

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2012 nr. 1

## **Se meg som mor – ikke bare som pasient**

Om å leve med psykiske helseplager og samtidig utøve foreldreskap

Kari Kirkbakk Fjær



Høgskolen i Gjøvik  
2012

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-80-1



Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper  
Avdelningen för omvårdnad

Kari Kirkbakk

# Se meg som mor - ikke bare som pasient

Om å leve med psykiske helseplager og samtidig  
utøve foreldreskap

Look at me as a mother not only as a patient  
How to live with mental health problems and simultaneously practise  
parenting

Examensarbete 20 poäng/30 ECTS  
Master of Community Care

Datum/Termin: 27.01.07/Desember 2006

Handledare: Astrid Halså

Examinator: Einar Strumse



EUROPEISKA UNIONEN  
Europeiska regionala  
utvecklingsfonden

UNISKA Universitetsalliansen Inre Skandinavien

Utbildningsprogrammet "Master of Community Care" har planerats och genomförts i ett svenskt-norskt samarbete inom Universitetsalliansen Inre Skandinavia (UNISKA). Inom UNISKA samverkar Karlstads universitet, Högskolan Dalarna, Høgskolen i Østfold, Høgskolen i Hedmark, Høgskolen i Lillehammer och Høgskolen i Gjøvik. Detta har gett utbildningen en unik profil.

Programmet har omfattat studier med ämnesbredd, varit tvärprofessionellt och flervetenskapligt med syfte att ge studenterna yrkesmässig och ämnesbred specialkompetens för hälsofrämjande och förebyggande arbete samt socialt förändringsarbete tillsammans med utsatta grupper i lokalsamhället.

Utbildningen har bedrivits under 2003-2006 och omfattat följande fyra moduler:

- Perspektiv och teorier inom hälsofrämjande och förebyggande arbete samt socialt förändringsarbete i lokalsamhället/Perspektiver og teorier relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid og handlingsorientert utviklingsarbeid i lokalsamfunnet 20 poäng/10 vt (30 ECTS)
- Strategier och metoder för resursmobilisering och utvecklingsarbete i lokalsamhället/Strategier og metoder relatert til ressursmobilisering og utviklingsarbeid i lokalsamfunnet 30p/15vt (45 ECTS)
- Vetenskapsteori, forskningsmetoder och forskningsplan/Vitenskapsteori, forskningsmetoder og forskningsplan 10 poäng/5vt (15 ECTS)
- Examensarbete/Masteravhandling 20 poäng/10 vt (30 ECTS)

Utbildningen har genomförts som ett projekt och delfinansierats av Europeiska regionala utvecklingsfonden.

Karlstad och Gjøvik 2006-12-19

*Monica Björkström*  
Svensk projektledare

*Rannveig Aure Juvkam*  
Norsk projektledare

## SAMMANFATTNING

Titel:	Se meg som mor – ikke bare som pasient  Om å leve med psykiske helseplager og samtidig utøve foreldreskap
Institution:	Avdelingen for omvårdnad/Department of Nursing
Kurs:	Fördjupningsarbetet i hälsofrämjande och resursmobiliserande arbetet 20 poäng/Master thesis in health promotion and resource mobilization 30 ECTS
Författare:	Kari Kirkbakk
Handledare:	Astrid Halså
Tentator:	Einar Strumse
Sidor:	44
Månad och år för examen:	Januar 2007
Norska nyckelord:	Psykisk helse, foreldreskap, konsekvens for barn, helsefremmende arbeid

Voksenpsykiatrien er kritisert for å overse at pasienter også er foreldre. Barn av foreldre med psykiske lidelser har økt forekomst av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser. Det er et stort misforhold mellom den kunnskap en har om foreldrenes sykdom, og det manglende ansvar hjelpeapparatet viser for pasientens barn.

Studiens formål er å få fram en dypere forståelse av mødrenes egen opplevelse av å ha en psykisk lidelse og samtidig utøve foreldreskap. Det å få tilgang til mødrenes erfaringskunnskap kan hjelpe behandlere i voksenpsykiatrien til å ta opp tema relatert til foreldrefungering med pasientene.

Utvalget består av fem pasienter som er mødre til barn under 15 år. Dataene ble samlet inn gjennom det kvalitative forskningsintervju. Intervjuene ble analysert ut fra en hermeneutisk fenomenologisk metode.

Resultatene viser at foreldreskap utformes hjemme i daglige aktiviteter, samtidig som foreldreskap også forplikter til deltagelse på ulike arenaer utenfor hjemmet. Mors psykiske lidelse, alvorlighetsgrad og varighet over tid, betinger evnen til å utføre foreldreskap. Det er krevende å opprettholde barneomsorg gjennom rutiner i dårlige perioder av lidelsen. Mødrene trekker seg sosialt tilbake både for å mestre egen lidelse, men og for å hindre skadevirkninger hos barna når de ikke lenger evner å framstå slik de mener de skal som gode mødre. Her sliter mødrene med dilemmaer og skyldfølelse. Toforsørgerfamilien har en styrke framfor aleneforsørgerfamilien i det at far er i familien og opprettholder strukturen og sosial deltagelse når mor ikke makter. Det å være alene om den daglige omsorgen krever økt mobilisering av annet familie og venne nettverk. Det å ha en tilgjengelig og stabil voksenperson skjermes barna fra uhensiktsmessighet og bidrar til å gjøre mors lidelse håndterlig.

Mødrene ser seg selv i relasjon til barna. Barna er viktigst. Mødrene ønsker å bli sett som mødre av behandlere og å få hjelp til hvordan snakke med barna.



## ABSTRACT

Title: Look at me as a mother not only as a patient  
How to live with mental health problems and simultaneously practise parenting

Institution: Department of Nursing

Course: Master thesis in health promotion and resource mobilization  
30 ECTS

Author: Kari Kirkbakk

Supervisor: Astrid Halså

Tentator: Einar Strumse

Pages: 44

Month and Year of Examination: February 2007

English key words: Mental health, parenting, child outcomes, prevention, health promotion

Adult psychiatry has often been criticized to ignore the fact that the patients also are parents. Children of parents with psychiatric disorders have an increased occurrence of emotional difficulties, behavioural disturbance and cognitive development disorders. It is a large disproportion between psychiatric services' knowledge regarding treatment of the parent's illness and the lack of responsibility for the patients' children. The purpose of this study is to bring a deeper understanding of the mothers' experiences having a psychiatric disorder, and simultaneously practise parenting. Getting access to these mothers' experienced knowledge can help the therapist to bring up topics related to parenting with their patients. The sample consists of five patients, all mothers to children below the age of 15. The design was the qualitative research interview. The interviews was analysed through a hermeneutic phenomenological method. The results show that parenting is framed at home during daily activities, but parenting also involves participation on different arenas outside home. Mother's psychiatric ailment, degree of seriousness and duration over time, affect the ability to accomplish parenting. It is demanding to maintain routines related to childcare during bad periods of the ailment. The mothers withdraw socially trying to deal with their ailment, but also to prevent damage to their children when they are not capable of being a good mother in the way they want. This leaves the mothers with dilemmas and guilt. Dual parent families have strength relative to the single parent, because the father is the one in the family maintaining the structure and socially participation when the mother is unable. To be alone with the daily care demands increased mobilization of family and friends. To have an accessible and steady adult protects the children from inexpediency and contributes to coping with mothers ailment. The mothers look at themselves in relation to the children. The children are the most important. The mothers want the therapist to look at them as mothers and advise them on how to talk to the children.

# Innhold

Introduksjon.....	1
Helse, helseforebyggende arbeid.....	3
Foreldreskap.....	6
Kunnskapssyn .....	8
Hensikt .....	9
Metode .....	10
Utvalg.....	12
Forforståelse.....	13
– Den doble rollen, terapeut og forsker.....	13
Datainnsamling.....	15
Dataanalyse .....	16
Etikk.....	21
Pålitelighet og gyldighet.....	23
Resultater.....	25
Gode og dårlige perioder.....	32
Livet i stua .....	26
Livet utenfor stua.....	29
Barns forståelse av lidelsen .....	34
Aleneforsørger - toforsørger .....	38
Sosialt nettverk i og utenfor stua .....	41
Opplevelse av hjelpeapparatet .....	44
Diskusjon.....	48
Resultatdiskusjon.....	49
Hverdagslivet er vanlig og normalt i gode perioder.....	49
Hverdagslivet er strev og slit i dårlige perioder.....	50
Far i stua minsker faren for skade .....	52
Hva fremmer helse både for mor og barn?.....	54
Metodediskusjon .....	57
Betydning av resultatet.....	60
Forslag til videre studier.....	61
Referanser:.....	62

## Vedlegg

1. Brev til avdelingsoverlege
2. Brev til behandlingspersonale
3. Brev til informant
4. Svarkupong
5. Samtykkeerklæring
6. Intervjuguide

## Introduksjon

Voksenpsykiatrien er kritisert for å overse at pasienter også er foreldre. I følge Helsedepartementet lever ca 15000 barn under 18 år med en eller to foreldre som får behandling innen psykisk helsevern i Norge (Grøsfjeld 2004)<sup>1</sup>. I psykiatrisk behandling er det mer tradisjon for å snakke med pasienten om sammenhenger mellom psykiske helseplager som voksen og egen barndom enn å ha fokus på hvordan lidelsen påvirker det å være mor og far (Hestmann 1995, Grøsfjeld 2004). Det finnes en del kunnskap generelt om foreldreskap og psykiske lidelser (Lisofsky 2001, Borge 2003, Skerfving 1996, Parment 1999), men fortsatt lite om hvordan foreldreskap oppleves fra foreldrenes side.

Det å få fram foreldrenes subjektive beskrivelse av dagliglivet ut fra sine erfaringer vil være nyttige bidrag for å kunne utvikle kunnskap til å bedre praksis i psykiatrisk behandling. Kunnskap som kan styrke barneperspektivet i voksenpsykiatrien.

Mevik og Trymbo (2002) har i to kvalitative studier undersøkt hvordan praksis er innen psykisk helsevern for voksne. De viser at psykisk helsevern for voksne i liten grad ivaretar pasientens barn, selv om de har en unik mulighet til å identifisere barn utsatt for risiko. Studiene viste at barna i stor grad ble glemt og usynliggjort. De fleste pasientene rapporterte at de strever med bekymringer og skyldfølelse overfor barna. De opplevde at følelsene ble bagatellisert av behandler. Behandlere var passive i forhold til å ta opp tema relatert til foreldrefungering/barneomsorg. Mangel på informasjon fra behandlingsapparatet til pasienten og dennes familie forsterket i stedet tausheten innad i familien. Dette samstemmer med erfaringer fra prosjektet "Pasienter har også Barn" ved Blakstad sykehus, at psykiske helseplager fortsatt er preget av taushet og tabuer, at språkløsheten er en felles utfordring for foreldre og hjelpere i møte med barna (Kufås, 2001).

Forskning viser at barn av foreldre med psykiske lidelser har økt forekomst av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser. I tillegg har de økt risiko for å få nedsatt selvfølelse og minsket tiltro til egne ressurser (Rutter 1984, Skerfving 1996).

---

<sup>1</sup> Dette tallet er usikkert, da ulike kilder opererer med ulike tall.

Rutter og Quinton (1984) gjennomførte en studie gjennom fire år der de fulgte familiene til psykiatriske pasienter med barn under 15 år. De fant ingen klar kobling mellom foreldrenes diagnose og barnets spesifikke symptomer utover at risikoen for barnet viste seg å være størst der foreldrene var diagnostisert med en personlighetsforstyrrelse og når barnet samtidig ble utsatt for fiendtlige holdninger. En tredel av barna viste vedvarende symptomer gjennom hele studien, en tredel hadde forbigående symptomer mens den siste tredelen var fri for symptomer. De to siste gruppene aktualiserer kunnskap fra resiliens forskning. Hva bidrar til god psykososial fungering hos barn til tross for at de har vært utsatt for risiko (Borge 2003). Grøsfjeld sier i sin artikkel at dokumentasjon gjennom flere år viser at generasjonsoverføring av psykiske lidelser kan skyldes: ” 1) Genetisk sårbarhet, 2) I hvilken grad barnet blir involvert i foreldrenes symptomer, 3) Indirekte effekter av foreldrenes mentale helse, eks mangelfull utviklingsstøtte, 4) Korrelater til mentale lidelser, eks konflikt mellom familiemedlemmene ” (Grøsfjeld 2004, s 901).

Forskning gir med det grunnlag for å kunne si at det ikke er foreldrenes psykiske lidelse i seg selv som er skadelig for barnets utvikling, men i hvilken grad foreldrenes væremåte er hensiktsmessig i forhold til barnets behov og utvikling (Smith 2004). Muligheter til å ivareta barnets behov vil og avhenge av tilstedeværelse av en frisk forelder/ektefelle eller annen voksen som ser og svarer på barnets behov (Berg-Nielsen 2002, Østman og Hansson 2001).

Blakstad sykehus har gjennomført et prosjekt for å få fagfolk til å snakke med barna. De hevder på bakgrunn av sine erfaringer at dialogen mellom foreldre og barn er den mest helende (Kufås, 2001). Nødvendigheten av samtale om aktuelle temaer både for foreldre og barn blir bekreftet av andre undersøkelser og utviklingsprosjekter (Mevik, 1998; Holm, 1999). Sundfær understreker det samme, at det å skape en åpen dialog i familier med psykiske helseplager kan inngi håp for framtiden og virke direkte helsefremmende for barnas utvikling. Hun sier videre at fagfolk har nok kunnskap om barn i familier hvor voksne har psykiske helseplager, men at de vegrer seg mot å snakke om og forholde seg til barna (Sundfær, 2002). De fleste pasientene ønsker at behandler skal snakke med dem om barna og at behandlingsapparatet bør tilby adekvat hjelp til hele familien (Mevik og Trymbo, 2002; Smith, 2004).

Det har i løpet av den siste tiårsperioden kommet flere helsepolitiske føringer for psykisk helsevern. I Stortingsmelding nr 25, 1996-1997 ”Åpenhet og Helhet”, ble det presisert

utfordringer til voksenpsykiatrien om å ivareta barna som vokser opp med psykisk syke foreldre. I 2003 fulgte regjeringen opp med en strategiplan for barn og unges psykiske helse. Tiltak 41 i denne omhandler hjelp til barn av foreldre med psykisk sykdom. I 2006 har Sosial – og helsedirektoratet gitt ut et rundskriv som omhandler oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. Det inneholder konkrete råd til hvordan stille spørsmål knyttet til barnas omsorgsbehov og til barnas behov for informasjon og tjenestetilbud. Direktoratet retter skrevet til alle ledd i sosial- og helsetjenesten, både det kommunale tjenestetilbudet og spesialisthelsetjenesten for å etablere rutiner som fanger opp om tjenestemottager har barn. Dette for å kunne kartlegge og iverksette nødvendige tiltak.

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør har utarbeidet en rapport for Barne- og Familiedepartementet om tiltak for barn med psykisk syke foreldre (Aamodt 2005). Den forteller at det er et stort misforhold mellom den kunnskap en har om foreldrenes sykdom, og det manglende ansvar hjelpeapparatet viser for pasientens barn. Flere forhold blir trukket fram, som manglende systematiske rutiner for kartlegging om pasienten har barn og oppfølgende prosedyrer. Den beskriver også mangler i samarbeid mellom de ulike tjenestoområdene både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

Det er rimelig å anta at dersom hjelpeapparatet har større kunnskap om hvordan foreldrene opplever å ha en psykisk lidelse og samtidig være foreldre ville det være lettere å bidra til at behandler tematiserer foreldreskap. Denne oppgaven tar sikte på å bidra med slik kunnskap.

### ***Helse, helseforebyggende arbeid***

Bakgrunnsframstillingen viser at begrepet helse blir brukt alene eller sammen med et annet ord for å beskrive området helse knyttes til. I denne studien blir begrepet helse aktualisert i forhold til psykisk helse og helseforebyggende arbeid. Det å forebygge sykdom og fremme helse er komplementære tilnærminger i forebyggende helsearbeid (Mæland, 2002).

Hva er helse? Verdens helseorganisasjon definerte i 1946 at helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende, ikke bare fravær av sykdom (Mæland, 2002). Denne definisjonen fikk mye kritikk og Ottawacharteret (WHO 1986) beskriver helse som: *"Health is ... seen as a resource for everyday life, not the objective of living"*. Helse blir forstått i et

ressursperspektiv framfor objektive helsekriterier. Begrepet "livskvalitet" erstatter helse som et overordnet begrep i flere sammenhenger. I følge Mæland er livskvalitet først og fremst et uttrykk for folks subjektive vurderinger av sitt eget liv. Dette da livskvalitet mer betegner de psykologiske og sosiale sidene ved tilværelsen, mens helsebegrepet tradisjonelt har en mer biomedisinsk forståelse (Mæland, 2002).

Sykepleierteoretikerne Benner og Wrubel forstår helse og en helsefremmende livsstil i lys av Heideggers filosofi. Utgangspunktet er hvordan forstå et menneske:

*" mennesket er en selvfortolkende skapning som skapes og skaper seg selv i forhold til den konteksten vedkommende befinner seg i gjennom hele sitt livsløp"*( Kirkevold, 1992, s159).

Det medfører en helseforståelse med intervensjon som tar utgangspunkt i en persons konkret opplevde situasjon med tilgjengelige resurser og muligheter til å mestre. En person tilhører en gruppe og muligheter til å mestre vil med det også avhenge av hvilke tradisjoner eller mestringsmønstre de har ut fra en sosial og kulturell kontekst. Johannessen fokuserer også resurser og det å kunne mestre for å forstå helse, men uten å belyse det i en sosial kontekst. Det kommer fram i følgende definisjon av helsebegrepet:

*" Det er altså ikke det å unngå påkjenninger og lidelse som gir helse, men vår evne til å møte livet. Helse og lidelse er sider av samme sak."* (Johannessen, 1995, s 41)

Denne definisjonen åpner opp for å se helse i et salutogenetisk perspektiv slik Antonovsky framstiller det. Han framstiller helse langs et kontinuum der mennesker beveger seg mellom polene helse og uhelse. Det er en motsats til patogenetisk forståelse som kjennetegnes ved en årsak – virkning tenkning med en dikotomisk klassifisering av mennesker som syke eller friske. Det vesentlige er å fokusere mestringsstrategier som bringer mennesket framover framfor ensidig å vektlegge hvilke stressfaktorer som bidrog til sykdomsutviklingen. Det å oppleve sammenheng i livet bringer mennesket mot helsepolen. Det å oppleve sammenheng kommer som en følge av at tilværelsen er begripelig, håndterbar og at den har en mening. Begripelighet bygger på den grad mennesket opplever at indre og ytre stimuli er fornuftsmessig gripbare i motsetning til at hendelsene medfører følelse av kaos, tilfeldighet og uforklarlighet. Håndterbarhet handler om tilgjengelige resurser i møte med krav en må mestre. Det kan være tilgang til resurser i seg selv eller hos nære andre. Det å føle mening, at



noe er meningsfullt beskrives som begrepets motivasjonskomponent. Det er viktig å ha områder i livet som engasjerer. Antonovsky ser synsvinklene patogenese og salutogenese som komplementære (Antonovsky, 1991). Salutogenese representerer det helsefremmende perspektiv i helseforebyggende arbeid, mens patogenese representerer det sykdomsforebyggende i helseforebyggende arbeid.

Denne studien har et helsefremmende formål. Forskning underbygger at barn av foreldre med en psykisk lidelse er en risikogruppe for selv å kunne utvikle psykisk uhelse. Det er i denne sammenheng viktig å kunne forhindre negativ overføring eller påvirkning til barn. Det å hjelpe foreldrene vil være en hjelp til barna ved at det i neste omgang kan hindre skjevutvikling. Studien har et foreldreperspektiv.

## **Foreldreskap**

I et historisk perspektiv ser man hvordan form og innhold i familieliv og foreldreskap har endret seg. Fra 1950 tallet og fram til nå har det foregått en gradvis overgang fra husmorfamilien til det Frønes benevner som den symmetriske familie. I den symmetriske familie er begge foreldrene yrkesaktive og man ser mer på *”ekteskapet som en kjærlighetsbasert allianse mellom likestilte parter”* (Frønes, 1994 s 38). Nyere forskning viser at det ikke har skjedd noen forandring vedrørende den direkte omsorgen for barna. Mødre er fortsatt de primære omsorgsgivere ved at de bruker mest tid både til utførelse av husarbeid og barneomsorg (Bäck-Wiklund, Bergsten, 1997). Leira sier ut fra sin forskning om moderskap, at den både inneholder omsorg og et forsørgeransvar. Hun mener velferdspolitik og hverdagspraksis bidrar til å forme moderskapet (Leira, 1992).

Hvilken funksjon har så familien i vår tid ut fra begrepet den symmetriske familie? Dencik mener at familien innenfor dagens samfunn først og fremst har viktige funksjoner i det å ivareta behovet for intimitet, følelser og kjærlighet. I familien kan alle følelser forstås og tolkes og familien virker dermed som en stabiliserings og avkodingsentral for familiemedlemmene (Dencik, 1987). Spesielt framstår dette som en viktig foreldrefunksjon i forhold til barna. Det å hjelpe barna i tilpassingsprosesser i forhold til seg selv, hjemmet og samfunnet. Denne forståelsen gjenspeiler definisjonen av foreldreskap ut fra Kari Killen sin forståelse. Foreldreskap er *”en prosess der foreldrene (eller annen omsorgsgiver) engasjerer seg i barnet og i det å gi det fysisk og følelsesmessig omsorg, næring og beskyttelse”* (Killen, 2000 s 31).

Berg- Nielsen presenterer en psykologisk forståelse av foreldreskap og foreldrefungering. Hun har gjennomført en omfattende litteraturstudie om foreldrefungering i familier der foreldre har en psykisk lidelse selv eller der det er problemer med foreldrefungering i sammenheng med at barn har en psykisk lidelse. Hun definerer i denne sammenheng foreldreskap eller foreldrefungering til å være:

*”Med foreldrefungering menes foreldrenes hverdagsadferd ovenfor sitt barn, inkludert foreldrenes kognisjon, emosjoner, og attribusjoner, holdninger og verdier.*

*Med dysfunksjonell foreldrefungering menes alt foreldrene gjør, eller lar være å gjøre, som kan ha en uheldig påvirkning på barnet.*” (Berg-Nielsen, 2002, s 5).

Berg-Nielsen fant to hovedtrekk i dysfunksjonell foreldrefungering. Det ene er negativ foreldrefungering ved eksempelvis å overse, unnskyldte og kritisere barnet. Det andre er problemer med å være konsekvent og disiplinert i forhold til barnet.

Bäck-Wiklund og Bergsten har gjennomført en empirisk studie av unge småbarnsfamiliers opplevelse av seg selv og sin hverdagsvirkelighet. Den viser at menns og kvinners dominerende livsplan er familieprosjektet med barnet i sentrum. Det viser seg at rutinene som skapes rundt et barn gir mening, sammenheng og kontinuitet i tilværelsen for foreldrene. Foreldrene er styrt av ansvaret for prioriteringer av barnets behov samtidig som de har den forestilling at barnets utvikling er helt avhengig av foreldrene. De stiller krav til seg selv som foreldre ved til en hver tid å skulle gjøre det rette, slik at barnet ut fra svensk terminologi blir en ”vanlig Svensson”. Barnet blir med det et gjørbarhetsprosjekt i familien. Det er spesielt mødrene som betoner eget ansvar for å gi barna det beste. Mødrene framstår i følge forskerne mer barnesentrerte enn fedrene ved at de tar det overgripende og direkte ansvaret for barn i familien. Menn mener at foreldreoppgaven mer er å veilede og overvåke barnets utvikling. Det er mødrene som sliter mest med dårlig samvittighet i forhold til barna. Dårlig samvittighet oppstår i avstand mellom foreldreideal og hverdagens realiteter. Denne avstanden mellom ideal og virkelighet for mødrene gir indre konflikter med følelse av å være utilstrekkelig som mor (Bäck-Wiklund, Bergsten, 1997).

Andenæs forstår ut fra sin forskning om hverdagslivet i småbarnsfamilier at foreldreskap er omsorg gjennom rutiner, forhandlinger og innlevelse, skjerming og kontroll. Omsorg gjennom rutiner handler om at foreldrene organiserer rutiner relatert til barn inn i familiens øvrige gjøremål, slik at rutinene bidrar til å gi barn en stabil og forutsigbar tilværelse. I organiseringen tar foreldrene hensyn til hva det enkelte barnet trenger ut fra hvordan de forstår barnet. Foreldrenes innlevelse er av betydning for hvordan de evner å gi barn følelse av sosial tilhørighet på ulike arenaer og det å kunne støtte barn slik at de forstår og opplever sammenheng i tilværelsen. Innlevelse er en forutsetning for å kunne involvere barn i det som foregår og i avgjørelser. Foreldrenes evne til skjerming og kontroll innebærer grensesetting for og å kunne beskytte barn fra uheldigheter samtidig som foreldrene gradvis eksponerer barna for livets realiteter (Andenæs, 1995).

Denne presentasjonen viser ulike perspektiver til innsikt i hva foreldreskap i vår tid innebærer. Vinklingene utfyller hverandre og bidrar til å gi en utvidet forståelse av begrepet. Foreldre i et psykologisk perspektiv fokuserer foreldre som psykologiske vesener eller personer og hvilke konsekvenser dette har i relasjon til barna. Mens foreldre i et hverdagsliv perspektiv viser foreldre i kontekst ved å se hvilken helhet, bakgrunn og sammenheng samspillet og relasjonen foreldre – barn utspiller seg i. Det å ha kjennskap til innhold i en psykologisk forståelse er nødvendig i denne studien, da den representerer fagtradisjonen foreldre møter som pasienter under psykiatrisk behandling. Den psykologiske forståelsen alene vil ikke være tilstrekkelig for å kunne forstå hva foreldreskap er ut fra hvordan foreldrene erfarer foreldreskap. I den sammenheng vil det være nødvendig å utfylle med begrepsforståelser fra hverdagslivforskningen.

## **Kunnskapssyn**

Når foreldre går i/ mottar psykiatrisk behandling for en psykisk lidelse får de benevnelsen pasient. Ord som pasient, psykiatrisk behandling og psykisk lidelse eller sykdom er fagterminologi i det psykiatriske fagfeltet. Det er den begrepsverden foreldrene møter når de er i rollen som pasient.

*”Psykiatri er den medisinske spesialiteten som beskjeftiger seg med diagnose, behandling og forebygging av psykiske lidelser”*(Malt, Retterstøl, Dahl, 2003, s 9).

I følge forfatterne bygger diagnostikk og behandling på tre forståelsesmodeller, den nevrobiologiske, den psykologiske og den sosiale. Det viser at fagdisiplinen psykiatri har et sammensatt kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for innsatsområder.

Wifstad (1997) gir i en filosofisk undersøkelse en omfattende framstilling av psykiatrien som praksis og kunnskapsform. Han trekker fram perspektiver for psykiatriens vitenskapelige status og mener den befinner seg et sted mellom et hermeneutisk vitenskapssyn og et naturvitenskapelig vitenskapssyn. Følgende sitat illustrerer det:

*”Når psykiateren møter pasienten som den Andre, står han ikke primært overfor et saksforhold det gjelder å kategorisere, men han konfronteres med en annen person. Den Andre er unik, faller bokstavelig ikke på plass i en objektiv kategori. Behandleren befinner seg i et krysspess mellom vitenskapens krav til klassifikasjon og det etiske imperativet i relasjonen selv om den andre strengt talt ikke lar seg kategorisere.”(Wifstad, 1997, s 51).*

Det viser utfordringer for ekspertene som behandler. Han skal både møte og se pasienten som den andre ut fra strukturer og verdier relatert til en hermeneutisk forståelse og samtidig handle etter rasjonalitetens lover og regler relatert til en naturvitenskapelig forståelse.

Hvordan fortøner det seg for pasienten? Er det gitt at han blir møtt som den andre? Vitenskapelige teorier vil bestemme hvordan noe blir forstått eller observert (Wormnæs, 1989). Spørsmålet blir hvordan naturvitenskapelig teori forholder seg til menneskelige forhold. Ekeland problematiserer i en artikkel forholdet mellom naturvitenskapelig kunnskap og praksis (Ekeland, 1999). Han retter en kritisk holdning mot evidensbasert behandling med økt bruk av manualer. Det vil si at det er utviklet prosedyremodeller for hvordan behandle diagnostiserte psykiske lidelser. Det kan bidra til en mer instrumentell tilnærming og behandling lik tradisjon innenfor somatisk medisin. Det er vanskelig å se hvordan denne form for instrumentell praksis kan inkludere pasienten i kontekst og om det er mulig å forholde seg til pasienten som en selvfortolkende person gjennom bruk av manualer. En hensikt med evidensbasert behandling er at det kan bidra til å kvalitetssikre praksis. Det er aktuelt å problematisere om helsefremmende arbeid kan innlemmes i denne arbeidsformen. Det medfører spenning om det er mulig å se foreldrerollen dersom naturvitenskapelig tilnærming tar overhånd.

## **Hensikt**

Hensikt med studien er å få en dypere forståelse av hva det innebærer for mødre å ha psykiske helseplager og samtidig ivareta omsorg for egne barn (se Utvalg s 8 som begrunner valg av mødre som respondenter). Det å få tilgang til mødrenes erfaringskunnskap kan bidra til kunnskap om deres foreldrerolle og vanskene de opplever. Denne kunnskapen mener forfatter

er viktig for behandlere i voksenpsykiatrien, slik at de kan ta opp tema relatert til foreldreskap med pasienter. Kunnskapen kan bidra til en helsefremmende utvikling for barna slik at det forebygger psykisk uhelse.

### **Problemstilling:**

Hvilken kunnskap om foreldreskap kan bidra til at behandlere i voksenpsykiatrien i større grad støtter pasienten i foreldrerollen?

Dette blir belyst med følgende spørsmål:

- Hva får mødre til og hva opplever mødre problematisk i barneomsorgen?
- Hva mener mødre at hjelpeapparatet kan bidra med for utøvelse av foreldrerollen?

## **Metode**

Denne empiriske studien har et kvalitativt design der det kvalitative forskningsintervjuet gir tilgang til data i tekstform fra fem respondenter ( Robson, 2002, Ringdal, 2001, Kvale, 2001 ). Studien benytter en hermeneutisk fenomenologisk metode inspirert av Manens metodestrukturering for hvordan kunne gjennomføre denne type undersøkelser (Manen, 1994).

Formål med hermeneutisk fenomenologi er å forklare hvordan det er å være menneske i livsverden. Det er i følge Manen livsverden slik den umiddelbart blir erfart, for deretter å kunne gi levd erfaring en dypere mening (Rapport, 2005, Manen, 1994, Wormnæs, 1989). Det var den tyske filosofen Husserl som i sin tid aktualiserte begrepet livsverden. Hans anliggende er at vår livsverden er en fundamental forutsetning i tilværelsen. Husserl definerer begrepet livsverden på følgende måte:

*” Livsverden betegner den hverdagsvirkelighet som utgjør forutsetningshorisonten for enhver vitenskapelig tilnærming” (Wifstad, 1997, s 178).*

Denne studien vil undersøke erfaringer innenfor hverdagsvirkeligheten til respondentene relatert til fenomenet som omfatter hvordan det er å ha psykiske helseplager og samtidig utøve foreldreskap. Gadamer framholdt at mennesket har fordommer eller forforståelse



relatert til et fenomen, men at positive fordommer er en forutsetning i utvikling av ny kunnskap i og med at fordommene endres i møte med virkeligheten. Gadamer avviste med det Husserls "epoche", nødvendigheten av å legge til side forhåndskunnskaper for å kunne komme fram til fenomenets kjerne, og videreutviklet i stedet forforståelsens betydning. Denne prosessen foregår gjennom den hermeneutiske sirkel ved å se deler, eller enkelte ord og setninger i lys av en større helhet gjennom å forstå, forklare og fortolke (Hallberg, 2002, Fjelland, Gjengedal, 1994, Holm, 1998).

Metodestruktureringen til Manen gjør det mulig å ivareta fenomenet gjennom å forstå sammenhengene mellom mening og språk i hverdagsvirkeligheten og samtidig kunne gjenkjenne og oppdage fordommer. Manen framholder at denne metoden kan bli sett på som et dynamisk samspill mellom følgende seks aktiviteter:

1. For det første ved å vende oppmerksomheten mot et fenomen som interesserer og forbinder oss til verden ved å spørre hvordan det er å ha en bestemt og spesiell levd erfaring. I denne studien vil det si å spørre respondentene om levd erfaring i forhold til det å ha psykiske helseplager og samtidig utøve foreldreskap.
2. For det andre å undersøke erfaringen slik den leves heller enn hvordan vi forestiller oss erfaringen. Respondentene beskriver i intervjuene sine spesielle levde erfaringer, og refleksjonene om erfaringene gjør det mulig å få en dypere forståelse/mening om hva de opplever som vanskelig i sitt foreldreskap.
3. Reflektere over vesentlige temaer som karakteriserer fenomenet. Manen beskriver fire eksistensialer til hjelp for refleksjon: levd kropp, levd rom, levd tid og levd relasjon. Disse begrepene blir ikke brukt spesifikt i studien, men de ligger implisitt i fenomenet ved å kunne reflektere levd relasjon i foreldreskap og levd kropp og levd tid i det å leve med psykiske helseplager over tid.
4. Beskrive fenomenet gjennom kunsten å skrive og re - skrive. Språket er den eneste muligheten til å gi erfaringer en symbolsk form. Dermed blir kvaliteten på språk og skriveprosess vesentlig i denne type undersøkelser.

5. Fastholde et strengt og orientert forhold til fenomenet for å unngå sidespor og uvesentligheter. Det å være orientert som undersøker vil også si å vise og bruke teorier i forhold til fenomenet.

6. Balansere sammenhengen i undersøkelsen ved å betrakte deler og helhet (egen oversettelse etter Manen, 1994 og Strandmark & Hedelin, 2002).

## **Utvalg**

Det er gjort et valg i studien ved at det er mødre som representerer foreldreperspektivet. Mødrene blir i studien omtalt som respondenter (Robson, 2002).

Bakgrunn for å velge bort fedre som respondenter er forskning som viser at det fortsatt er mødre som har hovedansvaret for barneomsorgen (Bäck-Wiklund, Bergsten, 1997). Det viser seg at det er få endringer i omsorgen for barn når far er psykisk syk. Fars lidelse ser ut til å ha liten eller ingen innvirkning på barna (Smith, 2004). Dette underbygger at det foregår flere endringer eller omstillinger i barneomsorgen i familier når mor er psykisk syk.

Utvalget er strategisk og omfatter fem mødre med barn under 15 år. Mødrene er i aktiv behandling for en psykisk lidelse ved en psykiatrisk poliklinikk. I utgangspunktet var det ønskelig å sikre et utvalg av mødre med barn i ulike alder, samt at noen av mødrene skulle ha slitt med psykiske helseplager gjennom flere år. Det var også ønskelig å sikre deltagelse fra mødre med erfaring fra opphold i en døgninstitusjon/sykehus. Mødre med lidelse i sammenheng med fødselsdepresjon eller psykose er ikke tatt med.

Utvalget ble fem mødre med barn i aldersgruppen fra ett år til elleve år. Mødrene har henholdsvis ett, to eller tre barn. Alle mødrene har slitt med tilbakevendende psykiske helseplager gjennom flere år. To mødre har erfaring fra relativt nylig døgnbehandling i sykehus.

Behandlingspersonale ved en psykiatrisk poliklinikk ble etter tillatelse fra stedets avdelingsoverlege informert muntlig om studien av forfatter før de ble forespurt om hjelp til å

komme i kontakt med aktuelle respondenter (vedlegg 2). Behandlingspersonale valgte ut, uavhengig av hverandre, aktuelle respondenter etter beskrevne inklusjons - og eksklusjonskriterier i utvalg, faglig forsvarlighet og evne til å formidle seg muntlig. Aktuelle respondenter fikk et informasjonsbrev om studien, dens formål, rammene for intervjuet der det ble klargjort at de når som helst kan avbryte eventuell deltagelse i studien (vedlegg 3). Denne utvalgsprosedyren medfører manglende oversikt over hvor mange respondenter som ble forespurt utover de fem respondentene som sa ja til å delta i studien. De fem som ville delta sendte en svarkupong (vedlegg 4) til forfatter med tillatelse om å bli kontaktet via telefon. I telefonsamtalen fikk de mulighet til å spørre mer om studien og deltagelse. Det viste seg at de hadde lite behov for mer informasjon. Det handlet mer om å avtale tid og sted for intervju. Informert samtykke (vedlegg 5) ble underskrevet før intervjustart.

## ***Forforståelse***

### ***– Den doble rollen, terapeut og forsker***

Forforståelsen blir skrevet i jeg-form, da det er mine subjektive beskrivelser relatert til meg som person.

Det er gjennom erfaringskunnskap fra arbeidet som terapeut i klinisk praksis at interessen og nysgjerrigheten for fenomenet våknet. Slik sett ivaretar studien Manens første skritt eller aktivitet for å gå i gang med undersøkelsen.

I startfasen kjentes veien lang, vanskelig og nærmest umulig å finne. Ville det være mulig ikke bare å finne, men og å gå veien fra å være trygg i rollen som terapeut til å praktisere forskerrollen. Det var nødvendig å stoppe opp for å se hva som hindret meg fra å våge å gå i gang. Første hinder var egen forforståelse i form av forventninger til forskerrollen gjennom en forskningsprosess. Forventninger som viste seg hittil å være mer jordet i en forskningsprosess grunnet i en naturvitenskapelig og positivistisk tradisjon enn først antatt. Jeg skjønnte at dette kan forstås på bakgrunn av at grunnutdanningen som sykepleier ble tatt på begynnelsen av 1980 tallet mens dette vitenskapssynet fremdeles gjennomsyret mye av tenkningen omkring teoriutvikling i sykepleie (Kirkevold, 1992). Dette sammen med et daglig terapeutisk arbeid med vekt på evidensbasert behandling bidro til vegring for å sette i gang en forskningsprosess

som kan bidra til ny kunnskap ved å anerkjenne erfaringskunnskap formidlet fra pasienten selv. Det var dog en lettelse å oppdage og bli bevisst disse sammenhengene, og med det kunne rette blikket framover, for så å kunne se om det er elementer i terapeutrollen som kan være gunstig for forskerrollen i denne studien.

Det er trygt og kjent som terapeut å møte pasienten for første gang i utføring av et klinisk intervju. Det å inneha den erfaring det er å vite at tillit og empati er forutsetning for å etablere en god relasjon. En god relasjon er en forutsetning for å utøve en terapeutisk prosess som skal hjelpe pasienten til bedre helsestatus.

Men, hvem møter jeg som forsker, er det pasienten, er det samme type relasjonsbygging som i en terapisisituasjon? Målet med forskning er å innhente kunnskap. Igjen blir det nødvendig med en klargjøring. Det å klargjøre med fare for å forenkle, likevel nødvendig for å kunne se. Det hjalp å vende blikket til Jørgen Habermas og hans begreper om systemverden og en livsverden (Bäck-Wiklund, Bergsten, 2001, Wifstad 2001). Det å se det institusjonelle i psykisk helsevern som representant for systemverden tydeliggjør at dette studiet rommer begge "verdenene". Terapeuten arbeider i "systemverdenen" der den utforskede er pasient med psykiske helseplager. Men skal terapeuten bli forsker må det foregå en bevegelse fra "systemverden" og over i "livsverden" for å kunne se pasienten som mor. Det å se mor slik hun framstiller seg i forhold til fenomenet. Det utfordrer meg, for selve intervjusituasjonen ligner på terapeutforholdet. For som Wifstad sier " At vi ikke konfronteres med et saksforhold i møte med Den Andre, men med noen å dele en virkelighet med." ( Wifstad, 1994, s 3680).

Her aktualiseres det Jette Fog beskriver om selvransakelse under forberedelse til et intervju (Fog, 1999). Det både å ha et blick for virkeligheten der saken eller fenomenet er og et blick innover mot det ureflekterte som berører fenomenet. Jeg må bli klar over egne fordommer for å kunne komme i dialog med mor. Jeg oppdager at fordommene på mange måter har flere lag, et lag må skrelles av for å se det neste. Det første er å bli bevisst hva jeg tenker og føler som fagperson med kunnskap om fenomenet, både bokkunnskap og erfaringskunnskap fra behandling av pasienter som er mødre. Jeg erkjenner at flere lag må skrelles av for å kunne se bakenfor "systemverdenen" ved at fagterminologi og pasientbegrepet blir lagt til side. I dette kommer jeg som person fram. Jeg er en person som selv lever i en livsverden, ved å leve i en hverdagsvirkelighet som mor. Hva slags forforståelse har jeg om det å være mor ut fra et personlig perspektiv? Det å være kvinne og mor gir både flere og felles berøringspunkter med

respondenten ved at det gir medforståelse og styrker evnen til empati i dialogen, men det kan innebære flere ”blinde flekker” som gir tanker og følelser en først blir klar over under intervjuets forløp. Dersom dette oppstår vil det sannsynlig være en styrke å ha erfaring som terapeut i forskerrollen, ved å ha en bevissthet om å gjenkjenne reaksjoner som mulig egne og ikke uten videre tolke at dette tilhører den utforskede. Det å ha dvelt ved og erkjent nivåer av fordommer gir større mulighet for å få til en jeg – du relasjon bygd på tillit, respekt og likeverd mellom respondenten og forsker/intervjuer i intervjusituasjonen.

## ***Datainnsamling***

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er i følge Kvale å forstå sider ved intervjupersonens erfaringer og opplevelser ut fra den enkeltes perspektiv for å kunne beskrive og tolke temaer i intervjupersonens livsverden (Kvale, 2001). Manen framholder at intervjuet i en hermeneutisk fenomenologisk tradisjon er en kilde til å undersøke fortellende materiale i den hensikt å kunne utvikle en dypere forståelse av et menneskelig fenomen, eller at intervjuet er et hjelpemiddel for å utvikle selve samtale relasjonen mellom den intervjuede og intervjuer for så å kunne se meningen med en bestemt erfaring (Manen, 1994). I fenomenologiske studier er det viktig at den som intervjuer og intervjupersonen utvikler en god relasjon. Det er viktig at intervjuer skaper tillit slik at intervjupersonene kan fortelle om levd erfaring.

Det var ønskelig at intervjuene skulle foregå på et nøytralt sted, både av hensyn til respondent og intervjuer, for å unngå automatisk adferd relatert til rollene som pasient og terapeut. I praksis fikk den enkelte respondents ønske om intervjusted forrang. Tre av intervjuene ble gjennomført i et grupperom ved en høyskole, ett intervju i hjemmet og ett i et møterom på behandlingssted, en psykiatrisk poliklinikk.

Det ble innledningsvis før opptak av selve intervjuet snakket om studiet, dets hensikt med spesiell vektlegging på hvordan anonymisering blir ivaretatt i undersøkelsen og i sluttrapporten. Deretter underskrev respondent ”Informert samtykke” før intervjuet startet.

Intervjuene ble gjennomført etter en intervjuguide med tre hovedtemaer: 1. Familielivet. 2. Sykdomshistorie. 3. Foreldrefungering som tema under behandling (vedlegg 6). Intervjuene ble digitalt tatt opp med minidiskett.

Alle intervjuene startet med at respondent tegnet et nettverkskart over familie og andre betydningsfulle personer. Dette hadde tre hensikter. Forfatter fikk oversikt over familien og andre nære i nettverket til respondent, nettverkskartet viste tilgang til sosial støtte, en innledende samtale om nettverket bidro til å senke spenningsnivået i intervjusituasjonen og ga med det mulighet til å etablere tillit mellom respondent og intervjuer. Intervjuene startet med et åpent spørsmål, ”fortell om en vanlig dag i familien”? Det ble videre fulgt opp med spørsmål og kommentarer som, ”dette er interessant, kan du si noe mer om dette, har jeg forstått deg riktig ved..., kan du utdype mer? ”

Intervjuene tok fra 75 til 90 minutter. Intervjuene ble ordrett skrevet ut for analyse.

## **Dataanalyse**

I fenomenologien starter analysen allerede i utforming av problemstilling og under intervjuet (Kvale, 2001). Den egentlige analysen blir utført etter Manens overordnede metode for å komme fram til temaer i analysen. Han benevner metoden som ”the selective or highlighting approach” (Manen 1994,s 79). Det første trinnet i metoden er å søke etter erfaringsstrukturer for så i det andre trinnet kunne beskrive hvordan strukturene er tematisk i fenomenet. De to siste trinnene omhandler å søke etter vesentlige og tilfeldige temaer før disse blir forklart og tolket. De vesentlige temaene analysen kommer fram til blir presentert i resultatkapittelet.

Det at analysen pågår under selve intervjuet er i følge Kvale for å sikre det kvalitative innholdet. Intervjuer tilrettela for et trygt klima rundt intervjusituasjonen ved å være forberedt, imøtekommende, lyttende, ga oppmerksomhet og viste interesse for det respondenten fortalte, for at respondent skulle erfare tillit og for fritt å kunne fortelle om hverdagen for seg og familien. Respondentene viste god evne til å formidle budskapet. De fortalte lett og spontant og med ekstra engasjement når det var noe de ville understreke av betydning. Et eksempel var respondenten som oppdaget under beretning at hun framstod mer



motsatt av egen mor enn hun tidligere hadde vært klar over, mens en annen vektla betydningen av at hun var ansvarsfull og kunne vurdere grensen for når andre måtte hjelpe til i barneomsorgen. Hun hadde begynt å tvile på seg selv i og med at andre vurderte henne uskikket som mor.

Intervjuer reformulerte meningsinnhold underveis ved å sende ord tilbake for at respondent kunne bekrefte om budskapet var riktig oppfattet. Intervjuer gjentok andre ganger betydningsfulle ord i et utsagn etter egen utvelgelse og tolking og ga deretter tolkingen tilbake til respondent for å sikre respondentens perspektiv i formidling av fenomenet. Her kommer ett eksempel fra intervjusituasjonen som illustrerer.

Respondent: *"..., så nå synes jeg at jeg har det jeg vil kalle et normalt liv"*

Intervjuer: *"Høres veldig spennende ut, tenker, hva er et normalt liv?"*

Respondent: *"slik som jeg føler det, så er det å greie å gjøre dagligdagse ting rett og slett..."*

Intervjuer får gjennom intervjuprosessen en begynnende forståelse av hvordan respondenten opplever hverdagen som mor og syk, reflekterer over at mødre snakker lite om seg selv som pasient. De er mødre. Intervjuet avslutter og minidisketten blir slått av når respondenten mener å ha formidlet det hun kan.

Etter intervju slutt begynner arbeidet med å klargjøre intervjumaterialet for den egentlige analysen. Analysen skal få fram hvordan den psykiske lidelsen skaper vansker for mødre i forhold til omsorgen for egne barn. Det å komme fram til strukturer og meninger i mødrenes erfaringer fra dagliglivet som forklarer fenomenet, hvordan det er å leve med psykiske helseplager og samtidig ivareta foreldreskap. Det sentrale i hele analysen er å fastholde Foreldre/mødreperspektivet for hvordan de beskriver omsorgen for barna sine.

Følgende analytiske spørsmål blir stilt til materialet under analysen:

*Hvordan mener mor at omsorgen hun gir barna er preget av hennes psykiske helseplager?*

Det analytiske spørsmålet er formet slik da det vil få fram både hva mødre sliter med og hva mødre får til vedrørende foreldreskap, samtidig som spørsmålet indirekte får fram hva de trenger hjelp til.

Forfatter transkriberer intervjuet ordrett. Etter transkribering leser forfatter gjennom intervjuet flere ganger for å få et samlet begrep om innholdet. Forfatter får på denne måten den første spontane formening om aktuelle hovedstrukturer og meninger som hovedavsnittene i materialet uttrykker relatert til familielivet, sykdomshistorie/de psykiske helseplagene og hjelpeapparatet. Avsnitt med repeterende innhold blir lagt til side. Den første lesingen gir et inntrykk av at det er lite uvesentligheter som kommer fram i materialet. Det handler mer om nyansforskjeller i meningsbeskrivelser av fenomenet.

Forfatter går så grundigere gjennom hvert enkelt avsnitt for å få tak i meningen i erfaringsstrukturene som ligger gjemt i teksten, for å få til det må forfatter hele tiden være lydhør til mors "stemme". Forfatter leser langsomt igjennom på nytt et avsnitt om gangen for å reflektere over dets mening ved å stille spørsmål: "hva er det mor forteller her, hva er det som foregår relatert til fenomenet?" Det blir hele veien utført en "symbolsk kamp" ved å skulle holde bevissthet om egen forforståelse tilbake i møte med tekstmaterialet.

Forfatter tar flere pauser underveis for å dvele over reformuleringer av meningsstrukturer, uttrykker denne meningen fortsatt mors opplevelse eller er den for farget av forfatters forståelse? Det er samtidig vanskelig å unngå å farge mors stemme da reformuleringer skrives med forfatters språk og ordvalg. Det viser igjen hvor vanskelig det både er å se og formidle respondentenes perspektiv, da eget håndverk er rotfestet i begrepsforståelse fra profesjonsutdanning og lang praksis med innblanding av fordommer.

Enkelte avsnitt har sterke og flere emosjonelle uttrykk, for å se enkeltstrukturene er det nødvendig å skille ut emosjonelle strukturer for å se handlingsstrukturene i situasjonsbeskrivelser. Det blir da i neste steg enklere å se hvilke følelser som hører til den enkelte handling. I det tredje steget blir handling og følelse koblet sammen i en reformulering av meningsenheten. Det viser seg at denne måten er til god hjelp i å fortette meningen i spesielt sterkt følelsesladete avsnitt, men og i avsnitt med mer handlingsmateriale enn følelsesuttrykk. Fortettingsmetoden er inspirert av Rapport som har anvendt Manens analyse i sin studie (Rapport, 2005).

Eksempel fra et av intervjuene.

Avsnitt: *"Bryr meg litt for mye, tror jeg, rett og slett, og skjønner ikke at hun ikke er ei lita jente mer, ta med deg ekstra genser det er kaldt, eller det, sykle forsiktig, må hele tida gi den ekstra lille meldinga, vær forsiktig, at egentlig gir jeg den meldinga at jeg er fryktelig glad i deg, vær forsiktig."*

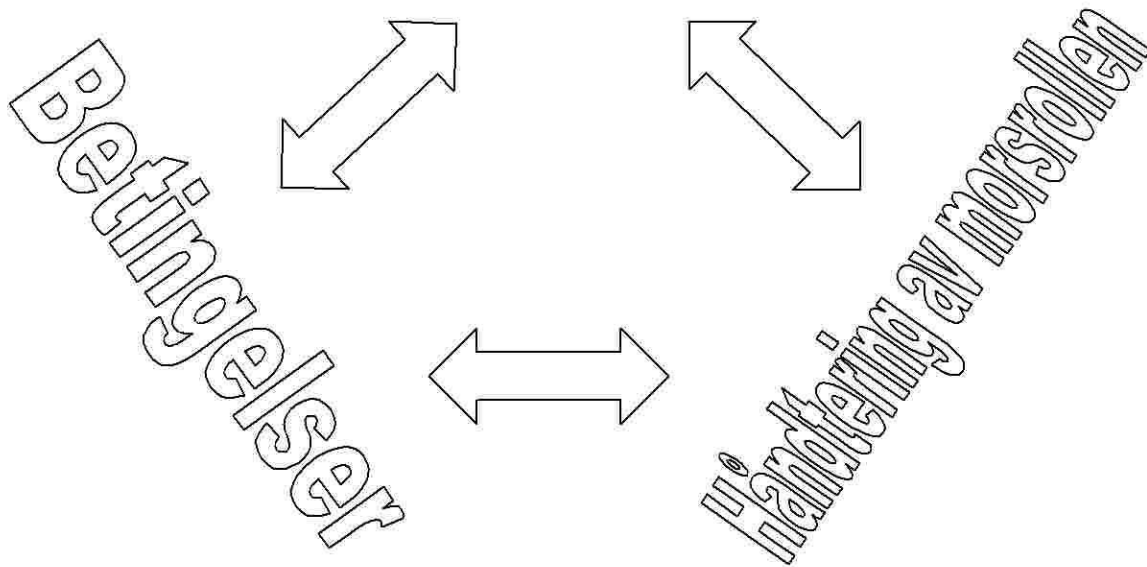
Handling: Mor mener hun bryr seg litt for mye. Mor gir formaninger til datter vedrørende det å kle seg eller når datter skal gjøre noe.

Følelser: Fryktelig glad i datteren.

Reformulering av meningsenhet: Mor viser at hun bryr seg og er glad i datteren gjennom formaninger.

Forfatter oppdager under arbeidet med å søke etter erfaringsstrukturer og fortette materialet at et enkelt avsnitt kan inneholde flere strukturer med ulikt meningsinnhold. I prosessen med å flytte sammen strukturer med likt meningsinnhold forsvinner den første meningsforståelsen som svarer analysespørsmålet. Det er først ved å se og tolke strukturene i et avsnitt som en helhet at det kommer fram hvordan mor mener omsorgen hun gir barna er preget av hennes psykiske helseplager. Det er mulig å lese ut av materialet hvordan mor er i stand til å utføre barneomsorgen i dagliglivets eller hverdagslivets rutiner og krav er betinget av flere forhold. Eller, det er flere forhold som betinger hvordan mor evner å fungere som forelder i hverdagen for barna. Dermed framkommer det tydelig at strukturer med ulikt meningsinnhold påvirker og avhenger av hverandre i en dynamisk gjensidighet.

# Hverdagslivet



Figur 1 framstiller den dynamiske gjensidigheten mellom hverdagslivet, betingelser og håndtering av morsrollen.

Hverdagslivet er det daglige livet i familien som er preget av ulike rutiner og krav og forventninger. Hverdagslivet er livet som leves hver dag hjemme og utenfor hjemmet. Det er her mor skal være god mor som håndterer morsrollen eller foreldrerollen. Det er dette som favner fenomenet i studien. Betingelser er forhold som virker inn på hvor godt mor greier å være mor eller hvor godt hun greier å håndtere morsrollen.

Betingelser som innvirker er først og fremst mors psykiske lidelse, lidelsens alvorlighetsgrad, karakter og varighet over tid. Andre betingelser er tilgang og tilførsel av sosialt nettverk, om det er en eneforsørgerfamilie eller en toforsørgerfamilie, mors barndomsopplevelser, barnas alder og avlastning. Håndtering av morsrollen er hvordan mor framstår og hva hun gjør for barna i relasjon og omsorg. Hva som betinger hverdagen får konsekvenser for hva mor gjør.

Hverdagens krav innvirker på hva mor gjør eller kan gjøre avhengig av betingelser. Figur 1 kan også forstås slik at hverdagslivet og håndtering av morsrollen danner foreldreskap, mens betingelser er faktorer som betinger foreldreskap. Dette samspillet mellom faktorene utdyper forståelsen av respondentenes livsverden.

Det er ved å sammenholde strukturer med likt meningsinnhold at det blir mulig å identifisere de vesentlige temaene. De navngitte temaene blir presentert i resultatdelen.

## ***Etikk***

Studien er tilrådd av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, personvernet for forskning, (29.03.06, ref.nr.14265/GT) og Regional komité for medisinsk forskningsetikk Øst – Norge, (07.04.06, ref.nr.215-06081).

Avdelingsoverlegen ved aktuell psykiatrisk poliklinikk ga skriftlig tillatelse til å gjennomføre studien (vedlegg 1). Avdelingsoverlegen hadde det medisinske ansvaret for en etisk og faglig forsvarlig rekruttering av respondenter og for gjennomføringen av intervjuene i og med at respondentene har status som pasienter.

Respondentene underskrev informert samtykke. Samtykket ble gitt på grunnlag av skriftlig og muntlig informasjon om frivillig deltagelse, hensikten med studien, hvem som er ansvarlig for studien, rammene for intervjuet, prosedyre for anonymisering av personalia og resultatene i sluttrapporten.

Informasjon om framgangsmåten for anonymisering var vesentlig for å sikre krav om konfidensialitet og vern av privatliv. Hver respondent fikk et kodennummer som ble oppbevart innelåst og atskilt fra annet datamateriale. Datamaterialet har ikke inneholdt navn, personalia eller andre identifiseringsmuligheter. Det er kun forfatter og veileder som har hatt tilgang til intervjumaterialet og intervjumaterialet er kun benyttet i denne studien.

Resultatet er anonymisert i sluttrapporten, slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne respondentene. For å sikre anonymisering i sitater i resultatpresentasjon er ord som datter og sønn endret til barna og ungen i entall eller flertall.

Minidiskettene med intervjumaterialet ble avmagnetisert og identifikasjon av respondentene ble destruert ved studiens slutt, desember 2006.

Forfatter var forberedt på at det kunne oppstå vanskelige situasjoner under intervjuopptak. Det var på forhånd avtalt med behandlere at respondenter hadde mulighet i behandlingstimer til å ta opp eventuelle vanskelige og uforutsette temaer fra intervjusituasjonen. Forfatter hadde på forhånd gjennomtenkt at det kunne komme fram data under intervjuene som ville omhandle innsyn i omsorgssvikt av barn eller data med negativ omtale av kollegaer. Det var avklart hvordan håndtering av situasjoner med en slik karakter kunne bli drøftet med avdelingsoverlegen.



## ***Pålitelighet og gyldighet***

Om en undersøkelse er troverdig handler om *”forskerens kvalitetskontroll” av det produkt som kommer ut av forskningsprosessen*” (Fog, 1999, s 155). Kvalitet blir ikke målt i kvalitative studier slik som i kvantitative studier, men den blir undersøkt.

I følge Fog er det ikke alltid like meningsfullt å skille mellom pålitelighetsbegrepet og gyldighetsbegrepet i kvalitative undersøkelser, det gjelder først og fremst i forhold til undersøkelser som har benyttet intervju eller samtale som metode for datainnsamling. Forfatter velger likevel i denne studien å skille begrepene og følge Fog sin forståelse av begrepene ved å se pålitelighet som en forutsetning for gyldighet (Fog, 1999).

Pålitelighet omhandler å undersøke forholdet mellom intervjuer og respondent i intervjusituasjonen og forholdet mellom forfatter og det transkriberte materialet med ekstra oppmerksomhet på egne analytiske redskaper. Forfatter hadde på forhånd bevisstgjort egen forforståelse (se s 9). Det bidro til å etablere et jeg – du forhold til respondent i intervjusituasjonen, slik at den enkelte respondent ble i stand til å fortelle så sant og ekte som mulig om egne erfaringer vedrørende fenomenet. Forfatter var bevisst egen væremåte og følelser under intervjuet for å kunne motvirke negative overføringer, samtidig innebar denne bevisstheten erkjennelse om at intervjuer innvirket på intervjusituasjonen i kraft av å være en person i møte med en annen person. Det innebar at intervjuer ikke kunne være konsistent, det å framstå likt under intervjuene.

Bevissthet om egen forforståelse var vesentlig under hele analyseprosessen for å sikre respondentenes budskap gjennom analyse, skriving og reskriving. Intervjuene ble ordrett transkribert, da minidiskettene ga meget god lyd kvalitet ved at alle ord var hørbare.

Gyldighet omhandler å undersøke om det empiriske materialet sier noe holdbart om fenomenet i forhold til virkeligheten når det er bearbeidet og analysert (Fog, 1999). Det omfatter både fortolkning og forståelse av fenomenet slik det kom fram i intervjuene mellom respondentene og forfatter og om fortolkning og forståelse av de transkriberte intervjuene for å kunne se om studien har undersøkt det den sier den vil undersøke. Gyldighet omhandler med andre ord om det som sies kan deles av andre. Den indre gyldigheten kunne blitt sjekket ved

at respondentene hadde lest resultatdelen, men det ble ikke gjort grunnet tidsfaktoren og manglende avtale med respondentene om bidrag fra deres side til å sikre den indre gyldigheten.

Det styrker gyldigheten at forfatter har utført studien under veiledning og at resultatene både samsvarer med resultater og har likhetstrekk med funn fra andre studier.

Forfatter har under resultatpresentasjon tendens til å generalisere og det må følgelig presiseres at resultatene ikke er like gyldige for alle mødrene. Forfatter presenterer derfor resultatene med mange sitater for å sikre at respondentenes stemmer kommer fram. Resultatene er ikke generaliserbare, men de kan være overførbare til lignende fenomener.

## Resultater

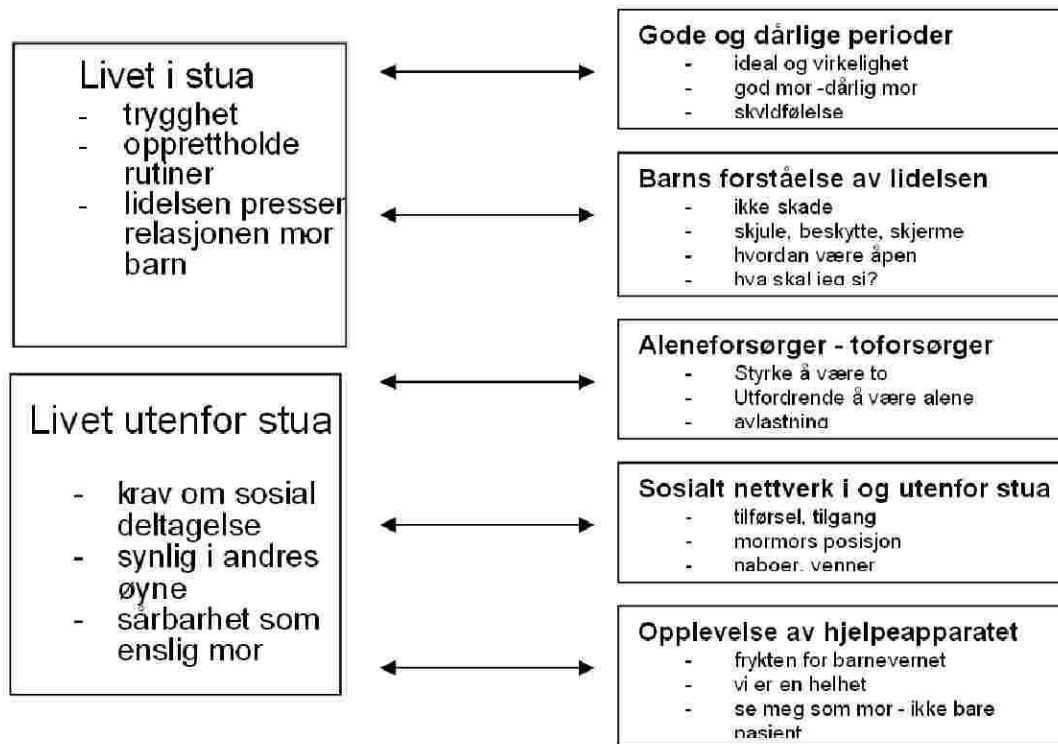
Innledningsvis i dette kapitlet kommer en utvidet presentasjon av respondentene i forhold til familiesituasjon og sykdomshistorie. Deretter følger en framstilling av figur 2 som viser en oversikt over de sju vesentlige temaene som utgjør resultatdelen. Presentasjon av resultatene begynner med de vesentlige temaene som utgjør foreldreskap før de vesentlige temaene som betinger foreldreskap. Foreldreskap favner tema om hverdagsliv og håndtering av morsrollen, mens betingelser favner tema som betinger foreldreskap (se s. 14). Hvert vesentlig tema blir presentert med en innledning om temaet før sitater med beskrivelser viser innhold i temaet. Hvert tema avrunder med en oppsummering.

Alle fedrene er friske og i jobb. Barnefar i eneforsørgerfamiliene bor geografisk langt unna og i den ene familien begrenser samværet med far seg til ferier og eventuelle langhelger. Fedrene deltar med dette ikke i oppfølging og aktiviteter i sammenheng med barnehage/skole og fritid på bosted for barna. I toforsørgerfamiliene er den generelle regelen motsatt ved at fedrene deltar i oppfølging og aktiviteter både i og utenfor hjemmet, men det forekommer begrensinger i form av fars arbeidstid og arbeidssted.

Mødrene er langtidssykmeldte med unntak av en som har en mindre stillingsprosent med arbeidstid når far er hjemme. Fire av respondentene tidfester debut av de psykiske helseplagene tilbake til barndom, den femte til da hun ble mor. Det er ingen sammenheng mellom debut og tidspunkt for behandlingsstart for psykiske helseplager. En mor startet behandling i tidlig ungdomsperiode ved en psykiatrisk poliklinikk for barn og unge, to mødre etablerte kontakt med det psykiatriske behandlingsapparatet som unge voksne, mens to mødre startet behandling i voksen aldersfase etter 25 år. Det viser at de psykiske helseplagene hos respondentene er langvarige tross behandling, og at plagene i varierende grad har vært til stede hos alle siden de ble mødre.

## FORELDRESKAP

## BETINGELSER



Figur 2 viser hvordan de to kategoriene som beskrives under foreldreskap påvirker og blir påvirket av en rekke betingelser, som i figuren er delt opp i fem kategorier. Studien kan ikke påvise at noen av disse kategoriene er overordnet de andre i vesentlig grad.

### *Livet i stua*

Livet i stua er hverdagslivet hjemme i familien. Det handler om de daglige rutinene som favner barneomsorgen fra å stå opp, vekke barna for utføring av fortløpende gjøremål som påkledning og spising før avreise til skole og barnehage. Ettermiddag og kveld har igjen sine bestemte rutiner med middag, lek, lekser, TV og aktiviteter før sengetid. Rutinene gir en struktur som en gjentakende rytme dag etter dag.

*”grunnen til at jeg går i behandling sjøl har med at min egen barndom var utrygg, veldig utrygg, derfor ble jeg fryktelig fokusert på alt dette her, at grunnpilaren til ungene, hjemmet til ungene skal være trygt.”*

*”Ja det er jo ungene som driver, det er jo de jeg lever og ånder for. Ja de er de første uansett. Føler at det er det som er meninga med mitt liv, at jeg skal ta meg av ungene og slikt”*

Mødrene anstrenger seg for å samle nok krefter til å opprettholde rutinene. Rutinene er måkrav, de framstår som påbud til mødrene om hva de må gjøre for barna. Rutinene gir gjennom kontinuerlig repetisjon forutsigbarhet for barna. Selv i familiene med far til stede forsøker mor alltid å ville være nærværende. Rutinene blir et symbol eller kjennetegn på mor i det hun er i rutinene for barna.

*” Før jeg skulle inn der så var det veldig slitsomt. Jeg stod opp og vekket ungene, også laget mat til de, men jeg spiste ikke selv, så jeg slang egentlig bare maten på bordet, ja, rydda og var mest mulig i aktivitet og så var det hele tiden, den eldste som lurte veldig ofte på hvorfor jeg ikke spiste og sånn. Det preget, ja det ga meg veldig dårlig samvittighet, store deler av dagen egentlig. At jeg ikke spiste og at ungen på en måte så det og at ungen heller ikke ville spise sjøl når ungen så at jeg ikke spiste og sånne ting. Men i og med at jeg ikke spiste så hadde jeg ikke mye energi selv om jeg tvang meg til å gjøre mye likevel. Så det var egentlig veldig godt å få de i barnehagen.”*

Mor identifiserer at omsorg er å bry seg om og sørge for at barna får det de trenger. Mødrene ser hva barn trenger avhengig av alder og utviklingstrinn. En mor beskrev en situasjon som innebar trøst og bæring av et skrikende kolikkbarn og samtidig skulle hjelpe en annen med lekser. En krevende oppgave i omsorgsutøvelse, men enda mer krevende når bakteppet hos mor er manglende overskudd med indre krav om å holde tilbake følelsesmessig stress. Det å evne og gi den enkelte oppmerksomhet krever tid, empatisk nærvær med kognisjon til å huske. Dette er mødrenes oppgaver, å legge til rette for at dagen går på skinner for barna ved at de får med seg det de trenger for skoledagen.

*”Det er ikke få dager ungen har kommet på skolen og glemt det det skal ha med seg. Det blir rett og slett for mye å huske på, det blir så vondt. Mamma jeg glemte å ha med boka, glemte å ha med grillmat. Så sitter du der og så har de lekser. Ikke har jeg krefter til å følge med, ikke har jeg krefter til å være våken, selv om det er greie lekser, klipp ut og lim inn. Ungen er ikke interessert i å gjøre det, dette er i seg selv et konfliktområde, et minefelt. Når jeg har en bedre periode så går det bedre”.*

De daglige rutinene skal gjennomføres dag etter dag, igjen og igjen med omsorg fra mor til barn. Det holder hardt å alltid å oppfylle forventninger i morsrollen. Mors mål er å se, svare og hjelpe barnet med praktisk tilrettelegging. Noen ganger framstår situasjonen motsatt ved at mors manglende overskudd styrer samhandlingen i rutiner. Det tærer på og utfordrer relasjonen mellom mor og barn.

*”Når jeg er nede er lunta ikke eksisterende, da blir det ofte veldig harde konflikter. Har litt mer tålmodighet på de gode dagene. Litt mer fantasi til å finne veier rundt grøten, men når jeg er dårlig, bare klamper jeg inn, ser ikke, grøten bare spruter. Jeg bare drar på genser og bukse, klart det er en bjørnetjeneste men da er jeg så dritt lei av å mase og mase at jeg har mer enn nok med å få med meg hode.”*

I noen situasjoner blir samhandlingen mellom mor og barn styrt av morens behov. Mors behov for å ha kontroll over å gjennomføre rutinene i et raskt og effektivt tempo får forrang til hva ungene trenger der og da. De tar seg sammen, bruker alle krefter, tar seg ut på å holde egne vanskeligheter i sjakk. Først når ungene er ute av stua kan mødrene puste ut. Først uten barn er de fri til å være syke, til å slippe fram tilbakeholdte følelser. Dette pusterommet ligger i strukturen, noe de er helt avhengig av og bruker bevisst.

*”Jeg har hatt slike perioder og, må bare stramme meg opp noe fryktelig, virkelig kjørt på autopiloten, og så når ungen endelig har gått og lagt seg, så knekker sammen, griner, eller bare sitter og er fjern, i koma, deppetanker, begynner det først en ting så kommer det veldig mye, det er som å åpne et lokk og så vet man aldri hva som tyter ut, en litt dårlig dag kan ende som en verdenskatastrofe hvis det får gå langt nok, og når man ikke har noen til å snøppe seg ut av det heller, eller hjelp til å skifte fokus, ”*

Mødrene definerer barna som det viktigste. Sentralt mål i barneomsorgen er å skape et trygt hjem gjennom den daglige strukturen organisert etter dagliglivets krav. Videre holdes fram evnen til å bry seg om, å vise at man er glad i barna, gi tid, tid til å prate, tid til engasjement i barnas aktiviteter og tid til å være der for barna når de trenger det.

Den psykiske lidelsen framstår som en trussel mot mors kapasitet og vilje til å opprettholde strukturen. Lidelsen rammer eller stresser indre ressurser hos mor i en slik grad at det kontinuerlig truer samhandlingen med barnet i rutiner. Det setter relasjonen under press. Mor prøver å mobilisere motkrefter for å holde psykisk smerte "inne" for å unngå uhensiktsmessig samspill. Av og til brister evnen til å holde tilbake slik at følelsesmessig frustrasjon rammer barnet. Sannsynlighet for konflikter er situasjoner der barnets "tøyning" av grenser møter lidelsens "tøyning" av mors grenser. Først når barna er ute av stua har mor lov til å være syk. Hun er sykmeldt fra jobb og studier, men ikke fra morsrollen.

### ***Livet utenfor stua***

Livet utenfor stua omhandler familielivet utenfor hjemmet. Det følger med mange og ulike sosiale aktiviteter relatert til skole og barnehage som foreldremøter og avslutninger samt andre mer uforpliktende sammenkomster. I tillegg deltar barna i egne aktiviteter og i lek med kammerater. Det følger med dugnader, sosialt samvær med vennefamilier og storfamilien i sin helhet. I dette er det feiring av åremålsdager og bursdager, både i egen og andres familie. Dette stiller krav til foreldreskap om å delta. Alle mødrene innlemmer sosial deltagelse som et viktig element i foreldrerollen. Intensjon er viljen til å delta for å følge opp sosiale forpliktelser først og fremst for barna, men og som synlig familie utad i en større sammenheng. I møte med kravet om sosial deltagelse kommer variasjoner fram i mødrenes opplevelse av hvordan hun og familien takler denne utfordringen. Det å bli regnet med, være en del av andre ved å gi barna en opplevelse av at deltagelse er en selvfølge.

*" jeg har hele tiden gjort det jeg skal gjøre, vært med på avslutninger og slikt. Jeg har svettet og jeg har sett svart og jeg har følt jeg ikke har hatt armer og bein, men uansett så har jeg vært med, har aldri vært igjen hjemme når vi skulle på noe slikt..."*



*...Nei, fordi slik var det hjemme hos oss, der var det slik at de ofte ikke var på foreldremøter eller juleavslutninger og slikt. Jeg har bestemt meg for at om jeg så må kripe inn døra så skal jeg være med. Så det har jeg gjort, jeg har nå klart det."*

Mødrene presser seg. De ser viktigheten av sosial deltagelse. De vet det betyr mye for barna, derfor gjør de det. For en mor er opplevelsen av sosial deltagelse annerledes. Det medfører dilemmaer. Dilemmaer av etisk karakter, hvilke behov skal mor ta hensyn til. Mor må ta valg, skal egennytte gå foran ikke skade i denne situasjonen? Det er videre variasjon vedrørende sosial deltagelse knyttet til sosial status, om man er par eller enslig mor. Det å leve med en opplevelse av å være sosialt stigmatisert som enslig mor med problemer forsterker grunnproblematikk relatert til et dårlig selvbilde med manglende sosial selvtillit for å våge å være synlig. Mor definerer seg utenfor og marginalisert i sammenhenger der fellesskap mellom andre familier er tydelig.

*"Og sånne sosiale arrangementer på skoledager, synes jeg er grusomt vanskelig, alle disse lykkelige familiene som går rundt meg. Da føler man seg ekstremt ensom da, men så må man tvinge seg gjennom det. Jeg vet ikke hvor okey det er for ungen, for å se meg stort sett stå/sitte alene. På en måte bare vente på at det skal bli ferdig, prøver man å virke oppegående, går rundt, ser jo ikke folk, er helt i min egen verden fordi jeg synes det er så grusomt å være på sånne ting. Og så blir jeg sur på meg selv for egentlig er sånne ting kjempekoselig, sosiale arrangementer er koselig. Det negative er at alle disse familiene forsterker ensomhetsfølelsen jeg har, at her har man jada jeg er enslig mor, ja vi er skikkelig upopulær."*

Dette er mors opplevelse av seg selv i andres øyne. Andres øyne inkluderer også barnets øyne. Det aktualiserer et annet perspektiv. Hvordan framstår "jeg" som mor for barnet når barnet ser "meg" alene i flokken av foreldre? I dette ligger et pedagogisk perspektiv i foreldrerollen ved å ville være et forbilde. Mor vil gi barnet sosiale ferdigheter for å kunne mestre samhandling med andre både nå og i framtid.

Motsatt av deltagelse er fravær. Det å måtte gi helt opp, resignere. Det blir ekstra synlig og vanskelig å ta når det gjelder merkedager. Merkedager og høytider er ofte knyttet til familieopplevelser. De gir mulighet for familiefellesskap ved å gjøre og være sammen i fest.

Det er dager og perioder foreldrene vil bidra til at barna får gode erfaringer og gode minner å se tilbake på.

*”På 17.mai, en uke før jeg ble lagt inn, da skulle jeg egentlig gå i tog sammen med de i barnehagen men det orket jeg ikke, jeg ble stående å se på. Etterpå gikk vi på kaffe. Så gikk jeg hjem og la meg mens ungene og faren og besteforeldrene var med ungene og lekte i parken. Det er den verste dagen tror jeg. Så la jeg meg. Så laga jeg mat til de andre og så kom de og spiste, det var ikke noe moro. Du føler du svikter de, at jeg ikke stiller opp for de, ville så gjerne at jeg skulle være med å leke.”*

Barn deltar i fritidsaktiviteter. Det krever at foreldrene og deltar ved å være tilstede under eksempelvis kamper og å utføre dugnadsarbeid. Noen verken orker eller våger å delta. Dette blir svært synlig for andre og for barna selv. Å ikke innfri krav kan bidra til nederlagsopplevelser som mor og kan med det forsterke et fra før negativt selvbilde. Åpenhet om lidelsen framstår som en mulighet til deltagelse. Åpenhet ser ut til å forenkle fravær i det andre samarbeidsparter eller nøkkelpersoner vet hvorfor mor uteblir.

*”Jo det har faktisk gått veldig greit, spesielt det med fotballtrening har gitt meg veldig mye, Men der og har jeg på en måte hatt allierte. Oppmann i laget mitt, kjenner hun ganske godt, har vært ærlig og sagt at jeg kan ikke være med, kan ikke ha hele ansvaret alene, sa det når jeg ble spurt om jobben fordi sånn og sånn forklarte jeg hun. Hun har blitt en venninne. Derfor har det blitt enklere å ta en telefon. I dag kan ikke jeg komme, sagt at nå er jeg ikke i form. Da blir det ikke noen flere spørsmål om det, mens jentene på laget vet ikke noe mer. Har alliert meg slik at jeg ikke skal føle presset, så det har ikke vært mange gangene jeg ikke har vært med.”*

Barn deltar i aktiviteter utenom hjemmet. Dette stiller krav og forventninger til foreldrene ved å gjøre barns deltagelse mulig. Aktiviteter medfører kjøring, dugnadsoppgaver og det å være med underveis for å se og støtte barnet. I sammenheng med merkedager og høytider kan samfunnets og storfamiliens forventninger og krav komme i tillegg til egne. Dette er området der mødre blir sett i andres øyne. Samtidig er mødre selv opptatt av å gi barna sosiale ferdigheter som kan gjøre deltagelse og samvær med andre mulig. De ser at sosial deltagelse er viktig for barna. Å være aleneforsørger utfordrer deltagelse. Frykten for å bli oversett/utelatt bygger på en reell opplevelse av stigmatisering. Egne utfordringer med å

forstå og forholde seg til sosiale kodekser i toforsørger familiene bidrar til å minske barnets mulighet for sosial deltagelse med andre barn i fritid, ”like barn leker best”.

Åpenhet om lidelsen framstår som en ressurs for deltagelse. Det mest smertefulle for noen er sviket mot barna ved ikke helsemessig å være i stand til å delta på tross av mobilisering av krefter for å kunne få det til.

## ***Gode og dårlige perioder***

Alle informantene tidfester lidelsen i dårlige og gode perioder etter en subjektiv gradering eller opplevelse av merkbare plagsomme psykiske symptomer. En bruker betegnelsen at lidelsen går i bølger. En god periode er motsatsen til en dårlig periode, med en gradvis overgang i midten. Mødrene sier mindre om de gode periodene. Bilde av en god periode kommer mer fram som en lettelse av at nå er den dårlige perioden over. Da kommer overskudd til huslige gjøremål, mer tålmod og lek i samhandling med barna. Det blir lettere for mor å være i den gode relasjon med barna slik hun ønsker og evner. Ei mor beskriver en god periode med følgende ord:

*”da blir det liksom noe annet, da kan vi flire og le og tøyse, og ha den overskuddsgreia, det er jo noe helt annet, ja man gjør jo tingene som alltid, man smører jo fortsatt matpakke, men med et annet fortegn,... måten vi kommuniserer på, ansiktsuttrykk, altså hele kroppsspråket, alt blir ulikt egentlig, selv om det er akkurat de samme rutinene”.*

Det utfordrer å mestre de dårlige periodene av lidelsen. Det er i den perioden mødrene opplever sterkest sårbarhet. Det er i den de kjemper med vanskelige følelser. Hvordan håndtere egen psykisk smerte som angst, tårer, ensomhet, fortvilelse og et depressivt tankemønster? Hvordan håndterer så mødrene dette indre kaoset ”i seg” med samtidig å skulle være ”i den ytre verden” sammen med barn og mann? Ei mor beskriver en dårlig periode med følgende ord:

*”humøret kan være ganske variabelt og stressnivået også egentlig, men det er deilig når det går på tre kvarter, da er det sånn ”tøsj- tøsj..da gåre sånn veldig radig, slipper å dra det ut, kjenner at jeg trenger å være sånn, særlig nå når det er så lenge siden sist ferie. Lenge*

*siden barnet har vært borte, jo mer kjenner jeg at skolebussen må gå nå, for at jeg bare må få være i fred, veldig behov for å være alene for tiden, jeg bare har meldt meg helt ut og har ikke greid å lage en eneste avtale”.*

Mødrene gjør det de må sammen med barna uansett egen mental tilstand. Det som endrer seg er hvordan de utfører handlingen. De er klar over at dette viser seg i endret væremåte, både følelsesmessig og i holdninger.

*”for jeg tror sjøl at slik jeg har det er på grunn av den oppveksten jeg har hatt sjøl, så jeg er livredd for å skade ungene, det har jeg tenkt på hver eneste dag, så du kan si jeg har prøvd å ta meg sammen, fordi jeg har vært redd for det, så det er vel derfor jeg ikke har hatt noen store utbrudd. At det, men klart jeg har vært nokså aggressiv og har hatt kort tålmodighet, jeg har aldri lagt hånd på de, men jeg føler jeg har kjeftet mye og vært høyrøstet på den måten. ...men nå kjenner at jeg kan vente mer før jeg griper inn, jeg hogger ikke i, for dette med lekser og slik”.*

Mødrene har innsikt i at lidelsen gir konsekvenser for ungene. De er opptatt av hvordan de er og framstår for barna sine. Dette blir igjen synlig når de trekker seg tilbake i en dårlig periode for å være alene og i fred. Da har de ikke energi eller overskudd til å delta og være engasjert sammen med barna slik de egentlig ønsker å framstå. Det fører til dårlig samvittighet og skyldfølelse for hvem de er. For hvem de er i følelser og hvem de er i det de gjør og ikke gjør. Dette er et dilemma som kompliseres av lidelsen.

*”Jeg skulle egentlig være fornøyd med det jeg har. Det er heller ikke det det går på at jeg er misfornøyd med det jeg har, det er inne i meg den følelsen av ikke å strekke til, at jeg ikke er verd noe, at det kommer en slik følelse, at liksom jeg ikke er noe, at jeg bare går der som en hushjelp, så får jeg kanskje ikke til det en gang, får en følelse av ikke å strekke til”*

Barna er og et bilde på hvordan mødrene framstår i andres øyne. Det å se at andre utfører oppgaver de selv burde gjort og fått til i barneomsorgen forsterker følelsen av å være utilstrekkelig som mor. En mor ble stilt ovenfor ultimatumet, enten bekymringsmelding til barnevernet eller sykmelding av barnefar da hun ble vurdert uskikket til barneomsorg av legen grunnet alvorlighetsgraden av lidelsen i en dårlig periode.

*”Det verste var det å bli fratatt retten til å være mor for dine egne unger, selv om jeg var moren deres så mistet jeg mye av det ansvaret som jeg før taklet. Og så var det samvittigheten ovenfor mannen. Han var akkurat ferdig med utdannelsen, hadde bra jobb han trivdes kjempegodt i og så en måned etter at han var ferdig så måtte han gå hjemme. Dagene var egentlig preget av mye dårlig samvittighet ovenfor alle egentlig, unntatt meg selv, det hadde jeg ikke, tenkte på de andre.”*

Det er lettere å øyne den gode mor når en dårlig periode går over i en god.

*”nå syns jeg at jeg har det jeg vil kalle et normalt liv. Slik som jeg føler det, så er det å greie å gjøre dagligdagse ting rett og slett. At jeg gleder meg til å stå opp. Før, å nei, jeg orker ikke, men så må en bare. Nå står jeg opp og kjenner at det er godt å leve på en måte. Så da har, jeg er ikke nødt til å ha en avtale i løpet av dagen. Jeg kan bare være hjemme og vente på at ungene kommer hjem fra skolen. Og så skal vi gjøre lekser, jeg kan få vaske golv og bake brød og lese en bok og. For når jeg er dårlig så klarer jeg ikke å lese, leser ikke avisa, alt flyter sammen liksom.”*

Mødrene er opptatt av hvordan de framstår i relasjon til barna. De vil framstå som gode mødre som tar og viser ansvar for barneomsorgen. Dette rapporterer mødrene at de mer får til i de gode periodene. Det er i de gode periodene de kan identifisere seg med bilde av den gode mor. Så kommer en dårlig periode og kompliserer evnen til å opprettholde hvordan de ønsker å være. Den psykiske lidelsen medfører redusert overskudd, krefter og energi slik at det gir en opplevelse av ikke å strekke til og at man framstår som en mislykket og sviktende mor. Det er nærliggende å identifisere seg som en dårlig mor. Dette gapet som oppstår mellom ideal og virkelighet gir dårlig samvittighet og de tar på seg skyld for vanskene som oppstår i familien ved at andre må gå inn og overta oppgaver mødrene anser som sine.

### ***Barns forståelse av lidelsen***

Det at mor er syk berører andre familiemedlemmer. De nærmest berørte er barna og far som bor sammen med mor. Det er de som ser hvordan mor har det i gode og dårlige perioder. Det er de som erfarer hvordan mors psykiske helseplager innvirker på dagliglivet i familien. Barns

forståelse av lidelsen omhandler hvordan gjøre lidelsen forståelig og håndterbar for barna slik at konsekvenser av lidelsen ikke skal skade.

Daglige rutiner dekker barnets grunnleggende behov, samtidig som rutinen gir mulighet for læring. Foreldre er forbilder. Mor er opptatt av hvem hun er for barna og hvordan hun framstår i det hun gjør. Alvorlighetsgraden er stor når barnet lar være å spise fordi det vil gjøre som mor.

*"At jeg ikke spiste og at ungen på en måte så det og at ungen heller ikke ville spise sjøl når hun så at jeg ikke spiste, ... da bestemte jeg meg for at middag skal jeg hvert fall spise i sammen. Så om jeg spiste en fiskebolle og litt gulrot, så var det på en måte bedre, da spiste jeg i hvert fall sammen med de. Det var egentlig greit, ungen bare aksepterte det."*

Mødrene ser at barna ser og at det de ser ikke bare kan være, men er uheldig. At barna ser uroer og bekymrer. Det er dette mødre frykter, at egne symptomer både skal gjøre barna redde og redde for dem. Mor ser at barnet blir redd, men hun er ikke i stand til å kontrollere eller tilbakeholde egne reaksjoner da hun er på vei inn i en dårlig periode i lidelsen. Igjen en situasjon som tydeliggjør mors avmakt i møte med lidelsens styrke versus behovet for å beskytte barnet fra å bli redd.

*"Men det er klart at han har sett mye. Han har nok vært bekymret, det tror jeg nok... det er mer sånn før man var på vei ned til å bli skikkelig dårlig, satt man stort sett bare å hyl-grein i sofaen, gikk stort sett og grein hele tida. Og det er sånne ting som gjorde at han ble redd, skjønnte ikke hva det var."*

Dette forsterker behovet for å skjule. Å skjule er å ville forhindre og skjerme barna fra å se de psykiske helseplagene. Dette blir mulig gjennom å forlate "scenen" ved å trekke seg tilbake for å oppholde seg ute av syne.

*"... selv om jeg selvfølgelig prøver å skjule slikt for de at jeg er lei meg, at jeg trakk meg tilbake og så får heller faren deale med de, så det blir at man stenger mye ute for jeg ville ikke vise ungene hvordan jeg hadde det."*

Begrepet "å trekke seg tilbake" er tidligere beskrevet som et kjennetegn ved en dårlig periode i lidelsen. Her får begrepet en utvidet forståelse ved at det samtidig ivaretar behovet for å skjule. Intensjon med å skjule er å beskytte barna fra negativ påvirkning for å forhindre skade.

Det å ikke ville skade får en tilleggsbetydning hos mødre som selv er døtre av mødre med psykiske helseplager. Det viser psykiske helseplager i en tidsdimensjon ved at fortid innvirker på nåtid med konsekvens for framtid. Mors selvforståelse er at hun selv er skadet med den følge at hun har utviklet psykiske helseplager som hun er redd for å videreføre til neste generasjon.

*"Jeg tenkte spesielt på datteren, vet ikke hvorfor jeg tenkte på hun, kanskje fordi hun er jente, redd at hun skulle bli som meg, at hun skal få det like trasig og kjett hele livet da, og det er, og nå tenke på det er helt forferdelig."*

Mor har en visshet om at dette er sant og underbygger med tilegnet kunnskap om temaet. Det medfører iherdig innsats både i tanke og handling for å forhindre familiær generasjonsoverføring.

*"likevel ligger denne angsten der for å overføre noe, for jeg har lest en del om dette selv og, at de kanskje merker mer enn jeg tror, og det ene barnet er en litt slik engstelig person, litt forsiktig for ting, og da kjenner jeg, nei du må ikke være slik som meg, tenker jeg, prøver å "bæcke" opp, og av til så prøver jeg å hjelpe til å støtte litt for mye, at jeg beskytter for mye."*

Denne bakgrunnen utvikler en selvforståelse av å ville framstå som mor med motsatt fortegn av egen mor. Selvforståelsen innebærer å vektlegge trygghet og åpenhet.

Mødrene bringer fram dilemmaer vedrørende både å skulle skjule lidelsen og samtidig være åpen om lidelsen. Åpenhet om lidelsen grunnet erfaring med at åpenhet er en ressurs.

Hvordan være åpen når frykten for å skade er sterk. Dette holdes fram som et vanskelig tema. Usikkerheten er stor for hvordan kunne gi barna en forståelse. Sentralt er betraktninger om hva kan man si sett i forhold til både barnets aldersmessige utviklingstrinn og personlighet.

*"Ja, i og med at de er så små så. Hadde de vært litt større så kunne jeg fortalt, de kunne skjönt litt mer. Men når de er sånn akkurat i overgang mellom å lære å snakke og*



*nettopp lært å snakke. Og så sikkert ting de lurer på, men de klarer ikke spørre eller uttrykke seg, for, så da opplever de i stedet at mamma er sint og sur og lei seg og griner masse”.*

Større barn utfordrer på en annen måte. Hvor ærlig kan man være? Mor ser at barna vokser opp i et informasjonssamfunn. Det er større åpenhet om psykiske lidelser enn under egen oppvekst. Det er tema i skolesammenheng, de leser aviser, stiller spørsmål og søker informasjon via internett.

*”Først og fremst synes jeg det er veldig viktig å være ærlig, det er jo forskjellig i forhold til hvor gamle ungene er, har vært ærlig hele veien, ikke løyet, har bare parfymert det litt hele veien, tatt det porsjonsvis. Har sagt at jeg har vært til behandling. De spør også veldig mye, da har jeg sagt at jeg har vært for sliten, at jeg hele tida har brydd meg for mye om andre, ikke meg sjøl, så jeg må ta vare på meg sjøl, at jeg har fått noe som heter angstanfall. Har spurt ganske mye om hva angst er. Nå er ungene ganske mye oppdatert, vanskelig å si hva nøyaktig jeg sier for det har noe med situasjonene jeg er oppe i.”*

En annen mor vet hvor viktig det er å ta opp og snakke om vonde situasjoner med en gang. Noen ganger er hun for sen, og etterpåklokskapen råder. Det hjelper ikke barnet i aktuell situasjon, men kanskje mor handler til barnets fordel en annen gang. Hun har innsikt i egen væremåte og uhensiktsmessigheten det gir for barnet.

*” Ungen kan bli fort lei seg, det er ikke alltid jeg har vært med, denne vår perioden her har jeg ikke vært like flink til å be om unnskyldning eller snakke om det etterpå, men det er sånn at jeg tar meg idet når det er for seint, har gått for lang tid, det mister effekten, det bør egentlig være nære i tid og rom for at det skal ha effekt.”*

Mødrene er usikre på hva og hvor mye de skal si til ungene sine. De etterlyser hjelp fra det profesjonelle psykiatriske hjelpeapparatet i forhold til hva de skal si til ungene.

*”så det er det å få litt råd, å få litt hjelp på det området når man slit sjøl som foreldre og oppå der skal forklar og ikke vet hva du skal forklar for ikke å gjøre ungene dine redd, det er ikke enkelt altså, ”*

Det å gi barna en forståelse av egne helseplager er viktig for mor. Det utfordrer relasjonen mellom dem. Det overordnede er å forhindre at barna blir skadelidende. De vil skjule egne plager for å beskytte og skjerme barna fra å se. Samtidig erkjenner mødre at barna likevel ser mer enn de tror. De må forholde seg til direkte reaksjoner fra barna. Dette forsterker behovet for å kunne forklare, forklare hva som innvirker på at de selv svikter. Utfordring er å være i stand til å forklare der og da og samtidig kunne gjøre det forståelig slik at barnet oppfatter ut fra eget utviklingstrinn.

Mødre som selv har vokst opp med en psykisk syk mor får en ekstra drivkraft for å hindre negativ overføring til barna. Likevel viser de hvor vanskelig det er å handle i tråd med egen selvforståelse og hvilken fortvilelse det medfører å erkjenne likhet med adferden til egen mor som hun tar avstand fra. I dette ligger angsten for at egne ord og handlinger skal påføre barna noe negativt. Denne angsten, uroen, bekymringene for eventuelle vonde konsekvenser for barna er felles for alle mødre. Samtidig viser dette evne til innsikt og selvrefleksjon over egen væremåte som mor. Innsikten til tross, det er situasjoner der det å forholde seg til egne plager kommer først. Det formidles en avmaktfølelse i møte med styrken i symptomene som seirer over den intenderte viljen som er å imøtekomme behov hos barnet.

### ***Aleneforsørger - toforsørger***

Det som framstår som et hovedskille for tilgang til emosjonell og praktisk støtte i hverdagen er om mor er aleneforsørger eller om mor er en del av et toforsørgerskap.

Det å være to om den daglige omsorgen gir økt mulighet for fleksibilitet i organisering av hverdagens gjøremål. Far deltar praktisk hjemme og han er med og støtter opp rundt barnas aktiviteter utenfor hjemmet. Samtidig som han er sammen med barna når mor må hvile eller være alene. I aleneforsørgerfamiliene må mor gjøre alt selv både hjemme og ute. Barnas fedre bor geografisk langt unna og kan heller ikke delta i aktiviteter utenfor hjemmet. Barn blir til enhver tid avhengig av mors kapasitet til deltagelse dersom det ikke er andre i nettverket som støtter.

*"Jeg trekker meg rett og slett unna ved å gå ut eller å gå på rommet å legge meg, klart det har skjedd, og spesielt i perioder hvor jeg har vært dårligere så har han måttet gi mer,*

*uten tvil, alt fra å ta over noen av mine roller for å kalle det det, samt å pass på at jeg skulle ha det bra,”*

Det gir trygghet både til mor og barn at far er til stede. Mor erfarer at far bidrar til å ufarliggjøre egen lidelse for barna. Han blir en støtdemper for å hindre mulige negative konsekvenser. Hans tilstedeværelse og forståelse hjelper mor til å mestre og gjenvinne kontroll over psykiske reaksjoner slik at hun igjen kan bli synlig og deltagende for barna. En annen mor ser i ettertid det positive ved å måtte presse seg når far ikke gir det hun forventer.

*”Jeg har til tider slitt med at han ikke har gjort nok da, jeg vet at han gjør, men når jeg er dårlig så er det nesten så jeg forlanger at han skal være hjemme så jeg får lagt meg og at han skal ta seg av ungene, men når jeg tenker på det nå så er jeg glad for at han ikke har gjort det, for jeg tror ikke at det er så hurtig å legge seg ned, føler at det jeg har gjort er det riktige i bare å drive på da, for å si det slik, for hadde jeg lagt meg så hadde jeg kanskje aldri kommet meg opp igjen.”*

Mor er bekymret for overføring til barna. Far er viktig, mor beskriver hva han betyr for henne og barna. Men selv en sterk, forståelsesfull far har grenser for hva han makter å være.

*”Ja og det sier jeg til han rett som det er at uten han hadde jeg ikke greid det..., men nå midt i denne perioden som jeg har hatt nå så fikk han en liten knekk der han innrømte at det var kjett å måtte være den sterke hele tida da. Da kjente jeg at jeg fikk panikk, hjelp skal du og bryte i hop og bli svak, ... han er jo bare et menneske han og så det er unaturlig å ikke få en slik reaksjon, tenker jeg nå.”*

Det er å være alene uten far i den daglige omsorgen, spesielt i dårlige perioder, viser en sårbar livssituasjon. Mor erkjenner at dette er vanskelig og savner søskenstøtte for barnet. Da hadde barnet hatt noen å dele erfaringer med og noen å støtte seg sammen med. Det at barnet kan ha noen andre som er noe for barnet når hun selv ikke strekker til. Mor ser at annen støtte vil hjelpe barnet til å mestre.

*”Og ungen er den som er nærmest, så dessverre er det ungen det går mest utover, går utover ungen hvordan humøret er, altså jo mer anspent og stressa jeg er jo mer sånn snappete, kort og sur og ja gir ordre, jo mer slik blir jeg, dessverre er ungen den eneste som*

*er nærmest og alene, det er absolutt noe som plager meg, sånn sett ønsker jeg at ungen skulle hatt søsken, da kunne ungen hatt støtte, det hadde jeg.”*

*”Jeg er alene med ungen og ungen er alene med meg, vi blir som et ektepar noen ganger som småneldrer.”*

Det å være alene medfører praktisk ansvar for selv å opprettholde strukturen og innfri krav om å være selvstyrt i den daglige barneoppdragelsen. Mor vurderer kritisk barnefars evne til å være far og hva han kan bidra med som far for felles barn. Likevel kan det tynde mer å være alene når barnet har spesielle behov. Det innebærer ekstra oppfølging i forhold til daglige rutiner og i samarbeid med skole. Barneoppdragelsen framstår da mer som en oppdragerbyrde. Mor kan oppleve at barnefar er det motsatte av en støttende far.

*”Det er jeg som står med det likevel. Det er bare meg og meg.”*

*”De kommer og henter og leverer, de skal ha kontakt. Det er ikke bønn om noe annet, men han har ikke så mye positivt å bidra. Det har han ikke, annet enn at han er far... Jeg får hele byrden med at han har så store problemer, med å få alt apparatet opp og gå. Blir egentlig mer motarbeidet fordi han er uenig i det.”*

Det som klart skiller eneforsørgerfamilien fra toforsørgerfamilien er behov for et avlastningshjem til barna.

*”Ja når man er alene, har ingen far som kan stille opp i det daglige, si at vi hadde vært en liten familie på tre, der far kunne stilt opp i det daglige når man ikke er frisk, så hjelpe til å stille opp i det daglige, så hadde ikke sykdommen min blitt en så stor belastning for ungen.”*

Avlastning for en mor frigjør tid til å samle overskudd og gjøre voksen aktiviteter, samt at mor får en samtalepartner om den konkrete barneoppdragelsen som bor på samme sted. Avlastning er ikke ensidig positiv i mors øyne. Frykten for at barnet skal føle seg avvist kommer. Barnet må bort fra hjemmet, både for å opprettholde samvær med far og ved å være hos avlastningsfamilien. Det oppstår igjen et dilemma for mor ved at hun har behov for fri for

å makte å være mor over tid, mens hun er redd det kan påføre barnet mer belastninger for hva det må tilpasse seg.

*"Han bor her i byen så han har ungen en dag i uka, henter på skola, og følger på skola dagen etter. Det er veldig okey, for vi ser ting veldig likt, når han først sier fra så sier han fra på en måte at de bare hører. Han har kone og barn fra før som er jevngamle, så alle hører på faren. Så det syns jeg er veldig deilig, samtidig som ungen får en voksen mannsfigur som har noe positivt å bidra med."*

Hinderet for å søke om avlastning for en annen mor er hvor tjenesten er organisert i det offentlige hjelpeapparatet.

*"Jeg har faktisk vurdert ved et par anledninger å søke avlastning i og med at faren bor så langt unna, eller et eller annet sånt noe, men så er det via barnevernet, og det er sånn jeg vil ikke dit"*

Det er forskjell på å være alene eller to om den daglige barneomsorgen. I to – familien framholder mor å være helt avhengig av fars forståelse og innsats for seg og barna, spesielt hva far bidrar med i dårlige perioder. Samtidig viser funn at far er sårbar for hvor mye ansvar han makter å bære. Det tærer over tid på fars mentale kapasitet.

Mor i alene – familien beskriver savn av en annen voksen til å være sammen med barna når hun ikke orker mer. Det er ingen andre voksne som kan bidra til å skjerme barnet i uhensiktsmessige situasjoner. Situasjonen framstår mer sårbar, samtidig som tosomheten gir et tett og avhengig forhold mellom mor og barn. Aleneforsørgerfamiliene har behov for avlastning. Utfordring for tilgang er organisering av tjenesten. Den som har avlastning ser fordel og styrke i denne ordningen, selv om det kan belaste barnet i omstilling. Den som ikke har avlastningshjem ser at dette kan være et positivt tiltak først og fremst for barna, men og for seg selv.

## **Sosialt nettverk i og utenfor stua**

Sosialt nettverk i denne sammenhengen omfatter alt fra storfamilien til venner og naboer. Nettverk bidrar til praktisk og emosjonell støtte i hverdagen. Nettverk bidrar til at familien

kan mestre de vanskene som oppstår som følge av at mor er syk. Det sørger for at familien kan opprettholde rutinene når mor ikke fungerer slik at barna får den trygghet og forutsigbarhet de er i behov av. Støtte fra et sosialt nettverk forutsetter både tilgang til og en tilførsel av.

Nettverket utenfor stua mobiliserer når en dårlig periode medfører at mor blir innlagt i sykehus. Spesielt mormor framstår aktiv i avlastning og mobilisering av nettverk for å opprettholde rutiner rundt barnebarn når mor er syk og selv ikke er i stand til å delta i organisering ved eget fravær under et sykehusopphold.

*"For å si det sånn det var ikke jeg, men moren min som drar i gang de rundt omkring for meg, spør, nå har det skjedd sånn og sånn, kan du stille opp?"*

Fars familie er tydelig under tegning av nettverkskartet. Mor beskriver kontakten som vanlig besteforeldresamvær med barnebarn. Det er praktisk støtte i form av barnevakt. De gir gaver og deltar i fødselsdagsfeiringer. Det som vanskeliggjør samvær er familier med geografisk avstand. Mødrene beskriver ikke emosjonell støtte fra svigerforeldre, igjen vil mødrene skjule for mer å kunne framstå slik de syns de bør. Frykten for å bli vurdert som dårlig mor eller dårlig svigerdatter ligger underbygd. Denne frykten er til stede uavhengig om barnefar bor sammen med mor eller ikke.

Det er variasjoner i framstilling av mormor. Mormor blir lite beskrevet som en støtte i familiene der mor årsaksforklarer egne helseplager som resultat av en barndom preget av utrygghet med en psykisk syk mor. Mødrene vil bidra til et hjem for barna med motsatt fortegn av hva de selv fikk. Barna skal vokse opp i et trygt hjem, hjemmet blir definert som grunnpilaren i barnas oppvekst

*"og det vil jeg ikke at mine barn skal ha. Jeg vil snu, det jeg ikke har hatt det vil jeg at mine skal få."*

*"Jeg sammenligner meg kanskje litt med ho mamma, ho var slik utagerende, angstanfall, seg i hop på gulvet og ropte og, og skrek, og jeg er helt motsatt. Det var fryktelig mye styr heime hos oss, han pappa som ropte og skrek at hun var helt gal, han skjønnte ingen*

*ting, så jeg føler at det var mye mer skrik og spektakkel hjemme hos oss enn det er i vårt hjem nå”*

De tar avstand fra mormor både i utforming av hvordan et barndomshjem skal være og i egen væremåte som mor.

*” Prøver å svømme unna bakgrunn min,.. alt jeg prøver å unngå å gjøre eller ting jeg kjenner meg igjen, hjelp nå var jeg mora mi altså, det er noe negativt, hvert fall når man tar seg selv plutselig i å gjøre, smeller seg selv i døra, hjelp, akkurat det som jeg hater at mamma gjorde.”*

Tross dette, unntaket finnes:

*”Ja hele tida så har det vært et spesielt forhold mellom oss, for jeg klandrer ikke hun for det, for jeg kan heller greie å se det slik at det skulle heller vært noen andre som skulle grepet inn, ... og nå har vi ett gjensidig forhold, jeg hjelper henne og hun hjelper meg.”*

Tilførsel av og tilgang til familie og vennenettverk er individuell og spesiell for hver enkelt familie. Mormor innehar en spesiell posisjon for mor i eget familienettverk. Hun bidrar både med emosjonell og praktisk støtte ved å organisere andre, familiemedlemmer, naboer og venner, samt at hun selv setter av betydelig tid for å støtte datterens familie.

I familier der mormor representerer en vanskelig barndom blir hun mer usynlig i familienettverket. Det er ingen til å erstatte den tradisjonelle mormorrollen. Man ser flere konturer av en dysfunksjonell familie i mors primærfamilie sammenlignet med fars primærfamilie. Den bidrar med en mer ordinær besteforeldrerolle i forhold til barnebarn. Hinder er geografisk avstand.

Størst sårbarhet for tilførsel og tilgang ses i familien der mor er alene uten familienettverk på stedet. Dersom det i tillegg er lite støtte å hente i egen familie er eget vennenettverk nødvendig. Det å være åpen om psykiske helseplager framstår som en styrke for å etablere et forpliktende venne/kollega nettverk. Et styrkende nettverk ser ut til å være toforsørgerfamilie med øvrig familienettverk og et godt vennenettverk på bosted.



## **Opplevelse av hjelpeapparatet**

Opplevelse av hjelpeapparatet er respondentens perspektiv som mor i møte med helse – og sosialtjenester på primær - og spesialistnivå. Hjelpeapparatet har definerte og klart avgrensede funksjonsområder der tjenester for voksne og barn er atskilt. Helsesøster, barnevern og Barn og ungdomspsykiatri (BUPO) er for barn. Voksenpsykiatriske enheter er for foreldrene, et unntak er primærlege, forutsatt at familien har samme lege. Legen har med det mulighet til å innta et familieperspektiv. Det er familievernkontoret som tradisjonelt ivaretar familieperspektivet. Organiseringen kan utfordre tjenestemottagere ved at hjelpeapparatet fra mottager sin side kan framstå fragmentert med uklare og en uforståelig oppdeling av ansvarsområder.

Tidligere presenterte resultater viser ansporinger til mors opplevelse av hjelpeapparatet. Under temaet ”barns forståelse av lidelsen” etterlyser mor støtte i form av informasjon og råd om lidelsen til hjelp for å forklare og for å snakke med barna.

*”men det er det der å ikke feile, å kunne si noe galt, det å få noen konkret råd, fra dem som kan det, spesialister, da blir du tryggere på å si det, slik at man slipper i ettertid å tenke, har jeg sagt noe galt, har jeg skremt deg nå?”*

Mens en annen mor har instruert seg selv på forhånd til å handle dersom usikre situasjoner oppstår. Hun vokste selv opp med en psykisk syk mor og under et vanskelig foreldreforhold før far flyttet. Hun undrer seg over at ingen grep inn. Andre voksne og skolen måtte vite om hjemmeforholdene. Derfor har hun bestemt at hun skal handle for barna.

*”Fader rullan tenkte jeg, har hun nå fått tvangstanker, det var det første jeg tenkte, så jeg ringte på helsestasjon for det har jeg bestemt meg for, at jeg skal søke hjelp hvis noe dukker opp.”*

Det å oppsøke og å eventuelt måtte motta tjenester fra barnevernet framstår som umulig ikke bare i mors øyne, men og i hele familier. Familien mobiliserer nettverket for å forhindre bekymringsmelding til barnevernet. Frykten for å bli vurdert som dårlig mor er styrende. Frykten kan bunne i egenfaring ved ikke å ville bli identifisert med egen mor. For andre er

frykten mer formet i bilder dannet av historiefremstillinger i media. Situasjonen forblir vanskelig når oppfatning av barnevernet er hinderet for at barnet kan få et avlastingshjem.

*” ... fordi det vil faktisk få meg til å føle meg verre også fordi at jeg vet. Jeg har faktisk vært der og snakket for å høre hva slags kriterier de har uten å si så mye om meg selv, men det lissom ender opp egentlig i samme rulla som skal igjennom samme prosedyra som om du er dårlig narkoman mor eller ikke fungerer som mor i det hele tatt, og det er bare sånn, nei jeg vil ikke assosiere meg selv eller føle at jeg er i en sånn bås, syns jeg, er livredd for det systemet der egentlig.”*

Det å skulle forholde seg til et oppsplittet hjelpeapparat produserer frustrasjoner i en familie der både mor og barn er tjenestemottagere. Barnet får oppfølging ved BUPO, mor ved voksenpsykiatrisk poliklinikk. Dette oppleves uforståelig og vanskelig å forholde seg til. Mor ber om at hun og ungen blir sett og behandlet som en helhet, de er en familie, de er en enhet.

*”Ja som kunne gå inn å se på – som klarte å se på helheten, BUPO er for barnet, psyk pol er for meg. Men hvor er oss? Hvor er barnet? Hvor er jeg? Hvor er vår lille familie? BUPO er veldig flink til å jobbe med samspill. Mens så føler jeg at når jeg skal ha med det inn på psyk pol, så blir det mer sånn der at det får du ta der nede. Det er noe som gjør mye med meg. Skillet er ganske vanskelig på en måte, det skulle vært litt mer nyansert.”*

Mor beskriver en tilskuerposisjon i møte med ekspertenes samsnakk. Hun ber om en deltagerposisjon for familien, en forutsetning for å kunne bli frisk.

*”Ja det skulle vært på en måte et mer fellesskap. For begge parter snakker med hverandre når jeg ikke er der. Min behandler har ringt Bupo og pratet med de og sånt noe, mens når jeg er hos behandler, så veldig sånn at å konsentrere seg om hvordan jeg har det, hva jeg skal gjøre, jobbe med, men mye av det henger sammen. Jeg vet ikke hvordan jeg skal helbrede meg selv uten å ha med ungen.”*

Moren som venter på institusjonsplass opplever elementer av samme frustrasjon. I denne familien er far sykmeldt for å kunne ta det fulle ansvaret for barna. Dette blir et paradoks for mor. Det å bli vurdert så syk at hun blir fratatt ansvaret hun alltid har hatt som mor, men ikke syk nok til å bli prioritert for snarlig opphold i sykehus. Hun kjenner fortvilelse over å erfare

hvordan det norske helsevesen fungerer i praksis. Det er ikke i tråd med hvordan hun oppfatter norsk helsevesen vil framstå offisielt. Hun hadde forventninger om behandling, at ventetiden ble så lang ble det vanskeligste å mestre.

*”Jeg synes vel egentlig at de som er sjuke som har unger, uansett hva som feiler de så synes jeg de bør bli prioritert. For det er på en måte ikke bare pasienten det går utover, det går utover så innmari mange, det synes jeg helt klart. Det var så mye somling, så mye fram og tilbake,... Så det synes jeg egentlig var det verste, det ødela så mye, jeg visste ingen ting fra dag til dag... Det ødela så mye av gleden av i det hele tatt å være sammen med familien”*

Hun etterlyser barneperspektivet på forvaltningsnivå. Det kunne redusert ventetiden.

*”Jeg synes egentlig at det burde være en eller annen forskrift et eller annet sted om at de som har barn bør kanskje gå litt foran de som ikke har barn. Så langt en person ikke er fryktelig mye dårligere enn en annen.”*

Beretningene viser at pasienten blir sett som mor under døgnopphold. Dette kan ha sammenheng med at døgninstitusjoner har større mulighet til å se hele familien. Mor er der over tid. Mens poliklinisk behandling omhandler en time med mor alene.

*”Det gikk veldig mye på ungene, de aller fleste der hadde unger sjøl og man jeg vet ikke jeg, jeg bare roser de opp i skyene, synes de har vært utrolig flotte. Også utrolig flink med ungene når de var på besøk, når jeg hadde samtale, ja vi må selvfølgelig legge alt til rette for ungene, det som er best for dem og for deg og. Det var som å komme til en helt annen verden, at det var noen som skjønnte at det var et problem å ha unger da.”*

Mor vil at behandling i poliklinikk skal ha fokus på hverdagen, ikke bare fokus på mulige årsakssammenhenger til og behandling av spesifikk lidelse. Hun viser hvordan hun forsøkte å flytte oppmerksomheten fra hvorfor til hverdag, uten å bli hørt. Hun trekker opp erfaringsperspektiver fra døgnopphold til poliklinikk. Har poliklinisk behandling noe å lære i hvordan se og innlemme barna?

*” Jeg synes at man skal være åpen med ungene sine, til en viss grad hvert fall. Vi var hos helsesøstra i går og hun syntes det var kjempefint at vi hadde snakket med barna om det.*

*Og at kanskje behandler kunne hatt et mer helsesøsterperspektiv, liksom de kunne hatt en 15 poengs studiepoeng i studiet, vet ikke, men det virker så mye at de tenker på at hva er liksom grunnen til dette her da. Dette må vi finne ut av. Hvorfor er det sånn og sånn med deg? Hvert fall sånn det var nå, så burde de sett mer på hvordan var egentlig hverdagen min med ungene, for når jeg prøvde å snakke om det, eller bare jeg tenkte på hvordan jeg skulle legges inn og være vekke fra ungene så lenge, det var det ingen som viste forståelse for, de sa det skjønner jeg kan bli tøft, men du veit jo bare at det må du bare.”*

Respondentene opplever hjelpeapparatet sammensatt og variert. Respondentene som pasienter har klare forventninger til hjelpe – og behandlingsapparatet. Noen respondenter erfarer et fall fra hva de forventer til hva de faktisk erfarer som tjenestemottagere. Helsestasjon står fram som et lavterskeltilbud, respondentene er ikke redd for å ta kontakt med helsesøster for å ta opp temaer relatert til barn. Barnevernet blir derimot vurdert med frykt ut fra at de har en kontrollfunksjon. Det at barnevernet har en hjelpefunksjon blir undervurdert selv om det medfører manglende mulighet for avlastning. Erfaringer i forhold til det psykiatriske behandlingsapparatet varierer. To respondenter beskriver en positiv erfaring av å bli sett og ivaretatt ut fra behov som mødre under døgntilbud i institusjon. Det framkommer ulike erfaringer fra behandling i psykiatrisk poliklinikk fra det å beskrive positive muligheter til selv å ta opp aktuelle problemstillinger relatert til barn, til erfaringer med manglende opplevelse av å ha blitt sett og hørt ut fra et barneperspektiv. Det omhandler erfaringer der mor og barn ikke blir sett, møtt og forstått som en helhet, en familie, selv om begge er tjenestemottagere på spesialistnivå. Det framkommer behov om aldersavhengig informasjon om psykiske helseplager til barn og hvordan denne skal bli gitt. Respondentene vil bli sett som mødre i pasientrollen for å få hjelp til å forhindre skadevirkninger på barna.

## Diskusjon

Hensikt med studien er å få en dypere forståelse av hvordan det er å leve med psykiske helseplager og samtidig utføre barneomsorg, slik at erfaringskunnskap kan bidra til at behandlere i større grad kan støtte pasienten i foreldrerollen under psykiatrisk behandling. Foreldreperspektivet blir i studien formidlet av mødre som har delt erfaringskunnskap fra hverdagen som mor og psykisk syk.

Resultatdelen viser at foreldreskap blir formet i et dynamisk samspill mellom hverdagsliv, håndtering av morsrollen og betingelser. Foreldreskap er hverdagslivet som utspiller seg hjemme i "livet i stua" og i det sosiale livet "utenfor stua". Det handler om de daglige rutinene knyttet til barneomsorg for å gi barna en trygg og forutsigbar hverdag både hjemme og ute i aktiviteter. Foreldreskap forplikter til deltagelse på ulike arenaer utenfor hjemmet. Det er i krav og forventninger til sosial deltagelse at mor og hele familien blir synlig i andres øyne. Det er flere forhold som betinger evnen til å utøve foreldreskap både hjemme og ute. Det er først og fremst konsekvenser av de psykiske helseplagene, alvorlighetsgrad og varighet over tid, som gir at hverdagen blir definert i gode og dårlige perioder. Mor evner mer å framstå slik hun mener hun skal for barna i hverdagslivet i gode perioder. I dårlige perioder stresser den psykiske lidelsen mors kapasitet til å opprettholde barneomsorgen og hun står i mange dilemmaer om hvordan forholde seg ut fra behov og hensyn. Hun sliter med skyldfølelse og strever for ikke å framstå som en dårlig mor. I toforsørgerfamiliene blir far spesielt synlig i mors dårlige perioder ved at han tar ansvar og deltar aktivt i barneomsorgen. Dette er en klar forskjell i forhold til eneforsørgerfamiliene der mor fortsatt er alene om å ivareta barna også i dårlige perioder. Det å ha tilgang til et sosialt nettverk medfører støtte og avlaster foreldrefunksjoner. Mormor har en sentral posisjon både ved at hun administrerer annet nettverk og gjennom direkte egenstøtte, unntak er familier der mormor har eller har hatt egne psykiske helseplager. Nettverket er en ressurs ved at det kan bidra til å skjerme barna fra uheldige konsekvenser av mors psykiske helseplager. Familier uten storfamilie på stedet eller med brudd i familiebånd framstår mer avhengige av tilgangen til støtte fra naboer eller venner. Barn oppholder seg flere timer i barnehage og skole og det gir mor avlastning og rom for å være syk.

Barns forståelse av lidelsen omfatter hvordan mødrene vil skjule lidelsen for å beskytte barna fra negative innvirkninger som kan medføre skade. Mødrene strever med hvordan gjøre lidelsen håndterbar i relasjonen til barna. Noen av mødrene mener at dette er et område hjelpeapparatet kan hjelpe dem med ved å kunne ta opp dilemmaer, hvordan beskytte barna og hvordan innlemme barna i lidelsen med kontroll. Opplevelse av hjelpeapparatet handler og om en frykt for barnevernets rolle som kontrollinstans. Mødre i eneforsørgerfamiliene har behov for å etablere samarbeid med barnevernet for å kunne gi barna en avlastningsfamilie, men frykten for å bli vurdert som dårlig mor hindrer. Familier med tjenester fra flere hjelpeinstanser vil bli sett som en helhet i samarbeid mellom instansene og i møte med hver enkelt instans. Det blir fra en mor stilt spørsmål om hvordan kunne bli frisk uten at barnet blir innlemmet i behandlingen, hun vil bli sett som en hel familie. Det indikerer at behandlingsapparatet ser pasienten i kontekst som mor, ikke bare pasient. Det ser ut til at mor som pasient opplever mer å bli sett i kontekst når hun får behandling i døgninstitusjon.

## ***Resultatdiskusjon***

Respondentene har delt erfaringer fra sin livsverden. Det er slik de ser seg selv. Det er slik de ser barna. Det er slik de ser familien i kontekst. Det er hverdagen de lever, da det nettopp er hverdagslivet de forteller om.

### **Hverdagslivet er vanlig og normalt i gode perioder.**

Respondentene forteller mindre om hverdagslivet i gode perioder. Det er når respondentene beskriver hverdagslivet som ”vanlig” og ”normalt”. Når det går av seg selv, som om ”hverdagslivet går på skinner” (Almvik, Ytterhus, 2004). Her framstår familien til respondentene lik andre småbarnsfamilier (Bäch-Wiklund, Bergsten, 1997). Det viktigste er barna. Barna er i sentrum i familien. De er livsplanen. De er gjørbarhetsprosjektet slik mødre beskriver seg selv i relasjon til barna. Mødrene vil gi barna det beste av det beste, tid, oppmerksomhet, engasjement og deltagelse i lek og aktiviteter både i og utenfor stua. De vil framstå som gode mødre som ser barna og som tar ansvar ved å sørge for at de vokser opp i trygghet som danner grunnlag for både å mestre livet nå og i framtid. Sentralt for å skape

trygghet er å opprettholde hverdagslivets rutiner. De strukturelle rutinene bidrar til å gi trygghet og forutsigbarhet. Dermed ser det ut til at mødrene ser sin omsorgsoppgave gjennom å opprettholde rutinene, samtidig som rutinene rundt barna gir mening i tilværelsen (Bäch-Wiklund, Bergsten, 1997). Det samstemmer med innhold i hvordan Andenæs forstår barneomsorg, at det er omsorg gjennom rutiner (Andenæs, 1995). Omsorg er i følge Andenæs mer enn omsorg for barna i hverdagens rutiner. Omsorg handler også om mors evne til å vise medfølelse, samt å se og tolke barnas behov. Dette inngår i evnen til innlevelse i barnas livsverden. Mødrene ser barna ut fra alder og utviklingstrinn. De har i gode perioder mer tålmodighet i samspill når barna er i behov av oppmerksomhet enten det gjelder praktisk hjelp eller følelsesmessig nærhet som trøst. Det å være tilgjengelig og å ha tid til å prate sammen om det barn trenger for å tilpasse seg krav fra hjemmet til kamerater og sammenhenger i skole og barnehage. De evner bedre å bidra til at barna opplever at hjemmet fungerer som en avkodingsentral (Dencik, 1987). De er i gode perioder mer i stand til å se og avpasse krav ut fra det enkeltes barns behov. Dette er en forutsetning for gradvis å kunne innlemme barna i familiens realiteter som i dette studiet spesielt handler om gradvis å eksponere mors lidelse for barna på en håndterlig måte.

### **Hverdagslivet er strev og slit i dårlige perioder.**

Respondentene forteller mest om hverdagslivet i dårlige perioder. Det er når de beskriver at hverdagslivet er strevsomt og slitsomt. Det er når det ikke går av seg selv, som om "hverdagslivet halter"( Almvik, Ytterhus, 2004). Hva er det som truer tryggheten for barna? Hva er det som forstyrrer den strukturelle omsorgen? Hva er det som truer evnen til å være mor, innforstått det å ville framstå som god mor? Det ser ut til at mors psykiske helseplager er den betingelsen som i størst grad truer hverdagslivets balanse. Det er her viktig å framholde at forskning viser at det ikke er den psykiske lidelsen i seg selv som øker risiko for skjevutvikling hos barna, men at lidelsen kan medføre uhensiktsmessig foreldreadferd og et negativt emosjonelt klima i familien (Berg-Nielsen, 2002, Smith, 2004). Spesielt uheldig er det når relasjonen foreldre barn er preget av aggresjon og fiendtlighet (Rutter, Quinton, 1984). Rutter og Quinton framholder at faren for generasjonsoverføring er knyttet til genetisk sårbarhet. Dette er en faktor foreldrene ikke kan ha kontroll over. Det er sammenhengen mellom hvordan barn blir involvert i foreldrenes psykiske helseplager og barns sårbarhet som kan medføre at barn utvikler psykososiale vansker. Det kan handle om manglende



utviklingstøtte, men og andre faktorer som konflikter i familien og sosialøkonomiske vanskeligheter (Rutter, Quinton, 1984, Berg- Nielsen, 2002). Mødre i denne studien bekymrer seg for og frykter at konsekvenser av lidelsen skal innvirke negativt på barna. De erfarer at psykiske helseplager rammer overskudd, krefter og væremåte. Det rammer evnen til å være tilstede for barna i tanker, følelser og holdninger. Dette ser mødrene. De vet at de ikke har samme tålmodighet i samhandling med barnet i en dårlig periode som i en god. De sammenligner og vurderer seg selv i forhold til noe annet, noe de er i gode perioder. Det de er kjemper de imot å være fordi de vil være det de var, en tålmodig god mor. På denne måten synliggjør mødrene seg som selvfortolkende personer som skaper seg selv i forhold til den sammenhengen de står i (Kirkevold, 1992). De fortolker seg selv i forhold til foreldrefungering. Mødrene vurderer egen håndtering av morsrollen inn i en psykologisk forståelse i tråd med hvordan Berg – Nielsen (2002) definerer foreldrefungering. De erfarer at de psykiske helseplagene truer egne indre ressurser i forhold til tanke, følelse og vilje som betinger foreldrefungering. Derfor presser de egen kapasitet for å opprettholde rutinene i håp om at barna ikke skal lide under egen væremåte.

Det å måtte strekke seg kan ha en positiv betydning ved at det opprettholder mening, sammenheng og kontinuitet, ikke bare for den syke selv, men for hele familien (Bäch-Wiklund, Bergsten, 1997). Det å strekke seg blir en motmakt for ikke å slippe til avmaktfølelsen i møte med lidelsen. Slik sett kan kravene i rutiner både i og utenfor stua forbli positive faktorer. Rutinene hjelper til å opprettholde relasjonen mellom mor/foreldre og barn. Slik forstått utfyller en psykologisk forståelse av foreldreskap hverdagslivsforskningens begrepsforståelse av foreldreskap (Andenæs, 1995).

Avmakt og resignasjon kommer når de må gi opp, når de må trekke seg tilbake, når de ikke orker mer. Det å trekke seg tilbake innebærer å ville forhindre skade hos barna. De vil skjerme barna fra seg selv i det de erkjenner at jeg er en fare, en risiko for mitt barn. Dette framstår som et paradoks til det å være en nærende, ansvarsfull mor. Eller er nettopp dette en omsorgshandling? I følge Andenæs (1995) innebærer barneomsorg det å skjerme barna fra påkjenninger. Hun knytter kontroll til det å skjerme. Overført til denne studien vil det innebære hvordan innlemme barna i mors lidelse på en skjermet og kontrollert måte? Det å utvise "full" kontroll er i ytterste konsekvens fullstendig tilbaketrekning uten ord. Dette medfører taushet og vil dermed forsterke tabu rundt psykiske lidelser (Kufås, 2001, Mevik, Trymbo, 2002). Det er i følge psykolog Leira (1989) ikke selve traumet i seg selv som er mest



skadelig for barna, men tausheten rundt. Taushet er å plassere barna i et rom uten språk. Konsekvens av ikke å snakke om lidelsen er at det barn ikke vet har de vondt av (Leira, 1989). Heidegger framholder at samvær mellom mennesker i verden er betinget av meningsfull kommunikasjon, både gjennom symbolske handlinger og verbalt språk (Fjelland, Gjengedal, 1995). Det å sette ord på det barnet ikke forstår eller opplever vanskelig vil hjelpe barnet til økt forståelse og håndterbarhet. Språket kan bidra til å gi barn en følelse av sammenheng (Antonovsky, 1991).

Respondenter i denne studien som selv er døtre av psykisk syke mødre bekrefter forskningen gjennom egenerfaring. De frykter generasjonsoverføring (Rutter og Quinton, 1984) ved at de erfarer direkte negative reaksjoner hos barna. Det å kunne skade er et altoverskyggende perspektiv de bærer med seg. I dette perspektivet ligger mødrenes dilemmaer. Hverdagslivet stiller mødrene ovenfor kontinuerlige dilemmaer om hvordan de skal velge. Det å alltid vurdere hvordan skal jeg framstå, hvor mye skal jeg holde tilbake, hvor mye skal jeg si, hva tåler mitt barn? Usikkerhet handler også om hvordan ta hensyn til hva barnet kan forstå. Det viser seg at barnets alder bestemmer graden av sårbarhet i møte med negativ foreldreadferd. Større barn har økte forutsetninger for å forstå noen sider ved mors lidelse enn mindre barn (Smith, 2004). Mindre barn er i enda større grad avhengig av en mor, far eller annen voksen som ser og beskytter (Killen, 2000).

Mødre erfarer at hverdagssituasjoner i dårlige perioder gir opplevelse av å svikte og å være utilstrekkelig etterfulgt av dårlig samvittighet og skyldfølelse. Dette samstemmer med funn fra Halsas studie (Halsa, 2004). Foreldre klandrer seg selv dersom de ikke er i stand til å være det de mener de må, da barna er deres ansvar. De føler skyld, spesielt mødrene tar på seg skyld for at de ikke makter å gi barna gode nok oppvekstvilkår (Bäich-Wiklund, Bergsten, 1997). Det siste er funn fra en studie der mødre ikke hadde noen funksjonstap. I det perspektivet er det forståelig at mødrene i denne studien sliter med skyldfølelse. De vurderer selv at de har et funksjonstap fra god til dårlig periode. De strever for å kompensere tapet både gjennom å mobilisere egne ressurser, men og gjennom mobilisering av familie, formelt og uformelt nettverk.

## **Far i stua minsker faren for skade**

Det er ikke bare mor som utøver foreldreskap. Far er en likeverdig forelder og blir beskrevet som uunnværlig i familiene der han bor sammen med mor og barn. Fars tilstedeværelse er viktig ved at han opprettholder de daglige rutineene når mor ikke mestrer morsrollen i dårlige perioder. Far gir trygghet ved å sikre strukturell forutsigbarhet. Det er vesentlig at barna har støtte i en velfungerende forelder. Skerfving viser til studier av Granath som fortellerer at barn som har bodd sammen med en frisk far har økt tendens til å greie seg godt (Skerfving, 1996). Far blir en resiliensfaktor.

Relasjonen mellom barn og foreldre er vesentlig for at barnet tidlig kan utvikle personlige, beskyttende faktorer som eksempelvis evne til tilpasning, etablere gode sosiale kontakter og evne til å møte utfordringer i livet. (Skerfving, 1996). Det handler om å gi barnet indre trygghet som bidrar til ytre trygghet i samhandling med andre. Derfor er det av betydning at en av foreldrene, i denne studien far, opprettholder en kvalitativ god relasjon for at barnet kan stå imot negativ påvirkning og som kan hjelpe barnet til å forstå hva den syke, i denne studien mor, sliter med (Smith, 2003, Östman, Hansson, 2001).

Selv om far er der, så ser mor seg selv fortsatt som viktig for barna. Dette kan forklares ut fra en kjønnsforskjell i foreldreskap. Mødre involverer seg og tar ansvar for hvordan barn har det, mens fedre veileder og overvåker barnets utvikling (Bäch-Wiklund, Bergsten, 1997). I mødrenes perspektiv framstår fedre mer med en distansert nærhet, mens mødre selv mener de er nærhet. Selv om mødre sier at far ikke er god nok er det likevel viktig å anerkjenne far som en resiliensfaktor. I denne studien framstår far i toforsørgerfamilien med nærhet og innlevelse ved at han ser og handler ut fra behov hos det enkelte barn.

Det at mor tar ansvar for foreldreskap vil være en styrke for barna i eneforsørgerfamiliene når det ikke er noen far eller signifikante andre til å støtte mor i utøvelse av den daglige barneomsorgen. Den ytre støtte i form av offentlig omsorg når barn oppholder seg i barnehage, skole og skolefritidsordning gir mor tid og lov til å være syk. Mor er på denne måten avhengig av den "pustepausen" som offentlig omsorg gir ved at de tar over ansvaret for barna, samtidig som offentlig omsorg i denne kontekst kan framstå som en beskyttende faktor for barna. På samme måte beskriver mødre, spesielt i aleneforsørgerfamilien nødvendigheten av støtte fra det uformelle nettverket. Det å ha tilgang til et velfungerende sosialt nettverk styrker barna. Det at barna har andre stabile voksne som ser, beskytter og støtter. Det kan være naboer som nære venner (Skerfving, 1996, Wang, Goldschmidt, 1996).

Betydningsfulle andre kan og være andre i familien. Denne studien viste at mormors posisjon er en sentral støttefaktor både i forhold til barnebarn og barn/svigerbarn. Professor Hagestad har gjennomført et treårig forskningsprosjekt vedrørende besteforeldre og barns oppvekstvilkår (Hagestad, 2006). Hun bruker begrepet "heimevern" for å beskrive hva besteforeldre er for barnebarna. De bidrar både med materiell og emosjonell støtte. Forskningen framholder mormor som viktigst ved at 64 % av kvinnene beskrev mormor som den viktigste for barnebarna. Dette kan tolkes som uttrykk for mors egen tilknytning til mor/mormor, men at det og har sammenheng med at kvinner uansett alder har hatt og fortsatt tar hovedansvaret for barneomsorgen gjennom generasjoner.

### **Hva fremmer helse både for mor og barn?**

Funn viser at mødre spesielt i dårlige perioder sliter med skyld for at de ikke makter å gi barna gode nok oppvekstvilkår. Barna er de viktigste. Mødre vil ikke at barn skal lide under egne psykiske helseplager. Egne barn er motivasjon for å ville forhindre negativ påvirkning. Mødre vil ikke skade, men de erfarer egen utilstrekkelighet og registrerer negative reaksjoner hos ungene. Det uroer, det bekymrer, dilemmaene kommer med spørsmål om hvordan handle for å beskytte barna så de ikke blir skadelidende. De vil ikke bidra til generasjonsoverføring ved at barna blir involvert i egne psykiske helseplager. Hva kan forebygge uhelse for barn i aktuell situasjon?

Ut fra et salutogenisk perspektiv vil det være helsebringende både for mor og barn, ja far med, at de har en følelse av sammenheng i tilværelsen. Det vil innebære at aktuell situasjon kan framstå som forståelig, håndterbar og med mening. Dette kan bidra til økt mulighet til å takle stress og påkjenninger i familien som følge av at mor er syk. Det vil bidra til å forhindre at barn beveger seg mot uhelse polen, samtidig som mestringsstrategier kan bevege mor langs kontinuumet fra uhelse polen framover mot helse polen. Det er barna som motiverer mor til å holde ut psykisk stress. Barna er meningsfaktoren som motiverer til å strebe etter følelsen av sammenheng. Mødre vil gjøre lidelsen forståelig for barna, men de presenterer usikkerhet for hva de skal si og gjøre slik at situasjonen blir håndterbar.

Forskning peker på betydningen for barn av å ha en nær fortrolig og en stabil emosjonell tilknytning som de kan stole på (Rutter, 1985, Killen 2000). Det å sikre at barna har en annen voksen å forholde seg til og snakke med og om det vanskelige. Dette vil være å sikre barnet utviklingsstøtte som er vesentlig for å forhindre generasjonsoverføring (Rutter, 1984). Denne rollen har far i toforsørgerfamiliene. I denne sammenhengen blir det framholdt at det er viktig å støtte far i omsorgsrollen for å kunne forhindre uheldige konsekvenser for barna (Smith, 2003, Östman, Hansson, 2001).

Det er utfordrende for aleneforsørgerfamiliene som ikke har denne viktige andre tilgjengelig i stua, men det kan være mormor, en annen i familien eller annen voksen i nettverket som bidrar til trygghet og stabilitet for barnet. Funn viser at alenemødrene er opptatt av at barna får en avlastningsfamilie som gir utviklingsstøtte. Et hinder for å søke avlastning er organisering av tjenesten i barnevernet. Hvordan gjøre barnevernet begripelig for mor slik at hun får tilgang til ressurser som kan gjøre situasjonen mer håndterbar? En mor hadde sett at tjenesten ble administrert av psykiatrisk poliklinikk eller trygdekontoret. For henne er dette instanser som innbyr til tillit. I denne studien er det aktuelt å se hva psykiatrisk poliklinikk som behandlende instans kan bidra til. Forutsetning er at behandler ser pasienten i kontekst, at han ser pasienten som mor. Igjen viser forskning at foreldre som er pasienter opplever det legitimt å snakke om nedsatt foreldrefungering under behandling. Foreldre vil at behandler snakker med dem om foreldrerollen (Mevik, Trymbo, 2002, Wang, Goldschmidt, 1996). Denne studien fremmer behov for å snakke om dilemmaer og usikkerhet i barneomsorgen. Ved å snakke om foreldrefungering kan behov for avlastning bli avdekket slik at behandler kan støtte pasienten under etablering av kontakt med barnevernet.

Foreldre i Wang og Goldschmidt sin studie vektla relasjonsforholdet til behandler. Det å kunne snakke om foreldrefungering forutsetter at de har et forhold preget av tillitt og åpen kommunikasjon. Foreldrene ønsket ikke at lidelsen skulle forbli tabu. De ønsket hjelp til å snakke med ungene om lidelsen. Spesielt ble det etterspurt aldersavhengig informasjon. Dette bekrefter funn i denne studien. Mødre uttrykker frustrasjon over hvordan kunne forklare og gjøre situasjoner begripelige for mindreårige barn, som igjen vil være vesentlig forskjellig fra hvordan gjøre lidelsen forståelig for større barn. Det deles av erfaringer fra Kufås (2001) og Leira(1989) sine studier. De formidler at språkløsheten er en felles utfordring for foreldre og hjelpere i møte med barna. Det er først når hjelpere går inn i det tause og tabubelagte rommet og setter ord på problemene og bekymringene at det blir mulig å finne løsninger.

Utfordring er i følge informanter i Mevik og Trymbo (2002) sin studie, at de opplever fagfolk for passive i forhold til å bringe fram tema om barn under behandling. Det medfører at de selv synes det blir vanskelig å ta opp temaer. Flere mødre i deres studie sa at de kun svarte på det behandler spurte dem om. Funn i denne studien varierer fra en mor som opplever at hun kan ta opp alt under behandling til erfaringer som beskriver at det er vanskelig å bli hørt og sett som mor. En mor uttaler tydelig at hun ikke kan bli helbredet uten at barnet inkluderes i behandlingsprosessen. Det blir stilt spørsmål vedrørende behandlingsform og samarbeidsform der både mor og barn går i behandling. Dette perspektivet blir berørt i litteraturstudien til Berg – Nielsen (2002) ved at det er uenighet i praksis om hvordan intervensjoner terapeutisk i samspill mellom foreldre og barn.

Hva skal til for at behandlingsapparatet ser relasjonen i foreldrerollen? Grøsfjeld (2004) har skrevet en artikkel der hun stiller spørsmål om psykologen har ansvar, et etisk ansvar, for pasientens barn. Hun konkluderer med at det ikke er noen motsetning mellom å behandle den voksne og samtidig inkludere samtaler rundt omsorgsrollen og barnas behov.

Det viser at hjelpeapparatet har en viktig rolle i å medvirke til helsefremming både for mor og barn. Det å gjøre lidelsen begripelig for barna innebærer at konsekvens av egen lidelse samtidig blir mer begripelig for mor. Det kan redusere stress og bekymringer slik at situasjonen framstår mer håndterbar for mor ved bedret behandlingsintervensjon og gjennom mobilisering av ressurser og tiltak som kan forhindre skade hos barna. Dermed blir situasjonen håndterbar for barna og. Det viser at relasjonen foreldre og barn er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne nå en følelse av sammenheng i gitt situasjon. Det vil virke direkte sykdomsforebyggende for barn. Det er for sent å vente med tiltak til negativ innvirkning har medført skade for barna (Smith, 2003).

Studien til Halså viser at foreldrene har få ønsker og tanker om hva hjelpeapparatet kan bidra med for å forebygge problemer hos egne barn (Halså, 2004). Kan dette handle om at behandling har forrang framfor forebygging i psykiatrisk praksis?

Det retter fokus mot strukturer i behandlingssituasjonen, om førende strukturer er for styrt av naturvitenskapelig teori med kategorisering av symptomer og evidensbasert behandling. Wifstad understreker at pasienten ikke lar seg kategorisere. Det gjør det nødvendig å

reflektere inn livsverden i behandling slik Husserl ser den. Han framholder at det er hverdagsvirkeligheten som er forutsetningshorisonten for vitenskapelig tilnærming og det gir grunnlag for å kunne stille spørsmål om naturvitenskapelig teori kan fange inn og romme hverdagsvirkeligheten slik pasienten som en selvfortolkende person formidler den. Det er her hermeneutisk forståelse blir en forutsetning for intervensjon. Ut fra hermeneutisk teori vil det i aktuell situasjon være mer gitt at pasienten blir møtt og sett som den andre. Det vil gi et møte i praksis mellom behandlers forforståelse og den subjektive erfaring fra hverdagsvirkeligheten til pasienten som barna er en del av. Det er her mor som pasient får mulighet til å bringe fram hva hun strever med og om hun har ressurser til å svare på de krav og utfordringer som opptrer i dagliglivet i sammenheng med å utøve foreldreskap og samtidig ha psykiske helseplager.

Det er ved å ta utgangspunkt i hverdagsvirkeligheten at det blir mulig å mobilisere ressurser og tiltak som kan styrke helsefremmende faktorer slik at mor erfarer tilværelsen mer håndterbar som samtidig kan innebære at aktuell situasjon blir forståelig og forutsigbar. Det vil mest sannsynlig forutsette at behandler åpner opp for teori i "behandlingsrommet" som fokusere faktorer som skaper og vedlikeholder helse i et salutogenetisk perspektiv. Det å argumentere fram det salutogenetiske perspektivet er ikke for å fremme det helsefremmende framfor det sykdomsforebyggende, men for at begge perspektiver kan bli innlemmet i praksis, nettopp for å kunne vise i praksis at patogenese og salutogenese er komplementære slik Antonovsky ser det (Antonovsky, 1991). Det vil innebære og kunne se at helsebegrepet omhandler å mobilisere ressurser slik at mor evner å møte og mestre påkjenningene det gir å ha psykiske helseplager. Det er ikke minst vesentlig for å mobilisere ressurser til å avhjelpe negativ innvirkning på barna slik at det forbygger at barna utvikler psykososiale vansker som følge av mors lidelse.

## ***Metodediskusjon***

Det å anvende en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming i studien har vært hensiktsmessig for å få kjennskap til fenomenet, mødrenes opplevelser om hvordan det er å leve med psykiske helseplager og samtidig utøve foreldreskap.



Behandlingspersonale ved en psykiatrisk poliklinikk gjennomførte rekrutteringen ved å forespørre og levere informasjonsbrev til aktuelle respondenter etter utvalgsriterier og etter en etisk og faglig forsvarlig vurdering. Det viste seg å ta tid å rekruttere fem informanter. Rekrutteringsprosedyren kunne likevel ikke vært gjort på noen annen måte for å sikre at pasienter som ble forespurt om deltagelse kom etter en etisk og faglig forsvarlig vurdering. Et annet alternativ ville vært å rekruttere respondenter blant avsluttede pasienter. Det kunne gitt en kortere rekrutteringsperiode ved at aktuelle respondenter ville vært inne i en god periode og følgelig med mer overskudd til å delta. Da ville meddelte livsverdenerfaringer vært i et var-perspektiv, mens studien fikk fenomenet både i et er- og et var-perspektiv.

Respondentene, mødre som deltok i studien representerer ønsket utvalg. Alle mødre har barn under 12 år. Det deltok ingen respondent med erfaringer som forelder til barn i tidlig tenåringsperiode, fra 13 – 15 år. Det er en aldersfase som bringer inn andre utfordringer til foreldreskap enn småbarnsperioden. Flere mødre hadde vært psykisk syk gjennom flere år. To mødre hadde nylig vært innlagt i sykehus for behandling. De delte erfaringer om hvordan organisere og ivareta barneomsorg ved fravær fra hjemmet og erfaringer fra hvordan bli sett som mor under sykehusopphold. Alle respondentene gikk i behandling ved en psykiatrisk poliklinikk ved intervjuutidspunkt. Det var en forutsetning for rekruttering, i og med at studien ville ha tilgang til livsverden beretninger om fenomenet slik det leves og erfares nå, det Manen beskriver som det umiddelbart gitte. Det bidro til å sikre påliteligheten i datatilgang.

Gjennomlesing av intervjuene viste fyldige og konsentrerte beskrivelser om relevante sider av fenomenet. Det har nok mye å gjøre med at respondentene var rekruttert etter evne til å formidle seg og at de har erfaring med å meddele seg fra terapisaamtaler, likevel handler det nok mest om at de skulle snakke om et tema som engasjerer. Følgelig kan man stille spørsmål om respondentene som deltok er de som spesielt er interessert i tema vedrørende barneomsorg, og at de som sliter mer med barneomsorg ikke ville delta.

Det var og av betydning for påliteligheten at forfatter hadde bevisstgjort forforståelsen på forhånd. Det var vesentlig gjennom hele forskningsprosessen fra intervjusituasjon, analyse til resultater og diskusjon å ha et bevisst forhold til egen rolle, fagkunnskap og refleksjoner om respondentene for å sikre respondentenes stemme.

Analysen medførte et omfattende arbeid og var tidvis en vanskelig prosess for å komme fram til vesentlige temaer. Analysen er utført etter Manens fire analysetrinn for å komme fram til temaer med hjelp fra beskrivelser av Rapport og Kvale om hvordan utføre meningsfortetting under analyse (Rapport, 2005, Kvale, 2001). Bruk av meningsfortetting var spesielt nyttig i prosessen med å søke etter mening i strukturer. Etersom arbeidet med analysen arbeidet seg framover ble det tydelig at foreldreskap utformes i et dynamisk samspill mellom betingelser, hverdagsliv og mors håndtering av foreldrerollen.

Resultatene samstemmer med funn fra andre studier. Det styrker studiens gyldighet, samtidig som det forutsetter at studien er pålitelig slik Fog understreker (Fog, 1999).



## ***Betydning av resultatet***

Forskning underbygger at barn av foreldre med psykiske helseplager selv er en risikogruppe for å kunne utvikle psykososiale vansker. Helsepolitiske dokumenter gir klare føringer til voksenpsykiatrien om å ivareta pasientens barn. På tross av dokumentasjon blir det rapportert å være et stort misforhold mellom den kunnskap en har om foreldrenes psykiske helseplager og det manglende ansvar for å følge opp barna.

I denne studien forteller mødre om opplevelsen av hvordan det er å leve med psykiske helseplager og samtidig utøve foreldreskap. Resultatene er respondentenes erfaringskunnskap som mødre og pasient. Resultatene gir psykiatrisk fagpersonell/behandlere data til å forbedre praksis ved å kunne begynne å snakke med pasienten om foreldreskap. Det å bli sett og forstått som forelder kan gi pasienten større opplevelse av å håndtere foreldrerollen og det vil styrke beskyttende faktorer for barna slik at det kan forebygges utvikling av psykososiale vansker hos barnet selv. Respondentene vil bli sett som mødre under behandling slik at de kan få snakke om og få hjelp til det som utfordrer barneomsorgen når de er syke, å få snakke om hvordan mestre å løse dilemmaer og hvordan gi kontrollert og aldersavhengig informasjon. Det forutsetter at pasienten blir sett i kontekst under behandling.

Studien har vist at spesielt far har en viktig posisjon, men at det kan være en utsatt posisjon i forhold til belastning over tid. Det gir data til behandlingspersonalet om også å se pårørende og eventuelt bringe far eller andre viktige inn i samtalen.

Det å åpne opp for tema om foreldreskap i samtalen vil videre gi mulighet til å avdekke behov for å kunne mobilisere ressurser og tiltak både fra privat- og offentlig nettverk. Det vil bidra til kontinuitet i samarbeid mellom nivåer i behandlingsskjeden og at foreldre og barn derav får et mer helhetlig tjenestetilbud.

Det fordrer at helsebegrepet også blir forstått og brukt i et ressursperspektiv slik at forebyggende helsearbeid både kan inkludere helsefremmende virksomhet og det direkte sykdomsforebyggende.

Det innebærer at fagfeltet både anerkjenner og anvender erfaringsbasert kunnskap i praksis i tillegg til annen forskningsbasert kunnskap. Dette vil være av avgjørende betydning for at behandlere i voksenpsykiatrien i større grad støtter pasienten i foreldrerollen.

### ***Forslag til videre studier***

Denne studien fokuserer mødrenes subjektive opplevelse av foreldreskap når de har psykiske helseplager. Det vil i denne sammenheng være av betydning å få tilgang til erfaringsbasert kunnskap fra fedre ved å kunne gjennomføre tilsvarende studie med et utvalg der respondentene er fedre med psykiske helseplager. Dermed kan man sammenholde erfaringer om foreldreskap og psykiske helseplager fra begge kjønn.

Studien viser at den friske ektefellen/far har en sentral posisjon ved å opprettholde daglige rutiner i hverdagslivet når mor er inne i en dårlig periode. Det kommer samtidig fram data som viser at det kan være belastende over tid og det vil derfor være interessant å få ta del i ektefellens/fars erfaringer for å bedre praksis ut fra et pårørende perspektiv.

Studien synliggjør erfaringsbasert kunnskap som kan bidra til at behandlere i voksenpsykiatrien lettere tematiserer foreldreskap i samtalebehandling. Det forutsetter at denne kunnskapen blir anvendt. I følge Aamodt er problemet at praksis overser aktuell kunnskap som kan styrke barneperspektivet i voksenpsykiatrien (Aamodt, 2005). Det kan i den sammenheng være nødvendig å undersøke holdninger og handlinger i praksis for å kunne identifisere hva som hindrer nye rutiner og behandlingsmetoder innad i et system/helsetjeneste.

## Referanser:

- Aamodt, L. G., Aamodt, I. (2005): Rapport. *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør.
- Almvik, A. Ytterhus, B. (2004): Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap. *Ualminnelig alminnelighet*. Trondheim: NTNU
- Andenæs, A. (1995): *Foreldre og barn i forandring*. Oslo: Institutt for sosiologi, Universitetet
- Antonovsky, A. (1991): *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och kultur.
- Bäck-Wiklund M., Bergsten B. (1997): *Det moderna foreldraskapet*. Falun: Natur og Kultur
- Berg-Nielsen, T. S. mfl (2002): Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical child psychology and psychiatry*, vol. 7: 4, pp. 529 -552
- Borge, A. I. (2003): *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Da Silva, Barbosa, A. (2002): *Etikk i helsetjenesten*. Stavanger: Misjonshøgskolens forlag
- Dencik, L. (1987): "Opvækt i postmodernismen". I: Jørgensen, P.S. *Børn i nye familiemønstre*. København: Hans Reitzels forlag
- Ekeland, T-J. (1999): Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol. 36: 11, s. 1036 – 1047
- Fjelland, R., Gjengedal E. (1994): *Vitenskap på egne premisser*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Fog, J. (1999): *Med samtalen som utgangspunkt*. Viborg: Akademisk forlag
- Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora: [www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer](http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer) (27.1.2007)
- Frønes, I. (1994): *Den norske barndommen*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Grøsfjeld, M.-B. (2004): Pasientens barn - psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, vol. 41:11, s. 900-906
- Hallberg, L. R-M (ed) (2002): *Qualitative methods in public health research*. Lund: Studentlitteratur
- Halsa, A. (2004): Psykisk syk mor- hva strever syke foreldre med i omsorgen for sine barn? *Skolepsykologi. Tidsskrift for pedagogisk- psykologisk tjeneste*, vol. 39: 3, s. 3-20
- Hagestad, G. (2006): Hjelper når det virkelig trengs. Artikkel, Norsk Forskningsråd. [http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=GenerellArtikkel&cid=1159778142569&pagename=vfo%2FGenerellArtikkel%2FVis\\_i\\_dette\\_meny punkt&site=vfo](http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=GenerellArtikkel&cid=1159778142569&pagename=vfo%2FGenerellArtikkel%2FVis_i_dette_meny punkt&site=vfo) (27.1.2007)

- Helsedepartementet. (2003): Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Sammen om psykisk helse. Oslo: Helsedepartementet.
- Hestmann, E., Vikan, A., Husby, T. (1995): Psykiatriske pasienters barn – hva gjøres? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, vol. 115:23, s. 2891-2892
- Holm, P., Møller, B., Perlt, B. (red) (2002): *Når mor eller far er psykisk syk*. København: Sosialt utviklingscenter SUS
- Holm, S., (1998): Viden og vidensproduksjon. I: Lorensen, M (red): *Spørsmålet bestemmer metoden*. (s 13-32). Oslo: Universitetsforlaget
- Johannessen, B. (1995): *Forebyggende sykepleie*. Oslo: TANO
- Karlsson, G. 1995: *Psychological qualitative research from a phenomenological perspective*. Stockholm, Almqvist & Wiksell International
- Killen, K. (2000): *Barndommen varer i generasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget
- Kirkevold, M. (1992): *Sykepleierteorier – analyse og evaluering*. Oslo: AD Notam Gyldendal
- Kufås, E., Lund, K., Rynning Myrvoll, L. (2001): *Pasienter har også barn: Hvordan sikre barneperspektivet når mor eller far er innlagt i en voksenpsykiatrisk avdeling*. Prosjektrapport. Blakstad sykehus
- Kvale, S (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Leira, A: (1992): *Welfare States and Working Mothers: The Scandinavian Experience*. New York: Cambridge University Press
- Leira, H. (2003): *Det gode nærvær*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lisofsky, B. & Mattejat, F. (2000): *Børn som pårørende til psykisk syke*. København: Gyldenlandske Boghandel, Nordisk Forlag A/S
- Manen, Van, M. (1994): *Researching Lived Experience*. Ontario Canada: The Althouse Press
- Malt, U.F., Retterstøl, N., Dahl, A.A. (2003): *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Mevik, K. (1998): *Møte med galskap. Om pårørende og psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug
- Mevik, K., Trymbo, B. E.(2002): *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mæland, J. G. (2002): *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Parment, G. (1999): *Barn til psykisk sjuka förelldrar*. Stockholm: En litteraturgjennomgang. Sosialstyrelsen

- Rapport, F. (2005): Hermeneutic phenomenology: the science of interpretation of texts. I: Holloway, I.(ed) *Qualitative Research in Health Care*. (pp. 125 – 146). London: Open University press
- Ringdal, K. (2001): *Enhet og mangfold*. Oslo: Fagbokforlaget
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984): Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, vol. 14, pp. 853-880
- Rutter, M. (1985): Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, vol. 147, pp. 598 – 611
- Skerfving, A. (1996): Barn til psykiskt störda förelldrar – Sårbarhet, risker og skyddande faktorer. *En kunnskapssammenstilling. Tou-enheten/psykiatri*. Vestra Stockholms Sjukvårdsområde
- Smith, M. (2004). Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child and Family Social Work*, vol. 9, pp. 3-11
- Sundfær, Aa. (2002). God dag jeg er et barn. *Embla*, vol. 6: 1, s. 44 - 52
- Wang, A.-R., Goldschmidt, V. V., (1996): Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. *Acta psychiatrica Scandinavica*, vol. 93, pp. 57 – 61
- Wifstad, Å. (1994): Møtet med den andre. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, vol.114: 30, s. 3678 - 3680
- Wifstad, Å.(1997): *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri*. Oslo, Universitetsforlaget
- Wormnæs, O. (1989): *Vitenskapsfilosofi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- Østman, M., Hansson, L. (2002): Children in families with a severely mentally ill member. *Soc Psychiatr Epidemiol*, vol. 37: 5, pp. 243-248
- Sosial og Helsedepartementet.(1997): Stortingsmelding nr. 25 1996-97. Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial og Helsedepartementet
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006): Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre. IS-5/2006 Rundskriv. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet
- World Health Organization: <http://www.who.int/hpr/backgroundhp/ottawacharter.htm> (10.4.2003)



Avdelingsoverlege

Jeg arbeider med avsluttende masteroppgave i studiet Master i Community Care ved Karlstad Universitet i samarbeid med Høyskolen i Lillehammer. Denne oppgaven skal ha fokus på foreldrefungering. Studiets hensikt er å få fram en dypere forståelse av foreldrenes egen opplevelse av å ha en psykisk lidelse og som samtidig ivaretar foreldreskap. Et tilsiktet mål med studiet er at resultatet med informantenes egen beskrivelse kan gi et bedre og mer konkret grunnlag for å styrke barneperspektivet i voksenpsykiatrien. Jeg ønsker å gjennomføre kvalitative intervjuer med 5 mødre med barn under 15 år som går i behandling for en psykisk lidelse ved psykiatrisk poliklinikk.

Intervjuene blir digitalt innspilt for så å bli ordrett nedskrevet for analyse. Informanten kan avbryte deltagelse i studiet når hun måtte ønske. Datamaterialet vil bli oppbevart og behandlet konfidensielt. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne informantene i sluttrapporten.

Studiet er tilrådd av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, Personvernombudet for forskning. Studiet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Veileder for studiet er høyskolelektor Astrid Halså ved Høyskolen i Lillehammer. Resultatet av studiet er planlagt avsluttet ved årsskiftet 2006/07.

Vennlig hilsen

Kari Kirkbakk

For å kunne gjennomføre studiet er det nødvendig med godkjenning av avdelingsoverlege .....

Som avdelingsoverlege ved ..... godkjenner jeg at studiet gjennomføres.

Navn og dato:

## Behandlingspersonale

Jeg arbeider med avsluttende masteroppgave i studiet Master i Community Care ved Karlstad Universitet i samarbeid med Høyskolen i Lillehammer. Denne oppgaven skal ha fokus på foreldrefungering. Studiets hensikt er å få fram en dypere forståelse av foreldrenes egen opplevelse av å ha en psykisk lidelse og samtidig ivareta foreldreskap. Jeg ønsker å gjennomføre kvalitative intervjuer med 5 mødre med barn under 15 år ut fra nevnte tema. Det er ønskelig å sikre et utvalg med mødre som har barn i ulike alder, samt at noen mødre har hatt psykiske helseplager gjennom flere år, eventuelt med en sykehusinnleggelse. Mødre med lidelse i sammenheng med fødsel, depresjon eller psykose, vil ikke bli tatt med.

I denne sammenheng håper jeg at du kan hjelpe meg med å få kontakt med aktuelle kvinner som kan delta i et intervju. Det er frivillig å delta og informantene kan når som helst avbryte deltagelse i studiet.

Datamaterialet vil bli oppbevart og behandlet konfidensielt. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne informantene i sluttrapporten.

Studiet er tilrådd av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, Personvernombudet for forskning. Studiet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Avdelingsoverlege ..... har godkjent at studiet kan bli gjennomført.

Jeg vedlegger brev til informanter med informasjon om studiet og en svarkupong. Jeg er takknemlig om du kan levere dette til aktuelle kvinnelige pasienter som du vurderer vil være i stand til å beskrive sine erfaringer. Samt at du kan samle inn utfylte svarkuponger.

Veileder for studiet er høyskolelektor Astrid Halså ved Høyskolen i Lillehammer.

Vennlig hilsen

Kari Kirkbakk

Informant

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Du har fått dette brevet gjennom din behandler ved Psykiatrisk poliklinikk,.....  
Jeg arbeider med en masteroppgave ved Karlstad Universitet i samarbeid med Høyskolen i Lillehammer. Hensikten med oppgaven er å få en dypere forståelse av det å leve med psykiske helseplager og samtidig ha omsorg for egne barn.

Mitt spørsmål til deg er om du vil bli intervjuet i dette studiet?  
Om du ikke vil delta så får det ingen konsekvenser for din behandling.

Det er frivillig å delta i studiet, og du kan når som helst avbryte deltakelsen. Det er kun veileder og jeg som vil ha tilgang til det du forteller i intervjuet. I intervjuet vil du bli spurt om å meddele erfaringer ut fra hva det innebærer for deg å leve med psykiske helseplager og samtidig ha omsorg for egne barn, og om du erfarer at dette er et tema i behandlingen. Intervjuet vil ta ca en time. Det blir spilt inn digitalt. All personlig informasjon vil bli behandlet konfidensielt og datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt.

Prosjektslutt er planlagt til 01.01.07.

Dersom du ønsker å delta i studiet, ber jeg deg om å fylle ut vedlagt svarkupong og levere denne til din behandler.  
Når jeg har mottatt svar kommer jeg til å ta kontakt per telefon for å avklare om du har mer informasjonsbehov. Intervjuet vil bli gjennomført på et nøytralt sted.

Studiet er tilrådd av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, Personvernombudet for forskning. Studiet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Veileder for studiet er høyskolelektor Astrid Halså ved Høyskolen i Lillehammer.  
Om det er noe du vil vite, så er du velkommen til å ta kontakt.

Vennlig hilsen

Kari Kirkbakk  
Nybuvn. 25 B  
2609 Lillehammer  
tlf 61263093  
mob 95796267

Astrid Halså  
Høyskolen i Lillehammer  
2626 Lillehammer  
tlf 61288000



## Svarkupong

Hvis du ønsker å delta i studiet, "Forelder og pasient - om å leve med psykiske helseplager og samtidig utøve foreldreskap", kan du fylle ut denne svarkupongen og levere den til din behandler.

Du kan når som helst avbryte deltakelsen i studiet.

NAVN:

TELEFONNUMMER:

UNDERSKRIFT:

Kari Kirkbakk  
Nybuvn. 25B,  
2609 Lillehammer  
tlf 61263093  
mob 95796267

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har lest og forstått informasjonen om studiet "Forelder og pasient – om å leve med psykiske helseplager og samtidig utøve foreldreskap".  
Jeg samtykker i å delta i et intervju.

NAVN:

TELEFONNUMMER:

UNDERSKRIFT:

## Intervjuguide

Tre hovedtemaer.

### 1. Familielivet

- antall barn – alder
- ekteskapelig status – daglig omsorg
- fortell om en vanlig dag i familien
- er det forhold utover lidelsen som familien opplever belastende
- er det forhold som er til spesiell støtte i hverdagen

### 2. Sykdomshistorie

- varighet av lidelse
- varighet av behandling – innleggelse
- hvordan arter lidelsen seg i gode og dårlige perioder
- virker lidelsen inn på familielivet, hvordan?
- virker lidelsen inn på det å være forelder/mor, hvordan?
- gir det konsekvenser for oppfølging av barna: sosialt, følelsesmessig, aktiviteter/lek?

### 3. Foreldrefungering som tema under behandling

- erfaringer
- foreldrerollen
- barna
- samtaler/informasjon, med barna, hele familien