanse blir sett på som en viktig faktor for å nå inn til disse barna (Nordahl, 2007) Samtidig som det i denne studiens funn viser seg at personlighet og engasjement ovenfor barnet er viktigere enn deres kompetanse knyttet til psykiske lidelser. Opplevelsen i møte med sine betydningsfulle kan avhenge av deres evne til å "dele sin verden". Å dele sin verden handler om kommunikasjon, en toveiskommunikasjon der både senderen og mottakeren av informasjon er aktive og ansvarlige for sine holdninger mot hverandre (Barbosa da Silva, 2006). En nødvendig betingelse for dette er at de respekterer hverandres autonomi, identitet, personlig integritet og grunnleggende menneskelige rettigheter. For å komme i relasjon til barn som pårørende, vil måten partene behandler hverandre på, som følge av hvordan de verdsetter hverandre som person, være av betydning. Først når en virkelig opplever hverandre som subjekt, som likeverdige aktører, først da fremtrer den egentlige kommunikasjonen. I den egentlige kommunikasjon kan tillit oppleves (ibid).

Tillit er utgangspunktet i en relasjon og bygges på åpenhet, ærlighet og respekt. I denne studien kom det frem at det fantes betydningsfulle relasjoner i barndommen. De relasjonene som utpekte seg beskrives som ”...hun skjønnte meg, var liksom på min side”, ”han bare hørte på hvordan jeg hadde det, det føltes greit å ha noen”, og ”jeg fikk noen som brydde seg på ekte”. Informantene kom også med eksempler på møter som ikke hadde gitt de mulighet til å utvikle selvtillit og skape tillitsfulle relasjoner. Relasjon forstås ofte som en viktig forutsetning for trivsel, sosial tilpasning. Kjennetegn hos de hjelpere som har bidratt med å være gode støttespillere beskrives av Borg og Topor (2007) som å ha en spesiell væremåte. En slags utstråling og noe som betegnes som alminnelighet. Både non- verbal og verbal kommunikasjon spiller en rolle i hvordan hjelperen oppfattes, det samme gjelder personlig kjemi mellom bruker og helper. Hjelpere som er åpne, humoristiske og mindre formelle oppleves som mest positive. Alder, kjønn og utdanning hos helper tillegges en viss betydning, men enda viktigere er evnen til omsorg. Personer med egne erfaringer oppfattes gjerne som kompetente helpere (ibid). Kanskje det var lignende egenskaper informantene som følte seg møtt på en positiv måte, fornemmet nettopp hos disse helperne?

Relasjonen mellom voksne og barn er reelt asymmetrisk, hevder Sævi (2014). Til forskjell er relasjoner mellom voksne bygget på likhet og gjensidighet, og er vanligvis symmetriske. De kan ofte være spesialiserte, innenfor gitte rammer, som mellom behandler og pasient. Andre relasjoner har som intensjon å være, som vennskap og parforhold. Foreldreskap og søskenforhold er varige som familieforhold, men ikke nødvendigvis som relasjoner (ibid). I motsetning til voksenrelasjonen er relasjonen mellom voksne og barn ikke gjensidig, i så måte der begge parter har ansvar. Den pedagogiske relasjon er ment til å bidra til barnets potensielle og reelle forandring. Det er den voksnes ansvar å integrere det faktiske og opplevde livet, på en slik måte at det kan være til hjelp for barnet å forholde seg til nåtid og fremtid. Sævi (2014) omtaler dette som en form for pedagogisk- moralsk ansvarlighet. Relasjonen bør ivareta barnets personlige verdighet, med utgangspunkt i hvordan barnet er i dag og ikke bare hvordan barnet bør bli. Voksne bør være oppmerksomme på muligheten som ligger i møte med barn. En ”tom” relasjon, det å være fri for innhold, kan gi mulighet for å fylles av noe ingen av partene eier, men som begge kan finne meningsfullt (ibid).

Resiliens utvikles altså ikke ved unngåelse av påkjenninger. Når man møter på påkjenninger oppstår det prosesser. Som Rutter beskriver det: ”Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som

innebærer en relativ stor risiko for å utvikle problemer eller avvik” (Borge, 2010, s.14). Resiliens dreier seg ikke bare om individuelle faktorer, men også i stor grad hvordan barnet lykkes med å få kontakt med og få omsorg av andre mennesker. I dette studiet fortelles det om besteforeldre og tanter som hadde en betydningsfull plass i barndommen. Det fortelles om gode minner og det å ”bli sett”. Ved å rette oppmerksomheten mot det grunnleggende å se en person, for deretter å forstå, åpnes muligheten for en tilnærming til omsorg (Henriksen og Vetlesen, 2006). I følge Kvello (2010) er blant annet omsorg, forståelse og positiv respondering viktig for positiv utvikling. Omsorg er understøttelse av livet, men det er også noe mer enn bare opprettholdelse av livet. Omsorg er svaret, responsen på andres sårbarhet. Som svar på noe grunnleggende og gitt ved vår eksistens er omsorg en nødvendighet (Henriksen og Vetlesen, 2006). Å kunne møte barn av foreldre med psykiske lidelser med omsorg, krever at man blant annet tilegner seg kunnskap om barnets situasjon og ser barnet.

Sævi (2014) argumenterer for at et likeverdig møte mellom to subjekt er avhengig av at man møtes i noe tredje. Dette tredje etableres ved at man deltar i andres problem og tar den andres synspunkt på alvor.

Et funn i denne studien var at informantene fant strategier som gjorde livet enklere å takle, der og da. En opplevelse av sammenheng og mening gir grunnlag for mestring i livets utfordringer (Antonovsky, 2012). Noen tilpasset seg situasjonen og andre tok i bruk destruktive handlinger. I det direkte møtet med barnet, er det viktig å kjenne til slike strategier for å inneha en større forståelse av barnet. Utagerende og overdreven tilpasning er i følge Killen (2009) to vanlige former for mestring og overlevelsesstrategier. I møte med barn bør man være oppmerksomme på at det er flere måter å tolke barnet på. Utagerende og veltilpasset atferd er mest fremtredende. Informanten som fortalte hun smilte hele tiden formidlet kanskje ikke uttrykk for glede. Derimot kan det i følge Killen (2009), være et uttrykk for at dersom man smiler masse vil den syke voksne bli glad. Utagerende atferd og sosiale vansker kan være tegn på et barn i risiko og dermed være et kjennetegn på barn av psykisk syke (Ogden, 2009). Noen kjennetegn ved utagerende atferd kan i følge Kvello (2010) være bråk, uro, avbrytelser, masing, lav frustrasjonsterskel, ikke gjøre som man blir bedt om, ikke høre etter på beskjeder, protester, irritasjon, konsentrasjonsvansker og nedadgående faglige prestasjoner. Utagerende vansker er i tillegg mer vanlig hos gutter enn hos jenter (Ogden, 2009). Fra barnets perspektiv kan denne atferden være der i behov av å skape kontroll, en måte å takle indre kaos, men også et rop om hjelp (Killen, 2009). Mange av disse barna oppfattes om flinke og veltilpassede barn. Hvis for eksempel sykdommen har vært tabulagt i

familien, kan barnet innbille seg å være skyldig og dermed kompensere ved å være ekstra flink og snill (Moen, 2009). De kan undertrykke egne følelser og smile, hvor andre barn ville vist sinne. De kan opptre konfliktskye og de kan trekke seg unna sosial kontakt for å unngå problemer (Glistrup, 2004).

Felles for informantene i denne studien, som fortalte om ulike strategier de gjorde som barn, er at det kan forstås som en måte å takle foreldrenes lidelse på. Flere av informantene fortalte de likte å være alene, de gjemte seg unna eller stengte seg inne. Unngåelsesstrategier dreier seg om at en bevisst unngår å oppsøke vanskelige situasjoner (Almvik og Ytterhus, 2004). Ved å finne steder alene, skaper barna et rom hvor de prøver å holde unna sine tanker og følelser (ibid). Samtidig hevder Glistrup (2004) at de barna som skjerner seg i sammenhengen hvor mor eller far har det vondt, har bedre forutsetning for å klare seg fordi de vil utvikle en innsikt i at det er sykdommen som gjør at foreldrene har det vanskelig og kan dermed unngå skyldfølelse. Ogden (2009) derimot hevder at barn av psykisk syke kan utrykke dette gjennom å foretrekke å være alene, være passive, nedstemte og gråte mye, såkalt innagerende atferd. I tillegg mestrer ofte innagerende barn skolefaglige utfordringer bedre enn sosiale utfordringer. Innagerende vansker finner man stort sett i lik grad hos både jenter og gutter (ibid).

En informant kunne fortelle at hun oppførte seg som en ”rebell” , hun ville leve ”sitt liv”, hvor hun tok mange valg hun ser tilbake på som selvdestruktive. Hun lot seg ikke veilede eller korrigere av voksne. Dette er i tråd med hva Almvik og Ytterhus (2004) beskriver som unngåelsesstrategier, hvor barn av psykisk syke som bryter regler, gjør det for å ta fokuset bort fra det som er vanskelig hjemme. Ved å trekke seg tilbake fra omgivelsene kan barn ta avstand fra det vanskelige hverdagslivet og glemme problemene for et øyeblikk (ibid). En korrigeringsstrategi kan derimot være at barna aktivt går inn for å endre en vanskelig situasjon. Barna tar ansvar for å minske uro i familien og det kan være et forsøk på å korrigere en belastende hverdag. Som en av informantene som gjorde innkjøp eller en annen som smurte matpakke selv. Dette kan føre til mye ros, men blir dessverre sjelden møtt med forståelse for den smerten barna har, men ikke viser (Almvik og Ytterhus, 2004). På en annen side tar Kallander (2010) også opp positive konsekvenser av det å ta ansvar og gi omsorg til foreldrene. Barnas omsorg kan fremme følelsen av å ha verdi, det kan styrke foreldre- barn relasjonen, det kan gi en følelse av å ha kontroll over situasjonen og det kan gi en følelse av å være inkludert (ibid). Konsekvenser omkring ansvar er tema som vil bli drøftet nærmere i neste kapittel.

6.1.4 Oppsummering

Det er flere momenter som kan være av betydning for hvordan barn møtes, slik at resiliens kan fremmes. Da vi vet det er av betydning for resiliens hvordan barn opplever sammenheng, forståelse og håndterbarhet, i tråd med den salutogenetiske teori, er det flere arenaer barnet befinner seg på dette kan støttes. Foreldre er viktige i barns utvikling. Familiens er av stor betydning og hvordan barna blir møtt avhenger i stor grad av foreldrenes evne til å møte barnet. Foreldre med psykiske lidelser kan noen ganger behøve støtte i foreldrerollen. Å komme i posisjon til foreldrene er av betydning for at de igjen kan motta veiledning, slik at foreldrerollen utøves med mestring og til barnets beste. Familiesamtaler kan være et virkemiddel for å skape en åpenhet, som har vist seg å være betydningsfull, for utvikling av resiliens. Videre kan nettverket bidra til å utvikle sosial kompetanse og forvalte håp. Dette er av betydning for familier hvor det er psykiske lidelser, da vi vet relasjoner til andre er av vel så stor betydning som barnets individuelle egenskaper. For at nettverket skal kunne støtte, kreves en åpenhet, en arena for dette kan være nettverksmøter. Bidrag fra nettverket kan være av stor betydning for at barn blant annet opplever en sammenheng i livet.

Det direkte møte med barna kan være av betydning, i så måte hvordan de blir møtt. Det viser seg også at det indirekte møte kan ha en betydning ved at den som møter, eksempelvis en hjelper, er bevisst i sin rolle. Kompetanse om relasjon kan være avgjørende for om barnet får tillitt. Det er den voksnes ansvar å bære relasjonen. Evnen til empati og hvordan kommunikasjonen til barnet er, kan ha betydning i møte med barn, som igjen kan gi ringvirkninger for utvikling av resiliens.

6.2 Betydningen av ansvar i utvikling av resiliens

Det som kan se ut til å bety noe for barna, ifølge Bøe og Thomassen (2007), en type omsorg som er innrettet slik at man verken overvurderer eller undervurderer deres selvhjulpenhet. Flere barn og unge som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser er på mange måter fanget i noe motsetningsfylt i livet, i større grad enn de fleste andre. På den ene siden har de en hverdag hvor kravene til selvstendighet er store. Samtidig må de forholde seg til å være en omsorgsperson for søsken eller den syke forelder.

Dette vil bli drøftet i første del av dette kapitlet: 1) *Betydningen av barns ansvar, i utvikling av resiliens* Med ansvar som tema, vil jeg i siste del av drøftingen komme inn på åpenhet og informasjon i forhold til at resiliens kan fremmes, og myndighetenes ansvar i dette: 2)

Åpenhet og informasjon, myndighetenes ansvar i utvikling av barns resiliens.

Avslutningsvis kommer en kort oppsummering på betydningen av ansvar i utvikling av resiliens.

6.2.1 Betydningen av barns ansvar i utvikling av resiliens

Det kom frem erfaringer i denne studien om eldre søsken som tok seg av yngre søsken. Det viser seg at resiliens kommer til syne på forskjellige måter hos søsken, blant annet ved at familiens krav til eldre søsken kan være bra, fordi det kan utløse positive tilbakemeldinger som igjen kan gi styrket selvbilde (Borge, 2010). Informantene i denne studien sier også at på tross av utfordringer som barn, settes det i sammenheng med de ressurser de nå har som voksne. Selvstendighet og ansvarlighet var et gjennomgangstema.

I Polkki (2008) sitt studie kom det frem at en stor andel barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser, har ansvar som er tilsvarende for en voksen. Dette støttes av Glistrup, (2007), som mener foreldre med psykiske lidelser overlater mye ansvar til sine barn, både psykologisk og praktisk. Økt ansvarsfølelse i er i følge Haugland (2006) ikke nødvendigvis negativt, det kan ha positive følger som blant annet å føle seg betydningsfull. På den annen side viser Killen (2009) til at den grunnleggende sosiale kompetanse utvikles først og fremst i interaksjon med foreldre, gjennom at foreldre selv er modeller for barna. Positive rollemodeller kan utebli dersom disse rollene er forbyttet innad i familien.

Da en av informantene fortalte at hun måtte ta ansvar, med selv og ordne mat allerede som 5 -åring, kan det betraktes som det Haugland (2006) beskriver som destruktiv parentifisering, hvor barna har inadekvate oppgaver i forhold til deres modenhet og alder. Det er allikevel ikke sikkert barn som opplever destruktiv parentifisering får problemer. Denne informanten ser i retroperspektiv, at dette ikke var bra for et barn, men uttrykker det ikke annet enn: *"det var bare sånn det var..."*. Som voksen har denne informanten en bedre forutsetning for å forstå dette og se tilbake på det som noe positivt. Påkjenninger i barndommen hos denne informanten, kan tolkes som om hun forsvarer foreldrene i ettertid. For å oppsummere det som kan oppfattes som en ambivalens hos informanten, illustreres dette med et utsagn fra Moen (2009): "Noen vil synes jeg har hatt en dårlig barndom, men det har jeg ikke selv

opplevd. Å ha en mor eller far som er psykisk syk, gir på godt og vondt, en annerledes barndom”.

Det er grunn til å tro at en rolleforskyvning kan skje i de fleste familier, som enkeltepisoder. Det er når en slik skjevhet i rollene preger store deler av oppveksten, det kan føre til en vanskelig barndom. Glistrup (2004) hevder at barn av foreldre med psykiske lidelser ofte fremstår som små voksne, som påtar seg ansvar der foreldrene kommer til kort. Barn merker foreldrenes manglende nærvær og overtar de oppgavene de ser foreldrene ikke klarer (ibid). Det har vist seg at barn av foreldre med psykiske lidelser i møte med motgang, kan fremme ulike ferdigheter som gjør at man mestrer hverdagen bedre. Trolig kan dette skyldes at barn i familier med psykiske lidelser ofte må hankses med ulike mellommenneskelige problemer, hvor de da lærer seg ferdigheter og løsninger (Polkki, 2008). I Kauai studien utført av Werner og Smith (2002) kom det frem at det å ta på seg ansvar hjemme, ha jobb og delta med å forsørge familien, var kilder til styrke og kompetanse for barn som utviklet resiliert tilpasning. Man skulle tro at det ville være en fordel for barn å vokse opp i miljøer uten motgang og stress, men kanskje dette fører til lite motstandsdyktighet og utholdenhet når stressende hendelser siden skjer i livet? Samtidig har man sett at å ha foreldre med psykiske lidelser kan føre til en rekke negative konsekvenser for barna. En god balanse med negative og positive erfaringer i oppveksten er avgjørende for god psykisk helse (Antonovsky, 2012).

I helsedirektoratets rundskriv *Barn som pårørende* (2010) påpekes hensikten med den nye lovgivningen; ”*Barn skal forbli i sin rolle som barn og ikke påta seg voksenoppgaver når voksenpersonen ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner*”

(Helsedirektoratet, 2010, s. 4). Ved å tilegne barn status som pårørende kan det forstås som barn er kompetente til å inneha en slik rolle. Dette samsvarer med Sommer (1997) sitt syn på det kompetente barnet. Formuleringen ”påta seg”, tydeliggjør også synet på barnet som kompetent. Rollen som barn peker samtidig på noe viktig, at det er en forskjell på det å være voksen og det å være barn. På den ene siden ser man at barnet er kompetent og deltaker med evne til å delta i eget liv. På den andre siden ser man barnets rett til å være barn. Mens man tidligere anså barnet som underlagt voksne, ser man nå at barnet er mer synlig i samfunnet med egne rettigheter og selvbestemmelse som fører de nærmere de voksnes verden (Sommer, 1997).

En annen forutsetning for SOC innebærer at personen opplever livets utfordringer som håndterbare (Antonovsky, 2012). Derfor kan ansvar og mestring bidra til å fremme resiliens. Opplevelse av håndterbarhet innebærer blant annet at barnet har tilgang på nødvendige ressurser, en slik ressurs kan være en betydningsfull voksen, som ble drøftet i tidlige kapitler. Hvis barnet opplever sitt miljø som begripelig og forståelig, opplever de at de har det som skal til for å håndtere kravene de er stilt ovenfor og de opplever at det de gjør gir mening, vil dette kunne gi en opplevelse av sammenheng, som igjen kan føre til gode forutsetninger for å utvikles i positiv retning (ibid).

Barna kan ta på seg ansvar som er uvanlig for barn i samme aldersgruppe. Det kan være vanskelig for voksne å se det ensomme barnet som skjuler seg bak en kompetent maske. En av informantene i denne studien opplevde seg som den voksne i forholdet til foreldrene. Hun sier blant annet *"det var akkurat som jeg var der for de, ikke de for meg"*. Dette er noe som kan tolkes som en inkongruens i forholdet, fordi foreldrene har nok med sitt og tydeligvis ikke ser dette fra sitt perspektiv. Det kan videre tolkes som om foreldrene overvurderer hennes rolle som støtteperson og påfører henne et ansvar. Dersom barnet tar på seg et ansvar de ikke er kompetente til, kan det gi en nederlagsfølelse, som igjen er ødeleggende for selvfølelsen (Mevik og Trymbo, 2002). Det er viktig at voksne bistår, slik at ansvaret ikke overskrider deres forutsetninger, men at de får bruke sitt potensiale og ikke fratas alt av opparbeidede omsorgsevner (Haugland, 2006). Barn utvikler sin erfaringskompetanse i den konteksten de lever i. Dersom forelderen er syke vil konteksten være å forholde seg til dette som sin virkelighet, dersom ansvar blir fratatt, kan også erfaringskompetansen svekkes (ibid).

Det viser seg at foreldre i stor grad opprettholder foreldre- myndighet, til tross for psykiske lidelser, men kan ha problemer med å opprettholde foreldre rollen fordi de er ustabile på grunn av sin sykdom (Kallander, 2010). Det kom også frem i Aldridge og Becker (2003) sin undersøkelse at det var foreldrene med psykisk lidelse som opplevde at barna hadde tatt over deres rolle, ikke barna selv. Barn blir ikke nødvendigvis foreldre for sine foreldre ved å ta på seg ansvar (Kallander, 2010). Mevik og Trymbo (2002) poengterer at rollen som barnet påtar seg kan føre til vekst, dersom barnet blir tatt på alvor og anerkjent. Barnet kan utvikle omsorg og vise hensyn, som er viktige egenskaper i menneskelig utvikling (ibid). Samtidig som det kan være foreldre med psykiske lidelser ikke er i stand til å anerkjenne barnet, noe som kan føre til barnet dermed ikke får den samme nytten av å være omsorgsgiver. Belastede

omsorgsoppgaver i barndommen kan i følge Kallander (2010) gå på bekostning av barnas utvikling, utdanning og livskvalitet.

Barn av foreldre med psykiske lidelser vil kjenne på smerte og alvor tidlig i livet, i forhold til jevngamle. Ved at de blir sett og kan ta del i felleskap om smerten. De kan de få en dypere forståelse og en større evne til å utvikle menneskelige egenskaper. Slike egenskaper kom tydelig frem i denne studien hvor informantene påpeker at de blant annet er trygge med mennesker som ivaretar de de er glad i.

6.2.2 Åpenhet og informasjon, myndighetenes ansvar i utvikling av resiliens

Å gi rom for åpenhet omkring foreldrenes lidelse viser seg å være betydningsfullt. Videre vil dette drøftes i sammenheng med hjelpeapparatets ansvar for informasjon og evne til åpenhet omkring psykiske lidelser.

I prosjektrapporten til Kufås et. al, 2001 fremkommer det at i familiesamtaler hvor barna har fått snakket om hvordan de opplever foreldrenes sykdom, har vært av stor betydning for foreldrene. Dette kan være med på at foreldrene føler mestring og er av betydning når vi vet at svikt i mestring av foreldrerollen, kan føre til forverring av den psykiske tilstanden. Å skape en åpenhet mellom foreldre og barn, kan bidra til at foreldre blir mindre bekymret. På en annen side kan barna oppleve at det er en lettelse å dele sine bekymringer i et familiemøte, samtidig som de får en mulighet til å få informasjon om foreldrenes tilstand (ibid). De barn som klarer å skille foreldrenes tilstand, fra seg selv, har en bedre mulighet for å klare seg (Polkki, 2008). En av informantene i denne studien fortalte om en åpenhet omkring morens psykiske lidelse, hun anså det som en viktig del av barndommen å kjenne til dette. En del foreldre kan tro de har klart å skjerme barna for sitt sykdomsbilde (Kufås et. al, 2001). Det viser seg allikevel at barn ofte tror foreldrenes sykdom har noe med dem å gjøre.

Å ha en møteplass hvor foreldre og barn kan snakke kan være en unik mulighet åpenhet. De å gi barn en mulighet til å komme med sine synspunkt, kan gi foreldrene en ny innsikt. Foreldre som har erfart å snakke med barna sammen med en fagperson har konkludert med at det ga ny innsikt og en større forståelse av barnets situasjon (ibid). Dersom barn får mulighet til å danne et bilde av hva som skjer med foreldrene vil en sammenheng være mer synlig for barnet. Parallelt med opplevelsen av sammenheng, vil forståelsen av hva som skjer med foreldrene øke muligheten for at barnets situasjon fremstår som begripelig (Antonovsky, 2012). Dersom situasjonen oppleves som håndterbar settes barna i stand til å mestre de

utfordringer de står ovenfor og med dette kan den salutogenetiske tanken gjelde for barns evne til resiliens.

Å åpne for et likeverdig møte mellom foreldre, barn og helsepersonell, kan være et viktig innspill for å fremme resiliens. Ved å se på felles mål, kan de pårørendes informasjon, komplementere helsepersonellens syn på den syke og de pårørende kan slippe å føle på avmektighet (Borg og Topor, 2007). Det kan være voksnes frykt til å påføre barna unødige bekymring, men argumenter mot kan være at dette er med å forsterke den allerede angsten barna bærer med seg. Barn kan bli redde når de skal nærme seg store og skremmende tema hvis de blir alene om dem (Raundalen & Schultz, 2006). For å være mottakelige for direkte informasjon om foreldrenes sykdom er barna avhengig av at denne informasjonen kommer fra en person de har tillitt til (Sundfær, 2012). Denne personen kan bli en betydningsfull voksen, en person som kan være med på å fremme resiliens gjennom anerkjennelse og forståelse.

Kvelling (2010) viser til at for å kunne ivareta barnets beste, må man snakke med barnet for å få frem deres syn. Ved å snakke med barn som er pårørende er det viktig å ta i betraktning at disse barna kan ha vansker med å uttrykke hva de er i behov av. Informantene i denne studien så tilbake på en barndom, hvor de undret seg over at ingen hadde spurt om deres behov, særlig i møte med hjelpeapparatet. Moen (2009) har selv erfart å være pårørende og tar opp tema vedrørende hvordan hjelpeapparatet enkelt kan bidra positivt, dette ved å snakke generelt om lidelsen og belyse hvordan det kan oppleves for et barn. For Moen (2009) ble det et vendepunkt i morens sykdomshistorie den dagen en hjelper spurte hvordan hun som barn hadde det. Nettopp fordi barn selv kan ta på seg skylden for at den voksne har blitt syke, er det viktig å tørre å si noe om denne tematikken. Dette er et ansvar hjelpeapparatet bør fokusere på da vi vet det kan være til hjelp for barnet. Det er viktig å reflektere sammen med barnet om skyldfølelse, ikke bare si ”det skal du ikke ha”, fordi det i refleksjonsprosessen kan gi en mulighet til å forstå at skylden er ubegrunnet og utenfor barnets påvirkningsevne (Mevik og Trymbo, 2002). Jeg tenker at dette handler om å ta barnet på alvor og ikke velge lettvinne løsninger og svar som kan føre til at barnet ikke føler seg sett og forstått. Det kan også handle om at vi som fagpersoner makter å ta innover oss barnets smertefulle situasjon, og å ikke forbi gå dette fordi vi selv synes det er vondt. Da må vi som fagpersoner heller søke støtte og veiledning i eget fagmiljø, for å makte å møte barnets virkelighet.

Alle informantene kan fortelle at psykiske lidelser har tatt stor plass i familien. Samspillet innad i familien kan avhenge av hvordan foreldre formidler og er åpne om sin krise. Det kan ifølge O`Connell (2008) se ut som de barna som blir fortalt eller skjønner ”dette snakkes ikke om...”, i større grad sliter med selvfølelsen i voksen alder. Samtidig kan det se ut som de barna som har taklet utfordringer i familien bra, i større grad har evne til å differensiere seg selv fra foreldrenes sykdom (Pollki, 2008). De barna som oppnår innsikt i det faktum at det er sykdommen som gjør foreldrene annerledes, og at det ikke er noe de har skyld i unngår lettere skyldfølelse (Glistrup, 2004). En slik innsikt avhenger av kunnskap om sykdommen.

Hvordan barnet blir møtt, kan være avgjørende for i hvilken grad de differensiere seg fra foreldrene. Med dette tenker jeg Bronfenbrenners (1997) eksosystem er av betydning. Eksosystemet påvirker barnet indirekte og kan for eksempel være et hjelpeforhold. Det kan være mange aspekter å drøfte vedrørende møter mellom helsepersonell og barn som pårørende. Noen egenskaper hos hjelper som har betydning er allerede nevnt. Det jeg anser som noe av det mest grunnleggende i profesjonelt hjelpearbeid er evnen til å være empatisk. I empatien er skillet mellom ”jeg ”og ”de andre” helt avgjørende. Empati retter seg mot andre, ved å forstå følelsen uten å nødvendigvis ha den selv. Menneske trenger å bli vist empati for å kunne vokse frem til en person med harmonisk og ekte selv, og empati er den evnen som gir oss tilgang på andres erfaringsverden (Henriksen og Vetlesen, 2006).

Moen (2009) hevder at evne til empati også kan være en belastning i hjelpearbeid, fordi man som hjelper speiler en rekke lidelsesfulle tilstander i seg selv. Som mennesker kan vi ikke unngå å agere og reagere i forhold til andres lidelser. Til tross for at dette kan sees på som et slags ”regelbrudd”i det profesjonelle liv, er det det spontane menneskelige, som blir ilagt mest betydning i hjelperollen (Borg og Topor, 2007). Omsorg for en person med alvorlige psykiske lidelser er ofte livslang. I motsetning til helsepersonell er pårørende ofte ”på jobb” til enhver tid. Muligheten til å skape tilstrekkelig følelsesmessig avstand er liten for de pårørende. Det er nyttig å se dette i perspektiv. Om en voksen hjelper har problemer med å tåle andres lidelse, hvordan tenker vi da om barn som lever sammen med alvorlige psykisk lidende foreldre?

Helsepersonelloven § 10 a viser til ivaretagelse av barns behov omkring informasjon om foreldrenes psykiske lidelse. Informantene i denne studien ønsket å vite mer om foreldrenes tilstand. Også i Kallander (2010) sin artikkel *Skjulte unge omsorgsgivere* kommer det frem at kunnskap og forståelse er noe barn som pårørende ønsker. Voksenpsykiatrien har ikke hatt tradisjon for å snakke med barn som pårørende. Inntil Helsepersonelloven kom i 2010, ble

ikke pasienters barn regnet som pårørende i lovens forstand (Sosial og Helsedirektoratet, 2010). Å skulle forholde seg til alle pasienters relasjoner kan være umulig for en hjelper, men å ivareta sårbare relasjoner vil være viktig med tanke på at det er en sammenheng mellom foreldres psykiske lidelser og de vansker barn kan utvikle (Grøsfjeld, 2004). Hvis barn forstår hva psykisk sykdom er og hvis de er i stand til å gjenkjenne symptomer og endringer i atferd hos foreldrene, vil det være større sjanse for å klare seg i oppveksten og senere som voksne mennesker (Mevik og Trymbo, 2002).

Barn har riktignok vært familiemedlemmer og levd sammen med syke foreldre også i tidligere år, men etter endring i lovverket i 2010 kan det gjøre det enklere for de neste generasjoner å bli fanget opp. Med den nye helsepersonell loven § 10 a, er det plikt til å ivareta barn som pårørende. Det er også gjort endringer i Lov om Specialisthelsetjenesteloven § 3-7 a, om barneansvarlig personell. Barna skal nå ivaretas ved lov. En utfordring med dette kan være at ansvaret ligger hos spesialisthelsetjenesten, som behandler de voksne. Det vil være avgjørende at den som arbeider med dette har et trenet øye og en bevissthet omkring barn av psykisk syke. Barn kan ha vanskelig med å uttrykke hva det er i behov av, og det kan bli en fallgrube om hjelpere risikerer å ivareta foreldrenes behov, mer enn barnas (Kallander, 2010). Det kommer frem i Sosial og Helsedirektoratets (2015) nylig utarbeidede rapport at det er behov for økt kompetanse da det gjelder familiebasert praksis og hvordan foreldrenes sykdom kan påvirke barna. Å tenke familiebasert og systemisk vil innebære å ha fokus på barnet i samspill til omgivelsene. Man retter oppmerksomheten mot relasjonens betydning i utvikling av psykiske lidelser og beskyttelse mot psykiske lidelser. Det kan også være barnet avviser hjelp og ikke vil snakke med hjelpeapparatet, men i voksen alder føler seg sviktet som barn. Dette kan forstås ut i fra barnets opplevelse av familien som selve kilden til overlevelse. Dersom barnet opplever familien truet, vil det gjøre sitt ytterste for å gjenopprette familien, uten å være sin atferd bevisst spiller de en rolle i familien ved å ivareta og være lojale. Ingen uvedkommende skal få komme inn å så tvil hos deres foreldre. I følge Kallander (2010), kan det i slike tilfeller oppstå en konflikt. På den ene siden føler barna seg verdifulle, ved at de er lojale ovenfor foreldre og på en annen side kan barnet med dette skyve unna egne behov og underkjenner sine følelser. Denne lojaliteten kan ha bidratt til at barna ikke har følt de har fått hjelp fra det offentlige hjelpeapparat. Mange barn av foreldre med psykiske lidelser opplever at det stilles krav fra foreldrene om at sykdommen skal hemmeligholdes (Glistrup, 2004). Mange kan føle skam om at foreldrene er syke og lar vær å fortelle om det, i frykt av ikke å bli forstått. Glistrup (2004) omtaler dette som de usynlige barna, som fremstår ubekymret og

smilende, men en konsekvens kan være at de blir usikre på egen evne til å forstå verden, samt mister tillitt til at voksne rundt faktisk ser og forstår. Mevik og Trymbo (2002) mener at manglende oppfølging fra hjelpeapparatet hos disse familiene kan medføre at de usynlige barna vedvarer, det opprettholder tausheten og forsterker tanken om at sykdommen er et tabu. Det poengteres imidlertid at åpenhet omkring psykiske lidelser kan bidra til at barna klarer seg bedre (ibid).

Formålet med å gi barn status som pårørende og igangsette barneansvarlig personell er blant annet for å kunne gi barn av psykisk syke informasjon, så de kan få hjelp til å mestre situasjonen og forbli i rollen som barn. Barn som pårørende er et omfattende tema. På den ene siden har barn behov for beskyttelse, de er utsatte, de trenger hjelp til å mestre og de er prisgitt sine foreldre. På den andre siden sees de på som lojale, er kompetente til å ta på seg ansvar og de kan motta informasjon. Her kan det oppstå et spenn i forståelsen av barnet som kompetent nok til å motta informasjon, samtidig som sårbart og trenger hjelp til å mestre.

Å erkjenne at sykdommen påvirker relasjonen mellom foreldre- barn kan bidra til større åpenhet og forståelse. Glistrup (2004) påpeker betydningen av at denne erkjennelsen skjer i fellesskap med foreldre og barn. Det kan være barn selv tilegner seg kunnskap gjennom media, som ikke alltid omtaler ”psykiatriske pasienter”, med positive fortegn. Som hjelper bør man i større grad spørre seg hva det gjør med barnet å vite at deres mor eller far er eller har vært ”psykiatrisk pasient”? Det er imidlertid ikke tilstrekkelig at et barn snakker om tabuet, med en hjelper, uten foreldres tilstedeværelse. Det kan lindre i øyeblikket, men også skape en avstand mellom barnet og familien, slik at barnet fortsetter å være bundet av tabuet (ibid).

I følge Ruud (2011) spiller barnets alder, modenhet og utviklingsnivå en rolle når det kommer til å gi informasjon om foreldres sykdom. Støttepersoner bør vurdere hva slags informasjon barnet er i behov av for å skape mening (ibid). Grøsfjeld (2004) argumenterer for betydningen av støtte fra fagpersoner. Hvordan det totale omsorgsnettverket fungerer påvirker dynamikken mellom foreldre og barn. Belastninger hos barn er ofte en følge av mangel på informasjon fra fagpersoner og en mulighet for samforståelse mellom foreldre og barn på livserfaringer og opplevelser (ibid). Det at situasjonen er forståelig, håndterbar og meningsfull er av stor betydning for å takle stress og påkjenninger i følge Antonovsky (2012).

I funnene i denne oppgaven etterlyses det blant annet å ville vite mer, da foreldrene var syke. I Kallander (2010) sin artikkel; *Skjulte unge omsorgsgivere* kommer det også frem at kunnskap og forståelse er noe barn som pårørende har ønsket. Det viser seg at disse barna er redd for selv å bli syke. Åpenhet og kunnskap kan dermed bidra til at barna i større grad klarer å atskille seg fra foreldre og kunne erkjenne egne følelser (Kallander, 2010). Den pårørende er viktig i forhold til den som er syk. Informasjon og økt kunnskap om sykdommen kan gi trygghet. Når en vet hva det dreier seg om kan det senke bekymringene. Det kan vise seg at det å lære barn om foreldrenes sykdom kan være med på å redusere vansker og dermed fremme en resilient utvikling. Barn tåler og mestrer smertefulle erfaringer, så lenge det gis mulighet for å forstå smerten (Mevik og Trymbo, 2002).

Åpenhet og informasjon er viktig ikke bare for foreldre og barn, men også for de tilgjengelige voksne rundt barnet. Med dette tenker jeg det vil være enklere å forstå barnet, og bidra til å tilrettelegge for de prosesser som kan fremme resiliens. I hvilken grad familien er åpne om sin livssituasjon med psykiske lidelser, har vi nå sett kan avhenge av frykten for stigmatisering. Dette samsvarer med Ruud (2011) sin påstand om at alle ønsker å tilhøre normaliteten, med evne til å mestre. "Helbredelsen ligger ikke i å innrømme at man strever og har det vanskelig" (Ruud, 2011, s. 23). Dette kan bety at ikke alle behøver å vite om foreldres lidelse, for at barnets resiliens skal kunne fremmes. Samtidig vil informasjon om barnets hjemmesituasjon kunne bidra til forståelsesramme av barnet. Det kan være mestringsstrategier bestående av utagerende atferd kun tillegges forhold i barnet, uten at skolen eller hjelpeapparatet forøvrig ser de bakenforliggende forhold i familien (ibid). I slike tilfeller påpekes viktigheten av relasjonskompetanse og evne til å møte barna på en varsom måte (Sundfær, 2012). Ved direkte spørsmål om hjemmeforhold, kan det blant annet trigge barns behov for å beskytte foreldrene (ibid). På en annen side og i motsetning til Sundfærs (2012) antakelse om direkte spørsmål, savnet flere av informantene i denne studien at hjelpeapparatet og andre voksenpersoner spurte de direkte om hjemmeforholdene.

6.2.3 Oppsummering

Det viser seg at å ha ansvar i familien hvor det er psykiske lidelser, kan for noen barn være positivt. En rolle i familien som en betydningsfull kan styrke selvbildet, som igjen er med å fremme resiliens. Positive erfaringer i barndommen er av betydning for god psykisk helse.

Negative erfaringer er ikke nødvendigvis forbundet med risiko, men har også en mulighet for vekst. Dette kan ha betydning for utvikling og opplevelsen av økt livskvalitet som voksen. Åpenhet omkring psykiske lidelser viser seg å være av betydning for foreldre og barn, som lever med dette. Myndighetene har et ansvar i å bidra med informasjon. Det ligger også gode muligheter for å møte barnet i en så måte som kan ha betydning dersom åpenhet og informasjon gis på en bevisst måte. I den forbindelse har myndighetene et ansvar for kompetanse om barn som pårørende gjennom opplæring og igangsetting av tiltak. Ved å informere og øke kunnskapen til barna, om foreldrenes helseplager, kan det bidra til at de fratas skyld, de kan få bredere innsikt og oppleve at deres situasjon blir mer håndterbar. Ved å senke bekymringene, reduseres vanskene og det er større potensial for utvikling av resiliens.

6.3 Styrker og svakheter med studien

Metoden som har vært brukt i studien gir funn i forhold til informantenes opplevelser og erfaringer. Litteratur og teori kan brukes til å vurdere funnenes overføringsmuligheter til en annen kontekst (Malterud, 2011). Materialet har vært sammenfallende med ulik teori på enkelte områder og ulike på andre. Dette gir en bredde i funnene.

Det kan stilles spørsmål til om utvalget er representativt. Alle informantene var kvinner i alderen 23 – 35 år. Det er få representanter og de er alle rekruttert gjennom støtteorganisasjoner. Det kunne tyde på at informantene var ressurssterke fordi de engasjerer seg som voksne. Kriterier for oppfyllelse av resiliens er blant annet tilfredsstillende tilpasning med deltakelse i arbeid eller studier, fravær av psykiatriske diagnoser og selvrapportert fungeringsnivå (Waaktar og Christie, 2008). Det kan se ut som informantene i denne studien, ut i fra hva de fortalte om sitt liv i ulik grad har oppnådd kriteriene for resiliens.

I tråd med Torvik og Rognmo (2011) sin rapport viser informantene i denne studien at selv om det å ha foreldre med psykiske lidelser, til tider oppleves som belastende, har de allikevel en tilpasningsdyktighet og de fleste barn klarer seg bra på sikt, selv om det er vansker i familien.

Forskerens faglig kjennskap til tema, med bakgrunn i arbeid med familier, kan ha vært en styrke og en svakhet i denne studien. Informantene var voksne og det kan være jeg har oversett viktige nyanser, da jeg er mest trent med samtaler med barn og unge. Samtidig som det kan være en styrke at jeg er trent til å snakke om personlige og til tider følsomme temaer. Informantenes bidrag er individuelle og personlige, men de gir innsikt til et temaområde som kan være gyldig for andre barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser.

6.4 Implikasjoner for praksis

Ved å kartlegge forhold omkring hva som hjelper for barn, kan det gi muligheter til å styrke og hjelpe enkeltindividet. Evnen til mestring og resilient tilpasning henger sterkt sammen med muligheten for en trygg og god familiesituasjon. Å styrke familien som enhet, med råd, veiledning og åpenhet, bør prioriteres. Det er en viktig beskyttelsesfaktor å møte barnet med omsorg og trygghet av sine nærmeste spesielt de første leveårene. Om voksne problematiserer og utelukkende gjør deres barndom til noe bekymringsfullt, så kan det merkes i møte med barna. De vinner på å bli møtt som sterke og kompetente barn. Hvis barna ser dette i seg selv vil det kunne gi de styrke. Arenaer hvor barn møter åpenhet omkring sin situasjon kan bidra til sammenheng og gi en større forståelse og sammenheng.

Man trenger en dypere forståelse av prosessene som produserer resilient tilpasning. Resilient utvikling er ikke et resultat i seg selv, men snarere en dynamisk utviklingsprosess som gjør barnet i stand til å møte utfordringer. Forebygging for praksis handler dermed ikke kun om å redusere risikofaktorer, men betydning av å styrke beskyttelsesfaktorer er sentralt.

Resiliensforskning kan gi oss et viktig bidrag når det gjelder kunnskap om hvordan hjelpe barn. Blant disse har vi sett at forhold i nær familie og nettverk er av betydning.

Hjelpeapparatet bør lete i nettverket og finne ressurser der barnet er trygt, da vi ser at kilden til uformell støtte kan utvide barns ferdigheter og mestring.

Det har i de senere år skjedd en forandring psykisk helsearbeid, hvor behandling i større grad skjer i nærmiljøet. Vi bør i større grad se på familier og nettverk som ressurs, og styrke de til å hjelpe seg selv. En slik tilnærming kan føre med seg endring, mestring og håp for fremtiden.

Det å mestre noe er vesentlig del av barns dannelse av identitet. Det å ha god selvtilit og et godt selvilde er viktig forutsetning for mestrende atferd. Å hjelpe barn å fremme dette, vil også kunne påvirke for resiliensprosesser. Ved å vite at håndtering av påkjenninger kan sette i gang prosesser som fører til resiliens, kan tiltak settes inn slik at barnet håndterer sine belastninger. Barn med resilient tilpasning besitter en kunnskap som bør utnyttes i langt større grad. Denne innsikten kan bidra til effektiv hjelp hos barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser.

Håp kan være en stor friskhetsfaktor. Vi skal anerkjenne at barndommen er viktig, men samtidig være bevisst på at mennesker er i utvikling hele livet. Ved å møte disse barna med en holdning om at de er dyktige, kan gi de mulighet til å ha tillitt til at de mestrer utfordringer

senere i livet. Samtidig som det er viktig at fokus på resiliens ikke blir en hvilepute, for å ikke handle. Det kan se ut som veiledning i familier, samhandling med ulike instanser, økt kunnskap, kompetanse og systematisk langsiktig arbeid kan bidra til å hjelpe barn som pårørende.

7.0 AVSLUTNING

Det er ingen enkel forklaring på hvorfor noen barn synes å klare seg bra, på tross av belastninger i barndommen. Vi har sett at det er ulike faktorer som bidrar til resiliens. Det er dokumentert at barn av foreldre med psykiske lidelser har en forhøyet risiko for utvikling av negativ utvikling. Det kan se ut som foreldre med psykiske lidelser har noen utfordringer som kan svekke foreldrefungeringen og barns utvikling kan være sterkt knyttet til dette. Imidlertid er det viktig å påpeke at det ikke er selve lidelsen i seg selv, men konsekvenser av hvordan barn blir møtt som kan være årsak til vansker. Likevel er det stor variasjon da det gjelder konsekvenser og mange barn klarer seg bra til tross for risikoen det medfører å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser.

Å knytte de tre komponentene forståelighet, mening og håndterbarhet til beskyttelsesfaktorer ser ut til å gi en desto bedre forklaring på hvordan barn av foreldre med psykiske lidelser kan oppleve en tilfredsstillende tilpasning. Faren ved å legge for stor vekt på risiko og barns sårbarhet, er å gi barn en passiv rolle. Dersom barn utsettes for en passende dose stress og ansvar, kan det se ut som de utvikler mestringsferdigheter de trenger for å møte større påkjenninger i livet. Det at noen barn overvinne vanskelige vilkår og likevel klarer å skape seg et godt liv som voksne, gir grunn til håp for fremtiden.

Det er relevant og viktig i arbeid med barn å se på de faktorene i omsorgsmiljøer som gjør at barn klarer seg bra, fremfor å fokusere på det negative. Ved å tilegne seg denne kunnskapen kan man som hjelper, bygge videre på det, og hjelpe barnet og familien til å hjelpe seg selv. Bakgrunnen for denne studien var ønske om å få nærmere innblikk i forhold som har fremmet resiliens i en oppvekst hvor foreldre hadde psykiske lidelser. Gjennom forskningsspørsmål var ønske å få tak i historier om opplevelser som kunne knyttes til resiliens. Funnene viser at de kommer frem historier fra en barndom, som til tross for opplevelser som kan ha vært preget av sårbarhet og risiko, i dag beskrives som styrker.

Ved å kjenne til faktorer som gir resiliens, gis også håp om at barn av foreldre med psykiske lidelser, kan få gode meningsfulle liv, til tross for en barndom som ikke alltid har vært optimal. Denne studien støtter opp under teorier på hva som bidrar til resiliens, som nettverk, betydningsfulle voksne og opplevelse av sammenheng. Den bidrar til et mer utfyllende bilde av at det ikke behøver være ensidig negativt å vokse opp hos foreldre med psykiske lidelser. Ved at hjelpeapparatet og voksne møter disse barna som kompetente barn, kan det bidra til økt selvfølelse og fremtidstro.

Som utenforstående kan det være lett å tenke at barndommen til de som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser ikke er bra. Samtidig er det viktig å spørre seg hva er gode kriterier for en god oppvekst. Hvem er vi til å bedømme den enkelte? Er det slik at den gode oppveksten er uforenelig med sykdom og kompliserte relasjoner? Eller er det slik at det vanskelige og vonde kan gi rom for mening og vekst?

LITTERATURLISTE

Aadland, E. (2011). *Og eg ser deg...*Oslo. Universitetsforlaget.

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

Aldridge, J.& Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness. Perspective of young carers, parents and professionals*. Bristol: The policy press.

[http://www.google.no/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Aldridge%26+Beckers+\(2003\)+kvalitative+unders%C3%B8kelse+%C2%ABChildren+caring+for+parents+with+mental+illness.Perspective+of+young+carers%2C+parents+an+professionals%C2%BB.+Denne+studien+har+v%C3%A6rt+sentral](http://www.google.no/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Aldridge%26+Beckers+(2003)+kvalitative+unders%C3%B8kelse+%C2%ABChildren+caring+for+parents+with+mental+illness.Perspective+of+young+carers%2C+parents+an+professionals%C2%BB.+Denne+studien+har+v%C3%A6rt+sentral) (nedlastet 10.10.2014)

Almvik, A og Ytterhus, B. (2004) *Ualminnelig alminnelighet- barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Rapport 50: 2004, Trondheim: NTNU

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*. Strategiplan. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Barbosa da Silva, A. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjenester og sosialt arbeid*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Beardslee.W., Gladstone.T., Wright.E., Cooper.A.(2003). *A family- Based Approach to Prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change*. Pediatrics. Vol.112, no. 2.

Borg, M (1999). *Virksomme relasjoner*. (Doktoravhandling). Seksjon for helsefag. Det medisinske fakultet, UIO. Oslo.

Borg, M. og Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner- om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo. Kommuneforlaget.

Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens: Risiko og sunn utvikling*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Harvard University Press. Cambridge.

Bø, I (2000). *Barnet og de andre- nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. Oslo. Universitetsforlaget

Bøe, T.D. og Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Oslo. Universitetsforlaget.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. og Maughan, B. (2007). *Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community study. Child abuse and neglect, 31, 2111-2129*

Cooklin, A. (2009). *Children as carers of parents with mental illness*. *Psychiatri* 8, s 17-20.

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo. Universitetsforlaget.

Garsjø, O. (2008). *Institusjonssosiologi*. Oslo. Gyldendals Norske Forlag.

Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet...har de vondt av- Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk Forum.

Grøsfjeld, M. B. (2004). *Pasientens barn- psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper*. *Psykologtidskriftet*. Utgave 11-2004.

http://www.psykologtidskriftet.no/index.php?seks_id=409806&a=3 (nedlastet, 07.04.2016)

Halsa, A. (2008). *Mamma med nerver. En studie om moderskap og barneomsorg i velferdsstaten når når mor har helseplager*. (Doktoravhandling). Akademisk avhandling. NTNU, Trondheim.

Halsa, A., og Aubert, A-M., (2016) *Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer*. Fokus på familien 1-2016 (s. 67-88). Oslo. Universitetsforlaget.

Haugesgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J, A. (2004). *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Haugland, B. S. W. (2006) *Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering*. Tidsskrift for norsk psykologforening, Vol 43, nr. 3, s. 211- 220.
[https://www.google.no/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Haugland%2C+B+S+W+\(2006\).+Barn+som+omsorgsgivere%3A+Adaptiv+versus+destruktiv+parentifisering](https://www.google.no/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Haugland%2C+B+S+W+(2006).+Barn+som+omsorgsgivere%3A+Adaptiv+versus+destruktiv+parentifisering) (nedlastet, 01.04.2015).

Helsepersonelloven (2010) *Lov av 2. Juli 1999 nr 64 om helsepersonell*. <http://lovdata.no>

Henriksen, J. O og Vetlesen, A. J (2006). *Nærhet og distanse*. Oslo. Gyldendal Norske forlag.

Hårtveit, H og Jensen, P. (1999). *Familien – pluss en', innføring i familieterapi*. Oslo. Tano Aschehoug.

Kallander, E. K. (2010). *Skjulte unge omsorgsgivere- helsepolitiske perspektiver*.
<http://www.idunn.no/ts/tph/2010/03/art16?mode>
(nedlastet 05.12.2015).

Killen, K (2009). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kilvik, A.og Lamøy, L.I. (2007). *Litteratursøking. En håndbok*. Trondheim. Tapir Akademiske Forlag.

- Kufås, E., Lund, K. og Myrvoll, L. (2001). *Pasienter har også barn*. Prosjektrapport. Blakstad sykehus. [https://www.google.no/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Kuf%C3%A5s%2C+E.%2c+Lund%2C+Rynning+og+Myrvoll%2C+L.+\(2001\).+Pasienter+har+ogs%C3%A5+barn.+Prosjektrapport.+Blakstad+sykehus](https://www.google.no/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Kuf%C3%A5s%2C+E.%2c+Lund%2C+Rynning+og+Myrvoll%2C+L.+(2001).+Pasienter+har+ogs%C3%A5+barn.+Prosjektrapport.+Blakstad+sykehus) (nedlastet 10.04.2015).
- Kunnskapsdepartementet (2011). *Tidlig innsats*. St.meld. nr. 18 (2010-2011).
- Kvale, S. Og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendals Akademiske.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: skadelig omsorgssituasjoner*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Lindseth, A. og Nordberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for reaschearching lived experience*. Nordic College of Caring Sciences (18), 145-153.
- Mahoney, L. (2010). *Children living with a mentally ill parent: The role of public health nurses*. Nursing Praxis in New Zeland, 26 (2), 4-13.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Masten, A. S.,& Powell, J. L. (2003). *Resilience and Vulnaravility. Adaptiv in the context and childhood adversities* (s. 1- 25). Cambrigde: Cambrigde University Press.
- Masten, A. S. (2001). *Ordinary magic, resilience processes in development*. AM Psychol, 2001, Mar, 56, (3): 227-238.
- Mevik, K. og Trymbo, B. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Moen, G. L. (2009). *Barns møter med psykiske lidelser*. Otta: Cappelen Akademisk.

- Nordahl, T. (2007). *Hjem og skole. Hvordan skape et bedre samarbeid?* Oslo. Universitetsforlaget.
- O`Connell, K.L., (2006). *Needs of families affected by mental illness*. Journal of Psychosocial Nursing, Vol. 44, No 3, 40-48.
- O`Connell, K.L., (2008). *What we can learn? Dult outcomes in children of seriously mentally ill mothers*. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, Vol 21, (2), 89-104.
- Ogden, T. (2009). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*. Oslo. Gyldendal Akademiske Forlag
- Ogden, T. (1995). *Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10-og 13 åringer*. Rapportserie nr. 3, 1995. Oslo: Barnevernets utviklingssenter.
- Polkki, P. (2008). *Coping and resilience of children of a mentally ill parent*. Social work in health care, 39:1-2, 151- 163.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitative metoder. En innføring med fokus på fenomenologi. Etnografi og kassstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Raundalen, M., & Schultz, J.H. (2006). *Krisepedagogikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rutter, M. (2003). *Resilience and vulnerability. Adaption in the context og childhood adversities*. Cambrigde: Cambrigde University Press, 489- 509.
- Rutter, M. (2007). *Proceeding from observed correlation to casual inference*. Perspective on Psychological Science, 2, 377 – 395.
- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo Gyldendals Norsk Forlag AS.
- Seifer, R. (2003). *Young children with mentally ill parents: Resilient developmental systems*. Cambrigde. Cambrigde University Press.

- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo. Tano Aschehoug.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stanicke, E. (2010). *Psykiatricboken: Sinn, kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, L. og Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Sommer, D. (1997). *Barndompsykologi: utvikling i en forandret verden*. Oslo. Pedagogisk Forum.
- Sosial og helsedirektoratet (1999). *Opptappingsplan for psykisk helse*. 01.04.2006. IS-1315. www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/opptappingsplanen-for-psykisk-helse-199/id274864/ (nedlastet, 05.01.2015).
- Helsedirektoratet (2010). *Barn som pårørende*. Rapport IS-05/2010. Oslo: Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-paerørende-IS-5-2010.pdf> (nedlastet, 05.09.2014).
- Helsedirektoratet (2015). *Barn som pårørende- resultater fra et multisenterstudie*. Rapport IS-0522. Oslo. Helsedirektoratet.
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn. Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sævi, T. (2013). *Ingen pedagogikk uten en "tom" relasjon*. Oslo. Norsk pedagogisk tidsskrift. 3:2013.
- Sævi, T. (2014). *Eksistensiell refleksjon og morlask nøling- pedagogikk som relasjon, fortolkning og språk*. Oslo. Norsk Pedagogisk Tidsskrift. 4:2014
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen. Fagbokforlaget.

- Thormann, I. (2009). *De voksne børn*. København. Hans Reitzel Forlag.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori- for helsefag*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Thuen, H. (2008). *Om barnet. Oppdragelse, opplæring og omsorg gjennom historien*. Oslo. Abstrakt Forlag.
- Torvik og Rognmo (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk, omfang og konsekvenser*. Rapport 4. Oslo. Folkehelseinstituttet.
<http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf> (nedlastet 05.01.2015).
- Vik, K. (2001). *Psykisk sykdom hos foreldrene- hva med barna?* Oslo. Tidsskrift for den norske legeforening, 29: 121.
- Waaktar, T. & Christie, H. J. (2008). *Styrk Sterke Sider. Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo. Kommuneforlaget AS.
- Werner, E. E., og Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience and recovery*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Zahvi, D. (2007). *Fænomenologi*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Vedlegg 1

Søkematrise

Søkenummer	Søkeord	Emneord	Cinahl fulltext	Medline	PsycInfo	Embase	Swemed
S; 1	Children of impaired parents	Children of impaired parents	1135	4124	0	5	137
S; 2	Resilience	Hardiness	3223	9072	14657	10462	31
S; 3	Mentally ill parents	(keyword)	14	71	173	109	28
S; 4	Parental mental illness	(keyword)	43	92	216	132	25
S; 5	Mental disorders	Mental disorders	251053	970341	479610	1561451	11653
S; 6	Hardiness OR resilience	OR	4398	9982	15306	11400	35
S; 7	S; 1 AND S; 7	AND	42	106	0	0	0
S; 8	S; 5 AND S; 8	AND	6	7	23	8	0
S; 9	S; 4 AND S; 8	AND	1	6	13	16	0
S; 10	S; 4 AND S; 8	AND	25	82	2393	3691	13

Vedlegg 2

Intervjuguide

Jeg vil starte med å takke for interessen og fremmøte. Informere kort om studiet og gjenta informasjon vedr taushetsplikt.

Innledningsvis:

Invitere til å fortelle litt om oppvekst og hvordan livet er i dag?

Hovedessensen i intervjuet vil være:

Hvilke erfaringer under oppveksten hadde særlig positiv betydning for deg?

Stikkord til utdyping av tema:

Var disse erfaringene i sammenheng med;

- Andre voksne
- Egne foreldre
- Hjelpeapparatet
- Spesielle hendelser
- Egne strategier

Vedlegg 3

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT .

”Opplevelser av forhold knyttet til resiliens hos barn av foreldre med psykiske lidelser”.

Undertegnende er utdannet barnevernpedagog og er fortiden mastergrad student i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud.

Min oppgave har fokus på erfaringer hos de som vokste opp hos foreldre med psykiske lidelser. Formålet er å belyse forhold som kan ha hatt positiv betydning under oppveksten.

Dette kan i neste omgang bidra til at hjelpeapparatet er bedre i stand til å få øye på og fremme forhold som kan ha positiv betydning for barn av foreldre med psykiske lidelser.

Jeg ønsker å komme i kontakt med deg som har erfaring med å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser. Studien vil basere seg på intervju av 5-8 personer som har en slik erfaring. Fokuset for oppgaven vil særlig være hva som har bidratt til positive erfaringer i din barndom. Hvis du kunne tenke deg å dele noen av dine tanker omkring din livshistorie , vil jeg sette stor pris på om du tar kontakt. Du bestemmer selvfølgelig selv hva du ønsker å fortelle. Dine grenser vil bli respektert.

Etter planen skal intervjuene foretas høsten 2014. Dersom du tar kontakt vil vi avtale tid og sted som passer for deg. Du kan selv velge om intervjuet vil bli avholdt, hjemme hos deg eller et nøytralt sted. Det viktige er at vi sitter uforstyrret. Samtalen vil muligens ta 1 time.

Samtykke erklæring (se baksiden) kan du overlevere da vi møtes og du vil få en kopi av denne.

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i forhold til personopplysningsloven . Dette innebærer blant annet at forskeren har taushetsplikt ovenfor alle personopplysninger som samles inn .Alle opplysninger som kan knytte ditt navn til informasjon, vil bli slettet. Jeg ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd, slik at all viktig informasjon blir ivaretatt. Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke for å delta.

Har du spørsmål kan du kontakte undertegnende masterstudent.

Med vennlig hilsen

Hege Walstad

hegem_walstad@hotmail.com eller pr telefon 95 10 42 21.

Vedlegg 4
Samtykke

Jeg bekrefter at jeg har lest informasjonsskriv om studien «Resiliens hos barn som har foreldre med psykiske lidelser», og er villig til å delta.

Navn_____

(signert av prosjektdeltaker, dato)

Telefon/ Mail_____

Samtykke kan leveres Hege Merete Walstad ved aktuelt møte for intervju.



3603 KONGSBERG

22r cald: 15.04.96. 4

1987, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 26

Experiments:

1.000000

H. deliberans 2003-2004

11' 9" 30' 30' 30'

14.12.29

Tru 447 450 452 454 456

1.45 = 45% of 2000 = 900

• 2013.12.25 10:00 ~ 11:00

2000-2001

CITY OF CHICAGO

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.03.2014. Meldingen gjelder urosiktet:

Student

Hage Menzie Wulstied

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gir vis et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/pe/sonver/meldelplike/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdís Narutvedt Kvalheim

Inga Brøtaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektundersøring

Kopi; Høge Merete Walstad h.m.g.m_walstad@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning

Received 15 April 2004; accepted 15 May 2004

©2011 The Copyright Clearance Center, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without prior written permission from the Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923.

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

Vedlegg 6
Eksempel fra analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Fortettet meningsinnhold	Undergruppe	Kode/ Hovedtema
<p>Jeg har hatt et besøkshjem fra jeg var to år, de nektet å ta betalt. Det visste jeg jo ikke før jeg var stor, men det viser jo at de gjorde det fordi de ble glad i meg.</p> <p>Jeg har hatt et sånt menneske som tok meg med ut en gang i uka. Hun var et veldig godt menneske. Jeg fikk støtte, hun skjønte meg og var liksom på min side. Hun har jeg kontakt med ennå.</p>	<p>Teamet omkring voksne som har hatt positiv betydning i barndommen. Voksne som har gjort litt mer enn hva som har vært forventet ble vektlagt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Offentlig hjelpeapparat - Øvrige nettverk - Biologisk familie 	Betydningsfulle andre.
<p>Jeg stengte meg selv kanskje litt ute og ville heller være alene. Så var jeg vel 9-10 år da jeg fant ut at mat var min beste venn. Jeg brukte det for å trøste meg. Det gjorde at jeg ble overvektig, så begynte jeg å kaste opp og slet med spiseforstyrrelser. Jeg er bedre nå, men har slitt i mange år. Det er vel ikke akkurat en positiv ting, men mat var det for meg da.</p> <p>Jeg gikk rundt å var blid hele tiden. Fordi alle andre</p>	<p>I forbindelse med tema hvordan hverdagen ble håndtert, kom det frem ulike strategier informantene i ettertid ser i sammenheng med opplevelser i oppveksten.</p>	<p>Overlevelsesmekanismer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selvdestruktive handlinger - Evne til åpenhet - Løsningsfokus 	Egne strategier

hadde det vondt rundt meg. Så ville ikke jeg vise at jeg hadde det vondt jeg også. Så strategien min var å gå rundt å være blid hele tiden, og ta vare på alle andre. Det var min måte å takle det på.			
<p>Jeg var jo kjempeselvstendig. Fra jeg var fem lagde jeg matpakke til barnehagen, kokte kaffe til mamma om morran, slike ting...jeg ble ofte glemt å henta i barnehagen. Det er jo sånt som har preget meg som voksen. Jeg har lært mye og måttet ta ansvar. Det var liksom bare sånn...også ting som ikke var bra for barn da.</p> <p>Jeg vet hvordan jeg skal overleve det er en veldig positiv ting. Jeg er en trygg person for de rundt meg. De fleste vennene mine sier det, du er så trygg, du tar vare på de du er glad i. Det er en god attest å få.</p>	<p>Utfordringer i oppveksten som blir sett tilbake på som noe som har gjort de sterkere som mennesker.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selvstendighet - Åpenhet - Evne til å takle utfordringer i livet - robusthet 	<p>Egne ressurser sett i sammenheng med oppveksten</p>