

Masteroppgåve i helse- og sosialfag
med fokus på brukerperspektiv
Institutt for Helsefag
Universitetet i Stavanger

Erfaringar hos foreldre som har ei bipolar lidning

Ein kvalitativ studie

Marit Tjoflåt

Juni 2010



Universitetet
i Stavanger

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGÅVE

SEMESTER:

Vår 2010

FORFATTAR:

Marit Tjoflåt

RETTLEIAR:

Ellen Ramvi

TITTEL PÅ MASTEROPPGÅVE:

Norsk tittel:

Erfaringar hos foreldre som har ei bipolar lidning.
Ein kvalitativ studie

Engelsk tittel:

Parenting, and having a bipolar disorder.
A qualitative study

EMNEORD/STIKKORD:

foreldre – bipolar lidning – kvalitativ studie – erfaringsbasert kunnskap - betringsstudiar

TAL SIDER: 70

TAL ORD : 20.000

STAVANGER29.06.10 Marit Tjoflåt sign.....
DATO/ÅR

FØREORD

Eg vonar at denne masteroppgåva kan vera eit lite bidrag til ei auka forståing for det å vera foreldre og samstundes ha ei bipolar lidning. Kanskje den òg kan vera ei mulig inspirasjonskjelde for andre til å arbeida i og utforska dette feltet nærare.

Eg vil retta ei stor takk til alle som har medverka til at prosjektet lot seg gjennomføra. I fyrste rekkje ein stor takk til dei seks foreldra, 5 mødre og ein far, som så raust har late meg få eit blikk inn i deira tankar og verd omkring foreldrerolla. Det som eg har lært av dykk står ikkje i noko lærebok, men det er kunnskap som burde stå der. Takk til kvar og ein!

Så til arbeidsstaden min, Helse Fonna, Klinikk for psykisk helsevern. Ei særleg takk går til Hege, og til mine aller næraste medarbeidarar Eldbjørg, Mary, Ingmund og Anita.

Ein stor takk til Gunnbjørg, som har fulgt meg "på vegen" frå start til mål. Di varme, kløkt og norskkunnskaper har vore god å stø seg på.

Så kjære, Ellen, rettleiaren min ved UIS, du har stått på og alltid vore tilgjengeleg, eg har aust kunnskap og engasjement frå deg. Du har vore til stor hjelp! Tusen, tusen takk skal du ha.

Sist, men ikkje minst til mine aller næraste, mine foreldre, alle tant-ungane som eg har vore så lite tante til den siste tida, og til døtrene mine Hanna og Kaia: takk for at de har gitt meg rom til å halda på, og har trudd på at "mammo" kom til å klara dette. Min aller kjæraste Jan Ove, takk!

Sunde, juni 2010

Marit Tjoflåt

INNHALD

FØREORD

INNHALDSLISTE

FORKORTINGAR OG LISTE OVER FIGURAR OG TABELLAR

SAMANDRAG	1
1. INNLEIING OG PROBLEMSTILLING	2
1.1 Bakgrunn og føremål	2
1.2 Forskaren og forforståing	3
1.3 Grunngeving for val av tema og problemstilling	4
1.4 Avgrensning	6
1.5 Struktur på masteroppgåva	6
2. KUNNSKAPSSTATUS	7
2.1 Bipolar lidning	7
2.2 Foreldreerfaringar og psykiske lidningar	8
3. TEORETISK PERSPEKTIV	10
3.1 Grunngeving for val av konseptuelt/teoretisk perspektiv	10
3.2 Omgrepet betring/recovery og betrings-/recoveryforskning	10
3.2.1 Tidsdimensjonen: Ein personleg, utviklingsmessig, sjølvmyndiggjerande prosess	13
3.2.2 Motivasjon / drivkraft for betring	13
3.2.3 Utvikling av kompetanse / ferdigheter	13
3.2.4 Sosialt engasjement, skifte av sosial status	14
3.2.5 Miljømessige ressursar	14
4. METODE OG ANALYSE	16
4.1 Vitskapsteoretisk ramme og val av forskningsmetode	16
4.2 Det kvalitative intervju	18
4.3 Utval og rekruttering	18
4.4 Datainnsamling	19
4.5 Transkribering	20
4.6 Analyse	20
4.7 Forskningsetiske vurderingar	24
5. RESULTAT	26
5.1 Informantane	26
5.2 Oversyn funn	27
5.3 Balanse: " ...vondt å balansera og ha krefter, men ungane er viktigaste"	28

5.4 Støtte: "...skulle hatt meir hjelp"	30
5.5 Avhengighet: "...det er borna som held meg oppe"	31
5.6 Endring og vekst: "...liksom ein sånn runde du må gå"	32
6. ERFARINGAR MED Å VERA FORELDRE – EI DRØFTING	36
6.1 Spenningsfelt	37
6.2 Personleg endring og vekst	39
6.2.1 Prosessen: "...eg tenke sånn fram"	39
6.2.2 Haldningsmessig endring: "...eg har slutta å skamma meg"	41
6.2.3 Frå haldningsendring til handling: "...det endra seg når eg tok tak"	46
6.2.4 Openhet: "...å vera open, då opnar det seg"	50
6.3 Metodekritiske refleksjonar	52
7. AVSLUTTANDE KOMMENTAR	55
REFERANSAR	57
Vedlegg 1 Godkjenning frå REK	
Vedlegg 2 Informasjon til rekrutteringsinstans	
Vedlegg 3 Informasjon til informantar	
Vedlegg 4 Stegvis analyseprosess med utgangspunkt i Interpretative Phenomenological Analysis	

Forkorting : IPA Interpretative Phenomenological Analysis

Figur 1 Prosessen slik problemstillinga tek form

Figur 2 Multidimensjonal modell - betrings-/recovery faktorar

Figur 3 Interaksjon mellom empiri, forforståing og teori

Figur 4 Fasane i analyseprosessen

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriteria

Tabell 2 Karakteristika ved informantane

Tabell 3 Funn

Samandrag

Denne masteroppgåva presenterer ein kvalitativ studie, der føremålet var å utforska foreldreerfaringar når ein samstundes har ei bipolar lidning. Eit semi-strukturert intervju med seks foreldre vart analysert i ein stegvis prosess inspirert av fenomenologisk-hermeneutisk tenkning. Analysen synte mangfald og kompleksitet i utfordringane foreldra stod i. Samstundes kom eit styrkeaspekt til syne: kva foreldra tenkte og gjorde for å handtera desse utfordringane. Studien stadfestar at det å vera i ei foreldrerolle og å ha ei bipolar lidning ikkje er uproblemtisk. Det inneber eit mangfald av utfordringar, der periodevis ottefull omsorg for borna er eit aspekt. Men studien har òg synt at det tradisjonelle biletet av foreldre med ei alvorleg psykisk lidning som noko einsidig negativt og fårefullt med tanke på borna, treng å justerast. Studien gjev haldepunkt for at foreldra var oppteken av "barnets beste", dei var reflekterte, løysingsorienterte, handlekraftige, dei søkte openhet, og over tid utvikla kunnskap og ferdighetar som styrka dei i foreldrerolla. I denne presentasjonen vert det lagt vekt på å få fram foreldra sine erfaringsstemmer, og i noko mon forskaren si meiningsfortolking. Studien drøftar nokre aspekt som gjev implikasjonar for praksis.

Nøkkel ord :

foreldre - bipolar lidning – kvalitativ studie – erfaringsbasert kunnskap - betringsstudiar

1. INNLEIING OG PROBLEMSTILLING

1.1 Bakgrunn og føremål

Tema for denne studien handlar om kva for erfaringar ein kan ha som foreldre når ein samstundes har ei bipolar lidning. Det å ha ei bipolar lidning vert omtala som ei livslang og særskild krevjande psykisk lidning. Verdas Helseorganisasjon (WHO, 2001) reknar den som ei av dei ti mest alvorlege og funksjonsnedsetjande lidingane. Det føreligg ikkje nasjonale data, men internasjonale studiar syner at menneske med alvorleg psykiske lidningar ikkje skiljer seg vesentleg frå andre i høve til fertilitetstal og omsorgsansvar (Nicholson, Biebel, Williams & Katz-Leavy, 2004). Det å leva med psykiske plager som alvorleg depresjon og maniar, reduserer evna til å meistra daglege praktiske gjeremål, samstundes som det har konsekvensar for relasjonelt samspel og sosial omgong med andre (Halsa 2008, s.5) I periodar der symptoma fargar kvardagslivet til den som har lidinga, påverkar det i høg grad øvrige familie. Kvardagen vert ofte meir uføreseieleg, og som foreldre klarer ein kan henda ikkje alltid å sjå og støtta borna ut frå deira behov. Det er vanleg at foreldre då kjenner otte for kva for konsekvensar dette kan ha for borna (Skerfving, 2005). Korleis lever dei sine liv dei som både er foreldre og har ei bipolar lidning? Korleis handterer dei foreldrerolla? Kva erfaringar har dei, og korleis forstår dei si livsverd, sett "innanfrå"?

Når foreldra har ei alvorleg psykisk lidning *skal* helsepersonell bidra til prosessar som set foreldre og born i stand til å handtera tilværet på ein god måte (Helsedirektoratet 2010). Kunnskap om kva og korleis foreldre opplever sin situasjon, vil såleis kunna vera eit nyttige innspel til praksisfeltet.

Det er ikkje noko mål for denne studien å få kunnskap som kan *forklara og samanlikna* korleis det er å vera foreldre og å ha ei bipolare lidning, sett i høve til andre psykiske lidningar. For best mogeleg å *forstå* foreldra sin situasjon er det mennesket ein er interessert i, kva dei gjer, og tenkjer og meiner og i kva for kontekst dei lever. I studien vil ein gå ope ut, men ha eit ekstra auga for det som dei gjer og meiner som styrkar dei i foreldreoppgåva.

Det vil vera nokre fellestrekk med det å vera foreldre, og det vil vera nokre fellestrekk med det å ha ei bipolar lidning. Samstundes vil den enkelte oppleva det å vera mor eller far og dei psykiske vanskanane ein har på sin heilt unike måte i sin kvardag og kontekst. Dette seier noko om mangfald og kompleksitet som må utforskast nærare om ein skal få kunnskap og auka forståing for desse foreldra sin situasjon.

I studien vert det nytta omgrep som "å vera foreldre" og "å ha *den* bipolare lidinga". Omgrepa kan lesast som om dei representerer noko eintydig, statisk, som eit objektive bilete på noko alle forstår. Omgrepet "foreldre" heng saman med det å ha born, men utover det kan omgrepet bety svært mykje. Det å vera foreldre vert i denne samanhengen relatert til kulturelle og sosiale forventningar knytta til foreldrerolla. Det er óg dei praktiske omsorgshandlingar som foreldra utfører, og det dei tenkjer i og rundt denne rolla.

Omgrepet bipolar lidning er knytt til det internasjonale diagnosesystema ICD-10 (Statens Helsetilsyn, 2004), skildra som ei rekkje variantar av livslange stemningssvingningar karakterisert ved depressive, hypomane, maniske og blanda episodar. Det er mange ulike diagnosar i det bipolare spekteret, kvar og ein med fokus på ulike aspekt eller kombinasjonar av aspekt. I studien vert omgrepet bipolar lidning nytta i vid forstand, som ei fellesnemning for personar som har fått ein slik diagnose og som sjølv identifiserer seg med denne nemninga. Men korleis dette ter seg for kvar enkelt vil til dømes henga saman med styrke, varighet og intensitet på lidinga, personelege føresetnadar, familiesituasjon og sosiomaterielle kår (Russel & Browne, 2005).

1.2 Forskaren og forforståing

Forskaren si interesse for dette temaet har vore som ein raud tråd gjennom eit 25 årige virke som sosialarbeidar. Å vera sosialarbeidar byggjer grovt sett på førestillinga om mennesket som noko unikt, og at ein vert forma gjennom relasjonar til dei ein har rundt seg og den konteksten ein lever i. I samhandlinga med den som søker hjelp tek ein utgangspunkt i dette, men har og eit fokus på omgjevningane og dei delene ved samfunnsystemet som bidreg til at den hjelpesøkjande er utsett, undertrykt eller opplever å ikkje få tilfredsstilt naudsynte behov. Som klinisk sosionom i spesialisttenesta *psykisk helsevern for vaksne*, har

ein sett nytte av og vorte farga av den rådande helsefaglege sjukdomstenkninga. Men ein er samstundes kritisk og meiner at helsetenesta i for stor grad har ei objektivierende haldning til den hjelpesøkjande, at ein ikkje dyrkar nok fram den hjelpesøkjande sine ibuande ressursar, og for ikkje å ha særleg auga for kontekstuelle samspelsfaktorar (Ekeland, 2008). Det å ha fokus utover pasientrolla i behandlinga, t.d. på familien og borna, på det å tenkja førebyggjande med omsyn til neste generasjon, tykkjest erfaringsmessig ofte å vera sær fråverande. Dette har ein undra seg over, og denne undringa har stadig fått næring gjennom den samhandlinga ein har hatt med pasientar som òg er foreldre. Erfaringsmessig er det dei sjølve som sit på nøkkelen til kva som kan vera til hjelp i deira foreldrerolla, og for at borna deira har det best mogeleg. Ein kan spørja seg kvifor ikkje denne ibuande krafta og pasienten sin eigen erfaringsbaserte kunnskap ikkje vert nytta i større grad? Korleis kan ein som hjelpar oppnå større tryggleik for kva som er rett veg å gå? Kva kan ein studie omkring nokre foreldre sine subjektive erfaringar gje oss av kunnskap?

1.3 Grunngeving for val av tema og problemstilling

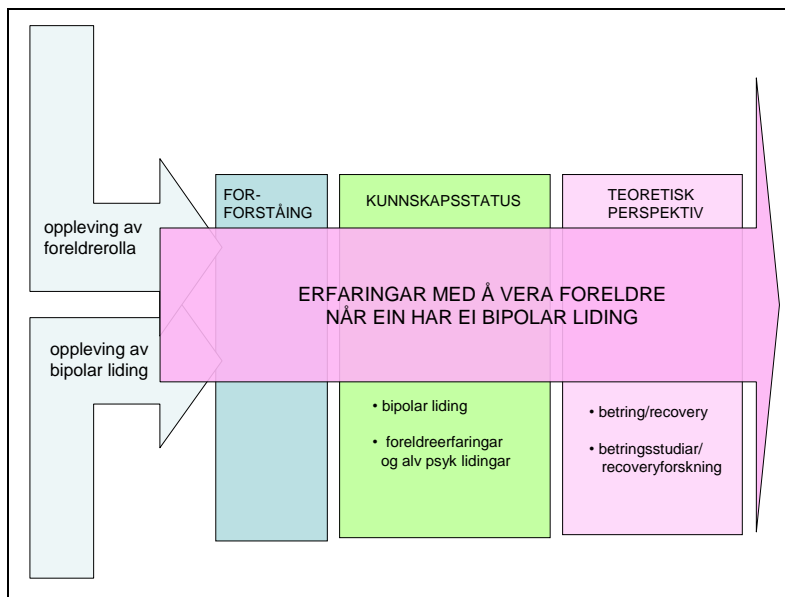
Studien botnar for det første i at det pr i dag føreligg forbausande lite forskningsmessig kunnskap som fortel noko om korleis det kan opplevast å leva med ei bipolar lidning i kvardagen når ein er mor, eller far. Studien kan bidra til å gjera meir synleg og få ei auka forståing for situasjonen og kvardagslivet til desse mødrene og fedrene. For det andre har studien samfunnsmessig relevans i høve til nasjonale føringar om styrka fokus på ”born av psykisk sjuke”, på styrking av brukarperspektiv og å styrka kunnskap og praksis i eit helsefremjande perspektiv. Studien kan bidra til å løfta fram den praksisnære og erfaringsbaserte kunnskapen som pasientar, som og er foreldre, sit inne med.

Målsetjinga med studien er såleis todelt:

1. Å utforska, og få ei auka forståing for foreldre sine erfaringar når ein samstundes har ei bipolar lidning.
2. Å synleggjera slik erfaringsbasert kunnskap som eit innspel til vidareutvikling av praksisfeltet.

For å få kunnskap må ein setja lys på desse menneska sitt eige perspektiv på si livsverd og kvardag. Målet med denne empiriske studien er å skildra og analysa desse menneska sine erfaringar og meiningar som foreldre, slik dei ser det ut frå eigen ståstad, eit "innanfrå-perspektiv". Når ei problemstilling skal formast tek den farge av forskaren si forforståing, føreliggjande kunnskap, og relevant teoretisk perspektiv (Figur 1). Det vert gjort nærare greie for kunnskapsstatus og teoretisk perspektiv i dei neste kapitla.

Figur 1. Prosessen slik problemstillinga tek form



Problemstillinga får følgjande ordlyd :

Kva for erfaringar er knytt til det å vera foreldre, når ein samstundes har ei bipolar lidning ?

Prosessen for å utdjupe og gje retning til problemstillinga munnar ut i følgjande forskningsspørsmål :

- Kva vert opplevd som særleg utfordrande ?
- Kva vert opplevd som særleg gode/positive erfaringar ?
- Kva har vore viktige enkelthendingar, særlege erfaringar eller vendepunkt ?
- Kva vert opplevd til å styrka og/eller hemma ein i foreldrerolla?

1.4 Avgrensning

Det er rimeleg å tenkja at det å vera psykisk sjuk mor og kvinne er noko anna både kulturelt, praktisk og emosjonelt, enn det å vera psykisk sjuk og far (Halsa, 2008). Det vil seia at ein ikkje utan vidare i denne studien kan sjå på foreldrerolla som om den er lik for både mødre og fedre. Å få fram slike kjønnsperspektiv er i utgangspunktet ikkje tenkt som noko fokus for studien, men ein vil vera open for at det i det empiriske materialt naturleg vil tre fram, og såleis bidra til kunnskap om temaet.

Studien treng ei avgrensning. Det vert *ikkje eksplisitt* søkt kunnskap om: barneperspektivet, perspektivet til den andre forelderen, om det å ha aleineomsorg og om spesifikke kulturelle aspekt. Ei slik avgrensning betyr ikkje at desse perspektiva ikkje er viktige. Mangel på desse perspektiva som inklusjon kan sjåast på som ein veikskap ved studien, men og som ei synleggjering av trong for vidare studiar for å få betre kunnskap om desse familiane sine liv.

1.5 Struktur på masteroppgåva

Det er eit føremål å gje lesaren ei kortfatta, men oversiktleg skildring av forskningsprosessen, og å synleggjera forskaren si rolle. Nokre moment vert trekte fram som viktigare enn andre for å forstå korleis data vert tolka, og som skal bidra til å synleggjera kva truverd og validitet studien har. I oppgåva vert det nytta nokre figurar og tabellar for å visualisera tema som vert omtala i teksten. Figurane/tabellane må berre sjåast på som grove forenklingar, dei er ikkje meint til å gje eit heilskapeleg bilete av dei tema som vert omhandla.

I dei neste kapitla følgjer først eit grovt overblikk på føreliggande forskning og kunnskap. I kapittel 3 vert det grunngeve og presentert eit konseptuelt/teoretiske perspektiv for studien. Kapittel 4 omhandlar metode og analyse. I kapittel 5 vert resultata frå studien presentert. Medan drøftinga føreligg i kapittel 6, inkludert nokre metodekritiske refleksjonar. Oppgåva munnar ut i ein avsluttande kommentar som og inneheld nokre implikasjoner for praksis og vidare forskning.

2. KUNNSKAPSSTATUS

Kontinuerleg litteratursøk er utført i internasjonale databasar via UIS-Bibsys med ulike variantar av nøkkelorda; affective, bipolar disorders, coping, mental health, mood, parenting, recovery, self-esteem, subjective experience, user perspective, qualitative study. Vidare søk er gjort med utgangspunkt i referansar i aktuell litteratur.

2.1 Bipolar lidning

Nylege gjennomførte litteraturstudiar av Alloy, Abrahamsen, Urosevic, Bender & Wagner (2009) syner at det føreligg mange studiar med fokus på årsak til det å ha ei bipolar lidning og om negative verknadar for den det gjeld. Andre litteraturgjennomgongar syner konsekvensar for øvrige familie (Van der Voort, Goossens & van der Bijl, 2007), og om risiko for born av foreldre med bipolar lidning til sjølv å utvikla problem, psykopatologisk og psykososialt (Birmaher et al, 2009; Jones & Bentall, 2008; Lapalm, Hodgins & LaRoche, 1997). Studiar syner og at mange av borna, trass det som vert rekna som risiko, likevel klarer seg bra (Gladstone, Boydell & Keever, 2006; Rutter og Quinton, 1984; Smith, 2004).

Lite er framleis kjendt om korleis det å ha ei bipolar lidning vert opplevd "innanfrå", om dei subjektive erfaringane (Proudfoot, Parker, Benoit, Manicavasagar, Smith, & Gayed, 2009). 10 personar, 6 kvinner og 4 menn, vart intervjuja i ein studie av Rusner, Carlsson, Brunt & Nyström (2009) som synte at det å leva med ei bipolar lidning farga alle aspekt av livet uttrykt i termar som ;

the illness is intertwined with one's whole being,
it entails experiencing extra dimensions in all aspects of life,
it is more magnitude and complex pertained to normal life,
shame and guilt, and always present anxiety and concern for the future
(Rusner et al, 2009, s. 8)

Ei anna kvalitativ studie hadde fokus på kva menneske med ei bipolar lidning erfarer som bidreg til at dei klarer seg bra (Russel & Brown, 2005). Studien synte at informantane (63 kvinner og 37 menn) basert på individuelle behov og den sosiale konteksten dei var i, utvikla

ei rekkje personlege strategiar for å klara seg bra. Hovudkomponentane var akseptering av diagnosen, psykoedukasjon, identifikasjon av triggjarar og varselsignal, høveleg med søvn, meistring av stress, medisiner og sosialt nettverk

2.2 Foreldreerfaringar og psykiske lidingar

Kvalitative studiar basert på erfaringar med å vera foreldre (i all hovudsak mødre-studiar) og å ha ei psykisk lidning, syner at utøvinga av foreldrerolla og relasjonen til borna vert sett på som svært viktig (Nicholson, Sweeney & Geller, 1998a,b; Halså, 2008). Mødrene er svært merksame på kva konsekvensar endring i den psykiske helsa har å seia for borna, dei vert opptekne av eigne "manglar og feil", får eit lågt sjølvbilete (Diaz-Caneja & Johnson, 2004), og opplever redsle for å missa omsorgsansvaret (Nicholson et al, 1998a). Mange skildrar rollekonflikten og kampen mellom det å hanskast med sjukdomen og det å vera forelder (Ackerson, 2003a; Davies & Allen, 2007).

Ofte er signala frå omgjevnadane, inkludert hjelpetenestene, at det å ha ei psykisk lidning ikkje høver så godt saman med det å vera mor (Davies & Allen, 2007; Montgomery, Tompkins, Forchuk & French, 2006). "Psykiske lidelser blir assosiert med negative foresstillinger som irrasjonalitet, uforutsigbarnhet og ustabilitet, verdier som står i direkte kontrast til verdier som forbindes med god barneomsorg" (Halså, 2008, s.117). Dette bidreg til at foreldra opplever stigma, som i neste omgong kan føra til at ein ikkje vågar å snakka ope om vanskar og trong for hjelp (Montgomery et al, 2006). Dei negative kulturelle normer har sitt å seia for korleis personar med psykiske lidingar forstår og forhandlar sine symptom i møte med andre og seg sjølv (Halså, 2008).

Den psykiske lidinga er krevjande i seg sjølv, negative kontekstuelle faktorar bidreg ytterlegare til strevsame kvardagar for foreldra. Likevel syner studiar positive sider ved det å vera foreldre og å ha ei psykisk lidning (Ackerson, 2003b, Mowbray, Oyserman, Bybee, MacFarlane & Rueda-Riedle, 2001). Det å vera mor/forelder vert vektlagt som meiningsfullt og positivt. Det gjev ei mening med livet, det vert sett på som ei normal og verdfull rolle å ha. Det vart og sett på som eit incitament for å gjennomføra behandling og å halda seg mest mogeleg frisk (Montgomery, 2005).

Som del av doktorgradsavhandlinga "Mamma med nerver: en studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager" intervjuar Halså (2008) 14 mødre og to fedre. Avhandlinga synte mellom anna at desse foreldra representerer ei ueinsarta gruppe med ulike behov for hjelp og støtte. Foreldra strevde med skuldkjensle, skam og tilkortkoming m.o.t. omsorg for borna.

Kun to studiar tar for seg subjektive erfaringar med å vera foreldre og ha ei bipolar lidning. Venkatamaran og Ackerson (2008) intervjuar 10 mødre. Studien synte at foreldra prioriterte borna føre seg sjølv, men dei strevde med å vera gode rollemodellar og å oppdra borna sine. Stemningssvingningane førte til inkonsistens i foreldreutøvinga. I studien vart det ikkje spesifikt spurt etter kva foreldra sjølv gjorde for å hanskast med sin situasjon. Wilson & Crowe (2009) synte i si kvalitative studie til at foreldre med bipolar lidning, til liks med andre foreldre, vert prega av dei kulturelle forventningane der det å ha god kontroll over eige liv og å klara seg sjølv, står sterkt. I tillegg møter dei negative haldningar relatert til å ha ei psykisk lidning. I sum vert dette ei tung bær å bera utover det lidinga i seg sjølv krev.

Wilson & Crowe (2008) oppsummerer at dei fleste studiar så langt har vore av kvantitativ karakter, med fokus på patologi og konsekvensar ved det å ha ei bipolar lidning, og om risiko og byrder for øvrige familie. Dei seier vidare at det kan sjå ut som om denne kunnskapen bidreg til ei einspora haldning om at det å vera foreldre og å ha ei bipolar lidning ikkje er noko god kombinasjon. Å forstå seg sjølv i eit slikt bilete, og å bli møtt t.d. frå fagpersonell med eit slikt syn, bidreg i neste omgang til stigma og tilleggsbyrder for den frå før kjempande mor/far og familie.

3. TEORETISK PERSPEKTIV

3.1 Grunngeving for val av konseptuelt/teoretisk perspektiv

Som konseptuelt og teoretisk perspektiv for studien vart valgt omgrep og forskning relatert til *betring/recovery*, dette av di :

- Gjennom kunnskapsoversikta såg ein at det førelåg svært lite forskning på korleis foreldre sjølv handterer vanskar
- I studien skulle ein gå ope ut m.o.t. kva foreldra opplevde både positivt og negativt i sitt tilvære, men ein skulle ha eit særleg auga for det som vart opplevd styrkande, - jamfør eit av forskningsspørsmåla.
- *Betring/recovery* handlar først og fremst om det som vert opplevd som positivt verksamt, men det inkluderer difor og det motsette, det som er til hinder. *Betring/recovery* handlar dessutan om erfaringar i eit prosessuelt perspektiv, og kan på den måten og seiest å høyra heime i eit fenomenologisk tenkesett tilsvarande emne for studien.

3.2 Omgrepet *betring/recovery* og *betnings-/recovery*forskning

Historisk kan ein trekkja omgrepet *recovery* attende til USA på 1970-talet, relatert til ideologien om sjølvhjelp, menneskeretts-rørsla, og ønsket om redusering av stigma (Anthony, 1993). Innan psykisk helsefeltet vert det nytta i mange ulike samanhengar; av den som har, eller har hatt ei psykisk liding, av tenesteapparatet, eller som resultat av medisinsk behandling og forskning (Jacobsen & Greenly, 2001). Særleg har det hatt forskningsmessig oppslutnad dei siste 10-15 åra. Det kjem dessutan inn som eit nøkkelomgrep i mange offentlege dokument, og praksisfeltet vert meir "recovery-orientert" (Collier, 2010; Davidson, Tondora & O'Connell, 2007; Wilken, 2007). I Noreg har særleg Marit Borg med forskninga (til dømes; Borg, 2009; Borg & Davidson, 2008; Borg & Kristiansen, 2004, Borg & Topor, 2007) og doktorgradsavhandlinga: "The nature of Recovery as Lived in Everyday Life"(2007), stått sentralt.

To sentrale kjelder kan seiast å ha bidrege til denne auka merksemda. For det første frå brukar-/pasienterfaringar, der Patricia Deegan er av dei mest refererte i forskningsssamanheng (Onken, Craig, Ridgway, Raph & Cook, 2007). Ho har sjølv bidrege forskningsmessig (til dømes 1988, 1997, 2000, 2005). Den andre sentrale kjelda er frå studiar om menneske som syner at det er mange som opplever å bli heilt frisk, eller som meistrar å leva eit rimeleg bra liv, trass symptom (Harding & Zahniser, 1994; Davidson & McGlashan, 1997; Wilken, 2005).

Recovery er definert på mange ulike måtar. Collier (2010) og Davidson & Roe (2007) har inndelt det i to hovudretningar:

- *medisinsk recovery* (Collier, 2010) er *recovery from* (Davidson & Roe, 2007), som eit resultatmål, å bli frisk, reduksjon av symptom, gjenoppretting av funksjon:
”..involves the amelioration of symptoms and the person’s returning to a healthy state following onset of the illness” (Davidson & Roe, 2007, s.463).
- *life-recovery* (Collier, 2010) er *recovery in* (Davidson & Roe, 2007), som ein prosess:

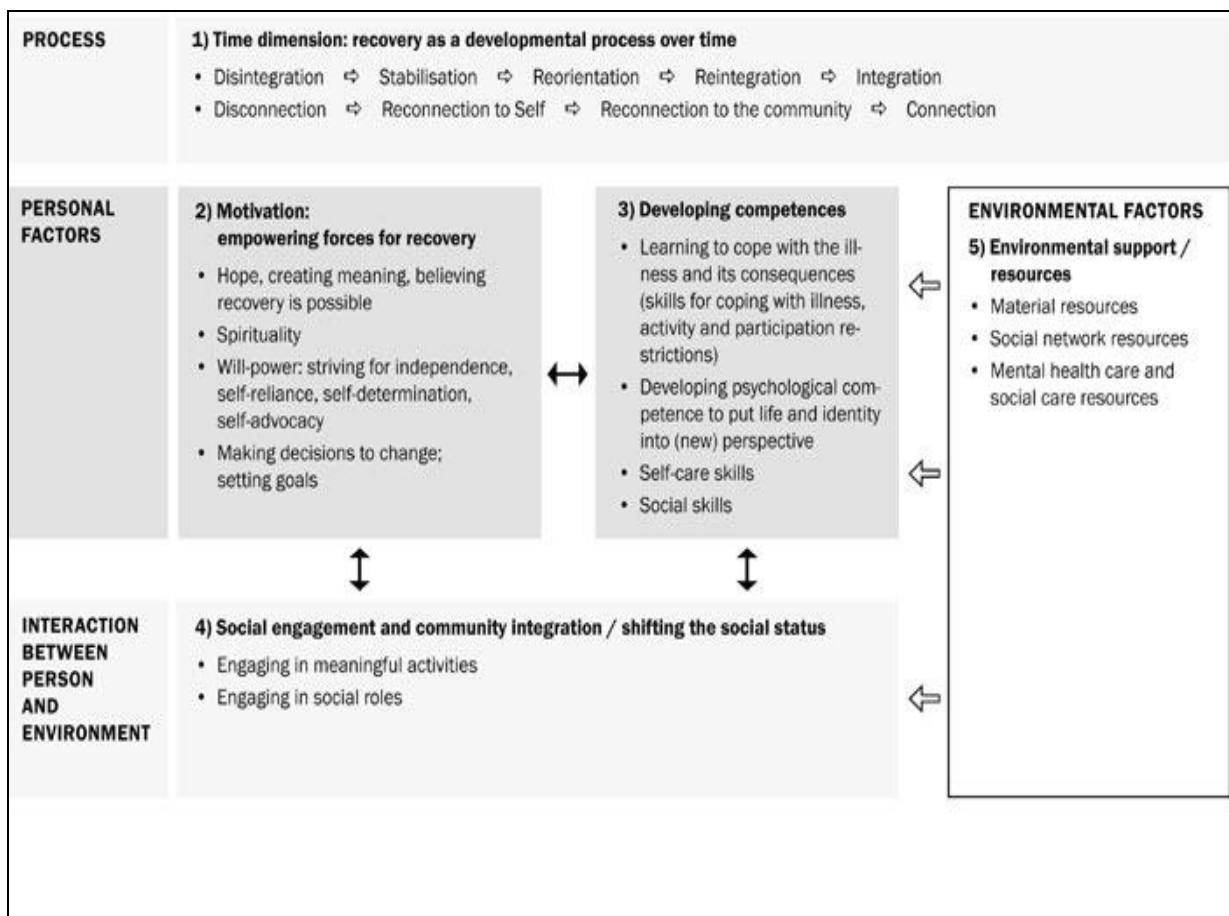
...refers to the prosess of living one’s life, pursuing one’s personal hopes and aspirations, with dignity and autonomy, in the face of the on-going presence of an illness and/or vulnerability to relapse. A central part of this form of recovery is the person’s use of his or her own strengths and remaining areas of health and competence, along with the acceptance of caring others and a supportive environment, in managing the disease and compensating for its effects, all the while holding out hope for an eventual cure.
(Davidson & Roe, 2007, s.464)

Det er denne siste definisjonen som det vert teke utgangspunkt i denne studien. På norsk er recovery omsett til *å koma seg, betring, betringsprosessar* (Borg & Topor, 2007). Recovery vert i det vidare omsett til betring, og nytta synonymt.

Det syner seg trass mangfaldet av ulike definisjonar, og bruksområde at nokre komponentar tykkjest vera felles. Anthony (2003, s.1) uttrykkjer det slik: “they imply the development of new meaning and purpose in life as people grow beyond the catastrophe of severe mental illnesses”.

Wilkin (2007) påpeikar at sjølv om *betring* ser ut til å vera ein svært individuell prosess, er det mogeleg å generalisera recovery-faktorar på bakgrunn av data frå den stadig aukande forskninga. Han gjer sjølv eit forsøk på det, og samlar det i ein multidimensjonal modell av betrings-faktorar (Figur 2.). Ein har i denne studien valgt å presentera denne modellen i grove trekk, fordi den femnar om så mange av aspekta som synes å vera relatert til omgrepet, og dermed interessant i forhold til drøfting av materialet i denne oppgaven.

Figur 2. Multidimensjonal modell – betrings-/recoveryfaktorar (Wilken, 2007)



Som grunnlag for modellen utførde Wilkin (2005) ei meta-analyse på oversiktsstudiar av *betring*, både av longitudinell, og kvalitative karakter (Harding & Zahniser, 1994; Davidson & McGlashan, 1997; Wilken, 2005). Han identifiserte fem relevante clusters/tema av *betrings*-faktorar. Desse får ei kort gjennomgang her, og vert samstundes supplert med anna relevant recovery forskning under kvart tema.

3.2.1 Tidsdimensjon: Ein personleg, utviklingsmessig, sjølv-myndiggjerande prosess

Alle prosessane er unike for kvar person, men nokre fellesaspekt er gjennomgåande. Ved debut av ei alvorleg psykisk lidning, som til dømes ei bipolar lidning, oppstår ein krisetilstand, det tek tid før ein gradvis opplever endring, til ein får det betre, eventuelt opplevare å verta heilt bra. Det føregår to parallelle prosessar; å finna attende til seg sjølv, og å kobla seg på att til eit tilvære med sine omgivadar. Det er ein interaktiv prosess av psykologiske, biologiske og miljømessige faktorar. Endringsprosessen, som ikkje er linær, heller stegvis, er almenmenneskeleg, ikkje diagnoseknytt (Glover, 2005).

3.2.2 Motivasjon / drivkraft for betring

Endringsprosessen treng næring for å ha framdrift. Indre og ytre motivasjonsfaktorar heng saman med empowerment (myndiggjering). "Empowerment is a combination of internal and external factors where the internal strength is combined with interconnectedness to provide the self-help, advocacy, and caring about what happens to ourselves and to others" (Ralph, 2000). Sentralt er å få makt og kontroll over eige liv gjennom tilgang til meningsfulle val og utvikling av uavhengighet. Mange skildrar håp som ein sær viktig empowering faktor (Onken, Dumont, Ridgway, Dornan, & Ralph, 2002). Deegan (1988) ser håp som eit sentralt vendepunkt, fulgt av vilje til handling, tru på at betring er mulig, og å bli støtta av andre. Ein har eit ønske om å forstå, noko som krev tilgong på god informasjon. Det å ha ei åndeleg tru ser òg ut til å gje positiv næring til recovery-prosessen (Torgalsbøen, 2001). Jacobsen (2001) uttrykkjer det som å gje slepp på det som var og byggja opp att draumar, det vil seia å akseptera at sjukdomen er ein del av livet samstundes som ein fokuserer på å leva vidare, å utvikla ny menining og hensikt ettersom ein veks ut av ei tapsoppleving. Mening står sentralt, å oppdaga at livet har eit føremål og ei retning. Refleksjon vert nyttig i prosessen.

3.2.3 Utvikling av kompetanse / ferdighetar

For betring treng ein å læra å handtera eiga sårbarhet og konsekvensar av lidinga. Det handlar om å læra å ta kontroll. Shearer, Davidhizar & Dowd (1999) og Romans (2006) nyttar omgrepa læring, meistring og tilpasning. Å læra seg nye måtar å meistra på og tilpassa seg

utfordringane med ei psykisk lidning. Viktige omgrep er å finna ut av muligheter og begrensningar. Innsikt, å akseptera at ein har "funksjonshemminga", å læra om eiga sårbarhet og korleis handtera den. Innsikt er knytta til konsekvensar, å vita kva som er fallgruver og kor sterk ein er (Wilkin, 2007). Det handlar om kompetanse til å sjå på eige liv i eit nytt perspektiv, ei ny sjølvforståing. Det handlar om å skapa eit nytt "sjølv" over tid der personen vinn att makta i eige liv gjennom fasar (Topor, 2001).

3.2.4 Sosialt engasjement, skifte av sosial status

Fleire skildrar det å koma til eit vendepunkt, det skjer eit særleg skifte i tilværet, ein tek ei viktig avgjerd om endring, noko som særleg heng saman med det å vera i meningsfull aktivitet, og i høve til sosiale roller. Ein tek opp att gamle eller kjem inn i nye. Motivasjon vert kobla saman med handling, og ein gjer eit skifte mot "den verkelege verda", ut av "sjukdomsverda". Det handlar om den "normale" delen av seg sjølv, sjølvtiliten vert styrka. Ein bevege seg inn i roller som er meningsfulle, produktive og verdsette av den ytre omgivnaden (Spaniol, Wewiorski, Gagne & Anthony, 2002).

3.2.5 Miljømessige ressursar

I følge Wilkin (2007) er det vanskeleg å finna noko enkel samanheng mellom særlege typar miljømessige ressursar og recovery. Sjølv om nokre miljø tilbyr eit vidare spekter av muligheter, er det opp til individuelle faktorar om desse mulighetane kjem til å spela noko rolle for den enkelte sin recovery prosess, eller ikkje. Jacobsen & Greensley (2001) uttrykkjer det på ein litt annan måte. Ja, betring handlar om personen sjølv og personlege føresetnadar, men òg om dei relasjonelle og omkringliggende hindringane og mulighetane. I Onkel et al. (2007) si litteraturgjennomgong av recoveryforskning, ser dei på omgrepet *endring* som sentralt, i eit kontekststuet perspektiv; "Recovery relies not only on the individual's emerging sense of integrity and purpose (first order change) but also on society's increasing ability to acknowledge and support that integrity and purpose (second order change) (Onken et al., 2007, s. 19).

Sosial støtte vert framheva som grunnleggande for recovery (Deegan, 1996; Topor, 2001; Borg & Topor, 2007). Det kan skapast omgivadar der recovery får næring. Støttande relasjonar som kommuniserer håp, som gir mulighet for at ein kan uttrykka seg om korleis ein har det, og som styrkar ein i å prøva ut nye muligheter for livsutfalding.

Det er i nokre studiar i samanheng med omgrepet recovery, peika på at det å vera foreldre kan vera verdfullt i betringssamanheng (Mowbray, Oyserman, Bybee, MacFarlane, Rueda-Ridle, 2001; Wisdom, Bruce, Saedi, Weis, Green, 2008).

Stigma blir sett på som den største hindringa for recovery. I følge Wilkin (2007) kan ein frå omgivnaden bli sett på som lat eller farleg, og at ein ikkje klarer å ta hand om eige hus og arbeid. Pasientar kan, gjennom den psykiske lidinga eller sjukehusopphald, koma til å internalisera slik haldningar. Stigma kan bli internalisert i personen sitt sjølvbilete som at ein er mindre verdt, og ikkje høyrer heilt til i samfunnet som andre (Markowitz, 2001). Stigma relatert til psykiske lidingar kan hindra personar frå å gå inn i nye relasjonar, søkja jobbar og liknande. Men det er og mogeleg at stigma kan inspirera til at ein vert meir besluttsom og tek i ferde med å prøva å retta opp dei sosiale "restriksjonane" (Onken et al., 2002).

Goffman (1961) meiner at vår identitet, vår måte å vera til på, i stor grad er avhengig av det gjensvaret ein får frå omgivnaden. Dersom nokon har stor makt over oss og våre livsvilkår, og ein vert definert som avvikande, som psykisk sjuk, risikerer ein å tileigna seg den definisjonen sjølv. Ein byrjar å opptre slik det vert forventa av omgivnaden, og tenkjer på seg sjølv i samsvar med det. På den måten stadfester me andre sine tankar om oss (Borg & Topor, 2007).

Kritikk mot betringss-/recoveryforskning har mellom anna handla om at den er for naiv og individuelt orientert, legg ansvarsbyrde til den enkelte, og manglar inkludering av maktaspekt som til dømes ubalanse i forholdet mellom fagekspertise og pasient (Borg, 2007).

4. METODE OG ANALYSE

I dette metode- og analyse-kapittelet vert det i grove trekk gjort greie for framgangsmåte og innhald i prosessen frå rådata til resultat. Det vert gjeve ei kort grunngeving for den vitskapsteoretiske ramma, om kvalitativt intervju som framgangsmåte for å innhenta data, om utval og rekruttering, og om sjølve datainnsamlinga og transkriberinga. Vidare vert det sett særleg lys på nokre sider ved analysearbeidet. For det første for å synleggjera korleis materialet vart tolka, noko som er essensielt m.o.t. grad av truverd og validitet. For det andre, fordi det på vegen mot ny kunnskap vart ei utfordring korleis ein skulle nyttiggjera seg interaksjonen mellom empirien, forskaren si forforståing og aktuell teori på ein best mogeleg måte. Til sist følgjer nokre av dei mest sentrale forskningsetiske vurderingane. Døme på aspekt som bidreg *til*, samt vurderinga *av* kvaliteten på studien følgjer som metodekritiske refleksjonar avsluttningsvis i drøftingskapittelet

4.1 Vitskapsteoretisk ramme og val av forskningsmetode

Eit kvart forskningsprosjekt kviler på filosofiske grunntankar om røyndom og kunnskap (Bengtsson, 2006). Føremålet med denne studien var å utforska og å prøva å *forstå* det å *vera foreldre når ein samstundes har ei bipolar lidning*. Det var denne livsverda, dette fenomenet, som skulle undersøkjast. Å *prøva å forstå* den andre si livsverd og kvardagsliv er noko anna enn å *søkja objektive fakta, svar og sanningar*, og å *forklara* samanhengar, slik ein kan gjera med utgangspunkt i eit positivistisk tenkesett. I studien søkte ein kunnskap om "den andre" si livsverd, ein trong tilgong til eit "innanfrå-perspektiv" for å forstå. Studien henta difor inspirasjon frå *fenomenologi* og *hermeneutikk*. Fenomenologisk tankesett og tradisjon har mange retningar, men noko av det mest grunnleggane er antakinga om at livsverda er utgangspunkt for vår forståing av verda, for både kvardagskunnskap og vitskapskunnskap (Bengtsson, 2006). Som forskar er ein sjølv ein del av si livsverd. For å kunna forska på eit fenomen treng ein å byggja bru mellom forskaren si livsverd og livsverda til dei menneska som skal studerast. Gadamer (1975) peikar på at me som menneske forstår ut frå ein forståingshorisont, alle våre for-dommar. Me er ikkje i stand til å møte verda på ein omgrepsfri eller føresetnadslaus måte. Hermeneutikken kan spela ei rolle både som innsamlings- og bearbeidingsmetode for å få kunnskap om "den andre" si livsverd

(Bengtsson 2006). Å ha ei hermeneutisk haldning føreset at ein er medviten desse fordommane, og at me er medviten at det er nettopp det det er, og ikkje "sanninga". Gadamer (2004) skildrar den hermeneutiske formidlinga mellom tekst og lesar som ein dialog som fører med seg ein serie med horisontsamansmeltingar, eller som Bengtsson (2006) påpeikar, som eit møte mellom fleire horisontar.

Forskningsprosessen vart ikkje linær, men har endra og utvikla seg undervegs. Forskaren har gjennom vegleiiing fortløpande tileigna seg auka forskningskompetanse som har gjeve nye mulighetar i arbeidsprosessen. Dette krevde nye vurderingar og val. Eit sentralt val var å stø seg til Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith & Osborn, 2008) fordi den byggjer på samanfallande epistemologisk og metodologisk perspektiv som det denne studien trong.

IPA er ikkje noko "oppskrift frå A til Å", men inneheld forslag til fleksible retningslinjer. Den kan vera god å stø seg til om ein er urøynd som forskar. IPA har som målsetjing å utforska i detalj korleis informantar forstår og skapar mening i sitt tilvære. Fokus er retta mot dei erfaringar og hendingar som meiningane er forma utifrå (Smith & Osborn, 2008).

The approach is phenomenological in that it involves detailed examination of the participant's lived experiences; it attempts to explore personal experience and is concerned with an individual's personal perception or account of an object or event, as opposed to an attempt to produce an objective statement of the object or event itself. (Smith & Osborn, 2008, s. 53)

IPA erkjenner at det ikkje er mogeleg å få direkte tilgong til menneska si livsverd fordi det er ikkje noko klart og upåverka vindu til det livet. For å kunna utforska korleis noko vert erfart og vert gjeve mening krev det tolkande aktivitet frå både informant og forskar (Eatough & Smith, 2008). Denne *dobbel-hermeneutikken* vert skildra som ein todelt prosess;

The participants are trying to make sense of their world; the researcher is trying to make sense of the participants trying to make sense of the world (Smith & Osborn, 2008, s. 53)

IPA er ein dynamisk prosess som føreset ei aktiv forskarrolle. Forskaren si forforståing er både ein føresetnad for å få tilgong til "innanfråperspektivet", og det kompliserer tolkinga. For å hanskast med dette kombinerer IPA ein empatisk, haldningsmessig hermeneutikk med spørsmåls-hermeneutikk. IPA byggjer vidare på det synet at individuelle meiningar vert konstruert i ei personleg og sosial verd. Det ein ytrar er farga av tenkning og kjensler. IPA er eigna til å få tak i også det som ikkje vert sagt, det undersforståtte.

4.2 Det kvalitative intervju

Korleis skulle ein nå inn til den andre si livsverd? Metoden som vart valgt var semistrukturert intervju.

This form of interviewing allows the researcher and participant to engage in a dialogue whereby initial questions are modified in the light of the participants' responses and the investigator is able to probe interesting and important areas which arise (Smith & Osborn 2008, s. 57)

4.3 Utval og rekruttering

Deltaking i studien krevde diagnose bipolar lidning (Statens Helsetilsyn, ICD10, F.31), og at ein var mor eller far til minst eit barn under 18 år. Inklusjons- og eksklusjonskriteria er presentert i Tabell 1.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriteria

Inklusjon	Eksklusjon
6 kvinner/ menn diagnostisert med BP	døgnopphald eller ECT behandling siste 6 mnd
omsorg for barn under 18 år	i alvorleg depressive eller manisk fase
språkmessig/ kunna forstå ramma for studien	andre hovuddiagnosar eller omfattande komorbiditet

For å sikra at inklusjonskriteriet: diagnose bipolar lidning, var til stades, vart det frå Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) tilrådd å rekruttera via behandlarinstitusjon (vedlegg 1). Ein gjekk difor bort frå opprinneleg plan om rekruttering via brukarorganisasjonar. 3 behandlarteam ved to almenpsykiatriske poliklinikkar fekk skriftleg og munnleg informasjon om studien (vedlegg 2). Dei vidareformidla

informasjonsmaterialet (vedlegg 3) til dei pasientane som dei hadde, eller hadde hatt i behandling, og som dei meinte fylte kriteria for deltaking. Det var så opp til den enkelte som var interessert, å ta kontakt med forskaren pr telefon eller epost.

Behandlarsteama sine vurderingar bidrog såleis til å avgrensa utvalet. Kor mange dei tok kontakt med og kven av desse som i neste omgang tok kontakt med forskaren, føreligg det ikkje data på. Samarbeidet med rekrutteringsinstansane vart opplevd som gode på den måten at dei synte interesse, rekrutterte, og kom med nyttige innspel og refleksjonar rundt studien.

Avgjerda om å rekruttera 6 informantar var basert på ei *teoretisk* grunngjeving; eit lågt tal informantar kan gje eit rikhaldig datamateriale i kvalitative studiar (Malterud 2008), og ei *praktisk* grunngjeving; ein hadde avgrensa med tid til rådvelde. Dei første 6 som tok kontakt med forskaren, og som fylte kriteria, vart inkluderte.

I perioden februar-april 2010 tok 8 interesserte personar kontakt pr telefon. Dei fekk då ytterlegare informasjon om studien, ein gjennomgjekk kriteria for deltaking og det vart avtalt tid og stad for intervju slik dei ønskte det. Ein av dei som tok kontakt hadde 3 månadar tidlegare hatt eit kort døgnopphald på eit distriktpsykiatrisk senter for justering av medisiner. Ho vart likevel inkludert i studien då den psykiske tilstanden var stabil. Ein person ønskte ikkje å delta etter å ha tenkt seg om ei kort stund. Ei annan fylte ikkje inklusjonskriteria på grunn av å ha to hovuddiagnosar.

4.4 Datainnsamling

Ein intervjuguide med opne tema vart nytta som rettesnor for å oppmuntra informantane til å fortelja så rikhaldig som mogeleg om sitt kvardagsliv og erfaringar :

- ein vanleg dag heime
- gode, positive erfaringar relatert til foreldrerolla
- vanskar, utfordringar i foreldrerolla
- oppleving av særlege hendingar, situasjonar, vendepunkt
- kva vert opplevd styrkar og hindrar deg i foreldrerolla

- basert på dine erfaringar, kva råd vil du gje andre i liknande situasjon og/eller hjelpeapparatet

Alle intervju starta med: "Eg er sikker på at du har noko du særleg har lyst til å fortelja om", og vart avslutta med ei oppmoding om å trekkja fram det dei tykte var det aller viktigaste å formidla vidare. Det vart nytta ein uformell samtalestil og teke lydopptak.

Forskaren la vekt på å syne respekt og varsemd, ein var invitert inn i ei privat sfære med interesse for deira personlege tankar og opplevingar. Ein var ute etter å lytta og å læra, ikkje å behandla eller å evaluera. Forskeren hadde rolla som den som ønskte og fekk innsikt, medan informanten fyllte rolla med å gje innhald til denne innsikta. Ein hadde såleis ulike roller, men forskaren tilstreba likeverd i form av at intervju skulle opplevast som meningsfulle. Informantane skulle oppleva å bli høyrte og respektert.

4.5 Transkribering

Føremålet med transkripsjon er å fanga opp samtalen frå intervjusituasjonen i ei form som best mogeleg representerer det som informanten hadde til hensikt å meddela (Malterud, 2008). Men når munnleg samtale vert oversett til tekst, er det uråd å unngå visse endringar av materialet, t.d. vil non-verbale uttrykk ikkje kunna fylgja med, dessutan vart typiske dialektord og namn endra for å sikra anonymitet. All transkribering vart gjort av forskaren aleina og fortløpande etter kvart intervju. Slik kunne forskaren følgja heile prosessen, og lettare kunna forstå innhaldet i intervju og teksten. Samla intervjutid (n=6) vart 10 timar.

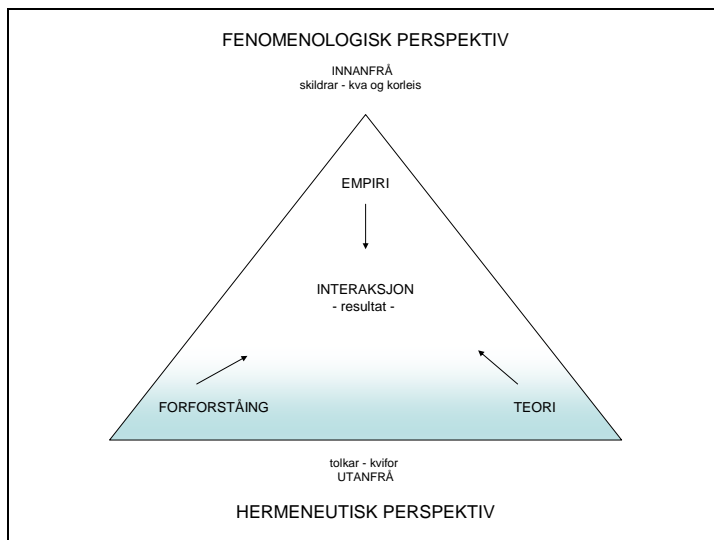
4.6 Analyse

I analyseprosessen var det på den eine sida ei utfordring å sikra det fenomenologiske "innanfrå-perspektivet". Det vil seia at det var foreldra sine egne erfaringar og meiningar som skulle tre fram. Det var deira "stemme" som var basis for empirien. På den andre sida skulle ein søkja ei djupare forståing. Dette krov eit "utanfrå-perspektiv", ei meningsfortolking frå forskaren si side. I *møtet* mellom desse to perspektiva, "innanfrå" og "utanfrå", føregår det ein interaksjon, ei *meningsbrytning* (Smith & Osborn, 2008). Det er dette møtet som skapar resultatet i studien. Men korleis skulle ein sikra at foreldra sine

”erfaringsstemmer”, deira subjektive opplevingar og meiningar vart det berande i eit slikt møte mellom ”innanfrå” og ”utanfrå” ?

Dette kan ein som forskar prøva å løysa med å vera medviten og synleggjera tilførsla av ”utanfrå-perspektivet” i analyseprosessen. Ein må tilstreba ein form for ”nøytralitet”, at ein haldningsmessig var reelt open for det som kom fram i materialet. Figur 3, ”Interaksjonen mellom empiri, forforståing og teori”, vart konstruert for å ha ei enkel visualisering av ”staden” der dette møtet føregjekk, ”staden” der analyseresultatet vart forma. I kva grad ein vektlegg den fenomenologiske og hermeneutiske posisjonen ville setja ulik ”farge” på resultatet.

Figur 3 Interaksjon mellom empiri, forforståing og teori



Aamodt (2002) syner til filosofen og sosiologen Alfred Shutz, som m.a. hevdar at røyndomen er sosialt konstruert, at eit kvart datagrunnlag gjev rom for ulike tolkingar, og at det er aktørane sjølve, i dette høvet foreldra, som har direkte tilgong til sine handlingar og fortolkingar av desse. Forskaren vil, til dømes ved intervju, interagera med informanten. Shutz hevdar likevel at det er mogeleg som forskar å oppnå objektiv vitskap om subjektiv meining. Det krev ein forskarposisjon prega av nøytralitet, distanse og desinteressert observasjon, og at andre forskarar får innsyn, gjev kritikk og kontroll. Aamodt synleggjer og, m.a. ved hjelp av Bourdieu (2000), at det informanten skildrar av erfaringar er ikkje erfaringane i seg sjølv, slik dei vert opplevd, men dei er nye refleksjonar og skildringar i

ettertid av kva ein har opplevd. Dei er farga av tida, samanhangen og den kulturelle konteksten, doxa. Relatert til føreliggjande studie vil det seia at foreldra og forskaren gjennom dialogen i intervjusituasjonen gjekk inn i ein felles meningsskapande prosess om ulike tolkingar, ein arbeidde saman for å få fram ord/omgrep som på best mogeleg måte skildra fenomenet, foreldra sine erfaringar.

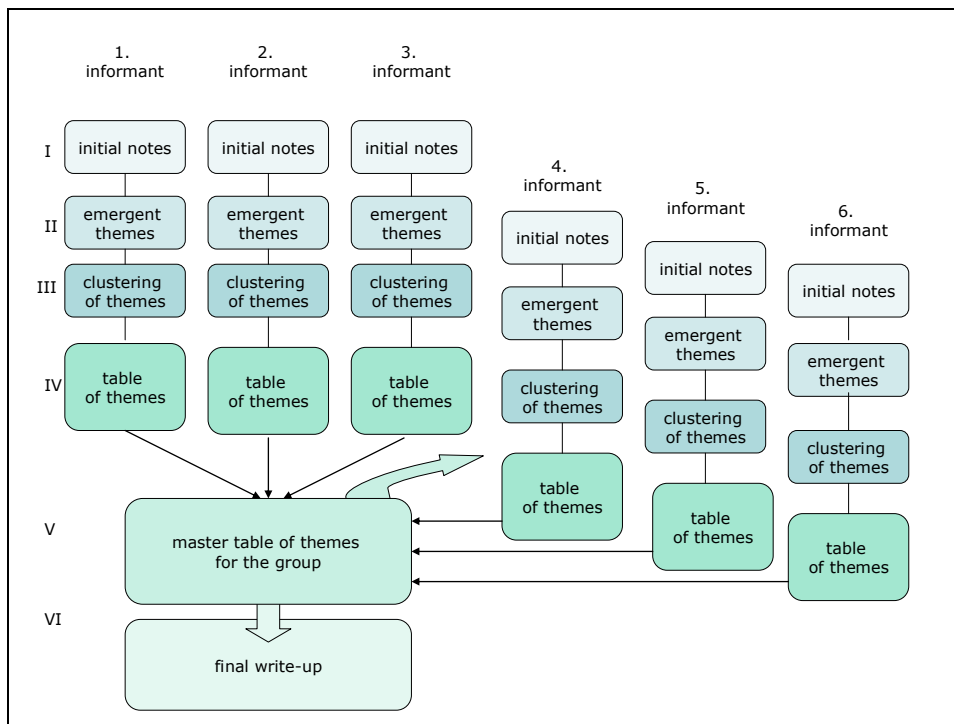
Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith & Osborn 2008), vart både inspirasjonskjelde og rettesnor for posisjon og framgongsmåte for å hanskast med møtet mellom "innanfrå-" og "utanfrå-perspektivet".

Analyseprosessen føregjekk stegvis basert på retningslinene frå IPA (Smith & Osborn 2008) (Vedlegg 4).

- | | |
|---------|---|
| Steg 1. | Initial notes |
| Steg 2. | Initial list of emergent themes |
| Steg 3. | Clustering of themes |
| Steg 4. | Table of themes from the participant |
| Steg 5. | Master table of themes for the group, bestod av super-ordinate themes, bygd opp av sub-themes, illustrert med formuleringar direkte frå tekstmaterialet |
| Steg 6. | Final write up |

Figur 4 vart konstruert for å systematisera kor forskaren til ei kvar tid var i analyseprosessen. Den er utforma med utgangspunkt i analysefasane i IPA.

Figur 4 Fasane i analyseprosessen



Det første ein gjorde i analyseprosessen var å starta ut med tekstmaterialet til den første informanten, for så å ta i ferde med dei to neste. Tekstmaterialet vart på den måten analysert for kvar av dei 3 intervju, *på langs*, gjennom fire fasar. Etter det byrja ein å sjå materialet frå fase IV *på tvers* for desse 3. Det neste ein gjorde var å starta ut at *på langs* for dei 3 siste informantane, samstundes som ein såg det *på tvers* i forhold til det som alt var framanalysert. For kvart steg vart det notert mønster av tema for dei informantane hadde skildra, og den meininga dei tilla det. Eit tema er gjentekne mønster av meining (idear, tankar, kjensler) som kom fram i tekstmaterialet. Ein såg både etter repeterande mønster og nye tema, likhetar og ulikhetar. Nokre tema gjekk att og hadde større "rikdom" enn andre, medan nokre stod fram som kontrastar. Dette vart koda og katalogisert, og til sist samla i ein felles tabell. Forskaren sine refleksjonar vart òg notert fortløpande. Reduksjon og abstraksjon, vurdering av førekomst/rikdom og vurdering i høve til forskningsspørsmålet, er såleis nokre stikkord for handlingane slik dei føregjekk i analyseprosessen.

Alle stega i prosessen krov at ein var grundig og omhyggeleg. Fleire gonger gjekk ein attende og las heile råmaterialet på nytt, både for å sikra samanhengen mellom dei tema som oppsto og råmaterialet, men og for å gjera ny-oppdagingar. Omfattande struktur, skriftleggjing,

tålmod og godt med tid kjenneteikna erfaringane frå prosessen. Det stegvise, skriftlege materialet i analyseprosessen gjer det mogeleg for andre i ettertid å kunna følgja råmaterialet fram til resultat. Vegleiar gjennomgjekk utvalgte deler av materialet og bidrog på den måten til å validera resultatet. Styrken i ein studie basert på IPA syner seg ut frå korleis den står seg i høve til lesaren og andsynes allereie kjend litteratur (Smith, 2008).

4.7 Forskningsetiske vurderingar

Relasjonen mellom informant og intervjuar har mykje å seia for kvaliteten på det materialet som kjem fram i studien (Thagaard, 2009). I det ligg både det å skapa eit godt samtaleklima, men og å takla dilemma og etiske utfordringar.

Etiske vurderingar føregjekk gjennom heile forskningsprosessen i tråd med Lov om medisinsk og helsefagleg forskning (30. juni 2006, nr 56). Studien vart godkjent Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sør-øst B (REK) 13.01.2010 (vedlegg 1)

På førehand hadde informantane fått grundig informasjon om føremoner, ulemper, metode og føremål med studien slik det framgår i vedlegg 3. Informantane vart sikra full anonymitet. Deira integritet og privatliv, forskaren si teieplikt og konfidensiell handsaming av datamaterialet vart tillagt større vekt enn omsynet til forskninga og nytte av studien. Opplysningar frå informantane vart aidentifiserte, t.d. vert alle informantane i resultatpresentasjonen omtala i "hokjønn".

Det var friviljug å delta. Det vart presisert at ein hadde høve til å trekka seg frå studien kva tid som helst i prosessen, utan nærare grunngjeving, og utan at det vil ha noko form for konsekvensar. Informasjonsbrevet og eit svarskjema ivaretok at det vart gitt skriftleg samtykke både på å delta og til presentasjon av funn frå studien.

Forskningsetiske retningsliner som t.d. Helsinkideklarasjonen (WHO, 2002), understrekar at ein har eit særleg ansvar for å vurdere risiko og hindra belastningar for forskningsinformantar, særleg gjeld dette "sårbare" grupper, t.d. menneske med psykiske lidingar. Å etterspørja personlege erfaringar kan opplevast støttande, men det kan og bidra

til å forsterka vanskane (Thagaard, 2009). Forskaren gav grundig informasjon og var ekstra årvaken og varsam i sjølve intervjusituasjonen, for å unngå re-traumatisering. Med lang klinisk praksis var forskaren van med å kommunisera med menneske i "sårbare" situasjonar der empati og merksemd legg grunnlaget for god dialog og samarbeid. Samstundes er det, som t.d. Hummelvoll (2008) og Halså (2008) påpeiker, viktig å ikkje strekka denne varemnda for langt, alle er ikkje like "sårbare", og ein må unngå å bidra til stigmatisering. Det treng ikkje vera verre for menneske med psykiske lidingar å snakka om det å vera mor/far som for andre. Det kan opplevast slik at ein vert teken på alvor, og det kan opplevast positivt å få bidra til kunnskapsauke (Hummelvoll, 2008). Informantane fekk sjølv regulera grad av openhet og kva dei ville leggja vekt på relatert til tema for studien.

Forskaren presiserte i intervjuet at ein i denne samanhengen var masterstudent og forskar, ikkje behandlar. Intervjua vart avslutta med ei oppsummering og ei avklaring om informantane meinte dei hadde trong for støttesamtale. Ingen av informantane uttrykte eit slikt behov, i staden var det fleire som sa dei var glad for å at temaet vart "sett på dagsorden", og at dei kunna bidra. Alle formidla at dei hadde opplevd samtalen som god, men og at den hadde vore krevjande: "litt tøff".

...eg syns samtalen har vore veldig bra for meg, altså, eg har liksom fått ut en del spørsmål og tanker som eg har hatt rundt dette, faktisk har eg fått sett ord på ting, på følelser og tankar som eg egentlig har slitt med eller gått og tenkt mye på, har vore litt sånn terapi (he), i denne samtalen, å få ut kossen eg føler det og såne ting, for det er liksom et tema, det har ikkje vært snakka om dette her, eg vet ikkje koffor egentlig, det har liksom aldri vært snakkt om dette her ...

Dette metodekapittelet har skissert framgangsmåten og den vitenskapsteoretiske ramma for studien. I det neste vert funna i studien presentert.

5 RESULTAT

I dette kapitlet følger først ei kort presentasjon av informantane og eit oversyn på funna som vart utleda i analysearbeidet. Dei fire hovudfunna vert så presentert med kvart sitt underkapittel.

5.1 Informantane

For å nå eit mangfald av foreldreerfaringar, var det ei føremon om informantane representerte eit breitt spekter av alder, omsorgs- og samlivssituasjonar. Fem mødre og ein far vart intervjua i 1,5 – 2 timar, i perioden februar - april 2010. Dei fann stad der informantane ønskte, tre i heimen, og tre på eit lokalt kontor. Borna var ikkje tilstades. Karakteristika ved informantane (Tabell 2) syner relativt god spreining i alder, både på informantane sjølve og borna dei hadde omsorg for. Tre av informantane budde saman med den andre forelderen, to hadde aleineomsorg, og ei budde aleine, men hadde jamnleg samvær med borna. Med berre ein far som informant, synte det seg at tematikk relatert til kjønn vart lite framtrødande i studien. Ei slik skeiv kjønnsfordeling i kvalitative studiar mynta på foreldre er ikkje uvanleg (Nicholson et al., 1998 a,b; Wilson & Crowe, 2008).

Tilsaman hadde informantane 11 born frå 1 til 18 år, nokre hadde i tillegg born over 18 år. Tre av informantane var heilt eller delvis i arbeid, tre hadde trygdestatus. Tre hadde utdanning utover vidaregåande skulenivå. Alle sa seg frå rimeleg til godt nøgd med økonomisk- og bustadmessig situasjon. Alle var i aktiv medikamentell og støtteterapeutisk behandling. To hadde oppfølging frå hjelpetenesta i høve til foreldreoppgåva og borna. To hadde tidlegare mista omsorga for borna, den eine hadde fått omsorga attende. Nokre hadde få års erfaring som foreldre, andre hadde over 20 år. Alle hadde vore plaga med svekka psykisk helse i mange år, nokre med debut før dei var 15 år.

Tabell 2 Karakteristika ved informantane

Variablar	Foreldre med BP (n=6)
Kjønn :	
menn (far)	1
kvinner (mor)	5
Informantane sin alder :	
30 – 39 år	2
40 – 49år	3
50 år og over	1
Sivil status :	
Gift/sambuar	3
Einsleg	3
Tal born alder 1 – 18 år :	
1	3
2	1
3	2
Utdanning :	
vidaregåande	3
høgskule eller meir	3
Arbeids- eller trygde-status :	
ufør / rehabilitering	3
deltidsarbeid	2
fulltidsarbeid	1
Behandling :	
stemningsstabiliserande medikasjon	6
individuell/gruppe-terapi	6
Hjelpetiltak relatert til foreldre/barn funksjonen :	
ein eller fleire dagar pr veke	2
ikkje spesifikke hjelpetiltak	4

5.2 Oversyn funn

I analyseprosessen vart det utleda 4 hovudtema/ *super-ordinate tema* (Tabell 3). Dei 3 første: "balanse", "støtte" og "avhengighet", syner mangfald og kompleksitet i dei utfordringane og "spenningsfelt" som foreldra erfarte å stå i. Medan det fjerde: "endring og vekst", speglar styrkeaspektet, kva foreldra tenkte og gjorde for å handtera desse utfordringane. For illustrasjon velgjer ein å attgje eit utval av sitat.

Tabell 3 Funn

Sub-tema	Super-ordinate tema	
<ul style="list-style-type: none"> - forferdeleg sliten, men strekke meg likevel - maniske fasar spennande, men ikkje verdt det - eg må vega opp for det vonde, gjera godt att - eg må skjerma de frå meg sjølv 	<p>vondt å balansera og ha nok krefter, men ungane er viktigaste</p>	balanse
<ul style="list-style-type: none"> - godt å dela med nokon, løysa saman - dei spurte meg aldri - dei set merkelappar på følelsane mine - eg er meg, ikkje berre manisk depressiv 	<p>skulle hatt meir hjelp</p>	støtte
<ul style="list-style-type: none"> - eg må halda meg frisk - ungane gjere meg stolt, verdfull og i aktivitet - ungane kreve, men eg får så mykje tilbake - eg brukar ungane, på ein måte 	<p>det er borna som held meg oppe</p>	avhengighet
<ul style="list-style-type: none"> - eg tenkje sånn fram - eg har slutta å skamma meg - det endra seg når eg tok tak - å vera open, då opnar det seg 	<p>liksom ein sånn runde du må gå</p>	endring og vekst

5.3 Hovudtema 1: Balanse

”...vondt å balansera og ha nok krefter, men ungane er viktigaste”

Sidan tema for studien var foreldre-erfaringar, var det ikkje uventa at borna vart skildra til å ha ei hovudrolle i informantane sine liv. Dette kom til uttrykk i fraser som: ”å gi dei eit fritt liv fullt av gode opplevingar”, ”ein trygg og god oppvekst”, ”gi dei det aller beste”, ”oppdra, læra dei gode vanar og ansvar”, ”gi dei det eg har sakna sjølv frå eigen oppvekst”, ”å setja seg sjølv til sides”. Dette er å sjå på som sunne, normale verdiar, og meningsytringar i vårt samfunn.

Balanseringa mellom å vera foreldre og ivareta den psykiske helsa vart opplevd som krevjande: ”er forferdeleg sliten, men strekke meg likavel”. Det følgde med dårleg samvit, skuldkjensle, otte for borna og trong for å skjerma dei. Det handla og om å kompensera for at dei i periodar opplevde seg som dårlege foreldre. Her er nokre av dei formuleringane foreldra brukte:

..viss eg er sånn nedfor, så har du ikkje så mykje energi, sit no helst bare der i stolen eller i sofaen og ..., då er vi liksom ikkje saman, sant, då er jo liksom eg i mi verd, grubler på ting, og så lurar ungane på; kvifor er du så fjern...

...det var veldig vanskeleg det der, at eg ikkje klarte å styra sinnet mitt, eg var så nedfor.... eh..men det skulle aldri ha skjedd..eg prøve liksom å retta opp, gjera noko ekstra, for å ordna opp i det gale som var...det skulle ikkje ha vore sånn..

..når eg har vore dårleg så må eg liksom skjerma dei, ...skjerma dei frå meg sjølv, det er jo nokre gongar at eg rett og slett måtte seia at eg ikkje kan ha dei fordi eg er sjuk, eg føler at eg ikkje vil at dei skal sjå meg sjuk, eg vaks opp med ei psykisk sjuk mor sjølv, så eg har dårlege erfaringar på det, så, det var ein gong eg var innlagt då, då såg eg dei nesten ikkje på 3 måneder, for eg ville liksom ikkje, eg ville beskytte dei for det då..

..eg må fylla på med gode opplevingar sånn at det vonde blir litt viska ut, kjem litt i bakgrunnen..

Depressive fasar vart av dei fleste skildra som lengst og tyngst å koma igjennom, samanlikna med dei maniske fasane. Nedturane kunne "gå svært djupt", eller vera "litt tunge", "som om ein vart vane med det". Mangel på energi, konsentrasjon og livsmot, "tankekjør", grubling, ømtøleg for ytre stress, variasjon i søvn, var nokre nevnte karakteristika. Nær alle informantane skildra oppleving av maniske fasar og psykotiske episodar: "går raskt inn i psykose", "då var eg heilt forskrudd, påstod ting som ikkje stemte", "hadde forvridde tankar", "sånn utanfor-meg-sjølv oppleving, veldig ekkelt". Dei opplevde å verta ekstremt sjølvopptatt, hadde funne på ting som dei etterpå opplevde som vondt, som dei angra på. "Eg flaksa rundt, brukte alt for mykje pengar". Dei maniske fasane kunne òg opplevast som spennande, farga av ekstra energi, sjølvtilitt og kreativitet. Fleire av foreldra formidla at svingningane i stemningsleie i seg sjølv var slitande, både for eigen del og for resten av familien. Det er verdt å merka seg at borna og øvrige familie, kunne oppleve mor/far i svært ulike stemningsfasar. Dei hadde ikkje berre ei "vanleg mor" og stundom ei "deprimert mor", men og ei som stundom var hypoman/manisk, eller som "svinga".

..det går opp og ned, opp og ned, det svingar veldig, det er veldig stor belastning for kroppen å svinga så veldig, sant, ..det er ikkje lett å bu saman med nokon som svingar sånn..

...eg er eigentleg to personar, både når eg er manisk og depressiv, at eg er to., og så mellomtingen då, ja ! det er det som er., ja, ungene kan bli forvirra av mindre, for de må jo lura litt sånn som de har levd med meg gjennom åra, ikkje sant, jo, for det seier seg sjølv litt, det at de har meg som svingar sånn..

I tillegg til otte for om borna kom til å arva lidinga, tenkte foreldra mykje på om deira omsorg var god nok. Dei uroa seg over om det borna hadde opplevd i dei "dårlege periodane", ville få negative følgjer. "Det har vore vondt for borna", "kanskje gjort noko med de, at de har tatt skade", "dei virkar harmoniske, men...", "det kjem kanskje noko godt ut av det, at de blir meir tolerante", "dei skal liksom passa på meg, beskytta meg, det er ikkje bra".

..eg tenkjer jo det at det ville vera heilt forferdeleg viss dei skulle få den sjukdommen der, det som går i arv i heile familien, eg håper det stopper med meg, for å seia det sånn, at ikkje ho..., at ikkje dei får den sjukdommen, må unngå at historia gjentek seg..

Trass utfordringane kom det fram at foreldra i det store og heile opplevde seg som gode foreldre. Dei opplevde alle gode periodar utan særlege vanskar knytta til lidinga.

Alle informantane brukte stemningsregulerande medisiner. Fleire opplevd det å få "rett" medisin som ei positivt vendepunkt: "lithiumen gjorde merkbart, ja, voldsomt stor forskjell".

5.4 Hovudtema 2: Støtte "...skulle hatt meir hjelp"

Den sosiale omgivnaden generelt, og familien spesielt, hadde ei sentral rolle i alle informantane sine liv. God støtte, praktisk og emosjonelt, særleg frå næraste familie betydde mykje. Erfaringane og refleksjonane synte at når dei opplevde mangel på sosial støtte, vart det som ei tilleggsbyrde. Nesten alle informantane fortalde at dei hadde gått i behandling i mange år utan at hjelpeapparatet hadde hatt fokus på dei som foreldre og korleis familien heime hadde det. Nokre hadde opplevd at dette hadde endra seg i dei seinare åra.

..før var det den som var sjuk, som skulle få behandling, de spurte meg aldri dei som eg gjekk til i behandling,.. nei det var berre meg, meg, meg, heile tida, korleis eg har det, aldri snakk om korleis ungane hadde det, korleis mannen min hadde det, aldri, ...det var jo berre sånn før, eg trengte sårt hjelp, og eg fekk den hjelp, resten skura og gjekk, rett og slett, no syns eg det er heilt hårreisande, for alt me veit, egentlig no, om kor skadeleg det egentlig kan bli for ungane viss de ikkje får hjelp, sant, dette her med å få skuldkjensle, den er eg så redd for, at ungane skal føla at det er deira feil, sant, og det er det jo ikkje, det er ikkje deira skuld at eg er sjuk ..

Alle foreldra hadde erfart å bli "stilt spørsmål ved", "fulgt med på". Dei meinte at dei vart nedvurderte som foreldre og at den dei *var*, og det dei *gjorde*, ofte vart tolka i lys av den bipolare lidinga. "Alt skal liksom inn i det der sjukdomsbegrepet", "de set merkelappar på følelsane mine". Fleire av deltakarane nytta omgrepa "stigma", "lite støtte", "ekstra belastning". Dei opplevde at den sosiale omgivnaden medverka til å innsnevra deira naturlege handlingsrom.

.. eg er ikkje manisk depressiv, eg er meg, det må folk huske på, at du skal ikkje, eh.. berre behandlast ut frå den sjukdommen du har, men ut frå kven du er, eg må få lov til å bli sint eg og..vi er akkurat sånn som alle andre folk, at vi har våre dårlige dager og vi har våre gleder og sorger og at du er ikkje nødvendigvis manisk om du er i godt humør, og spøker og ler litt og har det litt kjekt, og at du er liksom litt depressiv om du har en litt dårlig dag, liksom...

Det vart òg formidla ei redsle for at deira eiga åtferd og opplevinga av sjølv å bli stigmatisert skulle bli overført på borna.

5.5 Hovudtema 3: Avhengighet

"....det er borna som held meg oppe"

Alle foreldra løfta fram kor viktig borna var for dei, "dei krev mykje, men dei gir så mykje tilbake". Tre av informantane nytta nøyaktig dei same orda "held meg oppe" om borna sine.

..eg kan ikkje tenkja meg å ha hatt ei bipolar og vore så depressiv og ikkje hatt barna å teke meg av, nei, så, då veit eg ikkje, det er liksom det som helde meg oppe, det er ungene som helde meg oppe..

..utan ungene så hadde ikkje eg vore her, så enkelt er det, tanken på dei berga livet mitt, det er eg overbevist om..

Det daglege livet i heimen, både det å strukturera dagen og å vera tilstades for borna, vart opplevd som meningsfullt for alle informantane.

..å ha nokon å bry seg om, og nokon som bryr seg om deg, sant, ja, at eg veit at eg har noko å stå opp for kvar dag, eg veit at eg må, eg kan ikkje berre setja meg ned og berre ..(he), heile dagen, eg må, ...det går i hundre og ti, så, det er veldig kjekt..

Å ha ungane rundt seg gjorde godt for den psykiske helsa og som motivasjon for å stå på for å halda seg frisk. Borna gjorde dei stolte. Dei opplevde at omgivnaden, gjennom borna sine aktivitetar, forholdt seg til dei som foreldre. Kjensla av å bli sett ut frå ei "vanleg" samfunnsrolle, gav dei styrka identitet og sjølvkjensle. Fleire framheva at borna gav dei "mykje positiv energi", at det var spennande å vera foreldre, å følgja dei på vegen mot eit vakse liv. Små fellesstunder og opplevingar i kvardagen vart av fleire løfta fram som svært betydningsfullt. "Små ting har stor verdi", "treng ikkje vera så stort, for å ha det godt", "dei gode stundene i lag", "ta del i kvarandre sine kvardagar".

Nokre av foreldra kjende på ei redsle for å bli avvist. Denne var knytta til dårleg samvit for hendingar borna hadde vorte utsett for: "Er redd dei vil ta avstand frå meg, men eg trur ikkje det". Fleire av foreldra formidla at dei var merksame på, og undra seg over om eigen avhengighet til borna var heilt av det gode.

...eg brukar ungane på ein måte, men eg trur ikkje., eg trur ikkje de har vondt av det heller, for eg utnyttar de jo ikkje sånn, for me er jo saman, fellekapet..

Ut frå alle behova foreldra meiner dei får dekkja i kontakten med borna, er det ikkje til å undrast over at denne avhengigheten og redsla for å bli avvist, framstod så sterkt i studien. Det paradoksale er at foreldra sitt ønske om å setja borna sine behov framfor eigne, i dette kan verta trua. Det oppstår ein fare for at foreldre-barn-relasjonen vert meir på foreldra sine premissar enn borna sine.

5.6 Hovudtema 4: Endring og vekst

"...liksom ein sånn runde du må gå"

Alle foreldra fortalde om ein prosess som over tid hadde gjeve dei nyttig lærdom, og som dei no brukte aktivt i sin kvardag: "Eg er noko eg ikkje ønskjer å vera", "me er jo stolte, me vil ikkje at det skal vera noko gale med oss", "ein lærer opp gjennom åra, sånn at du får det til", "det har nok litt med åra å gjera, at ein kjempe".

...eg har jo strevd sånn i livet mitt, prøvd veldig mykje forskjellig opp gjennom åra, men eg kan ikkje tenkja på alle åra eg har mista, eg må ta lærdomen med meg og tenkja sånn fram..

Grovt forenkla kan ein seia at foreldra på intervjutidspunktet delte seg i to ulike grupper m.o.t. sjølvforståing og aksept dei hadde i høve til den bipolare lidinga som ein del av deira identitet, dessutan kor nøgde dei var med eiga handtering av utfordringane i kvardagen.

Tre av foreldra opplevde det å ha den bipolare lidinga som "øydeleggjande og bittert". Ei kjende ikkje til at andre i hennar familie hadde sjukdomen, og av den grunn opplevde det urettferdig og skamfullt. Dei same foreldra synte likevel noko aksept: "Det er jo noko som sit oppi der, den forsvinne ikkje så lett, så eg er blitt litt vane", "det er ei utfordring å ha sjukdomen, men eg må læra meg å leva med den".

Dei andre tre foreldra formidla at dei gradvis hadde funne fram til gode måtar å handtera kvardagen på, inkludert foreldrerolla og den bipolare lidinga. Dette hadde endra deira sjølvforståing: "Eg er blitt mykje tryggare på meg sjølv, no forstår eg sjukdomen min betre".

..eg er ferdig med å skamma meg, både for meg sjølv og andre, eg kjente eg begynte å bli bitter, og eg vil ikkje bli sånn, så då måtte eg ta eit oppgjær ja, då fekk eg ein ny horisont, altså det opna seg opp ein ny verd for meg, for eg har gått med bøydd hovudet, sett ned i bakken, prøvd å gøyma meg, var litt usynleg, sant, ehm..eg bestemte meg berre.. og det virka.. eg er eit dårleg føredøme for ungane viss eg går rundt og liksom utslettar meg sjølv ...

Tidsfaktoren, samtalar med nære i familien eller i behandling, tilfeldige situasjonar og kommentarar, behandling når dei hadde hatt behov for det, var alle døme på kva dei meinte hadde vore til hjelp, ytre sett.

...eg har aldri blitt mistrudd på at..at eg trengte hjelp, sånt, er alltid blitt tatt på alvor, har eg hatt behov for innleggelse, så har eg fått det..

Gjennom sine forteljninga om kvardagen og kva dei gjorde for å handtera tilværet formidla foreldra mange ulike ferdighetar og "sånne teknikkar som ein lærer seg", "...i kvardagen, eg har lært meg små lure triks, for å overleva", "eg veit kva som gjer meg godt". Desse høgst

personleg handteringsmåtane kunne vera å sikra at ein fekk nok søvn, forsiktig med alkohol, lytta til musikk, turar i naturen, gå på besøk til dei ein visste gjorde ein godt, "det er veldig viktig for meg å få gjort ting fysisk, trene og jobbe og... det, i forhold til sykdommen tror eg det er veldig viktig". Ein av foreldra fortalde ho brukte det å laga lister over "små" daglege gjeremål, og stryka ut etterkvart som det vart utført: "berre det å henga opp kle, stryka ut og kjenna på den gode følelsen". Ho hadde erfart det som ein svært god teknikk for positiv sjølvevaluering. Ei anna sa det slik: "eg har funne ut at det er nesten bedre enn medisiner, så då går eg på treningsstudio, før har eg gått masse tur". Ei anna hadde erfart at det å formidla seg til nokon, å høyra seg sjølv seia høgt det ho tenkte, vart opplevd som nyttig og noko gjorde medvite. Det å strukturera kvardagen rundt daglege gjeremål opplevde dei medverka til å stabilisera den psykiske helsa, men det høvde òg godt med deira syn på god barneomsorg.

"Å ta tak sjølv", "eg må ta initiativ", "skal ein koma vidare, så må eg liksom..", "eg finne teknikkar, for eg vil styra", "eg må jo yta sjølv", er illustrasjonar på korleis foreldra reflekterte over seg sjølv som aktiv i eige liv. Desse refleksjonane hang nær saman med det "å vera open".

... ingen som veit før eg har sagt det, og då må eg.., for de kan ikkje vita, eg må jo.. så har eg det dårleg så seier eg det til behandlaren min, og då ordne de med medisiner og det eg ber om, så eg er veldig fornøyd, både eg og familien min..

..før utstrålte eg sånn antisamarbeid, eg lukka meg heilt, sant, eg var ikkje interessert i å prøva.. eg blir så provosert når folk trur de er betre enn andre, ..forhånds dømt.. men no heller lyttar og stiller eg spørsmål viss eg ikkje forstår,.... eg har blitt mykje flinkare, for det som.. før, når eg ikkje var open, så sa ikkje eg så mykje om korleis eg hadde det, korleis eg meinte at det burde vera.., men no har eg begynt å gjera det, og då blir eg behandla med ein heilt annan respekt..

Fleire av informantane var oppteken av å delta i samfunnslivet som "folk flest", vera synleg. Dei ville at omgivnaden skulle ha eit mest mogeleg realistisk og nyansert bilete av dei som foreldre og familie. Dei ville unngå at borna vart mobba.

..det er sånn skrekk for meg om me skulle bli sånn usynleg familie, at rykta svirrar, derfor er me mykje ute, møter folk, deltek, unngår rykte, så blir det ikkje mistydingar,

masse ungar kjem på besøk, me har alltid opne dørar, sånne småting betyr så utruleg mykje, ...

Andre ønskte å vera opne, men sa dei rett og slett mangla trening og følte seg utrygge på kva respons dei ville få. Det handla og om kva haldning dei hadde til seg sjølv;

... eg må vera open for å få dei tilbuda, ...be om hjelp, men det er vanskeleg, eg skal klara sjølv, eg er stolt på ein måte.. vil helst vera sjølvhjelpen...

.. eg synes det er eit nederlag å ta det opp med folk, at eg ikkje meistrar..

I forteljningane frå foreldra var det tydeleg at borna på eige initiativ søkte ei form for openhet i kontakten med foreldra; "ungane ser", "de lurar", "de spør", "det var ungane som opna opp".

..ungane seier til meg, kvifor svarer ikkje du når vi snakkar til deg, kvifor høyrer du ikkje, hugsar du det ikkje.. sånne ting, de synes det er veldig rart, de har tatt det opp med meg mange ganger..men eg husker det ikkje fordi eg...går og grubler på ting og har mykje sånn tankekjør, ja, det har eg...

Foreldra ønskte å lytta til borna, visa interesse for dei og ha ein open dialog. Men å snakka om den bipolare lidinga, opplevde nokre av foreldra som særst vanskeleg.

..de lure og de vil snakka, ...men eg har nok med mitt eige hovud, ikkje alltid når dei har ymta frampå at eg vil snakka...

...kor mykje skal dei få vita, kva kan eg sei, kor mykje ansvar skal dei ta.. det er du som er den voksne her, viktig at ein er open, men eg kan ikkje overlata ansvaret til barna..

Det kan synast som om vanskanane i kommunikasjonen for desse foreldra dels var relatert til deira psykiske helse, dels til ønsket om å verna om borna. Dei var svært merksame på, og på leit etter, korleis dei kunne formulera seg for å unngå å leggja ansvar og byrder på borna. Nokre valgte å svara unnvikande, ved å konstruera "kvite løgner". Det kan òg ha samanheng med at dei opplevde tematikken som så emosjonelt krevjande at dei ikkje kjende seg sterke nok.

Annleis var det for nokre av dei andre foreldra, som formidla det slik: "å vera open og seia sånn som det er", "blir ikkje misforstått då", "borna slepp å kjenna på skuld". Det å vera open om lidinga, handla òg om kven familien hadde å støtta seg til dersom mor eller far trong nytt sjukehusopphald.

...ungane skjønnte kva me prata om sjølv om de var ganske små, ... de ser jo at eg tek medisiner og eg har fortalt de om nettverket rundt meg som fangar det opp viss eg begynne å bli sjuk igjen, då er det ikkje sikkert eg treng på sjukehus, .. eg har vore heilt ærleg med dei, med min situasjon då.. vis ikkje"skumlifiserer" eg det (he), då blir det noko farleg ...

6. ERFARINGAR MED Å VERA FORELDRE – EI DRØFTING

Gjennom eit kvalitativt forskningsdesign, var målet med studien å utforska og få ei auka forståing for foreldre sine erfaringar når ein samstundes har ei bipolar lidning. Målsetjinga var òg å synleggjera slik erfaringsbasert kunnskap som eit innspel til vidareutvikling av praksis.

Studien synte at foreldra såg på borna som dei viktigaste. Dei gav lukke og glede, bekymring og strev. Utføringa av foreldrerelaterte oppgåver og ein foreldreidentitet er verdsett og vanleg i vårt samfunn. Ut frå eit slikt kulturelt perspektiv kan foreldra si vektlegging av borna sjåast på som eit *imperativ*; det er slik det vert forventet og mest "riktige" for dei å framstå. Men biletet vert noko meir nyansert når ein ser at foreldra òg fortalde kva for ein hard kamp dei hadde for å klara å setja borna først. Dei formidla situasjonar og refleksjonar som synte at omsorga for borna stundom vart opplevd som uheldig og til skade. Dei formidla dessutan i rikt mon om dei mange utfordrande "spenningsfelt" som dei stod i og korleis dei positivt klarte å handtera dette.

Kort oppsummert kan ein seia at funn frå studien tyder på:

1. Foreldra såg på borna som dei viktigaste, slik foreldre flest gjer
2. Foreldra stod i fleire krevjande spenningsfelt :
 - a) balanse: balanseringa mellom foreldrerolla og den psykiske helsa
 - b) støtte: trong for sosial støtte versus oppleving av stigma
 - c) avhengighet: avhengigheten til borna, på godt og vondt

3. Endring og vekst: Over tid hadde foreldra opplevd ei personleg endring og vekst. Dei hadde utvikla personlege handteringsmåtar, gjort aktive val og handlingar, søkt openhet, og fått ei auka sjølvforståing. Dette var komponentar som dei opplevde fremja deira foreldrerolle og psykiske helse.

Drøftingskapittelet blir lagt opp på følgende måte: Ein startar med ei kort utdjuing av spenningsfeltet som kom fram i materialet (6.1), for så å la drøftinga bli styrt av perspektivet endring og vekst (6.2). Dette er gjort med tanke på målsetjinga om å synleggjera erfaringsbasert kunnskap som eit innspel til vidareutvikling av praksis og fordi andre studiar om foreldreerfaringar og bipolar liding (Venkatemaran & Ackerson, 2008; Wilson & Crowe, 2008) ikkje har vektlagt dette. Ein vil starta med å sjå personleg endring og vekst som ein prosess, og gå vidare med at det i stor grad handlar om ei haldningsmessig endring til seg sjølv. Denne haldningsmessige endringa fører til nye handlingar. Til sist får omgrepet *openhet*, særleg relatert til kommunikasjonen mellom foreldra og borna, ei kort drøfting.

6.1 Spenningsfelt

Det første spenningsfeltet er formulert ut frå hovudtema balanse og handlar om å "strekka seg" for borna versus å ta omsyn til eiga psykiske helse. Dette vart opplevd særskilt krevjande. Liknande funn vart gjort i andre studiar. Til dømes uttrykte Venkatemaran & Ackerson (2008) det slik: "prioritizing child's needs over self", og Wilson & Crowe (2008) det slik: "the pressure of having to cope simultaneously with the responsibility of caring for children and the need to look after their own mental well-being". I ei kvalitative studie om mødreerfaringar og alvorleg psykisk liding ved Diaz-Caneja & Johnson (2004) seier dei det er: "...the demands associated with parenting responsibilities and the demands of coping with the mental illness".

Studien synte vidare at foreldre-born-relasjonen vart farga av mange ulike "foreldreutgåver" alt etter kva for stemningsfasar, maniske eller depressive, gode eller dårlege periodar, foreldra var i. Dette var noko som "var der", og som dei måtte forholde seg til heile tida. Denne vekslinga mellom stemningsfasane og gode og dårlege periodar, farga kvardagen for alle i heimen. Viktige verdiar i barneomsorg handlar om innleving, struktur, ansvar, tryggleik

og at det er føreseieleg (Halsa 2008). Foreldra opplevde at slike verdiar var vanskelege å oppnå i dei "dårlege periodane". Dei hadde otte for om borna vart skadelidande. Dei fekk dårleg samvit og kjende på skuld. Men det førte òg til aktive handlingar for å skjerma og beskytta borna. Med eit "innanfrå-perspektiv" er temaet dei mange ulike "foreldreutgåvene" til no lite drøfta i faglitteraturen (Venkatamaran & Ackerson, 2008).

Det andre spenningsfeltet er knytta til hovudtemaet støtte, og handlar om forholdet mellom støtte og stigma. Støtte frå omgivnaden, enten det var frå familie, vener eller fagpersonar, opplevde foreldra som eit gode. Medan mangel på slik støtte, særleg på grunn av stigmatiserande haldningar, vart opplevd som ei tilleggsbyrde i tilværet. Korleis skulle dei tilkjenne eit behov for hjelp, men samstundes risikera å bli nedvurderte som foreldre? Betydninga av sosial støtte på den eine sida, og opplevinga av stigma på den andre, er i tråd med funn frå mange andre studiar (Ackerson, 2003a; Davis & Allen, 2005; Diaz-Caneja & Johnson, 2004; Montgomery, et al., 2006; Halsa, 2008; Wilson & Crowe, 2008). Diaz-Caneja & Johnson (2004) formulerer det slik: "To be in such a position is to be in a not-compatible-role". Fleire av foreldra i studien handterte likevel situasjonen ved å seia; "eg kan ikkje alltid ha ansvar for barnet mitt", "nokre gonger treng eg mykje hjelp". Dette kan tyda på at foreldra reflekterte over, og hadde kraft og mot til å ta val og initiativ til borna sitt beste. Fleire av foreldra fortalde dei hadde fått god individuell behandling, men hadde sakna at fagpersonell synta interesse for dei som *foreldre*, for borna og øvrige familie. Dette var eit noko uventa funn, då desse foreldra hadde gått i støtteterapeutisk behandling i mange år, samstundes som fagpersonell dei siste åra gjennom nasjonale føringar er oppfordra til å ha eit auka fokus på "borna av psykisk sjuke" når foreldre er i behandling. På ei anna side er dette i tråd med til dømes studien til Halsa (2008), som synta at seks av 16 familiar mottok svært lite hjelp frå det offentlege i høve til borna sine. Halsa peikar på at foreldrerolla ikkje blir tematisert, ein vert møtt som pasient og individ, ikkje som forelder.

Det tredje spenningsfeltet er formulert ut frå hovudtemaet avhengighet, og handlar om det gjensidige avhengighetsforholdet mellom foreldre og barn versus ein avhengighet der foreldra sine behov kjem i framgrunnen. Foreldra sin avhengighet til borna framsto sterkt i studien. Relasjonen til borna vart ein implikasjon for å halda seg frisk, dei opplevde å vera i meiningsfull aktivitet, ikkje minst gav forholdet til borna auka sjølvkjensle og ein kulturelt

verdsett foreldreidentitet. Desse aspekta som vart opplevde positivt og styrkande, samsvarer med funn frå ei rekkje andre studiar (Ackerson 2003a; Mowbray, et al., 2001; Venkatemaran & Ackerson, 2008; Wilson & Crowe, 2008). Det er i seg sjølv eit gjensidig avhengighetsforhold i ein foreldre-barn-relasjon. Føresetnaden er at foreldre ikkje er absorbert i seg sjølv, men klarer å sjå og respondera på borna sine uttrykk og behov, for slik å understøtta deira sjølvstendevikling (Mevik, 1998). Materialet i denne studien gjev ikkje noko haldepunkt for korleis dette var for foreldre og borna her. Men nokre av foreldra hadde undringar som kan tolkast som eit signal om at dei faktisk opplevde bindinga til borna som uheldig. Kanskje kan avhengigheten til borna verta meir balansert og sunn dersom foreldre har fleire sosiale arenaer å vera på som dei opplever gjev verdsetjing og identitet? Studien gjev ikkje noko svar i så måte, men bidreg til å kreera slike spørsmål.

6.2 Personleg endring og vekst

Kva tenkte og gjorde så foreldra for å handtera utfordringane? Kva styrka dei i foreldrerolla? Det er dette som vil utgjera tyngda i drøftinga av materialet. Studien synte at foreldra opplevde personleg vekst gjennom ein arbeidskrevjande endringsprosess over tid. Dei hadde gradvis utvikla sine personlege handteringsmåtar og strategiar for å takla si psykiske helse og foreldrerolla. Fleire hadde erfart det som positivt å sjølv "ta tak", ta ansvar og vera ein "handlande aktør". Sjølvforståinga auka. Dei var på veg, eller hadde funne ein identitet utanfor det som spesifikt var relatert til den bipolare lidinga. I studiane til Venkatemaran & Ackerson (2008) og Wilson & Crowe (2008) om same tema er ikkje slike funn framlagt. Det kan ha samanheng med at informantane i desse studiane faktisk erfarte det annleis. Men det kan og vera fordi dei spesifikt ikkje vart spurt.

6.2.1 Prosessen

Informantane hadde stor varians i høve til kor lenge dei hadde erfaring med å vera foreldre, alt frå 1 til over 20 år. Men dei hadde det til felles at dei hadde mange års erfaring med å forholde seg til ei svekka psykisk helse. For alle foreldra var det mange år sidan dei første teikna på psykiske vanskar hadde dukka opp. For nokre hadde det oppstått med ein klar debut, for andre hadde det vore ei gradvis utvikling.

Omgrepa tid, endring og prosess (jfr Wilken sin modell, 2007, presentert i teorikapittelet) kom til uttrykk på mange måtar; "det har nok litt med åra å gjera, at ein kjempe", "det har tatt mange år, masse tid og tårer og tusenvis av samtalar", "det har vore vanskeleg i mange år".

Når foreldra snakka om *før* og *no*, var det fleire som relaterte det til spesifikke hendingar eller *vendepunkt* i tilværet. Nokre nemnde akutt debut av lidinga, andre nemnde spesifikke maniske/psykotiske episodar. Dette er og kjend frå anna forskning. Karlsson (2006) intervjuar 6 menn og 5 kvinner om deira opplevingar med mani. Den første maniske episoden vart opplevd som brot, både i tid og sjølvforståing. Det sette i gong ei ny tidsrekning.

For nokre av foreldra i denne studien handla *før og etter* om tidspunktet då dei hadde fått diagnosen bipolar; "då fekk eg noko å forholde meg til". Mange hadde prøvd ulike medisiner. Når dei hadde fått medikasjon som dei opplevde virka, vart det eit vendepunkt i tilværet. Nokre nemnde graviditet og fødsel, flytting, skilsmål, når andre i familien hadde vorte sjuke, og før og etter ei krevjande småbarnstida. Desse vendepunkta kunne opplevast som gode eller motsett som noko negativt, men dei krevde alle ei omstilling både på det personlege planet, praktisk og i høve til omgivnaden. Dette kan gje ein ide om at det er ikkje berre aspekt ved sjukdomsdebut eller symptomendring som er "startpunktet" for det som utløyser ein nødvendig endringsprosess når ein har ei bipolar liding og er foreldre, det kan like gjerne vera vanlege livshendingar, slik folk flest opplever.

Alle foreldra skildra eit tilvære som hadde vore, eller framleis var svært *svingande* relatert til skiftande stemningsfasar; "..det går opp og ned, det svingar veldig", "..eg er eigentleg to personar, både når eg er manisk og depressiv, eg er to..ja, og så sånn mellomtingen, då". Uføreseielege svingningar kunne koma brått. Det kan vera vanskeleg for omgivnaden og for personen å vita om det vert ein vanleg dag eller ikkje (Halsa, 2008). Ein har i denne studien ikkje data på korleis borna eller dei andre i familien opplevde det, berre kva foreldra sjølv uttrykte det: "..ikkje lett å leva saman med ein sånn som meg, som svingar sånn". Men over tid hadde det oppstått nye episodar av mani eller depresjon, slik at det vart eit brot i tilværet, til dømes med sjukhusopphald, og såleis trong for nye omstillingsrundar. For nokre

gjorde til dømes det å ha lang reiseavstand mellom heim og behandlingsstad at avbrot i kontakten med borna vart forsterka, dei hadde ikkje same høve til å vera nær borna emosjonelt eller praktisk. Det vert med andre ord like mykje eit samanbrot i livskvalitet og aktivitetsevne, som i helsetilstand (Wacherhausen, 1997).

Det daglege livet i heimen til desse foreldra vart farga av dei mange omstillingsprosessane. Oppsummert kan ein seia at desse prosessane inneheldt ulike start og vendepunkt, dei var ulike i styrke og innhald, dei var dels relatert til den bipolare lidinga, dels til "vanlege" livshendingar. Dei vart vidare opplevd ulikt for kvar av foreldra og deira familiar. Gjennom dette mangfaldet var det difor interessant å oppdaga at foreldra formidla at dei hadde opplevd ein personleg endring og vekst: "ein lærer opp gjennom åra, sånn at du får det til", og dei tilkjennegav ei optimistisk haldning, slik ei av informantane uttrykte det: "eg må ta lærdomen med meg og tenkja sånn fram".

Betringprosessen er ein menneskeleg prosess, vegen ein går inneheld så mykje meir enn symptom og problem (Borg & Topor, 2007). Ei optimistisk haldning og håp vert sett på som den viktigaste drivkrafta i arbeid med betring (Borg & Topor, 2007). Det fører over til det neste aspektet ved endring og vekst, den haldningsmessige endringa foreldra opplevde i synet på seg sjølv.

6.2.2 Haldningsmessig endring – auka sjølvforståing

Eit overgripande aspekt ved betring/recovery er redefinering av synet på seg sjølv, og det perspektivet at den psykiske lidinga berre er ein del av *sjølv* (Deegan, 2005, Borg & Kristiansen, 2003). Nye erfaringar tek ein med seg inn i ei ny *sjølvforståing* som er under fortløpande revidering (Foucault, 2005). Skal ein handtera den psykiske lidinga og andre utfordringar, vil ein ha trong for ei stadfesting av eit funksjonelt sjølv, utanfor sjukdomsopplevinga (Mandelid, 2009). I følge Mandelid krev dette to komplementære prosessar; Å attvinna sjølvrespekt og kontroll over eige liv ved å ta i bruk deler av sjølv som aktiv agent gjennom å gjera val og ta risikoar, i møte med andre som har tru på ein. Og å integrera symptom og funksjonssvikt som ein del av sjølv, det vil seia å handtera symptomata ein har og tilpassa livsutfaldinga til det lidinga krev.

Gjennom foreldra sine forteljingar kom det fram at dei reflekterte mykje over eige liv og situasjon. Alle foreldra, om enn i ulik grad, hadde tenkt over korleis deira syn på seg sjølv og sitt forhold til den bipolare lidinga hadde endra seg over tid. Når dei uttrykkjer det som: "me er jo stolte, me vil ikkje at det skal vera noko gale med oss", "eg er noko eg ikkje ønskjer å vera" og "det er liksom ein sånn runde du må gå", så gjev det oss eit innblikk i at det tek tid å endra synet på seg sjølv. Ei av informantane sa at *tid* (jamfør føregåande tema om prosessen) i seg sjølv var viktig for å verta "moden for å vedkjenna seg". Det vil vera naturlege forsvarsmekanismar som trer i kraft i ein slik prosess.

Ein kan forstå det slik at foreldra sin prosess frå stabilisering av symptom, til ei reorganisering av tilværet ikkje var ein eingongsprosess, men noko som skjedde heile tida. Foreldra hadde gjennom mange år opplevd eit skiftande tilvære relatert til lidinga. Dei skildra til dømes psykosegjennombrøt og sjukehusinnlegging; "å vera sånn utanfor seg sjølv oppleving", "fann på mykje....". Ein kan sjå det slik at dei i dei dårlegaste periodane opplevde diskontinuitet i eigen eksitens, i relasjon til borna og andre, i høve til funksjonsevna, men og i høve til sjølvforståinga. Ei slik veksling mellom stemningsfasar kan gje opphav til å så tvil om seg sjølv (Karlsson, 2006). Dei snakka om å missa seg "sjølv", og det vart eit behov for å "finna seg sjølv". Det er likevel interessant å merka seg at dei hadde ikkje mista heile "seg". Fleire fortalde om episodar der dei var på det aller dårlegaste men likevel tenkte på ungane; "det var tanken på ungane som heldt meg oppe". Fleire hadde organisert praktisk rundt ungane når dei sjølv var dårlege. Dei hadde og formidla til behandlingsapparatet kva som var viktig for dei. Dei hadde på sett og vis "seg sjølv" med i det som hendte, dei opplevde å kunna gjera val, opplevde å ha ein form for personleg kontroll og påverknadskraft, sjølv om dei visste nye svingningar kom til å oppstå. Dei hadde vore gjennom fleire omstillingsprosessar.

Ved sjukdom følger ein sjukdomsidentitet, ei diagnose, ei pasientrolle, og ein oppfattar seg sjølv som pasient. Betringsstudiar/recoveryforskning syner at det å tileigna seg denne identiteten på sett og vis er naudsynt i ein lære- og aksepteringsprosess (Topor 2001). Men samstundes får ein "med på kjøpet" ei stigmatisert rolle. Å ha ei alvorleg psykisk lidning er ikkje kulturelt sett verdsett, ei heller kombinasjonen av psykisk lidning og det å vera foreldre.

Foreldra i denne studien fortalte om at dei vart "fulgt med på", "sett merkelapp på", og ofte forstått einsidig i eit sjukdomslys. Dette kan i neste omgang gje næring til eit negativt sjølvbilete. Når dette over tid vert internalisert, som eit *self-concepts* (Wisdom et al. 2008), ein del av identiteten, vert det ekstra vanskeleg å endra. Foreldre kan koma til å velgja å framstå som velfungerande, og ein held skjult at ein har trong for hjelp. Slik kan biletet av psykisk sjuke foreldre som "udugelege", verta oppretthalde (Halsa 2008). Det vert som eit "sjølvoppfyllande profeti".

I studien såg nokre av foreldra på sin eigen situasjon som urettferdig og bitter, som om det var noko som var tilført dei utanfrå. Å skildra seg sjølv slik, som å vera i ei "offer-rolle", treng såleis ikkje bety at dei har manglande forståing for samanhengen dei er i, men det kan vera eit meir eller mindre medvite val for å meistra ein utfordrande situasjonen.

Biletet vert endå meir nyansert fordi studien synte at fleire av foreldra "braut av" ein slik "sjølvoppfyllande profeti". Basert på egne erfaringar redefinerte foreldra synet på seg sjølv, dei tok tak i eigen situasjon, dei tilstreba og bidrog til openhet. Det er mogeleg å forstå dette som ein reaksjon på, og ønske om å korrigera det synet dei meinte omgivnaden hadde. Eit slik argument byggjer på foreldra som formidla kva dei hadde tenkt, og kva dei hadde gjort for nettopp å hindra eller førebyggja stigma. I studien kom det fram (jfr spenningsfeltet mellom støtte og stigma) at informantane tykte omgivnaden, med unnatak av den aller næraste familie, ofte forsto dei einspora i lys av deira bipolare liding, at dei lite kunne syna "vanlege" kjensler av glede og opprøymthet, skuffelse og tristhet, utan at det vart kobla til den bipolare lidinga. Denne opplevinga tyktes å vera framtrudande uavhengig av kva aksept-grad dei sjølve var i i høve til lidinga. Opplevinga av stigma vart sett på som svært urettvist og som ei ekstra byrde i kvardagen. Men nokre hadde prøvd å gjera noko med det. Dei hadde tenkt gjennom korleis det å ha "opne dørar", at andre er velkomen i heimen, og å vera aktiv ute saman med borna, ville bidra til at dei vart som ein "vanleg" familie. Det å delta i samfunnslivet som "folk flest", vera synleg, slik at omgivnaden fekk eit mest mogeleg realistisk og nyansert bilete av dei som foreldre og familie var viktig, ikkje minst som ein "buffer" for å unngå at borna vart mobba: "...det er sånn skrekk for meg om me skulle bli sånn usynleg familie, at rykta svirrar, derfor er me mykje ute, møter folk, deltek, unngår rykte..".

I eit slikt perspektiv synte dei evne til refleksjon, innsikt, handling og personleg styrke. Fleire av foreldra presenterte ei sjølvforståing og ein identitet: "Eg er meg! – og ikkje berre manisk-depressiv". Det gjorde dei tydelege som subjekt. Det inviterte omgivnaden til å møte dei med respekt, som eit "heilt" menneske.

Høg grad av refleksivitet var og noko Halsa (2008) fann hos mange av dei foreldra ho intervjuja i sin studie. Det er ikkje urimeleg å tenkja at dei for kvar ny "runde" med sjukdomsfasar opparbeidde nyttig lærdom og innsikt, auka sjølvforståing og som vart ein personleg styrke, gjorde dei betre rusta og motstandsdyktig i neste omgang. Ein slik identitetsskapande prosess framstår som nyttig ikkje berre fordi det er helsefremjande (Borg 2009, Deegan 2000), men og fordi det bidreg til å styrka foreldrerolla og omsorga til borna (Mevik 1998).

Halsa (2008) har nytta ei analytisk inndeling som "lidinga som avbrot", "lidinga som inntrengar" og "lidinga som ein del av livet" for å skilja ulike måtar foreldra opplevde livet på når ein har ei psykisk liding. Overført til denne studien såg alle foreldra den bipolare lidinga som noko meir enn eit avbrot ; "det er alltid noko som er der, det sit i bakhovudet". Ein kan tenkja at halvdelen av foreldra, dei som mest uttrykte det som urettferdig og nærast som noko dei var påført utanfrå, opplevde lidinga som ein inntrengar. Medan den andre halvdelen hadde større grad av aksept og inkluderte "lidinga som ein del av livet", som ein del av deira "sjølv".

Relatert til eit skiftande tilvære og synet på seg sjølv så formidla foreldra og ei uro for kva som *kunne* koma til å henda; "det skjer jo noko med meg som eg ikkje vil skal skje". Ein kan tolka dette slik at foreldra opplever aspekt ved den bipolar lidinga som noko utav deira kontroll, som har skapt vanskar, og som vil koma til å gjera det. Ein av måtane dei handterte dette på, prøvde å ta kontroll, var å syta for å skjerma borna. Dette var eit tema alle foreldra var gjennomgåande oppteken av.

I relasjonen til borna handla det og om eit behov for å kompensera: "vega opp" for det dei mente dei påførte borna av negativ karakter. Ei formidla det slik: "å gjera sånn botsøvelse,

retta opp, gjera noko ekstra, eg har så lyst å ordne opp liksom, rydde opp i det gale som har vært, men det kan eg jo ikkje". Ei fortalde ho hadde gjort eit medvete val om å venta til borna vart vaksne før ho ville prøva ut å klara seg utan medisiner, gå i arbeid, ho ville bruka all si tid på borna. På ein måte kan ein forstå dette som ein god måte å gje barneomsorg på, borna vert prioriterte. På ei anna sida kan det og handla om å kompensera for ei omsorg foreldra tidvis ikkje tykte var god nok. Halsa (2008) gjorde liknande funn i si studie. Ho relaterte dette til ei kjensla av å koma til kort. Det vert eit gap mellom ønsket om å vera empatisk og tilgjengelege foreldre og den erfaringa dei hadde med å ikkje klara å leva opp til eige og andre sitt ideal for god barneomsorg. Det vert trong for å prøva å lukka slike gap (Halsa, 2008).

Foreldra sitt behov for kompensering kan òg forståast slik at skuldkjensle er ei hindring på vegen mot full aksept for lidninga som ein integrert del av "sjølv". På ei anna side kan foreldra sine klare tankar om behovet for å skjerma borna forståast som innsikt og aksept.

Gullestad (1996) føreslår å skilja analytisk mellom 1. kjensla av eit grunnleggande og kontinuerleg "sjølv", 2. dei ulike identitetane eit menneske til ei kvar tid ønskjer å få ei stadfesting på, 3. dei rollene ein person har. Identiteten står nærast "sjølv", medan rollene står nærare den sosiale samanhengen. Gullestad definerer sjølv som "ein vedvarande prosess for å bringa saman individet sine mange erfaringar og opplevingar". I foreldra sin prosess mot ei endra sjølvforståing handla det ikkje berre om det å spesifikt forholde seg til den bipolare lidninga som ein del av "sjølv". Det handla og om eit sterkt relasjonelt aspekt. Når foreldra formidla opplevingar av skam, skuld og anger knytta til det dei hadde sagt og gjort, særleg i manisk fase, men og i dei depressive periodane, var det svært ofte i ljøs av kva dei tenkte dei hadde utsett borna, og dei andre i familien for, mindre i høve til seg sjølv. Når ein velgjer å få barn, tek ein ansvaret. Då legg ein på seg skuld når ein opplever å ikkje klara det (Halsa, 2008). Når foreldra er i ein situasjon der dei opplever å ikkje klara å gje borna det dei treng, klandrar dei seg sjølv. Eit anna funn i studien var det som fekk nemninga "avhengighet", relasjonen mellom foreldre og borna. Foreldra tilkjennegav å få dekkja mange personlege behov i denne relasjonen, til dømes stolthet over foreldreidentiteten. Gjennom aktivitet med borna fekk dei ei verdsett sosial rolle. Dette styrka deira sjølvforståing.

Relatert til betring/recovery forskning kan funna i denne studien tyda på at endring og utvikling av sjølvforståinga i positiv lei ikkje berre handlar om ein sjølv og i denne samanheng om den bipolare lidinga, men har og eit sterkt relasjonelt aspekt. Foreldra si sjølvforståing, identitet og rolle var nær knytt til borna og omgivnaden ellers. I prosessen med å vinna sjølvrespekt og kontroll, brukte dei den "friske" delen av seg sjølv, dei gjorde val i forhold til seg sjølv og i relasjon til andre. Det var ei utfordring å balansera mellom omsynet til borna og ivaretaking av den psykiske helsa. Men over tid hadde fleire av dei fått ei form for tryggleik i det dei meinte å "forstå" lidinga betre. Dei kunne ikkje "ta full kontroll", men det at dei i noko mon forsto og og kunne gjera tilpasningar i tilværet, bidrog til auka sjølvforståing.

Oppsummert her kan ein kortfatta seia at funna i studien tyder på at foreldre som har ei bipolar lidning inkluderer eit sterkt relasjonelt aspekt i høve til synet på seg sjølv.

6.2.3 Frå haldningsendring til handling

Samstundes som foreldra arbeidde haldningsmessig i forhold til synet på seg sjølv, tok dei beslutningar, og sette dei ut i handling: "eg bestemte meg". Nær alle foreldra hadde gjort nyttige erfaringar med å "ta tak sjølv", "eg finne teknikkar, for eg vil styra", "eg må jo yta sjølv".

Halsa (2008) syner til frå sin studie at felles for mange av dei som meistra motgong, var evna til å gripa fatt i det dei opplevde som problematisk og gjera noko med problemet. Dei var handlingsretta og prøvde å endra sin situasjon. Betring handlar om aktive, handlande menneske i ein livsprosess (Borg & Topor, 2007), og tru på at ein er og kan noko meir enn å vera psykiatrisk pasient (Borg & Topor, 2007).

Som det gjekk fram av presentasjon av funn (5.6) var det å strukturera kvardagen rundt daglege aktivitetar og gjeremål sentralt for alle foreldra. Dei daglege aktivitetane og det å leva regelbunde var til god hjelp for å halda seg stabil. Men det høvde og godt med deira syn på god barneomsorg, søvn, fellesskap rundt daglege måltid og andre aktivitetar. Nesten alle foreldra formidla ei verdsetjing av det dei kalla "småting", "små stunder", "det treng ikkje vera avansert i det heile tatt", "laurdagskveldane dekkjer me i stova med krystallglas", "eg og

ungane treng ikkje svære turar, det er sånne små ting”, ”berre det å treffa naboen når eg hentar avisa”. Historiar om betringsprosessar er historiar om småting og trivalitetar, alt det kvardagslege og sjølvsegte me ikkje ser eller verdset (Borg & Topor, 2007; Borg, 2009). Små og store handlingar, som kan virka ubetydelege. I studiane til Borg og Topor (2007) og Borg (2009) fortel infomantane om verdien av små ord, små saker som folk gjer nesten utan å tenkja over det. Få auga opp for trivalitetspotensialet, seier Borg (2009), det er det som er til hjelp.

Foreldra synte til ei rekkje ferdighetar og handteringsmåtar som dei hadde utvikla ut frå den dei var som person og slik det høgde seg best i det tilværet dei levde. Å utvikla slike personlege handteringsmåtar er vel kjendt i recovery-forskning, og sett på som essensielt i betringsprosessar. Deegan (1996) nyttar omgrepa ”the importance of personal medicin”. Borg (2009) hevdar at dette set fagpersonell for lite fokus på og innlemmar i behandlingssamanheng. Det kan ein på ein måte seia seg samd i, samstundes vert det meir og meir vanleg med psykoedukasjon og hjelp til å laga *planar* for å førebyggja nye sjukdomsutbrot. I ein slik samanheng inngår hjelp til utvikling av praktiske og kognitive ferdighetar (Berge & Repål, 2008). Wilkin (2007) viser til at det handlar om å utvikla ferdighetar som til dømes å læra seg å kjenna att varsel signal på endring av den psykiske lidinga, stressmestring, og medikamenthandtering. Det handlar òg om eventuell ny tilpasning i høve til sosial deltaking, jobbsituasjon og liknande. Det handlar om å forstå kva det er som har skjedd, om sorg og om aksept.

Men eit viktig tankekors i denne samanhengen er at kanskje det ligg eit unyttta potensiale for å gjera slike førebyggjande *planar* mykje meir treffsikre om dei femnar om heile familien, ikkje berre vert forma med fokus på pasienten? Pasienten, som òg har ei foreldreoppgåve, og fagpersonell kan ha ein dialog om og eventuelt nedfella det i ein familieplan, kva som er lurt å gjera når mor eventuelt får nye depressive eller maniske svingningar. Kva har ho erfart sjølv som nyttig ved tidlegare høve? Kva meiner ho sjølv vil gje tryggleik til borna? Kven kan bidra? Kva trur ho sjølv at ho kan gjera? Kva kan hjelpeapparatet stilla opp med? Ein slik dialog kan medverka til å byggja opp under eit aktivt og handlande ”sjølv”. Forskning syner at foreldre ønskjer å vera aktive og medverka til samarbeid og tiltak omkring borna sine (Willumsen, 2005). Den enkelte si rolle både individuelt og sosialt, det den enkelte gjer for å

hjelpa seg sjølv er svært verksamt i høve til betring (Borg & Topor, 2007). Når menneske vert sett på som aktive aktørar som handlar, oppfattar og gir meining til sin situasjon ut frå sin identitet, sjølvforståing og tidlegare erfaring, misser enkle kausalteoriar noko av si forklaringsverdi (Halsa, 2008). Det vert kreert ny meining og nye muligheter.

Å vera til nytte var eit anna aspekt som foreldra opplevde positivt og som personleg styrkande. Studien synta at dette kan føregå på mange ulike måtar. Det var sjølv sagt relatert til foreldrerolla, der det var ein livsverdi i seg sjølv å oppfostra borna. Det vart opplevd sær meiningfullt og gjevande. Det gav ein verdsett foreldreidentitet, og det gav dei struktur og meiningfull aktivitet. Det å ha nokon å bry seg om galdt og øvrige familiemedlemer. Ei fortalde om når partnaren vart sjuk. Ho oppdaga då nye og sterke sider ved seg sjølv som omsorgsperson. Ho fekk styrka tru på seg sjølv og eigne krefter. Ein kan utledda av dette at nye stressituasjonar, kriser i familien óg kan innehalda muligheter for personleg vekst. Dette er eit vel kjendt fenomen innan kriseteori (Cullberg, 2001).

Fleire påpeika at dei hadde tileigna seg kunnskapar som dei meinte andre ville ha nytte av; „..eg likar å bli litt brukt, sant, å vera til nytte, har ikkje jobb”, „eg har tatt kontakt med ..., hjelper til, bra for dei og for meg”, „..eg har tenkt på å skriva bok”. Ein av foreldra formidla at ho var aktiv i ein brukarorganisasjon, noko ho opplevde var svært verdfullt. Det er rimeleg å tenkja at det å vera til nytte og gjera noko som nokon synes er viktig, gjev både pågongsmot og glede. I studiane til Borg og Topor (2007) kjem dette og fram, verdien av det å ha mulighet for å kunna „gi” til nokon som treng det. Borg & Topor (2007) legg vidare vekt på det å ha mulighet for å kunna vera på arenaer der ein ikkje vert sett på som sjuk. Topor (i Borg & Topor, 2007) syner til gjensidighet i betydninga menneskelege relasjonar, og løftar det fram i forholdet mellom pasient og fagpersonell. Pasientrolla kan til dømes opplevast som om ein berre er mottakar, mindra at ein er bidragsytar, ein som har noko som andre vil ha og er klare til å ta imot. Dette hevdar Borg & Topor (2007) er ein av dei mest tærande erfaringar ein kan gjera. Medan gjennom møte, der ein opplever „gi og ta”, kan det sjå ut som om at det medverkar til at den enkelte får meir og meir overtak og myndighet over livet sitt. Dette gjev tryggleik både i relasjonen til den andre, og til oppgåva som skal løysast (Borg & Topor, 2007). Som det vart antyda i samband med temaet „avhengighet” i foreldre-barn relasjonen under pkt 6.1, blir tanken i denne samanheng styrkt om at foreldre som har fleire

sosiale arenaer å ferdast på, fleire "gi og ta" arenaer, kanskje kan oppnå ein "sunnare" avhengighet til borna sine enn dei som har få slike arenaer.

Ein kan analytisk skilja desse handteringsmåtane, slik dei kjem fram i studien, ut frå tre ulike vinklingar:

1. Handtering for å ivareta den psykiske helsa, der det til dømes kan handla om å porsjonera kreftene og å nytta kognitive teknikkar for positiv sjølvinstruksjon.
2. Handtering av foreldrerolla og relasjon til borna, som til dømes å ha faste hyggjestunder i lag i helgane, eller å "strekka seg når borna er heime, men sova når dei er på skulen".
3. Handtering av meir overgripande karakter som til dømes å busetja seg nær andre i familien. Eller som det vart føreslått her, å leggja planar for kva som skal skje dersom mor eller far vert dårleg på ny.

Sidan foreldra så tydeleg formidla at dei opplevde å handtera tilværet sitt betre no enn tidlegare, reiser dette eit interessant spørsmål om kvar ny omstillingrunde har gitt nye erfaringar, nye refleksjonar og ny lærdom som gjer ein betre rusta til neste skifte i tilværet? Dei har fått ein auka kompetanse, jamfør recovery-modellen til Wilken (2007). Foreldra hadde tillit til eigen kompetanse. Dei har såleis gode føresetnadar for å møte nye utfordringar, vanskeleg hendingar og å ta i mot hjelp og støtte frå andre, enn foreldre som ikkje har tillit til seg sjølv. Individuelle føresetnadar, subjektive opplevingar og sjølvforståing har betydning for korleis belastningar vert handtert, men som Halså påpeikar, individuelle føresetnadar må sjåast i samanheng med relasjonelle, sosiale og kontekstuelle tilhøve (Halså, 2008, s. 176).

I det føregåande har ein synt at foreldra via ein endringsprosess over tid opplevde ei endring i synet på seg sjølv, dei tok viktige standpunkt, avgjerder og sette det dei tenkte og ønskte ut i handling. Det siste temaet som får ei kort drøfting gjeld omgrepet "openhet".

6.2.4 Openhet;

”...å vera open, då opnar det seg..”

Omgrepet ”openhet” vart nytta av alle informantane i studien. Det handla om openhet relatert til temaet sosial støtte og stigma, som er kort nemnd under pkt. 6.1. Det handla og om openhet i tydinga openhet og aksept i forhold til synet på seg sjølv, pkt. 6.2.2. Fleire av foreldra hadde erfart at det å sjølv endra haldning og åtferd, frå å vera lukka og lite imøtekomande ovanfor andre, til å ta initiativ og vera open, hadde fått positive ringverknadar. Det hadde gjeve dei større mulighet til å få den hjelpa dei ønskte, og dei tykte at dei vart møtt på ein annleis og betre måte. Foreldra sin openhet til omverda om si lidning har stor betydning for om foreldre kan mobilisera støttande ressursar i sine omgivingar, eller om foreldre sine bekymringar for borna er noko dei må streva med i einsemd. Dersom foreldre lukkar problema inn i familien, avgrensar dei muligheten til å søkja råd (Halsa, 2008).

Openhet handla og om kommunikasjonen med borna. Det er denne siste tydinga av omgrepet openhet som ein velgjer å drøfta kort her, avslutningsvis.

Alle foreldra meinte det å ha ein open og god dialog med borna var viktig. Det handla om ”den gode praten” i det daglege, men det handla og om openhet spesifikt i forhold til foreldra si bipolare lidning.

Gjennom forteljingane til foreldra oppdaga forskaren at borna deira òg søkte openhet. Fleire av foreldra fortalde om born som spesifikt hadde bedt om at det vart snakka om foreldra si lidning. Andre gonger kom det litt meir indirekte fram på den måten at foreldra hadde registrert at borna tenkte og lurte. Men det å møta borna sitt behov og å tilstreba openhet i relsjonen var ikkje noko som var enkelt. Det handla om så mange ting. Stundom var det relatert til sjølv lidninga. Foreldra hadde kjent på at dei rett og slett ikkje hadde krefter når pratestunda var der. Dei kjende seg ikkje kognitivt i stand til det, symptoma på lidninga kunne ha ”overtaket”. Det handla og om at dei ikkje visste kva for ord dei skulle bruka, og korleis dei skulle ordleggja seg. Andre gonger kunne det vera at dei emosjonelt ikkje følte seg sterke nok. Det som syntes å gjera det heile så vanskeleg, ”heilt hjelpalaust”, som ein av

informantane sa det, var deira sterke ønske om å verna om borna, unngå at dei ikkje kom til å leggja skuld og ansvar på borna gjennom det som skjedde i praten. Spørsmål om arv av lidinga tykte dei var ekstra vanskeleg. Nokre av foreldra hadde prøvd å takla ein slik situasjon med å gje borna unnvikande svar. Det kom ikkje fram i materialet kva erfaringar eller refleksjonar dei hadde på dette i ettertid, til dømes i kva grad dei vurderte dette som uheldig for borna på lengre sikt. Sett i eit "utanfrå-perspektiv" kan det å svara unnvikande sjåast på som eit paradoks og ei destruktiv handling i høve til det sterke ønsket om å vera open i forhold til borna. Å svara unnvikande kan lett verta gjennomskua og såleis medføra utryggleik for borna. På ei anna side gjev foreldra oss eit innblikk i at det har si naturlege forklaring, dei veit ikkje kva dei faktisk kan seia, eller korleis dei skal seia det, for å hindra ei belastning på borna.

I Halsas studie (2008) kom det òg fram at informantane følte seg stundom makteslause og usikre på i kva grad og på kva måte dei skulle snakka med borna om lidinga. Halsas skildrar kommunikasjonen mellom foreldra og borna som ei gjensidig teiing. Det gjaldt nesten alle familiane som ho intervjuar det. Ho peikar på at dette medførte lite refleksivitet i familien. Viktige sider ved familielivet vart på den måten tabuisert. Studiar syner at når foreldre får ei psykisk lidning, er det typisk at det skjer ein kommunikasjonskollaps i familien. Ein sluttar å snakka om det som skjer, og skuldkjensla brer seg hos alle familiemedlemmene (Beardslee et al., 1998).

Grovt sett fekk ein i denne studien eit inntrykk av at 3 av informantane tykte kommunikasjonen med borna i høve til tema foreldra si psykiske helse var ekstra vanskeleg. Medan i alle høve to av informantane formidla at dei tykte det gjekk bra, sjølv om temaet var ømtøleleg. Til dømes hadde dei prata mykje om kven familien hadde å støtta seg til om mor eller far trong nytt sjukehusopphald. Dei som budde saman med den andre forelderen fortalde om at dei hadde ein open og god dialog, og opplevde god støtte i sin makker.

Det som kan synast å vera eit mulig skilje mellom denne studien og Halsas (2008) studie, var at borna sitt behov for openhet, gjennom foreldra sine forteljingar, så tydeleg kom fram. I tillegg til at to av foreldra gav uttrykk for å kjenna seg rimeleg komfortabel i praten med borna om deira lidning.

I dialogen med borna var nær alle informantane oppteken av at kommunikasjonen spesifikt om den psykiske helsa måtte føregå på ein mest mogeleg alminnelege måte, "bare sånn kvardagsleg, etter middagen", og tilpassast alder og modning. Det var fleire av foreldra som ytra eit ønskje om at nokon utanfor heimen, det være seg helsesøster, fastlegen eller den dei hadde sjølv som behandlar, kunne både prata med borna og resten av familien og å hjelpe dei sjølv i kommunikasjonen med borna. Felles for mange av foreldra i Halså sin studie (2008) var eit ønske om at nokon utanfor familien skulle snakka med borna og gje dei informasjon om lidinga.

6.3 Metodekritiske refleksjonar

Denne studien hadde eit kvalitativt, utforskande og deskriptivt design inspirert av retningslinjer frå Interpretative Phenomenological Analysis IPA (Smith & Osborn 2008). Denne tilnærminga vart valgt då den høvde godt til å få fram eit "innanfrå-perspektiv". I denne samanheng ville det seia foreldra sine erfaringar og refleksjonar sett frå deira ståstad, *kva* dei gjorde, og *kvifor* dei gjorde det dei gjorde. I IPA er *mening* sentralt, å *prøva* å forstå samanhengen og kompleksiteten av meningar. Dette krev ein tolkande, dobbelt-hermeneutisk prosess frå forskaren si side. Tilnærminga kvilte på ei detaljert og stegvis analyse av det fenomenet som skulle utforskast. Validiteten i ei slik studie vert styrka mellom anna om studien syner kontekstuell sensibilitet, er stringent og transparent, og i kva grad den kastar nytt lys over det fenomenet som vert studert (Smith 2008). I det følgjande vil ein sjå nærare på nokre av desse aspekt.

Det var uråd, og heller ikkje meininga å "gripa heile fenomenet", å få fram funn som ein kunne generalisera og påstå å vera representativt for korleis det er for *alle* foreldre med bipolar lidning. Men intensjonen var i staden å søkja innsikt i erfaringar til *nokre* foreldre. Desse vart representantar for mogeleg versjonarar av fenomenet, og bidrog i neste omgang til ei konstruktiv og systematisk tenkning omkring fenomenet. Studien skulle såleis vera *utforskande*, og ikkje konkluderande eller generaliserande, slik det er i kvantitativ forskning.

Som synt til i pkt. 4.6 såg ein i starten av forskningsprosessen det som ei utfordring å sikra at foreldra sine "erfaringsbaserte stemmer", deira subjektive skildringar og opplevingar, vart identifisert. Samstundes ønskte ein å nå utover det reint deskriptive, å oppnå ei djupare forståing. Det synte seg at IPA fungerte bra som rettesnor i denne studien. Det å stilla spørsmål til empirien og til eiga forforståing, denne vekslinga mellom nærleik til materialet, og avstand, deler og heilskap vart gjennomgåande i kvar av fasane/stega i analyseprosessen. Dette medverka til eit gradvis høgare abstraksjonsnivå. Vekslinga gav kraft og rom for å få tak i bodskapar som ikkje kunne lesast "reint" ut av teksten. Det medverka til at ein fekk synleggjort og vart medviten eiga forforståing i tolkingsprosessen. Det som ein opplevde kanskje kan vera ei fåre med tilnærminga er at den kan brukast så systematisk med skriftleggjing at ein kan bli for instrumentell og tenka for "kvantitativt". Til dømes: kor mange har sagt kva, kor ofte. Det gjev ikkje naudsynlegvis noko djupare forståing for emnet.

Nokre refleksjonar om utvalet: Ut frå eksklusjonskriteria om ikkje å vera i alvorleg depressiv eller i manisk fase, og at deltaking krov ei aktiv handling frå informantane, kan det på sett og vis seiast at studien ikkje femna breitt nok i høve til dei som er i mest krevjande livssituasjonar. På ei anna sida synte studien at alle informantane hadde erfaring frå stemningsfasar med alvorleg omfang og intensitet, inkludert psykostiske episodar. Dei som valgte å delta hadde det til felles at dei var foreldre og hadde ei bipolar lidning, og dei ønskte å formidla noko. Kva bidrog til at det vart akkurat desse som vart informantar i studien, og ikkje andre ? Kan det tenkjast at desse personane har framstått med ein meir tydeleg foreldre-identitet ovanfor sine behandlarar, enn andre pasientar? Er dei blitt førespurt fordi behandlarane har følt seg trygg på at desse personane ville formidla noko av interesse ? Kan den skeive kjønns-skilnaden skuldast at mødre framstår i vår kultur som meir sentrale i foreldrerolla, enn fedre ? I kva grad har foreldre som kjenner ekstra på skuld og dårleg samvit valgt å ikkje delta ? Slike spørsmål synleggjer at utvalet i denne studien korkje er systematisk eller tilfeldig valgt ut. Utvalet, slik det vart, representerer moglege variasjonar av eit mangfald i ein populasjon.

Eit validets-aspekt ved kontekstuell *sensitivitet* er i kva grad studien er kunnskapsmessig og teoretisk plassert i ei relevant ramme ut frå føremål og problemstilling. Til dømes om ein har eit kritisk blick for det ein nyttar av litteratur. Litteratursøk vart gjort med relevante

nøkkelord i internasjonale databasar. Litteraturstudiar vart gjennomført då ein utarbeidde prosjektplan og underveis i forskningsprosessen. Det synte seg at nye studiar som ein gjorde seg kjent med bygde på studiar som forskaren tidlegare hadde sett seg inn i. På ei anna side oppdaga ein underveis i forskningsprosessen andre relevante studiar ein tidlegare ikkje hadde fått auge på. Det var dessutan ei utfordring å avgrensa litteraturområdet. Ein fann berre to studiar med tilsvarande tematikk, men det var mykje som var tilstøytande. Det å avgrensa den kunnskapsmessige ramma vart ei utfordring. Det å nedteikna ein søkeshistorikk var til hjelp. Litteraturlista til denne masteroppgåva gjev eit oversyn på det som vart nytta i studien.

Eit anna aspekt m.o.t. sensibilitet er i kva grad ein har vore sensitiv i høve til sjølv datamaterialet. Det skal vera mogeleg "tankemessig" å kunna følgja råmaterialet fram til endeleg resultat. Det kjem fram gjennom skildringa av dei ulike stega i analyseprosessen, sjølv resultatpresentasjonen med oversikt på undertema og hovudtema og dei illustrasjonane som følgjer med døma direkte frå råmaterialet. Det kjem òg fram gjennom den meiningsfortolkinga forskaren presenterer i studien. Ein annan forskar, som var rettleiar, gjennomgjekk utvalgte deler av materialet underveis i analyseprosessen og medverka på den måten til validering. No skal det seiast at forskaren i utgangspunktet tenkte at ein god måte å validera funna på var å ta ein ny runde med informantane slik at dei kunne bidra i så måte. Tidsmessig var det ikkje rom for dette. Eit anna moment er at nye møte mellom forskar og informant ville kreert ny kunnskap og mening. Til sist i intervjuet vart informantane oppmoda om å trekkja fram det dei tykte var det aller viktigaste for dei å få formidla. Det som ein oppdaga i analyseprosessen var at det dei formidla på dette siste spørsmålet, var det same som forskaren alt hadde analysert fram ut frå kva dei hadde formidla på dei føregåande spørsmåla/tema tidlegare i intervjuet. Det kan tyda på at funna frå analyseprosessen har bra validitet.

Sensibilitet i møtet med materialet handlar og om møtet mellom informant og intervjuar. For å illustrera: - ein av informantane seier midt i intervjuet: "no er eg stressa". Intervjuar tenkte umiddelbart at dette handla om sjølv intervjusituasjonen (basert på eiga forforståing om at sjølv intervjusituasjonen kan opplevast emosjonelt krevjande). For å vera sikker, men utan å synleggjera eiga forforståing, seier intervjuaren: "du seier du er stressa *no*, kan du

seia litt meir om det?” Informanten fortel då om familiære omstende som gjer henne opprørt og stressa av den grunn. I intervjuet var det ikkje uvanleg at forskaren kjende på eit behov for å gå ut av forskarrolla og inn i ei hjelperrolle. Det galdt mest eit behov for å gje generell informasjon om offentleg hjelpetiltak som ein opplevde informantane trong og som dei på ei enkel måte kunne få kunnskap om. Enkelte gonger gjorde forskaren dette, men var då medviten kva ein gjorde.

Eit anna aspekt som kan seia noko om kvaliteten på studien er i kva grad den fortel noko nytt, noko som nokon vil ha interesse av, noko som kan koma til nytte? Ei oppsummering av studien slik det følgjer av det neste og avsluttande kapittelet vil la lesaren ta del i det.

7 Avsluttande kommentar

Denne studien har gjeve eit innblikk i korleis 6 menneske over tid har gjort seg sine erfaringar med å vera foreldre og samstundes ha ei bipolar lidning. Studien stadfestar at det å vera i ei foreldrerolle og å ha ei bipolar lidning ikkje er uproblemtisk. Det inneber eit mangfald av utfordringar, der periodevis ottefull omsorg for borna er eit aspekt. Men studien har òg synt at det tradisjonelle biletet av foreldre med ei alvorleg psykisk lidning som noko ein-sided negativt og fårefullt med tanke på borna, treng å justerast. Studien gjev haldepunkt for at foreldra var opptekne av ”barnets beste”, dei var reflekterte, løysningsorienterte, handlekraftige, dei søkte openhet, og over tid utvikla kunnskap og ferdigheter som styrka dei i foreldrerolla. Denne prosessen var relatert til dei sjølve og den dei var som person, men hang og nøye saman med samspelet med omgivnaden. Studien gjev og haldepunkt for at det å oppleva å vera til nytte for andre har stor personleg verdi.

Foreldra som deltok i denne studien representerer moglege variasjonar av eit mangfald av erfaringar og meiningar foreldre kan ha, når dei har ei bipolar lidning. Studien hadde som mål å få fram ei forståing for korleis det *kan* opplevast, ikkje å frambringa objektive ”svar” og ”sanningar”. Studien er såleis ikkje eigna for generalisering, utover det at den stadfester anna forskningslitteratur på nokre område. Dei mange ”foreldreutgåvene” som tek form når

ein har ei bipolar lidning, slik denne studien synte, er lite drøfta i forskningslitteraturen. Dei helsefremjande og foreldrestyrkande aspekta som var eit av hovudfunna i studien, er òg lite drøfta. Fleire erfaringsbaserte studiar som denne, gjerne med tilstøytande fokus som til dømes eit barneperspektiv, vil kunna tilføra utvida kunnskap om temaet.

Ut frå denne studien vil ein kunna føreslå nokre implikasjoner for praksis:

1. Foreldre som har ei bipolar lidning treng gode samtalepartnarar, og praktisk og emosjonell støtte for å finna løysingar på dei utfordringane og spenningsfeltene dei står i.
2. Eit alvorleg sjukdomsbilete hos foreldra er ikkje til hinder for auka sjølvforståing, evne til å ta tak og gjera val, og å søkja openhet. Truleg vil foreldra ha større kapasitet til å handtera symptom, funksjonssvikt og foreldrerelaterte utfordringar dersom fagpersonell stadfestar og støttar opp under slike vanlege, sunne og friske initiativ.
3. For å oppnå gode og treffsikre behandlingsløysingar, kan det synast viktig å gjera seg kjendt med og oppmuntra til at foreldra søker etter og utviklar sine egne personlege handteringsmåtar, som eit supplement til tradisjonelle støtte- og behandlingstiltak.
4. Det kan synast som om det vil gje tryggleik til alle i heimen om det på førehand har vore snakka ope om at familien på eit eller anna tidspunkt kan ha behov for hjelp og støtte. Basert på foreldra sine erfaringar og meiningar, og fagpersonell sin kompetanse og støttetiltak, kan ein saman laga ein omsorgsplan for borna/familien.

Foreldre sin erfaringsbaserte kunnskap, i kombinasjon med fagpersonell sin unike fagkunnskap og støttetiltak, kan i sum gjera kvardagen tryggare og meir føreseieleg for foreldre som har ei bipolar lidning, deira born og øvrige familie.

Litteratur

- Ackerson, B.J. (2003a). Coping with the Dual Demands of Severe Mental Illness and Parenting: The parents' Perspective. *Families in Society*, 84(1),109-118.
- Ackerson, B.J. (2003b). Parents with Serious and Persistent Mental Illness: Issues in Assessment and Services. *Social Work*, 48 (2), 187-194.
- Alloy, L. Abramson, L.Y., Urosevic, S., Bender, R.E. & Wagner, C.A. (2009). Longitudinal Predictors of Bipolar Spectrum Disorders: A Behavioral Approach System Perspective. *Clinical Psychology Science and Practice*, 16(2), 206-226.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23.
- Anthony, W.A. (2003). Expanding the Evidence Base in an Era of Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 1-2.
- Beardslee, W.R., Swatling, S., Hoke, L. Rothbert, P.C., van der Velde, P., Focht, L. & Poderefsky, D. (1998). From Cognitive Information to Shared Meaning: Healing Principles in Prevention Intervention. *Psychiatry*, 61 (2), 112-129.
- Bengtsson, J. (red.) (2006). *Å forske I sykdoms- og pleierfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Berge, T. & Repål, A. (2005) *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Birmaher, B., Axelson, D., Monk, K., Kalas, C., Goldstein, B., Hickey, M.B. et al. (2009) Lifetime Psychiatric Disorders in School-aged Offspring of Parents With Bipolar Disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study. *Archives of General Psychiatry*; 66 (3): 287-296.
- Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. PhD avhandling. Institutt for sosial arbeid og helsevitenskap (ISH), Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse (SVT), NTNU, Trondheim.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452-459.
- Borg, M. & Davidson, L. (2008). Recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17 (2), 129-141.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationship in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13 (5), 493-505.
- Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo:Kommuneforlaget.
- Bourdieu, P. (2000). *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax.
- Collier, E. (2010). Confusion of recovery: One solution. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 16-21.
- Cullberg, J. (2001) *Mennesker i krise og utvikling en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie (Kris och utvekling)*. Oslo: Univeristetsforlaget.

- Davidson, L. (2003). *Living outside Mental Illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Davidson, L., & McGlashan, T. H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 34-43.
- Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16 (4), 459-470.
- Davidson, L., Tondora, J. & O'Connell, M.J. (2007). Creating a Recovery-Oriented System of Behavioral Health Care: Moving from Concept to Reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (1), 23-31.
- Davis, B. & Allen, D. (2007). Integrating "mental illness" and "motherhood": The positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 44, 365-376.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1-11 (4), 11-19.
- Deegan, P.E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 91-97.
- Deegan, P.E. (1997). Spirit breaking: When the helping profession hurt. I: Spanoil, L., Gagne, C. & Koehler, M (red): *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston
- Deegan, P.E. (2000). Hvordan vinne tilbake egenverdet etter å ha fått en diagnose. *Dialog Bulletin for SEPREP*, 2-3.
- Deegan, P.E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33 (66), 29-35.
- Diaz-Caneja, A. & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers. A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 39(16), 472-482.
- Eatough, V. & Smith, J.A. (2008). Woman, Anger, and Aggression. An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 23 (12), 1767-1799.
- Ekeland, T.J. (2008). Evidens basert praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45 (4) 406-407.
- Foucault, M. (2005). *Sindsygdom og psykologi*. København: Hans Teitzels Forlag.
- Gadamer, H.G. (2004). *Sandhed og metode*. Århus: Systime.
- Gladstone, B.M., Boydell, K.M. & McKeever, P. (2006). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine* 62(10), 2540-2550.
- Glover, H. (2005). Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1-4.
www.auseinet.com/journal/vol4iss3/glovereditorial.pdf
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York (NY): Doubleday.
- Gullestad, M. (1996.) *Hverdagsfilosofier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Halsa, A. (2008). *Mamma med nerver. En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager*. Doktoravhandling NTNU : 22.

Harding, C.M., & Zahniser, J.H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, supplement 384, 140-146.

Helsedirektoratet (2010) Barn som pårørende. Oslo. IS-5/2010.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00289/Barn_som_p_r_rende_289909a.pdf (henta 23.06.2010)

Hummelvoll, J.K. (2008). Etske problemstillinger i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer og funksjonshindringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2, 131-142.

ICD10. Statens helsetilsyn - World Health Organization (2004). *ICD-10*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Jacobsen, N. (2001). Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 248-256.

Jacobsen, N. & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model of explication. *Psychiatric Services*, 52 (4), 482-485.

Jones, S.H. & Bentall, R. (2008). A review of potential cognitive and environmental risk markers in children of bipolar parents. *Clinical Psychology Review*. 28, 1083-1095.

Karlsson, B. (2006). "Det liksom bruser i meg"- opplevelser og erfaringer med mani og å være pasient i en akuttpsykiatrisk post. I Bengtsson, J. (red.) (2006). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lapalme, M. & Hodgins, S. (1997). Children of Parents with Bipolar Disorder: A Metaanalysis of Risk for Mental Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 42, 623-631.

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Lasta ned frå internett 12.10.09 :
http://www.lovddata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20080620-044.html&emne=lov%20om%20medisinsk%20og%20helsefaglig%20forskning*&

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mandelid, L.J. (2009). Mulighetene i et bedringsorientert psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3, 234-240.

Mevik, K. (1998). *Møte med galskap, om pårørende og psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.

Miklowitz, David J., and Sheri L Johnson (2006) The Psychopathology and Treatment of Bipolar Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 199-235.

Miklowitz, David J., and Sheri L Johnson (2009) Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. *Clinical Psychology : Science and Practice*, V16 (2), 281-296.

Montgomery, P. (2005). Mothers With a Serious Mental Illness: A critical Review of the Literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19 (5), 226-235.

Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C. & French, S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*. 54 (1), 20-28.

- Mowbray, C.T., Oyserman, D., Bybee, D., Mac Farlane, P. & Rueda-Riedle, A. (2001). Life Circumstances of Mothers with Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 25 (2), 114-123.
- Mowbray, Carol T., Daphna Oyserman, Deborah Bybee (2000) Mothers with Serious Mental Illness. *New Directions from Mental Health Services*. 88, 73-91.
- Nicholson, J., Biebel, K., Williams, V.F. & Katz-Leavy, J. (2004). Prevalence of parenthood in adults with mental illness: Implications for state and federal policy, programs, and providers. In R.W. Manderscheid & M.J. Henderson (Eds.), *Mental Health, United States, 2002*, DHHS Pub No. (SMA) 3938 (pp. 120-137). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- Nicholson, J., Sweeney, E.M. & Geller, J.G. (1998 a). Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services* 49(5), 635-642.
- Nicholson, J., Sweeney, E.M. & Geller, J.G. (1998 b). Mothers with mental illness: II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatric Services* 49(5), 643-649.
- Onken, S.J., Craig, C.M., Ridgway, P., Ralph, R.O. & Cook, J.A. (2007). An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (1) 9-22.
- Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgway, P., Dornan, D.H., & Ralph, R.O. (2002). *Mental health recovery: What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators*. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) & National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning (NTAC).
- Oyserman, Daphna, Carol T. Mowbray, Paula Allen Meares, Kirsten B Firminger (2000). Parenting Among Mothers With a Serious Mental Illness. *American Journal of Orthopsychiatry*. 70 (3), 296-315.
- Proudfoot, J.G., Parker, G.B., Benoit, M., Manicavasagar, V., Smith, M. & Gayed, A. (2009). What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. [Health Expectations](#), 12, pp.120 – 129. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00541.x
- Roman, M.W. (2006). The process of Recovery: A tale of two men. *Issues in Mental Health Nursing*, 27 (5), 537-557.
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D. & Nyström, M. (2009). Extra dimensions in all aspects of life – the meaning of life with bipolar disorder. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1-11, iFirst article.
- Russel, S.J. & Browne, J.L. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 187-193.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*. 14 (4), 853-880.
- Schutz, A. (1962/1999). *Den sociale världens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos forlag.
- Shearer, R., Davidhizar, R., & Dowd, S. (1999). Moving from Illness to Wellness: An important Goal of Home Care. *The Journal of Community Care*, 18 (2), 69-78.
- Skerfving, A. (2005). *Att synliggöra de osynliga barnen. Om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Forlagshuset Gothia
- Smith, M. (2004). Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child & Family Social Work*, 9 (3-11).

- Smith, J.A. (Ed.) (2008). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2nd ed) London: Sage.
- Smith, J.A. & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In Smith, Jonathan A (Ed.) (2008) *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2nd ed). London: Sage.
- Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C., & Anthony, W. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 327-336.
- Statens helsetilsyn - World Health Organization (2004). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och kultur.
- Torgalsboen, A. (2001). Consumer satisfaction and attributions of improvement among fully recovered schizophrenics. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 33-40.
- Van der Voort, T.Y., Goossens, P.J. & van der Bijl, J.J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 14 (7), 679-687.
- Venkataraman, M. & Ackerson B.J. (2008). Parenting Among Mothers With Bipolar Disorder: Strengths, Challenges, and Service Needs. *Journal of Family Social Work*. 11 (4)389-408.
- Wackerhausen, S. (1997). Kommunikasjon, forståelse og handling. En filosofisk forståelse. I: Elsaas, P., Olesen, F. & Henriksen, S. (red.) *Kommunikation og forståelse. Kvalitative studier af formidling og fortolkning i sundhedssektoren*. Århus: Philosophia.
- WHO – Helsinkideklarasjonen. Lasta ned frå internett 140909 : <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Wilken, J. P. & Hollander, D. den (2005). *Rehabilitation and recovery, a comprehensive approach*. Amsterdam: SWP Publishers.
- Wilken, J.P. (2007). Understanding Recovery from Psychosis: A Growing Body of Knowledge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (5), 658-666.
- Willumsen, E. (2005). Foreldre som brukere og deltakere I tverrfaglig samarbeid med barnevernstjenesten. I: E. Willumsen (red.), *Brukernes medvikning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. 158-172. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wilson, L. & Crowe, M. (2009). Parenting with a diagnosis bipolar disorder. *Journal of Advanced Nursing*. 65 (4), 877-884.
- Wisdom, J.P., Bruce, K., Saedi, G.A., Wies, T. & Green, C.A. (2008). "Stealing me from myself": identity and recovery in personal accounts of mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 42, 489-495.
- World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf Lasta ned 110809
- Aamodt, I. (2002). Videre enn horisonten. *Fokus på familien*, (4), 281-290.

Førsteamanuensis Ellen Ramvi
Postboks 170
Universitetet i Stavanger
4036 Stavanger

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk sør-øst B (REK sør-øst B)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 06 70

Telefaks: 22 85 05 90

E-post: juliank@medisin.uio.no

Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

Dato: 13.01.2010

Deres ref.:

Vår ref.: 2009/2226

2009/2226b Foreldre med bipolar lidning

Vi viser brev datert 08.01.10 med svar på komiteens merknader og revidert informasjonsskriv.

Det gjøres rede for at rekrutteringen vil foregå via Distrikts Psykiatriske Senter.
Forskningsansvarlig institusjon er Universitetet i Stavanger ved Helene Hanssen. Det gjøres også
rede for behandling av personopplysninger.

Komiteen tar svar på merknader til etterretning og har ingen øvrige merknader til verken studien
eller informasjonsskrivet.

Vedtak

Komiteen godkjenner prosjektet.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad
og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden,
må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er
"vesentlige", må prosjektleder sende ny søknad.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2,
og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter
innenfor helse- og omsorgssektoren».
(http://www.helsedirektoratet.no/samspill/informasjonssikkerhet/norm_for_informasjonssikkerhet_i_helsesektoren_232354)

Tillatelsen gjelder til 31.12.2011. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema (se
helseforskningsloven § 12) og senest et halvt år etter prosjektslutt.

Komiteens avøiørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Iler (sign.)
Leder

Julianne Krohn-Hansen
Komitésekretær

VEDLEGG 2

Til ...DPS v/ leiar

Førespurnad om samarbeid om forskningsprosjektet : *” Erfaringar med å vera foreldre, når ein har ei bipolar lidning”*

Me vender oss til, for å be om eit samarbeid for å rekruttera deltakarar til denne studien.

I Noreg og i andre land er det så langt samla lite kunnskap om korleis det er å vera mor eller far når ein har ei bipolar lidning? Kva vert opplevd som utfordrande ? Kva vert opplevd styrkar ein i foreldrerolla ? Å samla slike erfaringar kan vera til hjelp for andre, og det kan bidra til at helsepersonell får ei betre forståing for korleis dette kan opplevast, og med det styrkar kvaliteten på dei tenestene som vert gitt.

Hovudansvarleg for studien er førsteamanuensis Ellen Ramvi ved Universitetet i Stavanger (UIS). Sjølve studien skal gjennomførast av Marit Tjoflåt, som er klinisk sosionom, tilsett i Helse Fonna og masterstudent. Studien inngår i hennar masterstudium i helse- og sosialfag med *fokus på brukarperspektivet* ved Universitetet i Stavanger.

Forskningsprosjektet skal føregå i tråd med Lov om medisinsk og helsefagleg forskning og er godkjent av Regional komitee for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Studien baserer seg på kvalitativ forskningsmetodikk. Datainnsamlinga vil føregå ved informantsentret personleg, ope intervju med 6 foreldre som har ei bipolar lidning. Opplysningar frå deltakarane vert anonymiserte og handsama konfidensielt. Det er kun hovudansvarleg for studien Ellen Ramvi og masterstudent Marit Tjoflåt som vil ha tilgong til dei opplysningar som vert gitt.

Me søker deltakarar til studien som har, eller har hatt, ei bipolar lidning, som er mødre eller fedre til barn under 18 år, og som bur saman med barnet/barna, eller dei har periodevis omsorgsansvar. Det er i første omgang den enkelte deltakar sjølv som skal vurderer om ein fyller desse inklusjonskriteria. Eksklusjonskriteria er dersom Marit Tjoflåt er, eller har vore, vedkomande sin behandlar, eller dersom ein siste 6 månadar har vore innlagt på *døgnavdeling* i psykisk helsevern, eller siste 6 månadar har fått ECT behandling, eller dersom ein på kontakttidspunktet er i aktiv manisk eller alvorleg depressiv fase i lidinga, eller har alvorlege rusvanskar. Dersom ein er usikker på om ein fyller kriteria kan aktuelle deltakarar kontakta Marit Tjoflåt.

Sjølv om de ikkje har noko eige pasientregister eller oversikt ut frå kven som fyller kriteria for å delta, lurar me likevel på om de i dykkar kontakt med noverande eller tidlegare pasientar kan påta dykk å spreia informasjon om studien til dei de trur det kan vera aktuelt for ?

Vedlagt ligg 1) informasjonsskrivet ;**Førespurnad om å delta i forskningsprosjektet : ” Erfaringar med å vera foreldre, når ein har ei bipolar lidning”** og ei **samtykkeerklæring**, og 2) eit utkast til følgjeskriv frå dykk sjølve som de eventuelt kan nytta ved sending pr post.

Marit Tjoflåt stiller gjerne på møter for å gje nærare informasjon om studien.
På den neste sida finn de meir utdjupande informasjon om forskningsprosjektet.

Ta kontakt om de lurar på noko.
Stavanger, november 2009

Med venleg helsing

Ellen Ramvi

Marit Tjoflåt

Marit Tjoflåt, adr:, tlf, marit.tjoflat@knett.no

førsteamanuensis Ellen Ramvi, Universitetet i Stavanger, 4036 Stavanger, tlf ellen.ramvi@uis.no

Utdjupande forklaring om studien

Bakgrunn og føremål Det å ha ei alvorleg psykisk lidning, som t.d. ei bipolar lidning, kan vera svært krevjande. Bipolar lidning vert av Verdas Helseorganisasjon (WHO) rekna som ei av dei ti mest alvorlege og funksjonsnedsetjande lidingane. Det å vera mor eller far er óg utfordrande. Korleis er det då både å vera foreldre og å ha ei bipolar lidning ? Føremålet med planlagte studie er å undersøkje erfaringar og opplevingar knytt til ein slik situasjon.

Studien har relevans i høve til at det pr i dag føreligg lite forskningsmateriale som fortel noko om temaet. I eit samfunnsmessig perspektiv har planlagte studie relevans i høve til nasjonale føringar om styrka fokus på ”born av psykisk sjuke”, på styrking av brukarperspektivet og å styrka kunnskap og praksis i eit helsefremjande perspektiv. Studien kan bidra til å gjera meir synleg og få ei auka forståing for situasjonen og kvardagslivet til desse mødrene og fedrene.

Det er friviljug å delta. Deltakarane kan kva tid som helst og uten nærare grunngjeving trekka samtykket til å delta i studien, utan at det vil ha noko form for konsekvensar. Dersom ein ønskjer å delta, underteiknar ein samtykkeerklæringa. Om ein seier ja til å delta, kan ein likevel trekka samtykket tilbake på eit seinare tidspunkt.

Den som ønskjer å delta tek kontakt ved å ringa, senda sms eller samtykkeerklæringa til :

masterstudent/klinisk sosionom Marit Tjoflåt, adr:
tlf
marit.tjoflat@knett.no

Det vil vera dei første 6 (uansett kjønn) som tek kontakt, og som fyller kriteria, som vert inkludert i studien. Når aktuelle deltakarar tek kontakt vil Marit Tjoflåt avtala tid og stad for intervju.

Marit Tjoflåt vil informera dykk når ein har fått nok deltakarar.

Samtalane med deltakarane i studien er planlagt å føregå i perioden mellom november 2009 og april 2010. Resultat frå studien er planlagt slutført hausten 2010, og vil bli presentert som ei masteroppgåve, eventuelt i form av ein fagartikkel og som førelesningsmateriell.

Førespurnad om å delta i forskningsprosjektet :

” Erfaringar med å vera foreldre, når ein har ei bipolar lidning”

Bakgrunn og føremål

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i ein forskningsstudie for å få fram erfaringar med det å vera mor eller far, når ein har ei bipolar lidning. Den einaste måten å finna ut av dette på, er å spørja dei som sjølv opplever dette.

I Noreg og i andre land er det så langt samla lite kunnskap om dette. Dine erfaringar kan vera til hjelp for andre, og det kan bidra til at helsepersonell får ei betre forståing for korleis dette kan opplevast.

Ansvarleg for studien

Hovudansvarleg for studien er førsteamanuensis Ellen Ramvi ved Universitetet i Stavanger (UIS). Sjølve studien skal gjennomførast av Marit Tjoflåt, som er klinisk sosionom, tilsett i Helse Fonna og masterstudent. Studien inngår i hennar masterstudium ved Universitetet i Stavanger.

Kva inneber di deltaking i studien

Marit Tjoflåt vil gjennom eit intervju be deg fortelja om dine erfaringar med å vera mor eller far, når du samstundes har ei bipolar lidning. Intervjuet vil føregå som ein samtale og ta om lag 1-1,5 time. Samtalen vil bli tatt opp på lydband. I denne studien er det deg, dine behov og dine erfaringar me er interessert i, ikkje korleis dei andre i familien opplever det.

Mulige fordeler og ulemper

Det kan opplevast som positivt og nyttig for deg å få seia noko om personlege erfaringar. Det kan og opplevast som bra at andre kan ha nytte av det du har erfart. Men det kan og opplevast som sårt og krevjande å fortelja om sine personlege opplevingar. Marit Tjoflåt, som du skal fortelja til, er sosionom og har arbeidd med menneske i sårbare situasjonar i mange år. I samtalen vil ho leggja til rette for at det er du sjølv som får regulera kva og kor mykje du vil seia.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som vert registrert skal kun nyttast til det som er føremålet med studiet slik det er skrive her. Alle opplysningane vil bli behandla utan namn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennande opplysningar. Ein kode knyt det du har fortalt til det samtykket du gir til deltakinga. Det betyr at opplysningane er aidentifiserte.

Friviljug deltaking

Det er friviljug å delta i studien. Du kan kva tid som helst og uten nærare grunngjeving trekke samtykket ditt til å delta i studien, utan at det vil ha noko form for konsekvensar. Dersom du ønskjer å delta, underteiknar du samtykkeerklæringa på siste side. Om du seier ja til å delta no, kan du likevel trekka samtykket ditt tilbake seianare utan at det har noko konsekvensar for deg. Dersom du seinare ønskjer å trekka deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakta :

masterstudent/klinisk sosionom Marit Tjoflåt, adr:

tlf

marit.tjoflat@knett.no

førsteamanuensis Ellen Ramvi, Institutt for Helsefag, Universitetet i Stavanger, 4036

Stavanger

tlf

ellen.ramvi@uis.no

Utdjupande forklaringar om studien følgjer på neste side.

Samtykkeerklæringa er på den siste sida.

Kjenner du andre som studien kan vera aktuell for, står du fritt til å gje denne informasjonen vidare til dei.

Stavanger – november 2009

Med venleg helsing

Ellen Ramvi

Marit Tjoflåt

Utdjupande forklaringar om studien

I studien er ein interessert i kva for erfaringar ein har når ein er mor eller far og har ei bipolar lidning. Det kan både vera om positive opplevingar og om meir følelsesmessig krevjande sider ved det å vera mor/far. For å sikra at ein ikkje går glipp av noko av det du fortel, vil samtalen bli tatt opp på lydband. Synes du det er vanskeleg sjølv å koma på noko å seia vil Marit Tjoflåt t.d. be deg om å fortelja litt om kva du opplever som utfordrande i kvardagen, om kva som er gode og nyttige opplevingar og om kva du opplever som styrkar eller hemmar det å vera i forelderrolla.

I denne situasjonen er Marit Tjoflåt forskar, ikkje behandlar. Ho vil ordna det slik at deltakarar som etter intervjuet har trong for og ønskjer ein oppfølgjande samtale hos autorisert helsepersonell, vil kunna få det.

Kven som kan delta

Du som skal delta må vera mor eller far til barn under 18 år, bu saman med barnet/barna eller ha periodevis omsorgsansvar. Og du må ha, eller ha hatt, ei bipolar lidning.

Du kan ikkje delta dersom Marit Tjoflåt er, eller har vore, din behandlar, dersom du siste 6 månadar har vore innlagt på døgnavdeling i psykisk helsevern eller siste 6 månadar har fått ECT behandling, eller dersom du på kontakttidspunktet er i aktiv manisk eller alvorleg depressiv fase i lidinga, eller har alvorlege rusvanskar. Dersom du er usikker på om du fyller kriteria kan du kontakta Marit Tjoflåt.

Dersom du ønskjer å delta tek du kontakt ved å ringa, senda sms eller samtykkeerklæringa til :

masterstudent/klinisk sosionom Marit Tjoflåt, adr:

tlf

marit.tjoflat@knett.no

Det vil vera dei første 6 (uansett kjønn) som tek kontakt, og som fyller kriteria, som vert inkludert i studien. Når du tek kontakt vil Marit Tjoflåt avtala med deg tidspunkt for samtalen og om du ønskjer at den skal føregå i din heim eller på eit offentleg kontor som er i nærleiken av der du bur.

Samtalane med deltakarane i studien er planlagt å føregå i perioden mellom november 2009 og april 2010. Resultat frå studien er planlagt slutført hausten 2010, og vil bli presentert som ei masteroppgåve, og eventuelt i form av ein fagartikkel.

Personvern

For å ivareta teieplikta har denne førespurnaden gått via lokalavdelingar av Mental Helse, Lærings- og meistringssenteret for psykisk helsevern, kommunal psykisk helseteneste eller Distrikts Psykiatrisk Senter. Me veit ikkje kven du er før du eventuelt har gitt samtykke til at du vil delta.

Opplysningane som då vert registrert om deg vil vera namnet og telefonnummeret ditt, slik at ein kan ha kontakt med deg. I intervjuet vil du bli spurt om nokre bakgrunnsopplysningar, men ellers vil opplysningane vera det du fortel om dine erfaringar som mor eller far, som er det primære mål for studien.

Det er kun prosjektleiar Ellen Ramvi og Marit Tjoflåt, som har adgang til lydopptak, utskrive intervju og oversikt over kven som deltek, og som kan finne tilbake til deg. Alle desse opplysningane vil haldast nedlåst, og vert sletta når studien er avslutta, seinast innan

31.12.2010. Resultata frå studien vil bli presentert anonymt. Ikkje noko av det som blir fortalt av deg vil bli gjengitt slik at nokon kan forstå at det er fortalt av deg
Dersom du seier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i kva for opplysningar som er registrert om deg. Du har vidare rett til å få korrigert eventuelle feil i desse opplysningane.
Dersom du trekkjer deg frå studien, kan du krevja å få sletta innsamla opplysningar, med mindre dei allereie er inngått i analysar eller brukt i vitenskaplege publikasjonar.

Samtykke til deltaking i studien

” Erfaringar med å vera foreldre, når ein har ei bipolar lidning”

Eg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Eg stadfester å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

VEDLEGG 4

Stegvis analyseprosess med utgangspunkt i Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith & Osborn 2008)

I *Initial notes*

Ein startar ut med tekstmaterialet frå intervjuet med den første informanten. Teksten vert lest mange gonger. I venstre marg vert alt det som dukkar fram som vesentleg og interessant skrivne ned. Kvar ny gjennomlesning gjev ny innsikt.

II *Initial list of emergent themes*

Her frigjer forskaren seg tilnærminga i første fase. Høgre marg vert nytta til notera idear, meir spesifikke frasar og tema relatert til meir psykologiske omgrep og abstraksjonar. Prosessen er farga av både "innanfrå-perspektivet" ("uventa" bidrag frå informantane som dukkar fram), og "utanfrå perspektivet" (forskaren byrja å verta sensitiv for teoriperspektivet på materialet og korleis det kan formast til omgrep). Merksemda er retta mot å skilja mellom informanten sine eigne ord, og forskaren sine tolkingar av desse. Temaområde som syner meir rikdom enn andre, byrjar å tre fram.

III *Clustering of themes –*

Forskaren held fram med å redusera data ved å knyta saman foreløpige tema/frasar. Det vert først laga ei kronologisk liste på tema, så reviderer ein denne gjennom ein analytisk og teoretisk prosess, ein freistar å få fram meining mellom tema. Nokre gjev *clusters* (som ein magnet), andre vert *superordinate/overbyggande*. Ein sikrar at dei overbyggande tema vert knytt saman med tekstutdrag frå råmaterialet.

IV *Table of themes from the participant*

I denne fasen vert det laga oversyn på alle overbyggande tema, *superordinate* themes, og *sub*-themes, og konkrete døme frå råmaterialet.

V *Master table of themes for the group*

I denne fasen, som i omfang og tid vart opplevd som mest krevjande, såg ein på materialet frå fase IV for alle informantane, samstundes som ein og gjekk attende til råmaterialet for kvar einskild. Det oppstod nokre nye tema, medan andre tydeleg manifesterte seg som hovudbodskapar i materialet. Reduksjon og abstraksjon, prioritering av data, vurdering av førekomst og rikdom, korleis nokre tema set ljøs på andre tema, vurdering i høve til problemstillinga osv, er stikkord for det arbeidet som vart gjort. Ein felles hovud-tabell for alle informantane med hovudtema og undertema og underbyggjande tekstdøme frå råmaterialet vart utforma.

VI *Final write-up of the study*

Til sist vart bodskapen frå informantane, deira erfaringar og deira forståing slik dei uttrykte det, og forskaren sine tolkingar og forståing, nedteikna som presentasjon av resultat frå studien.