

# **Barn og unge av psykisk syke foreldre**

*Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre?*



**Master i sosialfag**

**Kandidatnummer: 6506**

**Masterstudent: Anette Gudmestad**

**Veileder: Kari Søndena**

**Det samfunnsvitenskapelige fakultet Institutt for helsefag**

**Juni 2018**

**MASTERSTUDIUM I SOSIALFAG**  
**MASTERGRADSOPPGAVE**

---

**SEMESTER: Vår 2018**

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Anette Gudmestad**

**VEILEDER: Kari Søndena**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel: Barn og unge av psykisk syke foreldre**

**Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre?**

**Engelsk tittel: Children and adolescents of mentally ill parents**

**What does it mean to grow up with mentally ill and unstable parents?**

---

**EMNEORD/STIKKORD: Barn av psykisk syke, psykiske lidelser og foreldrefungering, forhold som påvirker barns psykiske helse, utviklingspsykopatologi, konsekvenser og tillærte strategier, risiko- og beskyttelsesfaktorer, resiliens, barnevern.**

---

**ANTALL SIDER: 112**

**STAVANGER 01.06.2018**

**Anette Gudmestad**

I forbindelse med elektronisk innlevering, kommer jeg til å reservere med mot å offentliggjøre mastergradsoppgaven på universitetets nettsider

## Forord

Prosessen med å skrive masteroppgave har vært lang, tidkrevende men også veldig spennende. Jeg vil først og fremst takke veilederen min, Kari Søndena for god hjelp, støtte og konstruktive tilbakemeldinger i prosessen. Jeg vil også takke mine tre gode medstudenter Ine, Tina og Ida for oppmuntrende ord og samarbeid i årene som har vært. Det har hjulpet utrolig mye på motivasjonen!

En spesiell takk til Barneverntjenesten som hjalp til med rekrutteringen, og saksbehandlerne som opprettet kontakt og gjorde det mulig for meg å komme i kontakt med informantene mine. Og en like stor takk til alle de fantastiske informantene, som ved å dele sine tanker og erfaringer, gjorde denne studien mulig å gjennomføre. Uten dere hadde det ikke vært en studie!

Sist, men ikke minst en stor takk til min samboer Jan og øvrige familie for all støtte, tålmodighet og oppmuntring i årene som har vært, og en ekstra takk for korrekturlesing.

Nærbø. Juni 2018

Anette Gudmestad

## **Innholdsfortegnelse**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Barn og unge av psykisk syke foreldre.....</b>                  | <b>1</b>  |
| <b>1. Innledning .....</b>   | <b>9</b>  |
| 1.1. Studiens hensikt, valg av tema og problemstilling .....       | 9         |
| 1.2. Begrepsavklaring og begrensninger .....                       | 11        |
| 1.3. Tidligere forskning .....                                     | 12        |
| 1.4. Oppgavens oppbygning .....                                    | 13        |
| <b>2. Teoretisk fundament .....</b>                                | <b>15</b> |
| 2.1. Barn av psykisk syke foreldre og deres foreldrefungering..... | 15        |
| 2.1.1 Bipolar lidelse og foreldrefungering .....                   | 17        |
| 2.1.2 PTSD og foreldrefungering .....                              | 18        |
| 2.1.3. Schizofreni og foreldrefungering .....                      | 19        |
| 2.1.4. Personlighetsforstyrrelse og foreldrefungering .....        | 20        |
| 2.2. Forhold som påvirker barns psykiske helse.....                | 21        |
| 2.2.1. Genetisk sårbarhet .....                                    | 21        |
| 2.2.2. Miljøfaktorer .....   | 22        |
| 2.2.3. Mobbing .....   | 22        |
| 2.2.4. Skader i fosterlivet .....                                  | 22        |
| 2.2.5. Kroppslig sykdom .....                                      | 23        |
| 2.2.6. Foreldre med psykiske lidelser.....                         | 23        |
| 2.3. Utviklingspsykopatologi.....                                  | 23        |
| 2.3.1. Somatiske vansker.....                                      | 24        |
| 2.3.2. Psykiatriske vansker .....                                  | 25        |
| 2.3.3. Emosjonelle vansker og konsekvenser av det .....            | 25        |
| 2.3.4. Kognitive vansker og konsekvenser av det .....              | 26        |
| 2.3.5. Interpersonelle vansker og konsekvenser av det .....        | 26        |
| 2.4. Konsekvenser for barns utvikling og tillærte strategier ..... | 27        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 2.4.1.    | Tilknytningsteori .....                                   | 27        |
| 2.4.2.    | Omsorgssvikt, fysisk og psykisk mishandling .....         | 29        |
| 2.4.3.    | Barn som pårørende og deres behov for informasjon .....   | 29        |
| 2.4.4.    | Tabu.....   | 30        |
| 2.4.5.    | Barns mestrings – og overlevelsesstrategier .....         | 31        |
| 2.4.6.    | Parantifisering .....                                     | 33        |
| 2.5.      | Risiko-, beskyttelsesfaktorer og resiliens .....          | 34        |
| 2.5.1.    | Risikofaktorer.....                                       | 35        |
| 2.5.2.    | Beskyttelsesfaktorer .....                                | 36        |
| 2.5.3.    | Resiliens .....   | 38        |
| 2.6.      | Det offentlige hjelpeapparatet – barneverntjenesten ..... | 38        |
| <b>3.</b> | <b>Metode .....</b>                                       | <b>41</b> |
| 3.1.      | Det kvalitative forskningsintervjuet .....                | 41        |
| 3.2.      | Fenomenologi .....  | 42        |
| 3.3.      | Utvalg .....  | 43        |
| 3.4.      | Presentasjon av informanter med «fiktive navn» .....      | 44        |
| 3.5.      | Utarbeidelse av intervjuguide.....                        | 44        |
| 3.6.      | Gjennomførelse av intervju .....                          | 45        |
| 3.7.      | Transkribering av intervju .....                          | 46        |
| 3.8.      | Analyse av data og tolkning .....                         | 47        |
| 3.9.      | Kvalitet i forskningsarbeidet .....                       | 48        |
| 3.9.1.    | Relabilitet .....   | 48        |
| 3.9.2.    | Validitet.....  | 48        |
| 3.9.3.    | Overførbarhet .....                                       | 49        |
| 3.10.     | Forske på egen arbeidsplass og forforståelse .....        | 50        |
| 3.11.     | Etikk og personvern.....                                  | 50        |
| <b>4.</b> | <b>Resultater .....</b>                                   | <b>52</b> |

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 4.1.      | Mangel på informasjon og åpenhet (A).....                      | 53         |
| 4.1.1.    | Ønsket informasjon om mors psykiske vansker.....               | 54         |
| 4.2.      | Svak foreldrefungering og konsekvenser av dette (B) .....      | 57         |
| 4.2.1.    | Skjuler hjemmesituasjonen fra omverden .....                   | 60         |
| 4.2.2.    | Påtok seg ansvar for forelderen og lider av skyldfølelse ..... | 61         |
| 4.3.      | Nettverkets og trygge relasjoners betydning (C).....           | 65         |
| 4.4.      | Manglende hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet (D) .....  | 67         |
| 4.5.      | Erfaringer og råd til barneverntjenesten (E).....              | 69         |
| <b>5.</b> | <b>Diskusjon.....</b>  | <b>75</b>  |
| 5.1.      | Betydningen av informasjon og åpenhet .....                    | 75         |
| 5.2.      | Konsekvenser av svak foreldrefungering og parantifisering..... | 79         |
| 5.3.      | Nettverket som beskyttelsesfaktor.....                         | 87         |
| 5.4.      | Manglende hjelp barneverntjenesten og samfunnet .....          | 90         |
| 5.5.      | Erfaringer og råd til barneverntjenesten .....                 | 93         |
| <b>6.</b> | <b>Avslutning og konklusjon .....</b>                          | <b>96</b>  |
| 6.1.      | Studiens betydning for praksis .....                           | 98         |
| 6.2.      | Implikasjon til videre forskning .....                         | 100        |
|           | <b>Litteraturliste.....</b>                                    | <b>101</b> |

## **Vedlegg:**

### **Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring**

### **Vedlegg 2: Intervjuguide**

### **Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD**

## Sammendrag

Jeg har i denne studien undersøkt hva det kan innebære å vokse opp med psykisk syke foreldre, hvordan psykiske lidelser påvirker foreldrefungeringen, og hvordan foreldrenes fungering påvirker barn og unge. For å samle inn informasjon har jeg gjennomført kvalitativt forskningsintervju av fem ungdommer om deres erfaring og refleksjoner knyttet til det å vokse opp med psykisk syke foreldre, og hvorvidt de opplevde å få hjelp og støtte av samfunnet for øvrig som barn.

Deretter brukte jeg informasjonen for å diskutere hva det kan innebære å vokse opp med psykisk syke foreldre, og hvordan deres erfaringer kan brukes til å bedre barns oppfølging i fremtiden.

Studiens hensikt er å øke kunnskap om hva det kan innebære å vokse opp med psykisk syke foreldre. For å kunne bruke informasjonen til å bedre omsorgssituasjonen for barn, og samtidig finne ut hvordan barneverntjenesten og samfunnet for øvrig på best mulig måte kan bidra for å forebygge vansker på et tidligere tidspunkt. Dette er i tråd med barnevernproffenes visjon om at den beste kunnskapen for fagfolk kommer fra barn med erfaring på området (Forandringsfabrikken, 2018). Problemstillingen jeg skal forsøke å belyse er av den grunn:

*«Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre?»*

Studien har hatt fokus på barn og unges erfaringer, psykiske lidelser og foreldrefungering, forhold som påvirker barns psykiske helse, utviklingspsykopatologi, konsekvenser for barns utvikling og tillærte strategier, tabu, risiko-, beskyttelsesfaktorer og resiliens.

Gjennom analyse av intervjuene ble informasjonen oppdelt i fem tema.

(A) Mangel på informasjon og åpenhet, (B) Svak foreldrefungering og konsekvenser av det, (C) Nettverkets og trygge relasjoners betydning, (D) Manglende hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet, (E) Erfaringer og råd til barneverntjenesten.

Det var samsvar mellom mine funn og tidligere forskning på området når det gjelder konsekvenser for barns utvikling, foreldrenes fungering og barns mestringsstrategier. Det var derimot mindre forskning på hvorvidt barneverntjenesten og samfunnet for øvrig griper inn tidlig nok, og gir rett hjelp til

rett tid. Her blir det informantenes råd, og min erfaring som saksbehandler i barneverntjenesten som ligger til grunn. Konklusjonen er at barneverntjenesten grep inn for sent, og at det i samarbeid med psykisk syke foreldre kan være utfordrende å kartlegge tidlig nok, på bakgrunn av svært ustabile fungeringer, med lengre gode perioder.

Studiens konklusjon og avslutning i lys av problemstillingen viser at barn av psykisk syke foreldre ofte opplever en stor belastning i barndommen preget av mye ansvar og omsorg for sin omsorgsperson. Dette ansvaret kan påvirke barnas psykiske helse, selvfølelse og relasjonen til andre barn og voksne. Studiens hovedfunn viste at alle informantene strevde med psykiske vansker i ulik grad. Barn har et stort behov for informasjon om sin omsorgssituasjon og forklaring på hvordan en «vanlig» familie kan fungere. Et godt nettverk har vist seg å ha stor betydning for at barn og ungdom skal kunne fungere greit i skole – og arbeidsliv, og være sosial i relasjoner med andre barn og voksne. Barneverntjenesten og samfunnet bruker for lite tid på å forklare barn hvordan en «vanlig» familie kan fungere og bygge relasjoner for at barn skal være trygge nok til å fortelle sin historie. Voksne i samfunnet for øvrig viser i sin atferd at de ikke er klar for å ta imot den informasjonen barn ønsker å fortelle, og det kan resultere i at barn tilbakeholder informasjon. Studien viste også at informantene per dags dato har kontakt med sine omsorgspersoner i begrenset omfang, etter eget valg. Tre av informantene stilte spørsmål til hvorfor barneverntjenesten ikke plasserte de i fosterhjem tidligere, for å kunne unngå de emosjonelle og psykiske vanskene de nå må leve med. Avslutningsvis viste hovedfunnene i studien at informantene har klart seg relativt greit, til tross for en særdeles utfordrende oppvekst preget av omsorgssvikt og traumatiske hendelser.



# 1. Innledning

## 1.1. Studiens hensikt, valg av tema og problemstilling

Jeg har en bachelorgrad i barnevern og studerer master i sosialfag. Jeg har siden 2014 jobbet i en kommunal barneverntjeneste som saksbehandler i undersøkelse og oppfølging av tiltak. Ettersom jeg har bachelor i, og jobber innenfor barnevern, ble det naturlig for meg å velge tema og problemstilling innenfor dette området. Jeg har over lengre tid, også før jeg begynte på studiet interessert meg for barn av psykisk syke foreldre. Det hele begynte da jeg jobbet sammen med en jente som vokste opp med en psykisk syk mor, og fikk observere hvor mye det virket å påvirke selvfølelsen og fungeringen til den unge kollegaen min. Jeg søkte deretter barnevernutdanningen, og det var først når jeg begynte å jobbe som saksbehandler at interessen for alvor tok fatt. Jeg bestemte meg for å søke master i sosialfag for å tilegne meg spisskompetanse på området. Temaet jeg har valgt er derfor barn og unge av psykisk syke foreldre.

I jobben som saksbehandler opplevde jeg det som svært utfordrende å jobbe i familier med psykisk sykdom. Dette gjaldt særlig der mor eller far var psykisk syk og hadde aleneomsorgen for barn uten noe særlig nettverk å støtte seg på. I disse tilfellene hadde foreldrene ofte blitt utsatt for traumer og omsorgssvikt i barndommen og derav utviklet komplekse vansker. Mødre og fedre som har vokst opp i vanskelige livssituasjoner, og som utvikler vansker, har av min erfaring, vist seg å svinge i fungering og har gjerne lengre stabile perioder. Det kan virke som alenemødre, som det stort sett har være i mitt tilfelle, ikke har fått bearbeidet og fått behandling for traumatiske hendelser og derav ikke klarer å komme seg videre. De har gjerne fått diagnoser i ungdomsårene som fjernes etter hvert, men som settes igjen ved ny innleggelse, for å igjen fjernes eller erstattes av andre. Hvilke diagnoser foreldre har er av min erfaring ikke det viktigste, men hvordan denne ustabiliteten og fungeringen påvirker barn.

Så hva innebærer det å vokse opp med psykisk syke foreldre, og hvordan påvirkes egentlig barn av foreldrenes psykiske vansker og ustabile fungering? Hva behøver disse barna og hvilke tiltak kan barneverntjenesten og samfunnet rundt iverksette for å bedre deres omsorgssituasjon? Dette var viktige spørsmål jeg ønsket å få svar på gjennom arbeidet med masteroppgaven.

Studiens hensikt er økt innsikt og kunnskap om hva som kan bedre omsorgssituasjonen for barn av psykisk syke foreldre, og finne ut hvordan barneverntjenesten og samfunnet for øvrig, på best mulig måte kan bidra for å forebygge vansker på et tidlig tidspunkt. Dette er i tråd med barnevernproffenes visjon om at den beste kunnskapen for fagfolk kommer fra barn med erfaring på området (Forandringsfabrikken, 2018).

Problemstillingen denne oppgaven skal forsøke å belyse er:

*«Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre?»*

For å forsøke å belyse problemstillingen har det blitt brukt en variasjon av teori fra eldre til nyere studier og fagbøker. Det er også henvist til Lovdata og ICD-10 for å spesifisere lovverket og begreper i studien.

Psykiske lidelser beskrives fortsatt som et tabubelagt tema i samfunnet. Også blant dagens ungdom (Gudjonsson, 2017). Av den grunn er det interessant å se på Torvik og Rognmo (2011) sin rapport som viser antall barn som lever med psykisk syke foreldre. Ifølge rapporten er det snakk om totalt 410 000 barn, og 37.3 prosent, som har omsorgspersoner med psykiske lidelser. Det er 260 000 barn, og ca. 23.1 prosent, som har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover daglig fungering og omsorgsevne. Regnes kun de mest alvorlige psykiske lidelsene, rammes 115 000 barn som tilsvarer ca. 10.4 prosent av befolkningen (Torvik & Rognmo, 2011, s. 4-5). Det er her rimelig grunn til å anta at barneverntjenesten stort sett har kontakt med de to siste gruppene, der foreldrenes psykiske lidelser går utover foreldrefungeringen. Det ville vært interessant å se videre på hvor stor andel av familiene som har kontakt eller har hatt kontakt med barneverntjenesten, og hvor stor andel som har blitt fratatt omsorgen for sine barn og sammenligne dette opp mot barnas fungering. Dette har jeg dessverre ikke funnet tall på per dags dato.

For å besvare min problemstilling har jeg videre valgt å gjennomføre kvalitativt forskningsintervju av fem ungdommer som har vokst opp med psykisk syke foreldre. Dette for å belyse hva det kan innebærer å vokse opp med psykisk syke foreldre, og samtidig bruke deres erfaringer for å sikre at barn blir bedre fulgt opp i fremtiden.

En annen årsak til valg av tema og problemstilling er at psykisk helse de siste årene har vært mye i søkelyset og i media. Stortinget vedtok 19.06.2009 endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, og endringene trådte i kraft 01.01.2010. Endringene skulle sikre at helsepersonell ivaretok barn av psykisk eller somatisk syke foreldres behov for informasjons- og oppfølging. Dette skulle videre sikre at barn av psykisk syke foreldre blir fanget opp tidlig, og for å sette i gang prosesser for å forebygge vansker hos foreldre og barn (Rundskriv 15-5/2010). Det er med andre ord ikke mange år siden fokus ble rettet mot å ivareta barn som pårørende og deres behov for informasjon og oppfølging når foreldrene er psykisk- og somatisk syke.

## **1.2. Begrepsavklaring og begrensninger**

I oppgaven har jeg valgt å fokusere på betegnelsen barn av «moderat til alvorlig psykisk syke eller ustabile foreldre». Dette innebærer barn som har vokst opp med minst en forelder som har en moderat til alvorlig psykisk lidelse eller ustabil fungering som i ulik grad har påvirket foreldreamsorgen. Oppgaven redegjør kort for mild, moderat og alvorlig psykisk lidelse for å vise ulikheter, og presenterer ulike typer psykiske lidelser og knytter dette opp mot foreldrefungering. Teorien i oppgaven presenterer omhandler psykiske lidelser og barn av psykisk syke foreldre på generelt grunnlag og er ikke ensrettet til å gjelde barn og foreldre i kontakt med barneverntjenesten, selv om enkelte bøker benyttes i barnevernspedagogutdanningen, og henviser til arbeidet i barneverntjenesten.

### Definisjon på psykisk lidelse:

Lidelse av psykisk eller mental karakter, psykiske lidelser og sykdommer karakteriseres ved en endret væremåte og oppførsel hos vedkommende. Årsaken kan være sosial, psykologisk, genetisk eller fysiokjemisk (Malt, 2016).

Med barn av psykisk syke foreldre menes det i denne oppgaven, barn av foreldre med moderat til alvorlig psykisk lidelse eller med en ustabil fungering som går utover deres foreldrefungering.

### **1.3. Tidligere forskning**

Torvik og Rognmo (2011) viser i sin rapport antall barn som lever med psykisk syke foreldre. Ifølge rapporten er det snakk om totalt 410 000 barn og 37.3 prosent som har omsorgspersoner med psykiske lidelser. Rapporten legger vekt på at ikke alle foreldre som har en psykiatrisk diagnose har svekkede omsorgsevner. Dette fordi mange foreldre har milde lidelser som påvirker dem selv, og ikke barna. Eksempler her er fobier, mild sosial angst og forbigående depresjon.

Det er av den grunn gjort beregninger på hvor mange barn som har foreldre med alvorlige psykiske lidelser. Resultatet blir da 260 000 barn og ca. 23.1 prosent barn som har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover daglig fungering og omsorgsevne.

Regnes kun de mest alvorlige psykiske lidelsene, rammes 115 000 barn som tilsvarer ca. 10.4 prosent av befolkningen (Torvik & Rognmo, 2011, s. 4-5).

I planleggingen av studien søkte jeg etter masteroppgaver om temaet, og fant endel om barn som pårørende i møte med helsepersonell samt to masteroppgaver om voksnes erfaringer med å vokse opp med psykisk syke foreldre. Berit Iren Austvoll skrev i 2014 en masteroppgave knyttet til voksnes refleksjoner rundt det å vokse opp med psykisk syke foreldre. Elisabeth Jølstad Hilde skrev i 2016 en masteroppgave om betydningsfulle egenskaper, støttende omsorgspersoner og gode fagpersoner.

Jeg fant derimot lite om hva det kunne innebære å vokse opp med psykisk syke foreldre fra et barneperspektiv, og hvordan deres erfaringer kan bidra til å bedre barns oppfølging. Jeg mener derfor at min studie er et viktig bidrag, med oppdatert informasjon om hvordan barn og unge i alderen 17-23 år erfarte å vokse opp med psykisk syke foreldre, og hjelpen de har fått. Min studie kan derfor regnes som et dybdykk inn i barn og unges livsverden.

Barneverntjenesten er en instans i konstant endring, og flere endringer tredde i kraft f.o.m. 01.01.2018 (Regjeringen, 2018). Dette viser at loven endrer seg kontinuerlig med formål om å sikre bedre hjelp til barn og unge i omsorgssviktsituasjoner. Det er av den grunn viktig med oppdatert informasjon om hvordan forholdene blant barn og unge utvikler seg.

#### **1.4. Oppgavens oppbygning**

Jeg har valgt å dele oppgaven inn i fem kapitler med flere underkapittel eller punkt.

I første kapittel har jeg innledning til oppgaven der studiens hensikt, valg av tema og problemstilling presenteres. I tillegg redegjør jeg for oppgavens begrensninger og viktige begrep.

I kapittel to presenteres relevant teori for å besvare oppgavens problemstilling.

Oppgaven starter med å gjøre rede for barn av psykisk syke foreldre, og i hvilken grad psykiske lidelser kan påvirke og hemme foreldrefungeringen, og knytter dette opp mot diagnosene informantene har vokst opp med, i tillegg til personlighetsforstyrrelse som regnes som en av de mest alvorlige psykiske lidelsene (ICD-10, 2018, s. 187).

Videre redegjør jeg for forhold som påvirker barns psykiske helse, utviklingspsykopatologi, konsekvenser for barns utvikling og tillærte strategier, risiko- beskyttelsesfaktorer og resiliens. Før jeg avslutningsvis presenterer det offentlige hjelpeapparatet som i denne oppgaven er barneverntjenesten.

Kapittel tre er metodekapittelet hvor jeg først redegjør for valg av metode og det kvalitative forskningsintervjuet. Deretter presenteres fenomenologi som vitenskapsteori, bakgrunn for valg av utvalg og presenterer informanter. Videre beskrives utarbeidelsen av og gjennomføringen av intervjuene samt transkriberingen. Før jeg redegjør for validitet og reliabilitet som er kvaliteten i forskningsarbeidet. Avslutningsvis presenterer jeg det å forske på egen arbeidsplass, etikk og personvern.

I kapittel fire presenterer jeg analyse og drøfting av funn. Jeg redegjør først for mangel på informasjon og åpenhet, før jeg går inn på svak foreldrefungering og konsekvenser av det, nettverkets- og trygge relasjoners betydning for informantene. Deretter tar jeg for meg deres opplevelse av at det var lite hjelp og inngripen fra barneverntjenesten og samfunnet når de bodde hjemme hos psykisk syk forelder.

Avslutningsvis presenterer jeg informantenes råd og erfaringer og diskuterer videre i neste del hvordan funn og råd kan føre til økt kompetanse og innsikt for barneverntjenesten.

I kapittel fem vil jeg oppsummere funnene som har kommet frem og gi noen avsluttende refleksjoner og anbefalinger til hva som kan gjøres for barn av psykisk syke foreldre.

## **2. Teoretisk fundament**

I teorigapittelet presenterer jeg teori som jeg anser som relevant for å besvare min problemstilling: «*Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre?*».

Videre benytter jeg de ulike teoretiske perspektivene i drøfting- og analysekapittelet.

Jeg starter med å gjøre rede for barn av psykisk syke foreldre, og i hvilken grad psykiske lidelser kan påvirke og hemme foreldrefungeringen, og knytter dette opp mot diagnosene informantenes foreldre har, og som de har vokst opp med, i tillegg til personlighetsforstyrrelse som regnes som en av de mest alvorlige psykiske lidelsene (ICD-10, 2018, s. 187).

Det er ulike former og kategorier innenfor de psykiske lidelsene jeg gjør rede for. Jeg går ikke inn på de ulike variantene, men gir en overordnet beskrivelse av hvordan personer som lider av sykdommene kan fungere for å forklare hvordan dette igjen kan påvirke foreldrefungeringen. Videre redegjør jeg for forhold som påvirker barns psykiske helse, utviklingspsykopatologi, konsekvenser for barns utvikling og tillærte strategier, tabu, risiko- og beskyttelsesfaktorer og resiliens. Avslutningsvis redegjør jeg for det offentlige hjelpeapparatet majoriteten av informantene har vært i kontakt med, nemlig barneverntjenesten.

### **2.1. Barn av psykisk syke foreldre og foreldrefungering**

I denne delen gjør jeg først rede for barn av psykisk syke foreldre, før jeg går inn på ulike diagnoser og beskriver hvordan disse kan påvirke foreldrefungeringen som har konsekvenser for barns utvikling. Diagnosene jeg redegjør for er bipolar lidelse, PTSD og schizofreni som alle var diagnoser informantenes foreldre hadde, i tillegg til personlighetsforstyrrelse som regnes som en av de mest alvorlige psykiske lidelsene. Dette for å vise hvordan ulike diagnoser kan påvirke barn.

Mennesker med psykiske lidelser er ikke en ensartet gruppe. Det er mange varianter av psykiske lidelser og prognosene vil variere. I følge Kvello (2015) er det ikke slik at barn av psykisk syke automatisk får vansker, men de har en større risiko for å

utvikle det. Likeså hevder han at ikke alle foreldre med psykiske lidelser utøver dårlig omsorg for sine barn, men de har en forhøyet risiko for det. Flere faktorer spiller inn på hvordan kvaliteten på omsorgen psykisk syke foreldre gir til sine barn. Den ene er i hvor stor grad foreldrene har et godt nettverk som kan fungere som en beskyttende faktor og en mer stabil omsorgssituasjon for barnet. Hvorvidt forelderen er aleneforsørger kan ha mye å si for omsorgen barnet får. Barn har større risiko for å utvikle vansker dersom aleneforsørger eller begge foreldrene har psykiske vansker, enn hvis den ene er psykisk frisk (Kvello, 2015 s. 198).

Kvello (2015) henviser til Breaux mfl., 2014, som sier noe om at barn av foreldre med psykiske lidelser har høyere risiko for å utvikle sosiale og psykiske vansker enn barn som vokser opp uten psykisk syke omsorgspersoner (Kvello, 2015, s. 252).

Killèn (2013) påpeker også at det er en klar sammenheng mellom psykiske lidelser hos foreldre og barns psykiske forstyrrelser. Omsorgspersonene uforutsigbare atferd og personlighet medfører konstant stress for barnet som utviklet kronisk angst og bekymring for det uforutsigbare. Disse barna bruker mye tid og krefter på å utøve omsorg for sine foreldre, mens de får lite omsorg tilbake. De forsøker hele tiden å være i forkant og observerer foreldrenes tilstand (Killèn, 2013, s. 78-79). Disse barna kan være vanskelige for omgivelsene å fange opp, fordi de regnes som flinke og omsorgsfulle barn, men som i realiteten viser bekymringsfull atferd. Barn av psykisk syke foreldre gir utløp for sine vanskelige følelser og er ofte i konflikt med barn og voksne (Killèn, 2013, s. 79). Videre legges det vekt på foreldre med personlighetsforstyrrelser, angst og depresjon da det i mindre grad er forsket på foreldre med for eksempel spiseforstyrrelser og hvilke konsekvenser det kan ha for foreldrefungeringen (Killèn, 2013, s. 83).

Ifølge Kvello (2015) vil personlighet ha mye å si for omsorgen foreldrene gir sine barn. Faktorer som mentaliseringsevne, sensitivitet, ansvarlighet, impuls kontroll, selvbilde og tillitt til andre er trekk som vil bli svekket av psykiske lidelser (Kvello, 2015, s. 252).

Killèn (2013) påpeker videre at faktorer som manglende erkjennelse og respekt for barnets behov, lite engasjement i barnets liv og manglende positive emosjoner knyttet til barnet, foreldres uforutsigbare personlighet og livsstil, og det å sette egne behov først er faktorer som er viktige å redusere for å kunne utøve «god nok» omsorg (Killèn, 2013, s. 75).



«Godt nok samspill» karakteriseres ved at foreldrene ser og leser barnets signaler, foreldrene besvarer og responderer på disse signalene og det registreres gjensidig glede mellom foreldre og barn. De «tar tur» i relasjonen der forelderen støtter barnets utforskning og initiativ. Foreldrene forstår når barna er sinte, og trøster når det er trist. Det settes grenser fast og bestemt på en vennlig måte, uten å avvise. Foreldrene er fleksible og følger barnet når deres signaler fører til endring i situasjonen (Killèn, 2013, s. 44-45).

De to gruppene av psykiske lidelser som brukes i oppgaven er moderat til alvorlige psykiske lidelser. Det er snakk om totalt 410 000 barn og 37.3 prosent som har omsorgspersoner med psykiske lidelser. 260 000 barn og ca. 23.1 prosent barn har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover daglig fungering og omsorgsevne. Regnes kun de mest alvorlige psykiske lidelsene, rammes 115 000 barn som tilsvarer ca. 10.4 prosent av befolkningen (Torvik & Rognmo, 2011, s. 4-5). Det er de to siste gruppene, moderat til alvorlige psykiske lidelser jeg vil ha fokus på i min studie. Videre redegjør jeg for de ulike diagnosene informantenes foreldre hadde, og knytter disse opp mot foreldrefungering for å illustrere hvilke konsekvenser det kan ha for barns utvikling.

### **2.1.1. Bipolar lidelse og foreldrefungering**

Bipolar affektiv lidelse karakteriseres som gjentatte og langvarige svingninger i stemningsleie. I perioder vil en være preget av nedstemthet ved nedsatt energi og depresjon. I andre perioder vil en være preget av oppstemthet, økt energi og forhøyet energi som klassifiseres som mani (ICD-10, 2018, s. 168).

Moderate til alvorlige depressive episoder karakteriseres ved at en er preget av tretthet, nedstemthet, redusert energi og aktivitetsnivå. Søvn, appetitt, selvfølelse og egenverd er svekket, og en føler ofte på skyld og verdiløshet. Konsentrasjon og evne til å vise interesse reduseres drastisk. Den minste oppgave kan kreve massiv innsats og slite ut (ICD-10, 2018, s. 169). Killèn (2013) beskriver også at deprimerede personer lider av sinne, irritabilitet, angst, tap av energi, skyldfølelse, manglende konsentrasjon, trist sinnsstemning, følelse av verdiløshet og en tilbaketrukket personlighet (Killèn, 2013, s. 83).

Kvello (2015) viser til Murray og Cooper (1997) sin klassifikasjon på samspill mellom deprimerte mødre og barna deres. Studien viste at mødre som er emosjonelt utilgjengelige og fysisk tilbaketrukket har barnet vansker med å etablere en positiv og stabil relasjon til mor. Barn der mødre er fiendtlige og utsetter barnet for overgrep og/eller overinvolverer barnet i relasjon og samspillet, utvikler frykt for nye overgrep eller blir passivisert av mors overinvolvering. Der samspillet preges av en positiv relasjon til barnet, men mengden av samspill sammenlignet med ikke-deprimerte mødre er mindre, var intensiteten, gjensidigheten og variasjonen i samspillet svakere. Deprimerte mødre kan fort mistolke barns ansiktsuttrykk og responderer oftere på tristhet enn glede, som betyr at de ofte har vansker med å være sensitive og fange opp barnas signaler. Barn av deprimerte mødre som likevel klarer å møte barnet på følelser til tross for egne vansker har større sannsynlighet til å klare seg godt. Barn av mødre med lett eller moderat depresjon har økt sannsynlighet for å klare seg sammenlignet med mødre som har dyp grad (Kvello, 2018, s. 200-202).

Ifølge Killèn (2013) kan barn av deprimerte mødre allerede ved fødsel vise tegn på samspillsforstyrrelser barnet kan ha blitt påført genetisk under svangerskapet. Deprimerte omsorgspersoner er som tidligere beskrevet lite tilgjengelige for sine barn, og det begrenser deres evne til å engasjere seg positivt i barnets liv. De har også større risiko for å utsette barnet for fysisk og psykisk vold. Disse beskrivelsene regnes også å gjelde for foreldre med angstlidelser (Killèn, 2013, s. 85).

### **2.1.2. Post traumatisk stresslidelse og foreldrefungering**

Post traumatisk stresslidelse (PTSD) er en reaksjon på en belastende hendelse, som har vært svært truende og fremkaller angst og ubehag hos de fleste. Eksempler på dette kan være voldtekt, tortur, naturkatastrofer eller krig. Symptomer på sykdommen er å gjenoppleve den traumatiske hendelsen som mareritt, eller i dagdrømmer. Samtidig kan man være følelsesmessig avflatet, ta distanse fra andre mennesker og unngå situasjoner som minner om hendelsen. Det kan oppstå akutt frykt, panikk, aggresjon, søvnløshet, angst og depresjon som følge av traume (ICD-10, 2018, s. 176).

Kvello (2015) viser til Van Ee mfl., (2012) sin studie av samspill mellom barn og foreldre der mor har diagnosen PTSD. Studien viste at barna hadde høyt stressnivå sammenlignet med andre barn. Samspillet var preget av mer insensitive mødre og et lite strukturert samspill der også noen av mødrene hadde en fiendtlig innstilling mot barnet. Barna søkte foreldrene i mindre grad og responderte mindre på foreldrenes initiativer sammenlignet med barn på samme alder (Kvello, 2015, s. 209).

### **2.1.3. Schizofreni og foreldrefungering**

Schizofreni kjennetegnes ved endring i tenkemåte og persepsjon, og ved avflatede følelser. Personen kan fortsatt ha den intellektuelle kapasitet intakt, men det kognitive svikter over tid. Sentralt er opplevde hallusinasjoner og stemmer av personer som kommenterer i tredjeperson. De kan ha tankeforstyrrelser og negative symptomer, tankeekko og tankepåføring. De kan også ha vrangforestillinger når det gjelder kontroll og bevissthet (ICD-10, 2018, s. 162).

Kvello (2015) viser til Goodman & Brumley, (1990), Hipwell mfl., (2000), og Logsdon mfl., (2009), i sine beskrivelser av omsorgspersoner med schizofreni. Omsorgspersonene beskrives som mindre emosjonelt involvert og tilstede for barnet. I tillegg er de mindre responderende og klarer i mindre grad å fange opp barnets signaler. En del psykisk syke mangler innsikt i hvilken omsorgskvalitet de klarer å skape med barnet sitt. De har også vanskelig for å beregne sin egen emosjonelle tilgjengelighet, sensitivitet og respons på barnets signaler. Psykotiske perioder virker ofte skremmende for barnet og omsorgspersonen er ikke i stand til å ivareta barnets behov. Omsorgspersonen har og ofte urealistiske- og lite strategier for å ivareta barnet. Foreldre med schizofreni med psykotiske perioder preges av brudd i virkelighetsoppfatning, hallusinasjoner og vrangforestillinger som ofte fører til at foreldre ikke kan beholde den daglige omsorgen for barna sine (Kvello, 2015, s. 209).

Omsorgspersoner med paranoid schizofreni kan virke beskyttende overfor barnet, men har vanskelig for å fange opp dets behov. Foreldrene virker å oppfatte barnet ut fra egne behov. Dersom foreldrene er sultne, er barnet også det, og så videre. Barnet påvirkes av foreldrene og deres forvridde virkelighet, at den etter hvert blir en del av barnets virkelighet og de blir dratt inn i foreldrenes forestillingsverden.

Foreldrene gir dermed en forvridd forståelse av verden til barnet, som etter hvert kan påvirke dets oppfatning og forståelse av verden (Killèn, 2012, s. 179-180).

#### **2.1.4. Personlighetsforstyrrelse og foreldrefungering**

Personlighetsforstyrrelser innebærer ulike vedvarende atferdsmønstre som uttrykker måter å være på mot seg selv og andre. Det er innarbeide atferdsmønstre som avviker fra normalen og som viser seg gjennom rigide reaksjoner i sosiale eller personlige situasjoner. Det er her store avvik fra hvordan gjennomsnittspersoner vanligvis oppfører seg, reagerer, tenker, føler og særlig i måten de samhandler med andre mennesker på. Personlighetsforstyrrelser er alvorlige forstyrrelser i personlighet som ofte er preget av personlige og sosiale vansker som viser sine første symptomer i barne- og ungdomsårene før det utvikler seg videre i voksenlivet (ICD-10, 2018, s. 186-187).

Kvello (2015) henviser til en engelsk studie av Stanley og Perhale (1990) av mødre med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse eller symptomer på denne. Mødrene var ofte blitt utsatt for vold i egen barndom, og det ble vurdert at de gav dårlig barneomsorg når de selv ble mødre (Kvello, 2015, s. 207).

ICD-10 (2018) definerer emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse som impulsive handlinger uten å tenke på konsekvenser. Videre at humøret er uforutsigbart og svingende. Det kan oppstå massive følelsesutbrudd og en eksplosiv atferd uten strategier for å håndtere følelsene. Dersom impulsive handlinger stoppes eller en blir kritisert, har personen ofte en kranglete eller konfliktoppsøkende atferd. Lidelsen karakteriseres også ved manglende følelsesmessig stabilitet, forstyrret selvbylde, intense og ustabile mellommenneskelige forhold og destruktiv atferd for eksempel ved selvmordsforsøk eller selvskading (ICD-10, 2018, s. 188).

Foreldre med personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av den grunn ved å være emosjonelt ustabile og uforutsigbare. Det ene øyeblikket er de blide og fornøyde, og det neste øyeblikket kan de skjelle ut sine barn. Det opparbeides mye aggresjon i personer som har denne lidelsen, og de har tendens til å reagere verbalt eller fysisk på egne barn. De karakteriseres ved en følelse av tomhet og en redsel for å bli forlatt. Relasjoner til andre er ofte kortvarige og intense. Ofte har foreldrene opplevd traumer, og den følelsesmessige utviklingen er forvridd. Tenårene har ofte vært

stormfulle i familien eller under omsorg av barnevernet. De preges ofte av umodenhet og impulsivitet (Killèn, 2013, s. 89-90).

Kvello (2015) viser til Westen mfl., (2011) som hevder at barn av foreldre med personlighetsforstyrrelse har økt risiko for selv å utvikle psykiske lidelser, inkludert personlighetsforstyrrelse (Kvello, 2015, s. 209).

## **2.2. Forhold som påvirker barns psykiske helse**

Det er ulike faktorer som påvirker et barns psykiske helse. Det kan være biologiske og genetiske faktorer eller miljømessige påvirkninger som mobbing og utenforskap. I denne delen presenteres genetisk sårbarhet, miljøfaktorer, mobbing, skader i fosterlivet, kroppslig sykdom og psykisk syke foreldre som forhold som kan påvirke barns psykiske helse. I min studie fremkom det ikke informasjon om mobbing, kroppslig sykdom eller skader i fosterlivet. Disse nevnes likevel som viktige faktorer som kan oppstå, og som kan ha vært tilstede hos informantene. Barn av foreldre med psykiske lidelser har som tidligere nevnt en forhøyet risiko for å utvikle vansker sammenlignet med barn som ikke har foreldre med psykiske lidelser (Grøholt, Garløv, Weidle & Sommerschild, 2015, s. 259). Forskning viser her at det er nødvendig å se på ulike faktorer når det blir gjort vurderinger av hvordan foreldres psykiske vansker påvirker barn.

### **2.2.1. Genetisk sårbarhet**

Grøholt m.fl. (2015) viser til Hughes (2015) sine beskrivelser av hvilken betydning genetisk sårbarhet har å si for barns psykiske helse. Det er nå klar forskning på at genetik overføres til neste generasjon. Gener har altså en stor rolle for hvordan neste generasjon utvikler seg, og hvordan de påvirkes av foreldrenes sårbarhet og stress allerede ved fødsel. Miljøfaktorer spiller også en sentral rolle her. Dette beskriver jeg videre i neste punkt (Grøholt m.fl., 2015, s. 259).

### **2.2.2. Miljøfaktorer**

Psykososiale belastninger i miljø og familie er en sammensatt problemstilling, og handler om hvilke faktorer i miljøet som øker risiko for at barn får psykiske vansker. Forhold til venner og familie er en viktig påvirkning. Barn som har vokst opp i samme familie kan ha ulik reaksjon på familieklimaet. Dette kan forklares med tre ulike faktorer. Den ene handler om genetikk, den andre om miljø innad i familien og den tredje handler om miljø som er spesifikk for det enkelte barn. Grøholt m.fl., (2015) viser til Jenkins (2009) sin beskrivelse av hvordan stress påvirker atferd og følelser, og at vedvarende stress påvirker barns «emosjonelle system» i hjernen. Her påvirkes følelser, atferd, kognisjon og evne til å identifisere følelsesuttrykk svekkes drastisk. Dersom det er søsken i en familie vil de kunne reagere ulikt på stress. Den ene kan reagere med sinne, den andre trenger ikke ha en reaksjon mens den tredje kan reagere med innesluttethet. Foreldrenes atferd er den faktoren som oftest har sterkest effekt på barnets psykiske helse. Foreldre som er mentalt fraværende eller er uforutsigbare, får ofte barn med uhensiktsmessige måter å tilknytte seg andre på som igjen fører til økt risiko for psykiske lidelser. Foreldre med dårlig økonomi er dokumentert som en av de mest alvorlige risikofaktorene for barn psykiske helse. Dette fordi foreldre med dårlig økonomi ofte har lite energi til å ivareta barna (Grøholt m.fl., 2015, s. 260- 261).

### **2.2.3. Mobbing**

Grøholt (2015) viser til Due et al (2008) sin beskrivelse og definisjon av mobbing, som er når et barn eller voksne vedvarende og systematisk blir plaget av andre. I de senere år er det etablert nye kanaler for mobbing gjennom sosiale medier. Hånlige og uakseptable kommentarer, samt ydmykende bilderetusjeringer har skapt tilgang for mobbing også i eget hjem. Det å bli utsatt for vedvarende mobbing kan være så skadelig at det kan sammenlignes med symptomer på å være utsatt for tortur og overgrep (Grøholt m.fl., 2015, s. 263).

### **2.2.4. Skader i fosterlivet**

Hvert år fødes det barn i Norge som er påvirket av mors bruk av alkohol og nikotin i svangerskapet. Alkohol vil påvirke fosteret avhengig av hvor mye mor har drukket

i svangerskapet. I verste fall vil barnet utvikle FAS – føtalt alkoholsyndrom som karakteriseres ved at barnet er født med lite hode, underutviklet hjerne og ulike misdannelser i ansikt. De har ofte kognitiv svikt med lav IQ, dårlig motorikk, hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker. Likeså vil mødre som røyker under svangerskapet kunne føde barn for tidlig og med lav fødselsvekt. Bruk av nikotin i svangerskapet vil trolig kunne påvirke barnets utvikling og særlig hjernens struktur og funksjon (Grøholt m.fl., 2015, s. 268).

### **2.2.5. Kroppslig sykdom**

Alvorlig og vedvarende somatisk sykdom hos foreldre og/eller barn er en ekstrabelastning for hele familien, og kan føre til dårligere psykisk helse både for barnet og foreldrene. Det er nær sammenheng mellom vedvarende og alvorlig somatisk sykdom, og psykisk sykdom (Grøholt, m.fl., 2015, s. 269).

### **2.2.6. Foreldre med psykiske lidelser**

Grøholt, m.fl. (2015) viser til Martins og Gaffans (2000) forskning på deprimerte mødre. Det hevdes her at barn av deprimerte mødre har økt risiko for vansker med fysisk utvikling, atferd, kognitiv utvikling og tilknytning. Depresjon, angst og stress under svangerskap er faktorer som påvirker barnet, og ifølge forskning utvikler disse barna oftere kognitive og emosjonelle vansker. Det som kan være avgjørende for barn av psykisk syke foreldre, er å ha et støttende nettverk, særlig i perioder der foreldre er alvorlig syke eller innlagt i psykiatrien (Grøholt, m.fl., 2015, s. 272 – 273). Dette samsvarer med Killèn (2013) som påpeker at det er klar sammenheng mellom utvikling av psykiatriske forstyrrelser hos barn av foreldre med psykiske lidelser. Sammenhengen har derimot vist seg å være lite spesifikk og ha moderat styrke (Killèn, 2013, s. 83).

## **2.3. Utviklingspsykopatologi**

Vi har nå sett på hvilke faktorer som kan påvirke et barns psykiske helse, og lagt særlig vekt på at barn av psykisk syke foreldre har en forhøyet risiko for å utvikle vansker. Barn av psykisk syke foreldre har videre økt sannsynlighet for å utvikle

psykososiale vansker eller forstyrrelser. Her presenteres somatiske, psykiatriske, emosjonelle, kognitive og interpersonelle vansker som mulige konsekvenser for barn av psykisk syke foreldre. De psykiatriske, emosjonelle og interpersonelle vanskene er mest relevante for denne studien, men det er viktig å også nevne de somatiske og kognitive vanskene som kan forekomme. Dette fordi vanskene kan ha vært tilstede selv om det ikke fremkom av intervjuene.

Psykososiale vansker kan karakteriseres som en utvikling av sosiale, biologiske og psykologiske evner på ulike alderstrinn (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 8). Aalbæk og Glistrup (1997) påpeker at det viktig å understreke at mange barn av psykisk syke foreldre ikke utvikler psykososiale vansker i det hele tatt, men de har en økt risiko for å utvikle vansker, sammenlignet med barn som vokser opp med psykisk friske foreldre (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 31).

### **2.3.1. Somatiske vansker**

Det er motstridende forskning på hvorvidt barns somatiske sykdom har noe å gjøre med foreldrenes psykiske lidelser. Dette fordi det i forskning er uenighet om barns somatiske helse påvirkes av å vokse opp med psykisk syke foreldre samt hvordan det eventuelt skal måles for å kartlegge dette. Noen studier konkluderer med at det ikke er høy risiko for å utvikle somatiske vansker dersom barn er oppvokst med psykisk syke foreldre. I flere studier er det derimot funnet ut at barn av psykisk syke foreldre ofte har somatiske vansker som spedbarn, og dette knyttes til foreldrenes vansker. Det er derimot ikke forsket nok på hva dette har å si for barna senere i livet. Barn, der mor var innlagt på psykiatrisk sykehus opptil to år før fødsel, har ifølge studier en økt risiko for å få en fødselsvekt under 2500 gram. Dette kan medføre at mor og barn relasjonen kompliseres ved at barnet påvirkes og belastes av mors vansker, samtidig som relasjonen bli mer utfordrende da barn med så lav fødselsvekt krever mer og gjør omsorgen mer krevende for foreldre.

Det foreligger forskning på at barn av psykisk syke foreldre oftere klager på vondt i hodet, sammenlignet med barn av psykisk friske foreldre. Dette kan ha en sammenheng med foreldrenes psykiske helse og ustabilitet i funksjonen som kan føre til stress for barnet (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 32-34).



### **2.3.2. Psykiatriske vansker**

Hvis vi tar utgangspunkt i at antakelsen om at barn av psykisk syke foreldre har høyere risiko for å utvikle psykiske vansker, vil ulike studier vise at det er en forhøyet risiko og en økning av psykiatriske diagnoser hos disse barna (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 34).

Som tidligere vist i oppgaven fastslår en nyere studie at 410 000 barn og 37.3 prosent hadde omsorgspersoner med psykiske lidelser. Regnes kun de mest alvorlige psykiske lidelsene, rammes 115 000 barn som tilsvarer ca. 10.4 prosent av befolkningen (Torvik & Rognmo - folkehelseinstituttet, 2011, s. 4-5). Dette er en ganske stor andel av befolkningen og vi må her se bort fra eventuelle mørketall som ikke er med i beregningen. Nyere studier viser også at 50 % av barn med psykisk syke foreldre vil bli rammet av depresjon minst en gang innen de er voksne (Killen, 2000, s. 93).

På bakgrunn av ulike studier, hevder Aalbæk og Glistrup at det er sammenheng mellom barns utvikling av psykososiale vansker og foreldrenes psykiske helse. Barn av psykisk syke foreldre viser oftere symptomer på psykiatriske lidelser, emosjonelle og atferdsmessige vansker (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 36-37).

### **2.3.3. Emosjonelle vansker og konsekvenser av det**

Årsaken til emosjonelle forstyrrelser har ofte rot i utfordrende og konfliktfylte hjemmesituasjoner. Sosiale og biologiske forhold kan også være en bidragende faktor, for eksempel skole og genetikk (Malt, 2018).

Aalbæk og Glistrup (1997) konkluderer med, etter undersøkelser av flere studier, at det er nær sammenheng mellom barns utvikling av emosjonelle vansker og foreldrenes psykiske sykdom. Det finnes særlig holdepunkt for å si at de emosjonelle utfordringer viser seg klart i barns tilknytning. Forskning tyder på at det er signifikant høyere forekomst av emosjonelle vansker hos barn som er oppvokst med psykisk syke foreldre, sammenlignet med kontrollgrupper brukt i forskning for å bekrefte eller avkrefte påstanden. Forskning viser også at barns emosjonelle vansker vedvarer selv om det er bedring i foreldrenes psykiske vansker. Dette viser at de psykososiale vanskene i familien og rundt sykdommen, er like skadende som foreldrenes psykiske lidelse etter den akutte perioden er over

og barnas vansker vedvarer. Hirsch m.fl fant i sin studie at det var markant lavere selvtilit blant barn med psykisk syke foreldre, enn hos barn med psykisk friske foreldre.

Som tidligere vist til, og som Aalbæk og Glistrup (1997) også viser til i sin studie av barns tilknytning til psykisk syke mødre, finner man at barn av psykisk syke mødre er mer triste, engstelige, har en redusert impuls kontroll og ofte en utrygg tilknytning til sin omsorgsperson (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 37-41).

#### **2.3.4. Kognitive vansker og konsekvenser av det**

Studier over tid viser at barn av foreldre med schizofreni og depresjon ikke hadde en signifikant ulikhet når det gjaldt forstyrrelser i barnas kognitive fungering. På bakgrunn av undersøkelsene skapes det et klart bilde av at det å vokse opp med psykisk syke foreldre, fører til kognitive vansker i form av å holde oppmerksomheten over tid. Ut fra undersøkelser er det ikke mulig å stadfeste at barns intellektuelle kapasitet blir påvirket av foreldrenes psykiske helse (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 41-48). Aalbæk og Glistrup (1997) mener det er en klar sammenheng mellom foreldres psykiske helse og barns begrensede verbale fungering. Barn synes å ha avgrensede utfordringer knyttet til tankeforstyrrelser, oppmerksomhet og intellektuell kapasitet på det verbale området (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 41-48).

#### **2.3.5. Interpersonelle vansker og konsekvenser av det**

Interpersonelle relasjoner kan betegnes som sosiale relasjoner mennesker inngår med andre som i all hovedsak handler om samspillsvansker (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 50).

Undersøkelser tyder på at barn av psykisk syke foreldre har en forhøyet risiko til å fungere dårligere på det interpersonelle og sosiale område, sammenlignet med jevnaldrende barn med psykisk friske foreldre. En mulig forklaring er at barn av psykisk syke foreldre, i mindre grad enn friske, får utvikle sin interpersonelle kompetanse i relasjon med andre. Det betyr at barna i mindre grad inngår i relasjon med andre barn, enten fordi de har vansker med å holde konsentrasjonen over tid

som påvirker deres kognitive fungering, eller fordi de ikke har kompetanse til å inngå i interpersonelle relasjoner fordi de ikke har lært dette. Forskning tyder på at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har en forhøyet risiko for å utvikle interpersonelle vansker. For å forstå dette kan det samtidig være nyttig å se på barnets vansker og kognitive utvikling. Forskning viser at barn som involveres og inkluderes i foreldrenes psykiske helse og psykotiske verden, har størst sannsynlighet for å utvikle vansker. Det er derfor avgjørende å studere måten barnet inngår i interaksjon med den syke omsorgspersonen (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 50-53).

## **2.4.Konsekvenser for barns utvikling og tillærte strategier**

Det er tidligere i oppgaven redegjort for ulike risikofaktorer og konsekvenser av å vokse opp med psykisk syke foreldre. I denne delen går oppgaven dypere inn på det, ved å gjøre rede for barns tilknytning, begrepet omsorgssvikt, fysisk- og psykisk mishandling, barns behov for informasjon, overlevelsesstrategier og parantifisering.

### **2.4.1. Tilknytningsteori**

Ifølge tilknytningsteori knytter barn seg til sine omsorgspersoner uansett hvordan de blir behandlet. Mennesker må tilknytte seg andre for å overleve, men de knytter seg på ulike måter. Dette avhenger av den følelsesmessige relasjonen mellom foreldre og barn. Killèn (2013) viser til Bowlby (1969) sin forskning på tilknytningsatferd, som hevder at barns erfaringer med sine omsorgspersoner resulterer i barnets tilknytningsatferd. Dersom barnet opplever at deres behov dekkes av omsorgspersoner, forventer de at det fortsetter. Barn som opplever at behovene ikke dekkes eller som utsettes for hardhendt behandling, forventer dette. Barn som har uforutsigbare omsorgspersoner vil forvente uforutsigbarhet. Barn som ikke blir sett og hørt av sine omsorgspersoner, forventer etter hvert dette. De ulike omsorgssituasjonene og måtene barn tilknytter seg sine foreldre, utvikles i ulike tilknytningsmønster og tilknytningsatferd (Killèn, 2013, s. 51-52).

De ulike måtene å knytte seg til sine omsorgspersoner er inndelt i fire tilknytningsformer; den unnvikende, den trygge, den ambivalente og den desorganiserte.

Den unnvikende (A) tilknytningsformen betegnes ved at omsorgspersonene strever med å akseptere barnets følelser slik at det lærer å fortrenge og undertrykke følelser, og da spesielt de negative. Den unnvikende formen karakteriseres ved at barnet unngår emosjonell nærhet ved å håndtere egne vanskelige følelser fremfor å søke omsorgspersonen for trøst, støtte og regulering. Barnet er kognitive i sin fungering og er preget av over-regulering. Den trygge (B) tilknytningsformen karakteriseres ved at barnet aksepteres av sine omsorgspersoner som er snille, sensitive og handlekraftige overfor barnet. Barnet fremstår som harmonisk og tillitsfullt. Barnet karakteriseres ved å ha normal regulering med mestringsstrategier basert på integrerte emosjoner og refleksjon.

Den ambivalente (C) tilknytningsformen karakteriseres ved at forelderen tidvis er emosjonelt utilgjengelig for barnet. Barnet ender opp med å forsterke sine signaler for å få kontakt og respons. Barnet krever og kommanderer i stedet for å be om det. Nærhet blir til klamring. Dette fordi barnet har erfaringer med at det må kreve for å få dekket sine behov, er de sårbare for ignorering og blir oppmerksomhetskrevende. Den andre omsorgsformen som fører til at et barn utvikler denne tilknytningsstilen, er at barnet behandles som hjelpeløst og umodent. Barnet blir gjort avhengig av støtte og fremstår uselvstendig og umodent. Barnet er her preget av underregulering og svært emosjonelle i sin fungering.

Den desorganiserte (D) tilknytningsformen er karakterisert ved en emosjonell utilgjengelig, en som virker skremmende for barnet eller en omsorgsperson som har ubearbeidede tapsopplevelser slik at barnet inkluderes i usunne strategier for å dempe egen frykt og sorg. Barnet er avhengig av en omsorgsperson det ikke kan stole på eller er redd for. Parantifisering og dissosiering er sentralt i denne tilknytningsformen. Barnet kan være både over- og underregulert (Kvillo, 2015, s. 89).

Barn utvikler «indre arbeidsmodeller» som et resultat av tilknytningserfaringer i barndommen. Arbeidsmodellene preger måten vi forholder oss til andre på i nære relasjoner, særlig som omsorgsperson. Arbeidsmodellene vi utvikler lærer oss

hvordan foreldre og barn skal være, og hvordan forholdet mellom dem skal være (Killèn, 2013, s. 66).

#### **2.4.2. Omsorgssvikt, fysisk og psykisk mishandling**

Omsorgssvikt karakteriseres ved at det utgjør en risiko for barnet. Det innebærer manglende evner hos barnets omsorgspersoner til å ivareta barnets emosjonelle, psykiske, medisinske og basale fysiske behov slik som hygiene, bekledning, bli møtt på følelser og andre generelle menneskelige behov. Det handler også om mangel på tilsyn med barnet, slik at det kan bli skadelidende. De overnevnte faktorene kan føre til alvorlig skade for barnets positive utvikling og helse (Grøholt m.fl., 2015, s. 275).

Psykisk mishandling karakteriseres ved gjentatte følelsesmessig ødeleggende mønster mellom foreldre og barn av en slik karakter at det kan påvirke barnets utvikling og psykiske vekst. Barnet kan for eksempel fortelles at det ikke er ønsket, elsket eller bra nok. Fysisk mishandling karakteriseres av at en person påfører en annen smerte, sykdom eller kroppslig skade. Dette i form av slag, lugging, klyping, brenning, biting og filleristing for å nevne noen. Vold som disiplineringsform for å oppdra barn og kjønnslemlestelse regnes også som fysisk mishandling (Grøholt m.fl., 2015, s. 276).

Barn av psykisk syke foreldre har en forhøyet sannsynlighet for å bli utsatt for omsorgssvikt, som fysisk og psykisk mishandling. Særlig i omsorgssituasjoner der forelderen har psykotiske tilstander slik som ved schizofreni, eller har vedvarende dårlige psykiske perioder preget av mindre tålmodighet og frustrasjonsterskel (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5-6).

#### **2.4.3. Barn som pårørende og deres behov for informasjon**

Ruud m.fl. (2015) konkluderer i sin undersøkelse med at barn som pårørende av psykisk syke foreldre fortsatt ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad. Det kommer frem av studien at barn har behov for å snakke om sin livssituasjon, men at mange barn og unge ikke får nok informasjon om foreldrenes psykiske lidelse til å forstå deres atferd. Endel barn blir overlatt alene eller får mye ansvar for å ivareta

foreldrene. De kan få husarbeidsoppgaver som ikke er aldersadekvate ut fra alder og modenhet, og som oppleves belastende og stressende for barnet. 18 prosent av barna i studien hadde også opplevd traumer (Ruud m.fl., 2015).

Almvik og Ytterhus (2004) legger vekt på at riktig og tilstrekkelig informasjon om foreldrenes psykiske lidelse er viktig for å gi barna en forståelse og muligheten til å orientere seg. Studien deres viste også at noen omsorgspersoner gir barna for mye informasjon om egen psykiske helse og derav inkluderes for mye i voksentema. Sentralt her er de voksnes kunnskapsnivå når det gjelder i hvor stor grad de inkluderer barna i egen sykdom. Det var mye usikkerhet i perioden fra forelderens vansker oppstod til de var definerte da endringer medførte en atferdsendring. Hvem og hvordan barnet informeres bør gjennomføres i samarbeid med familien og det profesjonelle hjelpeapparatet (Almvik & Ytterhus, 2004, s. 72).

#### **2.4.4. Tabu**

Er psykisk helse i befolkningen fortsatt et tabubegrep, som det ikke skal snakkes om? Killèn (2010) påpeker at vi må bryte tausheten for å redusere tabu. De fleste situasjoner der barn lever i risiko- eller omsorgssvikt er preget av tabu der foreldrene eller barnets situasjon ikke snakkes åpent om. Barna kan også bli møtt med taushet fra samfunnets side. Dette karakteriseres som samfunnets omsorgssvikt og må avvikles. Voksne av foreldre med psykiske lidelser har for lengst fortalt sin historie for å få mer åpenhet rundt temaet (Killèn, 2010, s. 202 – 203). Ifølge forskning på området blant unge voksne var psykisk uhelse forbundet med tabu og fordommer. Det handlet om redsel for å miste «status» og for at andre skal få innsyn i problemene deres. De var i tillegg redde for å miste bilde av hvem de ønsker å være (Gudjonsson, 2017).

Det er mange årsaker til hvorfor psykiske lidelser er tabubelagt. Det kan handle om fordommer slik som nevnt ovenfor, og manglende forståelse fra medmennesker. En familiehemmelighet som har vært skjult i generasjoner. Det kan handle om skam over måten sykdommen kommer til uttrykk. Eller det kan være en forestilling hos foreldrene at de skjerner barnet ved å ikke fortelle om deres psykiske sykdom (Glistrup, 2006, s. 42).

Videre viser (Glistrup) til Inger Lise Nordenhof (2005) sin undersøkelse av hvordan 82 barn hadde fått informasjon om foreldrenes psykiske lidelse. Bare 13 % hadde fått en skikkelig og ærlig forklaring. Noen hadde fått en uærlig og usikker forklaring, mens 27 % hadde ikke fått noe informasjon. Det er tydelig at foreldre og nettverk har vanskelig for å samtale med barnet om psykiske lidelser (Glistrup, 2006, s. 42).

Når en forelder blir psykisk syk, eller har ustabile/svingende perioder kan barnet oppleve at den mister sin forelder. Forelderen kan oppføre seg annerledes, fjern, ufølsom, skremmende eller voldsom (Glistrup, 2006, s. 42-43). Når vi ikke forteller barn om foreldrenes psykiske lidelse, svikter vi barna. Tidligere het det: «det barn ikke vet, har de ikke vondt av», men det har vist seg å være helt motsatt «det barn ikke vet, har de vondt av» (Glistrup, 2006, s. 13).

I Finland for eksempel har skolene fysisk og psykisk helse som et eget fag, på lik linje med gym og seksuell helse (Gudjonsson, 2017). I Norge har vi endelig begynt å tenke i samme retning. En undersøkelse i regi av Høyskolen i Oslo og Akershus i 2017 viste at 28 % av ungdommene var triste eller deprimerte. Resultatet blir at mental helse kommer inn som et eget fag innen utgangen av 2020 på alle videregående skoler (Jon-Fredrik Klausen, 2018).

Glistrup (2006) viser til Bowlby (2003) og Stern (2003) som sier at barn merker og følger foreldrene i deres følelser. Barn har behov for å sette disse følelsene inn i en sammenheng som barn forstår. De har videre behov for å forstå hva de opplever uten å føle skyld. Vi skal derfor hjelpe foreldrene med å forklare barnet hva som er galt, hvordan de skal håndtere vanskelige situasjoner og hvordan forstå hva som skjer (Glistrup, 2006, s. 109). Videre sier også Almvik og Ytterhus (2004) at informasjon om foreldrenes psykiske helse er viktigst for at barna skal ha en forståelse og kunne å kunne avklare og øke sin bevissthet rundt sin egen situasjon (Almvik & Ytterhus, 2004, s. 72).

#### **2.4.5. Barns mestrings – og overlevelsestrategier**

Overlevelsestrategier kan defineres som strategier og måter barnet forholder seg på for å mestre sin situasjon når den er truet. Barn har behov for å mestre situasjoner, og i denne sammenheng forsøker de å mestre sin vanskelig eller truende

livssituasjon ved å tilpasse seg miljøet det bor i. Barnet bruker mye krefter på dette og medføre at emosjonell utvikling stopper opp. De overlevelsesstrategiene barnet velger, avhenger av omsorgssvikten, barnets genetiske potensiale, sensitivitet, kreativitet, intellektuelle kapasitet og fysiske utvikling (Killèn, 2012, s. 135).

Gray og Kempe (1976) konkluderte som følger av sin undersøkelse med to overlevelsesstrategier barn som var utsatt for vanskjøtsel og fysiske overgrep utviklet. Den ene gruppen barn utviste overdreven tilpasning, den andre utagerende atferd. Den første gruppen søker etter å leve opp til voksnes forventinger og krav. Barna bruker all energi på å leve opp til disse forventingene, og er hypersensitive for voksnes signaler om hvordan barn bør oppføre seg. Den andre gruppen barn viser en form for atferd hvor de hele tiden provoserer, er aggressive, aktiverte og destruktive (Killèn, 2012, s. 135-141). Killèn (2012) går videre i dybden på de ulike strategiene. Barn med overdreven tilpasning karakteriseres ved barn som forsøker å skjule overfor seg selv og andre hvor dårlig han/hun har det. Den voksnes holdning og humør observeres nøye av barnet og det er hele tiden aktivert og forsøker å oppføre seg slik barnet unngår å utløse vanskelige eller skremmende reaksjoner. De vet foreldrene er uforutsigbare, og at en fin situasjon kan snus til å bli skremmende på sekunder. Barna har ofte en tendens til å avlede, for å sørge for at det ikke oppstår situasjoner de ikke har kontroll over. Det er tre underkategorier og ulike typer barn. 1. De aktive, flinke barna som er velrustet. 2. Barn som overtar omsorgsrollen for forelderen. 3. Den siste gruppen er passive barn som ofte er triste, vaksomme og underkastende den voksne.

Barn med overdreven tilpasning har ofte ferdigheter lang over sitt aldersadekvate nivå, og kan oppføre seg voksent allerede fra 2-3 års alderen.

De utagerende overlevelsesstrategien er som tidligere beskrevet preget av sterk uro, og er enklere å oppdage. Barnet ødelegger ofte lek og læresituasjoner for andre, de kan ødelegge andres ting, skape uro og forstyrrer andre. De utagerende barna vil vanligvis ha et desorganisert tilknytningsmønster. Bak overlevelsesstrategiene er følelser av skyld, angst, hjelpeløshet, forvirring, aggresjon, depresjon, sorg og følelse av tomhet hos barn sentralt. Mestring- og overlevelsesstrategier er en måte å beskytte seg mot omsorgssvikten, for å skape seg en viss kontroll over situasjonen eller opplevelse av kontroll (Killèn, 2012, s. 135-141).



#### **2.4.6. Parentifisering**

Kvello (2015) klassifiserer parentifisering eller rollereversering som en form for omsorgssvikt. Det handler om at barnet trekkes inn i de voksnes livsverden og temaer de ikke er modne for. Videre at barn gis større belastninger enn hva det ut fra alder og modenhet anses som forsvarlig i ulike kulturer. I korte trekk handler det om at rollen mellom foreldre og barn snus, der barnet overtar omsorgsrollen for den voksne. Det er ulike former for parentifisering, en praktisk, to emosjonelle og en der barnet brukes som middel for å ramme andre. Den praktiske typen innebærer å gi barnet urimelige gjøremål. For eksempel å passe søsken, husarbeid eller å arbeide for å tjene penger til familien. Den emosjonelle parentifiseringen består av en kjærlig og kontrollerende del. Den kjærlige delen innebærer å inkludere barn i temaer det er for lite til å forstå ut fra alder og modenhet. Det gjelder for eksempel foreldrenes kjærlighetsliv, intime detaljer og bruke barnet som trøst. Den kontrollerende eller straffende betegnes ved at barnet styrer den voksne ved å true, kjeft, ignorere, trasse eller kommandere.

Parentifisering der barnet brukes for å ramme en tredje part handler om å bruke barnet slik at andre blir påført ubehag eller stress. Et eksempel her er skilte foreldre som ikke klarer å bli enige og påfører den andre part skade ved å inkludere barnet i intime detaljer om den andre part, snakke nedlatende om den andre part med formål om å sette opp barnet mot den andre (Kvello, 2015, s. 214).

Haugland (2006) påpeker at parentifisering kan gi positive og negative konsekvenser for barnet. Dette karakteriseres ved adaptiv og destruktiv parentifisering. Ved adaptiv parentifisering har barnet store omsorgsoppgaver. Oppgavene er ofte avgrenset i varighet og barnet mottar støtte fra andre. Parentifiseringen er destruktiv når barna har oppgaver som er for store i forhold til alder og fungering. De mottar ingen anerkjennelse eller støtte for innsatsen. Her brytes roller, forpliktelser og generasjonsforpliktelser (Haugland, B. 2006, s. 211-214).

Videre betegner Haugland (2006) de positive sidene ved adaptiv parentifisering som økt selvfølelse og kompetanse, barn blir motiverte til å vise omsorg for personer som er viktige, og at ens hjelp er behøvd kan føre til økt selvfølelse for

barnet. Parentifiserte barn evner ofte å respondere på og forstå andres forventninger, behov og følelser. Barn kan oppleve økt kontroll og nærhet til sine omsorgspersoner gjennom å ivareta omsorgspersoner, og har derav mer kontroll over skremmende atferd. Barn utsatt for parentifisering beskriver at det har styrket dem, gjort dem uavhengige, empatiske og kompetente. Parentifisering kan hemme sosial utvikling, skoleprestasjoner, selvfølelse, identitet, det kan føre til psykiske problemer og det kan føre til parentifisering av egne barn og uheldige personlighetstrekk som følger av at de ikke har fått dekket grunnleggende omsorgsbehov (Haugland, 2006, s. 214-218).

## **2.5. Risiko-, beskyttelsesfaktorer og resiliens.**

Vi har frem til nå sett på hvordan psykiske lidelser kan påvirke foreldrefungeringen og hvilke konsekvenser og vansker dette kan medføre for barn. Videre har vi sett på barns behov for tilknytning til omsorgspersoner, mestrings- og overlevelsesstrategier, behov for informasjon og hvordan psykisk helse fortsatt er et tabubelagt tema i samfunnet. I denne delen ser vi videre på hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan forekomme i barns omsorgssituasjon der de mest relevante for denne oppgaven er plukket ut. Videre redegjør jeg for begrepet resiliens og presenterer hvorfor noen barn klarer seg til tross for store belastninger. Øyvind Kvello har i sin bok *barn i risiko* (2015) utarbeidet forskningsbaserte risiko- og beskyttelsesfaktorer i barns omsorgssituasjoner. Offentlige etater slik som barneverntjenesten bruker disse risiko- og beskyttelsesfaktorer for å kartlegge risiko i barns omsorgssituasjoner, og hvorvidt det er beskyttende faktorer som kan kompensere for risiko. Skjemaet brukes for å kunne iverksette rett tiltak for familien og det aktuelle barnet. Nedenfor beskrives hva som menes med risiko- og beskyttelsesfaktorer og viser til Kvellos (2015) egen mal for å illustrere hva som kan være risikofaktorer og hva som kan være beskyttelsesfaktorer i et barns liv. Dette på bakgrunn av Torvik og Rognmo (2011) sin rapport som beskriver at en stor andel barn av psykisk syke foreldre klarer seg bra til tross for at de har en forhøyet risiko for å utvikle vansker med egen psykiske helse. De har også en økt risiko for å bli utsatt for vold og overgrep. Slik som tidligere beskrevet øker risikoen i takt med alvorlighetsgraden på foreldrenes psykiske lidelse, fremtoning og fungering (Torvik & Rognmo, 2011, s. 3). I denne oppgaven tas det utgangspunkt i de moderate til alvorlige tilfellene som vil kunne tilsi at barna utvikler større

vansker. Jeg tar i neste kapittel utgangspunkt i risiko- og beskyttelsesfaktorer i barns omsorgssituasjon og diskuterer dette i analysen og drøftingen.

### 2.5.1. Risikofaktorer

En risikofaktor er fellesbetegnelse på forhold som øker sjansen for å utvikle sosiale og psykiske vansker. Antallet risikofaktorer, alvorlighetsgrad varighet og intensitet av risiko kan si noe om hvor høy sannsynlighet det er for at barnet utvikler vansker. Ifølge Kvello (2015) er det lite forskning på hvorfor samme risikofaktor kan føre til ulike vansker for barn. Det er ofte vedvarende stress eller vedvarende risikofaktorer som skader barn mest og ikke kortvarige livssituasjoner og risikofaktorer. Risikofaktorer trenger ikke vises i barns atferd i øyeblikket de utsettes for dem. Mange risikofaktorer virker ikke å vises på barn før mot slutten av barnehagealder (Kvello, 2015, s. 246-247). Nedenfor har jeg tatt utgangspunkt i Kvello (2015) sine risiko- og beskyttelsesfaktorer og utarbeidet en tabell med de mest relevante faktorene for oppgaven. Jeg valgte risikofaktorer som var, eller kunne vært gjeldende for mine informanter utfra deres gjengivelse, og valgte bort for eksempel barn av foreldre med utviklingshemning. Risikofaktorene står med sin opprinnelige nummerering, slik som i Kvello (2015).

| <b>Risikofaktorer ved barnet</b>  | <b>Risikofaktorer ved omsorgspersoner</b>  |
|---|--|
| 4. Barnet er eller har vært preget av, impulsivitet, irritabilitet hyperaktivitet, oppmerksomhets- og/eller konsentrasjonsvansker. Dette kan f.eks. være knyttet til mangelfull/skadelig omsorgsutøvelse. | 17. De primære omsorgspersonene til barnet har, eller har hatt psykiske vansker/ lidelser.                       |
| 5. Barnet er sky, aktivt sosialt tilbaketrekkende og fremstår utrygt.   | 18. De primære omsorgspersonene har selv vokst opp med omsorgssvikt, mishandling, seksuelle overgrep eller vold. |

|  |   |
|--|---|
| 6. Barnet har/har hatt psykiske vansker eller psykiske lidelser.   | 19. De primære omsorgspersonene har eller har hatt rusmiddelmisbruk.  |
| 7. Barnet er/har vært utsatt for omsorgssvikt, seksuelle overgrep og/eller mishandling.                  | 22. Det er et høyt, langvarig konfliktnivå i familien og/eller mellom familien og slekt.                                |
| 8. Barnet har etter fire års alder hatt vansker med å etablere aldersadekvate vennskap.                  | 23. Nåtidig eller tidligere voldsutøvelse i familien.   |
| 9. Barnet har vært utsatt for mobbing av minst ett års varighet, og/eller mobber andre.                  | 25. omsorgspersonene er ikke i studier eller i ordinært arbeid, samt har vansker med å innfri økonomiske forpliktelser. |
| 10. Brudd i relasjoner til personer som sto barnet nær, f.eks. dødsfall.                                 | 26. Familien er stigmatisert eller sosialt isolert.   |
| 11. Barnet er/har vært plassert i beredskapshjem, fosterhjem, institusjon eller lignende.                | 27. Personen er første eller andre generasjon immigrant til Norge.  |
| 15. Barnet har flyttet tre eller flere ganger i alderen 1–18 år med brudd i nærmiljø, barnhage og skole. | 31. Barnet har/har hatt steforeldre   |

(Kvello, 2015, s. 250-252).

### 2.5.2. Beskyttelsesfaktorer

Beskyttelsesfaktorer reduserer sannsynlighet for at barn utvikler vansker ved å kunne fungere som en dempende effekt opp mot risikofaktorene. Beskyttelsesfaktorer som begrep anvendes først når det har en dempende effekt på risiko, ellers brukes andre begreper. Det er enklest å kunne se effekt av beskyttelsesfaktorer når risikofaktorene har vært vedvarende. For å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer for et barn er det viktig å se på antall risikofaktorer, varighet og intensitet av dem, samt antall beskyttelsesfaktorer, varighet og intensitet av de.

I tillegg må en se på hvor virksomme beskyttelsesfaktorene er for risikofaktorene. Deretter vurderes barnets omsorgssituasjon, og alvorlighetsgrad i omsorgssituasjonen (Kvello, 2015, s. 246-247). Jeg vil særlig trekke frem nettverk som en beskyttende faktor i denne oppgaven.

| <b>Beskyttelsesfaktorer ved barnet</b>  | <b>Beskyttelsesfaktorer ved omsorgspersoner</b>   |
|---|---|
| 33. Barnet har aldersadekvat eller bedre fungering/ferdigheter: (kognitiv/språklig, atferd/moral, emosjonelt, sosialt, motorikk og gode mestringsstrategier.) | 38. Omsorgspersonene har god omsorgsutøvelse.   |
| 34. Fra tiårsalderen: Barnet karakteriseres med optimisme, positivt selvbilde, anses som lett å like, er sosial av natur og prososial.                        | 39. Foreldre som er godt integrert i samfunnet og er i utdanning/jobb, og har ordinær eller bedre fungering og ordinært eller bedre sosialt nettverk.             |
| 35. Barnet har venner/tilhører et sosialt fellesskap, som er prososiale.  | 41. Barnet har jevnlig tilgang til voksne i tillegg til de foreldre som investerer mye tid, har mange positive emosjoner for barnet og har god omsorgskompetanse. |
| 36. Fra åtteårsalderen: Barnet har en hobby/fritidsinteresser og opplever mestring.   | 42. Omsorgspersonene engasjerer seg positivt i hvordan barnet har det i barnehage og skole, og samarbeider godt.  |
| 37. Barnet tilpasser seg godt til barnehage/skole; innordner seg rutiner, er sosialt inkludert godtar grensesetting, og har gode skolefaglige prestasjoner    |   |

(Kvello, 2015, s. 253).

### **2.5.3. Resiliens**

Det er mange barn som lever under risikoforhold uten å få varige psykiske skader, og senvirkninger av opplevd traume kan vise seg i svært ulik form på barn. Det samme traume kan altså føre til ulike reaksjoner avhengig av hvilket barn det er, og ulike traume kan føre til samme reaksjon for eksempel anoreksi. Sentralt for hvilke vansker barn utvikler er dets genetikk, sårbarhet og personlighet. Det hevdes at barn er resiliente, det vil si at de tåler mye og vil kunne reise seg etter store belastninger. Det at barn er resiliente benyttes dersom de har vært utsatt for alvorlige belastninger uten å utvikle vansker eller senskader. Egenskaper ved barnet som påvirker resiliens er biologiske faktorer som kan øke motstandskraft mot å utvikle vansker. Høy intelligens hos barn kan motvirke utvikling av atferdsforstyrrelser. Viktige egenskaper som styrker resiliens er utadvendthet hos barnet, varme, kontroll, følelsesmessig stabilitet og åpenhet. Til sist er sosial støtte en viktig faktor. Barn som opplever et godt forhold til foreldre, søsken, øvrige familie og opplever at deres emosjonelle og praktiske behov blir ivaretatt der har økt sannsynlighet for resiliens. Samtidig vil også sosial støtte fra noen som har opplevd det samme traume, eller er kjent med traume kunne bidra til dette (Grøholdt m.fl., 2015, s. 261-262).

### **2.6. Det offentlige hjelpeapparatet – barneverntjenesten**

Oppsummert frem til nå har vi sett på hvordan psykiske lidelser kan påvirke foreldrefungeringen og hvilke konsekvenser og vansker dette kan medføre for barn. Dernest har vi sett på barns tilknytning til omsorgspersoner og hvilke overlevelsesstrategier de utvikler. Deretter hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan forekomme i barns omsorgssituasjoner, og de mest relevante for min studie ble plukket ut. Avslutningsvis ble begrepet resiliens presentert og hvorfor noen barn klarer seg til tross for store belastninger. I denne delen presenterer jeg barneverntjenesten som offentlig hjelpeapparat. Dette fordi informantene i studien over flere år hadde hatt kontakt med barneverntjenesten, og kom med flere gode råd for hvordan offentlige instanser kan jobbe for å bedre samarbeid med barn og unge.

Barneverntjenesten er en instans i Norge som har ansvar for å ivareta utsatte barn og unge som lever under forhold som kan innskrenke, hemme eller skade deres utvikling. Kommuner plikter å ha en barneverntjeneste som utøver daglig arbeid etter lovverket. Fylkesmannen i stat kan gjennomføre tilsyn for å sikre at lovkrav blir oppfylt (Helsetilsynet, 2017). I lov om barneverntjenester § 2-1, 5. ledd beskrives det at kommunens oppgaver er å gi råd og veiledning, iverksette og treffe tiltak, forberede saker til behandling i fylkesnemnda ved omsorgsovertakelse og følge opp tiltak som er iverksatt. Videre beskrives det i § 3-1 at barneverntjenesten så tidlig som mulig skal avdekke og sette inn tiltak for å bedre omsorgssviktsituasjoner, emosjonelle, sosiale og atferdsvansker for å unngå varige vansker. § 4-3 omhandler barneverntjenestens rett og plikt til å undersøke et barns omsorgssituasjon dersom det er forhold i familien som kan gi grunnlag for hjelpetiltak (barnevernloven, 1992, §4-3). Forandringsfabrikken og barnevernproffene består av barn som har vært i kontakt med, eller under omsorg av barneverntjenesten. De har i mange år jobbet med å endre barnevernloven for å gi barn og unge mer rettigheter, omsorg og kjærlighet i møte med barneverntjenesten. Visjonen er at den beste kunnskapen for fagfolk kommer fra barn med erfaring på området (Forandringsfabrikken, 2018). Som saksbehandler eller kontaktperson i barneverntjenesten vil dette innebære å inkludere barn mer i undersøkelses- og tiltaksprosessen og derav i større grad kunne gi barn rett hjelp til rett tid.

Undersøkelser av barns erfaringer med barneverntjenestens undersøkelsesfase viser at barn må føle seg trygge for å kunne fortelle sannheten. God kompetanse i barnevernet knyttes til verdier, barnesyn og personlig egenhet. Arbeidet må organiseres slik at det oppleves samarbeidende for barn, og de må møtes med kjærlighet og ydmykhet (Forandringsfabrikken, 2018).

Barneverntjenesten kan og skal iverksette ulike hjelpetiltak i familier avhengig av bekymring, behov og risikofaktorer. Lovkravene i Lov om barneverntjenester §4-4 beskriver at barneverntjenesten plikter å iverksette hjelpetiltak dersom barnets utvikling står i fare. Hjelpetiltakene skal føre til en positiv utvikling for barnet og familien (barnevernloven, 1992, §4-4).

Det kan innvilges veiledning på kontor eller i hjemmet. Tiltak iverksettes for en avgrenset tidsperiode med formål om at familien skal klare seg selv. Det kan iverksettes familieråd for å inkludere nettverket i barnets liv. Besøkshjem eller støttekontakt der barna trenger opplevelser og rollemodeller, og der familien har lite nettverk og dårlig økonomi. Barnet kan plasseres frivillig utenfor hjemmet i fosterhjem eller institusjon, alternativt her er plassering sammen i foreldre- og barn senter for å utrede foreldres omsorgsferdigheter, det kan gjennomføres anmeldte og uanmeldte tilsyn i hjemmet, økonomisk dekning av barnehage, SFO og fritidsaktiviteter. Det er ulike veiledningsformer i tillegg til skreddersydde tiltakspakker ut fra familiens behov, som jeg kort skal oppsummere under. Parent Management Training Oregon - PMTO er et tiltak rettet mot barn i alderen 3-12 år som viser aggresjon, og som ofte kommer i konflikter med andre. Multisystematisk Terapi - MST er en veiledningsform der barn i alderen 12-18 år har alvorlige atferdsvansker. Funksjonell Familieterapi – FFT er rettet mot ungdom med atferdsproblemer og har fokus på hvordan familien gjensidig påvirker hverandre. Tidlig Innsats For Barn I Risiko – TIBIR er rettet mot barn fra 4-12 år som har økt risiko for å utvikle atferdsproblemer. De utrolige årene – DUÅ er rettet for foreldre med barn med atferdsvansker ned til 3 års alderen. ART – Aggression Replacement Training er rettet mot å redusere atferdsvansker hos barn og ungdom i alderen 4-20 år. Marte Meo er en veiledningsform der det brukes film av samspill for å bedre kommunikasjonen mellom foreldre og barn (Bufdir, 2016).

Videre kan barneverntjenesten innvilge Circle Of Security – COS, en veiledningsform med fokus på å bedre relasjonen mellom barn og foreldre, og samtidig øke foreldrenes forståelse av barnets behov (Circle of security, International, 2018). Dette er noen av veiledningsformene og tiltak som brukes med formål å bedre barn- og unges omsorgssituasjon og oppvekstvilkår.



### **3. Metode**

Metode betyr «veien til målet» og ifølge Kvale og Brinkmann er det viktig å ha et klart mål og innhold i studien for å kunne gjøre gode metodevalg (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140). I metodekapittelet blir det redegjort for valg av metode og det kvalitative forskningsintervjuet. Deretter redegjøres det for fenomenologi som vitenskapsteori, bakgrunn for valg av utvalg og presenterer informanter. Videre beskrives utarbeidelsen av og gjennomføringen av intervjuene samt transkriberingen, før det redegjøres for validitet og reliabilitet som er kvaliteten i forskningsarbeidet. Avslutningsvis presenteres det å forske på egen arbeidsplass, etikk og personvern.

#### **3.1. Det kvalitative forskningsintervjuet**

Jeg har tatt utgangspunkt i det kvalitative forskningsintervjuet for å best mulig kunne besvare min problemstilling. Dette fordi kvalitative tilnærminger ønsker å utdype forståelsen av sosiale fenomener og fortolkninger av disse er viktige (Thaagard, 2011 s. 11). I min studie er informantene de sosiale fenomener som jeg ønsker å studere. Fortolkning og analyse av deres fortellinger er avgjørende for den informasjonen jeg vil få ut av studien.

Thaagard (2011) hevder at intervju er passende for å få informasjon om sosiale fenomener og deres opplevelser, selvforståelse og synspunkter samt hvordan de opplever og forstår sin livssituasjon og erfaringer (Thaagard, 2011 s. 13). For å kunne belyse min problemstilling anser jeg derfor det kvalitative forskningsintervjuet som den beste måten å innhente informasjon. Nettopp fordi formålet med studien er å få frem informantenes opplevelser og erfaringer med å vokse opp med psykisk syke foreldre, og hvordan dette igjen kan føre til økt innsikt og kompetanse for barneverntjenesten i fremtiden.

Det kvalitative forskningsintervjuet karakteriseres ifølge Thaagard (2011) som en nær relasjon mellom forsker og informant. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver kvalitative intervju som en samtale mellom to personer om et felles tema, struktur og hensikt. Hensikten er å forstå verden ut fra informantenes synspunkt (Kvale &

Brinkmann, 2015 s. 11). Relasjonen mellom forsker og informant er viktig for den informasjonen forskeren får ut av intervjuene. Det er derfor viktig at forskeren har en åpen kommunikasjon preget av sensitivitet og nærhet til informantene (Thaagard, 2011 s. 13).

I studien benytter jeg halvstrukturert intervju der forskeren forbereder intervjuguiden på forhånd, men der intervjusubjektene kan prate fritt, for å få en bedre flyt i intervjuet. Temaene er bestemt på forhånd, men rekkefølgen bestemmes underveis. På den måten følger forskeren informantens fortelling samtidig som en får nok informasjon om temaene (Thaagard, 2011 s.89). Ifølge Thaagard (2011) er også det kvalitative forskningsintervjuet en samtale mellom forsker og informant som styres av temaer som det ønskes informasjon om.

«Kvaliteten på det originale intervjuet er avgjørende for kvaliteten på den senere analyseringen, verifiseringen og rapporteringen av intervjuet» (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 193). Kvale og Brinkmann (2015) hevder her at det er avgjørende at forskeren er profesjonell og vet hva han eller hun intervjuer om. Et godt forskningsarbeid krever at intervjuer og forsker er kunnskapsrik, strukturert, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, tolkende og objektiv i intervjuene og i analysen og tolkningene av intervjuene. Forsker intervjuer om et tema forsker har noe kjennskap til fra før, i et miljø forsker har kjennskap til. Forsker har derfor gode muligheter til å kunne oppfylle Kvale og Brinkmanns (2015) krav til en god forskningsprosess.

### **3.2. Fenomenologi**

Fenomenologi er en vitenskapsteori innenfor kvalitativ metode som søker etter å oppnå en forståelse for en dypere mening i menneskers opplevelser, og tar utgangspunkt i menneskers subjektive forståelse. Interessen og fokuset er hvordan informantene opplever verden, og ikke hvordan den ytre verden faktisk er. Fenomenologien er tydelig på viktigheten av at forskeren er åpen og lydhør for erfaringene til informanten. Sentralt her er at realiteten er slik folk oppfatter den, og at verden beskrives slik den erfares av informantene (Thaagard, 2011 s. 38). I min studie ønsker jeg å få frem informantenes opplevelser og subjektive erfaringer

av å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre. Av den grunn anser jeg fenomenologi som den mest passende form for vitenskapsteori for å få frem dette.

### **3.3. Utvalg**

Utvalget i kvalitative undersøkelser ifølge Thaagard (2011), er basert på strategiske utvalg. Det vil si at forskeren velger et utvalg informanter som har kvalifikasjoner eller egenskaper som er relevante for problemstillingen.

Utvalget i denne studien er barn og unge voksne i alderen 17-23 år som har vokst opp med psykisk syke eller ustabile foreldre. Jeg samlet inn informanter gjennom barneverntjenesten der jeg selv jobber, og har derfor tilgang til informanter gjennom kollegaer. Jeg sendte ut informasjonsmail til saksbehandlere i forkant og bad om aktuelle informanter som kunne passe til problemstillingen og foretok derfor et strategisk utvalg. Saksbehandlerne plukket ut ungdommer de tenkte ville håndtere intervju om egen oppvekst, og tilbagemeldte dersom ungdommene var interessert. Hele fem ungdommer meldte seg. I prosessen med å finne informanter måtte jeg regne med at det var mange relevante informanter som ikke ønsket å delta på bakgrunn av sensitive og personlige tema. Jeg brukte derfor tilgjengelighetsmetoden som vil si jeg valgte de tilgjengelige ungdommene som ønsket å stille på intervju (Thaagard, 2011 s. 56).

Antall informanter vil ifølge Thaagard (2011) avhenge av hvor mange kategorier utvalget representerer. Få kategorier krever et lite utvalg, og utvalget bør ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre dybdeanalyser (Thaagard 2011, s. 59-60). Min problemstilling ønsker å få besvart hvordan barn og unges erfaringer kan skape innsikt og kompetanse for barneverntjenesten, og jeg anser det derfor som naturlig å bruke få informanter i studien for å kunne gå i dybden.

#### Kriteriene for å delta i studien var:

- Barn og unge i alderen 17-23 år.
- Må ha vokst opp med en eller flere omsorgspersoner som var ustabil eller hadde en psykiatrisk diagnose.

### **3.4. Presentasjon av informanter med «fiktive navn»**

«Pål»: Gutt 22 år, voks opp med psykisk syk og ustabil mor. Diagnosen er uviss.

«Siri»: Jente 23 år, voks opp med psykisk syk mor fra 0-12 år. Mistenkt bipolar lidelse, ikke diagnostisert.

«Ida»: Jente 17 år, voks opp med ustabil mor som ble rusmisbruker. Flyttet i fosterhjem 14 år gammel. Diagnosen er uviss.

«Leo»: Gutt 17 år, voks opp med psykisk syk mor fra han var 0-14 år. Bodde i perioder hos besteforeldre. Mor diagnostisert med schizofreni og bipolar lidelse.

«Liv»: Jente 22, voks opp med psykisk syk mor. «Liv» flyttet for seg selv som 18 åring. Mor slet med angst, ble diagnostisert med PTSD og utviklet alkoholproblemer.

Alle informantene har bodd i beredskapshjem og/eller fosterhjem med unntak av «Liv».

### **3.5. Utarbeidelse av intervjuguide**

«Intervjuguiden inneholder forslag til rekkefølgen av temaene intervjueren søker informasjon om» (Thaagard, 2011 s. 99-100). Jeg skrev intervjuguiden i tråd med Thaagards (2011) anbefaling om å starte intervjuet med å presentere nøytrale tema eller spørsmål før en gradvis kommer inn på det emosjonelle og igjen avslutter nøytralt.

Jeg utarbeidet 8 forskningsspørsmål med tema jeg ønsket svar på, og forberedte hjelpespørsmål dersom informantene hadde vansker med å svare. Jeg brukte «tre-med-grener» - modellen. Her representerer stammen hovedtema og grenene deltemaet som følges opp med spørsmål. Denne måten er nyttig når forsker vet hvilke undertema som er nyttige for å besvare problemstillingen (Thaagard, 2011 s. 100). Når jeg skrev intervjuguiden hadde jeg et klart bilde av hva jeg trodde og ønsket å få frem i intervjuet, og formet spørsmålene åpne slik informantene selv fikk styre når og hva de ønsket å fortelle av sin historie. Kvale og Brinkmann (2015) mener også at et godt intervju bør bidra til produksjon av kunnskap gjennom tema

og gjennom å fremme en trygg interaksjon. Jeg brukte disse prinsippene i utarbeidelsen av intervjuguiden for å finne forskningsspørsmål til videre analyse, og enkle åpne spørsmål til informantene.

Videre anbefaler Kvale og Brinkmann (2015) at spørsmålene er enkle og korte, og at forsker har interesse for temaet det intervjes om. For å sikre at spørsmålene betyr det samme for ulike personer må de tilpasses bakgrunn, fungering, evne og ordforråd (Kvale og Brinkmann, 2015 s.166). Jeg foretok et prøveintervju på min yngre søster for å se om hun klarte å svare på spørsmålene, og for å forsikre meg at de ikke var for avansert språkbruk. Prøveintervjuet viste at spørsmålene var forståelige, men det ble gjort små justeringer for å forenkle språket. Jeg visste lite om informantens fungering, og skrev i tillegg ned hjelpespørsmål dersom spørsmålene skulle være vanskelige å svare på.

Varigheten på intervjuene ble avgrenset til cirka en time, noe jeg på forhånd tenkte ville gi nok datamateriale for videre tolkning og analyse.

### **3.6. Gjennomførelse av intervju**

Intervjuet er som tidligere beskrevet, en samtale mellom to personer om et felles tema som gir innsikt i informantens livsverden som gjør prosessen spennende for forsker (Kvale og Brinkmann, 2015 s. 156). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er de første minuttene av intervjuet avgjørende for den informasjonen forsker får. Informantene ønsker å få en forståelse av hvem forskeren er, og det er avgjørende å skape en relasjon der informant er avslappet. Det legges også vekt på at forsker definerer formålet, hva lydopptaket brukes til og eventuelle spørsmål tas opp. Etter intervjuet kan det oppstå angst hos informantene for hva som vil skje, og for å ha utlevert sensitive opplysninger om eget eller andres liv (Kvale & Brinkmann, 2015 s.160). Jeg forberedte og gjennomførte intervjuene i tråd med Kvale og Brinkmann (2015) sine anbefalinger. Jeg sendte ut informasjon om prosjektet i forkant av intervjuene, der det ble informert om hensikten med studien og hva som vil skje med dataene etter intervjuet. Det ble informert om at informantene til enhver tid kunne trekke seg fra studien og at det var basert på frivillighet Dette ble gjentatt under intervjuet og det ble anledning til å stille spørsmål. Det ble brukt tid for å

skape relasjon slik Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler. Dette ble gjort ved å tilby kakao, kaffe og bakverk. Det ble i tillegg snakket om informantenes tanker om intervjuet i forkant og hvor viktig deres erfaringer er for mitt prosjekt. Informantene ble takket og roset for modighet til å ville delta. Informantene virket å slappe mer av etter introduksjonen og signering av samtykkeskjema. Intervjuguiden ble tatt frem og intervjuet kunne starte. Under intervjuet ble relasjonen bevart ved at jeg viste interesse for det som ble sagt ved nikk, øyekontakt, smil og bekræftende lyder.

Informantene ble i forkant av intervjuet informert om at forsker i minst mulig grad skal respondere på uttalelser. Intervjuet ble avsluttet med en «debriefing» (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 161). Jeg gjennomførte dette slik Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler og spurte informantene om det var noe mer de ønsket å si, samt hvordan de opplevde intervjuet. Jeg noterte ned umiddelbare inntrykk, stemningen i rommet og informantenes fremtoning etter intervjuet da dette kunne være viktig i videre analyse av intervjuene.

### **3.7. Transkribering av intervju**

«Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen» (Kvale og Brinkmann, 2015 s.204- 205). Dette er i tråd med Kvale og Brinkmanns (2015) forskning om at intervju med to personer fysisk tilstede i rommet blir omgjort til skriftlig form. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og ble omgjort fra muntlig til skriftlig form slik Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler. Lydopptak og transkribering fører til at viktige observasjoner som kroppsspråk og stemmebruk forsvinner (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 205) Jeg noterte derfor i det transkriberte materialet dersom informantene lo, gråt eller det var lengre pauser. Jeg noterte også ned informantenes fremtoning og andre viktige inntrykk og observasjoner rett etter intervjuene var gjennomført. Det er ingen fasitsvar på hvordan transkriberingen av lydfilene skal formuleres, men det er flere valg som må tas. For eksempel om det skal det brukes ordrettstil eller skriftspråkstil (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 207-208).

Jeg valgte å bruke ordrettstil i transkriberingen, det vil si at jeg ordrett skrev det informantene fortalte i intervjuet. Jeg tok med alle pauselyder og informantenes

dialekt slik det i større grad skulle bære preg av informantenes stemme. Deres anonymitet ble likevel bevart ved å anonymisere navn og bosted.

### **3.8. Analyse av data og tolkning**

Kvalitativ metode er en fleksibel forskningsform. Det innebærer at forsker kan arbeide med de ulike prosessene i undersøkelsen samtidig. På den måten påvirker utformingen av problemstilling, innsamling av data, analyse og tolkning hverandre gjensidig gjennom hele prosessen. Datainnsamling og analyse bør foregå parallelt slik at innsamlingen hele tiden kan tilpasses analyser av tidligere materiale. Tolkning og analyse er derfor gjennomgående i hele forskningsprosessen. Dette fordi forskeren hele tiden reflekterer over hvordan materialet kan analyseres og tolkes i forberedelsesdelen, i gjennomførelsen av intervju og i avslutningsdelen (Thaagard, 2011, s. 30).

I analyse av intervjuene bruker jeg personsentrert og temasentrertanalyse. Personsentrert analyse har fokus på personene i materialet. For å få en oversikt over hva den enkelte sier, eller hva som karakteriserer en bestemt situasjon. Det er fokus på meningsinnholdet i det de ulike personene sier. (Thaagard, 2011 s.148). Temasentrert analyse konsentrerer seg om tema, i analysen sammenlignes det og en ser på sammenhengen mellom de ulike temaene i intervjuene. Forskeren sammenligner informasjon fra alle og fokuserer på forståelsen av ulike tema. Ofte velger forskeren å gå i dybden på ett eller flere tema. (Thaagard, 2011 s. 172) Jeg velger å bruke både personsentrert og temasentrert analyse av intervjuene. Dette fordi litteraturen sier at det vanligste er å bruke en kombinasjon av analysene for å kvalitetssikre analysene og vurderingene som blir tatt. Det kan også være greit å bruke en kombinasjon av, og en mulighet til, å gå i dybden på enkeltindivider og temaer som viser seg å være ekstra interessante for studien (Thaagard, 2011). Dataene er tatt opp på lydopptak, transkribert og satt inn i kategorier i tråd med Thagaards (2011) anbefalinger. Lydopptaket slettes når prosjektet er fullført.

### **3.9. Kvalitet i forskningsarbeidet**

Det er særlig to faktorer forskeren må ta hensyn til for å sikre kvalitet i forskningsarbeidet: validitet og reliabilitet. Validitet er spørsmål om forskningens gyldighet og reliabilitet handler om forskningens troverdighet. Overførbarhet handler om vurderinger av spørsmål som er tatt i en undersøkelse kan brukes i andre sammenhenger. (Thagaard, 2011 s. 22). Det er viktig at studien min er gyldig og troverdig for å kunne brukes som forskning, og metoden jeg bruker skal sikre dette. Nedenfor redegjør jeg for de ulike begrepene.

#### **3.9.1. Relabilitet**

Relabilitet handler om forskningens pålitelighet og vektlegger viktigheten av at lesere skal ha tillitt til at undersøkelsen er utført på en etisk riktig og tillitsfull måte. Forsker gjør rede for informasjon innhentet fra feltet og skiller mellom innhentet informasjon og egne vurderinger. Det krever også at forsker redegjør for hvordan han eller hun har fått tilgang til informanter, kjennskapen til informantene og betydningen forskningen i feltet har å si for den informasjonen som tilegnes (Thaagard, 2011, s.190). Kvale og Brinkmann (2015) deler også denne oppfatningen ved å hevde at reliabilitet handler om forskningsresultatenes troverdighet, og spørsmål om informantene ville endret sine svar i møte med en annen forsker. Videre hevder Kvale og Brinkmann (2015) at intervjuerens reliabilitet særlig handler om å unngå å stille ledende spørsmål og være bevisst sin rolle slik at informantene ikke påvirkes. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). I sin enkelthet handler det om at forskeren ikke påtvinger informanten sin subjektive mening og leder intervjuet i en retning som understøtter forskers forutinntatte konklusjon.

#### **3.9.2. Validitet**

Validitet handler om forskningens gyldighet (Thagaard, 2011 s. 22), og gyldigheten til tolkningene som kommer frem i undersøkelsen og forskningen. Om forskeren er tilknyttet miljøet det forskes på eller ei har betydning for forståelsen som utvikles underveis i studien (Thaagard, 2011 s. 190). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) handler validitet om i hvilken grad en metode undersøker det den skal undersøke.



Innenfor det pedagogiske felt er de fleste variabler utfordrende å måle, og det er da vanskelig å definere observerbare og enkle grunnlag for målingen. Dette handler om gyldigheten av studien og i hvilken grad observasjonene reflekterer de ulike variabler eller sosiale fenomener vi ønsker å vite noe mer om (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Dette samsvarer med Thaagards (2013) oppfatning om at tolkningene vi kommer frem til må være gyldige i forhold til undersøkelsen og virkeligheten vi har studert.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) omhandler validering alle stadier i en studie fra planlegging til fullført arbeid. Validering i planleggingsfasen handler om at gyldigheten av kunnskapen som skapes avhenger av kvaliteten på undersøkelsen og metodene som brukes. Det er viktig å ha fokus på å minimalisere skadelige konsekvenser for mennesker. I intervjuet handler validering om intervjupersonens troverdighet og kvalitet på intervjuets gjennomførelse og kvalitet på gode åpne spørsmål. I transkribering av intervju handler validering om hvilken stil som velges for å overføre muntlig til skriftlig form på en gyldig måte. I analysen handler validitet om forskningsspørsmålene til intervjuet er gyldige og om tolkningene av intervjuene er logiske. Til slutt handler rapportering om en rapport gir en valid beskrivelse av hovedfunn (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 278).

### **3.9.3. Overførbarhet**

Spørsmål om overførbarhet handler om en forståelse som utvikles innenfor en studie kan være relevant i andre situasjoner (Thaagard, 2011 s. 190). Det betyr at forståelsen og tolkningene som utvikles i en undersøkelse kan bli brukt og videreutviklet i nye undersøkelser og studier (Thaagard 2011, s. 207). Ifølge Thaagard (2011) kan overførbarhet også knyttes til om studien er gjenkjennerbar for mennesker som har kjennskap til fenomenene som studeres. I min studie har jeg valgt ut fem informanter, som er et relativt lite utvalg. Det er derfor ikke grunnlag for å si at beskrivelsene i min studie er typisk for alle som har vokst opp med ustabile eller psykisk syke foreldre. Det er heller grunnlag for å si at innsikten som er kommet frem i studien kan være gjenkjennerbar og nyttig for andre som har tilknytning og kjennskap til temaet, slik Thagaard (2011) presenterer.

### **3.10. Forske på egen arbeidsplass og forforståelse**

Ifølge Thaagard (2011) kan det både være en fordel og ulempe å forske på egen arbeidsplass. Det kan være hensiktsmessig å ta et skritt tilbake å observere tjenesten fra et utenforstående ståsted. Samtidig må jeg som forsker på egen arbeidsplass ta hensyn til hvordan jeg skal håndtere eventuelle etiske problemstillinger dersom det oppstår negative omtaler knyttet til egen arbeidsplass. Dette er i tråd med det Thaagard (2011) skriver i sin bok om kvalitative metoder. Thaagard (2011) beskriver at forsker som studerer i eget miljø har et godt grunnlag for å forstå fenomenene som studeres. Erfaringene forskeren har i miljøet fra før gir grunnlag for gjenkjennelse, og blir til forståelsen forskeren får frem etter hvert. På den måten kan forsker bedre forstå informantenes situasjon, og forskers erfaringer kan brukes til å bekrefte forståelsen som utvikles. På den andre side kan det at forskeren kjenner til miljøet, føre til at det som er ulikt egne erfaringer blir oversett og blir mindre åpen for nyanser som ikke samsvarer med egne erfaringer. En utfordring ved å ikke kjenne miljøet vi forsker på, er at forståelsen vil være en helt annen. Forskeren kan ikke basere informasjonen på egne erfaringer. Det er utfordrende å forstå fremmede situasjoner og det krever mer av forsker å sette seg inn i informantenes forståelse, situasjon og miljø (Thaagard 2011, s. 203).

Når jeg forsker på egen arbeidsplass er det viktig at jeg er bevisst på min egen forforståelse og hypotese for hva jeg tenker jeg vil finne ut av. Røkenes & Hansen (2009) beskriver for-forståelse som den forståelsen vi bringer inn i møte med andre, og at den som forstår alltid forstår ut fra noe. Det vil si at vi forstår andre på bakgrunn av våre egne tanker, følelser og erfaringer. (Røkenes & Hansen, 2009 s. 12). Jeg må derfor være bevisst på min egen for-forståelse og rolle, både som forsker og som saksbehandler i barneverntjenesten når jeg intervjuer og analyserer for å ikke miste viktige nyanser.

### **3.11. Etikk og personvern**

Når studien utarbeides og publiseres står forsker overfor flere etiske problemstillinger. Den ene er hvordan forsker på den ene siden skal bevare informantenes uttalelser som de kjenner seg igjen i og samtidig tilføye nok faglig materiale.

Videre må forsker under hele studien ta hensyn til forskerens anonymitet og det anbefales å bruke fiktive navn. I tråd med det Thaagard (2011) anbefaler bruker jeg fiktive navn og spesifiserer ikke informantenes bosted og yrke i studien for å bevare anonymitet. Når forsker bruker sitat informanten kan gjenkjenne seg i for eksempel ved bruk av dialekt strider dette mot anonymitetsprinsippet. På den andre side vil studiens pålitelighet kreve at innhold og dialekt ikke bør forandres. Det viktigste her er at informantenes stemme og budskap kommer tydelig frem (Thaagard 2011, s. 224-225).

Det er særlig viktig å ta hensyn til informert samtykke, forskerens rolle, fortrolighet og konsekvenser for informantene når vi ser på etiske problemstillingene. Etiske problemstillinger oppstår under hele forskningsprosessen og det er viktig å ha et bevisst syn på dette. De etiske sidene ved planlegging av studien handler om å innhente informert samtykke fra intervjupersonene, og vurdere hvilke konsekvenser dette kan ha (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 97).

Jeg har fulgt Thaagard (2011) og Kvale og Brinkmann (2015) sine anbefalinger om å ta forskningsetiske vurderinger og forhåndsregler for å bevare anonymiteten til informantene mine. Samtidig som jeg har valgt å beholde informantenes dialekt og direkte sitat for å sikre studiens pålitelighet og informantenes stemme. Dataene er tatt opp på lydbånd, transkribert og satt inn i kategorier. Lydopptaket vil bli slettet når prosjektet er fullført. Informantene er anonymisert og de ulike spørsmål og svar er delt opp i kategorier slik at det vil være vanskeligere å gjenkjenne informantene. Dette fordi jeg intervjuer unge voksne om svært sensitive og personlige tema. Jeg var forberedt på følelsesmessige reaksjoner før, under og etter intervjuet, og hadde tørkepapir og telefonnummer til relevante instanser som ungdommene kunne opprette kontakt med dersom de opplevde behov for videre samtale etter intervjuene var fullført.

## 4. Resultater

I analyse av intervjuene kom jeg frem til fem hovedfunn og delte disse inn i fem kategorier, der en av kategoriene har to underpunkt.

Funnene er knyttet til informantenes egne erfaringer og opplevelser. Jeg har et relativt lite utvalg i forhold til antall barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Studien og funnene kan derfor ikke utelukkende vurderes til å gjelde majoriteten av barn og unge som vokser opp med psykisk syke foreldre, men, den kan være et bidrag til eksisterende forskning på området. Det foreligger lite forskning spesifikk på barn og unges erfaringer av å vokse opp med psykisk syke foreldre, men endel på omkringliggende tema. Selv om jeg har et relativt lite utvalg, mener jeg fem informanter vil være et godt representativ i forhold til problemstillingen: «Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre?». Det er viktig å poengtere at hovedfunnene i studien baserer seg på unge voksne som har bodd i fosterhjem, med unntak av en. Majoriteten av informantene flyttet i fosterhjem i alderen 10-14 år og hadde kontakt med barneverntjenesten i for- og etterkant av flytting.

Problemstillingen er: *«Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke foreldre?»*

Funnene fra dybdeintervjuene ble kategorisert, disse ble utarbeidet ved analyse og gjennomlesing av de transkriberte intervjuene, der det fremkom fem hovedfunn som utpekte seg som gjennomgående blant informantene. Jeg har valgt å kalle kategoriene for A, B, C og så videre, slik det i analyse- og drøftingsdelen er mer oversiktlig når det henvises til kategoriene.

Hovedfunn ble inndelt i kategoriene:

- (A) Mangel på informasjon og åpenhet
- (B) Svak foreldrefungering og konsekvenser av det
  - Hjemmesituasjonen skjules fra omverden
  - Påtok seg ansvar for forelderen og lider av skyldfølelse
- (C) Nettverkets og trygge relasjoners betydning
- (D) Manglende hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet
- (E) Erfaringer og råd til barneverntjenesten

Jeg presenterer funnene ved bruk av direkte sitat og diskuterer hver kategori, deretter drøftes funnene i lys av teori i neste kapittel. Jeg har trukket ut de mest sentrale funnene som var gjentakende hos informantene, og forsterker dette ved å presentere direkte sitat fra informantene for å bedre kunne illustrere det som kom frem i studien, slik informantene selv uttrykket det. I sitatene har jeg benyttet «...» for å vise til gjentakende ord eller tekst som er tatt bort grunnet dets irrelevans for sitatets mening. Det er også tatt bort en del muntlige ord som «eh» og «hmm» for å få en bedre sammenheng i det informantene sier. Dette er i tråd med fenomenologi som vitenskapsteori som tar utgangspunkt i menneskers subjektive forståelse. Realiteten er slik folk oppfatter den, og verden beskrives slik den erfares av informantene (Thaagard, 2011 s. 38).

Jeg redegjør først for mangel på informasjon og åpenhet, før jeg går inn på svak foreldrefungering og konsekvenser av det, nettverkets og trygge relasjoners betydning, manglende hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet for øvrig når de bodde hjemme hos psykisk syk forelder.

Avslutningsvis presenterer jeg informantenes erfaringer og råd til barneverntjenesten.

Jeg valgte ut de mest relevante sitatene fra informantene slik oppgaven ikke skulle bli for lang. Under hver kategori beskriver jeg det informantene fortalte og tilfører viktig informasjon. Avslutningsvis beskriver jeg med egne ord hovedtrekkene i analysen.

I neste kapittel drøfter jeg disse hovedtrekkene opp mot teori som tidligere er presentert.

#### **4.1. Mangel på informasjon og åpenhet (A)**

Alle informantene beskrev mangel på informasjon og åpenhet rundt mors psykiske sykdom. Jeg refererer her til mor da det var gjennomgående at det var mor som slet med psykiske vansker. Dette fordi de ikke hadde bodd sammen med far, og hadde lite eller ingen kontakt. De fikk verken informasjon fra mor, avdelingene mor ble utredet for psykiske lidelser eller innlagt i krise, heller ikke fra familie eller

barneverntjeneste før etter at de hadde flyttet i fosterhjem. Mor beskrives som «annerledes» og «uforutsigbar» på mange områder, som de ikke forstod var unormal før de ble eldre. Felles for alle var altså at de trodde egen situasjon var normal og vanlig, frem til de fikk se hvordan andre familier hadde det. «Ida» og «Pål» beskrev at de kjente mor best og derfor ikke behøvde informasjon om mors psykiske vansker, mens «Liv», «Siri» og «Leo» fortalte at de ikke fikk, men hadde sterkt ønske om å få, og hadde behøvd informasjon og åpenhet rundt mors psykiske sykdom og uforutsigbare fungering som barn. Av den grunn deles informantene inn under to underkategorier. Først presenterer jeg «Pål» og «Ida» som ikke behøvde informasjon, deretter presenterer jeg «Siri», «Leo» og «Liv» som ikke fikk ønsket informasjon.

#### **4.1.1. Behøvde ikke informasjon om mors psykiske vansker**

«Pål» og «Ida» fortalte at de ikke trengte informasjon om mødrenes psykiske lidelse fordi de kjente mødrene best. Gjennomgående i intervjuene med «Pål» og «Ida» var at de virket å kunne si minst om hva som egentlig var galt med foreldrene, utover at *«hu slite mye med hjernen og hu tenke ikkje heilt klart og sånn»* («Ida» 17 år).

*«...» Di sa ingenting om ka mamma sleit med og sånn, men eg tror det va bare fordi eg va den som kjente mamma best. Det va eg så hjalp na kver dag, så det va ikkje akkurat den informasjonen eg trengte der og då «..» eg vett egentlig ikkje* («Ida» 17 år).

«Pål» forteller:

*«Eg trenge ikkje informasjon når eg allerede vett det. Det vise seg veldig godt igjønå hu. «...» Kor ufint det er å være med henne. Det e ganske mye som e gale med hu, og hu e aldri ærlige. Så det e ikkje et menneske å ver rundt. «...» ustabile som det går ann te å bli»* («Pål» 22 år).

Av dette fremkommer det at «Ida» og «Pål» ikke behøvde informasjon om mors psykiske sykdom som barn og ungdom. Dette fordi de kjente foreldrene best og var klar over deres uforutsigbare og merkelige fungering, at de ikke behøvde en

diagnose for å forstå det. Ut fra «Ida» sine beskrivelser virket det som hun tok mye ansvar for moren i hverdagen. «Ida» virket også å behøve hjelp fra signifikante voksne for å slippe å ha så mye ansvar i ung alder.

I samfunnet for øvrig er det allmenn kjent at små barn og ungdom ikke skal måtte ha så mye ansvar i hjemmet og for foreldrene. Jeg har i teorikapittelet omtalt dette som parantifisering eller rollereversiering der barnet overtar rollen som omsorgsperson for den voksne.

Videre i neste punkt beskriver «Siri», «Leo» og «Liv» hvorfor de ønsket informasjon om mors psykiske vansker.

#### **4.1.1 Ønsket informasjon om mors psykiske vansker**

«Siri», «Leo» og «Liv» fortalte at de ikke fikk informasjon om mors psykiske vansker og ustabile fungering. De ønsket alle mer informasjon og er tydelig på at denne informasjonen kunne ført til mindre usikkerhet, redsel og stress i barndommen.

«Liv» fortalte at hun ikke fikk informasjon om mors psykiske sykdom før hun var 16-18 år gammel. Dette fordi familien ønsket å skjerme og beskytte henne grunnet «Livs» egne psykiske vansker. Hun forteller om forståelse for familiens beslutning, men at hun likevel kunne ønske hun fikk informasjon og mulighet til å delta i pårørende grupper. «Liv» sier at ved å få informasjon ville hun økt sin forståelse for morens vansker og derav kunne situasjonen gjøres mer forståelig. «Siri» og «Leo» forteller videre:

*«...»Eh, ikkje før eg va 13 år, fordi det va då eg begynte på BUP....Det va veldig viktig for meg at eg forstod at de tingene som ble sagt og gjort ikkje va lov, og at det ikkje e vanlig «...» («Siri», 23 år).*

*«...» «Når eg va liten så fikk eg ingen informasjon, eg visste ikkje at mamma va psykisk syk. «....» I 4.klasse når mamma flytta inn på sykehuset då fekk eg ingen informasjon om keffor hu va på sykehuset. Det einaste eg fekk vita va at mamma va dårlige.*

«...» *Det fysta eg fikk når någen sa te meg at mamma e psykisk syk, det va fyste sommeren eg flytta te «Per» og «Kari».*

«...» *I fylkesnemda sa han at «Leo» kan bli skadet psykisk da, hvis han e med morå.*  
«...» *Så såg eg den filmen «...» i engelsktimen på skolen «a beautiful mind» å han va jo schizofren han John Nash. Å då snakke me om den her, å då sa «Per» og «Kari», det e jo sånn mor di e. «...» men mamma e jo og bipolar, og det fekk eg ikkje vita før sånn i august eller sommeren i fjor, då fant eg ut koss bipolar var.*

«...» *Ja, de hadde kanskje vært litt lettere. Då kunne eg sluppe å blitt så redde når mamma gikk rundt og sa at hu hørte stemmer» («Leo» 17 år).*

«Siri» uttrykket et sterkt ønske om å få informasjon om hvordan en «normal» familie kunne fungere. Dette fordi hun som barn fant ut at hun ikke hadde det som alle andre barn da hun fikk reise på besøk til venner og observerte deres familier.

Hun forteller:

«...» *Forklart på en måte ka som e normalt og ka som ikkje e bra og gi eksempler på det «...» For då kan det ver at barnet ikkje visste at det ikkje va lov å sei det. Di visste kanskje at det gjør vondt i magen når mamma eller pappa seie det, men de har kanskje tenkt at alle har det sånn hemma. For det e vanskelig å sei ka som e galt, når du ikkje vett det sjøl» («Siri» 23 år).*

Når «Siri», «Leo» og «Liv» beskriver mangel på informasjon og åpenhet rundt foreldrenes psykiske vansker opplever jeg at det også handler om deres inderlige ønske om å forstå forelderen. Å forstå hvorfor forelderen sa, gjorde og fremstod på en måte som avviker fra «normalen». I tillegg kunne informasjon og åpenhet redusere usikkerhet, uforutsigbarhet og unødvendig ansvar og skyldfølelse for barn. Det handler om å få forståelse for at egen omsorgssituasjon ikke er som alle andres, ved å få informasjon om hvordan en «vanlig» familie kan fungere. Særlig «Siri» og «Leo» trekker frem informasjon om foreldrenes psykiske helse som viktig, og at dette kunne forhindre mye vansker i barne- og ungdomsårene. De beskriver at mer informasjon og større åpenhet ville hatt stor betydning for dem, og deres



livssituasjon. Det kan virke som manglende åpenhet og informasjon om foreldrenes psykiske helse førte til redusert forståelse for deres oppførsel og væremåte. Dette medførte stor forvirring og usikkerhet for barna.

Alle fortalte at det var manglende informasjon og åpenhet rundt mors psykiske helse. Det jeg opplevde som annerledes med «Siri», «Leo» og «Liv» som ønsket informasjon om mors psykiske sykdom, og gjerne hadde etterspurt dette, virket å ha en større forståelse for hvorfor foreldrene kunne oppføre seg annerledes, si og gjør merkelige ting, enn det «Pål» og «Ida» virket å kunne.

Av fem informanter var det bare «Liv» som hadde familie og nettverk som fortalte om mors sykdom. «Leo» fikk beskjed om at mor var på sykehuset med forklaring om at hun var «dårlig». Deretter fikk han gradvis informasjon om at mor var psykisk syk etter han flyttet i beredskapshjem og fosterhjem, men det skulle gå flere år før han fikk vite hvilke diagnoser hun hadde. Han fikk ved en tilfeldighet informasjon etter å ha sett en film på skolen om John Nash som var Schizofren.

#### **4.2. Svak foreldrefungering og konsekvenser av dette (B)**

Alle informantene ga uttrykk for at mødrenes fungering og psykiske lidelse gikk sterkt utover foreldrefungeringen, og gjorde det vanskelig for foreldrene å ha fokus på barnets behov. Alle beskrev at det påvirket dem negativt i en eller annen form.

Alle, med unntak av «Pål», fortalte også at foreldrenes svingende fungering og oppførsel mot dem påvirket deres egen psykiske helse i form av traumer, angst, depresjon, overvekt og anoreksi. «Siri», «Ida» og «Liv» fortalte også at fysisk og/eller psykisk vold kunne forekomme, og at foreldrene som følge av sin sykdom hadde få eller ingen venner. «Siri» fortalte at mor var fysisk og psykisk voldelig mot henne, som førte til at «Siri» slet psykisk. «Ida» fortalte at hun som følge av å bli utsatt for vold, og ved å ha en mor med psykiske vansker og rusproblemer, selv sliter med traumer.

Avslutningsvis uttrykket «Siri», «Ida» og «Pål» at oppveksten også hadde påvirket dem positivt ved at de som følge av den har blitt mer omtensomme, gode

menneskekjennere og at de har lært å ta ansvar, lese og analysere kroppsspråk og situasjoner.

«Siri» gir en lang og grundig beskrivelse av mors fungering, og jeg har valgt å vise den i sin helhet for å bedre vise hvordan hun opplevde sin egen situasjon:

*«...» mamma kunne sei veldig mye stygge ting te meg når eg va liten og va veldig på det at eg ikkje sko føla meg så veldig mye verdt «...» og at eg sko ver avhengig av hu «...» neste så hu ville gjer meg hjelpesløs. «...» eg trengje heile tiå bekræftelse på at eg gjør noe riktig, at eg e god nok. «...» eg va liksom tjukk og ingen likte meg, å hu sa ting som at hu sko ønska hu aldri fikk meg, å eg va en feil og hu sammenligna meg med djevelen på et tidspunkt. «...» Eg mestre alt det alle andre på min alder mestre egentlig, men eg har jo fortsatt de tankene at eg sko jo aldri ha blitt født. Av og te så tenke eg at det hadde vært best om eg aldri blei født, egentlig. «...» Eg kan ver litt skeptiske te folk, om deiras intensjoner. «...» og litt sånn dårlig selvtillit. «...» mamma kunne ver litt sånn av og på, plutselig kunne hu sei at hu elska meg og at eg va det beste som hadde skjedd hu, åsså kunne hu sei; eg sko ønske du aldri blei født. «...»*

*«...» mamma e ikkje heilt sånn som alle andre, nesten som hu e litt i en egen verden enn andre og hu blei veldig fort sint. «...» Hu kan bli veldig voldelig.*

*«...» Eg har blitt en god menneskekjenner vil eg påstå, for eg har vært nødt til det. «...» eg måtte vær veldig var på ke humør mamma he i dag, eg måtte på en måte bare hørre det på skrittene hu tog og kroppsspråket og alt. «...» Det har gjort meg veldig empatisk «...» så eg føle eg takle motgang åg bedre og bedre» «...» Eg sleit kjempemasse psykisk en periode og var mye innlagt på ungdomspsyk.*

*«...» Hu e veldig paranoid. Så eg huske når eg va liten så kunne hu liksom tro at det va folk oppi postkassen vår «...» Mamma hadde brukt opp pengene de første ukene. Så kunne me liksom ha havregrøt te frokost og når eg kom hjem fra skolen og te kvelds («Siri» 23 år).*

Denne beskrivelsen ramser opp de fleste «antakelser» og teoretiske referanser fra teorikapittelet der det blant annet er beskrevet at barn av psykisk syke foreldre ofte

er de eneste som vet hvordan forelderen egentlig fungerer. «Siri» fortalte at moren forsøkte å gjøre henne hjelpeløs og var svingende og ustabil i sin fungering som førte til at «Siri» blant annet ble var for lyder, mors kroppsspråk og humør. Moren kunne også være voldelig og ble fort sint. Vi ser også at «Siri» selv sliter, eller har slitt med sin psykiske helse etter å ha bodd sammen med mor i 12 år. Videre ser vi også at «Siri» forteller at hun til tross for omsorgssvikten har klart seg greit, og mestrer alt det andre på egen alder gjør til tross for utfordringer hun fortsatt strever med.

«Ida» fortalte også at hun strever med å stole på mennesker og at hun som følger av oppveksten sliter med traumer:

*«eg slide med å stola på folk «...» fordi det e så mange som har svikta meg i oppveksten «...» så slite eg med traumer «...» det e ikkje så mye te før eg oppleve en liten traume. «...» På den positive siå så lærte eg mye om kossen eg ska klara meg sjøl, eg har liksom ikkje fått den foreldreomsorgen, og då har eg gitt omsorg te meg sjøl. «...» Når eg bodde hos pappa på begynnelsen av livet mitt, så hadde jo han dama og det va hu som eg opplevde vold mot, eller fra liksom» («Ida» 17 år).*

«Ida» fortalte at hun ikke fikk den omsorgen og støtten barn behøver fra sine foreldre og ble mye overlatt til seg selv. Hun ble også utsatt for vold av stemor og strever med traumer. Hun beskriver det som positivt at hun som følge av sin omsorgssviktsituasjon har lært seg å klare seg selv og gi omsorg til seg selv.

«Liv», «Leo» og «Pål» uttrykket at det å bo med en psykisk syk forelder gjorde at de ikke hadde et realistisk bilde av hvordan de skulle oppføre seg, og dette førte ofte til usikkerhet.

«Pål», «Leo» og «Liv» forteller:

*«Det har ikkje alltid vore liga lett, du vett ikkje heilt kor du ska sedda deg sjøl, koss du ska ver rundt folk «...» Du vett ikkje heilt ke som e akseptabelt og då blir du ganske usikker» («Pål» 22 år).*

*«Eg føle det at eg ikkje alltid har hatt et realistisk bilde på alt, «...» På kossen eg sko oppføra meg, kossen eg sko gjør det og det» («Leo» 17 år).*

«Liv» fortalte at hun strevde med å få godkjennelse og anerkjennelse hjemmefra, og sier:

*«Eg var alltid den som var overfølsom for alt, va mye lei meg og mye stressa å sånn. «...» ehh va veldig opptatt av å eeh gjør husarbeid og visa at eg mestra någe og få bekreftelse fra mamma og stefaren min. «...» Ellers ville eg bare ta veldig liten plass» («Liv» 22 år).*

Gjennomgående hos alle er stor usikkerhet og manglende forståelse for foreldrenes handlinger og væremåte. Alle uttrykket at dette har ført til lav selvtillit, vansker med å stole på andre og deres intensjoner og en usikkerhet for hvordan man skal være rundt andre mennesker. «Liv» fortalte at hun ville ta minst mulig plass og strevde etter å få anerkjennelse og bekreftelse hjemmefra. «Ida», «Pål» og «Siri» fortalte også at oppveksten hadde ført med seg positive bivirkninger ved at de utviklet strategier for å overleve. De fortalte om positive bivirkninger som å ha blitt gode menneskekjennere, og at de i større grad enn andre på egen alder og samtlige voksne, håndterte å ta imot andre menneskers vanskelige historier og være støttende. «Ida» uttrykket at hun hadde lært å gi seg selv omsorg når hun ikke fikk det hjemme, og at hun ved å måtte ta ansvar hjemme hadde lært å lage mat, stelle med barn og hus. Dette fortalte hun ville komme til nytte nå som hun snart skulle begynne å tenke på å flytte for seg selv.

#### **4.2.1. Skjuler hjemmesituasjonen fra omverden**

Alle informantene uttrykket at de og mødrene forsøkte å holde «fasaden» utad. «Ida» påtok seg mye ansvar for barnepass, husstell og matlaging. Alle uttrykte også at de ikke visste omsorgssituasjon deres var uvanlig, og hadde derfor ikke mulighet til å gi beskjed om hvordan hjemmeforholdene var før de ble eldre og fikk innsyn i hvordan andre barn hadde det.

«Siri» fortalte at moren gjorde alt hun kunne for at datteren ikke skulle få et eget nettverk og ha kontakt med familien. Hun utsatte «Siri» for psykisk i tillegg til

fysisk vold ved å la henne tro at ingen ville være med henne og at ingen var glad i henne.

«Siri» forteller:

*«...» åsså på en måte isolerte hu meg fra andre i familien, å åg mine venner. «...» heilt fra barneskole og barnehagealder kunne hu sei, «...» lyge om vennene mine, ja de vil egentlig ikkje ver med deg, de bruke deg for det og det. Sånn at eg ikkje sko ha nogen å ver med. Å hvis eg fekk pakker av familien og sånn, så sendte hu det i retur og sa liksom; se du får ikkje pakkår. «...» De e ikkje glade i deg» Videre at «de få gangene mamma hadde besøk, så kunne det enda opp med at, liksom kjempehøylytt krangling fordi mamma ville beskylda de for å stjela någe å sånnt. Så te slutt så va det jo ingen som kom då» («Siri» 23 år).*

*«...» Når mamma begynte å bli syk og hu hadde fire små unger, så va det eg så hjalp med det meste og blei en sånn reservemor. «...» Eg passte mye på småsøsknå mine, så lærte eg veldig mye. Kossen mata ungen for eksempel» («Ida» 17 år).*

«Ida» og «Siri» hadde foreldre med store utfordringer og som overløt ansvaret til døtrene sine. Det at «Siri»'s mor utøvde psykisk vold mot datteren ved å si at ingen likte henne og var glad i henne, var trolig av redsel for at datteren skulle forlate henne. Det fremstår som foreldrene forsøkte å holde barnas omsorgssituasjon og egen fungering skjult fra omverden ved å gi barna omsorgsoppgaver og skjerme de så godt som mulig fra omverden. Det at «Ida» måtte passe barn, lage mat og holde huset ryddig og at «Siri» ble skjermet fra omgivelsene kan ha bidratt til at samfunnet rundt for sent oppdaget hvordan forholdene i hjemmet egentlig var. «Siri» fortalte også at moren ikke hadde nettverk rundt seg og skremte bort besøk ved å krangle og beskyldte besøket for å stjele.

#### **4.2.2. Påtok seg ansvar for forelderen og lider av skyldfølelse**

Alle informantene fortalte at de som barn og ungdom var nødt til å ta ansvar for foreldrene. For «Leo» handlet det om å måtte legge foreldrene i seng og rydde

ølbokser. For «Ida» handlet det om å passe yngre søsken, lage mat og holde huset i orden. Ettersom historiene er ulike, velger jeg å presentere de ulike informantenes fortellinger.

«Ida» fortalte at moren ikke oppdro henne som en datter, men som en venninne. Det medførte at hun ble inkludert i samtaler om tema hun var alt for ung til å vite noe om. Hun beskriver videre at ansvaret hun ble påført fikk positive konsekvenser fordi hun lærte mye om husarbeid, matlaging og barnepass til hun etter hvert flytter for seg selv.

«Ida» forteller:

*«Mamma, hu emh, hu oppdrog meg ikkje som om eg va dattarå hennas, hu oppdrog meg som om eg va besteveninnå. «...» liksom når eg va sånn 11-13 år så kunne hu fortella om sine problemer. Liksom om ei venninna, og det e sånne ting eg har merka. Liksom der og då så visste ikkje eg at det va feil. Men når eg tenke tebage så e det jo heilt forferdelig for du lære jo en liden unge någe som de ikkje akkurat ska lære i den alderen. «...» Når mamma begynte å bli syk og hu hadde fire små unger, så va det eg så hjalp med det meste og blei en sånn reservemor. «...» eg lærte veldig mye om husarbeid og det e jo positivt liksom te nå. «...» Idag vett eg koss eg ska takla de ulike personlighetene på en måte» («Ida» 17 år).*

To av informantene forteller at de hadde skyldfølelse for foreldrenes sykdom og for å ha flyttet i fosterhjem når foreldrene ikke hadde noe særlig nettverk å støtte seg til. De virker å fortsatt lide av en form for skyldfølelse eller ønske om et godt forhold til forelderen. Dette til tross for at barna i voksen alder virker å ha overtatt omsorgspersonrollen for forelderen, og ikke omvendt.

*«...» Eg hadde veldig skyldfølelse for at det hadde blitt sånn det har blitt. Det huske eg va veldig vanskelig, for sjøl om mamma hadde gjort mye galt så hadde eg å hu et sterkt bånd. «...» eg visste kjempegodt at mamma ikkje hadde nogen andre enn meg. Ingen i familien, ingen venner, absolutt ingenting» («Siri» 23 år).*

«Liv» hadde en mor med post traumatisk stresslidelse i tillegg til angst/depresjon og slet selv med spiseforstyrrelse. Hun ble mer som en behandler for moren, og måtte flytte ut i en alder av 18 år fordi hun og moren gjorde hverandre sykere. Moren klarte ikke å håndtere at datteren var syk, og trekker seg bort i perioder hun er dårlig.

«Liv» forteller:

*«...» itte mamma blei syk så har eg slitt mye med skyldfølelse og mye på det då, at det va eg så gjor sånn hu blei dårlig. Å det va en av grunnene te eg ikkje kunne bo hemma fordi me gjor kverandre verre, og eg gjekk rundt å følte eg måtte hjelpa hu framfor at hu sko hjelpa meg. «...» Samtidig sko en ønska hu va der meir og e der meir nå. «...» Det blir jo ofte mye ansvar på meg og eg e meir som en behandler eller venn, enn ka eg e som datter. «...» Vårt forhold e veldig av og på, fordi hu takle ikkje å se meg dårlig. Så når eg e dårlig så trekke hu seg vekk» («Liv» 22 år).*

«Leo» voks opp med en mor med schizofreni og bipolar lidelse, som i tillegg utviklet et alkoholproblem. Han fortalte at mor var grenseløs, og at han trolig hadde veid 100 kilo dersom han ikke hadde flyttet i beredskapshjem og fosterhjem der han gikk ned 15 kilo første året. Han uttrykket at fotballdrømmen ikke hadde vært så aktuell dersom han hadde vokst opp hos mor. Videre at han ikke visste mors atferd eller alkoholvaner var uvanlig, da kamerater hadde fedre som av og til tok seg en øl i helger. Han beskriver det som positivt at mors psykiske lidelse virket å være «bedøvet» i perioder hun drakk, da schizofrenidiagnosen virket å være mer skremmende for han enn alkohol.

«Leo» forteller:

*«...» Mange kvelder når hu hadde drukke så låg eg i sengå og vakna, så måtte eg legga hu liksom. «...» «...» ølflaskene og tablettene låg strødd utover golvet «...» men i den drikkeperioden så fekk me ikkje så møje av det schizofrene» («Leo» 17 år).*

«Leo» fortalte at han måtte legge moren når hun hadde drukket for mye eller tatt tabletter. Morens bruk av rus kan virke å handle om måter å lindre tankekjør og vansker.

Alle informantene forteller at foreldrenes vansker og behov ofte tok store deler av fokuset i hverdagen. De lærte seg ulike strategier for å være mest mulig medgjørlige og selvstendige, derav ble ikke behovene deres ivaretatt i tilstrekkelig grad. Dette snudde i tenårene. Da tok særlig «Siri» igjen, og var lei av å være pliktoppfyllende og stille. Selvskading, innesluttethet, utagering, frustrasjon og sinne var noen av reaksjonene som ble beskrevet. «Ida», «Liv» og «Siri» beskrev også at de ble utsatt for psykisk og fysisk vold.

Til tross for en utfordrende oppvekst preget av traumatiske hendelser, psykisk og/eller fysisk vold og relativt lite støtte i nettverket, viser informantene mindre vansker enn forventet når vi leser alt det vanskelige de har opplevd.

Alle, med unntak av «Leo», beskriver at de strever med lav selvtillit, har vansker med å stole på andre mennesker og deres intensjoner, og at sosiale relasjoner kan slite ut fordi de alltid er «på vakt» og analyserer situasjoner og mennesker. Svak foreldrefungering virker å kunne resultere i at barn får en negativ oppfatning av seg selv, og sine medmennesker.

Alle beskriver at de utviklet ulike strategier for å overleve og håndtere sin situasjon. De forteller videre at de klarer seg greit til tross for utfordringer som de har lært, eller lærer å leve med. «Siri» forteller at hun mestrer alt det andre på sin alder gjør.

Alle informantene gav beskrivelser av å måtte ta ansvarsoppgaver som de ut fra alder og fungering ikke var modne nok til. «Ida» fortalte at hun hadde blitt oppdratt som en bestevenninne, og ikke som en datter. Dette resulterte i at hun allerede i 11 års alderen fikk intime detaljer om mors kjærlighetsliv og innblikk i samtaler om mors venninner. «Ida» forteller videre at hun nå som 17 åring, synes det er forferdelig at hun ble inkludert i voksentema hun var for ung til å forstå.

Alle beskriver både positive og negative følelser om det å ha vokst opp med psykisk syk forelder. De beskriver stort sett erfaringene som negative, men at det også har ført til positive ringvirkninger. Det har resultert i at de er mer omsorgsfulle, følsomme, gode menneskekjennere, og beskriver at de ønsker å jobbe for å hjelpe



andre mennesker. Videre at det har lært dem å ta ansvar og bli mer robuste for å takle motgang.

### 4.3. Nettverkets og trygge relasjoners betydning (C)

Alle informantene, med unntak av «Ida», forteller at nettverket har spilt en stor rolle i deres liv, og for at de er hvor de er i dag. Med nettverk i denne sammenheng menes informantenes familie, venner og signifikante andre som kan ha betydd en forskjell i deres liv. Det kan være skole, barnehage, fotballtrener, behandler eller for eksempel barneverntjenesten. «Leo» beskriver det nærmeste nettverket som en belastning, men at han får økonomiske goder, og at det av den grunn er godt å ha nettverket i tillegg til fosterfamilien. «Ida» og «Leo» går på videregående skole. «Siri» går på universitet og «Pål» er jobbsøker. «Liv» forsøker å fullføre videregående skole i en alder av 22 år. Alle tilbakemelder at de fungerer greit sosialt med jevnaldrende, men med noen belastninger som for eksempel at de kan ha vansker med å stole på folk og deres intensjoner som beskrevet i forrige punkt.

«Siri» fortalte at ved å observere venner og deres familier fikk hun innblikk i hvordan en «vanlig» familie burde ha det. Hun beskrev det som særlig viktig med positive mannlige rollemodeller, da «Siri» vokste opp uten en farsfigur. Det å oppleve gode relasjoner med sunne og trygge rollemodeller kan øke sannsynligheten for at «Siri» og andre i samme situasjon, velger trygge og positive partnere.

«Leo» fortalte at mormor var den eneste støttende personen for han i oppveksten, men at hun døde da han var ung. Det resterende nettverket fremstilles ikke som utelukkende positivt for han. Fosterhjemmet «Leo» nå bor i, virker ut fra hans beskrivelser, å være støttende og veileder i rett retning.

«Leo» forteller:

*«...» mormor har alltid vært veldig støttende, hu e jo egentlig den eineste som he eeh, hu e den einaste som kunne ta skikkelig vare på meg, sånn foreldre sko, sett grenser «...» di e ikkje så normale i hodet. «...» de e, eller morfar e litt bedre enn onkel då siden mamma seie at morfar gjorde mye feil mot de» («Leo» 17 år).*

«Liv» forteller at hun alltid har vært nær moren frem til hun ble syk, og ikke lengre klarte å støtte sin egen datter. Hun hadde fostermor til en venninne og egne venner som var støttende for henne. Videre at det stort sett har vært helsepersonell som virkelig har vært der for henne og hjulpet gjennom vanskelige tider. «Liv» forteller: «...» *Ååh det har betydd alt, det gjør liksom at eg sitte her i dag* («Liv» 22 år).

«Siri» uttrykker også at støtten i nettverket har betydd mye for henne og hennes utvikling. Hun sier: «...» *det har betydd kjempemasse, bare det å føla at någen ser meg. De sa det ikkje med ord men eg forstod det alikavel. Sånn så foreldrene te venninnå mi, de va sånn som ga klemmer og tok meg med på aktiviteter, og sjøl om mamma ikkje hadde råd te de aktivitetene så betalte de. «...» det lærte meg å forstå koss det egentlig på en måte ska ver* («Siri» 23 år).

«Pål» forteller at han ikke har så mye støtte i hverdagen, foruten bestemor som nå er død, og ansatte i barneverntjenesten, frem til kontakten ble avsluttet. Fosterhjemmet har han ikke kontakt med. Han uttrykker at han har klart seg greit selv:

«...» *det e jo veldig mye bestemorå mi og litt av de eg hadde i barnevernet som faktisk gjorde någe «...» men det har liksom ikkje vore någe spesielt aent enn å bare pusha meg sjøl, og eg har jo klart meg ganske bra* («Pål» 22 år).

Dette samsvarer med «Ida» sine beskrivelser av at hun også hadde lite støtte og klarte seg for det meste selv. Hun forteller:

«...» *Uansett om eg har kjempestor familie, de har jo sine egne familier og sine egne problemer i eget liv. Men ja, eg har egentlig bare klart meg sjøl. Det e sånn eg overlevde for å sei det sånn* («Ida» 17 år).

«Pål» og «Ida» beskriver at de har klart seg alene uten støttende nettverk, mens «Leo», «Siri» og «Liv» beskriver nettverket som svært viktig.

Alle informantene hadde på et tidspunkt i livet minst en trygg relasjon i nettverket. Den trygge relasjonen var besteforeldre som døde tidlig da «Leo» og «Pål» var unge, venner og venners familier, samt helsepersonell og kontaktpersoner i barnevernstjenesten. Ingen hadde nettverk som i stor grad overtok omsorgen for foreldrene, men de ble beskrevet som trygge voksne en kunne dele vanskelige og kjekke stunder med. «Siri» la spesielt trykk på at hun gjennom sin venninnes familie fikk se hvordan en «normal» familiehverdag var, og det var først da hun fant ut at sin omsorgssituasjon ikke var god. «Siri», «Leo» og «Liv» uttrykker at disse signifikante andre har betydd mye for deres utvikling.

Det var gjennomgående at alle hadde en følelse av usikkerhet og at de var alene om sin situasjon som barn. «Siri» fortalte at venninnens familie alltid passet ekstra godt på henne og tok henne med på aktiviteter. «Liv», «Ida» og «Siri» fortalte at de forsøkte å ta minst mulig plass ved å være medgjørliche og flinke barn. Avslutningsvis fortalte «Leo» at moren alltid var opptatt av at leksene var fulgt opp, og at han derfor tror skolen ikke fattet mistanke.

#### **4.4. Manglende hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet (D)**

Alle informantene fortalte om lite hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet rundt før de flyttet i fosterhjem. De forteller derimot om god hjelp når de flyttet i beredskapshjem og fosterhjem i alderen 10-14 år. Alle uttrykket at de ikke visste at deres omsorgssituasjon var unormal før de fikk observere hvordan andre familier hadde det. De beskriver det som en årsak for at det tok så lang tid før ga beskjed, eller det ble fattet alvorlig nok bekymring til at de ble flyttet ut av hjemmet.

«Siri» og «Ida» fortalte at de ble beordret av foreldrene til å lyve til barneverntjenesten, og hadde ikke noe annet valg enn å fortelle at de hadde det fint hjemme. «Siri» fortalte videre at barneverntjenesten ble inkludert flere ganger etter alvorlige hendelser, men at det resulterte i «brannslukking» og midlertidig plassering i beredskapshjem. Hun uttrykket videre at hun ikke følte det var nok oppfølging fra barneverntjenesten i oppveksten, og at moren til slutt flyktet til Spania for å komme bort fra bekymringsmeldingene.

«Siri» forteller:

«...» barneverntjenesten kom vel inn i bildet når eg va 2 år «...» men når eg va 3 år så blei eg henta av någen i barneverntjenesten og politi. «...» fordi mamma hadde vært veldig full midt på dagen mens eg va 3 år og hu tok piller og va heilt vekke. «...» eg har lest papirene mine i etterkant, eg huske ikkje alt men eg føle ikkje eg fekk någe oppfylling men eg gjorde sikkert det, du må jo det. «...» men så kom det igjen når eg va 10 år «...» men det va litt sånn brannslukking. Åsså når eg va 11 og 12 år så hadde de fått fleire bekymringsmeldinger og då flytta mamma meg med te Spania» («Siri» 23 år).

«Ida» forteller at moren selv hadde vært i kontakt med barneverntjenesten i sin barndom, og at de var innblandet i «Ida» sin barndom, men at hun visste lite om hjelpen de hadde fått. «Ida» og «Siri» ga beskjed til trygge voksne om alvorlighetsgraden i hjemmesituasjonen. «Ida» tok selv kontakt med skolens helsesøster og ga beskjed om at hun ikke orket å bo hjemme lengre i en alder av 14 år.

Hun forteller:

«...» Det har vel egentlig bare vore sånn vanlige møter med saksbehandler for å høre koss det går og sånn. «...» Liksom når me va yngre så va di ikkje sånn «det går fint, me ska hjelpa liksom» «...» det e någe eg tenke barnevernet sko jobbd litt meir med. Å gi meir omsorg og ikkje bare sånn faglig hvis du forstår ka eg meine» («Ida» 17 år).

«Leo», «Siri» og «Ida» lurte alle på hvorfor barneverntjenesten ikke hadde overtatt omsorgen for dem tidligere. Dette fordi det i barnevernpapirene deres var beskrevet flere akutte hendelser som følge av foreldenes psykiske helse og tilleggsvansker. De uttrykket at de skulle blitt plassert i fosterhjem tidligere, selv om de ikke hadde ønsket eller forstått det som barn. Alle er enig i beslutningen om å bli plassert i fosterhjem. «Leo», «Siri» og «Ida» sier avslutningsvis at de tror de hadde hatt mindre vansker med egen psykiske helse og relasjon til andre mennesker dersom de hadde blitt plassert i fosterhjem tidligere.

«Leo» forteller:

*«...» eg har alltid lurt på keffor barnevernet ikkje har tatt meg før. Fordi de tok meg ikkje før mamma gikk te barnevernet fordi hu ikkje ville eg sko bo hos morfar og onkel. «...» Siden hadde de tatt meg før, så hadde eg sikkert ikkje hatt så mye problemer med å ikkje ver selvstendige, «...» eg hadde sikkert ja, hatt et bedre kosthold. «...» eg syns det va dårlig at de ikkje tok meg før. Å eg hadde sikkert hata barnevernet då og, men eg har jo skjønt at det va mye bedre at de tok meg enn at eg hadde bodd hos mamma eller at de hadde sendt meg te onkel igjen. Fordi det hadde jo ikkje gått» («Leo» 17 år).*

Avslutningsvis forteller «Siri» at samfunnet rundt henne ikke virket mottakelige og trygge nok til at hun fortalte hvordan hun egentlig hadde det hjemme. «Siri» fortalte at barn i vanskelige situasjoner merker om voksne er usikre, og dette kan resultere i at barn stenger av og en mister viktig informasjon. Hun legger trykk på at de voksne må vise at de tåler å høre det barnet forteller.

*«...» mange ganger er det sånn at voksne spør, men samtidig så ser du at de nesten bare håpe at du ska sei at det går fint. Då vett di med seg sjøl at, jaja eg har jaffal spurt, åsså sleppe di å stressa med det» («Siri» 23 år).*

Alle informantene beskrev at manglende inngripen fra barneverntjenesten og samfunnet rundt når de bodde hjemme hos psykisk syk forelder, men fortalte om god hjelp når de flyttet i fosterhjem. «Ida» og «Siri» ga selv beskjed til trygge voksne om alvorlighetsgraden i hjemmesituasjonen som resulterte i plassering i fosterhjem. «Ida» tok som nevnt tidligere selv kontakt med skolens helsesøster, mens «Siri» snakket med mor til en god venninne.

#### **4.5. Erfaringer og råd til barneverntjenesten (E)**

Vi har frem til nå gjennomgått mye av informasjonen som fremkom i analyse av intervjuene knyttet til manglende informasjon og åpenhet, svak foreldrefungering og konsekvenser av det, nettverkets og trygge relasjoners betydning, manglende hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet for øvrig. I dette avsnittet skal jeg gå

nærmere inn på hvilke anbefalinger og råd informantene ønsket å gi til barneverntjenesten for å sikre bedre hjelp til barn og familier.

Alle uttrykte at de ønsket å møte trygge, varme og gode saksbehandlere eller kontaktpersoner som viser at de er klar for å høre og ta imot det barn og unge forteller. De ønsket økt fokus på å bygge relasjoner, å føle seg sett og hørt, og møte et barnevern som viser omsorg. «Siri» fortalte at hun fort fant ut om hun ville fortelle sin historie eller ikke til personen som kom inn i rommet. Det ramses opp mange egenskaper som må være tilstede for at barn skal føle seg komfortable. «Siri» er opptatt av at «maktfordelingen bør brytes» for at den voksne ikke skal virke så «skummel», og at dette kan gjennomføres ved at «barnet får bestemme» om andre skal være tilstede i samtalen og hvor den skal gjennomføres.

«Siri» forteller:

*«...» å snakke med barnet aleina. «...» du må ha et varmt kroppsspråk og varme øyne og vise at du tørr å ta imot. For som liten huske eg, ikkje av barneverntjenesten men av andre som sporte om det gjekk bra «...» så såg eg at di ikkje heilt ville hørra svaret. «...» Visa at du har interesse for det, så vise du at du bryr deg. «...» Passa på at barnet forstår ke du seie» («Siri» 23 år).*

Videre forteller «Ida» at hun opplevde vold hos far, og ble tvunget til å lyve til barneverntjenesten. Hun opplevde at barneverntjenesten trakk seg ut for tidlig og gav fort opp.

«Ida forteller»:

*«...» De hadde liksom nok med bevis på at eg opplevde vold hos pappa, men bare at eg sa det gikk fint og måtte lyga, fordi pappa sa eg måtte lyga, så gjekk de bare liksom. «...» litt rart å sei kjempa, men at de liksom ikkje liksom hjalp så mye i begynnelsen. «...» når eg faktisk sa ifra at eg trengte hjelp, då hjalp de veldig godt» («Ida» 17 år).*

«Leo» ønsket å bli plassert i fosterhjem da han var yngre. Dette fordi mors psykiske sykdom, manglende grenser og alkoholmisbruk påvirket han negativt. Han flyttet i fosterhjem som 14 åring, og anbefaler barneverntjenesten å ha mer kontakt inn mot skoler for å fange opp barn i omsorgssviktsituasjoner.

«Leo» forteller:

*«...» Uansett om eg hadde blitt sur på de eller ikkje, så sko de tatt meg før. «...» De bør gå meir inn på det, eeh å hørra med skoler om det e elever som ser ut som de ikkje har det bra «...» («Leo» 17 år).*

«Siri» hadde et sterkt ønske om å få mer informasjon hvordan en «vanlig» familie kunne fungere. Dette fordi hun ikke visste hun levde i omsorgssvikt. For hvordan kan barn i omsorgssviktsituasjoner vite at deres omsorgssituasjon ikke er god, hvis de ikke har kjennskap til hvordan majoriteten i samfunnet har det?

«Siri» forteller:

*«...» forklart på en måte ka som e normalt og ka som ikkje e normalt. «...» og gi eksempler på det. «...» Di visste kanskje at det gjør veldig vondt i magen når mamma eller pappa seie det, men de har kanskje tenkt at alle har det sånn hemma. For det e vanskelig å sei ka som e gale, når du ikkje heilt vett det sjøl» («Siri» 23 år).*

Alle informantene ønsket mer åpenhet, trygghet, omsorg, informasjon, inkludering og ildsjeler som virkelig kjemper for barn beste i møte med barneverntjenesten.

Det kan virke som informantene fikk lite eller ingen informasjon om hva barneverntjenesten hadde vurdert i kontakten og hvilken hjelp de eventuelt hadde fått. Samtidig kan det virke som «sakene» ble avsluttet uten at barna ble informert.

«Ida», «Siri» og «Liv» fortalte at barneverntjenesten gjennomførte barnesamtale i undersøkelsen. Både «Ida» og «Siri» ble på forhånd instruert av foreldrene på

forhånd og bedt om å lyve. «Ida» og «Siri» fortalte at de kunne ønske barneverntjenesten ikke gav opp så fort, og snakket med dem alene.

Alle la vekt på at det viktigste i møte med barn i vanskelige livssituasjoner er profesjonelle som viser omsorg, kjemper det lille ekstra og ikke gir opp. Videre at de bør gi tydelig informasjon, vise varme og ta seg tid til å bygge relasjoner med barn. I tillegg bør barnet snakkes med alene, og gjerne opptil flere ganger. Først da kan barn åpne seg og fortelle sin livshistorie.

#### **4.6. Oppsummering**

I dette kapittelet har jeg vist hvordan jeg har jobbet med analysen og hvordan jeg kom frem til de fem kategoriene og hovedtrekkene som var gjennomgående for informantene. Jeg redegjorde først for kategorien; mangel på informasjon og åpenhet, før jeg gikk inn på svak foreldrefungering og konsekvenser av det, nettverkets- og trygge relasjoners betydning, manglende hjelp og inngripen fra barneverntjenesten og samfunnet når de bodde hjemme med psykisk syk forelder. Avslutningsvis presenterte jeg informantenes råd og erfaringer til barneverntjenesten.

Kategori (A) handlet om mangel på åpenhet og informasjon rundt foreldrenes psykiske helse. «Siri» og «Leo» trakk frem informasjon om foreldrenes psykiske helse som viktig, og at dette kunne forhindret mye vansker i barne- og ungdomsårene. De beskrev at informasjon og større åpenhet ville hatt stor betydning for dem, og deres livssituasjon. Det kan virke som manglende åpenhet og informasjon om foreldrenes psykiske helse førte til redusert forståelse for deres oppførsel og væremåte. Dette medførte stor forvirring og usikkerhet for barna. Videre ble kategorien inndelt i to, da «Ida» og «Pål» uttrykket at de ikke behøvde informasjon om mors psykiske vansker, fordi de kjente foreldrene best, mens «Liv», «Leo» og «Siri» ikke fikk ønsket informasjon.

Kategori (B) handlet om svak foreldrefungering og konsekvenser av det. Alle informantene ga uttrykk for at foreldrenes fungering og psykiske lidelse gikk sterkt



utover foreldrefungeringen, og gjorde det vanskelig for foreldrene å ha fokus på deres behov. De forteller at det påvirket dem negativt i en eller annen form.

Alle med unntak av «Pål» fortalte også at foreldrenes svingende fungering og oppførsel mot dem påvirket deres egen psykiske helse i form av traumer, angst, depresjon, overvekt og anoreksi.

Kategori (C) handlet om nettverkets og trygge relasjoners betydning for barns utvikling. Alle informantene med unntak av «Ida» forteller at nettverket har spilt en stor rolle i deres liv, og for at de er hvor de er i dag. Med nettverk i denne sammenheng menes informantenes familie, venner og signifikante andre som kan ha betydd en forskjell i deres liv. Det kan være skole, barnehage, fotballtrener, fosterfamilie, behandler eller for eksempel barneverntjenesten. «Siri» la spesielt trykk på at hun gjennom sin venninnes familie fikk se hvordan en «normal» familiehverdag var, og det var først da hun fant ut at sin omsorgssituasjon ikke var god.

Kategori (D) handlet om manglende hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet for øvrig. Alle informantene uttrykket manglende inngripen fra barneverntjenesten og samfunnet rundt da de fortsatt bodde hjemme med psykisk syk forelder. De fortalte om god hjelp når de flyttet i fosterhjem. «Ida» og «Siri» ga selv beskjed til trygge voksne om alvorlighetsgraden i hjemmesituasjonen som resulterte i plassering i fosterhjem. Videre beskrives at de ikke visste omsorgssituasjon var unormal før de fikk observere hvordan andre familier hadde det. Dette var årsaken til at det tok så lang tid før de ga beskjed, eller at det ble fattet alvorlig nok bekymring som resulterte i plassering i fosterhjem.

Kategori (E) fokuserte på informantenes erfaringer og råd til barneverntjenesten. Alle fortalte at de ønsket åpenhet, trygghet, omsorg, informasjon, inkludering og ildsjeler som virkelig kjemper for barns beste i møte med barneverntjenesten. Videre ble det lagt vekt på at det viktigste i møte med barn i vanskelige livssituasjoner er profesjonelle som viser omsorg, kjemper det lille ekstra og ikke gir opp, er varme, sørger for at barnet forstår det som blir sagt og tar seg tid til å

skape trygge relasjoner med barn. Først da kan barn åpne seg og fortelle sin livshistorie. Avslutningsvis at barnet må snakkes med alene og gjerne opptil flere ganger.

I neste kapittel skal jeg drøfte problemstillingen min: «*Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre?*» For å gjøre dette skal jeg ta utgangspunkt i kategoriene og drøftingsspørsmål jeg har utarbeidet som følger av analysen.

Drøftingsspørsmålet er:

Hva sier informantene om oppvekst og hvordan kan deres erfaringer bidra til å bedre oppfølging av barn med psykisk syke foreldre?

## 5. Diskusjon

Fortellingene om å vokse opp med psykisk syke foreldre er sterke og svært ulike, men har likevel flere likhetstrekk.

I dette kapittelet skal jeg drøfte studiens funn og resultater i lys av relevant teori. Problemstillingen som skal besvares er: «*Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre?*».

I analyse av intervjuene var det særlig et begrep som utpekte seg som gjentakende, nemlig beskrivelser av ulike former for parentifisering. Derfor vil jeg i drøftingsdelen ha ekstra fokus på begrepet og forsøke å forklare dets betydning for barns utvikling.

Jeg har tatt utgangspunkt i resultatene, og utarbeidet et forskningsspørsmål som jeg skal forsøke å besvare ved hjelp av kategoriene; betydningen av informasjon og åpenhet, svak foreldrefungering og parentifisering, nettverket som beskyttelsesfaktor, manglende hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet, og erfaringer og råd til barneverntjenesten. Jeg henviser til kategoriene jeg utarbeidet i analysen (A) mangel på informasjon og åpenhet, (B) svak foreldrefungering og konsekvenser av det, (C) nettverkets og trygge relasjoners betydning, (D) manglende hjelp fra barneverntjenesten og samfunnet, og (E) erfaringer og råd til barneverntjenesten.

Kategoriene er delvis omformulert for å bedre kunne svare på drøftingsspørsmålet: Hva sier informantene om oppvekst og hvordan kan deres erfaringer bidra til å bedre oppfølging av barn med psykisk syke foreldre?

### 5.1. Betydningen av informasjon og åpenhet

«Liv», «Siri» og «Leo» fortalte i kategori (A) at mer informasjon og åpenhet ville hatt stor betydning for dem, og deres livssituasjon. Det kan virke som manglende åpenhet og informasjon om foreldrenes psykiske helse førte til redusert forståelse for foreldrenes oppførsel og væremåte. Dette medførte forvirring og usikkerhet for barna. Handler dette fortsatt om at psykisk helse i befolkningen fortsatt er et tabubegrep, som det ikke skal snakkes om?

Killèn (2010) påpeker at vi må bryte tausheten for å redusere tabu. De fleste situasjoner, der barn lever i risiko- eller omsorgssvikt, er preget av tabu der foreldrene eller barnets situasjon ikke snakkes åpent om. Barn kan også bli møtt med taushet fra samfunnets side. Dette karakteriseres som samfunnets omsorgssvikt og må avvikles. Voksne av foreldre med psykiske lidelser har for lengst fortalt sin historie for å få mer åpenhet rundt temaet (Killèn, 2010, s. 202 – 203). Hvorfor er da psykisk helse fortsatt et tabubegrep i samfunnet?

Jeg mener samfunnet må våge å snakke om tabubelagte tema, og våge å bry seg mer om medmennesker for at det skal skje en radikal endring på dette området. Dette er i tråd med det alle informantene forteller om at de ikke ble informert om foreldrenes psykiske sykdom som barn. De fant det enten ut selv, eller ble informert av offentlige hjelpeinstanser eller fosterforeldre. Det var kun «Liv» sin familie som fortalte om mors psykiske sykdom. «Leo» fikk beskjed om at mor var på sykehuset, men at hun bare var dårlig. Deretter fikk han gradvis vite at mor var psykisk syk, men det skulle gå flere år før han fant ut av hvilke diagnoser hun hadde. Fører ikke denne uvisheten til mer usikkerhet, redsel og tabu for barnet, slik som Killèn (2010) påpeker?

Ifølge forskning på området blant unge voksne var psykisk uhelse forbundet med tabu og fordommer. Det handlet om redsel for å miste «status» og for at andre skal få innsyn i problemene deres. De var i tillegg redde for å miste bilde av hvem de ønsker å være (Gudjonsson, 2017).

Det er mange årsaker til hvorfor psykiske lidelser er tabubelagt. Det kan handle om fordommer slik som nevnt ovenfor, og manglende forståelse fra medmennesker. En familiehemmelighet som har vært skjult i generasjoner. Det kan handle om skam over måten sykdommen kommer til uttrykk. Eller det kan være en forestilling hos foreldre at de skjerner barnet ved å ikke fortelle om psykisk sykdom (Glistrup, 2006, s. 42). Dette samsvarer med alle informantenes beskrivelser at de ikke fikk informasjon om foreldrenes psykiske lidelser før de var ungdommer eller voksne. Jeg tolker at det kan handle om skam, manglende innsikt i eget liv og et ønske om å skjermes barnet, men som virker mot sin hensikt.

Videre viser Glistrup (2006) til Inger Lise Nordenhof (2005) sin undersøkelse av hvordan 82 barn hadde fått informasjon om foreldrenes psykiske lidelse.

Bare 13 % hadde fått en skikkelig og ærlig forklaring, 27 % hadde ikke fått noe informasjon, mens resten hadde fått en uærlig og usikker forklaring. Det er tydelig at foreldre og nettverk har vanskelig for å føre en samtale med barnet om psykiske lidelser (Glistrup, 2006, s. 42). Så hva skal vi gjøre for å bryte tabuet og stillheten? Jeg mener vi må snakke åpent om psykisk helse, og barn må få nok informasjon til å forstå sin omsorgssituasjon. Dette fordi en forelder som blir psykisk syk, eller har ustabile/svingende perioder kan virke forvirrende for barnet som kan oppleve å miste sin forelder. Forelderen kan oppføre seg annerledes, fjern, ufølsom, skremmende eller voldsom (Glistrup, 2006, s. 42-43). Denne beskrivelsen samsvarer med alle informantene sine beskrivelser, særlig «Leo» uttrykket dette på en tydelig måte ved å si, «*då kunne eg sluppe å blitt så redde når mamma gikk rundt og sa at hu hørte stemmer*» («Leo» 17 år). Nettverket og omverden rundt hadde nok forsøkt å skjerme «Leo» fra mors psykiske vansker ved å definere at hun var «dårlig» og måtte på sykehuset. «Leo» selv er tydelig på at han hadde ønsket informasjon om forelderens psykiske sykdom for å forstå hvorfor atferden og reaksjonene var som de var. Jeg mener at barn sviktes hvis de ikke informeres om foreldrenes psykiske vansker og fremtoning. Tidligere het det: «*det barn ikke vet, har de ikke vondt av*», men det har vist seg å være helt motsatt «*det barn ikke vet, har de vondt av*» (Glistrup, 2006, s. 13).

«Siri» var svært tydelig at det var viktig for henne å få informasjon om at de tingene som ble gjort og sagt mot henne ikke var lov, eller vanlig. Jeg tolker at det handler om å ville forstå egen omsorgssituasjon, og sette ord på det som er vanskelig.

I Finland har skolene fysisk og psykisk helse som et eget fag, på lik linje med gym og seksuell helse (Gudjonsson, 2017). I Norge har vi endelig begynt å tenke i samme retning. En undersøkelse i regi av høyskolen i Oslo og Akershus i 2017 viste at 28 % av ungdommene var triste eller deprimerte. Resultatet blir mental helse inn som et eget fag innen utgangen av 2020 på alle videregående skoler (Jon-Fredrik Klausen, 2018).

Det er viktig at samfunnet retter fokus mot psykisk helse, selv om det ut fra intervjuene kan virke som befolkningen fortsatt følger sitatet «*det barn ikke vet, har de ikke vondt av*» (Glistrup, 2006, s. 13).

Barn skal ha informasjon om foreldrenes psykiske lidelse, og denne påstanden forsterkes ved at «Siri», «Liv» og «Leo» uttrykket hvor stor betydning informasjon

hadde betydd for deres liv. Glistrup (2006) refererer videre til Bowlby (2003) og Stern (2003) sin forskning som viser til at barn merker og følger foreldrenes følelser. Barna har behov for å sette disse følelsene inn i en sammenheng som barna forstår. De har videre behov for å forstå hva de opplever uten å føle skyld. Vi skal derfor hjelpe foreldrene med å forklare barnet hva som er galt, hvordan de skal håndtere vanskelige situasjoner og hvordan forstå hva som skjer (Glistrup, 2006, s. 109). Videre sier også Almvik og Ytterhus (2004) at informasjon om foreldrenes psykiske helse er viktigst for at barna skal ha en forståelse og kunne å kunne avklare og øke sin bevissthet rundt sin egen situasjon (Almvik & Ytterhus, 2004, s. 72).

Hensikten med å snakke med barnet og gjerne foreldrene er at barnet skal føle seg sett og hørt som vanlige barn. Når profesjonelle hjelper familier ved å snakke med barnet om psykisk helse, er det viktig å snakke om det barnet allerede merker, vet og ser. Videre må det på generelt grunnlag informeres om psykiske lidelser, det vi vet om barnets foreldre og deres psykiske lidelse og generalisere psykiske lidelser slik at barnet vet det ikke er alene om å ha foreldre med vansker (Glistrup, 2006, s. 109-112).

Psykiske vansker kan gi uklare symptomer foreldrene selv ikke alltid forstår. Når symptomene er nye og uklare, vil de kunne skape usikkerhet og virke skremmende for dem som rammes. I denne fasen vil ofte foreldrene være ute av stand til å gi barna god nok informasjon om sykdommen. Dersom barn ikke får tilstrekkelig informasjon kan dette føre til at barna lager sin egen versjon av foreldrenes vansker som er mer akseptert enn å streve med psykiske vansker (Almvik & Ytterhus, 2004, s. 71-72). Etersom alle informantene bodde sammen med sine foreldre til de var over 10 år og ingen fikk informasjon om foreldrenes psykiske helse, kan vi anta at barna laget egne versjoner over hva som var galt med foreldrene, eller enda verre, trodde det var normalt. Her blir det avgjørende at det profesjonelle hjelpeapparatet informerer barna i samråd med familien (Almvik & Ytterhus, 2004, s. 72).

«Siri» ønsket informasjon om hvordan en «normal» familie kunne fungere, og sier: «...»*Det e vanskelig å sei ka som e galt, når du ikkje vett det sjøl*» («Siri» 23 år).

Jeg tolker dette som at «Siri» trodde sin omsorgssituasjon var normal, og at det derfor var vanskelig å si ifra til barnehage, skole, barneverntjeneste eller nettverk uten informasjon om hvordan en normal familie kunne fungere. «Ida» og «Pål» trengte ikke informasjon om foreldrenes psykiske sykdom fordi de selv visste best

hva som feilet dem. Det er nærliggende å anta at barn som ikke får informasjon om foreldrenes psykiske sykdom skaper sterkere versjoner av hva som er galt. «Ida» og «Pål» virket derimot å vite svært lite, utover at mor var «ustabil».

Beskrivelsene i kategori (A) viser at åpenhet og informasjon rundt psykisk helse kan bidra til at barn, unge og deres familier får en mer oversiktlig og avklart livssituasjon. Dersom samfunnet og nettverket rundt barn i større grad inkluderes, og det er økt fokus på informasjon til barn om psykisk helse, vil dette kunne bidra til økt forståelse for egen omsorgssituasjon. Dette kan igjen resultere i at flere barn gir tidligere beskjed, og det kan meldes bekymring til barneverntjenesten på et tidligere tidspunkt. Dette vil kunne skape en situasjon preget av økt forståelse. Samtidig vil det i større grad kunne være mulig å hjelpe barn og familier på et tidligere tidspunkt dersom disse barna fanges opp. Om det er barneverntjenesten, skole, barnehage, nettverk, senter for pårørende eller psykiatrisk sykehus som informerer barn om foreldrenes fungering og psykiske helse er ikke det viktigste. Det viktigste er at trygge voksne med kompetanse på området gir barna nok informasjon slik de ikke skal måtte være usikre og oppleve «vondter» i magen og gruble over hvorfor foreldrene er som de er, slik «Siri» fikk erfare i sin oppvekst.

#### **5.2.5.2. Konsekvenser av svak foreldrefungering og parantifisering**

Hovedfunnene i kategori (B) viser at foreldre med psykiske lidelser ofte har tilleggsvansker med alkohol- og/eller pillemisbruk. Dette kan handle om måter å lindre tankekjør og vansker for å unngå hverdagsrealiteter (Cleaver, Unell & Aldgate, 2011, s.1).

Foreldrenes vansker og behov tok ofte store deler av fokuset i hverdagen. Alle informantene lærte seg strategier for å være mest mulig medgjørlige og selvstendige, derav ble ikke behovene deres ivaretatt i tilstrekkelig grad. «Ida» og «Siri» beskrev også utøvelse av psykisk og fysisk vold.

Dette samsvarer med det Kvello (2015) påpeker, om at psykisk sykdom påvirker foreldrefungeringen og at deres personlighet har mye å si for omsorgen de gir sine barn. Faktorer som mentaliseringsevne, sensitivitet, ansvarlighet, impuls kontroll,

selvbilde og tillit til andre er trekk som vil bli svekket av psykiske lidelser (Kvello, 2015, s. 252).

Videre påpeker også Torvik og Rognmo (2011) at barn av psykisk syke foreldre har en forhøyet sannsynlighet for å bli utsatt for omsorgssvikt, fysisk og psykisk mishandling (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5-6).

Vi vet at barn helt fra de er født, er avhengig av å skape en relasjon og tilknytning til sine omsorgspersoner. Hvordan vil foreldrefungeringen påvirke barna, og hvordan vil de utvikle seg når de hele tiden kommer i andre rekke og nedprioriteres? Vil ikke dette bli en del av barnas indre arbeidsmodeller?

Killèn (2009) viser til at barn, avhengig av hvordan deres emosjonelle og fysiske behov ivaretas, enten vil utvikle tillit eller mistillit til verden (Killèn, 2009, s. 118). Her trekker jeg frem «Siri» som et godt eksempel på hvordan mors fungering påvirket hvordan hun forholder seg til andre på.

*«...» eg trenge heile tiå bekræftelse på at eg gjør noe riktig, at eg e god nok. «...»  
Eg kan ver litt skeptiske te folk, om deiras intensjoner («Siri» 23 år).*

Antakelsene samsvarer med Killèn (2013) sin forklaring på at barn utvikler «indre arbeidsmodeller» som et resultat av tilknytningserfaringer i barndommen. Arbeidsmodellene preger måten vi forholder oss til andre på i nære relasjoner, særlig som omsorgsperson. Arbeidsmodellene vi utvikler lærer oss hvordan foreldre og barn skal være, og hvordan forholdet mellom dem skal være. I tillegg til forhold mellom foreldre og barn lærer vi hvordan forholdet til medmennesker skal være (Killèn, 2013, s. 66).

Kategori (B) viser at alle informantene strever med lav selvtillit, har vansker med å stole på andre mennesker og deres intensjoner. Videre at sosiale relasjoner kan slite ut fordi en alltid er «på vakt» og analyserer situasjoner og mennesker. Vi kan med høy sannsynlighet anta at svak foreldrefungering kan resultere i at barna får en negativ oppfatning av seg selv, og sine medmennesker. Jeg mener at dette kan føre til lavt selvbilde og manglende tillit til andre.



Så hva kreves egentlig av foreldre for at barnet skal få en god og trygg oppvekst?

Ifølge Killèn (2013) er faktorer som manglende erkjennelse og respekt for barnets behov, lite engasjement i barnets liv og manglende positive emosjoner knyttet til barnet, foreldres uforutsigbare personlighet og livsstil, og det å sette egne behov først er faktorer som vil hindre et «godt nok» foreldreskap og omsorgssituasjon (Killèn, 2013, s. 75). Dette samsvarer med kategori (B) der alle informantene beskrev mødre med lite engasjement, manglende fokus på barnets behov og positive emosjoner knyttet til barnet. Felles for alle, sett bort fra diagnoser, var en beskrivelse av mødre med svært ustabil fungering. Dette kan tyde på at det ikke er vesentlig hvilke diagnoser foreldre har, men hvordan den påvirker foreldrefungeringen.

Vi har frem til nå sett på at foreldrenes psykiske vansker og de konsekvensene det bringer med seg, kan ha en negativ påvirkning på barnets utvikling. Vi har også sett at forskning viser at det er en stor andel barn som klarer seg bra til tross for foreldrenes psykiske lidelser. Dette samsvarer med det Aalbæk og Glistrup (1997) påpeker om at det viktig å understreke at mange barn av psykisk syke foreldre ikke utvikler psykososiale vansker, men at de har økt risiko for å utvikle vansker, sammenlignet med barn som vokser opp med psykisk friske foreldre. Det er her snakk om somatiske, psykiatriske, emosjonelle, kognitive og interpersonelle vansker (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 31). Alle informantene utviklet vansker som følger av foreldrenes psykiske vansker og ustabile fungering. Informantene forteller om psykiatriske, emosjonelle og interpersonelle vansker. Ifølge forskning kan det også oppstå kognitive og somatiske vansker hos barn i omsorgssviktsituasjoner. Disse vanskene kan ha vært tilstede hos informantene mine selv om det ikke fremkom informasjon om det i intervjuet.

Vi vet at vi ikke utelukkende kan vende blikket mot foreldrenes psykiske lidelser når barnets omsorgssituasjon kartlegges og årsak til psykiske vansker utredes. Vi vet også at barn av psykisk syke foreldre har høyere risiko for å utvikle vansker (Grøholt, Garløv, Weidle & Sommerschild, 2015, s. 259) men hvorfor er det egentlig slik at noen klarer seg bedre enn andre?

Grøholdt, Garløv, Weidle og Sommerschild (2015) påpeker at det er ulike faktorer som påvirker et barns psykiske helse. Det kan være biologiske og genetiske faktorer, foreldrenes psykiske helse, eller miljømessige påvirkninger som mobbing

og utenforskap. Hovedtrekkene i analysen viser at alle informantene ble påvirket av foreldrenes psykiske vansker og ustabilitet som utpekte seg på ulike måter.

Det fremkom ikke informasjon om mobbing og utenforskap i studien, men det regnes som viktige faktorer som kan oppstå dersom barn fremstår annerledes sammenlignet med andre på egen alder, disse faktorene kan forsterke et barns negative selvfølelse. Barn kan også påvirkes av genetiske og biologiske forhold gjennom arv og miljø. «Liv» fortalte blant annet at hun alltid har vært følsom og skjør. Dersom spørsmålene i intervjuguiden hadde vært mer spesifikke ville det muligens fremkommet informasjon om temaet.

Killèn (2012) viser til at barn utvikler overlevelsesstrategier for å mestre sin omsorgssituasjon. De overlevelsesstrategiene barnet velger, avhenger av omsorgssvikten, barnets genetiske potensiale, sensitivitet, kreativitet, intellektuelle kapasitet og fysiske utvikling. En fare her er at barnets intellektuelle kapasitet og fysiske utvikling kan stoppe opp, fordi barna hele tiden er i beredskap (Killèn, 2012, s. 135). Dette samsvarer særlig med «Siri» og «Liv» sine beskrivelser av at de analyserte og fortsatt analyserer mennesker og situasjoner, og forsøkte å være mest mulig medgjørlige, stille og pliktoppfyllende for å beholde freden i huset. Dette snudde i tenårene da ungdommene tok igjen, og var lei av å være pliktoppfyllende og stille. Selvskading, innesluttethet, utagering, frustrasjon og sinne er noen av reaksjonene som har blitt beskrevet. Studie viste også at «Siri» og «Pål» hadde fullført videregående, mens «Ida», «Leo» og «Liv» var i ferd med å fullføre videregående skole. Alle beskrev at de hadde et sosialt nettverk med minst en god venn. Dette viser at til tross for en utfordrende oppvekst, smertefulle og grusomme opplevelser og relativt lite støtte i nettverket, viser de kanskje mindre vansker enn det vi kanskje hadde forventet når vi får innsyn i alt det grufulle de har blitt utsatt for. De må, som Grøholdt mfl. (2015) påpeker; ha en iboende biologisk kraft i seg som gjør at de klarer seg til tross for belastninger. Kategori (B) viser at alle strever i ulik grad og omfang med ulike former for depresjon, angst og traumer. Felles for alle er en følelse av usikkerhet og uforutsigbarhet.

Hvilke konsekvenser har det for barn å vokse opp med psykisk syke foreldre? Og hvordan påvirkes barn av å føle skyld og usikkerhet, og alltid være nedprioritert i relasjonen med foreldrene? Det er allerede vist til at barn av psykisk syke foreldre

har en forhøyet risiko til å bli utsatt for vold, overgrep og mishandling, men hvordan påvirker dette egentlig barnas helhetlige livssituasjon?

Aalbæk og Glistrup (1997) viser til at barn av psykisk syke foreldre oftere viser symptomer på psykiatriske lidelser, i tillegg til emosjonelle og atferdsmessige vansker (Aalbæk & Glistrup, 1997, s. 36-37). Nyere studier viser også at 50 % av barn med psykisk syke foreldre vil bli rammet av depresjon minst en gang innen de er voksne (Killen, 2000, s. 93). Dette samsvarer med funnene i kategori (B) som viser at alle informantene i ulik grad opplever eller har opplevd vansker med egen psykiske helse, emosjonelle, sosiale og atferdsmessige utfordringer, som følger av en utrygg omsorgssituasjon og svak foreldrefungering. Videre viste kategori (B) at foreldrenes svake foreldrefungering og barns utrygge omsorgssituasjon førte til vansker i form av traumer, angst, depresjon, anoreksi og lav selvfølelse. «Siri» og «Liv» fortalte også om innleggelser i psykiatrien. Vi kan her anta at det hadde vært lavere sannsynlighet for at de ikke utviklet psykiske, emosjonelle og sosiale vansker, dersom de hadde vokst opp i en omsorgssituasjon med «god nok» omsorg, slik Killèn (2013) påpeker.

Analysen viste at alle informantene tok store deler av ansvaret hjemme ved å ordne mat og passe søsken, stå opp og komme seg på skole selv, rydde og vaske hus. «Leo» fortalte at han som ung måtte legge moren om kvelden de gangene hun hadde drukket for mye, og rydde bort ølbokser og piller fra gulvet. Alle beskrev det som slitsomt og utmattende å måtte ta så mye ansvar hjemme. «Ida» beskrev det som så strevsomt at hun til slutt ga beskjed om at hun ikke ville bo hjemme. Samtidig beskrives erfaringene som positive fordi «Ida» lærte hvordan hun skulle ivareta og gi mat til barn, rydde og vaske hus.

Hva gjør det egentlig med barn å måtte ta så mye ansvar hjemme, og hvordan påvirker dette barndommen?

«Ida» og «Leo» sine beskrivelser samsvarer med begrepet Parentifisering som handler om å gi barn oppgaver som normalt gjennomføres av omsorgsgivere (Haugland, B, 2006, s. 212).

Kvello (2015) omtaler parentifisering eller rollereversering handler om at barnet trekkes inn i de voksnes livsverden og tema eller oppgaver de ikke er modne for. Parentifisering klassifiseres som en form for omsorgssvikt (Kvello, 2015, s. 214).

Killèn (2012) beskriver mestring – og overlevelsesstrategier som en måte å beskytte seg mot omsorgssvikten, for å skape seg en viss kontroll over situasjonen eller opplevelse av kontroll (Killèn, 2012, s. 135-141). Dette samsvarer med alle informantenes beskrivelse av at voksenansvaret ble deres strategi for å overleve.

Kvello (2015) beskriver videre at det finnes ulike former for parentifisering, en praktisk, to emosjonelle og en der barnet brukes som middel for å ramme andre for eksempel i familiekonflikt. Den praktiske typen som innebærer å gi barnet urimelige gjøremål. For eksempel å passe søsken, husarbeid eller å arbeide for å tjene penger til familien. Emosjonell parentifisering innebærer å inkludere barn i temaer det er for lite til å forstå ut fra alder og modenhet. Det gjelder for eksempel foreldrenes kjærlighetsliv, intime detaljer og å bruke barnet som trøst. Den kontrollerende eller straffende betegnes ved at barnet styrer den voksne ved å true, kjeft, ignorere, trasse eller kommandere (Kvello, 2015, s. 214).

Dette samsvarer med alle informantenes beskrivelser av å måtte ta ansvarsoppgaver de ut fra alder og fungering ikke var modne nok til å ta. «Ida» ble oppdratt som en bestevenninne, og ikke som en datter. Dette resulterte i at hun allerede i 11 års alderen fikk intime detaljer om mors kjærlighetsliv og innblikk i samtaler om mors venninner. Hun ble utsatt for emosjonell parentifisering. «Ida» forteller videre at hun nå synes det er forferdelig at hun ble inkludert i voksentema hun var for ung til å forstå. Hun beskrev også at ansvaret hadde fått positive ringvirkninger for henne i voksenlivet, fordi det hadde forberedt henne på å klare seg selv.

Vi vet at parentifisering kan føre til store belastninger, ansvar og svekket syn på egenverd for barn og ungdom. Spørsmålet er om det likevel kan ha noen positive ringvirkninger for barn, slik «Ida» beskriver?

Analysen viste at alle informantene hadde både positive og negative erfaringer med å vokse opp med psykisk syke foreldre. Alle beskriver stort sett erfaringene som negative, men at det også har ført til positive ringvirkninger. Alle unntatt «Leo» forteller at det har resultert i at de er mer omsorgsfulle, følsomme, gode menneskekjennerne, og alle ønsker å jobbe for å hjelpe andre mennesker. Videre at

det har lært dem å ta ansvar og bli mer robuste for å takle motgang. «Siri» fortalte særlig at det har ført til økt kompetanse for å håndtere andre menneskers vansker og være lydhør for deres historier på et langt mer voksent nivå enn jevnaldrende, og også mange voksne.

Haugland (2006) hevder at parentifisering kan gi positive og negative konsekvenser for barnet. Dette karakteriseres ved adaptiv og destruktiv parentifisering. Ved adaptiv parentifisering har barnet store omsorgsoppgaver. Oppgavene er ofte avgrenset i varighet og barnet mottar støtte fra andre. Parentifiseringen er destruktiv når barna har oppgaver som er for store i forhold til alder og fungering. De mottar ingen anerkjennelse eller støtte for innsatsen. Her brytes roller, forpliktelser og generasjonsforpliktelser (Haugland, B. 2006, s. 211-214).

Videre betegner Haugland (2006) de positive sidene ved adaptiv parentifisering ved økt selvfølelse og kompetanse, samt at barn er motiverte til å vise omsorg for personer som er viktige for dem. At deres hjelp er behøvd, kan føre til at barna føler seg viktige. Dette kan igjen fører til økt selvfølelse hos barnet. Parentifiserte barn har ofte gode evner til å forstå andres forventinger, behov og følelser. Barn kan oppleve økt kontroll og nærhet til sine omsorgspersoner gjennom å ivareta og vise omsorg, og har derav mer kontroll over skremmende atferd. Parentifiserte barn beskriver ofte at det har styrket dem, gjort dem uavhengige, empatiske og kompetente (Haugland, 2006, s. 214-218).

Dette samsvarer med alle informantenes uttalelser om at de har klart seg relativt bra til tross for utfordringer. Det er likevel nærliggende å anta at de positive sidene ved parentifisering og det å vokse opp med psykisk syke, utrygge og utilgjengelig foreldre ikke veier opp for de negative sidene.

Haugland (2006) beskriver at parentifisering kan hemme sosial utvikling, skoleprestasjoner, selvfølelse, identitet, det kan føre til psykiske problemer, parentifisering av egne barn og uheldige personlighetstrekk som følger av at de ikke har fått dekket grunnleggende omsorgsbehov (Haugland, 2006, s. 214-218).

Dette samsvarer også med funn i studien som viste at «Siri», «Liv» og «Ida» strevde med sosial utvikling, samspill med andre, svekket selvfølelse og psykiske vansker.

Haugland (2006) beskrivelser samsvarer med det Kvello (2015) sier om at de negative konsekvensene er for omfattende, at disse barna har en forhøyet sannsynlighet til å utvikle psykiske og sosiale vansker (Kvello, 2015, s. 252). Killèn (2013) påpeker også at det er en klar sammenheng mellom psykiske lidelser hos foreldre og barns psykiske forstyrrelser (Killèn, 2013, s. 75).

Det er av den grunn nærliggende å anta at de positive konsekvensene ved parentifisering og det å vokse opp med psykisk ustabile foreldre overskygges av de negative konsekvensene, slik Haugland (2006) påpeker ovenfor. Dette samsvarer med «Ida», «Siri» og «Leo» sine beskrivelser som viser at de negative konsekvensene virker å overskygge de positive. De fortalte at de kunne ønske barneverntjenesten overtok omsorgen for dem på et tidligere tidspunkt, og at de på den måten kunne unngått å utvikle usunne strategier, skepsis til andre menneskers intensjoner, utsettes for gjentatte alvorlige hendelser og omsorgssvikt som de fortsatt er preget med bivirkninger av.

Alle informantene uttrykket at foreldrenes svake og uforutsigbare foreldrefungering samt psykiske lidelse førte til alkohol- og/eller pillemisbruk og arbeidsledighet. «Siri» og «Ida» beskrev redusert kontakt med nettverk og omverden. De beskrev også fysisk og psykisk vold fra mor og stemor. «Leo» beskrev at morfar ikke hadde behandlet hans mor bra som barn, og «Liv» beskrev at stefar var årsaken til morens psykiske lidelser og alkoholmisbruk. Dette samsvarer med det Kvello (2015) påpeker om at en risikofaktor, kan føre til andre risikofaktorer. For eksempel kan psykiske lidelser føre til risikofaktorene arbeidsledighet, vold, rusmisbruk og et svakt fungerende nettverk. Flere risikofaktorer parallelt vil øke sannsynligheten for at barnet utvikler vansker (Kvello, 2015, s. 246 og 254). I slike tilfeller vil det være avgjørende å vurdere om det foreligger beskyttende faktorer som kan kompensere for risiko. Støttende nettverk, signifikante andre og egenskaper ved barnet, og dets aldersadekvate utvikling, er beskyttende faktorer som er særlig virksomme mot risiko (Kvello, 2015, s. 246-247). Nettverkets og hjelpeapparatets rolle skal vi se videre på i de neste punktene.

### 5.3. Nettverket som beskyttelsesfaktor

Kategori (C) viser at alle informantene med unntak av «Ida» beskrev minst en trygg relasjon i nettverket. De trygge relasjonene var besteforeldre som døde tidlig, venner og venners familier, samt helsepersonell og barneverntjenesten. De var ikke nettverk som i stor grad overtok omsorgen for foreldrene, men de var trygge voksne som informantene fikk dele vanskelige og kjekke stunder med. «Siri», som nevnt tidligere, la spesielt uttrykk på at hun gjennom sin venninnes familie fikk se hvordan en «normal» familiehverdag var, og det var først da hun fant ut at hennes egen omsorgssituasjon ikke var god. Hvor viktig er egentlig et godt nettverk for barn med utfordrende omsorgssituasjoner, og kan det ha betydning for deres psykiske helse? Særlig i tilfeller hvor det er sporadisk kontakt?

Grøholdt (2015) påpeker at viktige egenskaper som styrker resiliens er utadvendthet hos barnet, varme, kontroll, følelsesmessig stabilitet og åpenhet. Videre at sosial støtte er en viktig faktor. Barn som opplever et godt forhold til foreldre, søsken, øvrige familie, og opplever at deres emosjonelle og praktiske behov blir ivaretatt har økt sannsynlighet for å utvikle resiliens. Samtidig vil også sosial støtte fra noen som har opplevd det samme traume, eller er kjent med traume kunne bidra til dette (Grøholdt m.fl., 2015, s. 261-262). Det kan derfor være nyttig å delta på gruppebehandling eller kurs.

Dette samsvarer med «Liv» og «Pål» sine uttalelser som hovedsakelig opplevde støtte fra helsepersonell, barneverntjenesten og venner, da mor eller mormor ikke kunne. Studien viser at hjelpen og støtten i hverdagen hadde stor betydning for informantene som uttrykker at de ikke hadde vært hvor de er i dag, hvis det ikke var for støtten de fikk. Samtidig uttrykker de vansker med egen psykiske helse, som kan ha sammenheng med at de som barn ikke fikk mulighet til å utvikle resiliens i stor nok grad.

Killèn (2009) påpeker to ulike nettverkstyper i familier med omsorgssvikt. Familien kan ha et isolert forhold til nettverket der ofte foreldrene har trukket seg bort. Dette samsvarer med «Siri» sin beskrivelse av at mor ekskluderte nettverket i oppveksten, men som per dags dato er en viktig støtte for «Siri». Den andre typen handler om konfliktfylte forhold til et avvisende eller belastet nettverk. Denne typen samsvarer

med «Leo» sine beskrivelser av et nettverk med konflikt, manglende grenser og en belastet arv der morfar ikke behandlet egne barn bra (Killèn, 2009, s. 246). Dette viser at foreldre i noen familier skyver bort nettverket, eller at nettverket i seg selv ikke er en god oppvekst-arena for barn. Det blir da viktig å vende blikket mot venners betydning og signifikante andre, for eksempel fotballtrener, naboer eller skole.

Alle beskrev nettverk utenfor biologiske familie når de fortalte om viktige voksne som har betydd mye i deres oppvekst. Alle fortalte at disse «signifikante andre» betydde mye for deres utvikling. «Pål», «Siri» og «Leo» beskrev også bestemor som en viktig og trygg person i deres liv. Både «Pål» og «Leos» bestemor døde tidlig og «Siri» hadde lite kontakt med sin bestemor før hun flyttet i fosterhjem som 14 åring.

Deres beskrivelser samsvarer med det Killèn (2009) påpeker om at barns eget nettverk i barnehage, skole, fritidsaktiviteter eller nabolaget kan ha stor påvirkning på barnet. Videre at barnets opplevelser av nettverket kan få store betydninger for deres sosiale utvikling og syn seg selv. Barn utsatt for omsorgssvikt har ofte omfattende belastninger og lav sosial status, som kan vanskeliggjør deres relasjoner til andre grunnet manglede mulighet til sosial utvikling. Ofte har de fra hjemmet fått lite hjelp til å regulere følelser. Dette kan også by på problemer i møte med jevnaldrende og signifikante andre. Disse barna har økt risiko for å bli mobbet, ekskludert og ende opp som syndebukker. For noen barn kan nettverket regnes som en ressurs der andre barn og voksnes tilknytning kan ha mye å si for dets utvikling og mestring (Killèn, 2009, s. 250-251).

«Siri», «Liv» og «Leo» beskrev hvor mye nettverket betydde for deres utvikling. På bakgrunn av informasjonen vi har om nettverk, kan vi med stor sannsynlighet hevde at nettverket både kan ha negativ og positiv påvirkning. I familier med belastede og konfliktfylte nettverk vil hyppig kontakt kunne medføre at barnet tilegner seg usunne mestringsstrategier.

Killèn (2009) hevder videre at de barna som klarer seg best i omsorgssviktfamilier, er de som har tilknytningen til en trygg voksen utenfor familien (Killèn, 2009, s. 251). Det var gjennomgående i studien at alle informantene som barn og ungdom hadde en følelse av usikkerhet, og om å være alene i sin situasjon. Samfunnet rundt fanget barna for sent, og «Siri» og «Ida» ble i tillegg tvunget til å lyve til



barneverntjenesten. «Siri» fortalte at venninnens familie alltid passet ekstra godt på henne og tok henne med på aktiviteter. «Liv», «Ida» og «Siri» fortalte at de forsøkte å ta minst mulig plass ved å være medgjørlige og flinke barn. «Leo» beskrev at moren alltid var opptatt av at leksene var fulgt opp, og at han av den grunn trodde at skolen ikke fattet bekymring. Alle informantene opplevde at de voksne ikke ville høre om problemene deres, og særlig «Siri» opplevde at voksne ønsket hun skulle svare at alt det gikk greit når hun fikk spørsmål om hjemmesituasjonen.

Det var gjennomgående at alle informantenes beskrivelser av seg selv som barn var knyttet til ord som: «rar», «tjukk», «stille», «skeptisk». Alle beskrev minst en venn som de tilbrakte tid sammen med. Studien viser at informantene i voksen alder fortalte om flere gode relasjoner med venner, kjæreste, familie eller fosterfamilie. Alle beskrev et redusert eller mindre godt, og sunt forhold til egne biologiske foreldre per dags dato. Det er av den grunn viktig å kartlegge nettverket slik Killèn (2009) påpeker, for å vurdere om nettverket er en belastning eller ressurs for barn i omsorgssviktsituasjoner, og sørge for å inkludere nettverk som kan være en ressurs for barnet (Killèn, 2009, s. 251).

Grøholdt (2015) beskriver på lik linje med Killèn (2009) nettverket som en ressurs for barns utvikling. I risikosituasjoner kan nettverket inkluderes ved nettverksmøter for å redusere risiko rundt barnet. Dersom barnet selv er i risiko for å utvikle psykiske lidelser kan nettverket inkluderes, og barneverntjenesten kan for eksempel iverksette besøkshjem, veiledning eller støttekontakt med formål om å bedre eller hindre utvikling av psykiske lidelser (Grøholdt, m.fl. 2015, s. 351).

Nettverket og trygge relasjoner betød mye for informantenes utvikling, men det kunne ikke kompensere for de store manglene og omsorgssvikten informantene opplevde hjemme. Dermed ble alle, med unntak av «Liv», plassert i fosterhjem i alderen 10-14 år. «Liv» som ikke ble plassert i fosterhjem og bodde hjemme til fylte 18 år virket å ha størst vansker med egen psykiske helse. Dette må selvsagt ses i sammenheng med genetisk sårbarhet og biologi.

Hvilken betydning har trygge relasjoner og nettverket for barn, og hva kan det bety for dets psykiske helse? Vi har allerede sett på hva nettverket kan bety for barnets utvikling av selvfølelse, men hvordan kan dette direkte eller indirekte påvirke barns utvikling av psykiske lidelser?

Kvellos (2015) risiko- og beskyttelsesfaktorer viser at positive nettverk som investerer mye tid med barnet, er en beskyttende faktor for å ikke utvikle vansker. Likeså er barnets aldersadekvate fungering og prososiale vennskap (Kvello, 2015, s. 250-252).

Vi kan anta at alle som knyttet trygge og gode relasjoner til signifikante andre i nettverket, fikk mulighet til å etablere økt mestringsfølelse og trygghet til å søke hjelp, og betro seg til andre.

Trygg tilknytning karakteriseres ved at barnet aksepteres av sine omsorgspersoner, som er snille, sensitive og handlekraftige overfor barnet. Barnet fremstår som harmonisk og tillitsfull. Barnet karakteriseres ved å ha normal regulering med mestringsstrategier basert på integrerte emosjoner og refleksjoner (Kvello, 2015, s. 89). For å skape en trygg tilknytning innebærer dette at omsorgspersonene tar stor del i barnets liv, for å kunne kompensere for foreldrenes mangler eller psykiske lidelse. Felles for informantene var at det ikke var noen i barndommen som tok så stor rolle i deres liv, at det kunne kompensere for forelderens mangler. Så hva kan trygge, «av og til» relasjoner ha å si for barnets psykiske helse? Forskning viser at barn med trygg tilknytning fungerer bedre med jevnaldrende barn, de er mer empatiske, glade og har lettere for å utvikle vennskap fylt med glede. De utrygge barna hadde vanskeligere for å utvikle vennskap, var mer kontrollerende, mindre glade og responderende (Killèn, 2009, s. 62). Her kan vi tenke oss at trygge relasjoner kan bidra til at utrygge barn, blir tryggere.

Alle informantene opplevde støtte fra helsepersonell eller privatpersoner i nettverket. Beskrivelsene kan tyde på at relasjonen som ble knyttet som barn bidro til at deres omsorgssituasjon ble mer overkommelig der og da, og som igjen førte til at de lettere kunne håndtere fremtidige utfordringer.

#### **5.4. Manglende hjelp barneverntjenesten og samfunnet**

Alle informantene beskrev at de opplevde manglende inngripen fra barneverntjenesten og samfunnet rundt da de fortsatt bodde hjemme med psykisk syk forelder. De forteller derimot om god hjelp når de flyttet i fosterhjem i alderen 10-14 år. «Ida» og «Siri» ga selv beskjed til trygge voksne om alvorlighetsgraden i

hjemmesituasjonen. «Ida» tok kontakt med skolens helsesøster og ga beskjed om at hun ikke orket å bo hjemme i en alder av 14 år. Hvorfor ble det slik at ungdommene opplevde at barneverntjenesten og samfunnet ikke grep inn og avhjalp situasjonen? Antakelsene her er mange. Dette kan ha sammenheng med at barneverntjenesten ikke hadde innsikt i hvor alvorlig barnets situasjon var, enten fordi omsorgssituasjonen ble dekket over og holdt skjult, leksene ble kanskje gjort slik «Leo» beskrev, eller barnets basale behov fulgt opp slik barnehage og skole ikke fattet bekymring. En annen antakelse er at barneverntjenesten var inkludert i barnets oppvekst, men at foreldrene takket nei til hjelp og det ikke var grunnlag for omsorgsovertakelse på daværende tidspunkt eller påtvungne hjelpetiltak i henhold til Lov om barneverntjenester. Et siste alternativ kan være at foreldrene mottok hjelp, men at barnet ikke ble informert om den hjelpen som ble gitt.

«Siri» fortalte ikke om omsorgssviktsituasjonen sin før hun var 14 år. Dette fordi voksne ikke virket trygge og mottakelige for det hun ville si. Dette samsvarer med det Ruud (2011) påpeker om at voksne og samfunnet generelt mangler kunnskap, metoder og strategier for hvordan de skal snakke med barn om vanskelige tema. Dette kan igjen føre til en følelse av hjelpeløshet for den voksne og et håp om at andre skal påta seg oppgaven (Ruud, 2011, s. 15-17). Det er av den grunn viktig at skoler, barnehager, helsestasjoner og ledere for fritidsaktiviteter har kompetanse på hvordan samtaler med barn om vanskelige tema kan gjennomføres, og eventuelt henvise til skolens helsesøster, pårørendesenter eller barneverntjenester. Gjentakende hos alle informantene var at de avhenger av trygge og gode samtalepartnere for å fortelle sin historie. Dette krever at pårørendesenter, sykehus og barneverntjenesten har kompetanse på området, og at samfunnet rundt våger å bry seg nok til å melde fra ved bekymring.

Dette samsvarer med det Ask og Kjeldsen (2015) påpeker om at profesjonelle voksne behøver høy kunnskap om barns utvikling, samtalemetoder og erfaring med slike samtaler. Det legges også stor vekt på at det bør brukes tid på å skape en god relasjon til barnet, for at det skal føle seg trygt (Ask og Kjeldsen, 2015).

Det er forståelig at naboer eller lærere blir usikre på hvordan de skal snakke med barn om vanskelige tema. Det viktigste her er å tørre å gi beskjed, og søke veiledning fra barneverntjenesten i forkant av en samtale.

Det er viktig å påpeke at barneverntjenesten er en instans i Norge som har ansvar for å ivareta utsatte barn og ungdom som lever under forhold som kan innskrenke, hemme eller skade deres utvikling. Kommuner plikter å ha en barneverntjeneste som utøver daglig arbeid etter lovverket og fylkesmannen i stat kan gjennomføre tilsyn for å sikre at lovkrav blir oppfylt (Helsetilsynet, 2017). I lov om barneverntjenester § 2-1, 5.ledd beskrives det at kommunens oppgaver er å gi råd og veiledning, iverksette og treffe tiltak, forberede saker til behandling i fylkesnemnda ved omsorgsovertakelse og følge opp tiltak som er iverksatt. Videre beskrives det i § 3-1 at barneverntjenesten så tidlig som mulig skal avdekke og sette inn tiltak for å bedre omsorgssviktsituasjoner, emosjonelle-, sosiale- og atferdsvansker for å unngå varige vansker. § 4-3 omhandler barneverntjenesten rett og plikt til å undersøke et barns omsorgssituasjon dersom det er forhold i familien som kan gi grunnlag for hjelpetiltak (barnevernloven, 1992, §4-3).

Barneverntjenesten hadde altså rett og plikt til å undersøke informantenes omsorgssituasjon.

Videre vises det til at lovkravene i Lov om barneverntjenester §4-4 beskriver at barneverntjenesten plikter å iverksette hjelpetiltak dersom barnets utvikling står i fare. Hjelpetiltakene skal føre til en positiv utvikling for barnet og familien (barnevernloven, 1992, §4-4). I alle informantenes tilfeller var og er deres utvikling i risiko. Det burde blitt iverksatt hjelpetiltak i familien for å avhjelpe eller redusere risiko for å utvikle vansker. Alle informantene fortalte om lite kjennskap til hvilke hjelpetiltak som ble tilbudt, eller iverksatt, før deres omsorgssituasjon ble vurdert som så alvorlig at det ble fremmet sak om omsorgsovertakelse og plassering av barna i fosterhjem ihht. Lov om barneverntjenester § 4-12 (barnevernloven, 1992, §4-12).

Dette samsvarer med Barnevernproffenes (2018) budskap om at barn må føle seg trygge for å kunne fortelle sannheten. God kompetanse i barnevernet knyttes til verdier, barnesyn og personlig egnethet. Arbeidet må organiseres slik det oppleves samarbeidende for barn. Videre må både foreldre og barn møtes med kjærighet og ydmykhet (Forandringsfabrikken, 2018).

Er foreldre med psykiske lidelser så svingende i sin fungering at det er vanskelig og komplekst for samfunnet og barneverntjenesten å fange opp alvorlighetsgraden? Alle informantene uttrykket at de ikke visste sin omsorgssituasjon var unormal før

de fikk se hvordan andre familier hadde det, og at det var årsaken til at det tok så lang tid før ga beskjed. «Siri» og «Ida» ble beordret av foreldrene til å lyve til barneverntjenesten, og hadde ikke noe annet valg enn å si de hadde det greit hjemme. Å komme med en avsluttende konklusjon på disse antakelsene er vanskelig, uten å ha tilgang på mer informasjon. Det åpner for flere spørsmål enn svar. Det kunne vært interessant å få tilgang til informantenes arkiv i barneverntjenesten og samtidig intervjuene tidligere saksbehandlere hadde, for å få en større forståelse for hvorfor det ble slik det ble. Det er imidlertid ikke mulig å gjennomføre en så omfattende undersøkelse i min masteroppgave, men et større dypdykk i materien anbefales.

### **5.5. Erfaringer og råd til barneverntjenesten**

Vi har nå sett på hvilke råd barn med erfaring fra barnevernssystemet ønsker å gi til barneverntjenesten. Hva kan vi lære av barns erfaringer? Alle informantene forteller at de ønsker mer åpenhet, trygghet, omsorg, informasjon, inkludering og ildsjeler som virkelig kjemper for barn i kontakt med barneverntjenesten.

Ut i fra erfaringen til informantene fikk de lite eller ingen informasjon om hva barneverntjenesten vurderte og hvilken hjelp de hadde gitt eller tilbudt, og at sakene ble avsluttet uten at barna ble snakket med.

Lov om barneverntjenester gir barneverntjenesten rett og plikt til å undersøke og iverksette hjelpetiltak der det er fare for at barnet blir skadelidende, og/eller at omsorgssituasjonen er hemmende for barnets utvikling (barnevernloven, 1992). Erfaringer barneverntjenesten kan dra utbytte av i denne studien er å inkludere barnet mer i hele barnevernsprosessen. Alle informantene fortalte om ingen eller lite informasjon om veien videre etter barnesamtale med barneverntjenesten. De fikk også lite eller ingen informasjon dersom saken ble avsluttet og vurderingene rundt det. Ble saken avsluttet med bekymring? Takket foreldrene nei til hjelpetiltak? Var det ikke grunnlag for omsorgsovertakelse? Dette er tanker og antakelser som kan oppstå. En klar oppfordring barneverntjenester kan dra ut av disse erfaringene, som ikke er for alt for mange år tilbake i tid, er å informere barna i tillegg til foreldrene dersom det fortsatt foreligger bekymring når saken avsluttes, eller det iverksettes hjelpetiltak.

Dette samsvarer med barnevernproffenes mål om å endre barnevernloven og gi barn og unge mer rettigheter, omsorg og kjærighet i kontakten. Visjonen er at den beste kunnskapen for fagfolk kommer fra barn med erfaring på området (Forandringsfabrikken, 2018). Som saksbehandler eller kontaktperson i barneverntjenesten vil dette innebære å inkludere barnet mer i undersøkelses- og tiltaksprosessen og derav kunne gi barnet og familien rett hjelp til rett tid.

Alle fortalte at de ønsket mer informasjon, åpenhet, omsorg og inkludering i møte med barneverntjenesten. Barneverntjenesten har mange lovkrav og hensyn som skal følges og vurderes i barnevernssaker. Lindboe (2012) påpeker at det blant annet må være fokus på det biologiske prinsipp, mildeste inngrepsprinsipp og barnets beste i barneverntjenestens utredelser og vurderinger av barnets omsorgssituasjon og grunnlag for tiltak. Det biologiske prinsipp handler om at det har stor egenverdi å vokse opp hos biologiske foreldre, selv om det er mangler ved foreldrenes omsorg. Mildeste inngrepsprinsipp handler om at det aldri skal iverksettes mer omfattende tiltak enn nødvendig. Til sist er det viktigste prinsipp, prinsippet om barnets beste. Dette handler om å legge avgjørende vekt på hva som er til barnets beste når det iverksettes tiltak (Lindboe, 2012, s. 23-24). Dette viser at det allerede eksisterer viktige prinsipp barneverntjenesten skal ta hensyn til i kontakt med barn og familier.

Barnevernutdanningen sørger for å gi barnevernspedagoger kunnskaper om barn i vanskelige situasjoner og lovverket rundt. Det arrangeres praksisperioder og rollespill for å øve seg på møte med barn og familier i vanskelige livssituasjoner (Universitetet i Stavanger, 2018). Alle informantene uttrykket at de ønsker hjelp fra profesjonelle som viser omsorg, kjemper det lille ekstra og ikke gir opp, gir forståelig informasjon, er varm og tar seg tid til å skape relasjoner. Dette er egenskaper barnevernspedagoger som arbeider med barn bør, og ofte har. Likevel kan det ofte handle om å klaffe med ulike personligheter og våge å se bak atferden til barna slik forandringsfabrikken ber om (Forandringsfabrikken, 2018).

Hvorfor ble det slik at barneverntjenesten overtok omsorgen for fire av fem informanter i 10-14 årsalderen, og ikke tidligere slik de selv ønsket? Handler det om at psykiske lidelser og ustabilitet hos omsorgspersoner er vanskelige å fange opp for samfunnet rundt? Handler det om tabu for å ikke melde fra? Er psykiske

lidelser så komplekst at barneverntjenesten og samfunnet rundt har vansker med å utrede og kartlegge skadene det har for barnet, før det er for sent? Eller handler det om at samfunnet rundt ikke tørr og blir usikre når det handler om psykiske lidelser, og ikke vold og rus? Det er lite forskning på området, og flere spørsmål vil forbli ubesvarte frem til det gjennomføres mer grundige undersøkelser og forskning på området.

Ruud m.fl. (2015) viser til at helsepersonell ikke ofte nok melder bekymring til barneverntjenesten når psykisk syke foreldre har barn. Helsepersonell melder oftest bekymring når det først er snakk om alvorlig omsorgssvikt (Ruud m.fl. 2015, s. 21). Personlig mener jeg at helsepersonell, skoler, barnehager og privatpersoner burde melde bekymring til barneverntjenesten ved mistanke om psykiske lidelser hos foreldre når det er grunn til å anta at barnet kan påvirkes negativt av foreldrenes psykiske lidelse. Dette for at barneverntjenesten skal kunne sette inn tiltak for å bedre barnets situasjon i henhold til barnevernloven (barnevernloven, 1992, §4-4). Vi vet mye om hvordan ustabilitet og usunne foreldrestrategier påvirker, og kan hemme barns utvikling og psykiske helse. Ifølge Kvello (2015) har disse barna en forhøyet sannsynlighet til å utvikle psykiske, sosiale og emosjonelle vansker, selv om forskning viser at mange klarer seg greit (Kvello, 2015, s. 198). Spørsmålet er hvordan vi kan hjelpe disse familiene slik barna får utvikle seg best mulig dersom de skal bo hjemme? Hjelpetiltak etter Lov om barneverntjenester § 4-4, råd og veiledning, familieråd og nettverksmøter for å koble på nettverket, frivillig plassering i fosterhjem, økonomisk støtte til fritidsaktiviteter, barnehage, besøkshjem og SFO er tiltak barneverntjenesten kan iverksette for å bedre barnets omsorgssituasjon (barnevernloven, 1992, §4-4., Lindboe, 2012, s. 71-72). Helsepersonell og psykiatriske klinikker kan gi behandling til foreldre for deres psykiske lidelse.

Ingen av informantene ble informert om foreldrenes sykdom før de var 14 år og oppover. «Ida» og «Pål» fortalte at de fortsatt ikke vet hva som er galt med foreldrene. Ifølge Lov om spesialisthelsetjenester § 3-7 a, skal barneansvarlig informere mindreårige barn og søsken om foreldrenes psykiske lidelse, dersom foreldrene skulle være innlagt i psykiatrien (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-7 a). Alle offentlige instanser og familier som har kontakt med barn av psykiske lidelser, har et felles ansvar for å informere barnet om foreldrenes fungering og lidelse, slik deres fremtoning blir mer forståelig for barnet.

## 6. Avslutning og konklusjon

Studiens resultater og konklusjon i lys av problemstillingen har vist at barn av psykisk syke foreldre ofte opplever en stor belastning i barndommen preget av mye ansvar, usikkerhet og omsorg for sine foreldre. Studien viser at samspillet mellom psykisk syke foreldre og deres barn ofte er preget av kontroll, konflikter, at barnet tilpasser seg den voksnes tilstand, som igjen kan føre til at barnet overtar omsorgsrollen for forelderen, retttere kalt rollereversiering eller parentifisering. Dette ansvaret kan påvirke barns psykiske helse, selvfølelse og mulighet til å utvikle sunne og gode relasjoner til andre barn og voksne. For å forhindre at dette skjer er det viktig at foreldrene opplyses om hvordan deres fungering og væremåte påvirker barnet, og deretter veiledes til å oppsøke eller motta hjelp for sin psykiske lidelse og sine utfordringer i omsorgsrollen. Hvis vi ser på resultatene kan dette vise seg å være vanskelig å gjennomføre. Dette fordi foreldre med moderat til alvorlig psykisk lidelse virker å ha liten innsikt i hvordan egen psykiske helse påvirker barnet, og det teoretiske fundamentet påpeker også at visse psykiske lidelser medfører liten selvinnsett i egen fungering.

Det er av den grunn avgjørende at barn av psykisk syke foreldre blir fanget opp tidlig og får informasjon slik foreldrenes fungering gjøres mer forståelig. Resultatene viser at barn har et stort behov for informasjon om sin omsorgssituasjon og beskrivelser på hvordan en «vanlig» familie kan fungere. Dette for at barn skal kunne gi beskjed til instanser om hvordan hjemmesituasjonen er tidligst mulig, slik at det ikke går 10-14 år før barna selv finner ut at omsorgssituasjon deres ikke er bra og kjenner på «vondter i magen» og usikkerhet slik «Siri» beskrev.

Videre at barn har et stort behov for å bli sett av nettverket, barneverntjenesten og foreldrene. Vi må her sørge for at barn blir hørt av barneverntjenesten og at deres stemme tydelig kommer frem. I tillegg bør skoler og andre viktige arenaer barn ferdes på, tilegnes kunnskap om hvilke tegn og symptom det er viktig å være observant på, og snakke med disse barna om hvordan de har det hjemme.

Nettverk har vist seg å ha stor innvirkende effekt for barn og unges mulighet til å fungere i skole- og arbeidsliv, og være sosial med andre barn. Resultatene viser at en signifikant person i nettverket som sørger for sosial læring, støtte og godhet mot



barn, kan bidra til at barna bedre mestrer sin utfordrende omsorgssituasjon og hverdag. Dette har vist seg å ha positiv effekt på barns selvfølelse, og forståelse av at voksne også kan være trygge, stabile og varme. Hvis vi ser på informantene i studien viser funnene at barna strever på flere områder, men beskriver også at de på tross av vansker har en grei fungering sammenlignet med andre på samme alder. Vi kan med høy sannsynlighet hevde at nettverket i tillegg til personlig egenhet har spilt en stor rolle for at informantene har klart seg greit. Vi vet imidlertid ikke hvordan det vil gå med informantene i arbeids- og familielivet som voksne.

Det resultatene i studien likevel viser, er at dersom barn får informasjon om egen og foreldrenes tilstand og har et trygt nettverk med signifikante andre og jevnaldrende prososiale venner, vil de med større sannsynlighet klare seg bedre i fremtiden. Dette på bakgrunn av «Siri», «Liv» og «Leo» sine beskrivelser av hvor mye informasjon ville betydd for deres liv, og hvor vanskelig det har vært å ikke få informasjon.

Vi så i oppgaven at barneverntjenesten som offentlig instans er ansvarlig for å avdekke og innvilge hjelp til barn og familier i sårbare livssituasjoner og omsorgssvikt. Alle informantene beskrev både misnøye med barneverntjenesten, og positive situasjoner der informantene fikk god hjelp og følte de ble hørt. «Leo», «Siri» og «Ida» fortalte at barneverntjenesten skulle plassert dem i fosterhjem tidligere, «Leo» uttrykket at det var for dårlig oppfølging på skoler, «Ida» kritiserte barneverntjenesten for at det kun ble gjennomført en samtale med henne, mens «Siri» anbefalte barneverntjenesten å alltid snakke med barn alene da samtalen med henne ble gjennomført med moren tilstede.

Jeg tenker ikke at dette handler om den enkelte saksbehandler, men barneverntjenestens mangel på ressurser og økonomiske satsingsområder på politisk nivå. Barneverntjenesten som system behøver kontinuerlig utvikling av kompetanse og satsingsområder for bedring. For at barneverntjenesten skal ha mer tid til samtaler med barn, oppfølging av skoler og kontakt inn mot familier i risikosituasjoner kan en innfallsvinkel være å rette ressursene inn mot samtaler med barn, og spesialisering til saksbehandlere og fagledere.

I disse dager har det i media vært mye snakk om at barnevernspedagogutdanningen skal øke fra 3-5 år for å øke kvaliteten på spesialisering og kompetanse. Ut fra egne erfaringer som saksbehandler fra 2014 til dags dato gjennomføres samtaler med

barn uten foreldre tilstede. Dersom barnet ikke snakkes med, eller foreldrene er tilstede må årsaken dokumenteres. «Ida» kritiserte barneverntjenesten for å kun gjennomføre en samtale med henne. Dette kan handle om manglende ressurser og høy saksmengde for den enkelte saksbehandler.

Videre bør barneverntjenesten, samfunnet for øving og andre viktige arenaer barn ferdes på å bruke god tid til samtaler med barn, og spørre opptil flere ganger for at barn skal føle seg trygge nok til å fortelle om sin omsorgssituasjon. Dette fordi resultatene viser at barn er svært lojale overfor sine omsorgspersoner og kan bli bedt eller skremt til å lyve til barneverntjenesten. Funnene i studien viste at informantene bodde hjemme med psykisk syk forelder til fylte 10-14 år, uten kjennskap til at de hadde fått hjelp, eller til hjelpen de eventuelt skal ha fått. Dette viser at barneverntjenesten og samfunnet for øvrig må bli flinkere til å inkludere barn, og informere barn om foreldrenes psykiske lidelse og hjelpen som gis eller tilbys.

Så hvordan kan barn og unges erfaringer med å vokse opp med psykisk syke foreldre bidra til økt innsikt for barneverntjenesten og samfunnet for øvrig, og sikre bedre hjelp i fremtiden? For det første er det viktig at barn får informasjon om foreldrenes psykiske lidelse, og at tabu knyttet til dette brytes ned i samråd med barn, foreldre og nettverket rundt. Signifikante voksne er viktige i barnas liv for at de ikke skal utvikle psykisk uhelse, og kunne oppleve mestring og trygge relasjoner.

For det andre har barn som opplever mestring i sosiale relasjoner og i aktiviteter, større sannsynlighet for å øke sin motstandskraft og redusere sårbarhet. I studien har dette blitt omtalt som resiliens, overlevelses – og mestringsstrategier. I tillegg blir positive relasjoner, nettverk og fritidsaktiviteter kategorisert som beskyttelsesfaktorer for barnets utvikling, og kan kompensere for enkelte risikofaktorer (Kvelling, 2015, s.253).

### **6.1. Studiens betydning for praksis**

Studien kan som nevnt tidligere ikke generaliseres til å gjelde alle barn av psykisk syke foreldre. Det er i oppgaven vist til at alvorlighetsgraden i foreldrenes psykiske lidelse, deres fremtoning og fungering påvirker hvorvidt og i hvor stor grad barnet påvirkes negativt. Selv om studien ikke kan benyttes som generell eller «allmenn»,

er det likevel stort samsvar mellom informantenes beskrivelser knyttet opp mot teori som foreligger på området. Av den grunn kan studien og dens funn benyttes til å øke fokus på barn som pårørende og deres behov. I tillegg til hva som fungerer for barn og hva som bør gjøres bedre for at barn og familier skal få en bedre familiesituasjon. Særlig knyttet til at barna skal ha en «god nok» omsorgssituasjon. Dette handler om å bryte sirkelen der barn av psykisk syke foreldre igjen utsetter sine egne barn for omsorgssvikt.

Fokus på psykisk helse har økt de siste årene både i media og i forskning. Skoler innfører psykisk helse som eget fag flere steder i Norge. Dette er fremskritt i arbeidet med å gi barn av psykisk syke foreldre informasjon om egen omsorgssituasjon, oppfølging og hjelp. Dette fordi vi vet at barn av psykisk syke foreldre ofte får psykiske vansker eller plager selv som barn eller i voksen alder.

Studien viser at det foreligger mye informasjon om hvilke konsekvenser det kan ha for barn å vokse opp med psykisk syke foreldre, og at de ofte avhenger av et godt nettverk og positive relasjoner for å klare seg. I tillegg foreligger det informasjon om hvilke tegn og symptom både barn og foreldre kan vise. Det gjelder dernest å bruke informasjonen vi allerede har for å fange opp barn og familier i risikogruppen for å kunne gi hjelp tidligst mulig og helst fra graviditet. Forskning viser også at barn av psykisk syke foreldre avhenger av god hjelp og støtte for å forebygge vansker.

Studiens funn og teori viser at vi har kunnskap som det er viktig å bruke i møte med barn, foreldre, offentlige instanser og samfunnet for øvrig. Funnene viser helsestasjoner, barnehager, skoler, sykehus, psykiatriske sykehus, naboer, familier, fotballtrenere og nettverk generelt der barn og familier ferdes, har en viktig rolle for å ivareta, melde bekymring og søke hjelp i situasjoner der det er bekymring for et barns omsorgssituasjon. For at instanser og samfunnet for øvrig skal få tilstrekkelig informasjon, er det viktig å øke kompetansen på området ved informasjonskvelder, kurs, og kontinuerlig oppdatering på området. Så hvordan kan studiens funn føre til økt kompetanse for barneverntjenesten? Resultatene viser at barneverntjenester gjør en god jobb og gir tilstrekkelig hjelp til barn som er plassert i fosterhjem. Resultatene viser også at barn ikke får nok informasjon om foreldrenes psykiske lidelser og hvordan disse vil påvirke deres foreldrefungering. Barn trenger

informasjon om tiltak og oppfølging før de blir tatt ut og satt i fosterhjem, og beskrivelser av hvordan psykiske lidelser kan påvirke væremåte og fungering.

Resultatene viser også at samfunnet for øvrig ikke har god nok kompetanse om hvordan samtale med barn om vanskelige tema, som kan handle om tabu og et ønske om å ikke blande seg i andres liv. En videre anbefaling vil være at kompetente fagfolk reiser rundt på skoler, i barnehager, på helsestasjoner, sykehus, psykiatriske sykehus, foreldremøter og fellessamlinger på skoler, og gir informasjon om psykisk helse, tegn og symptomer samt viktigheten av å gi beskjed.

Studiens betydning for min arbeidsplass; en kommunal mellomstor barneverntjeneste, vil være å presentere resultatene ved å holde foredrag og videreføre kunnskapen og innsikten som er fremkommet.

## **6.2. Implikasjon til videre forskning**

For å sikre at barn av psykisk syke foreldre får den oppfølgingen de behøver bør det gjennomføres regelmessige undersøkelser av effekt på de satsningsområder politikerne og kommuner iverksetter. Det gjelder særlig nå som ny barnevernlov utarbeides for å inkludere barn mer i undersøkelses- og tiltaksarbeidet i barneverntjenesten. Her er det viktig at barnehage, skole, psykiatri og barneverntjenester bygger relasjoner, og får til et godt samarbeid med foreldre, for å kunne gi barn rett hjelp til rett tid. Mindreårige barn av psykisk syke foreldre avhenger av foreldrenes samtykke for å få god nok hjelp. Dette i alle fall til ny barnevernsreform er lovfestet som gir barn mer rettigheter, og kommunen mer ansvar for å kartlegge tiltak rundt barns nettverk (Regjeringen, 2018).

Det ville vært interessant å ta utgangspunkt i funnene i min studie eller lignende og gjennomføre en større undersøkelse ved å få innsyn i barnevernspapirene til informantene, og intervju tidligere kontaktlærere på skoler, barnehager og psykiatriske sykehus vedrørende bekymring og oppfølging. Det ville også vært nyttig å gjennomføre ny studie innen et femårsperspektiv med samme informanter for å kartlegge effekter i voksenlivet. Samtidig ville det vært nyttig å studere skolehelsetjenesten nærmere og finne ut hvorvidt det foreligger god nok kompetanse til å avdekke familieforhold med psykisk syke foreldre.

## Litteraturliste

Almvik, A. og Ytterhus, B. (2004) *Ualminnelig alminnelighet – barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*.

Trondheim: NTNU

Ask, H. Kjeldsen, A. (2015) *Samtaler med barn*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/samtaler-med-barn--rapport-20154-pdf.pdf>

Austvoll, B. I. (2014) *Voksnes erfaringer og knyttet til oppvekst med psykiske lidelser* (Mastergradsavhandling, Universitetet i Stavanger). Hentet fra:

[https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/224324/Austvoll\\_Beritiren.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/224324/Austvoll_Beritiren.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (2016). *Hjelpetiltak i hjemmet*. Hentet fra:

[https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak\\_i\\_barnevernet/Hjelpetiltak\\_i\\_hjemmet/](https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Hjelpetiltak_i_hjemmet/)

Barnevernloven (1992) Lov om barneverntjenester av 17 Juli 1992 nr. 100.

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>

Circle Of Security International (2018). *Early intervention program for parenst and children*. Hentet fra: <https://www.circleofsecurityinternational.com/for-parents>

Cleaver, H., Unell, I., Aldgate, J., (2011) *Children`s Needs – Parenting Capacity. Child abuse: Parental mental illness, learning disability, substance misuse, and domenestic violence* (2.utg). Hentet fra:

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/182095/DFE-00108-2011-Childrens\\_Needs\\_Parenting\\_Capacity.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/182095/DFE-00108-2011-Childrens_Needs_Parenting_Capacity.pdf)

Direktoratet for e-helse (2018) *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifisering av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra:

<https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202018.pdf>

Forandringsfabrikken (2018). *Om forandringsfabrikken og forandringsfabrikkens arbeid på barnevern*. Hentet fra:

<http://www.forandringsfabrikken.no/page/ideen> og  
<http://www.forandringsfabrikken.no/article/forandringsfabrikkens-arbeid-pa-barnevern>

Gudjonsson, I. (2017) *Psykiske problemer er tabu blant ungdom*. Hentet fra:

<https://forskning.no/2017/03/psykiske-problemer-tabu-blant-unge/produisert-og-finansiert-av/universitetet-i-stavanger>

Grøholdt. B, Garløv. I, Weidle. B, Sommerschild. H (2015) *Lærebok i barnpsykiatri* (5.utg)

Oslo: Universitetsforlaget

Helsedirektoratet (2010) *Barn som pårørende*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-parorende-IS-5-2010.pdf>

Helsedirektoratet (2018) *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten: forskning om barn som pårørende*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder/seksjon?Tittel=forskning-om-barn-som-11042>

Helsetilsynet (2017) *Barneverntjenester*. Hentet fra

<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsomrader/Barnevern/?id=15873>

Hilde, E. J. (2012) *Barns oppvekst med psykisk syke foreldre - om betydningsfulle egenskaper, støttende omsorgspersoner og gode fagpersoner*. (Mastergradsavhandling, Diakonhjemmet i Oslo). Hentet fra:

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/98306/Masteroppgave%20i%20familieterapi%20og%20systemisk%20praksis%20vår%202012%20Elisabeth%20Jølstad%20Hilde.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Klausen, J. F. (2017) *Nå skal mental helse inn på timeplanen*. Hentet fra:

<https://www.nrk.no/ostfold/na-skal-mental-helse-inn-pa-timeplanen-1.13997793>

Killèn, K. (2010) *Ansvar og (be)handling* (4. utg)

Oslo: Kommuneforlaget

Killèn, K. (2013) *Barndommen varer i generasjoner – forebygging er alles ansvar* (3.utg) Oslo: Kommuneforlaget

Killèn, K. (2009) *Sveket 1 – barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner* (4.utg)

Oslo: Kommuneforlaget

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg).

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvello, Ø (2015) *Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg).

Oslo: Gyldendal Akademisk

Malt, U. (2018) *Emosjonell forstyrrelse*.

Hentet fra: [https://sml.snl.no/emosjonell\\_forstyrrelse](https://sml.snl.no/emosjonell_forstyrrelse)

Malt, U. (2016) *Psykiske lidelser*.

Hentet fra: [https://sml.snl.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.snl.no/psykiske_lidelser)

Regjeringen (2018) *Prop.73 L (2016-2017) Endringer i barnevernloven (barnevernreform)* Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-73-l-20162017/id2546056/sec1>

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K.A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E.K., Kufås, E., Løvås, E., Peck, G.C., Skogerbø, Å., Skogøy, B.E., Stavnes, K., Thorsen, E. og Weimand, B.M. (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20osom%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf> Rapport 11/2105. Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF.

Røkenes, O, H., & Hanssen, P-H. (2009) *Bære eller breste – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (2.utg, 3.opplag).

Bergen: Fagbokforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m av 02.Juli 1999 nr. 61. Hentet fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)

Thaagard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Universitetet i Stavanger (2018) Hentet fra:

<http://www.uis.no/studietilbud/helse-og-sosialfag/barnevern/>

Aalbæk, T. & Glistrup, S. (1997) *Børn af psykisk syge forældre. En undersøgelse af relationen mellem psykisk syge forældre og deres børns psykosociale udvikling*.

Århus: Psykologisk Studieskriftserie; vol.1, No.1. Aarhus Universitet.



## Vedlegg 1

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *«Barn og unge av psykisk syke foreldre»*

#### **Bakgrunn og formål**

Jeg er utdannet barnevernspedagog og jobber som saksbehandler i barneverntjenesten i Sandnes avdeling undersøkelse og oppfølging av tiltak, samtidig som jeg skriver masteroppgave. Informantene er håndplukket av saksbehandlere i samme kommune på annen avdeling. Informantenes deltakelse i studien det viktigste bidraget for masteroppgaven, og jeg vil takke deg uendelig mye for din deltakelse.

Målet med masteroppgaven ved universitetet i Stavanger er å forske på barn og unges erfaringer og opplevelser, og diskutere hvilke konsekvenser det har for barns utvikling å vokse opp med psykisk syke og/eller ustabile omsorgspersoner. Formålet er å kunne bruke barns erfaringer for å skape ny kunnskap og økt innsikt for barneverntjenesten.

Jeg ønsker å intervju unge voksne om deres erfaringer og opplevelser både for å kunne bruke kunnskapen i arbeidet med barn og unge, samt finne ut av hvorvidt de føler seg hørt og sett av hjelpeapparatet.

Problemstilling:

*«Hva kan det innebære å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre?»*

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse vil innebære intervju med varighet på max 1 time. Spørsmålene vil omhandle egen oppvekst, nettverk, samt hva barneverntjenesten evt. kan gjøre annerledes. Det bes om samtykke til å registrere intervjuet på lydopptak.

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Student og veileder har tilgang på personopplysninger. Lydopptaket oppbevares på området med sikret brukernavn og slettes når studien er fullført. Deltakerne vil kunne gjenkjenne egne uttalelser i masteroppgaven. Deltakerne vil bli fullstendig anonymisert.

Prosjektet avsluttes i mai-juni 2018.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert og slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Anette Gudmestad tlf: 91787444. Veileder for masteroppgaven: Kari Søndena v/Universitetet i Stavanger.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2

### Intervjuguide

Alder og kjønn:

1. Kan du fortelle litt om deg selv?
  - Jobb/yrke/utdannelse
2. Kan du beskrive hvordan oppveksten din har vært?
  - Hvem bestod familien din av?
  - Type psykisk sykdom?
3. Hvem har vært støttende for deg i din oppvekst?
  - Hjelpeapparat/venner/signifikante voksne?
  - Hva har det betydd for deg?
4. Kan du si noe om hvordan du opplever at din oppvekst har preget deg?
  - Sosialt/psykisk/emosjonelt/skolefaglig fungering?
  - Hvordan har du det i dag?
5. Hvilke erfaringer har du med barneverntjenesten?
  - På hvilken måte var barneverntjenesten til hjelp?
  - Fikk du nok informasjon om mor/fars sykdom?
  - Hva fungerte og hva fungerte ikke?
6. Hva vil du si til barneverntjenesten, og hvilke råd vil du gi?
7. Hvis du kunne gi råd til barn og ungdom som er i en slik situasjon i dag, hva ville du lagt mest vekt på?
8. Hvis du hadde hatt mulighet til å snakke med mor/far om situasjonen når du var yngre, hva ville du sagt?

Kari Søndena  
Kjell Arholms hus  
4036 STAVANGER

Vår dato: 19.01.2018

Vår ref: 57766 / 3/ STM

Deres dato:

Deres ref:

### Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 14.12.2017 for prosjektet:

|                      |   |
|----------------------|---|
| 57766                | <i>Hvordan kan barn og unges erfaringer med å vokse opp med psykisk syke foreldre, bidra til økt kompetanse for barneverntjenesten?</i> |
| Behandlingsansvarlig | Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder   |
| Daglig ansvarlig     | Kari Søndena  |
| Student              | Anette Gudmestad  |

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 12.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / [Siri.Myklebust@nsd.no](mailto:Siri.Myklebust@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anette Gudmestad, [angu\\_92@hotmail.com](mailto:angu_92@hotmail.com)



### FORMÅL

Målet med masteroppgaven er å forske på barn og unges erfaringer og opplevelser, og diskutere hvilke konsekvenser det har for barns utvikling å vokse opp med psykisk syke og ustabile foreldre. Formålet er å kunne bruke barns erfaringer for å skape ny kunnskap, innsikt og kompetanse for barneverntjenesten.

### UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av ungdom og voksne (17 til 23 år) som har vokst opp med psykisk syke foreldre. Studenten er selv ansatt i kommunen utvalget rekrutteres fra, men har ingen kjennskap til informantene fra før.

Avdelingene vil foreta førstegangskontakt med ungdommene. Studenten kontakter deltakerne etter at de har gitt samtykke til dette. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Vi ber dere om å lese nettsidene våre som omhandler forskning på egen arbeidsplass:

[http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen\\_arbeidsplass.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html)

### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Dere har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet, men vi ber om at følgende endres, jf. også epost fra student, mottatt 17.01.2018:

Formuleringen «[...]og bekjente av informantene kan også gjenkjenne historier om egen oppvekst» tas bort, da det er avklart at deltakerne skal anonymiseres i publikasjonen.

Personvernombudet er enig i at 17-åringene kan samtykke selv i dette prosjektet. Vi har lagt vekt på at det er nødvendig for prosjektets formål å innhente opplysningene fra ungdommene selv.

### INFORMASJON OM TREDJEPERSONER

Vi anser at deltakerne trolig vil uttale seg om identifiserbare tredjepersoner under intervjuene, og herunder om biologiske foreldre, andre omsorgspersoner, familiemedlemmer og andre. Det tas derfor høyde for at det vil registreres sensitive opplysninger om indirekte identifiserbare tredjepersoner. Behandlingen anses nødvendig for formålet, da det i mange tilfeller vil være vanskelig for informanten å delta i intervjuene uten å identifisere involverte tredjepersoner. Vi forstår det slik at fokus vil være på informanten og dennes opplevelser. Vi forutsetter at det kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet.

Personopplysningene skal kun behandles en kort periode, og ingen enkeltpersoner vil gjenkjennes i publikasjoner. Personvernombudet finner derfor at opplysningene kan behandles i henhold til personopplysningsloven § 8 d) og § 9 h).

Vi gjør oppmerksom på at dere i utgangspunktet har informasjonsplikt ovenfor tredjeperson. Dersom informantene ikke ønsker at tredjepersoner informeres for å ivareta egen anonymitet, kan dere unntas fra informasjonsplikten på grunn av prosjektets art, og fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å informere. Vi foreslår at dette diskuteres før intervjuet, og at informanten selv overlates til å eventuelt informere de han/hun omtaler.

#### SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det vil behandles sensitive opplysninger om helseforhold.

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet forutsetter at dere behandler alle data i tråd med Universitetet i Stavanger sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av mobil lagringsenhet er i samsvar med institusjonens retningslinjer. Ettersom det skal behandles sensitive personopplysninger, bør opplysningene krypteres.

#### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Prosjektslutt er oppgitt til 12.06.2018. Det fremgår av meldeskjema/informasjonskriv at dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt. Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>