

Bente Hasle

# Kjærlighet og verdighet i tilfriskningsprosesser

Om foreldreskap når barn har en psykisk vanske

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, juni 2013

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Norsk Senter for Barneforskning



**NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Doktoravhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Norsk Senter for Barneforskning

© Bente Hasle

ISBN 978-82-471-4456-5 (trykt utg.)  
ISBN 978-82-471-4457-2 (elektr. utg.)  
ISSN 1503-8181

Doktoravhandling ved NTNU, 2013:173

Trykket av NTNU-trykk

## Forord

Når en ordrik dame som jeg skal takke, blir det fort så altfor masse. Derfor gjør jeg dette kort:

### Takk

- til hovedveileder Randi Dyblie Nilsen for din konstruktive kritikk og støtte
- til biveileder Tor-Johan Ekeland fordi du har fått meg til å tro jeg skulle klare dette
- til Høgskolen i Volda for lønn, driftsmidler, kontor, fleksible ordninger og verdens kjekkeste bibliotekarer
- til kollegaene Jarle Pedersen som fikk meg i gang og særlig til Jan Einar Flø som fikk meg i mål
- til ungene mine - for at dere finnes i livet mitt og har heiet på meg

Den største takken går til dere som har vært deltakere i denne studien – for engasjement, tillit, åpenhet, raushet og ærlighet. Dere har lært meg så mye.

Til slutt takk til Knut E. Løgstrup for trøsten når arbeidet har gått for sakte:

*Ser vi til den proces, som vi kalder at blive klar over noget, vinde indsigt, komme til erkendelse af noget, begynder den ofte som en bevægelse i sindet eller med at have noget på fornemmelsen, og argumentationen er først afslutningen på processen. For det meste gælder det om, at processen ikke kommer til at forløbe for hurtigt.*

(Løgstrup, 1993:128)

Volda desember 2012

Bente Hasle

## Oversikt over skjema

Skjema 1: <i>Oversikt over informantene, familiesituasjon, skole- og behandlingstilbud</i> .....	117
Skjema 2: <i>Oversikt over forskningsprosessen og kontakten med informantene</i> .....	121
Skjema 3: <i>Et eksempel på 'in-vivo-koding</i> .....	142
Skjema 4: <i>Skyldfølelse som eksempel på fokusert koding</i> .....	143
Skjema 5: <i>Oversikt over tilfriskningsprosessens faser og hovedutfordringer</i> .....	152

## Oversikt over figurer

Figur 1: <i>En fragmentert framstilling av sentrale koder</i> .....	144
Figur 2: <i>Skyldfølelsen som analytisk hovedkategori</i> .....	145
Figur 3: <i>Foreldrekraften som teoretisk begrep</i> .....	147
Figur 4: <i>De fire fasene i tilfriskningsprosessen</i> .....	149
Figur 5: <i>Det doble tilfriskningsprosjektet gjennom fasene</i> .....	151
Figur 6: <i>Det doble og gjensidige tilfriskningsprosjektet gjennom fasene</i> .....	321

## **Sammendrag**

Når foreldre erfarer psykiske vansker hos sitt unge barn, tar de i bruk de kulturelt dominante forestillingene for å forstå. I disse common-sense-forståelsene om årsaker til psykiske lidelser, ses barnet som et objekt og offer for foreldrenes mangelfulle oppdragelse. Forestillingene er så dypt internalisert at de fleste opplever skyldfølelse og tapt foreldreverdighet. På leting etter hjelp og tilrettelegging for barna møter de ulike profesjonelle forestillinger om hva barn med emosjonelle vansker trenger. Det er ofte store forskjeller mellom ulike aktører i, og innenfor, skole og hjelpetjenestene.

Gjennom livet med barnet og samarbeidet med terapeuter og lærere vil foreldrene utvikle sin forståelse og sin praksis. De beveger seg fra intuitiv håndtering til en mer rasjonell mestring samtidig som de utvikler en multifaktoriell forståelse av barnets vanske. Gjennom aktiv deltakelse i behandling og tilrettelegging sammen med anerkjennende profesjonelle, kan foreldrene gjenvinne foreldreverdigheten. Posisjonene, som inkluderte, informerte eller ekskluderte, som de plasseres i, er av avgjørende betydning for tilgangen på anerkjennende andre. Foreldrekraften som analyseres fram i studien viser at de har et dobbelt prosjekt i forhold til barnets tilfriskning; kjærlighetsprosjektet som rehabilitering av barnet og verdighetsprosjektet som å rekonstruere seg som gode nok foreldre.

Ved hjelp av Honneths anerkjennelsesteori og Løgstrups kjærlighetsbegrep drøftes det hvordan anerkjennelsesformene kjærlighet, rettigheter og solidaritet bør realiseres for at foreldre til barn med psykiske vansker kan erfare at de møtes som ressurser. For at dette skal være mulig, må de kulturelt dominante forestillingene om foreldreskap for barn med psykiske vansker utfordres. Avhandlingens fokus på anerkjennelsesbetingelsene for foreldrekjærligheten og foreldreverdigheten representerer en slik utfordring.

## **Summery**

When parents experience mental problems in their young children, they use the culturally dominant conceptions to understand. In these common-sense understandings of the causes of mental illness, the child is seen as an object and victim of parental lack of skills. The common-sense understandings are so deeply internalized that most parents experience feelings of guilt and loss of parental dignity. In search for help and facilitation for the child parents meet different professional ideas about what children with emotional disorders need. There are often major differences between the various actors in, and within, schools and services.

Throughout the life with the child and working with therapists and teachers, parents will develop their understanding and their practice. They move from intuitive handling to a rational coping while they develop a multifactorial understanding of the child's difficulties. Through active participation in the management and facilitation along with appreciative professionals, parents can regain parental dignity. The positions they are placed in; included, informed or excluded, are of crucial importance for access to appreciative others.

The analysis of parental power presented in this study shows that the informants have a double project in relation to the child's recovery; the 'loveproject' (rehabilitation of the child) and the 'dignityproject' (reconstructing themselves as good enough parents).

By using Honneth's theory of recognition and Løgstrup's concepts of love I discuss how recognition through love, rights and solidarity should be realized in order to meet parents of children with mental health problems, as resources. For this to be possible, the culturally dominant ideas about parenting children with mental disorders must be challenged. The focus in this thesis on the conditions for recognition of parental love and parental dignity represents such a challenge.

<b>Forord .....</b>	<b>1</b>
<b>Oversikt over skjema .....</b>	<b>2</b>
<b>Oversikt over figurer .....</b>	<b>2</b>
<b>Sammendrag .....</b>	<b>3</b>
<b>Summery .....</b>	<b>4</b>
<b>KAPITTEL 1: INNLEDNING .....</b>	<b>11</b>
<b>Oppbygningen av avhandlinga .....</b>	<b>18</b>
<b>KAPITTEL 2: STUDIENS UTGANGSPUNKT.....</b>	<b>22</b>
<b>Et perspektiv etter kritisk teori .....</b>	<b>22</b>
<b>Kunnskap er sosialt konstruert .....</b>	<b>25</b>
<b>Psykiske lidelser som konstruksjoner .....</b>	<b>27</b>
Konstruksjoner under forandring .....	28
Konstruksjonen av 'psykisk sykt barn' .....	31
De barnepsykiatriske diagnosenes foranderlighet .....	33
<b>Barndom og foreldreskap som konstruksjoner .....</b>	<b>36</b>
Opplysningsprosjektet, psykoanalysen og barndomskonstruksjonen .....	38
Senmoderne barndom – oppvekst i risiko? .....	41
Det senmoderne foreldreskapet: forandring og kontinuitet.....	42
Refleksive foreldreskap?.....	45
<b>Foreldreskap mellom aktivitet og identitet .....</b>	<b>48</b>
Å være foreldre til småbarn.....	49
Å være foreldre til ungdom .....	53
Den senmoderne familien og det unge barnet .....	54
Behov for en mer kompleks modell.....	55
Helhetlige tilnærminger.....	57
Den utfordrende ungdomstida.....	61
Ungdomstid som gjensidig arbeid av relasjonsutforming .....	62
Å reforhandle kjærlighet og autoritet .....	63

Norsk ungdom og foreldre har det godt sammen .....	64
De fleste unge med psykiske vansker kommer fra vanlige familier .....	66
Myten om det reflekssive foreldreskapet .....	67
Ytterligere klargjøring av eget utgangspunkt .....	68
<b>KAPITTEL 3: DET NORSKE BAKTEPPET .....</b>	<b>70</b>
<b>Det norske barne- og ungdomspsykiatriske feltets etablering og konsolidering .....</b>	<b>71</b>
Det tidlige kunnskapsgrunnlaget .....	72
Sentrale aktører for den norske modellen .....	74
Knoppskyting: Pionerene og spredningen .....	75
<b>Et mangfoldig fagfelt eller et samlet ideologisk felt? .....</b>	<b>76</b>
Påvirkning fra ego-psykologien .....	77
Påvirkning fra spedbarnsforskning .....	77
Påvirkning fra familierterapien .....	78
Påvirkninger fra atferdsterapien .....	82
Ungdomspsykiatri .....	83
En grunnleggende konsensus .....	85
<b>Skyldfølelsens forankring .....</b>	<b>87</b>
<b>Fra barnepsykiatriske til common-sense-forståelser .....</b>	<b>89</b>
<b>Dagens barne- og ungdomspsykiatriske forståelser og tilnærminger .....</b>	<b>92</b>
<b>KAPITTEL 4: METODE .....</b>	<b>98</b>
<b>Problemformulering og forskningstilnærming .....</b>	<b>99</b>
<b>Metodologiske klargjøringer .....</b>	<b>100</b>
Egenerfaring – mulig fallgruve og styrke .....	101
Grounded Theory – en konstruktivistisk og kritisk metodologi .....	103
En etisk og nyttig tilnærming .....	104
En rigid analysemetode eller en reflekssiv metodologi? .....	105
Kritisk teori og grounded forskning .....	106
Substantive teoretiseringer .....	109
<b>Det reflekssive dybdeintervjuet .....</b>	<b>110</b>
Relasjon forsker-informant .....	111
<b>Gjennomføringen av studien .....</b>	<b>112</b>



Den brede tilnærmingen - utvalget .....	112
Tilgangen til feltet.....	114
Det varierte utvalget.....	115
Den dype tilnærmingen – gjentatte samtaler .....	119
<b>Den reflektsive metoden.....</b>	<b>120</b>
Første samtale – det reflektsive intervjuet.....	121
Andre samtale – den dialogiske gjennomgangen.....	124
Økt makt til informantene ved økt involvering .....	126
Tredje samtale - Forskningsamtalene .....	127
Dialogmøte med foreldregruppe.....	129
<b>Etiske og metodologiske utfordringer underveis.....</b>	<b>132</b>
Om symmetri i kommunikasjon; asymmetri i makt .....	133
Om nærhet og avstand – fra retrospektiv til perspektiv tilnærming.....	134
Om nærhet og avstand – å være en aktiv intervjuer.....	135
Den diagnostiske kulturen og informantenes sannferdighet .....	137
Hensynet til tredjeperson .....	140
<b>Den analytiske prosessen .....</b>	<b>141</b>
Fra koding til fokuserte tolkninger .....	141
Å skape sammenhenger .....	143
Fasemodellen .....	148
Det doble tilfriskningsprosjektet .....	150
<b>KAPITTEL 5: TILFRISKNING – EN KOMPLEKS PROSESS.....</b>	<b>153</b>
<b>Første fase: Fra bekymring til erkjennelse .....</b>	<b>154</b>
Ungdomsforståelsens betydning.....	155
Bagatellisering .....	157
Erkjennelsen .....	159
<b>Foreldrekonstruksjoner av ‘psykisk sykt barn’ .....</b>	<b>161</b>
De psykologiske konstruksjonene .....	162
Det uoppdragne barnet .....	162
Det traumatiserte barnet.....	164
Det psykologisk sviktede barnet .....	168
Skyldfølelsen .....	169
De biologiske konstruksjonene.....	170

Den multifaktorielle konstruksjonen .....	172
Oppsummering av første fase. ....	174
<b>Andre fase: Fra hjelpsøking til hjelpsom hjelp .....</b>	<b>175</b>
Erkjennelsens konsekvenser - hjelpsøking .....	176
Veien om barnevernet .....	177
Utredning.....	179
Skyldfølelsen.....	181
<b>Behandlingserfaringer og posisjoner .....</b>	<b>183</b>
Den inkluderte posisjonen.....	185
Fleksibilitet og inkludering.....	186
Den vanskelige inkluderingen.....	187
Den informerte posisjonen.....	188
Behovet for mer informasjon .....	191
Den ekskluderte posisjonen .....	194
Om makt og avmakt.....	197
Oppsummering av den andre fasen .....	199
<b>Tredje fase: Fra kaos til kontroll.....</b>	<b>200</b>
Familielivet .....	201
Den daglige merbelastningen .....	202
Topp-belastninger.....	204
Foreldrekraften.....	205
Den sårede foreldrekjærligheten.....	207
Forholdet til privat nettverk .....	208
Arbeidsliv .....	210
Skolesituasjonen og læreres konstruksjoner .....	211
Foreldrenes ansvar at barna har det bra på skolen .....	212
Manglende informasjonsflyt og tilrettelegging .....	213
Om å bli møtt som problemet .....	218
Om å bli møtt som ressurs.....	221
Skolebytte som vendepunkt.....	222
Innleggelse som vendepunkt.....	224
Gjennom vendepunkt til kontroll .....	225
Fra håndtering til mestring .....	227
De ensomme kampene.....	229
Oppsummering av den tredje fasen .....	230

<b>Fjerde fase: Fra det ekstraordinære til det ordinære.....</b>	<b>232</b>
Om å stille nye krav til barnet.....	234
Den langvarige bekymringen.....	235
Søsken som pårørende.....	236
Å se tilbake på prosessen sammen med barnet.....	241
Behovet for ettervern.....	244
Oppsummering av fjerde fase.....	245
<b>KAPITTEL 6: FORSKERE OM UTFORDRENDE FORELDRESKAP.....</b>	<b>248</b>
<b>Forskning fra det barne- og ungdomspsykiatriske feltet.....</b>	<b>248</b>
Undersøkelser av foreldredeltakelse i norsk barne- og ungdomspsykiatri.....	250
Noen kvalitative studier av behandlingserfaringer fra BUP.....	251
Foreldreskap for barn med utagerende atferdsforstyrrelser.....	253
Om skyld- og ansvarfølelse.....	255
Mødre og 'mother-blaming'.....	256
<b>Forskning fra andre utfordrende foreldreskap.....</b>	<b>258</b>
En kunnskapsoversikt.....	259
Foreldreskap for ungdom med funksjonshemming.....	261
Forskjeller eller mest likheter?.....	262
<b>Behov for et nytt syn på foreldreinnsatsen.....</b>	<b>264</b>
Foreldreverdighetens mulige innhold.....	265
Den tause foreldrekjærligheten - foreldrekraften.....	267
Å balansere foreldrekraften.....	269
Den gjensidige foreldre-barn-relasjonen.....	271
<b>Mother-blaming som dominant konstruksjon.....</b>	<b>272</b>
<b>KAPITTEL 7: OM FORELDREKJÆRLIGHET OG -VERDIGHET.....</b>	<b>274</b>
<b>Presentasjon av Honneths anerkjennelsesteori.....</b>	<b>275</b>
'Mother-blaming' som intersubjektiv verdihorisont.....	278
<b>Om verdighet.....</b>	<b>280</b>
<b>Verdighetsprosjektet; andre- anerkjennelse og foreldrekraft.....</b>	<b>282</b>
Å få være moralsk tilregnelig.....	284
Hva sier jussen?.....	286
Posisjoner som anerkjennelsesbetingelser.....	288

Å være usynlig .....	290
Å bli synlig .....	291
Fra erfart krenkelse til aktiv handling .....	292
Om makt, avmakt og motmakt .....	295
I møte med ulike ekspertposisjoner .....	298
Foreldreskap som 'gjøren' .....	300
Barnets verdighet som bidrag til foreldreverdigheten .....	301
<b>Kjærlighetsprosjektet; forpliktelse og foreldrekraft .....</b>	<b>303</b>
Filosofiske bidrag til å forstå foreldrekjærlighet .....	305
Empiriske bidrag til forståelsen av foreldrekjærligheten .....	309
Kjærlighetshandlinger er verdighetsbyggende .....	314
Den betingelsesløse morskjærligheten .....	316
Gjenkjærligheten .....	317
<b>KAPITTEL 8: STUDIENS KONSEKVENSER .....</b>	<b>321</b>
Gyldig og anvendelig kunnskap .....	322
Normativ konsekvens: Å møte foreldre i solidaritet .....	324
Praktisk konsekvens: Å inkludere foreldre til unge med psykiske vansker .....	326
Forskningsmessig konsekvens: Deltakerbaserte tilnærminger .....	328
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>332</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>363</b>

## KAPITTEL 1: INNLEDNING

Denne avhandlingen handler om foreldreskap; om foreldreskap som blir utfordrende fordi barn utvikler psykiske vansker i tidlige ungdomsår. Den handler om belastninger, sorg, bekymringer, avmakt og skyldfølelse, men aller mest om foreldrekjærlighet, utholdenhet, pågangsmot, innsatsvilje og håp. Forståelsene av psykiske vansker er i endring; fra å ha sin hovedårsak i vanskelig barndom, omsorgssvikt, traumer og foreldres mangelfulle oppdragelse til i økende grad å forklares som en genetisk disposisjon som kan utløses i samspill med uheldige miljøpåvirkninger i familie og oppvekstmiljøet ellers; den såkalte stress-sårbarhetsmodellen (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009a:59). Men den historiske forståelsen har etablert seg som 'doxa', «den underforståtte delen av kulturen» (Aamodt, 2005:206) og påvirker oss når vi forholder seg til barn og unge som sliter med sin psykiske helse, enten det er eget barn, en elev eller en pasient.

En av grunnene for at jeg interesserer meg for foreldreskap for barn og unge med psykiske vansker ligger i de ulike forståelsesmodellene som må antas å ha betydning for foreldrenes opplevelse, for hjelpen som blir gitt, for mulighetene for tilfriskning og for familiens meningsskaping og mestring. Jeg har valgt å studere foreldreskap for ungdom med emosjonelle vansker fordi disse etiologisk primært forklares som forårsaket av forhold i familien.<sup>1</sup>

En annen grunn til å interessere seg for dette feltet er forståelsen av ungdom og ungdomstid i vår kultur. Det påvirker våre vurderinger av hva som er normalt og hva som er patologisk når konteksten er ungdomstid og pubertet. I hvilken grad 'problematferd' forklares som pubertet og hormoner vil ha betydning for hvordan omgivelsene forholder seg til barnet og til de utfordringene som følger av de nære og gjensidig avhengige relasjonene mellom foreldre og barn.

---

<sup>1</sup> Etiologi betyr «årsakssammenheng bak en sykdom, bakgrunn for at en sykdom oppstår» og/eller «vitenskapen om sykdommenes årsaker» (Rakvaag, 1991:54). En biologisk dreining innen psykisk helseverns forståelsesformer viser igjen ved fokus på gener som viktig sårbarhetskomponent også for utvikling av angst, depresjon og tvang (Spurkland og Gjone, 2002:146). Slik nærmer man seg en bio-psyko-sosial og kulturell forståelsesmodell (Garlov og Haavet, 2010:67; Den norske legeforening, 2011) også for emosjonelle vansker.

Jeg har alltid hatt en interesse for barne- og ungdomspsykiatrien;<sup>2</sup> en interesse som plutselig viste seg å være både nyttig og belastende da jeg oppdaget at min fjortenårige datter hadde utviklet en spiseforstyrrelse. Hun trengte flere år for å bli frisk og vi har omfattende erfaring fra psykiatrien og har møtt et mangfold etiologiske forståelser og behandlingsstrategier. Dette er min tredje og viktigste grunn til interessen for foreldreperspektiv på hverdagsliv med psykisk helse-problematikk i familien.

Hvordan påvirker ulike symptom hverdagslivets praksiser? Hva skjer med foreldres opplevelse av seg selv som foreldre? Hvordan mestrer de de praktiske, sosiale og emosjonelle utfordringer? Det var disse spørsmålene jeg primært ville belyse i et prosjekt jeg gav navnet «Mot, mening og mestring – hverdagsliv når et barn har en psykisk vanske.» Tittelen viser min respekt for foreldrene ved å peke på deres mot til å gå inn i og stå i krevende omsorgssituasjoner; den viser min orientering mot rasjonalitet, tenkning og meningsskaping som forutgående for atferd og den viser hvordan jeg som de fleste andre som forsker på utfordrende foreldreskap hadde et reduksjonistisk fokus på mestring (Gillis og Rennick, 2006). Jeg ville vite noe om foreldrenes forhold til hjelpetjenestene, med hovedvekt på psykisk helsevern for barn og unge; jeg ville vite noe om forholdet til skolen; om forholdet til nettverket og om forhold innenfor familien – jeg ville studere hvordan mestre i en gitt situasjon; når barnet *har* en psykisk vanske.

Jeg ville gjøre en retrospektiv intervjuundersøkelse med foreldre for ikke å belaste familiene unødig i en krevende situasjon. Det retrospektive designet gjorde det klart at jeg studerte bedringsprosesser; recovery. Recoveryforskningen omhandler mestrings- og bedringsprosesser slik slik brukere selv erfarer det (Borg og Topor, 2003; Borg og Karlsson, 2011). Ikke nødvendigvis bedring eller helbredelse som viser igjen ved at diagnoser fjernes og man friskmeldes av helsevesenet, men om å lære seg å leve med et symptom eller en

---

<sup>2</sup> For å variere språkbruken benytter jeg betegnelsene 'barne- og ungdomspsykiatrien' og 'psykisk helsevern for barn og unge' om hverandre for spesialisthelsetjenestene for barn og unge med psykiske lidelser. Tjenesten ble kalt 'barne- og ungdomspsykiatrien' da mine informanter hadde tilbud til sine barn der.

problematikk og erfare god livskvalitet. Recoveryforskning er ikke effektforskning, men beskrivelser av subjektivt erfarte hjelpsomme tiltak og prosesser – ikke bare fra helsevesenet, men i en videre kontekst som inkluderer egen innsats, omgivelsenes støtte, tilknytning til skole og arbeidsliv, økonomiske virkemidler, boligforhold og den sosiale og kulturelle verden en skal tilpasse seg.

For de fleste barna til informantene i min studie var de psykiske vanskene langvarige, men forbigående; de *hadde hatt* psykiske vansker. De hadde vært syke og var blitt friske; de hadde vært gjennom en tilfriskningsprosess. I denne prosessen hadde foreldrene vært deltakere; med ulike indre og ytre betingelser knyttet til egne egenskaper, atferd og forståelser, men i stor grad også knyttet til skolens og hjelpetjenestenes forståelser og praksiser. Det er disse forståelsene og forståelsenes konsekvenser for foreldrene, og i noen grad barna, denne avhandlingen skal handle om. Med en metodologi etter konstruktivistisk Grounded Theory (Charmaz, 2006) kunne jeg utvikle problemformuleringen i forhold til de fenomenene som fanget min interesse i feltet jeg skulle utforske. De dominante forståelsene av det avvikende, ‘det psykisk syke barnet’ viste seg å være av avgjørende betydning og problemformuleringen ble:

*Hvilke konstruksjoner av ‘psykisk sykt barn’ møter foreldre til barn med emosjonelle vansker og hvordan interagerer disse med forståelsen og utøvelsen av eget foreldreskap gjennom tilfriskningsprosessen?*

Det er møter med foreldrenes egne og andre aktørers implisitte, men også eksplisitte forståelser på bakgrunn av alminneliggjorte vitenskapelige konstruksjoner av det ‘normale’ barnet, den ‘riktige’ barndommen og det ‘vellykkede’ foreldreskapet som ligger til grunn for dominante forståelser av det avvikende barnet. Barndomssosiologiens forståelse av barndom som sosial konstruksjon (James og Prout, 1997; Montgomery, 2003) utgjør den teoretiske grunnforankringen som det annerledes foreldreskapet for det avvikende barnet forstås i forhold til i denne studien. ‘Det normale barnet’ er en historisk, kulturell – og foranderlig konstruksjon; slik også med ‘det normale foreldreskapet’ (Burman, 2008) og ‘det naturlige moderskapet’ (Badinter, 1981). Det normale og vellykkede foreldreskapet bevises når det har

produsert det vellykkede barnet; forestillingen om barnet som produkt av foreldrenes kjærlighet og oppdragelse er innleiret i vår forståelse av barn og barndom (Hennum, 2002). Barnets påvirkning på foreldrene betegnes av Ambert (2001) som «The neglected perspective» innenfor forskning på barn og unges psykiske helse. Den dominante sosiale konstruksjonen av foreldre som årsaksansvarlige og barn som offer (Hennum, 2002), blir utfordret i denne avhandlingen gjennom at det forsømte perspektivet legges til grunn; barn påvirker foreldre generelt og barnets vansker og sykdom påvirker foreldre spesielt. Gillis og Rennick (2006:165) slår fast at den trusselen alvorlig sykdom innebærer for et barn, også truer foreldreskapet fordi det er «one of the deepest forms of human relationships: that of parenthood.» Med denne forståelsen lagt til grunn forandret studien seg fra å være en studie av mestring og mestringsstrategier i den nye foreldrerollen, til å bli en studie av foreldrenes 'selvfølgelige kjærlighetskraft' og de betingelsene omgivelsene med sine forståelser og praksiser utgjorde for at denne kraften skulle kunne erfares som en anerkjent ressurs. Prosjektet endret tittel til «Kjærlighet og verdighet i tilfriskningsprosesser – om foreldreskap når barn har psykiske vansker.»

Valget av perspektiv gjør at jeg beskriver og drøfter en virkelighet slik den beskrives av foreldre. Jeg er kjent med det spriket som ofte forekommer i psykologisk forskning mellom foreldrevurderinger, lærervurderinger, barnets vurderinger og kliniske vurderinger av barnets psykiske helse (Israel mfl, 2007; Jozefiak, 2009; Rimehaug, 2012) og jeg har ingen intensjon om å finne noen objektiv sannhet. Som utdannet barnevernspedagog vet jeg at foreldre også kan skade sine barn; fysisk og psykisk. 'Mother-blaming' eller 'parent-blaming' som jeg identifiserer – og kritiserer – som dominant kulturell forståelse, *kan* være korrekt i enkelttilfeller. I denne studien velger jeg et relativistisk ståsted med en genuint anerkjennende, ikke-dømmende holdning hvor jeg ikke tar stilling til foreldres mulige feil og mangler som bidrag til utvikling av vansken. Som Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) understreker, rammer psykiske vansker så mange direkte og indirekte at vi må ta inn over oss at temaet handler om 'oss', og ikke bare om 'dem'. Det er 'vanlige' foreldrenes deltakelse i, og forståelse av, livet med og ut av den psykiske vansken som er denne avhandlingens fokus.



Et stort antall barn og unge trenger hjelp for sine psykiske plager. I følge Nasjonalt Folkehelseinstitutt (Mathiesen, 2009:50) har femten til tjue prosent av alle barn og unge så omfattende psykiske vansker at «de har nedsatt funksjon.» Blant annet på bakgrunn av den epidemiologiske «Barn i Bergen»-undersøkelsen<sup>3</sup> som finner at sju til ni prosent trenger behandling, anslår instituttet at ca åtte prosent av barna har så omfattende problematikk at de vil få en diagnose og de klassifiseres som barn med psykiske lidelser (ibid:43; Sosial- og helsedirektoratet, 2007:8).<sup>4</sup> Barn med psykiske vansker tilhører kategorien som har betydelige plager og nedsatt funksjon, men som sannsynligvis ikke kvalifiserer for en diagnose. På tross av at mine informanter er rekruttert fra et utvalg som har hatt et tilbud fra psykisk helsevern for barn og unge, og dermed kan klassifiseres som barn med psykiske lidelser, velger jeg å bruke vanske-betegnelsen i avhandlingen. Primært fordi lidelse (og særlig psykisk lidelse) assosieres med kronisitet, mens vanske i større grad kan forbindes med noe forbigående som man lettere blir frisk av. Jeg har heller ikke lagt til grunn for inkludering av informanter at det faktisk foreligger en psykiatrisk diagnose, og velger å ikke betegne vanskene foreldrene beskriver etter diagnostiske kategorier slik de brukes i psykisk helsevern for barn og unge.

Det er vanlig å skille mellom de to hovedgruppene eksternaliserende<sup>5</sup> og emosjonelle problem hos barn og unge (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009a:63). Det er de emosjonelle vanskene denne studien omhandler; barn med «internaliserende, innadvendt atferd kjennetegnet av skyhet, sosial isolasjon og tilbaketrekning,» men også barn med spiseforstyrrelser, selvskading og tvangsproblematikk. Samlet sett tilhører de en gruppe barn og unge som i liten grad påkaller omgivelsenes oppmerksomhet før de har utviklet alvorlige atferdsavvik (ibid:64-65).

---

<sup>3</sup> For nærmere informasjon: <http://helse.uni.no/ContentItem.aspx?site=28&ci=2717&lg=1> Lastet ned 4.8.2012

<sup>4</sup> Det tegnes et dystert bilde i Folkehelseinstituttets rapport (Mathiesen, 2009:50) gjennom utsagnet: «Hver tredje 16-åring vil ha oppfylt de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av barneårene.» En viss optimisme kan likevel knyttes til at «symptomene er forbigående» hos de fleste (ibid).

<sup>5</sup> Eksternaliserende og internaliserende vansker er en grovklassifisering som enklest kan forklares som henholdsvis utagerende og innadvendt problematferd (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009a).

Familier med barn med langvarig sykdom eller kroniske lidelser kategoriseres ofte som «utsatte familier» (Dencik, Jørgensen og Sommer, 2008). Velferdsstaten tilrettelegger for utsatte familier gjennom ulike tiltak fra hjelpetjenestene. Det kan være avlastning, støttekontakt, spesialundervisning, foreldreveiledning og økonomiske støtteordninger som grunn- og hjelpestønad. Familier med barn med emosjonelle vansker er så langt ikke kategorisert som utsatte familier i offentlige dokument; det er barna som er kategorisert som utsatte barn (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009a:59). Når foreldre og deres deltakelse er tematisert, er det primært for at de skal lære bedre oppdragsstrategier slik at barnet kan få det bedre (Rimehaug, 2012). Hvis vi derimot går inn i dokument som omhandler situasjonen for kronisk syke barn, er familiefokuset sterkt – og annerledes. Det poengteres at hele familien er rammet når et barn har en kronisk lidelse og det understrekes at familien må ivaretas – også for sin egen del for å kunne stå i en krevende omsorgssituasjon over tid (Helsedirektoratet, 2009).

Det kan synes som om det er to ulike tilnæringer til familiene avhengig av barnets diagnose. En nærliggende fortolkning av denne ulikheten er at når barnet har en kronisk somatisk lidelse *er* familien rammet, når barnet har en langvarig psykisk lidelse *har* familien rammet. Broberg mfl (2006:72) slår fast: «Når det gjelder barns psykiske lidelser, tenker vi ofte på familien som en risikofaktor.»

Jeg vil allerede her presentere informantfamiliene og deres ‘vanlige’ familieliv på 90-tallet. De ble foreldre til det aktuelle barnet mellom 1981 og 1995. De fleste er født i begynnelsen av 1990; medianalder september 2012 er tjueen år. For sju mødre var det det første barnet, for fire barn nummer to og for et foreldrepar barn nummer tre. Oppvekstbetingelsene deres synes typiske for nittitallet: Mødrene var rundt gjennomsnittsalderen på 25 år for førstegangsfødende i 1991.<sup>6</sup> Med ett unntak med en alenemor, var barna født av kvinner som var gift eller samboende med barnefaren. Med ett unntak var de bosatt nær (oftest i samme kommune som) egne eller mannens foreldre og andre slektninger. To av foreldreparene skilte seg før barnet nådde skolealder og barna i familien ble boende hos mor med forholdsvis liten

---

<sup>6</sup> <http://www.ssb.no/ssp/utg/200905/ssp.pdf>. Lastet ned 10.5.2010

eller ingen kontakt med far. Et barn fikk stefar før skolealder. To av mødrene var heltidsarbeidende etter gjennomført svangerskapspermisjon, men begge fikk raskt flere barn og var hjemme ytterligere to år før barnets skolestart. Seks mødre var primært hjemmearbeidende og de resterende fire hadde deltidsarbeid; halv stilling for den ene og mindre stillinger eller periodearbeid for de tre andre.<sup>7</sup> Alle fedrene i familiene hvor far levde sammen med mor og barn, var i fulle stillinger. To av barna begynte i barnehage før de var tre år gamle; nødvendig barnepass før den alderen ble organisert ved at foreldre, besteforeldre, slekt og venner delte på oppgavene. Alle barna har gått i barnehage; med økende alder har bruken økt. Året før skolestart har alle barna hatt et tilbud. Ett barn har hatt noe ekstra oppfølging på grunn av særskilte behov, mens foreldrene til to andre barn forteller at de har uttrykt bekymring til førskolelærer på grunn av barnets atferd uten at det har ført til tiltak. De resterende har ikke hatt særlige bekymringer knyttet til førskole- eller småskolebarnet.

Dersom forskning ikke skal rekonstruere og bekrefte etablerte forståelser og praksiser, må forskeren foreta et radikalt brudd både med dagliglivets og feltets forestillinger fordi disse «er objektivt indskrevet i institutionernes måte at fungere på, samtidig med at de eksisterer som en realitet i aktørenes bevidsthed,» understreker Bourdieu (Bourdieu og Wacquant, 2009:217). Jeg har valgt en forskningstilnærming etter Grounded Theory for å hindre at jeg blindes av forhåndsbestemte teoretiske forestillinger som dominerer psykisk helsevern for barn og unge og tilstøtende felt og jeg velger å tematisere min egenerfaring. Det var nettopp egenerfaringen som representerte et radikalt brudd med det som til da hadde eksistert som en realitet i min bevissthet. Slik representerer også oversikten over informantfamiliene et brudd; jeg anser dem som vanlige familier som gjør ganske vanlige livserfaringer med psykiske vansker i en periode av barnets liv, ikke som risikofamilier hvor barna har vært spesielt utsatt. Dette er i tråd med to viktige funn i studier fra Folkehelseinstituttet: De fleste barn med psykiske lidelser kommer fra vanlige familier (Mathiesen mfl, 2007:11) og «for de fleste er (...) symptomene forbigående» (Mathiesen, 2009:44). Dermed må det også være viktig å rette fokus på tilfriskningsprosesser.

---

<sup>7</sup> Fra 1990 til 1995 steg andelen sysselsatte småbarnsmødre (med barn mellom 3 og 6 år) fra 74 til 80 %. Gjennomsnittlig faktisk arbeidstid for kvinner har ligget stabilt på rundt 31 timer pr uke i samme periode til og med registreringen i 2008. <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-209.html> Statistisk årbok 2009. Lastet ned 10.5.2010

## ***Oppbygningen av avhandlinga***

Den sirkulære tilnærmingen etter Grounded Theory med innsamling av empiri, analyse og innsamling av ny empiri på bakgrunn av forskerens teoretiske sensitivitet med nye analyser og teoretiseringer (Glaser og Strauss, 1967; Corbin og Strauss, 2008; Charmaz, 2006) medfører en utfordring når arbeidet skal presenteres. Teoretiske perspektiv, kunnskap om andres forskning og analyser, egne teoretiseringer på bakgrunn av materialet, utviding av egne perspektiv gjennom nye studier av litteratur og forskning gjør arbeid etter Grounded Theory til en langvarig, dynamisk og kreativ prosess (Charmaz, 2006). Tidvis er slike prosesser uoversiktlige og oppleves som kaotiske. For å presentere forskningsprosessen for leseren, må den framstilles som mer lineær enn den faktisk har vært. For ikke å miste det prosessuelle i presentasjonen, velger jeg en noe utradisjonell oppbygning av avhandlinga ved å først fordype meg i det som kom til å bli sentrale teoretiske begrep mot slutten av avhandlinga.

I kapittel to presenteres først den teoretiske og kritiske bakgrunnen for studien med et sosialkonstruktivistisk epistemologisk perspektiv hvor vestlige konstruksjoner av barn, barndom, foreldreskap og psykiske lidelser vektlegges. Et gjennomgripende teoretisk fokus på det foranderlige og flytende ved senmodernitetens oppløsningstendenser utfordres ved at det tradisjonelle og uforanderlige ved familieliv og foreldreskap får stor plass. Studier av foreldreskap er ofte gjennomført med enkle design som bekrefter det vi med Harris (2000a) kan kalle «The nature assumption» hvor særlig mors kjærighet, tilknytningsevne og oppdragerstil tillegges avgjørende vekt. Slik blir barnet gjort til objekt og mulig offer for mors mangelfulle moderskap; slik blir 'mother-blaming' en forståelse som «eksisterer som en realitet i aktørenes bevidsthed» (Bourdieu og Wacquant, 2009:217). En tilsvarende «realitet» er forståelsen av ungdomstid som tid for opprør, konflikter og løsriving. Som et alternativ til dette dominante synet presenteres utforming av foreldreskap som gjensidige forhandlinger om relasjoner i en større kontekst hvor også andre aktører enn familien bidrar. Denne utvidede forståelsen av barndom og foreldreskap som gjensidige relasjoner utviklet gjennom interaksjon over tid i et materielt, sosialt og kulturelt rom, har ikke fått gjennomslag når det gjelder forskning på ungdom med problematferd (Engels mfl, 2008). Her fører forestillingen

om oppdragerstilenes avgjørende betydning for hvem barnet blir, til fortsatt ‘mother-blaming’.

I kapittel tre går jeg dypere inn i den norske barne- og ungdomspsykiatriens etablering for litt over 50 år siden. Det legges vekt på hvordan psykoanalysen som ‘Grand Narrative’ befester sin posisjon som faglig og ideologisk grunnlagstenkning i Norge gjennom sentrale aktører i feltet (Ludvigsen og Seip, 2009). Impulser fra andre teoretiske retninger utfordret i liten grad den psykoanalytiske ideologien; en ideologi som utvidet arven etter Rousseu og spredte seg til det pedagogiske og helse- og sosialfaglige feltet – og etter hvert er blitt en del av vår felles kulturelle forståelse av hva barn er og hva barn trenger for å vokse opp til veltilpassede voksne. Skyldfølelsen foreldre sliter med når dette prosjektet ikke lykkes, blir et påtrengende, men ofte fortiet tema. ‘Mother-blaming’ som fenomen tilskrives i stor grad den psykoanalytiske dominansen i psykisk helsevern; en dominans som fortsatt var rådende da mine informanter gjorde sine erfaringer med denne tjenesten (Hjort, 2003).

Kapittel fire gir en grundig innføring i kritisk sosialkonstruktivistisk Grounded Theory (Charmaz, 2005, 2006; Bryant og Charmaz, 2007; Gibson, 2007) før jeg gjør rede for hvordan min metodologi utviklet seg i møtet med feltet og informantene hvor refleksivitet hos alle aktører ble både et middel og en målsetting. Her presenteres også etiske utfordringer i den praktiske gjennomføringen av studien med en aktiv deltakende intervjuer, omfattende informantdeltakelse, nærhet og en dialogisk tilnærming. I analysedelen utvikler jeg en fasemodell, som utgjør det strukturerende prinsippet for presentasjonen av empirien i påfølgende kapittel. I analysen presenteres også egne teoretiseringer vedrørende foreldrenes doble prosjekt i forhold til barnets tilfriskning; kjærlighetsprosjektet som rehabilitering av barnet og verdighetsprosjektet som å rekonstruere seg som gode nok foreldre. Dette drøftes først nærmere i avhandlingens kapittel sju.

Det femte kapittelet er deskriptiv empiri strukturert rundt fasene jeg har analysert fram i materialet. I tilfriskningsprosessen går foreldrene gjennom fire faser; ‘Fra bekymring til erkjennelse’, ‘Fra hjelpsøking til hjelpsom hjelp’, ‘Fra kaos til kontroll’ og fra ‘Det

ekstraordinære til det ordinære'. Her får foreldrenes fortellinger stor plass gjennom omfattende bruk av sitat. Jeg viser hvordan den dominante konstruksjonen av 'psykisk sykt barn' i stor grad innebærer 'mother-blaming' med konsekvenser i form av skyldfølelse hos foreldrene og mulige posisjoneringer i deres forhold til hjelpetjenestene og skolen.

Kapittel seks er en presentasjon av andres forskning hvor begrep og forståelser også fra tilstøtende felt som foreldreskap for barn med utagerende atferd og kroniske lidelser, trekkes inn og diskuteres.

I det sjuende kapitlet trekker jeg inn filosofiske og teoretiske begrep som ble viktige for meg langt ute i forskningsprosessen. Anerkjennelse, anerkjennelsesbetingelser, verdighet og kjærlighet blir sentrale begrep i en drøfting som også medfører at studien ikke ble en studie av 'hvordan'; det vil si av mestring og mestringsstrategier, men av det bakenforliggende 'hvorfor' som gir fokus på 'foreldrekjærlighet' og 'foreldreverdighet'. De dominante konstruksjonene hos foreldrene selv og hos andre aktører påvirker de to dimensjonene gjennom den praksisen som konstruksjonene åpner eller lukker for. Først i dette kapitlet presenteres Honneths anerkjennelsesteori, Løgstrups kjærlighetsbegrep og annen teori om kjærlighet og verdighet for å vise forskningsprosessens faktiske sirkulære gjennomføring. Foreldrekjærligheten ses som en kraft som fører til at foreldre agerer intuitivt når barnet lider. Gjennom anerkjennelse eller krenkelse av denne foreldrekraften påvirkes foreldreverdigheten ofte med dyptgripende konsekvenser for forståelse og utøvelse av foreldreskapet.

Det åttende kapitlet er en diskusjon av studiens konsekvenser for ulike aktører innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og tilstøtende felt. Solidaritet løftes fram som sentral anerkjennelsesform i møte med foreldre som erfarer utfordrende foreldreskap; det handler ikke om 'dem', men om 'oss'.

Det etiske imperativet om å representere foreldrene på en måte som ikke fremmedgjør dem, ikke krenker dem og ikke kategoriserer dem som 'dem', gjør at jeg slutter meg til Warmings (2003:156) målsetting om å gjøre et godt vitenskapelig håndverk: Jeg vil prøve å fortelle en

engasjert og god historie med et tydelig perspektiv, en historie som kan få «læseren til at forstå eller endnu bedre indleve sig i det perspektiv, som historien fortælles fra.»

## **KAPITTEL 2: STUDIENS UTGANGSPUNKT**

I dette kapitlet vil jeg legge vekt på det personlige, empiriske og teoretiske utgangspunktet jeg hadde da jeg gikk i gang med denne studien av hvordan foreldre forstår og håndterer hverdagen med en psykisk vanske hos eget barn – et fenomen som er dypt forankret i livsverden.

Fauske (1999:22) gjør rede for Habermas sin bruk av begrepet livsverden som «det implisitte, før-refleksive og før-kritiske grunnlaget som mening og situasjonsdefinisjoner er tuftet på.» Kontrasten til livsverden er samfunnet bestående av «formelt organiserte handlingssystemer som skal ivareta bestemte oppgaver innenfor politikk og økonomi» (ibid). Habermas mener at moderniteten har ført til at systemenes strategiske rasjonalitet har kolonialisert livsverdens kommunikative rasjonalitet (Andersen, 2003:377). Kolonialiseringen innebærer i følge Habermas, en tingliggjøring og fremmedgjøring med fare for utvikling av personlige, kulturelle og samfunnsmessige patologier. Han mener moderniteten medfører en «tilspissing av oppvekstproblematikken» noe han særlig knytter til endrede kommunikasjonsvilkår i familiene (Habermas, 1999:83). Det Madsen (2010) kaller «Den terapeutiske kultur» kan i dette perspektivet forstås som en 'vellykket' kolonialisering av livsverden hvor forståelsesformer som er utviklet innenfor et system naturaliseres og utgjør en del av «det implisitte, før-refleksive» (Fauske, 1999:22) som foreldrene har som grunnlag for forståelse og utøvelse av et krevende foreldreskapet.

### ***Et perspektiv etter kritisk teori***

Kritisk teori har sitt utspring i Institut für Sozialforschung i Frankfurt (Frankfurterskolen).

Ramsay gir følgende definisjon på kritisk teori:

- en teori, der samtidig med, at den er kritisk over for samfundet, også er kritisk over for teorier om dette samfund og de videnskabelige metoder til at nærme sig det. I den udstrækning, teorierne og metoderne bidrager til at skjule de undertrykkende og udbytende forhold, kritiseres de som ideologiske (Ramsay, 2003:177).



I følge Delanty og Strydom (2003:209-210) fikk Frankfurterskolen først gjennomslagskraft under positivismestriden. Som en følge av striden mellom en positivistisk og en fortolkende samfunnsvitenskapelig forskningsposisjon; striden mellom 'å forklare' og 'å forstå', bidro Habermas og Apel til en kunnskapsforståelse som anerkjenner både behovet for forklarende og fortolkende samfunnsvitenskap. I tillegg til disse tilnærmingene argumenterte de for en tredje posisjon som kritisk teori skal ivareta ved å stille spørsmål ved de underliggende normative og ideologiske forståelsene som kunnskapen står i fare for å reproducere. Innen kritisk teori er det en målsetting at forskning skal bidra til frigjøring (Andersen, 2003:369). Frankfurterskolen har forsøkt å integrere psykoanalyse og kritisk teori, nettopp med et mål om frigjøring. Fra 1929 var instituttet samlokalisert med Frankfurter Psychoanalytisches Institut og det var utstrakt samarbeid mellom miljøene (von Friedeberg, udatert).<sup>8</sup> Kritisk teori har etter min mening i for liten grad utfordret psykoanalysen som ideologisk og normativ tatt-for-gitt-forståelse av 'barn', 'barndom' og 'moderskap' og slik bidratt til «at skjule undertrykkende og udbyttende forhold,» slik Ramsay (2003:177) peker på som den tredje nødvendige posisjonen for kritisk forskning.<sup>9</sup>

I artikkelen «Rethinking Critical Theory and Qualitative Research» utdyper Kincheloe og McLaren (2005) målsettingene med kritisk forskning: Den skal utfordre de tatt-for-gitte forestillingene, fokusere på skjulte makt- og dominansforhold, den skal bidra til emansipasjon av gruppa som studeres, den skal bidra til refleksjon, utvikling og transendens hos de utforskede og den skal bidra til en samfunnsmessig forbedring for gruppa. Kritisk forskning har altså et mål om forbedring gjennom å bidra til økt kunnskap om sammenhenger og livsbetingelse for marginaliserte grupper både i samfunnet og hos informantene selv. I følge Bourdieu (2007) må vi fastholde troen på at en autonom og samtidig empirisk, teoretisk og vitenskapsfilosofisk kritisk samfunnsvitenskap, kan frigjøre og bevisstgjøre grupper i samfunnet. Men uten et kritisk blikk; på feltet, de dominerende forståelsesformene som råder i

---

<sup>8</sup> [http://www.ifs.uni-frankfurt.de/institut/ifs\\_geschichte.pdf](http://www.ifs.uni-frankfurt.de/institut/ifs_geschichte.pdf). Lastet ned 20.9.2012. En av dagens forskningsgrupper ved Institut für Sozialforschung er «Familiensoziologie und Psychoanalyse» og forsker på de tidlige barneårenes betydning for identitets- og personlighetsutvikling.

<sup>9</sup> Denne kritikken er i tråd med Naomi Weissteins (1968) feministiske klassiker «Psychology Constructs the Female» hvor hun peker på hvordan sentrale psykiatere som Bruno Bettelheim og Erik Erikson «men who are assumed to be experts» reproducerer konsensus om den kvinnelige natur «in a surprisingly transparent way» uten å bygge på empiri.

feltet og som påvirker feltet, risikerer forskeren å reprodusere de dominerende forestillingene. For å unngå dette må forskeren også stille det kritiske blikket på seg selv, gjennom selvrefleksivitet eller selvanalyse (Bourdieu, 2006, 2007). En viktig del i en eksplisitt selvanalyse, må være en presentasjon av de teoretiske perspektiv og den forforståelse som ligger til grunn for en kritisk studie.

Med et ønske om en bred og helhetlig tilnærming med stor grad av informantdeltakelse sammen med et ønske om å jobbe empirinært og induktivt på et lite utforsket felt, ble Grounded Theory (Glaser og Strauss, 1967; Corbin og Strauss, 2008; Charmaz, 2003, 2005, 2006) min primære tilnærming, både som epistemologisk perspektiv og metodologisk tilnærming. I neste kapittel presenterer jeg min tilnærming til nyere Grounded Theory forholdsvis inngående for å få fram metodens åpenhet for fleksibel anvendelse av sentrale verktøy og for å vise den utviklingen Grounded Theory har gjennomgått fra en objektivistisk (Charmaz, 2006) eller postpositivistisk (Denzin, 1994 i Corbin 2008:vii)<sup>10</sup> forskningstilnærming til en metodologi som innebærer en konstruktivistisk (Charmaz, 2003, 2005, 2006) og kritisk tilnærming (Gibson, 2007; Charmaz, 2005; Alvesson og Sköldbberg, 2009). Ved eksplisitt å tilslutte meg en konstruktivistisk Grounded Theory, må jeg gjøre nærmere rede for min epistemologiske posisjon. Koblingen mellom kritisk teori og konstruktivisme som bevisstgjørende og frigjørende, skulle være etablert gjennom Hacking (1999:6) som slår fast at også konstruktivistisk forskning «is critical of status quo» og at kunnskap som utvikles gjennom konstruktivistisk arbeid «are liberating» (ibid:2). Delanty og Strydom (2003) slår samtidig fast at kritisk teori har utviklet seg i en konstruktivistisk retning. Gjennom å innta en kritisk og sosialkonstruktivistisk epistemologisk posisjon til det barne- og ungdomspsykiatriske feltet, dets forståelsesformer og praksiser er ambisjonen å bidra til 'frigjøring' for enkelte aktører eller grupper.

---

<sup>10</sup> Også Alvesson og Sköldbberg (2009:72) trekker fram likheten mellom Grounded Theorys metoder etter Glaser og Strauss (2008) og Strauss og Corbin (1990) og en positivistisk forskningstilnærming.

## ***Kunnskap er sosialt konstruert***

Sohlberg og Sohlberg (2002:215) hevder begrepene konstruksjonisme og konstruktivisme er blant de mest forvirrende i nåtidas vitenskapsdiskusjon.<sup>11</sup> Søndergaard (1996:15) slår fast at de overordnede målene er like hos det hun kaller sosiale konstruktivister og psykologiske sosialkonstruksjonister: «Det drejer sig om opgøret med realismen og essensialismen, opgøret med de modernistiske videnskabsidealer, og om pointeringen af den sociale virkelighed som konstruert af mennesker.» I følge Bourdieu (Wacquant og Bourdieu, 2009:220) finnes det prekonstruerte overalt og sosiale problem som «den almindelige positivisme uden videre tager for givet, er et *samfundsskabt fænomen*, der er blevet til gennem en *kollektiv konstruktion af den sociale virkelighed*.»

Det er ulike grader eller nivå av konstruktivisme: Ontologisk konstruktivisme er i følge Wenneberg (2001 referert i Alvesson og Sköldberg, 2009:35) den mest radikale posisjonen ved at virkeligheten anses som sosialt konstruert. Innenfor den epistemologiske konstruktivismen legges det til grunn at all kunnskap er sosialt konstruert, mens den sosiale konstruktivismen vektlegger hvordan det sosiale konstrueres og rekonstrueres gjennom våre delte forestillinger. Den kritiske konstruktivismen er den minst radikale ved at dens målsetting er å avdekke at deler av det vi tar for gitt er historisk og sosialt konstruert. I forhold til denne inndelingen kan jeg ikke slutte meg til at *all* kunnskap er sosialt konstruert, men kunnskapen innenfor det feltet jeg skal studere tilhører et område hvor det viser seg «how various, seemingly ‘natural’, phenomena are not all natural but social,» som Alvesson og Sköldberg (2009:36) slår fast.

Jeg velger å bruke begrepet konstruktivisme videre om min kritiske, sosiale og epistemologiske posisjon, hvor jeg er opptatt av alle de tre dimensjonene. Jeg vil også slutte meg til det Nortvedt og Grimen (2004:156) mener må være forutsetninger for at noen kan

---

<sup>11</sup> Et søk på Bibsys med de to søkeordene ‘sosial konstruksjonisme’ og ‘sosial konstruktivisme’ bekrefter forvirringen med henholdsvis førtitre og sekstito treff; de fleste overlappende. Hacking (1999:48) foretrekker begrepet ‘konstruksjonisme’ (‘konstruktivisme’ forbeholder han matematikken). Han mener for øvrig det er unødvendig å inkludere ‘sosial’ i begrepet (ibid:40).

kalle seg sosialkonstruktivist. Jeg tilpasser disse forutsetningene til mitt forskningsområde ved å presisere 'X' i sitatet med 'psykisk lidelse':<sup>12</sup>

Det følger at vi ikke kan gjøre rede for X's [psykiske lidelsers] eksistens uten å henvise til at X [psykiske lidelser] blir erkjent, i dette tilfellet av et kollektiv. En sosial konstruksjon er et fenomen som er slik at vi ikke kan redegjøre for dets eksistens uten å henvise til at et kollektiv tenker eller snakker om X [psykiske lidelser], har en form for konsensus om X's [psykiske lidelsers] natur, har visse måter å forklare X [psykiske lidelser] på overfor hverandre eller begreper som brukes for å (be)gripe X [psykiske lidelser].

(Nortvedt og Grimen, 2004:156)

Som en konsekvens av dette ser jeg også min egen kunnskapsutvikling som «en historie fra en bestemt position, og at den alltid kan fortelles annerledes fra en annen position» (Hansen og Sehested, 2003:11). Charmaz (2003:313) understreker at konstruktivister som jobber etter Grounded Theory forstår analysene sine som «a construction that not only locates the data in time, place, culture, and context, but also reflects the researcher's thinking.» Dette har konsekvenser for hvordan jeg ser på kunnskapen som utvikles gjennom min studie; nemlig som historisk, kulturelt og sosialt konstruert i en kompleks interaksjon mellom meg, min teoretiske kunnskap og livserfaring, min tilnærming til informantene, deres kunnskaper og opplevelse av min tilnærming og hvordan jeg til slutt gir dette en teoretisk-akademisk form – en form som kan fremmedgjøre informantene, men som er nødvendig for at studien skal få anerkjennelse i feltet. Ikke minst har det konsekvenser for hvordan jeg forstår feltet i utgangspunktet, og her vil en kritisk holdning til dominerende sosiale konstruksjoner av psykiske lidelser, barn og foreldreskap være av avgjørende betydning.

Hacking (1999:37) utfordrer sosialkonstruktivister med at det ikke er nok å fortelle historien om konstruksjonen av et fenomen; det må gjøres rede for selve konstruksjonsprosessen. Her må jeg primært støtte meg på andres arbeid, før jeg etter hvert gjør rede for min studie hvor fokus er på konsekvenser av de sosiale konstruksjonene. Da vil jeg legge vekt på det Hacking

---

<sup>12</sup> Nortvedt og Grimen (2004:157) slår fast at en konstruktivist ikke må mene dette om *alle* fenomen.

(ibid:58) kaller «unmasking» strategi hvor poenget er «to liberate the oppressed, to show how categories of knowledge are used in power relations.»

### ***Psykiske lidelser som konstruksjoner***

Moralfilosofen Ann Heberlein (2009:82-85) tar et oppgjør med Foucaults «Galskapens historie» i sin selvbiografiske bok hvor hennes bipolare lidelse står sentralt. Hun viser til postulatet hans om at forskjellen på det avvikende og det normale «bare [er] tilsynelatende og sosialt konstruert» og at hva som er avvikende endres med tiden. Det er ikke slik hun erfarer sin lidelse:

Jeg nekter å gå med på at min psykiske sykdom skulle være «konstruert». Angsten min er i høyeste grad virkelig. De hypomane tilstandene mine er svært reelle, på samme måte som depresjonen når den tar over. Angsten min ville ikke vært mindre smertelig om den var mer sosialt akseptert (...) Jeg er nemlig overbevist om at mennesker med angst har det like jævlig med angsten sin uavhengig av konstruksjoner, uavhengig av diskurser, uavhengig av epoker, uavhengig av kontekst (Heberlein, 2009:83-84).

Hun utfordrer, som pasient og aktiv bruker av tjenestene som er bygget opp for personer med psykiske lidelser, oppfatningen av psykisk lidelse som kun sosialt konstruert og presenterer den som en biologisk realitet som skyldes hennes medfødte konstitusjon.

Hacking (1999:100-124) presenterer i artikkelen «Madness: biological or constructed?» psykiske lidelser som biologiske realiteter og sosiale konstruksjoner – i interaksjon. Han utfordrer med dette både radikale sosialkonstruktivistene (som Foucault) og den biomedisinske forståelsesmodellen.

Faktorer som forklarer en tilstand som knyttet til biologi eller natur, kaller Hacking (ibid:105) for «indifferent kinds». Det kan være gener, atomer, bakterier; «kinds» som ikke er påvirkelige av den vitenskapelige konstruksjonen eller allmenne forståelsen av dem. De kan være påvirkelige for menneskelig manipulering av dem, for eksempel med medisin, men ikke

av selve konstruksjonen. Hacking er også opptatt av en annen type manipulering; det er mulig å påvirke kroppsfunksjoner gjennom for eksempel meditasjon eller en psykisk lidelse gjennom terapi. Denne påvirkningen kaller han «biolooping» (ibid:109). Gjennom bevisst mentalt arbeid kan biologiske prosesser påvirkes.

Men en lidelse vil også bli forstått og møtt i tråd med de kulturelle forståelsesrammene som står til disposisjon. Dette er de sosiale konstruksjonene; de han kaller «interactive kinds» (ibid:104). Konstruksjonene fører til kategoriseringer av mennesker som har særskilte kjennetegn eller en kjent diagnose, og bidrar til at omgivelsene og de selv tilpasser seg konstruksjonen, de er altså interaktive og produktive. Denne effekten kaller Hacking (ibid:105) «the looping effect.» Han mener det er rimelig å tenke seg en sammenheng mellom en looping-effect og en biolooping-effekt: Den sosiale konstruksjonen av lidelsen har betydning for hvordan omgivelsene og den som har lidelsen tilpasser seg konstruksjonen (looping), mens måten den diagnostiserte tenker om seg selv og agerer i forhold til denne forståelsen kan påvirke kroppen og føre til endring (biolooping). Konstruksjonene påvirker også hvordan følelser kan føles (Warming, 2003).

### **Konstruksjoner under forandring**

De diagnostiserte, og kategoriserte, kan tilpasse seg, men også utfordre konstruksjonen slik Heberlein (2009) gjør. Når den utfordres kan det føre til endring av konstruksjonen av kategorien, og i neste omgang av de kategoriserte og omgivelsene, inklusive de institusjonaliserte praksisene som er bygd opp rundt denne særskilte kategorien mennesker.

Identifikasjon med nye konstruksjoner som utfordrer de hegemoniske konstruksjonene, dannning av interessegrupper og brukerorganisasjoner og allianser med sentrale aktører innenfor det profesjonelle feltet, vil kunne presse fram en allmenn aksept av den utfordrende konstruksjonen, det vil si gjøre den nye til den hegemoniske. Denne nye konstruksjonen vil igjen være produktiv gjennom forståelses- og praksisformer avledet av den – og være medskapende for de kategorisertes selvforståelse og atferd, men også for hva slags tilbud som egner seg for en spesiell diagnostisk kategori mennesker.

Bourdieu (2007:17) understreker at «den vitenskapelige sannhet ikke alene er skapt av de som produserer og foreslår den, men også av de som bruker og fortolker den.» Populariteten til en del nye behandlingsmetoder kan forstås som at eksperter fungerer som opinionsledere og at «konferanser og andre faglige møter kan gi metodene et skinn av vitenskapelig holdbarhet» (Aarre, 2010:46). Nye forståelser av psykiske lidelser og terapi er ikke nødvendigvis 'sannere' enn de tidligere; de oppnår bare større anerkjennelse blant dem som står i posisjon til å anerkjenne.

Skårderud mfl (2010:37) beskriver psykiatriens grenser som «flytende,» som grenser mellom normalitet og avvik som er foranderlige og kulturelt påvirket.<sup>13</sup> Psykiater Gunnar Götestam (2010) rettet oppmerksomheten mot de sosiale konstruksjonenes produktive makt da han kritiserte det økte omfanget av diagnosen personlighetsforstyrrelse innen dagens psykiatri. Normalitetsnormen blir stadig snevrere og psykiatrien sykelliggjør folk som ikke trenger eller er tilgjengelige for behandling. Skårderud mfl (2010:39) beskriver den medisinske psykiatrien som en disiplin som «skal beskytte en rådende normalitet» og samtidig har «samfunnsdisiplinerende funksjoner.»

I dag utfordres en del konstruksjoner av psykiske lidelser, særlig av hjerneforskningen. Werge (2010) peker på hvordan vektlegging av genetiske årsaksfaktorer kan påvirke foreldre til personer med schizofreni. Den kommunikasjonsteoretiske årsaksforklaringen om dobbeltkommunikasjon fra mor (Bateson mfl, 1974) kunne forårsake mye skyldfølelse. Denne teorien ble aldri empirisk bekreftet, men har likevel hatt stor innflytelse (Skårderud mfl, 2010:171) og må fortsatt betegnes som den common-sense-kulturen som gir de meningsrammene foreldrene og omgivelsene fortolker lidelsen innenfor. Som Haldis Leira (2003) påpeker er også fagfolk en del av det kulturelle meningssystemet og ubevisst tilbøyelige til å fortolke pasienter etter common-sense-oppfatninger.

---

<sup>13</sup> De er også flytende på grunn av kommersialisering og kapasitet (Skårderud mfl, 2010:37); fra Sverige rapporteres det at sosial fobi ble diagnostisert førti ganger hyppigere etter visning av en legemiddelfinansiert TV-dokumentar, sammenlignet med året før (ibid:228).

Kritikk av økende utbredelse av diagnosen 'sosial angst' er bakgrunnen for en kronikk av Dahl og Wiborg (2010) i Tidsskrift for den Norske Legeforening. De presenterer forskningsartikler fra prestisjefylte tidsskrift som «The Lancet» og «New England Journal of Medicine» når de imøtegår kritikken: Forskning har vist at lidelsen er utbredt og funksjonshemmende, og må tas alvorlig. Kun i liten grad er de villige til å problematisere sammenhengen mellom omgivelsenes forventninger og diagnostisering av de som sliter med å tilpasse seg en form for ny normalitet hvor sjenanse ikke lenger er en dyd. Kringlen (2009) presenterer en analyse av årsaker til patologiseringen av sjenanse og skyhet til diagnosen sosial fobi.<sup>14</sup> Her peker han både på våre foranderlige normalitetsbilder, legemiddelindustriens økonomiske interesser, psykiatriens definisjonsmakt og egeninteresse som forklaringer på et økende antall mennesker med 'sosial fobi'. Han er sterkt kritisk til hvordan variasjoner over menneskelige egenskaper og atferd sykdomsforklares og reduserer normalitetsforståelsen og aksepten for mangfoldet. Professorene Dan J. Stein og Murray B. Stein (Eggen, 2008) mener derimot det er viktig at denne utbredte egenskapen må anerkjennes som en psykiatrisk lidelse og behandles.<sup>15</sup>

De barnepsykiatriske tilstandene representerer til en viss grad en annerledeshet fordi den diagnostisertes bevissthet om konstruksjonen ikke er like stor som hos voksne med psykiske lidelser.<sup>16</sup> Vi må legge større vekt på omgivelsenes erfaring av og tilpasning til konstruksjonen når barn er pasienter.

---

<sup>14</sup> [http://morgenbladet.no/debatt/2009/diagnose\\_sjenert](http://morgenbladet.no/debatt/2009/diagnose_sjenert). Lastet ned 1.4.2008

<sup>15</sup> Det viser seg at Murray B. Stein har tilknytning til flere av de store farmasøytiske selskapene (Eggen 2008).

<sup>16</sup> Forskjellen er neppe særlig stor. Bevissthet om de forståelsesformene som preger oss er ingen forutsetning for at de skal være virksomme. En bevissthet om konstruksjonene må likevel forutsettes før man kan protestere mot den. I det barnepsykiatriske feltet blir dette foreldrenes snarere enn barnets utfordring. Selv om barn og særlig unge kan protestere mot kategoriseringen av seg selv gjennom å være tause eller slutte i terapien.



## Konstruksjonen av 'psykisk sykt barn'

Her vil jeg ikke gjøre rede for ulike konstruksjoner av 'psykisk sykt barn', men konsentrere meg om konstruksjonsprosessen. La meg umiddelbart presisere at jeg ikke mener at det psykisk syke barnet kun er en sosial konstruksjon. Men det kulturelle meningssystemet rundt 'psykisk sykt barn', rundt symptom, årsaksforklaringer og tilnærminger er konstruert.

Hacking (1999:125-162) er opptatt av det han kaller «kind-making». Et eksempel er seksuelt misbruk av barn: Det har alltid forekommet seksuelt misbruk av barn, men det er først når fenomenet får oppmerksomhet fra aktører som står i posisjon til å kategorisere dette som et sosialt problem at det blir et sosialt problem. Dermed blir det også noe samfunnet må agere i forhold til. Det finnes altså som reelle fenomen, i tråd med det Grøholt mfl (2001:44) hevder om at de barnepsykiatriske tilstandene som i dag får oppmerksomhet, alltid har vært til stede i barnebefolkningen. Etter Hackings 'kind-making' er det gjennom barnepsykiatriens innsats for å spre kunnskap om fenomenet *som problem* det blir til problem og ikke bare et individuelt erfart fenomen. Problemet får økende grad av oppmerksomhet også blant førskolelærere, lærere, helsesøstre og ikke-profesjonelle og stadig flere oppdages med mulige symptom knyttet til avvikende atferd, møtes med forventninger om avvikende atferd og svarer med avvikende atferd; sendes til utredning og får muligens en diagnose (Madsen, 2006). Slik blir den sosiale konstruksjonen av problemet en kraft som også medproduserer problemet.

Den endrede forståelsen av autisme er viktig innenfor det barne- og ungdomspsykiatriske feltet (Hacking, 1999). Grøholt mfl (2001:44) beskriver den dominerende oppfatningen av barneautisme på 50- og 60-tallet som forårsaket av følelseskalde mødre som «en skamlett på barnepsykiatriens historieblad.»<sup>17</sup> Denne forståelsen blir tilbakevist som en «mytepreget forestilling» (ibid: 259) og i dag anses autisme som den barnepsykiatriske lidelsen som er

---

<sup>17</sup> Barnepsykiatriens pioner Leo Kanner utviklet denne teorien etter å ha observert dårlig samspill mellom 11 barn med autisme og deres mødre. Han trekker den kausale slutning at morens manglende uttrykk for kjærlighet er årsaken til barnets autisme; Hacking (1999:114) viser til den tidas betegnelse «refrigerator mother» på mødre til barn med autisme.

«klarest arvelig betinget.» Grøholt mfl (ibid:259) påpeker at den mytepregede forestillingen til en viss grad lever videre «– både blant leg og lærd.» Vedeler (2005:23) forteller fra den faglige striden mellom barnepsykiatrisk klinikk i Tønsberg og Glenne behandlingshjem for autister hvordan barnepsykiatriens psykodynamiske orientering kolliderte med den atferdsterapeutiske praksisen på Glenne: «Slik jeg ser det nå hadde disse foreldrene rett i at de ikke hadde blitt fullt forstått og tilstrekkelig hjulpet av BUK [Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk]. (...) Nå vet vi at autisme og andre beslektede tilstander er organisk betinget og ikke bør bli møtt med psykoterapi, men med tiltak ut fra et habiliteringsperspektiv.» I dag er ansvaret for barn med autisme overført fra barne- og ungdomspsykiatrien til habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2010b:2). Slik viser dette eksempelet hvordan dominerende konstruksjoner og nye 'sannheter' også virker på organisering av den institusjonelle omsorgen.

ADHD er et annet eksempel som Hacking (1999:102-103) viser til som en tilstand som har vært konstruert som uoppdagne barn av foreldre som ikke satte grenser.<sup>18</sup> Diller (2006:106) peker på hvordan pendelen har svingt fra å årsaksforklare hyperaktive tilstander med mangelfull oppdragelse, til en ren nevrologisk forklaring hvor miljøet overhodet ikke tillegges betydning; et skifte fra «the influence of the external environment on kids' lives to the internal environment of their individual brain chemistry.» Brukerorganisasjonen ADHD Norge er et godt eksempel på hvordan enkeltindivid som protesterer mot hegemoniske konstruksjoner, danner interesseorganisasjoner og gjennom allianser med sentrale fagpersoner kommer i posisjon til å definere en ny forståelse som i dag beskrives som konsensusforståelsen av ADHD. Denne konsensusen ligger til grunn for Helsedirektoratets veileder som betegner tilstanden slik: «AD/HD regnes som en nevrobiologisk utviklingsforstyrrelse med uttalt konsentrasjonssvikt, uro, rastløshet og impulsivitet» (Helsedirektoratet, 2007). Dersom noen i dag utfordrer konsensusforståelsen eller behandlingsekvensene av forståelsen i form av medisinerer, blir det raskt protester og motforestillingerene får ikke gjennomslag hos

---

<sup>18</sup> Marianne Ås (1985) gir en god skildring av møtene med hjelpetjenestene og skolen som mor til et barn med ADHD (Benevnelsen den gang var MBD for Minimal Brain Dysfunction) under denne konstruksjonen i boka «Mor Bare Diller.»

myndighetene.<sup>19</sup> Diller (2006) viser i essaysamlingen «The Last Normal Child» hvordan det i USA systematisk legges lokk på forskning som peker på negative sider ved den utbredte medisinerings av ADHD. Han peker på hvordan alliansen mellom legemiddelindustrien, finansiering av forskning og akademiske eksperter er viktigste bidrag til at behandling med sentralstimulerende midler av stadig flere barn anses som standard (ibid:102). Han trekker også fram den medisinske modellens gjennomslag i helse- og sosialfagene: «It's also our own professional culture, which seems more and more enthralled by the biochemical fix» (ibid:106).

Siden min analyse legger til grunn at psykiske lidelser *også* er konstruksjoner og dermed under kontinuerlig forhandling, vil det ikke være mulig eller ønskelig, å nå én sannhet om ADHD og andre psykiske lidelsers årsak og behandling fordi «Reality is fluid, since the construction work continues all the time» (Alvesson og Sköldbberg, 2009:32).

### **De barnepsykiatriske diagnosenes foranderlighet**

Grøholt mfl (2001:44) viser hvordan de barnepsykiatriske diagnosene får vekslende oppmerksomhet som «speilbilder av sin tid». Gjennom 1950- og 60-tallet var fokuset på de nevrotiske barna, mens feltet i 1970- og 80-tallet konsentrerte seg om de traumatiserte skilsmissebarna, de seksuelt misbrukte barna og innvandrerbarna før det skjedde en dreining i oppmerksomheten gjennom 1990-tallet mot tilknytningsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, selvskadning og tvangslidelser (ibid). Grøholt mfl (ibid) peker også på at veksten innenfor feltet og kunnskapsutvikling om nye diagnoser bidrar til å oppdage barn som sliter; uten å tematisere at diagnosefokuset kan 'produsere' nye syke barn på grunn av det profesjonelle blikket. Tilstandene som avdekkes på grunn av økt kompetanse og økt kapasitet forstås som sykdomsbilder som alltid har vært til stede i barnebefolkningen (ibid:45); veksten skyldes primært bedre tjenester. På sytti- og åttitallet var det uvanlig å diagnostisere barn med det som i dag er kategorisert som emosjonelle vansker som angstlidelser, tvangslidelser og

---

<sup>19</sup> Det er lite motforestillinger mot medisinbruk i Helsedirektoratets (2005) brosjyre om legemiddelbruk ved ADHD.

depresjon (ibid). Det var de nevrotiske barna som vakte bekymring, i tillegg til barna med atferdsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser. Det er gjennom barnepsykiatrien fokuset rettes mot disse barna som i liten grad påkaller omgivelsenes oppmerksomhet; de er rolige, lydige og veltilpasset etter datidens barneideal. Et barneideal som barnepsykiatrien utfordret ved å vise til alle de voksne som senere utvikler patologi som forklares som et resultat av denne «vellykkede» tilpasningen. Under etableringen av barne- og ungdomspsykiatrien kom «Utvalget for psykisk barnevern» i 1956 med sin innstilling (Sosialdepartementet, 1956). Utvalget skulle beskrive tiltak for barn som også tidligere hadde vært målgruppe for den filantropiske bevegelsen; kriminelle og atferdsvanskelige barn og barn med dårlige oppvekstvilkår. Medlemmene utvidet mandatet sitt til også å omfatte barn som ikke «kommer i konflikt med noen myndigheter, men som likevel har krav på hjelp, for eksempel de sky, innesluttede, hemmede eller altfor føyelige barn, som risikerer å vokse opp som dypt ulykkelige individer» (ibid:21). Dermed var en ny målgruppe for offentlige helsetiltak etablert.

Woodhead (2003:68) hevder at dersom barndom er en sosial konstruksjon, må det være ulike oppfatninger av barndom i ulike samfunn. Ved å overføre denne forståelsen til konstruksjonen av 'psykisk sykt barn', må vi kunne legge til grunn at det også er forskjeller her. Heiervang (2009) slår fast at britiske barn har mer emosjonelle vansker enn norske. Norske barn er mer plaget med atferdsproblem og hyperaktivitet. Dette kan selvsagt forklares med at britiske barn faktisk har mer av denne typen vansker, men det er rimeligere å tolke det som et uttrykk for ulike konstruksjoner i de to landene. Det er her interessant å se på foreldres vurderinger av symptombelastning og funksjonstap hos barn som er identifisert som 'barn med emosjonelle vansker'. Blant britiske foreldre mener 45% at barnet har problem på grunn av dette, mot 25% av de norske foreldrene. Også blant de norske barnas lærere er vansken tillagt mindre problem for barnet enn blant britiske lærere. Selvsagt kan det norske skolesystemet være så godt tilrettelagt at barnet ikke har problem på grunn av symptomene, men det kan være at 'barn med emosjonelle vansker' er en etablert konstruksjon i Storbritannia og bidrar til at disse barna «ses» i større grad enn i Norge. Slik Hacking (1999) peker på, er konstruksjonen produktiv og allmenn kunnskap om diagnosen og diagnosens konsekvenser kan bidra til problemfokusering, og gjennom det problemskaping. Heiervang (2009) mener selv at en

mulig forklaring på forskjellene mellom Norge og Storbritannia er at norske voksne er mer tolerante, altså en kontekstuell og sosial forklaring. Samtidig understreker han at barna med emosjonelle vansker ikke oppdages i Norge og at lærere og foreldre trenger mer kunnskap om disse tilstandene. Det er nå økt oppmerksomhet rettet mot de stille barna i barnehage, skole og helse- og sosialtjenestene i Norge. Dette knyttes særlig til at barn med emosjonelle vansker ikke fanges opp av hjelpeapparatet. Heiervang (2009) viser til at kun 13% av barn med emosjonelle vansker har et tilbud fra spesialisthelsetjenesten mot 75% av de med utagerende vansker. En sosial konstruksjon av barn med emosjonelle vansker, med særlig vekt på sosial angst, er under etablering gjennom kategorisering av dette fenomenet som problem.

I den epidemiologiske undersøkelsen «Barn i Bergen» avdekket forskerne at det er behov for økt fokus på de «usynlige lidelsene», det vil si barn med sosial angst. På hjemmesiden til «Barn i Bergen» vises det til at denne omfattende undersøkelsen kan dokumentere at omlag tjue prosent av barn i Bergen lider av sosial angst. Det uttrykkes også kritikk av foreldre og lærere som bagatelliserer denne lidelsen og ikke sørger for at barnet får hjelp (Uni Helse, 2009).

Pettersvold og Østrem (2012b) uttrykker bekymring for hvordan offentlig finansierte forskningsprosjekt er slik designet at de plasserer helt alminnelige barn i gråsonen. Det er særlig konstruksjonen av utagerende vansker og språkvansker som tematiseres. De synliggjør koblingen mellom målet om tidlig intervensjon og tildeling av forskningsmidler til miljø som også selger den 'medisinen' som skal avhjelpe de identifiserte avvikene.<sup>20</sup> Men også når det gjelder de stille barna, hevder de at «den voksende bekymringsindustrien» med sine «godhetsargumenter» som tidlig innsats, sosial utjevning og forebygging fører til økt oppmerksomhet på 'ikke-mestring' (Pettersvold og Østrem, 2012c:3). De viser blant annet til «Barn i Bergen» som i den første datainnsamlingsfasen identifiserte psykiske vansker hos en stor andel barn, men tre år senere fant at halvparten ikke lenger kvalifiserte for en slik kategorisering.

---

<sup>20</sup> 'Medisinen' det er snakk om er ulike manualiserte program som krever sertifisering og dermed gir inntekt til miljøene som skal implementere dem (Pettersvold og Østrem, 2012b)  
[http://morgenbladet.no/ideer/2012/konstruerer\\_adferdsproblemer](http://morgenbladet.no/ideer/2012/konstruerer_adferdsproblemer) Lastet ned 4.8.2012

Barnesynet som kartleggingsmateriell og en rekke opplæringsprogram bygger på, legger til grunn 'det normale barnehagebarnet': Barnet som er selvstendig og enkelt å ha med å gjøre; viser følelser, men ikke for mye; tar kontakt med andre barn, men på «akseptable» måter; kan konsentrere seg om en aktivitet, men takler overganger og er villig til å rydde opp etter seg når det har lekt (Pettersvold og Østrem, 2012a:60-61). Det er altså normative kriterier som legges til grunn, men de presenteres som objektive. Også Madsen (2010:156-162) uttrykker bekymring for det sterke fokuset på de yngste. Han tematiserer særlig psykologprofesjonens eget bidrag til "klientifisering."<sup>21</sup> Gjennom «de terapeutiske brillene» legitimeres psykologprofesjonens «økte tilstedeværelse med en kombinasjon av det utviklede kliniske blikket, fagpolitikk, profesjonsimperialisme og mangel på arenaer, evne og vilje til kritisk tenkning,» hevder han (ibid:160).

Flaten (2004, 2010) og Lund (2004, 2005, 2012) bidrar til en dreining i fokus mot «de stille barna.» De stille barna har langt på vei de samme kjennetegn som barna som kategoriseres i «Innstilling om psykisk barnevern» som «sky, innesluttete, hemmede eller altfor føyelige barn» (Sosialdepartementet, 1956). Med den nye orienteringen er det ikke bekymringen for at de skal vokse opp til ulykkelige voksne som er framtreddende; det er her-og-nå-situasjonen for de stille barna som opptar feltet i dag. Det stille barnet er ikke lenger definert som veltilpasset og lydig, men som det ulykkelige og ensomme barnet.

### ***Barndom og foreldreskap som konstruksjoner***

Konstruksjoner av barn og barndom er avgjørende for hva som anses som kjennetegn ved det 'unormale' barnet. En viktig faktor for endring i synet på barn er knyttet til endrede familiestrukturer gjennom industrialiseringen. Særlig i urbane strøk ble den utvidede familien i økende grad erstattet av kjernefamilien (Frykman og Löfgren, 1994; Thuen og

---

<sup>21</sup> Med klientifisering mener Madsen (2010:161) «bruken av stadig flere psykologer [som] medfører en risiko for større avhengighet av den faglige ekspertise, hvor folk blir mindre selvhjulpne og mindre i stand til å fatte egne valg og således mindre frie.»

Sommerschild, 1997; Paletschek, 2001). I borgerskapet fra 1800-tallet var det også en tiltakende dyrking av kjærligheten i familielivet, og det emosjonelle forholdet mellom mor, far og barn ble den idealiserte og idylliserte kjernen i familielivet. «Familismen» kaller Frykman og Löfgren (1994:74) denne kulturelle dyrkingen av «den lille familiekjernen som samlivets sentrum». De viser at dette sjelden ble realisert i de borgerlige familiene; det var tjenestefolket som hadde det praktiske ansvaret for barna, stelte dem, sov sammen med dem, lærte dem å spise og oftest var de eneste som hadde fysisk kontakt med barna. De bruker dette faktumet til å stille seg kritiske til Freuds utviklingspsykologi fordi han bygger teorien sin på triaden mellom mor, barn og far. Barns sosiale relasjoner var langt mer komplekse i borgerskapet rundt århundreskiftet enn det Freud legger til grunn.<sup>22</sup> Også historikeren Paletschek (2001:422) peker på det store spriket mellom de europeiske borgerlige idealene om moderskapet knyttet til «Kinder – Küche - Kirche» og mulighetene for å realisere dem. I Europa i det 19. århundrede var flertallet av mødre enten i lønnsarbeid eller de deltok i omfattende grad i gårdsarbeid. Men den nye par- og familieideologien spredde seg gjennom slutten av attenhundretallet og begynnelsen av nittenhundretallet til «det brede lag» (Frykman og Löfgren, 1994:82). Barneoppdragelse- og omsorg ble en stadig viktigere og mer tidkrevende del av kvinners hverdagsliv, og kvinner knyttet i økende grad til hjemmet. Paletschek (2001:424) peker også på den samtidige disiplineringen av kvinner gjennom kirkens tilskrivning av kjønnsespesifikke egenskaper som 'kjærlighetsevne', 'hengivenhet', 'ydmykhet' og 'underdanighet' som betydningsfulle for at det borgerlige moderskapsidealet spredde seg.

I følge Schrumf (2007) var også nye holdninger til barnebegrensning og redusert barnedødelighet medvirkende årsak til barnets økte emosjonelle verdi. Gjennom verdsettingen av barnet ble moderskapet løftet fram som den naturlige og helt sentrale delen av kvinners tilværelse og identitet (Badinter, 1981).

---

<sup>22</sup> Dette slår meg også når jeg leser et kasus fra Eriksons «Barndommen og samfunnet»(1968:172-183). Ei jente som blir psykotisk forstås – og behandles, med bakgrunn i at hun ikke har tålt at moren ble alvorlig syk og måtte isoleres over lengre tid. At jenta på samme tid mistet barnepiken sin, blir kun nevnt i en bisetning. Tap, sorg og utvikling av psykisk lidelse knyttes til fravær av mors kjærlighet, mens relasjonen til barnepiken, som kan ha vært den primære omsorgspersonen ikke tillegges vekt. For øvrig mener han at barn som står i fare for å utvikle schizofreni kan «reddes gjennom en spesiell og nøye fastlagt dosering av morskjærlighet» hvis de oppdages tidlig nok (ibid:174).

## Opplysningsprosjektet, psykoanalysen og barndomskonstruksjonen

Gjennom opplysningstidas «klippefaste tro på fornuften, friheten og framskrittet» og sivilisasjonens foredling, ble barnet og barndommen et sentralt anliggende (Thuen, 2008:17). Den sosiale konstruksjonen av 'det naturlige moderskapet' er også knyttet til framveksten av psykoanalysen som utfordret den dominerende medisinske modellen i psykiatrien. Også kirkens syn på mor-barn-relasjonen var av betydning. Badinter (1981:66) peker på en sentral endring hos teologer fra å bebreide «mødrene deres syndige ømhet for barna» på 1500-tallet til å «fordømme deres mangel på følelser» på 1700-tallet. Først med den nye posisjonen som «det uerstattelige barnet» og anbefalinger om frigjøring av barnet fra stengsler som reiving, gåstoler og andre fysiske begrensninger, endret synet på mor seg. Den moderne familien forankres i det følelsesmessige og indre og «Moren ble krumtappen, og fikk en betydning hun aldri tidligere hadde hatt» (ibid:141). Badinter viser at forståelsen av mor-barnrelasjonens avgjørende betydning ble gjennomgripende med psykoanalysen, og hevder at kvinnen med dette ble «innesperret i morsrollen» og ble den som måtte stå til regnskap når noe gikk galt (ibid:159). Populariseringen av psykoanalysen gjennom etterkrigstida nådde rådville mødre som nå skulle være ammende, hengivne, alltid tilstedeværende og lykkelige over sin nye altoppofrende rolle (ibid:205). De som ikke var 'normale' mødre, for eksempel ved at de ikke ammet, utsatte sine barn for mulig skade.<sup>23</sup> Badinter hevder at grunnen til at ingen protesterte mot eller forlangte beviser for disse forståelsene var at tankene ble spredd «midt i psykoanalysens glansperiode» (ibid). De var også en forlengelse og vitenskapeliggjøring av Rousseu og kirkens moderskapsforståelse slik at Badinter konkluderer med at «To hundre år med morsideologi og en stadig økende «ansvarliggjøring» av mødrene har tross alt ført til en dyptgripende holdningsendring [som fortsatt består]» (ibid:227).

Ekeland (2005:12) kaller psykoanalysen «eit historisk og kulturelt betinga meiningsssystem om den sekulariserte sjela. Eit meiningsssystem som både leverer ein kulturspesifikk versjon

---

<sup>23</sup> Badinter (1981:205) siterer Melanie Klein som mener at mennesker som ikke er blitt ammet «ofte utvikler seg normalt,» men at en analyse vil vise at de har en «dyptgående lengsel etter brystet som aldri er blitt stilt. Det må være tillatt å hevde at *deres utvikling ville vært annerledes og bedre* dersom de hadde nytt godt av en vellykket ammeperiode.»



om mennesket som subjekt, og som formar dette subjektet si selvforståing.» Psykoanalysen er blitt en del av vanlige folks forestillingsverden (James mfl, 1998; Kvale, 2003).

I følge denne teorien er barnet styrt av drifter og instinkter, indre fasespesifikke kamper mellom id, ego og superego, hvor superegoet er representert av foreldrenes regulering av barnets drifter. Barnet er prisgitt sine drifter og sine foreldre, har liten mulighet til å påvirke sine omgivelser og er svært sårbart for det foreldrene gjør feil. Freud mente barnets «kjernepersonlighet» (Nilsen og Binder, 2007:81) utviklet seg gjennom de psykoseksuelle fasene oral, anal, falliske og genital, hvor den viktigste utviklingen skjedde gjennom de pregenitale fasene fram til 5-6-årsalderen. Han påviste sammenhenger mellom erfaringene i de ulike fasene og senere psykopatologi. Freuds nybrottsarbeid var å løfte fram individet som subjekt i psykiatrien, vise betydningen av traumatiske barndomsopplevelser for senere voksen psykopatologi,<sup>24</sup> av muligheten for å trenge gjennom forsvaret og gjøre ubevisste følelser bevisste og således gjøre dem mindre farlige for selvet (ego). Uten en slik bevisstgjøring vil «barndommens konflikter og svikt (...) gjenta seg igjen og igjen opp gjennom livet i stadig nye forhold» (Dahl, 2012:49). Ulike psykiske lidelser forklares etter psykoanalytisk teori avhengig av når i barndommen skaden skjedde (ibid).

På bakgrunn av denne dominerende forståelsen etter andre verdenskrig, ble det formulert ideal om den gode barndom som igjen gav føringer for hvordan denne barndommen krever et visst foreldreskap for å kunne realiseres (Thuen og Sommerschild, 1997; Burman, 2008). Familiens og særlig mors rolle ble gjennom mellom- og etterkrigstida framhevet som sentral for å sikre barnet en sunn utvikling, og vi fikk i hele den vestlige verden en rekke velferdsordninger og programmer som fokuserer på å dyktiggjøre foreldre som oppdragere og å bedre barns forhold innad i familien (Boyden, 1997:187). Det fornøyde, veltilpassede barnet er særlig mors ansvar og det 'pålegges' mor å elske sitt barn og alltid være tilgjengelig (Badinter, 1981). Far tillegges primært en medierende rolle; han må bidra til at mor har det bra for at hun skal være en god mor (Waal, 1962; Stern, 1997; Badinter, 1981). Schrupf (2007:93) beskriver

---

<sup>24</sup> Selv om vi vet at han ikke våget å utfordre det gode borgerskap med kunnskapen han fikk om incestutsatte barn og de alvorlige følgene av dette, men etablerte ødipuskomplekset som en form for kollektiv fortrenning av dette tabuet som hans samtid ikke kunne møte (Hacking, 1999).

hvordan ansvarsforholdet med dette har endret seg: «Ei langvarig sekularisering har lagt ansvaret for barnas skjebne, for ulykker, sjukdom og død i foreldras egne hender i steden for hos Gud.»

Familieliv ble i økende grad et sosialpolitisk innsatsområde og det vokste fram nye profesjoner, eksperter og forordninger som skulle sikre at den viktige barneoppdragelsen ikke blir overlatt til folks eget forgodtbefinnende. Frykman og Löfgren (1994:130) peker på maktutøvelsen som ligger i dette fordi det skapes «en familiepolitikk som innebærer at borgerskap og myndigheter trenger gjennom hjemmets vegger med gode råd og formaninger, med lover og forskning.» En konsekvens av denne politikken er at normalitetsforståelsen snevres inn: «As the definition of acceptable conduct within the home has become more precise, judgments about abnormal childhoods and family forms and lifestyles that do not conform have become harsher,» mener Boyden (1997:187). Men bedømmelsen av hva som er avvikende barndom legger til grunn at det finnes universelle kriterier for hva som er god omsorg. Warming (2003:136) viser derimot gjennom sin forståelse av barn og barndom hvordan også betingelsene for hva vi skal og kan føle, har en «naturlig og kulturell» dimensjon som ikke kan skilles fra hverandre fordi de sitter i oss som kroppsliggjorte disposisjoner og styrer persepsjonen vår. Slik vil ulike tiders og kulturers barnesyn ha konsekvenser for det individuelle barnet vi kan se.

Med endringen i synet på barn, barndom og foreldreskap som skjedde parallelt med framveksten av nye profesjoner innen oppvekstfeltet; interaksjonene mellom ideologier, institusjonalisering og spredning av sentrale forståelser etableres en forståelse av senmoderne barndom som utsatt barndom. Dette medfører en grunnleggende bekymring for alt som kan gå galt, slik psykiaterne Retterstøl og Ihlen (2008:22) slår fast: «Vi kan vel trygt si at hele barndommen i seg selv er en sammenhengende kritisk fase, men med forskjeller i de ulike faser av barndommen.»

## **Senmoderne barndom – oppvekst i risiko?**

Det er særlig likestilling, småbarnstid og organisering av omsorgen for de minste som har vært av interesse for samfunnsvitenskapelige studier av moderne barndom og foreldreskap. Forskere som Andenæs (1996), Hestbæk (1995), Bäck-Wiklund og Bergsten (1997), Bäck-Wiklund og Lundstöm (2003), Dencik, Schultz Jørgensen og Sommer (2008) og Glaser og Bølstad (2008) er primært opptatt av endring. Teoretisk utgangspunkt og empiri er preget av modernitetsteoretikere som Anthony Giddens, Ulrich Beck, Thomas Ziehe og Zygmund Bauman med sine fokus på utleiring av funksjoner, oppløsning av tradisjoner, refleksivitet og identitetsskaping, det flytende og uforpliktende i sosiale relasjoner (Heggen, 2009:64-66). Den moderne familiens vilkår i «en tid under radikal samfunnsmessig forandring» (Dencik mfl, 2008) utforskes med vekt på det foranderlige og tema som studeres er barnehager som ny omsorgsarena, skilte familier og nyorganisering av familieliv, kvinners yrkesdeltakelse og konsekvenser for familielivet, innvandrergruppers utfordringer og marginaliseringsprosesser.

Barnepsykiatrien har bidratt til, og er påvirket av, risikofokuseringen på moderne oppvekst. I en artikkelsamling fra Nic Waals institutt «Barn i risiko i et samfunn i forandring» (Moe, 1995) bekymrer forfatterne seg for barns psykiske helse når samfunnet endres. Dette er historisk sett en 'vanlig' forståelse. «Utvalget for psykisk barnevern» (Sosialdepartementet, 1956:21) uttrykker stor bekymring for den økningen i antall barn med tilpasningsvansker, miljøskader og nervøse tilstander som «industrialiseringen av samfunnet og urbaniseringen av befolkningen» fører med seg.

Forskere og teoretikere bidrar til medskapning av den virkeligheten de beskriver; de er «premissleverandører for hverandre, for beslutningstakere i politikk og forvaltning – og for folk flest,» slår Andenæs (1996:forordet) fast. I en NOU om kompetanseutvikling i barnevernet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009a:59), understrekes behovet for å «styrke en felles forståelse av hva som skal til for å skape det beste grunnlaget for en god psykisk helse for sped- og småbarn.» Et element ved denne forståelsen er risikoen knyttet til det «postmoderne samfunnet» som er «preget av svake tradisjonsbindinger, av

individualisering, skiftende relasjoner og få stabile holdepunkter» (ibid:43). Skårderud mfl (2010:43) postulerer at «vår kulturelle kompleksitet og høye endringshastighet representerer en samfunnsmessig økt risiko for ustabil identitetsdannelse (...) Familien som sosial struktur og identitetsmarkør spiller en mindre rolle i de vestlige land.» Halldén (1999:193) kaller bildene av det individualiserte mennesket utenfor tradisjon og utnyttet av markedskreftene som «fiksjoner om autonomi [som] har tendens til at overskygge den kontinuitet, der trods alt eksisterer mellom familielivets og barndommens utforming hen over tiden.»

Når forskning og politikk problematiserer «postmoderne» oppvekst og har lagt til grunn klare normative forståelser av hva som er best for barn, blir det viktig å dekonstruere forståelsene som ligger til grunn. Frønes (2007:17) påpeker at «Eksplisitt og implisitt refererer tradisjonell sosiologisk sosialiseringstilstand til psykoanalytisk teori.» Andenæs (1996:68) hevder at «forskere og fagfolk [ofte] gir vitenskapelig legitimering til konvensjonelle kulturelle eller politiske ideal, og til og med bekrefter sosiale myter.» Hun mener man må kvitte seg med tanken på at utviklingspsykologien har alle svarene på hva som er god omsorg; vi trenger kultursensitive forståelsesmodeller som også ser sammenhengen mellom samfunnsforhold, omsorgsorganisering og det enkelte barns utvikling. Vår kulturs forestillinger om hva barn er og hva barn trenger, er preget av en «slags folkeversjon av psykoanalytisk tenkning,» mener Andenæs (1989:612). Konsekvensen er at foreldrene, og særlig mødrene, er de skyldige dersom barnet ikke utvikler seg normalt. Dette viser også igjen i det økte fokuset på barnets tilknytningsstil «og mors sensitivitet» som mulige prediktorer for barnets utvikling av psykiske vansker (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009a:60), hvor både for mye og for lite oppmerksomhet fra «insensitive omsorgspersoner» er «viktige kilder til stress for små barn» (ibid:61).

### **Det senmoderne foreldreskapet: forandring og kontinuitet**

Utviklingspsykologiens syn på mor-barn-relasjonens avgjørende betydning har bidratt til å usynliggjøre andre personers viktige bidrag til barnets utvikling (Dunn 1998; Parke, 2004; Sommer, 2005; Gulbrandsen, 2008). En kulturpsykologisk og bioøkologisk dreining innenfor feltet, har utfordret dette synet. Øia og Fauske (2010:128-130) mener at endringene i teorier

om sped- og småbarn har vært så omfattende at det kan kalles et paradigmeskifte. Dette skiftet skal ha medført at betydningen av mor som barnets primære tilknytningsperson er redusert ved at andre nære personer som far, søsken, besteforeldre og barnehageansatte i «en utvidet sosial verden» (Sommer, 2006 i Øia og Fauske, 2010:129) tillegges økt vekt. Dette perspektivskiftet innebærer også en anerkjennelse av barnet som aktør med en medfødt evne til sosial samhandling. Som et eksempel på de sosiale konstruksjonenes makt, er det interessant hvordan den videodokumenterte 'oppdagelsen' av spedbarn som kommuniserende subjekt bekrefter en etablert kunnskap blant 'vanlige' foreldre. En kunnskap som ble usynliggjort på grunn av dominansen fra den akademiske psykologien; «modellmonopolet» som Bråten (1996) kaller det. Han beskriver hvordan akademiske foreldre gyldiggjorde «de tradisjonelle perspektivene som sto i motstrid med dagligdagse erfaringer» ved å bøye seg for dette modellmonopolet (ibid:186).

Jeg vil nå se nærmere på det påståtte perspektivskiftet til Øia og Fauske (2010).

Tilknytningsteorien etter Bowlby kritiseres av Woodhead (2003:104-107) for etologien og særlig monotroismen.<sup>25</sup> Forskningen som studerer den «gjensidige affektive inntoningen» (Bråten, 1996:179) mellom spedbarnet og omsorgspersonen, studerer sjelden samspillet mellom fedre og barn; det er mor og barn som er den utforskede dyaden. Dunn (1998:135) påpeker at den ensidige interessen for mor-barn-samspillet er «både begrenset og begrensende.» Også små barns nære relasjoner er komplekse og gjensidige, men utforskes ikke empirisk fordi samspillstudier «har sin rod i psykoanalytisk teori» (ibid). Daniel Stern (1997:25) presenterer i sin terapeutiske modell far kun som en del av et støttesystem som sammen med terapeuten, helsesøster og pedagoger skal bidra til at mor forandrer sine representasjoner av barnet og av seg selv. Jeg vil nå gå litt nærmere inn i dette grunnleggende premisset i Daniel Sterns utbredte teori om sped- og småbarnsutviklingen. I følge Stern (ibid:32) har denne psykoanalytiske småbarnsterapien hatt en «nærmest eksplosionsagtig[e] utvikling,» en viktig grunn til å se nærmere på forståelser som ligger til grunn.

---

<sup>25</sup> Etologi er «dyrepsykologi, hvor emneområdet er iakttagelse og analyse av dyrs atferd» (Rakvaag, 1993:54) og monotropisme betyr tilknytning til kun en (Woodhead, 2003:105).

Stern presenterte i 1985 sin teori om spedbarnets interpersonlige verden på bakgrunn av fortolkninger av mor-barn-samspill etter den psykoanalytiske tradisjonen. Han legger til grunn at mors evne til inntoning i den spesielle psykologiske tilstanden hun befinner seg i som sped- og småbarnsmor, og hennes indre representasjoner av barnet, er avgjørende for samspillet (ibid). Han introduserer begrepet «moderskapskonstellasjonen» som en organiserende indre struktur bestemt av relasjonen til egen mor, holdning til seg selv som mor og forholdet til barnet (Mothander, 1997:9). Stern (1997:220) understreker at denne konstallasjonen ikke er en medfødt universell tilstand for mødre; den er et sosiokulturelt fenomen i et samfunn som legger vekt på at det ønskede barnet utvikler seg optimalt under morens kjærlige omsorg. Han er svært opptatt av mormors betydning og mener at en «ny psykisk triade (moderens egen mor, moderen selv og barnet), er skabt og er blevet den viktigste organiserende akse» (ibid:218). Moderskapskonstellasjonen er den referanserammen som best forklarer morens «del af størsteparten af de problemer, der opstår i relationen mellem foreldre og små børn,» mener Stern (ibid:234). Her gjeninnføres mor som den sentrale i det samspillet som er avgjørende for barnets sunne mentale utvikling; mens far må innta den støttende rollen «for at opretholde og skabe rammer om mor-barn-dyaden» (ibid:48). Stern (ibid:239-241) problematiserer også den rollen den «maternaliserte far» kan få i det han kaller «nye» familier. På tross av et oppriktig ønske om deltakelse fra begges side, vil mødre ikke gå glipp av det spesielle tidlige mor-barn-forholdet og far tildeles en funksjon hvor han ikke fullt ut får gleden ved den nære kontakten med barnet. Dermed er han tilbake i en tradisjonell rolle, selv om han kanskje bidrar mer praktisk.

Siden egne tidlige omsorgserfaringer er så betydningsfulle, vil de tradisjonelle praksisene kun endres svært sakte. Stern (1997:240) slår fast at «Trægheden mellem generationerne udgør en konservativ kraft» og at moderskapskonstellasjonen vil forbli den psykiske organisering for mødre i nærmeste framtid. Dessverre tematiserer han ikke hvordan teorien hans også kan bidra til å opprettholde tatt-for-gitte forestillinger om mødre og fedre.

## Refleksive foreldreskap?

I følge Kaspersen (2003:426) mener Giddens at vi ikke lenger handler «udelukkende på baggrund af traditioner, hvilket var tilfældet tidligere. I dag reflekteres over traditionen, og der handles kun i overensstemmelse med denne, hvis det kan legitimeres og begrundes.» Dette erfarne behovet for stadig refleksjon, fører til at det moderne mennesket opplever en nærmest konstant eksistensiell tvil (ibid:426). Giddens (1997) mener refleksivitet er et særlig kjennetegn ved moderniteten. Refleksivitetsbegrepet hans er knyttet til mennesker forstått som «knowledgeable agents» som kan beskrive og begrunne sine handlinger (Giddens 1984). I dette refleksivitetsbegrepet ligger det også implisitt en forståelse av mennesket som grunnleggende rasjonelt og intensjonelt. Men de dominerende normalitetsbildene; det Bech-Jørgensen (1999:24) kaller «normalitetens symbolske orden (...) et umådeligt komplekst væv af normer og værdier, vaner og rutiner, symboler og betydninger,» er så dyptgripende at de sjelden reflekteres over. Alfred Schütz (1975:27) peker på at «verden ikke er min private verden, men intersubjektiv, og at min viden om den følgelig ikke er min private affære, men fra begyndelsen intersubjektiv eller socialiserert.» Intersubjektiviteten fører til en internalisert og felles common-sense-kunnskap som har «a specific meaning and relevance structure for the human beings living, acting, and thinking therein. By a series of common-sense constucts they have pre-selected and pre-interpreted this world which they experience as the reality of their daily lives» (Schütz, 1954).<sup>26</sup> Mennesket må ikke reflektere over sine praksiser så lenge hverdagslivet går sin vante gang, hevder Schütz (1975:62) fordi «et pragmatisk perspektiv styrer vor naturlige indstilling overfor dagliglivets verden.» Behovet for en bevisst rasjonell vurdering av handlingsalternativ oppstår først «på kritiske tidspunkter i vort liv, når det er vor hovedinteresse at beherske en situation» (ibid:120). Dette er en forståelse av ubevisste common-sense-oppfatninger eller normalitetsbilder jeg kan slutte meg til; bilder som påvirker både hva vi 'velger' å se og hvordan vi 'velger' å forstå det vi ser. De påvirker også hvordan følelser føles.

---

<sup>26</sup> Artikkelen er gjengitt i antologien til Delanty og Strydom (2003: 134-141). Sitatet er hentet fra side 141.

Barndomssosiologen Warming (2003:137) bruker det engelske begrepet «sense making» for å forstå følelser som både sosiale konstruksjoner og sansning – «eller rettene *hverken eller*, fordi den sociale konstruktionen og den levede opplevelse bliver ét gennem betydningsdannelsen.» Hun oppsummerer: «Den sociale konstruktion er i denne forståelse både det, der informerer og derved gør oplevelsen mulig, og det, som sætter grænsen for, hvad der kan opleves» (ibid).

På bakgrunn av funn fra en dansk longitudinell undersøkelse av barns oppvekst, kritiserer Dion Sommer (2005) modernitetsteoretikernes påstand om de raske forandringene hvor tradisjonelle verdier bryter sammen. Han påviser at kontinuitet i vel så stor grad som diskontinuitet preger oppdragelsesnormer og praksiser blant danske småbarnsmødre. Hans studie viser «resistance against radical 'post'-theories about a fundamental break with tradition (...). Relative continuity together with changes in beliefs systems apparently exist in today's Scandinavian families» (ibid:109). Det er sterke korrelasjoner mellom mødrenes kulturelle kapital og oppdragelsesnormer og praksiser. Han peker på at verdiene setter seg som en form for «cultural rucksack.» Den kulturelle ryggsekken synes å kunne forklare mye av kontinuiteten mellom generasjonene og reproduksjon av sosiale ulikheter i livsstil (ibid:110). Også Hestbæk (1995:197-211) diskuterer i hvilken grad vi faktisk er på vei inn i den «udfoldede modernitet»<sup>27</sup> og hun finner tegn på en mer felles barneforståelse på tvers av livsformer enn andre forskere gjør.<sup>28</sup> Men informantene hennes orienterer seg samtidig i to retninger; det tradisjonsorienterte lever side om side med det modernitetsorienterte og de sterke innslagene av tradisjon gjør at hun stiller spørsmålsteget ved modernitetsteoretikernes påstand om at moderniteten faktisk «gennemtrænger dagliglivet [så meget, som teoriene udsiger]» (ibid:211). Undersøkelsen hennes gir støtte til en utbredt erfaring i at det er vanskeligere å tilpasse morsrollen enn farsrollen til de moderne forestillingene; mødrenes ideal er sterkt påvirket av at mor-barn-forholdet skal være tett og nært, et ideal som står i motstrid til et ideal om å realisere seg selv som arbeidstaker og som fører til stor grad av dårlig samvittighet. Hestbæk (ibid:211) hevder at praksiser som har vært «resistente» overfor

---

<sup>27</sup> Begrepet referer til Giddens (1991 i Hestbæk, 1995:210) påstand om at vi nå er kommet i en fase hvor modernitetens trekk har slått allment gjennom og at dens konsekvenser «radikaliseres.»

<sup>28</sup> Hestbæk (1995:198) viser til andres undersøkelser som viser mer classespesifikke verdier hvor fantasi og toleranse kjennetegner de høyere sosialgruppene, mens de lavere skårer mest på lydighet og veloppdragenhet.



modernitetens påvirkninger, heller ikke synes å være under oppløsning; de videreføres via barn gjennom hverdagslivets rutiner og erfaringer. Marianne Gullestad (1997:113) peker på kontinuiteten i vaner og oppdragelsesideal gjennom «subtile og underforståtte måter i dagliglivets verbale og kroppslige praksiser.» Et samvirke av møter mellom nye forståelser av barn, arbeidslivets organisering og innhold og etablerte praksiser og forståelser av godt foreldreskap, bidrar til treghet og reproduksjon av forståelser og praksisformer; på tross av den akademiske opptattheten med det foranderlige. Sandvik (2004:150) beskriver morsrollen som en fortsatt like «naturalisert, men estetisert og marknadstilpassa oppfatning av ei farlaus morsrolle.» «Fortellinger fra en ny generasjon foreldre» (Bjellås og Vold, 2004) viser at den grunnleggende oppfatninga av mor ikke har endret seg.

Bourdieu forklarer denne kontinuiteten i forståelser og praksiser med at barndomserfaringer setter seg i oss som 'habitus'; en subjektiv kroppsliggjort handlingsberedskap som påvirker oss til å ville (ofte ubevisst) «gjenskapa tilstandane og vilkåra dei [barna] har vakse opp under» (Brekke mfl, 2003:153). Dermed reproduseres de grunnleggende klassesdelte og kjønnete forståelsene og praksisene, på tross av at det er lagt et ferniss av likestillingsretorikk på de politisk og kulturelt korrekte holdningene. I «Den maskuline dominans» viser Bourdieu (2000) hvordan det institusjonelle arbeidslivet og hjemmet tradisjonelt styres av ulike logikker og produserer motsatte habituser. Når kvinnene tar spranget fra hjemmet og ut i arbeidslivet forventer de av seg selv og de forventes av andre, å innta typiske kvinneroller. Dermed blir det feminine dominert også i det offentlige rommet. Den maskuline dominansen er, mer eller mindre skjult, til stede i alle klasser og i alle sosiale felt, derfor videreføres den så effektivt gjennom oppveksten som en naturalisert orden. Bourdieu (ibid) mener at moderne samfunn ikke har gjennomgått den moderne transformasjonen som skulle ha skapt nye forhold mellom kjønnene; de samme strukturerende prinsippene er virksomme som i tradisjonelle samfunn, men på mer subtile måter. Det kan synes som om samfunnet er preget av utvikling og endringer som rammer alle, men mer inngående sosiologiske analyser vil avsløre at endringene i forhold til dominans bare er tilsynelatende. Bourdieu (ibid) mener de historiske bruddene først og fremst er overflatefenomen. Sosiale og kulturelle koder bidrar til etablering av maskuline og feminine habituser som er virksomme i alle sammenhenger i livet; også i kjærlighetsrelasjoner. Kvinner investerer så mye i den feminine posisjonen og væremåten sin

at de, ubevisst, elsker den dominansen utvalgte menn kan utøve overfor dem: «Kjærleiken kan ikkje gjera anna enn å stadfesta og reprodusera det gamle» (Brekke mfl, 2003:176). Men det er håp: Som en anomali kan det finnes ekte kjærlyghet, en maktfri relasjon preget av en total gjensidighet hvor «de to personene er i stand til å skapa og stadfesta kvarandre, på tvers av relasjonen mellom det maskuline og feminine» (ibid:178). Det kan synes rimelig å betrakte det likestilte foreldreskapet også som en anomali. Vanligvis styrer den maskuline dominansen relasjonen, kvinner går 'naturlig' inn i omsorgsposisjoner som de argumenterer med at de velger selv; et (tilsynelatende) fritt valg som legger et helt nytt ansvar på enkeltindividet (Andenæs, 1989:613). Bevegelsen fra moderskapet erfart som skjebne til moderskapet erfart som aktivt valg, fører i økt grad også til en skyldplassering når noe går galt: «Mødrene idealiseres, men samtidig er det mødrene som klandres for alt som går galt i familien og med ungene» (Andenæs, 1996:13).

### ***Foreldreskap mellom aktivitet og identitet***

Som forsker etter Grounded Theory må den teoretiske fordypningen gjøres samtidig med analysen av empirien. Den foregående presentasjonen er i stor grad kritiske perspektiv jeg hadde med meg inn i feltet. Nå beveger jeg meg over til andres forskning og teoretiseringer som jeg gjorde meg kjent med underveis i den analytiske prosessen. Med utgangspunkt både i det tidstypiske og på 'vanlige' dypt kulturelt forankrede forståelser av godt foreldreskap, velger jeg først og fremst å forholde meg til forskning på oppvekst og foreldreskap fra 1990- og tidlig på 2000-tallet i Norden. Senere forskning trekkes inn særlig for å utfordre forskningsfokuset som legger en forestilling om gjennomgripende samfunnsendringer til grunn. Vurderingen av relevans gjøres på bakgrunn av hva som kan belyse og utfordre min empiri og tenkningen rundt den.

Et tradisjonelt syn på familieliv og den gode barndommen er et funn i studien; mor som deltidsarbeidende og medforsørger og far som hovedforsørger i fullt arbeid; mor som hovedansvarlig for barneomsorgen med far som mer eller mindre deltakende; mor primært som den emosjonelle og far primært som den instrumentelle. Tradisjonene består på tross av

at vi kan slå fast at de kulturelle konstruksjonene av foreldreidealene har beveget seg fra autoritet til intimitet, både for mødre og fedre (Ulvik, 2008:90).

En gjennomgripende forståelse hos informantene av hvor viktig de første leveårene og forholdet til mor er, dominerer studien min. Det gjør det nødvendig også å se på forskning på familieliv og småbarn selv om det er foreldreskap for ungdom som er studiens tema. Forskningen har konsentrert seg om mødre og barn; med hovedvekt på de minste barna (Andenæs, 1996; Hennem, 2002; Parke, 2004).

### **Å være foreldre til småbarn**

I sin studie finner Andenæs (1996) at foreldre legger stor vekt på rutine i hverdagslivet og at førskolebarn skal skjermes mot stress og tidspress. Hun peker på at rutine er knyttet til tatt-for-gitte forestillinger om hva som er bra for barn og dermed i liten grad tematisert og bevisst. Foreldrene ser ikke sin egen innsats og tilrettelegging for barnet når hverdage forløper som forventet; de opplever at de gjør relativt lite for å fremme barnas utvikling: «Det meste går av seg selv,» mener de (Andenæs, 1994:408). Det er med andre ord et forhold til barnet som 'værende' og ikke som 'prosjekt' som kjennetegner hennes informanter. Gunilla Halldén (2007:52-54) viser til et slikt skille i foreldres holdninger til barn ut fra hvilke forestillinger de har om hvor mye de kan påvirkes og formes; et skille mellom barnet som prosjekt og som værende. Barnet som prosjekt krever et aktivt foreldreskap hvor foreldrene hele tida er seg bevisst ansvaret for å stimulere og tilrettelegge for optimal utvikling. Barnet som værende legger til grunn en forestilling om at barnet blir som forutbestemt, uten at man helt vet hva det blir. Halldén (ibid) finner i sin studie blant svenske arbeiderklasseforeldre lite av det hun kaller det ekspertskapte prosjektsynet. I den offentlige debatten presenteres foreldre som prosjektorienterte (ibid), mens både hun og Andenæs (1996) viser at dette er en orientering som lever side om side med en annen orientering – og praksis, hvor barnet som værende er sterkt historisk og kulturelt forankret.

Disse studiene, som også viser tradisjonell rollefordeling mellom mødre og fedre og en vektlegging av et tradisjonelt syn på den gode barndom, er i tråd med Hestbæks studie fra 1995. Hun finner at mens det finnes et foreldreskapsideal som det er stor enighet om på tvers av klassesdimensjoner, spriker praksis.<sup>29</sup> Idealene innebærer likestilling mellom kjønnene, begge foreldres muligheter for deltakelse i yrkeslivet og lik ansvarsfordeling for barna. Mulighetene for å realisere idealene er størst for par med 'karrierebundne livsformer', der begge er velutdannede og i heltidsarbeid, men også her finner hun at tradisjonalitet slår inn som dårlig samvittighet for mødre som har valgt det «doble livsforløb med moderskap og karriere» (Hestbæk, 1995:104). Idealet om å ha tid og ro og være tilgjengelige for barna innenfor rammen av den velfungerende, aktive kjernefamilien, møter arbeidslivets krav om tilstedeværelse, engasjement og innsats og reduserer muligheten for å være slike foreldre som de ønsker. Hestbæk (ibid) poengterer at modernitetsbetraktningene om det handlende individ med et utall av valgmuligheter, synes klasse- og kulturblinde. Beskrivelsene passer best for karrierelivsformen. Hestbæk (ibid:55) er opptatt av at modernitet og tradisjon er «sameksisterende orienteringer,» hvor ideer filtreres gjennom de ulike livsformenes muligheter og grunnforståelser og fører til ulike praksiser. At ideene om det selvstendige, ansvarlige, fantasifulle og tolerante barnet med likestilte foreldre, har utbredt støtte på tvers av livsformene tolker hun som ett uttrykk for at moderniteten har fått et visst gjennomslag (ibid:16).

En svensk undersøkelse fra samme tidsperiode (Bäck-Wiklund og Bergsten, 1997) viser tilsvarende organisering av småbarnsfamiliers hverdagsliv: både menn og kvinner snakker om det likestilte samlivet og foreldreskapet, når det kommer til praksis slår kjønnsforskjellene inn. Bäck-Wiklund og Bergsten (ibid:190) uttrykker det slik: « I ord är familjeprosjektet gemensamt och könsneutralt, i handling är det individuellt och könsspecifikt.» De peker også på behovet for en induktiv forskningstilnærming til moderne familieliv hvor det er nødvendig å skifte fokus fra mor-barnrelasjonen til «de föreställningar och de institutioner som kontrollerar och traderar moderskapet» (ibid:63).

---

<sup>29</sup> Hun drøfter informantenes ideal og praksisformer i forhold til det hun kaller tre ulike livsformer; selvstendige, lønnsarbeidere og karrierebundne. I tillegg til utdanning og inntekt trekker hun også inn typen arbeid de har når hun kategoriserer informantene (Hestbæk, 1995).

Gullestads (2001) sosialantropologiske klassiker «Kitchen-table society» viser hvordan unge arbeiderklasse mødre i Bergen organiserer og forstår hverdagslivet sitt.

Modernitetsteoretikernes forståelser som 'det refleksive selv', 'rasjonelle valg', 'frisetting' og 'selvidentitet' kommer i liten grad fram i materialet; det er det selvsagte og 'naturlige' ved moderskapet som gjennomsyrrer praksisene på alle livsarenaene (ibid).

I følge Stern (1997:219) må en kvinne reorganisere sin «selvidentitet»<sup>30</sup> når hun blir mor for første gang. På grunn av moderskapet må alle indre skjemaer som omhandler henne selv som person

gennearbejdes og genskabes (...) som kvinde, mor, æktefælle, fagperson, veninde, datter, barnebarn, om hendes rolle i samfundet, hendes plads i opvækstfamilien, om hendes retsstilling, om hende selv som menneske med et afgørende ansvar for et andet menneskes liv og død, som en person hvis krop har ændret sig, som et menneske der er «i beredskab» 24 timer i døgnet, som eventyrer i tilværelsen, som nyskaber, som medspiller i det store evolutionære drama osv. – kort sagt, næsten alle aspekter i hendes liv

(Stern 1997:37).

I tråd med dette hevder også Gullestad (2001:135) at moderskapet er konstituerende for framtida: «mothering colours and governs the rest of their lives.»

En empirisk studie (Maher, 2005) utfordrer forståelsen av «motherhood-as-identity» og viser at mødre i stor grad forstår moderskapet som aktivitet, som 'gjøren'. Sammen med aktiviteter på andre livsarenaer som arbeid og fritid, utgjør det et hele som kvinnene forstår seg selv i forhold til. Identitet er også knyttet til moderskapet, men «many of the attributes of mothering are, in fact, transitory, temporally defined and activity based, rather than essential,» slår Maher fast (2005:26).

---

<sup>30</sup> Stern definerer ikke begrepet selvidentitet.

Foreldreidentitet er kjønnet. Farsidentitet slik fedre selv beskriver den, har interessert forskere, mens morsidentitet vanligvis har blitt studert innenfor en psykodynamisk forståelsesramme, hevder Maurer mfl (2001:310). Begrepene 'identitet' og særlig 'foreldreidentitet' er i liten grad avklart i litteraturen jeg bruker. Når jeg velger å bruke 'foreldreidentitet', skyldes det drøftingen i kapittel sju av foreldrenes kjærlighetsprosjekt og verdighetsprosjekt i lys av Honneths anerkjennelsesteori. Honneth (2007) anser behovet for anerkjennelse som sentralt for identitetsutvikling og for opprettholdelsen av et positivt selvforhold.

Min bruk av identitet bygger på Jenkins (2008). Jeg legger til grunn at identitet utvikles i et samspill mellom ytre og indre faktorer; som «an interactional product of 'external' identification by others as of 'internal' self-identification» (ibid:201). Identitet produseres og reproduseres gjennom kultur, struktur og praksis; gjennom livsløpet. I tråd med det Simon (1992:26) legger til grunn, mener jeg foreldreidentitet er en sentral dimensjon i et sammensatt identitetshierarki fordi «emotional investments in and commitments to some identities are greater than others.» Dette står ikke i motstrid til det temporære Maher (2005) beskriver fordi den emosjonelle vektleggingen, også gjennom nye daglige praksiser, vil endre seg over tid.

Identitetsdimensjonen ved foreldreskapet, og særlig moderskapet, er sterkt knyttet til kulturelle forventninger om opplevelse av lykke og morskjærlighet gjennom den nære relasjonen til det nyfødte barnet. Men barn påvirker også foreldre og andre voksne senere i livsløpet. Foreldre peker på verdsatte endringer i forhold til livsverdier, forståelser og væremåter (Dillon, 2001). Voksnes interaksjon med barn kan være en anledning til å hente fram og integrere «latent and inhibited experiences and modes of knowing, increase adult creativity, and endow the adult world with wonder, meaning, and value,» oppsummerer Dillon (ibid:274).

## Å være foreldre til ungdom

Ungdomstid forstås som en fase preget av frigjøring, konflikter og identitetsforvirring. Forståelsen av den unge i en overgangsfase på veien mot en stabil voksen personlighet, preger foreldrepraksiser, tenkning og forskning i Europa og Nord-Amerika (Rubin og Chung, 2006:81). Det er frigjøring fra foreldrene og identitetsutvikling som er de kulturelt konstruerte utfordringene og som fungerer som forklaringer når det er vanskeligheter i ungdomstida. Ungdomsforskerne Heggen og Øia (2005:13) peker på hvor gjennomgripende den tradisjonelle forståelsen er: «Et slikt perspektiv på ungdom har lenge vært en del av den alminnelige offentlige bevissthet.» Det er også påfallende hvordan 'ungdom' som problemkategori opptar forskersamfunnet. Trond Berg Eriksen (2008:30) hevder at fagfolk «er i alarmberedskap i normaliseringens tjeneste,» en beredskap som fører til at det avvikende er mer interessant for forskere enn det normale. Det finnes derfor lite forskningsbasert kunnskap om 'vanlige' foreldres egen forståelse og utøvelse av foreldreskap for ungdom som kan fungere som bakgrunnsforståelse for min analyse av det 'annerledes' foreldreskapet jeg studerer. Det er særlig unge rusmisbrukere, kriminelle og tenåringsmødre som har hatt kvalitative forskeres interesse.<sup>31</sup>

I sin doktorgradsavhandling viser Hennem (2002:72) hvordan sosiologisk forskning om ungdom legger til grunn den kulturelle forståelsen av ungdomstid; en fase preget av autonomibestrebelse med løsrivelse fra foreldre og familie. Dette har ført til at ungdom studeres som en kategori hvor familien er fraværende som kontekst, mens skole, jamnaldningsmiljø, fritidsarena og marginaliseringsprosesser ofte er fokus (ibid:74). Funn fra forskning som trekker inn de unges forhold til sine familier, utfordrer derimot forestillingen om opposisjon og emosjonell distanse som forutsetning for utviklingen av autonomi hos den unge (Gulbrandsen, 2008; Hennem, 2002; Heggen og Øia, 2005; Mathiesen mfl, 2007).

---

<sup>31</sup> Et søk på Academic Search Elite med ordene adolescent, qualitative og parenting gir 68 treff hvorav kun to handler om å være foreldre til vanlige ungdommer. Samme søkeordene brukt på ProQuest gir 158 treff; her er det kun 3 treff på vanlig ungdom.

## **Den senmoderne familien og det unge barnet**

Diskusjoner omkring modernitetens konsekvenser for identitetsutvikling har særlig pekt på faren ved at familien som institusjon er tappet for funksjoner og under oppløsning; en endring som påstås å ha gjort barndoms- og ungdomstida mer krevende enn før. Giddens peker i følge Kaspersen (2003:427) på at det ikke er mulig med en sammenhengende opplevelse av identitet fordi: «Det høymoderne samfunns gjennomgribende og hastige forandringer har friset selvet og selvidentiteten, således at selvet i dag ikke er en given størrelse, men et refleksivt prosjekt.» En slik forståelse av identitet som refleksiv, artikulert og flyktig bygger mer på teori enn empiri, hevder Furlong og Cartmel (1997 i Heggen, 2009:68-69). Jenkins (2008:31) viser at det er «the *volume* of discourse about identity [that] has reached new magnitudes.» Det er ikke en (post)moderne utfordring å måtte reflektere over hvem en selv og andre er. Også historisk har individet og samfunnet vært nødt til å tilpasse seg endringer som har hatt konsekvenser for identiteten.

Heggen og Øia (2005) finner ikke empirisk støtte for at familien har liten betydning. For det store flertallet av ungdom er relasjonen til foreldrene preget av tillit, støtte og kontroll; med mor (og delvis far) som den primære personen trettenåringene ville henvende seg til med et personlig problem, for hjelp med lekser og for å diskutere utdanningsvalg. Med økende alder avtar foreldrenes kontroll og støtte og venner får økende betydning, men også for nittenåringene i studien er foreldrene sentrale. Forskerne slår fast at: «Hovedinntrykket er at familien og foreldras betydning og støtte for ungdoms mestring av ungdomsfasen er svært viktig» (ibid:52).

I tillegg til foreldrene og familien finner de at skolen har en avgjørende betydning for utvikling av et godt selvbilde og for mestring av ungdomstida (ibid). Tilpasning er nøkkelbegrepet for å forklare sammenhengen mellom positivt selvbilde og skoleerfaringer. De som tilpasser seg, trives og utvikler seg, mens de som sliter med konsentrasjonsvansker og disiplinproblem står i sterkere fare for å utsettes for marginaliseringsprosesser. Det er en klar



sammenheng mellom tilpasning hjemme og tilpasning på skolen; skolens kultur og struktur er lettere å tilpasse seg for unge med middelklassebakgrunn.

### **Behov for en mer kompleks modell**

Tradisjonell ungdomsforskning utfordres særlig av atferdsgenetikere. Judith Rich Harris (2000a) kaller forestillingen om foreldrenes avgjørende betydning for barnets utvikling «The nurture assumption». Hun kritiserer forskningen for å velge ett forklaringsperspektiv når de studerer fenomen som krever multiple forklaringer. Kritikken omfatter også at det postuleres kausale sammenhenger der det kun er påvist korrelasjoner. Hun konkluderer med at særlig psykologer, på grunn av oppdragelsesmyten, er predisponert til å lete etter årsaker hjemme for det de ikke kan forklare (Harris, 2000b).<sup>32</sup> Forskere har ikke vært opptatt av *barn*-foreldreinnflytelsen fordi myten om foreldreoppdragelsens betydning ligger der som en «cherished cultural myth» (ibid). Men barnets utvikling skjer i et samspill mellom barnet og omgivelsene; foreldre tilpasser seg det enkelte barnets temperament, egenskaper og behov i mye større grad enn det kan sies at de har en egen oppdragerstil, påpeker Harris (2000a). Typologiseringene autoritær, autoritativ og tillatende oppdragerstil er utviklet av utviklingspsykologen Diana Baumrind (1967 i Harris, 2000a:64) og er svært utbredt i utviklingspsykologisk forskning (Rimehaug, 2012) og i pedagogisk forskning, veiledningspraksis og utdanning (Stewart og Bond, 2002). Den opprinnelige tredelingen er på bakgrunn av forskning på oppdragerstiler utvidet til fire: autoritær, autoritativ, tillatende og forsømmende (Broberg mfl, 2006:62).<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Dette må kunne sies å representere et mønster: Barneombud Reidar Hjermandt går ut i Dagsavisen og ønsker grensesettingskurs for foreldre begrunnet med at omfanget av barn med sosiale problemer, atferdsproblemer i skolen og økningen i antall barnevernssaker tydeliggjør et slikt behov. <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article514015.ece> Lastet ned 19.2.2011. Dette viser hvordan problem på ulike arenaer årsaksforklares med mangler i hjemmene. Det må sies å være et paradoks når utspillet er en reaksjon på Folkehelseinstituttets kunnskapsoppsummering om forebygging av psykisk vansker (Major, 2011); her fokuserer de særlig på betydningen av gode barnehager, inkluderende skoler, antimobbearbeid og tilgang til arbeid som sentralt.

<sup>33</sup> Askland og Sataøen (2009:108) gjør nærmere rede for Baumrinds kravstillende og responsive dimensjoner og kombinasjonen av disse til autoritativ stil med kravstillende og responsive foreldre; autoritær stil hvor foreldre er kravstillende, men ikke responsive; permissiv stil der foreldrene ikke stiller krav, men er responsive; og til slutt den uinvolverte stilen der foreldrene verken stiller krav eller gir respons.

Harris (2000a) hevder at «the nature assumption» fører til at forskere og psykologer raskt forklarer den resten de egentlig ikke kan forklare, med egenskaper ved foreldrene og deres oppdragerstil. Hun spissformulerer sin genetiske forklaringsmodell slik: «Det er ikke sådan, at godt *forældreskab* giver gode børn, det er sådan at gode *forældre* frembringer gode børn» (ibid:66). Hun utfordrer tradisjonell ungdomsforskning også ved å hevde at foreldrenes oppdragerstil er av marginal betydning; grunnen til at autoritative foreldre ofte får velfungerende barn, er at denne oppdragerstilen anerkjennes i skolene. I sin «Group Socialization Theory» påstår hun at jamnaldringsgruppa utgjør den sentrale påvirkningsfaktor for atferd utenfor hjemmet, mens familien er den gruppa som påvirker atferd hjemme (Harris, 2000b). Hun går langt i å redusere betydningen av foreldrenes atferd overfor barnet når hun ser på langtidseffekter; genetisk forklarte karaktertrekk tillegges avgjørende betydning. Gjennom dette erstatter hun langt på vei utviklingspsykologien som 'sannheten' om barns utvikling med en annen forenklet 'sannhet'.

Parke mfl (2002:157) understreker at atferds-genetikere har kommet med et helt nødvendig korrektiv til «the earlier and simplistic view that the environment alone, including parents and peers were the major influence on social development.» Samtidig påpeker de at forskere som Harris reetablerer en dikotomi som ikke gir gyldige svar fordi arv *eller* miljø er «the wrong question.» Også Broberg mfl (2006:128-129) er opptatt av at Harris løfter fram noe som har vært forsømt i barnepsykiatrien; barnets liv utenfor familien. Det vil alltid være et samspill mellom genetik, miljø og tid som vil fungere som bakgrunns-, utløsende og opprettholdende faktorer når barn utvikler psykiske vansker (ibid:52). De understreker at Harris og andre kritikere må gis rett i at genetiske faktorer og miljøfaktorer utenfor familien «er gitt altfor liten plass innenfor tradisjonell utviklingspsykologi» (ibid:68). Symptomatisk nok følger de den samme tradisjonen når de i sin presentasjon av stress-sårbarhetsteorien for å forklare utvikling av psykopatologi hos barn, bruker seksten sider på individuelle og familiære faktor og ett avsnitt om venner og mobbing (ibid:51-68). Samtidig slår de fast at: «..erfaringer med venner er en kraftig undervurdert kilde til utviklingen av ulike typer psykopatologi hos barn» (ibid:67). Jeg henter dette fram som et eksempel på at en mer helhetlig og kritisk forståelse av

etiologi, kun er tilsynelatende fordi forskere og klinikere ikke medtenker hvordan de selv er en del av den kulturen som har produsert forståelsen de mener å være kritiske til.

En mer relativistisk tilnærming til feltets praksiser og forståelsesformer, hvor også pasienter og pårørendes erfaringer og forståelser tillegges stor vekt, må til for å utfordre de dominante forståelsene (Grant og Ramcharan, 2001:376). Thorbjørnsrud (2008) gjør i sin artikkel «Kritikk av relativismekritikken» rede for behovet for en relativistisk åpenhet i møte med fenomen i den sosiale verden. Uten en relativistisk tilnærming risikerer forskeren at dimensjoner som kunne gitt sentral kunnskap ikke tematiseres fordi man blir «en aktør som allerede har bestemt seg for hvordan verden ser ut.» Den sterke sammenhengen mellom generelle årsaksforklaringer i barne- og ungdomspsykiatrien; de ulike klinikkens «profil» og den enkelte behandlerens metodiske «hjertebarn» er grunnen til at Stoltenberg (2007:11) blir «slått av tilfeldighetene som rår når et barn eller en ungdom henvises til poliklinisk behandling.» Den enkelte kliniker dedikerer seg til én tradisjon med tilhørende forståelse av etiologi og behandling (ibid). Pasientene møter ofte aktører som på forhånd «har bestemt seg for hvordan verden ser ut» (Thorbjørnsrud, 2008) og i denne verdenen er det fortsatt «The nature assumption»(Harris, 2000a) som dominerer og dermed styrer det kliniske blikket. Forskning interesserer seg i økende grad for mer komplekse modeller (Parke, 2004; Kendler, 2005).

### **Helhetlige tilnærminger**

Flere forskere plasserer seg tydeligere i en posisjon hvor medfødte temperamentstrekk og foreldres atferd tillegges betydning, samtidig som de ønsker å utfordre «the nature assumption.» Bornstein og Cheah (2006) presenterer forskning på foreldreskap, foreldres forståelse av foreldreskap og foreldre-barn-relasjonen som tar utgangspunkt i en økologisk modell. Utøvelse av foreldreskap er kulturelt dominert og preget av praksiser som ikke er bevisste og vanskelig lar seg artikulere fordi de er tatt-for-gitte og ikke satt spørsmålstejn ved. Gjennom tverrkulturelle studier og kritiske studier innenfor egen kultur, finner man at forståelser av barn, barns behov, den gode barndom og det gode foreldreskap er sprikende. De støtter seg på omfattende forskning når de konkluderer med at «The origins of variation in

parental beliefs and behaviours are multi-variate and extremely complex» (ibid:6). En analytisk inndeling av de gjensidig interagerende faktorene som påvirker foreldres forståelse og utøvelse av eget foreldreskap består av faktorer knyttet direkte til foreldrene, faktorer knyttet til barnet og faktorer knyttet til kulturelle og sosiale forhold. De oppsummerer slik:

Parenting stands at the confluence of many complex tributaries of influence; some arise within the individual, whereas others have macrolevel determinants. Some reactions felt towards babies may be reflexive and universal, whereas others are idiosyncratic and vary with individual personality. By virtue of their temperament and the quality and contingency of their own responsiveness, children have a major impact on how parents parent and how parents perceive themselves as parents. In addition, however, culture looms large in shaping parenting as well (Bornstein og Cheah, 2006:7).

Gjennom sitatet over beskrives også min forståelse av foreldreskaps praksiser som interaksjon mellom personlige egenskaper ved både barn og foreldre, hvordan de responderer på hverandres utspill og hvordan sosiale og kulturelle meningssystem påvirker foreldrenes fortolkning – innenfor en gitt strukturell og materiell kontekst.

Slik Parke mfl (2002:157) påpeker er arv versus miljø «the wrong question»; for å forstå den gjensidig interagerende komplekse prosessen mellom ulike faktorer i barnets utviklingsprosess kan vi ikke tenke dikotomisk. Ambert (2001) er opptatt av at særlig forskning innenfor psykisk helse-feltet ikke tematiserer at barn også påvirker foreldrene. Hun mener det forenklete synet på foreldres avgjørende innflytelse skyldes «the double concept of socialization and child development which respectively dominate Western sociology and psychology of the family» (ibid:15). Dette bidrar til at barn tingliggjøres og reduseres til «human becomings» og at studier av interaksjonen mellom barn, foreldre og omgivelsene blir reduksjonistiske; de er preget av et «scientific bias: it misrepresents reality» (ibid:14). Ambert viser til egen og andres forskning når hun diskuterer hvordan barn påvirker sine foreldre til å tilpasse seg deres spesielle behov. Som Harris (2000a) er hun opptatt av den biologiske bagasjen barnet møter foreldrene med; hun knytter dette særlig til barnets medfødte

egenskaper,<sup>34</sup> men også til biologiske miljøfaktorer som røyking og alkoholinntak i svangerskapet, komplikasjoner under fødselen og barnets generelle helsetilstand. Mens noen barn har atferd som gjør dem enkle å møte for foreldrene, vil andre ha egenskaper (for eksempel økt tendens til aggressivitet, skyhet, hyperaktivitet) som gjør dem ekstra utfordrende; de fordrer mer «parental investment» (Ambert, 2001:32) enn gjennomsnittlige barn. Hun refererer til både kvantitativ og kvalitativ forskning knyttet til unge med kriminalitet, atferdsproblem og emosjonelle vansker når hun ser på effekten av barnets vanske på foreldre. I tillegg til meromsorgen og uforutsigbarheten barnets vanske innebærer, bidrar den dominerende uni-dimensjonale forståelsen til at foreldre erfarer tildeling av skyld. Forestillingen om foreldrenes skyld er utbredt blant profesjonelle og i samfunnet, men den slår hardest inn som «mother-blaming» (ibid:101). Bebreidelsene øker belastningene, påvirker også relasjonen til ungdommen som sliter<sup>35</sup> og bidrar til en forsterkning av den negative effekten.

En oppsummering av forskning som er gjort på foreldrestress og mestring, viser at det er konsekvenser av oppdragelsesstiler, mødres depresjoners konsekvenser for barn, foreldres rusproblems betydning og foreldreskap for funksjonshemmede barn, som er utforsket; oftest med enkle design for å påvise kausalitet (Deater-Deckard, 2004:95). Deater-Deckard (ibid:115) understreker betydningen av også å trekke inn faktorer utover det indre familielivet: «The family exists within an ever-changing social, political, economic, and cultural milieu, all of which influence child rearing. The importance of considering these other influences when studying the family, parenting, and child development, cannot be overstated.» Deater-Deckard tar til orde for at det trengs et nytt forskningsfokus: det er viktig å få vite mer om hvordan foreldre selv opplever sin rolle (ibid:74).

---

<sup>34</sup> Denne referansen er knyttet til temperament: Dimensjonene som er av størst betydning her, er hvor lett spedbarnet stimuleres og hvor lett det kan roes, dvs at evnen til selvregulering ikke bare er knytt til oppdragelse, men til medfødte personlighetstrekk (Rothbart, 1998 og 2000 i Deater-Deckard, 2004:47).

<sup>35</sup> Ungdom har også internalisert den dominante forståelsesformen og som Sørhaug (1996:145 i Heggen mfl, 2003:81) peker på: «Regningen for ens problem kan derfor i prinsippet alltid sendes hjem, og foreldrene kan aldri betale, enten fordi det er for sent, skaden er gjort, eller fordi de ikke er i besittelse av nok eller 'riktig' valuta.»

De britiske psykologene og forskerne Coleman og Roker (2007) peker på økt forskningsinteresse for foreldreskap overfor unge fra begynnelsen av nittitallet. Dette skyldes økt bevissthet om betydningen av relasjonen til foreldre også for unge mennesker, ikke bare for sped- og småbarn. De hevder samtidig at foreldrenes erfarte og tildelte ansvar for ungdom har økt på grunn av «a culture of blaming» (Coleman og Roker, 2007:18), samtidig som de juridiske rettighetene deres som foreldre er redusert.<sup>36</sup> De er kritiske til forestillingen om foreldre som hovedansvarlige for ungdoms utvikling og slår fast at den unge er «a key player» i en gjensidig prosess (ibid:19).

Den svenske forskergruppa i utviklingspsykologi Engels, Kerr og Stattin (2008:1) slutter seg til kritikken av det tradisjonelle forskningsfokuset. De hevder at det har vært en dreining i den generelle foreldreskapsforskningen fra et unilateralt til et bi- og multilateralt fokus, men at denne dreiningen ikke har slått inn når det gjelder forskning på problematferd hos ungdom. Denne typen forskning har lagt til grunn det vi, med Harris (2000a), kan kalle «the nature assumption.» Engels mfl (2008:2) viser hvor gjennomgripende forståelsen av betydningen av foreldrenes oppdragerstil er i forskersamfunnet, når de siterer fra åpningstalen til presidenten i The Society for Research on Adolescence i 2001: «We can stop asking what type of parenting most positively affects adolescent development. We know the answer to this question.»

Konklusjonen har vært at dersom foreldre kontrollerer og støtter ungdommene sine, kan de styre dem unna problem (ibid). Engels, Kerr og Stattin identifiserer en begynnende endring i perspektiv fra tidlig på 2000-tallet: forskere på ungdomsproblem er interessert i ungdom som aktører og i den gjensidige utviklingsinteraksjonen mellom foreldrene og den unge, i kontekst. Dette har ført til noe empirisk forskning hvor det legges til grunn en forståelse av at «parenting might be both action and reaction.» Stattin (2001) er opptatt av hvordan forskning på betydningen av oppdragsstiler har lagt til grunn *foreldrekontroll* som en viktig dimensjon for å hindre at barn og unge utvikler problem. Gjennom sin egen forskning finner han at det utøves lite faktisk kontroll overfor de unge; det er gjennom den gjensidige,

---

<sup>36</sup> De viser til at en 16-åring kan ta abort uten at foreldrene informeres, mens de i en situasjon hvor den samme 16-åringen begår et lovbrudd, blir holdt medansvarlige og etter engelsk lovgivning kan pålegges å delta i foreldrekurs.

tillitsfulle relasjonen foreldrene får sin informasjon om hvem barnet er sammen med, hva de gjør og hvor de oppholder seg. Det er barnet selv som bidrar til at foreldrene har oversikt over viktige sider ved livet deres.<sup>37</sup> Engels mfl (2008:4) beskriver en ny forskningsinteresse vekk fra hvilken effekt ulike oppdragelsesstiler har, til en videre utforskning av: «what roles do adolescents and parents play in the interactive, dynamic family processes through which adolescents develop?» Det er altså gjensidig interagerende rolleutfordringer, forhandlinger og konstruksjoner som med denne tilnærmingen kommer på dagsordenen.

### **Den utfordrende ungdomstida**

Spring mfl (2002) har gjennomført sin studie fordi de fant «a gap in existing research» (ibid:412) mellom familieliv med småbarn og livsfasen når barna forlater foreldrehjemmet. Forskerne gjorde et strategisk utvalg blant amerikanske middelklasseforeldre som selv kategoriserte seg som 'normalt' stresset og mestrende ungdomsforeldre. Informantene beskriver erfaringen med det første barnets ungdomstid som mer eller mindre utfordrende, avhengig av hvilke forventninger de hadde. Forståelsen av at barnet var kommet i en ny fase var knyttet til en merkbar, ofte plutselig, forandring i atferden, en erfaring som satte dem ut av balanse. Etter hvert forstod de dette som normale humør- og atferdssvingninger som de la vekt på å tilpasse seg gjennom balansering av støtte og utfordringer. De gikk gjennom en prosess med «rebalancing» og reorientering hvor de beskriver at responsen deres var å bevege seg *med* det de anså som tenåringens «appropriate bids for independence and individuation» (ibid:415). Den nye fasens behov ble ivaretatt gjennom en reforhandling av relasjonens innhold snarere enn en løsrivelse; de opprettholder følelsen av «connections with their child despite the depth of their worry, concern, confusion, or frustration» (ibid:424).

Allison og Schultz (2004) har studert amerikanske ungdommers egen erfaring av konflikter i forhold til foreldrene og konkluderer med at det ikke er grunnlag for å kategorisere dette som

---

<sup>37</sup> Dette er i tråd med funn fra TOPP-undersøkelsen ved Folkehelseinstituttet; foreldre rapporterer ikke at de kontrollerer barna gjennom for eksempel samtaler med venners foreldre, lærere eller andre. Deres kunnskap om barnets situasjon utenfor hjemmet med vennerelasjoner, fritidsaktiviteter, kjærestier og utprøving av alkohol, er kunnskap de får direkte fra barnet (Mathiesen mfl, 2007).

en periode som generelt preget av konflikter og stress. Det er spesifikke områder som er under forhandlinger; dette gjelder slikt som innetider, oppfølging av lekser og plikter, regulering av tidsbruk på data og fjernsyn og oppførsel i forhold til søsken. Dette er oftest områder som ikke fører til intense konflikter. Andre områder beskrives som «hot topics» (ibid:115) som ikke er høyfrekvente, men intense på grunn av betydningen foreldrene tillegger ungdommens atferd og de emosjonelle reaksjonene dette vekker hos dem. Ungdommens, særlig jentenes, emosjonelle gjensvar kan føre til en sterk opplevelse av konflikt. Forskerne forklarer den større emosjonaliteten i relasjonen mellom jenter og foreldre med kulturelle, kjønnede forestillinger om hva som er passende oppførsel for jenter (ibid:116). Det dominerende inntrykket fra studien er at foreldre og unge stort sett er fornøyd med hverandre og ikke tillegger det som er av konflikter særlig vekt; i motsetning til «the earlier, psychoanalytically and clinically inspired view of adolescence as a period of storm and stress between youths and their parents» (ibid:112). Parke mfl (2002:157) hevder at evidens gir «considerable support for continuity» i verdier og forståelser mellom foreldre og barn.

### **Ungdomstid som gjensidig arbeid av relasjonsutforming**

Gulbrandsen (2008:261) har en tilsvarende tilnærming til hvordan voksenhet kan forstås: ikke som økt avstand mellom barn og foreldre, men som «utvikling av relasjonen i retning av *større gjensidighet.*» Med et teoretisk premiss om at både barn og foreldre utvikler seg i og gjennom relasjonen til hverandre, skapes det andre analytiske tilnærminger enn de tradisjonelle knyttet til løsrivelse og autonomi (ibid: 248). En relasjonell utvikling hvor den unge og foreldrene prøver ut hvem de kan være for hverandre, preger hennes empiriske studie mer enn den tradisjonelt forventede relasjonelle avgrensingen (ibid:244). Også hun peker på det begrensende og kunnskapsreproduserende i en ungdomsforskning som har lagt en utviklingspsykologisk teori til grunn. Hun finner at mor fortsatt er en sentral person i unge menneskers liv når de gjentatte ganger intervjues om sine hverdagsliv fra de er tolv til de er atten år. Foreldrene representerer fortsatt sentrale relasjoner i de unges liv og utviklingsprosjekt; betydningsfulle relasjoner som de voksne er sensitive for er under forhandling. Kontekstuelle rammer knyttet til både allmenne kulturelle forestillinger om ungdom og foreldre, samt lokale praksiser, påvirker mulighetsrommet for forhandlinger. For



forskeren er det viktig å innføre et analytisk forhandlingsbegrep i tillegg til det deskriptive. Det flytter fokus fra hva det forhandles om til hvordan det forhandles; det synes ikke å være gjennom konflikter med autoritetsutøvelse og grensesettingsarbeid fra foreldrenes side, men gjennom et gjensidig arbeid hvor relasjonsutforming er sentralt (ibid:261).

### **Å reforhandle kjærlighet og autoritet**

Sosialantropologen Nicole Hennem (2002) forstår foreldrene som aktive skapere av sine egne moder – og faderskap på bakgrunn av de kulturelle kodene som står til deres disposisjon. Kjærlighet som tema er implisitt i foreldrenes narrativer; den ligger nedfelt som en kulturelt selvfølgeliggjort verdi i relasjonen mellom foreldre og barn – også når barna blir ungdommer. Hennem analyserer fram tre kulturelt anerkjente historier om foreldre-barn-kjærlighet; historien om det ønskede barnet, historien om den lykkelige barndom og historien om den unge som produkt: den kjærlige praksisen skal ha gitt barnet en beskyttelse mot utfordringene i ungdomstida slik at de kan bli veltilpassede ungdom og voksne (ibid). De etablerte forståelsene er lett gjenkjennelige: «Historiene er i tråd med den vitenskapelige diskurs som setter barnet i sentrum» (ibid:160) og ansvarliggjør foreldre for resultatet. Når barna begynner å bli ungdom, foreldrene tidsetter dette til tolv-trettenårsalderen, usynliggjøres kjærlighetsarbeidet som kulturell norm og erstattes av forventningen om en ungdomstid preget av opprør, stress og løsrivelse. Men med et foreldreperspektiv på løsrivelsesperioden «vil man oppdage at det finnes en kjærlighetshistorie innenfor den eller gjemt i den. Og denne historien uttrykker endring» (ibid:162). Dette er en historie som Hennem (ibid:163) betegner som «kjærlighetens tragedie,» en historie særlig knyttet til moderskapet og endring i mor-barnrelasjonen fra det livgivende i tidlig barndom til det klamrende og overinvolverte i ungdomstida. Den kulturelle, og vitenskapelig styrte, konstruksjonen av ungdom og ungdomstid påvirker det mulige innholdet i kjærlighetsarbeidet gjennom denne perioden, hvor kontroll blir ansett som en viktig del av foreldreoppdraget. Kontroll utøvd av mødre, på bakgrunn av deres inngående kjennskap til barnets indre gjennom et langt samliv, oppleves som bekymring og mas og gir mor liten anerkjennelse og dermed svekket autoritet. To kulturelle forventninger kolliderer: «kjærlighetens kulturelle praksis legger føringer på mor om å opprettholde en relasjon som ungdommens kulturelle praksis oppfordrer til å bryte eller endre,» uttrykker Hennem (ibid:187) det. Et mulig tap av relasjonen gjennom for sterk

utøvelse av autoritet er skremmende for mødrene, samtidig har de i de tidligste ungdomsårene ikke nok tillit til at den unge klarer å ivareta seg selv på forsvarlig vis. Denne tilliten må bygges gjennom erfaringer med at endringene i relasjonen på grunn av ungdommens økte autonomi, ikke er til skade for barnet eller innebærer et brudd i kjærlighetsrelasjonen.

Utøvelse av autoritet knyttes av både mødre, fedre, ungdommene selv og profesjonelle til utøvelsen av faderskapet (ibid:223).<sup>38</sup> Ungdomstida er en tid for endring av relasjoner og praksiser for hele familien, men mor er den som rammes sterkest som skyldig når barnet ikke utvikler seg til den forventede veltilpassede ungdommen. Hennums studie viser at foreldrene vektlegger kjærlighetsarbeidet framfor autoritetsarbeidet: de «arbeider mer for å bevare kjærlighet enn for å etablere seg som autoritet» (ibid:340). Hun forklarer dette med at intimitet som kontekst for foreldre-barn-relasjonen har endret den kulturelle forståelsen av oppdragelse fra disiplinering til individualisert utviklingsstøtte for det unike barnet.

### **Norsk ungdom og foreldre har det godt sammen**

Gjennom den såkalte TOPP-undersøkelsen<sup>39</sup> (Mathiesen mfl, 2007) fra Folkehelseinstituttet, er det utviklet ny kunnskap om hvordan foreldre og ungdom opplever relasjonen sin. I rapporten fra analysen av fjorten- og femtenåringer og deres foreldre, mener forskerne å kunne gi «et bilde av hvordan det er å være 14-15 år i dagens Norge, og hvordan det er å leve med en ungdom i familien» (ibid:forordet). Her forteller ungdommene at de har et godt forhold til sine foreldre; men mange mener at de ser dem for lite og at de burde vært mer hjemme – noe som er i tråd med det foreldre selv rapporterer som en av sine livsbelastninger; de skulle gjerne vært mer hjemme og tilgjengelige. Blant ungdommene beskriver mellom åtti

---

<sup>38</sup> Den autoritære far er en historisk diskreditert, men tilsynelatende «ønskelig figur i tider med økende kriminalitet og asosialitet blant ungdom. Slike forståelser fremelsker handlekraftige og maktutøvende fedre,» mener Hennem (2002:229).

<sup>39</sup> TOPP står for Trivsel, Oppvekst, barndom- og ungdomstid og er en longitudinell spørreskjema studie som har fulgt foreldre og barn fra barna var 18 måneder til de var 18 år. Studien «omhandler *psykiske plager* som angst, depresjon og spiseproblemer, *normbrytende atferd* som tyveri, skoleskulk og mobbing, samt *sosiale ferdigheter* som mål på god psykisk fungering» (Mathisen mfl, 2007:11). Den studerer sammenhenger mellom barns psykiske helse, familiesituasjon, foreldres helse og sosiale situasjon, samt barnas skoleforhold og sosiale situasjon.

og nitti prosent at de blir oppmuntret til å gjøre sitt beste; støttet på å utvikle selvstendighet og ta egne valg; og kan stole på støtte fra foreldrene – det er særlig høy skåre på positiv opplevelse av mor (ibid:78). I forhold til kontrolldimensjonen som er undersøkt, sier både ungdom og foreldre at de vet mye eller alt om hva de unge gjør, hvem de er sammen med og hvor de er (ibid:83). En analyse av foreldrerresultat fra datainnsamling da barna var seksten og sytten år viser at åttifem prosent av mødrene og syttifem prosent av fedrene forteller at forholdet til ungdommen alltid eller oftest er preget av kjærlighet og varme (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010a).<sup>40</sup> At forholdet også inneholder konflikter er vanlig, men preger ikke relasjonen slik at det beskrives som en daglig kamp. Flere mødre enn fedre forteller at ungdommene kommer til dem for å få hjelp og trøst og at de oftest synes det er lett å forstå hva de unge føler. Ungdommene i undersøkelsen bekrefter dette ved at flesteparten svarte at de ofte eller nesten alltid fikk hjelp og oppmuntring fra foreldrene, selv om ikke like mange stolte på at foreldrene alltid kunne hjelpe dem (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2010b).<sup>41</sup>

Så mange som nitti prosent av ungdommene er svært eller litt enige i utsagnet «Jeg er tilfreds med livet mitt,» samtidig med at mange også opplevde å være lei seg, rastløse, ikke føle seg betydningsfulle eller være glad for noe. Dette kan forstås som en aksept av at et tilfredsstillende ungdomsliv også periodevis innebærer emosjonelle utfordringer.

Det er fristende å konkludere om norsk ungdomstid slik Magne Raundalen i 2009 gjorde med barndommen: «Den norske barndommen er friskmeldt. Men vi må hele tida være opptatt av de barna som lever under harde vilkår» (Bjånesøy, 2009).<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> <http://www.fhi.no/dokumenter/3c832c2df2.pdf> Lastet ned 4.8.2012

<sup>41</sup> <http://www.fhi.no/dokumenter/c0c75c7a15.pdf> Lastet ned 4.8.2012

<sup>42</sup> [http://www.dagbladet.no/2009/05/18/magasinet/portrettet/magne\\_raundalen/barn/oppdragelse/6241412/](http://www.dagbladet.no/2009/05/18/magasinet/portrettet/magne_raundalen/barn/oppdragelse/6241412/) Lastet ned 4.8.2012

### **De fleste unge med psykiske vansker kommer fra vanlige familier**

I TOPP-studiens rapport etter analyse av data fra fjorten- og femtenåringer og deres foreldre (Mathiesen mfl, 2007:11) slås det fast at det største antallet barn og unge med symptom på psykisk lidelse, kommer fra 'vanlige' familier. Dette står ikke i motstrid til at de også finner at barn med risikooppvekst er de mest sårbare for å utvikle symptomer. Ambert (2001:137) peker på hvordan vanlige foreldre til ungdom med psykiske vansker blir møtt av profesjonelle som om de tilhørte kategorien risikoforeldre. Det resulterer ofte i at foreldre opplever skyldtildeling i møte med hjelpetjenestene; hvor særlig mor er utsatt.

Skårderud mfl (2010:139) hevder at en familie som er rammet av sykdom og krise, er en annen enn «den egentlige» familien, men at hjelpere ofte kan «dikte videre på hvorfor lidelsen rammer slik den gjør» og ser på familieforhold som årsak til sykdommen. De understreker at vi må «framelske *forklaringspluralisme*» og viser til Kendlers (2005) «Toward a Philosophical Structure for Psychiatry» som viktig inspirasjonskilde (Skårdrud mfl, 2010:43). Kendler er ikke bare opptatt av forklaringspluralisme, slik vi kan kategorisere en del av de presenterte utvidede og helhetlige utviklingsteoriene, men av det han kaller «integrative pluralism» (Kendler, 2005:437). I dette legger han at vi må integrere mange og ulike faglige perspektiv for å oppnå forståelse av de samvirkende komplekse prosessene som kan føre til psykiske vansker. Han mener at utviklingsveiene vil være «complex and inteacting, more like networks than individual linear pathways» (ibid:435). Han finner at det har skjedd en modning av denne forståelsen i det psykiatriske forskningsfeltet og at man nå ser «increasing «cross-paradigm» discussions and collaborations» (ibid:438). Kendler (ibid:439) hevder dette kan skyldes at den ideologiske og normative forskningsorienteringen som har dominert psykisk helse-feltet, er noe redusert til fordel for empirisk forskning og at det nå er mulig å oppnå «full understanding» av årsakene til psykiske vansker.

Som en del av en integrativ pluralistisk modell, bidrar blant annet epigenetikken<sup>43</sup> (Fosse, 2009; Getz mfl, 2011) til ny forskning som viser sammenhenger mellom erfaringers påvirkninger på biologien og biologiens betydning for erfaringer. Getz ml (2011:683) hevder at «Den nye kunnskapen tydeliggjør et behov for teoretisk og praktisk reorientering i medisinen med henblikk på både enkeltindivider og samfunnet.» De er opptatt av at hjernen er mottakelig for endringer gjennom relasjonelle erfaringer gjennom hele livet; «også i helbredende retning» (ibid:685). Fosse (2009:596) understreker at kunnskapen fra epigenetikken må innebære «en radikal endring i forskningen på psykiske lidelser.» Han løfter her fram hvordan forskning på rotter og aper som har vært utsatt for «negativ morsomsorg» viser at «miljøarv [er] viktigere enn genetisk arv» (ibid:598). Forskning på barn som har vært utsatt for langvarig alvorlig omsorgssvikt og overgrep, viser det samme. Fosse (ibid:599) trekker på bakgrunn av dette følgende konklusjon: «Det er grunn til et økt fokus blant både fagpersoner og i samfunnet for øvrig på å forebygge psykologiske vansker og sørge for at alle barn har tilgang til en eller flere trygge voksne tilknytningspersoner.»

### **Myten om det reflekssive foreldreskapet**

Mens modernitetsteoretikerne fokuserer på refleksivitet som en grunnforutsetning for å mestre det senmoderne livets utfordringer, viser presentasjonen over at det er dominante forståelser og etablerte praksiser som gjennomsyrrer hverdagslivets rutiner. Rutinene i dagliglivet etableres gjennom interaksjon mellom foreldrenes egenskaper og forståelser, barnets disposisjoner og egenskaper, livsbetingelsene både innenfor og utenfor familien og de dominerende kjønnede forestillingene om hva en mor og en far er. Det reflekssive forsvinner i og slukes av hverdagslivets rutiner. Først når «selvfølgelighedsens symbolske orden» (Bech-Jørgensen, 1999:37) bryter sammen, blir vi utfordret slik at grunnleggende verdier og forståelser må reflekteres over. Ved erfarte sammenbrudd i hverdagslivet tvinges vi til «at tage tingene opp til revision og finde nye løsninger» (Bäck-Wiklund og Lundström, 2003:55). Dette er i tråd med Alfred Schütz sin kritikk av formålsrasjonaliteten som ligger til grunn for

---

<sup>43</sup> Epigenetikk refererer i følge Fosse (2009:596) «til en matrise av prosesser i kromatinet i cellekjernen som slår gener av og på.»

de fleste sosiologiske handlingsteorier.<sup>44</sup> Hverdagslivet fortolkes ikke på en rasjonell eller refleksiv måte i det daglige. Å erfare eget barns psykiske vanske innebærer en ny situasjon som må forstås som «kritiske tidspunkter i vort liv, når det er vor hovedinteresse at beherske en situation» (Schütz, 1975:120). Situasjonen fører til at vi må forlate det pragmatiske perspektivet som ellers styrer dagliglivet. Det utløses et behov for refleksivitet for å kunne forstå og løse problemene. I denne refleksiviteten ligger psykoanalysen ubevisst virksomt, som «eit historisk og kulturelt betinga meningssystem» (Ekeland, 2005:12) - et meningssystem vi alle er innvevd i som «a specific meaning and relevance stucture for the human beings living, acting, and thinking therein» (Schütz, 1954).

### **Ytterligere klargjøring av eget utgangspunkt**

I tillegg til egenerfaring med psykisk sykdom hos ett av mine barn og teoretisk og empirisk kunnskap som det er gjort rede for over, er mitt utgangspunkt for forskningen påvirket av arbeidet med masteroppgaven min i spesialpedagogikk. Jeg gjorde der en single-case-studie av foreldres mestring og meningsskaping når et av barna i familien hadde en psykisk vanske (Hasle, 2005). I dette arbeidet trakk jeg særlig inn forskning med foreldreerfaringer når barn har funksjonshemminger og kroniske lidelser. Barbro Sætredals (2001) og Tronvolls (1999) fokusering på den store forskjellen mellom det profesjonelle perspektivet og foreldrenes eget perspektiv, har bidratt til at jeg forventet å finne et tilsvarende sprik mellom de to perspektivene også innenfor psykisk helsefeltet. Tronvoll (1999) beskriver det slik: «En studie av samarbeidet mellom foreldre til funksjonshemmede barn og kommunale hjelpere viser at mens de ansatte ser på forholdet som et samarbeid, beskriver foreldrene forholdet som en kamp og et slit.» Denne forventningen har selvsagt styrt blikket mitt.

Et sentralt fenomen har jeg med meg fra en studie med pårørende (Hasle og Risstubben, 2007), hvor mødre og søstre til ungdom og unge voksne med ulike psykiske lidelser løftet fram håp og kjærlighet som selvfølgelige drivkrefter for den omfattende innsatsen de gjorde

---

<sup>44</sup> Det er særlig Parson og hans forståelse av formålsrasjonaliteten som konstitutivt ved det å være menneske, som er mål for Schütz sin kritikk. Han hevder at dette ikke er en egenskap knyttet til det å være menneske; det er en egenskap knyttet til vitenskapsmannen Parson (Nygaard, 1999:96)

for sine pårørende; i rapporten kaller vi det med en mors begrep for «kjærlighetskraften» (ibid:28). Denne kraften forventet jeg også å finne igjen i min studie.

I neste kapittel vil jeg gi en inngående presentasjon av det norske barne- og ungdomspsykiatriske feltets framvekst, ideologi og praksiser for å plassere det i sin historiske kontekst – noe som er nødvendig for å forstå dagens psykisk helsevern for barn og unge og de dominante konstruksjonene av 'psykisk sykt barn'.

### **KAPITTEL 3: DET NORSKE BAKTEPPET**

Bourdieu (2000) utfordrer forskeren til å undersøke framveksten av de naturaliserte forståelsene gjennom en historisering av forståelsen. Behovet for å gå dypere inn i det norske feltets etablering, vekst, sentrale aktører og teoretiske forståelsesformer ble tydeliggjort i møtene med informantenes fortellinger og behovet for en historisering i denne avhandlingen har både en empirisk og teoretisk begrunnelse. Jeg ønsker med dette kapitlet å vise at de dominerende allmenne oppfatningene har en sterk historisk forankring i psykoanalysen som «Grand Narrative.» De store fortellingene i kulturen er i følge Alvesson og Sköldberg (2009:192): «..kind of myths or sagas that are told to explain a vast number of occurrences, acquiring such power over minds that they come to function as absolute truths or dogma.» Lyotard (1984 i Alvesson og Sköldberg, 2003:191-193) mener de store fortellingene må avvises; selv den tilsynelatende sanneste historien må analyseres kritisk. Blant de store historiene som har blitt fortalt så mange ganger at de framstår som sanne og er blitt dogmatiske; er psykoanalysen (Sohlberg og Sohlberg, 2002:197; Alvesson og Sköldberg, 2003:191-193).

Aamodt (2005:206) betegner det psykoanalytiske kunnskapsgrunnlaget i barne- og ungdomspsykiatrien som en del av vårt samfunns absolutte sannhet eller 'doxa':

Det som bare er. Den underforståtte delen av kulturen. Den som tas for gitt og som regjerer uhemmet, i den grad den ikke «oppdages» og tematiseres (...) Gjennom sin doxiske form inngår også den dominerende tenkning i vår alles tenkning, i den felles mening, common sense

(Aamodt, 2005:206).

Målet med dette kapitlet er også å påpeke hvordan denne dogmatiske konstruksjonen har spredd seg fra psykologien, psykiatrien og pedagogikken til å bli en kulturell, felles forståelse som sterkt påvirker senmoderne foreldreskap. Jeg gjør først en gjennomgang av den norske barne- og ungdomspsykiatriens framvekst og faglige forankring.<sup>45</sup> Jeg vil vise at feltets

---

<sup>45</sup> Den norske modellen skiller seg fra for eksempel de andre skandinaviske modellen med sin store vektlegging av tverrfaglighet og poliklinisk virksomhet. Sengeposter innen barne- og ungdomspsykiatrien er mer utbredt i Sverige og Danmark med de konsekvenser det har for behandlingsmuligheter (St.meld 25, 1996-97). I Norge har



teoretiske fundament må forstås som ideologi. Feltet synes tilsynelatende preget av ulike paradigmer, mens det langt på vei er en faktisk konsensus som råder. Dette skiller seg fra voksenpsykiatrien som har en lengre historie enn barnpsykiatrien og er sterkt influert av den medisinske modellen (Skårderud mfl, 2010; Dahl, 2012). Barndomsidealet knyttet til den psykoanalytiske dominansen diskuteres som en vesentlig kilde til skyldfølelse og jeg undersøker hvordan feltet har forholdt seg til mødres skyldfølelse gjennom sin femtiårige historie. Avslutningsvis vil jeg formidle formulerte kunnskapssyn og anbefalt praksis i dagens barne- og ungdomspsykiatriske felt – med et kritisk blick.

### ***Det norske barne- og ungdomspsykiatriske feltets etablering og konsolidering***

Etableringen av barne- og ungdomspsykiatrien må ses på som en del av den sosiale ingeniørkunsten som optimistisk vokste fram etter andre verdenskrig. Thuen (2008:199) beskriver etableringen av psykisk helsevern for barn som en del av «Karl Evangs storstilte mentalhygieniske program.» Målsettingen var å skape det frie, voksne mennesket og forebygge psykiske lidelser i befolkningen (Ludvigsen og Seip, 2009:14). Holdningen til forskning og kunnskap som lå til grunn for den sosialdemokratiske utbyggingen av velferdsstaten var preget av utstrakt tillit til ekspertkunnskapen og leger, pedagoger og psykologer ble de sentrale «statsoppdragerne» (Slagstad, 1998). Med bakgrunn i forebyggingstanken ble opplysningsvirksomhet både overfor allmennheten og fagfolk i oppvekstfeltet sentralt (Thuen, 2008:125). I følge Slagstad (1998:329) var konsekvensene for norsk skole at «de psykologiske pedagoger var på vei inn – og prestene på vei ut.» Drømmen var i tråd med marxistisk ideologi «å kunne utvikle det antiautoritære mennesket som ikke lot seg underkue (...) En frigjort sjel kunne med styrke bekjempe de undertrykkende makthaverne» (Sommerschild og Moe, 2005:67).

---

vi i tillegg til poliklinikkene satset på behandlingshjem (Vedeler, 2005a) på grunn av en generell faglig motstand mot institusjonalisering av sårbare barn. Det er rimelig å snakke om den norske modellen slik Sommerschild og Moe gjør (2005:246).

Norsk barnepsykiatri historie viser hvordan den psykoanalytiske teorien kommer til Norge, får gjennomslag i «de ledende intellektuelle kretsene» i samtida (ibid:59) og spres gjennom sentrale aktører og utbygging av institusjoner som tar mål av seg både å forebygge og behandle psykiske lidelser blant barn og unge. Referansene i dette kapittelet er langt på vei en synliggjøring av en helt sentral aktør i det norske feltet; Hilchen Sommerschild.<sup>46</sup>

Det barnepsykiatriske feltet hentet også inspirasjon fra aktører i det barnepsykologiske feltet; Sommerschild og Moe (ibid:59-66) nevner særlig Helga Eng og Åse Gruda Skards innsats som «såkorn» for barnepsykiatrien. Den barnepsykologiske retningen utviklet seg vekk fra barne- og ungdomspsykiatrien og ble til skolepsykologi og etter hvert til pedagogisk-psykologisk tjeneste (Ludvigsen og Seip, 2009).

### **Det tidlige kunnskapsgrunlaget**

Norsk barne- og ungdomspsykiatri ble bygget opp etter inspirasjon fra Child Guidance-klinikkene som ble etablert på 1930-tallet i USA og England. Disse klinikkene hadde en psykoanalytisk og samfunnsorientert profil. Seip og Ludvigsen (2009) slår fast at psykoanalysen spilte en helt fundamental rolle i utformingen av den norske barnepsykiatrien. Grøholt mfl (2001:36) påpeker at «det går en direkte linje fra denne arbeidsmodellen til oppbyggingen av den barnepsykiatriske helsetjenesten her i landet». Arbeidsmåtene som ble etablert i Norge var preget av denne forståelsen av at barns psykiske problem måtte løses gjennom innsats fra ulike fagpersoner, helst i nær kontakt med barnas hjemmemiljø. Dette førte til at allerede de første klinikkene,<sup>47</sup> den statlige Barneklubben ved Rikshospitalet i

---

<sup>46</sup> I Tidsskrift for den Norske Legeforening (Tveito, 2012) beskrives professor emeritus Sommerschild slik: «Hilchen Sommerschild står som en bauta i norsk barne- og ungdomspsykiatri. Hun var første professor i faget og har formet både klinisk arbeid og forskning (...) Hun bygde barnepsykiatrien i Norge.» Det er også hennes «Lærebok i barnepsykiatri» sammen med Garløv og Grøholt (2008) som anbefales av norsk generell faglitteratur i Den norske Legeforenings (2012) «Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri.» Den står også i lista over sentrale læreverker i Garløv og Haavet (2010:9) «Psykiske vansker hos barn og unge. En veileder for fastleger og andre i første linje.»

<sup>47</sup> Det ble etablert «barnepsykiatriske klinikker» allerede før denne tida, men de fikk raskt i oppdrag å IQ-teste og segregere barn til 'rett' skole og klasse og ble slik forløpere for skolepsykologiske kontor som seinere ble pedagogisk-psykologisk tjeneste (Ludvigsen og Seip, 2009). I Oslo var det også allerede fra 1931 et mentalhygienisk kontor for voksne og barn finansiert via donasjoner (ibid).

1950 og det private Nic Waals Institutt i 1953, hadde en flerfaglig bemanning. Den norske modellen ble en poliklinisk og tverrfaglig virksomhet, en modell som har hatt, og har, stor faglig og politisk støtte.

Tverrfagligheten ble begrunnet med at hele familien må ivaretas når et barn er mistilpasset. Alle familiemedlemmene trengte en egen terapeut som kunne vise dem forståelse og varme, som en forutsetning for å utvikle innsikt og få til endring (Waal, 1962; Vedeler og Sommerschild, 2005:101). Den tverrfaglige praksisen ble realisert ved at psykologer og psykiatere hadde barnet i individualterapi, sosionomer hadde primært samtalene med foreldre (gjærne hver for seg), mens pedagoger arbeidet med å tilrettelegge barnets læringssituasjon (Vedeler, 2005a, b; Moe, 2005b; Selmer, 1998). Det var omfattende møtevirksomhet hvor saker ble diskutert i team for å ivareta det tverrfaglige perspektivet.

I innstillingen fra «Utvalget for psykisk barnevern» fra Sosialdepartementet (1956) kom en avgjørende klargjøring som ble styrende for framtida til den norske modellen: den faglige profilen som ble anbefalt, sammen med støttetiltak i hjem og skole, var «klart psykodynamisk» (Grøholt mfl, 2001:40).<sup>48</sup>

Det nye synet på barnet ble også spredd gjennom skjønnlitteraturen. Thuen (2001:29) nevner forfattere som Sigrid Undset, Aksel Sandemose, Johan Borgen og Sigurd Hoel, som Nic Waal var gift med fra 1927 til 1936. Sommerschild og Moe (2005:71-72) løfter særlig fram Sigurd Hoels forfatterskap som viktig for å «berede grunnen for en barnepsykiatri som skal komme barna til unnsetning.» Målet med den omfattende virksomheten var å spre det Thuen (2008:124) kaller Nic Waals «kjernebudskap»: Gjennom en positiv oppdragelse som bygger på kunnskapen om barnets naturlige drifter, kan man skape det harmoniske, frie og lykkelige mennesket.

---

<sup>48</sup> Vedeler og Sommerschild (2005:101) peker på at teorien går fra å kalles psykoanalytisk til psykodynamisk uten eksplisitt å gjøre rede for hvorfor, men psykodynamisk framstår i teksten som en videre forståelse enn den mer reindyrkede freudianske psykoanalytiske teorien.

En yter ikke pionerene rettferdighet uten å trekke inn deres sterke samfunnsengasjement. Nic Waal argumenterte for kamp mot fattigdom og undertrykkende strukturer for å sikre barns mentale helse parallelt med opplysningsarbeid for å spre kunnskapen om barns psykiske utvikling (Waal, 1991). Slitne, fattige og frustrerte foreldre kunne ikke make å gi barna nok omsorg, kjærlighet og forståelse.<sup>49</sup> Dette var en av grunnene til å trekke sosionomene med sin kompetanse på foreldrearbeid inn i fagteamene i Barne- og ungdomspsykiatrien. I dag kan en lure på om den sosialfaglige kompetansen i tjenesten er under press for den psykologiske og medisinske dominansen i feltet (Aamodt, 2005; Normann, 2009) og om vi må snakke om denne innsikten som 'den glemte arven etter Nic Waal'?

### **Sentrale aktører for den norske modellen**

De som kom til å bli sentrale aktører innenfor det norske barne- og ungdomspsykiatriske feltet, hadde allerede før etableringen av de første klinikkene markert seg som barnefaglige eksperter i media og hos sentrale byråkrater. Nic Waal (1905-1960) og Åsa Gruda Skard (1905-1985)<sup>50</sup> nevnes spesielt blant de som fra 1930-årene var viktige aktører (Thuen, 2001, 2008; Sommerschild og Moe, 2005). Begge deltok for eksempel aktivt i mediedebatten om avskaffelse av foreldres rett til fysisk avstraffelse av barn hvor Waal sammenlignet ris med tyskernes tortur under krigen (Thuen og Sommerschild, 1997:40). Engasjementet påvirket sannsynligvis sterkt til ny lovgivning, ikke minst på grunn av Waals nære samarbeid og livslange vennskap med helsedirektør Karl Evang<sup>51</sup> (Sommerschild og Moe, 2005:67; Moe, 2005a; Thuen, 2008). Nødvendigheten av å drive omfattende opplysningsarbeid i tillegg til å

---

<sup>49</sup> Dette er en debatt som fortsatt er levende. NOVA-forsker Agnes Andenæs (2004) kritiserer barnevernets praksis med å problematisere foreldre-barn-relasjonen, men ikke å se fattigdommen som det store problemet den representerer i disse familienes hverdagsliv. Ingerid Aamodt (2003) er også opptatt av det paradoksale i at terapeuter på BUP fokuserer på emosjonelle forhold mens pasientene sliter med omfattende økonomiske og praktiske utfordringer.

<sup>50</sup> Skard startet allerede i 1933 sitt mental-hygieniske kontor og var opptatt av barn med særlige vansker. Etter hvert ble hun mest aktiv med allmenn opplysning angående barn og oppdragsutfordringer, noe tittelen på hennes populære bok «Ungene våre» (Skard 1948) vitner om. Hun har en tydeligere sosialpsykiatrisk profil i denne boka enn Waal (1962) har i sin: «Er det foreldrenes skyld?»

<sup>51</sup> Karl Evang var helsedirektør i 1938-1972 ([http://no.wikipedia.org/wiki/Karl\\_Evang](http://no.wikipedia.org/wiki/Karl_Evang) lest 22.1.2010). Han var kjæreste med Nic Waal i ungdommen og bevarte et livslangt vennskap til henne. De tilhørte begge også Mot Dag-miljøet (Lange 2002).

drive klinisk praksis ble begrunnet med at det stod dårlig til med både barns og mødres psykiske helse.<sup>52</sup>

Bourdieu (2007:17) er opptatt av at anerkjennelse og spredning av forskning og ny kunnskap må knyttes til forskeren og hennes posisjon innenfor feltet, ikke bare til forskningens resultat: «Det er heller den sosiale kraften hos den som fremsetter og verifiserer enn kraften i den rette ideen som frembringer overbevisningen.» Den norske barne- og ungdomspsykiatriens mor er unektelig Nic Waal (Grøholt mfl, 2001; Lange, 2002).<sup>53</sup> Hun er den enkeltpersonen som har hatt størst betydning for utbyggingen av feltet, og også for feltets organisering og faglige forankring. Hun var en pioner med stor sosial kraft; i en tid hvor de store fortellingene fikk fotfeste. Begeistringens hun skapte for psykoanalysen og de nye oppdragelsesidealene i det norske oppvekstfeltet, er sterkt knyttet til hennes personlige egenskaper og posisjon.

### **Knoppskyting: Pionerene og spredningen**

Psykiateren Hilchen Sommerschild fikk sammen med psykologen Gerd Vedeler, i følge Lange (2008:903) «kallelsen, eller marsjordren, fra Nic Waal»<sup>54</sup> og startet Norges første offentlige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk i Tønsberg. Begge hadde sin arbeidserfaring, videreutdanning og veiledning fra Nic Waal og hennes institutt. Vedeler (2005b:12) forteller at begge var «oppdratt» i ånden derfra, var unge og entusiastiske og inspirert av den pionérand som hersket på dette instituttet i de dage.»

---

<sup>52</sup> En sterkt medvirkende årsak til pessimismen er erfaringene av grusomhet under 2.verdenskrig. Barne- og ungdomspsykiatrien har et ideologisk mål om å forhindre gjentakelse gjennom å bidra til at foreldre og samfunn kan realisere den gode barndom for å skape demokratiske voksne (Waal, 1991).

<sup>53</sup> Thuen (2008:198) kaller henne «barnepsykiatriens førstedame.»

<sup>54</sup> Kallelsen kom allerede i februar 1953 (Vedeler, 2005b:12). Vedeler forteller at han «oppfattet det nok like mye som en befaling som en anbefaling» da han ble kalt inn på sjefens (Nic Waal) kontor og spurt om han ville starte den nye klinikken i Tønsberg. Denne opplevde «befalingen» er i tråd med den beskrivelsen som gis av Nic Waal som en kvinne som forventet fullt engasjement fra alle som omgav henne (Waal, 2001). Samtidig understrekes det at hun ikke var noen enehersker, men en demokratisk leder (Moe, 2005b).

Sommerschield (2005a:211) fikk snart i oppdrag å starte en ny barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Akershus, og utover landet skjedde det en form for «knoppskyting» (Vilsvik 2005:223) – i stor grad styrt fra miljøet rundt Nic Waal og hennes institutt; noe som var mulig på grunn av det nære forholdet til helsedirektør Karl Evang (Ludvigsen og Seip, 2009:17).<sup>55</sup>

Sommerschield (2005a:212) betegner det som et «lykketreff» at de ansatte i det første teamet i Akershus hadde skoleringen sin fra Nic Waal «og kunne enes om å ha en psykodynamisk himmel over gjøremålene.» Spredningen av barne- og ungdomspsykiatriens sterke psykodynamiske orientering skyldes også at den kliniske videreutdanningen som alle ansatte i poliklinikkene må ta, lenge var lagt til Nic Waals institutt (Moe, 2005c; Ludvigsen og Seip, 2009:17). Da myndighetene forsøkte å etablere en ettårig videreutdanning for å sikre fagfolk med barnepsykiatrisk kompetanse til det ekspanderende feltet, gikk Norsk forening for barnepsykiatri i fronten for en omfattende protest som stoppet planene og befestet rollen til Nic Waals Institutt som det Wilhelmssen (2005:331) kaller «Høyborgen for psykodynamisk teori.»

### ***Et mangfoldig fagfelt eller et samlet ideologisk felt?***

Det barne- og ungdomspsykiatriske feltet beskrives som foranderlig, mangfoldig og åpent for nye strømninger gjennom slutten av sekstitallet og hele syttitallet (Ringstad og Spurkland, 1978:13). I løpet av åttitallet beskriver Moe (2005d:361) feltet i stor grad som kulturelt eller ideologisk hvor man var «i ferd med å utvikle en mangfoldig, men likevel felles kunnskapsbase og en felles kultur som riktignok var vanskelig å definere, men som gjorde oss gjenkjennbare for hverandre.» Vedeler (2005b:5) mener at «feltet ikke bare er et fag, men en kulturytring, og som sådan under stadig forandring.» Videre hevder han at barnepsykiatrien «tok opp i seg andre modeller enn den psykodynamiske» hvor han spesielt trekker fram systemisk tenkning og familierapi som en utvidelse av perspektivet (ibid:6). Moe (2005a:283) beskriver feltet som preget av «faglige nyvinninger og ideologiske brytninger».

---

<sup>55</sup> Karl Evang bevarte sitt engasjement for barnepsykiatrien og sin tillit til de sentrale aktørene gjennom hele sin periode som helsedirektør. Sommerschild forteller hvordan hun uten noen form for søknad fikk støtte av Evang til å sette i gang et av sine prosjekt (Tveito, 2012:214).

Han presenterer fire tilnærminger som utfordrer den psykoanalytiske forståelsen etter Nic Waal; ego-psykologien, spedbarnsforskningen, familierapien og atferdsterapien. Jeg vil se litt nærmere på hva dette innebar.

### **Påvirkning fra ego-psykologien**

Den psykoanalytiske tenkningen utsettes allerede under Nic Waal for kritikk for å være for snever, og nyere ego-psykologi vinner innpass. Spørsmålet som må stilles ved en kunnskapskritisk gjennomgang er følgende: Er dette ny kunnskap eller er den kumulativ?<sup>56</sup> Gergen (i Alvesson og Sköldbberg, 2009:30) viser hvordan nettopp Freuds teorier utgjør et grunnlag for kumulativ teoriutvikling. Binder og Nielsen (2006:104) betegner teoriene som fokuserer på selvet og relasjonene, som «nyere psykoanalytiske perspektiv.» Et raskt tilbakeblikk på ego-psykologiens historie viser at den hadde sitt utgangspunkt i miljøet rundt Anna Freud og hennes videreutvikling av farens psykoanalytiske teori. Grøholt mfl (2001:49) understreker at mange har modifisert Freuds teorier og kommet med nye begrep, «men de grunnleggende ideene er de samme.» Seip og Ludvigsen (2009:18-19) finner at selv om ego-psykologien fikk en sentral plass innebar den ikke noe brudd med den grunnleggende freudianske forståelsen av menneskets psykologiske natur. Den innebar likevel en dreining i terapien mot oppmerksomhet på terapeutens rolle som 'nøytral' og på de aller tidligste barneårene.

### **Påvirkning fra spedbarnsforskning**

Også påvirkning fra nyere spedbarns- og småbarnsforskning understrekes av Moe (2005a) som vesentlige. Det aktive nyfødte barnet som selv påvirker samspillet med omgivelsene blir erstatningen for den tidlige konstruksjonen av spedbarnet som «autistisk» de første ukene. Grøholt mfl (2001) betegner dagens dominerende utviklingspsykologiske forståelse som «den tilknytningsteoretiske æraen.» Sped- og småbarnsforskningen er sterkt knyttet til

---

<sup>56</sup> Hjort (2003:422, 427) har for eksempel i sitt indeks-register følgende opplysning når man slår opp både på 'selv-psykologi' og 'ego-psykologi' «se under psykoanalyse/ psykodynamisk terapi.»

tilknytningsteorien. Bowlby (1988) legger særlig vekt på etologi og psykodynamisk teori i utviklingen av sin teori om tilknytning i tidlige barneår og dens avgjørende betydning for den mentale helse. Gjennom dette erstatter han ikke, men utvider det grunnleggende psykoanalytiske perspektivet hvor libido som styrende drift erstattes med mer spesifikke medfødte behov – hvor behovet for tilknytning er ett (Bowlby, 1988:6). Men også her blir barnet mer framstilt som objekt enn subjekt; overlatt til adekvat respons fra den inntonede primære omsorgspersonen.<sup>57</sup> Lieberman og Zeanah (1999) understreker at denne nye forskningen får betydning for psykodynamisk teori og praksis gjennom tilpasning, ikke som ny kunnskap, men som kunnskap som legger seg oppå den etablerte. Thuen (2008:164) minner også om at «det brede internasjonale gjennomslaget» Bowlbys teori fikk, må knyttes til at undersøkelsen han bygde på var «iscenesatt av FN.» Teorien ble i følge Thuen (ibid:165) brukt ukritisk av mange og i følge det «allmenne budskapet» til unge mødre var «morskjærligheten trygghetens grunnpilar.» Gjennom tilknytningsteoriens påvirkning på spedbarnsforskningen forsterkes fokuset på mor-barn-relasjonen og andre relasjoner og forhold tillegges mindre betydning. Smith (2006:170) viser til at det er «gode holdepunkter for å hevde at atypisk (eller desorganisert) tilknytning i sped- og småbarnsalderen er en forløper for psykopatologi som inntreer i senere barnealder eller ungdomsalder.» Slik er det rimelig å hevde at tilknytningsteorien i minst like stor grad som den klassiske psykoanalysen 'skyldiggjør' mor.

### **Påvirkning fra familierapien**

Moe (2005a) understreker særlig påvirkning fra familierapien som postulerer at det er patologiske mønstre i familiesamspillet som fører til at barn utvikler psykiske vansker. Dette synet førte til at den omfattende kliniske undersøkelsen av det syke barnet tones noe ned, mens familiens samspill diagnostiseres. Ungdomspsykiateren Snoek (2002:99) hevder at fokuset på familiens problemskapende samspill og foreldrenes atferd traff «dypt i den nærmest kollektive skyldfølelsen foreldre i vår kultur har når noe rammer barna deres,» en forståelse hun mener også fagfolk er preget av. Det må drøftes om familierapi som

---

<sup>57</sup> Harris (2009) påpeker i artikkelen «Attachment Theory underestimates the child» at barnets medfødte egenskaper og temperament ikke tillegges stor nok betydning i tilknytningsteoretisk forskning.



brukerferfart praksis representerer et paradigmeskifte eller om det er en videreutvikling innenfor feltets grunnleggende forståelse.

Sommerschield og Grøholt (1998:47-50) diskuterer nettopp dette. De understreker det teoretiske opphavet til familierapiene og hevder det er felles for dem at de ikke er utviklet på bakgrunn av empiriske studier: «Feltet er drevet frem av enkeltpersoner med stor evne til og interesse for å utvikle tankemodeller» (ibid:47). Disse tankemodellene er gjerne knyttet til bestemte filosofer. De konkluderer med at det delvis stemmer at tankemodellene innebærer et paradigmeskifte fordi mestring nå gjennomsyrrer arbeidet og at det er grunnleggende nytt at «interessen er flyttet fra tilbakeblikk på ondets rot til en oppdagelsesferd inn i det muliges land.» Å presentere et paradigmeskifte som *delvis* er problematisk; forståelsesformer som utfordrer de dominante teoriene vil leve side om side i en kamp om hegemoni. Enten inkorporeres den utfordrende forståelsen i den dominante dersom forskjellene ikke er for store, den forsvinner eller overtar som dominant (Bourdieu, 2007:178).

Halldis Hjort (2003) har gjort en inngående analyse av ideer i norsk psykiatri. Hun er opptatt av hvordan psykoanalyse og familierapi gjensidig har påvirket hverandre; i den forbindelsen påpeker hun at de store nestorene Stierlin og Boscolo i det europeiske familierapimiljøet opprinnelig var utdannet innen psykoanalyse og «åpenbart har en psykoanalytiker i magen» (ibid:307). Sissel Reichelt (2006:295) peker spesielt på den innflytelsen psykoanalytikeren Daniel Stern har hatt for det norske familierapeutiske miljøet. Slik ser det i større grad ut til at familierapien inkorporeres i den psykoanalytiske grunnlagsforståelsen, enn at den er blitt dominant.

Hjort (2003) viser også at tilslutningen til den familierapeutiske retningen avtok etter 1985; det er få psykiatere som mener at familieteorien har påvirket dem i særlig grad. Etter hvert ble det mest personell med treårig høyskoleutdanning, med vekt på sosionomer, som videreutdannet seg til familierapeuter (ibid:199). Vedeler (2011) peker på hvordan konsekvensene for praksis dermed blir relativt liten fordi denne gruppen befinner seg nederst i hierarkiet blant de ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien. Hjort (2003:227) mener også at

familieterapiens gjennomslagskraft ble redusert fordi psykiatere mistet interessen for videreutdanningen da den ble mindre eksklusiv og også tok opp fagpersonell med høgskoleutdanning.

Ringstad og Spurkland (1978) gir i boka «Familier med nervøse barn. Behandling ved innleggelse» en presentasjon av barnepsykiatrien i Norge hvor de beskriver en kortvarig historie med det individuelle barnet som pasient. Oftest var moren med for å gi opplysninger i en utredningsfase, etter hvert øker oppmerksomheten på barnets forhold til mor og hun involveres mer. Far får etter hvert også en rolle: «Fra en forsiktig begynnelse med at faren var med i foreldresamtaler om barnet og dets problemer en gang i mellom, er det nå en selvfølge at fedrene er med i behandlingen» (ibid:13). Sommerschild og Moe (2005:290) slår fast at foreldre til barn i psykiatrisk behandling får en ny posisjon på grunn av inspirasjon fra familierapien; en posisjon som innebar at man så på foreldrene som «likestilte partnere i arbeidet med å bedre familiens situasjon» (ibid:291). De mener dette var ideer som «spredte seg som ild i tørt gras» (ibid).

Den gjentatte understrekingen av familieorientering og familiebehandling vekker min nysgjerrighet.<sup>58</sup> Praksis beskrives med at familien vanligvis møter sammen til første konsultasjon og at man der avtaler hvordan samarbeidet skal forløpe videre (Halleraker og Uchermann, 1998). I praksis synes disse 'avtalene' å følge det Selmer (1998:7) beskriver som vanlig behandlingspraksis:

..psykologen eventuelt barnepsykiateren [har] et individuelt tilbud til barnet/den unge, pedagogen har ansvaret for å tilrettelegge et pedagogisk opplegg for barnet/den unge, mens sosionomen har ansvaret for kontakten med foreldrene. Denne tilnærmingen bygger på Nic Waals ide om teamsamarbeid, hvor hver av faggruppene bidrar med sin spesielle fagkompetanse

(Selmer, 1998:7).

---

<sup>58</sup> Skårderud (1998:302) ser på mestringshjelp til den rammede (og lammede) familien som det etisk overordnede målet i behandling av anoreksi.

Selmer finner i sin studie fra 1998 at dette er utbredt praksis. Tilsvarende beskrivelse finner jeg hos Moe (1998). Barnet og foreldrene skal ha ulike behandlere fordi «konfidensialiteten er viktig både for barna og for de voksne» (Opseth, 1998:65). Det primære målet for foreldreterapeuten er å være «budbærer for barnet *inn i* familien. I all korthet vil dette være en bærende idé bak terapeutisk foreldrearbeid,» forklarer Fjell og Mohr (2001:11). Halvorsen mfl (2006:9) beskriver en lang tradisjon med individuell behandling i barne- og ungdomspsykiatrien, «selv om en da gjerne har samtaler med foreldre parallelt (i praksis med mor). I min assosiasjon til begrepet ‘familiebehandling’ ligger en omfattende involvering av foreldre, og gjerne søsken – ved at familien faktisk oppholder seg samtidig i det terapeutiske rommet, sammen med terapeuten. I «Retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser» (Statens helsetilsyn, 2000:33) understrekes viktigheten av informasjon og samarbeide og det gjøres en distinksjon mellom familiearbeid og familieteori: «Foreldrene blir dermed nesten å betrakte som behandleres medhjelpere eller forlengede arm. Dette kan kalles familiearbeid og bør skilles fra familierapi». Thune-Larsen og Vrabel (2004:2254) viser til denne formuleringen som om de har realisert intensjonen med den. Samtidig beskriver de sin praksis slik: «Etter rådgivningsfasen bestemmer behandler nødvendig vektøkning og progresjon, samt sikrer at foreldrene som barnets ressurspersoner tar medansvar for denne» (ibid, min understreking).

I feltet legges det til grunn at foreldre er involvert og at familieperspektivet ivaretas. I hvilken grad foreldre opplever seg som involvert når de «jevnlige samtalene med foreldrene» viser seg å være for eksempel en gang hvert halvår (Fjell og Mohr, 2001), er et viktig spørsmål. Likeledes er det sentralt å finne ut om pasienter og foreldre erfarer at familieperspektivet realiseres, når det følgende kan legges til grunn i praksis: «Om man møter en eller flere personer i familien eller i det øvrige klientsystemet, er ikke så viktig. Det viktige er å ha helheten i tankene under behandlingen» (Frøyland, 1998:83).

Moe (2005a:285) understreker at på tross av familieteoriens fokus på diagnostisering av familien og den kritiske holdningen til diagnostisk tenkning i syttiårene, velger BUP å holde fast ved sine pilarer: «Kartlegging av personlighetsstrukturen, familiebehandling, familiens levekår og forståelse av behandlingsprosesser.» Noe paradigmeskifte innenfor barne- og

ungdomspsykiatrisk tenkning og praksis på grunn av familierapien, kan vi ikke snakke om, selv om enkelte miljø ble sterkere orientert mot familierapeutiske tilnæringer.<sup>59</sup>

### **Påvirkninger fra atferdsterapien**

På tross av det mangfoldet av forståelser og tilnæringer som har preget feltet siden slutten av syttitallet (Selmer, 1998; Moe, 2005a) er det kun atferdsterapi og sosial læringsteori som faktisk utfordret det grunnleggende paradigmatisk/ideologiske synet innen den norske barne- og ungdomspsykiatrien. Atferdsterapien representerer et menneske- og kunnskapssyn som er grunnleggende forskjellig fra den «psykodynamiske himmel som lå over gjøremålene» i BUP (Sommerschield, 2005a:212). Den bygger på en behavioristisk forståelse av menneskets atferd som formet av forsterkningsbetingelsene i miljøet (Skjerve, 2006). I forbindelse med radikaliseringsprosessen av psykologistudentene på syttitallet vokste det fram en mer ‘materialistisk’ forståelse av psykoterapi hvor «særlig leninistiske psykologistudenter mente at (...) atferdsterapien «i sitt vesen» kunne være mer i slekt med dialektisk materialisme, for handlinger og praksis var viktigere enn tanker og følelser» (Hjort, 2003:89). Det resulterte blant annet i etablering av to ulike kliniske utdanninger ved Universitet i Oslo rundt åtti-tallet (ibid). Den store ideologiske motsetningen mellom de to retningene som representerte henholdsvis det hermeneutisk fortolkende (psykoanalysen) og det naturvitenskapelige materialistiske (atferdsterapien), beskrives av Arnulf (1993 i Hjort, 2003:89-90) som en «trussel for faget» fordi «Faglige diskusjoner er stort sett bare mulig mellom *likesinnede innenfor en intuitivt definert sekt.*» Når det gjelder det barne- og ungdomspsykiatriske feltet, ble det sammen med Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) påvirket av atferdsterapien og forståelsen spredde seg videre til oppvekstfeltet generelt.<sup>60</sup> Tetzchner (2001:28) peker på denne doble påvirkningen: «Den psykodynamiske psykologien har dessuten hatt meget stor innflytelse på barneoppdragelsen i de siste hundre årene, hele tiden i kamp med den atferdsanalytiske tradisjonen som vokste fram samtidig.» Moe (2005a:284)

---

<sup>59</sup> Dette bekreftes gjennom at kun 38,5 % av foreldre til barn under 16 år opplyser at de ofte deltar i samtaler på BUP (Kunnskapssenteret, 2008).

<sup>60</sup> Men også atferdsteoretiske forståelser av avvik ‘skyldiggjør’ foreldre når de ikke har tilrettelagt barnets læringsmiljø tilfredsstillende.

beskriver sosial læringsteori og atferdsterapi som inspirasjonskilder fra barnepsykologien, og mener at dette representerte «en alternativ modell både for distriktsarbeid og ikke minst for arbeid i institusjonene.» Min gjennomlesing av beretningene fra nitten fylker fra pionèrene om etablering og utviklingen av barne- og ungdomspsykiatrien (Sommerschild og Moe, 2005) viser en konsensus rundt den tidligste etablerte faglig-ideologiske tilnærmingen; psykodynamisk tenkning og sosialt orienterte tiltak. Kun i forhold til arbeid med barn med autisme (Vedeler, 2005a, b) og som verktøy på behandlingshjemmene kan man finne atferdsteoretisk baserte tilnærminger. Innenfor HVPU er dette en sentral arbeidsmåte, men de færreste BUP'ene hadde noe ansvar for HVPU og hentet derfor lite inspirasjon fra dette fagområdet. Hjort (2003:89) mener det også er sannsynlig at sosial læringsteori og atferdsterapi på grunn av det dårlige omdømmet etter «Gro» og «Sol»-sakene, mistet noe av sin påvirkningskraft.

## **Ungdomspsykiatri**

Når det gjelder psykiatrisk behandling av ungdom, er tilnærmingen preget av den psykoanalytiske løsrivelsesforståelsen. I et eget kapittel om ungdom «Lærebok i barnepsykiatri» (Sommerschild og Grøholt, 1989) understreker Næss (1989) hvor viktig det er at den unge må skape avstand til sin nærmeste familie for å kunne etablere en egen identitet. Ungdommens viktigste psykologiske oppgave er «å finne frem til nye roller i nye relasjoner» (ibid:394) og de må etter hvert frigjøre seg fra «familiens bånd» (ibid:396). I kampen for frigjøring fra «de tette familiære bånd vil mange ungdommer bli symptombærere for et «sykt» familiesystem,» mener Næss (ibid:404). Siden autonomi og løsrivelse er målet, må det praktiske arbeidet, også i familierapi, gjennomføres «individuellt eller med ungdom og foreldre hver for seg» (ibid:409). For øvrig understreker Næss (ibid:408) at særlig i arbeid med ungdom er det viktig at terapeuten er reflektert slik at «ideologi og teori» kan bli «integret i ens personlighet». Slik jeg leser dette handler det om å inkorporere en forståelse slik at den kan omsettes som nærmest intuitiv praksis og ikke som behandlingsvalg på bakgrunn av symptom, pasientens behov og livsbetingelser. Det er nettopp denne typen praksis Stoltenberg (2007:11) stiller seg kritisk til når hun etterlyser mer refleksjoner i den kliniske hverdagen i BUP.

Også Snoek (2002) legger en forståelse av ungdomstid som løsrivingstid til grunn for sin tilnærming i den anbefalte læreboka «Ungdomspsykiatri.»<sup>61</sup> Her beskriver hun særlig alderen mellom fjorten og seksten år, «høyadolescensen,» som «en pågående maktkamp» mellom barn og foreldre (ibid:65). Når det gjelder familier med «problemungdom,» bygger hun på Stierlins (1976 i Snoek, 2002:81-92) typologiseringer av de problemskapende «bindingsfamiliene,» «utstøtingsfamiliene» og «delegeringsfamiliene» - ulike familietyper som bidrar til ulik symptomdannelse hos ungdom.<sup>62</sup> Selv om ikke mor er den som direkte rammes som 'skyldig' fordi «I destruktive samspill har ingen skyld» (ibid:92), er det enkelt å finne igjen både 'parent-blaming' og 'mother-blaming' i de kliniske eksemplene hun diskuterer gjennom hele boka; for eksempel i forhold til spiseforstyrrelser (ibid:209-216).

Barne- og ungdomspsykiateren Søren Hertz (2004) beskriver det som en del av «et kulturelt og tidstypisk tema» at ungdom blir behandlet utenfor en familiekontekst.<sup>63</sup> Dette fører til at viktig informasjon går tapt og at det kan bli vanskeligere for den tilfrisknende unge å holde fast ved sin nye identitet som frisk. Han mener de unge pasientenes motstand mot å trekke inn foreldrene blir lyttet for mye til av terapeuter og oppsummerer sin erfaring:

Forældrene sætter pris på at blive betydningsfulde – og det viser sig ofte, at de unges ønsker om ikke at ville have forældre eller familie inddraget hænger sammen med at ville beskytte dem eller i hvert fald ikke belaste relationen yderligere  
(Hertz, 2004:33).

Her er det viktig å ha med seg at hvordan barn og unge selv oppfatter sine handlingsmuligheter, også er «nært innvevd i kulturens oppfatninger foreldreskap, barndom,

---

<sup>61</sup> Boka er anbefalt av Garløv og Haavet (2010:9) til fastleger og andre i førstelinjetjenestene.

<sup>62</sup> Stierlins typologier er utviklet på bakgrunn av en psykoanalytisk grunnlagsforståelse med id, ego og superego som organiserende for selvet (Snoek, 2002:81).

<sup>63</sup> Forståelsen av ungdomstid som en fase med behov for avstand og løsrivelse, som igjen vil ha konsekvenser for terapi, står fortsatt sterkt i ungdomspsykiatrien viser et intervju på R-BUP Sør og Øst sine hjemmesider i forbindelse med en boklansering. Forfatteren av boka «I dialog med barnet,» Bjørg Røed Hansen, sier det som er spesielt med terapi med ungdom er at «de skal løsrive seg og orientere seg på nytt i forhold til nære relasjoner.»

<http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/doc/FE8EC492DF07719BC1257A9300287701> lest 22.10.2012

utvikling og familieliv» (Jensen, 2002:78). Slik vil forestillingen om ungdoms autonomi som kulturelt ideal, bidra til forventninger om autonomi både hos den unge og terapeuten.

### **En grunnleggende konsensus**

Grøholt, Sommerschild og Garløv (2001:43) mener i den reviderte utgaven av «Lærebok i barnepsykiatri» at læringsteori, kommunikasjonsteori og tilknytningsteori er «teoretiske nyvinninger» som har ført til at man nærmer seg «et paradigmeskifte i grunnlagstenkningen.»

Tetzchner slår fast følgende:

Den psykodynamiske tradisjonen har hatt en enorm innflytelse på klinisk psykologi. Det var den første systematiske behandlingen som ble lagt spesielt til rette for barn. Til tross for at Freud ikke selv arbeidet med barn, har hans teori dominert barnepsykologien enda mer enn voksenpsykologien, der flere behandlingsretninger konkurrerte<sup>64</sup>

(Tetzchner, 2001:28).

«Behandlere blir lett forelsket i sine egne behandlinger,» hevder Skårderud (1998:305). Hjort (2003:349) mener at valg av terapiform synes å ha vel så mye med «profesjonenes utdanningskultur og sedvane» å gjøre som med terapeutiske behov hos pasientene.

Stoltenberg (2007:11) er opptatt av det samme når hun undrer seg over tilfeldighetenes betydning for hva slags tilbud barn og foreldre får: geografi og enkelterapeuters preferanser synes mer avgjørende enn «hvilke problem det henvises for.» Kennair (2009:196) mener nye behandlingsformer ikke finner fotfeste innenfor psykisk helsevern fordi feltet er styrt av at ideologi «har fått gå foran pragmatisme.» I følge Bjørk og Neumer (2010:938) er den største utfordringen i forhold til å implementere nye behandlingsformer i BUP knyttet til ulike psykologers «ulike teorier og/eller ideologier.» Stoltenberg (2007) er langt på vei enig i at klinikere viser motstand mot kunnskapsbasert klinisk praksis, og støtter seg på et utsagn fra

---

<sup>64</sup> Pionerene støtter dette synet på forskjellene mellom barnepsykiatrien og voksenpsykiatrien. De faglige motsetningene og utfordringene det legges vekt på i de historiske tilbakeblikkene, handler også om kamper for å avgrense seg fra voksenpsykiatrien. Det er i kamper om ledelse av klinikkene dette særlig kommer til uttrykk, hvor barnepsykiatrien er redd for å miste det sosialmedisinske og psykoanalytiske perspektivet som kjennetegner tjenesten (Sommerschild og Moe, 2005:189).

Rønning mfl (1998 i Stoltenberg, 2007:12): «Klinikere innen psykisk helsevern for barn og ungdom har en tendens til å styre sin praksis ut fra avgrensede teoretiske postulater.»

I første utgave av «Lærebok i barnepsykiatri» slår Sommerschild og Grøholt (1989:35) fast at på tross av at både lærings- og kommunikasjonsteorien har preget barne- og ungdomspsykiatrien, representerer psykodynamisk teori «fortsatt en hjørnestein i det faglige grunnlaget.» Terje Halvorsen (1997) finner i en undersøkelse av forståelsesformer blant ansatte i BUP at det han kaller 'det terapeutiske perspektivet', dominerer. 'Det terapeutiske perspektivet' bygger på en individualistisk sykdomsmodell som både kan ha biomedisinske og psykoanalytiske årsaksforklaringer. Samtidig uttrykker informantene kritikk overfor denne dominante forståelsen, men som det perspektivet som gir høyest status som «vitenskapelig» vil det ofte unndras «profesjonsintern fagkritikk,» hevder Halvorsen (ibid:166).

Hjort (2003:351-352) viser hvordan familieteorien og psykoanalysen har beveget seg mot hverandre; og hun stiller spørsmål om det kanskje er feil å bruke begrepet psykoanalyse om en teori som har tatt opp i seg så mange andre teorier og forståelser, slik at den i dag ikke legger vekt på de opprinnelige fenomenene. På bakgrunn av sin undersøkelse blant psykologer og psykiatere kan hun påvise at psykoanalysen var den «signifikant mest foretrukne teori» også i barne- og ungdomspsykiatrien i 1995 (ibid:149).

Vedeler (2005b) peker på at feltet er styrt av faglig kunnskap bygd på teoretiske perspektiv og klinisk erfaring. Men med følgende utsagn mener jeg han løfter fram ideologi som sentralt: «Medarbeidernes viktigste verktøy er egne meninger, troer og verdier» (Vedeler, 2005b:28). Sommerschild og Moe (2005:368) oppsummerer beskrivelsene av feltets historie «mer som en bevegelse enn et fagområde». Den ideologiske tenkningen var sentral og «grunnbegrepene var likeverd, rettferd, utfoldelse og innlevelse (...) mens det empiriske grunnlaget for behandlingsmetodene ikke ble etterspurt i særlig grad.» Det ideologiske og politiske er framtrødende når en studerer feltets og aktørenes historie: Gjennom Nic Waals radikale politiske syn og hennes posisjon i forhold til helsedirektøren som sentral beslutningstilrettelegger og beslutningstaker, allianser mellom sentrale byråkrater og



fagpersoner utvikles og spres et ideologisk forankret fagfelt. Arven etter Nic Waals og Mot Dag-bevegelsens radikale mål om en syntese av psykoanalyse og marxisme; det Sommerschild og Moe (2005:72) kaller «barnpsykiatriens umiskjennelige radikale image,» er tydelig på tross av at «mange nye impulser har lagt seg over og tildekket disse første spirene.»

Det er grunn til å være tvilende til om vi nærmer oss et «paradigmeskifte i grunnlagstenkningen» slik Grøholt og Sommerschild (2001:43) beskriver. Den psykoanalytiske teoriens gjennomslag har påvirket, og påvirker, i stor grad vår forståelse av 'barn', 'foreldre', 'familie' og oss selv (Burman, 2008:2) og den har hatt en strukturerende innvirkning på hva vi faktisk erkjenner (ibid:26). Burman påpeker også hvordan utviklingspsykologiens barnesyn har ført til et nytt kvinnesyn: «.her identity as woman is absorbed into that of mother: she is treated as responsible for her child's subsequent deeds and misdeeds through the emphasis on the importance of early experience» (ibid:79).

### ***Skyldfølelsens forankring***

Å balansere frihet og voksenregulering i den frie barneoppdragelsen ble en ny utfordring for foreldregenerasjonene etter dette teoretisk-ideologiske skiftet. På grunn av teoriens gjennomslag blir den formativ og produktiv; den skaper også barn med fasespesifikke kjennetegn fordi vi forventer det, tilrettelegger for det, forsterker det som stemmer med teorien, og dermed gir teorien enda større «empirisk» begrunnelse (Sagberg og Steinsholt, 2003). Gjennom påvirkningen på den vestlige barneoppdragelsen har foreldre forsøkt å tilpasse sin atferd til den rådende konstruksjonen. Forventningene om fremmedfrykten i 9-månedersalderen, om 3-årstrassen, den riktige tida for renslighetstrening, den utfordrende ungdomstida og så videre henter sin næring fra den klassiske psykodynamiske faseteorien. Denne sterke vektleggingen av barndommens betydning og av foreldrenes evne til å møte barnet på dets fasespesifikke behov, har i følge flere forskere bidratt til skyldfølelse hos foreldre til barn med psykiske vansker (Thorn og Holte, 2006; Engmark mfl, 2006; Skårderud, 2002; Hasle og Risstubben, 2007; Heiervang og Guribye, 2005; Aamodt, 2005; Sommerschild og Grøholt, 1989; Ambert, 2001).

Under psykoanalytisk teoris påvirkning var, og er, mødrene særlig utsatt. Badinter (1981:196) peker i sin historiske analyse av den 'naturlige' morskjærligheten, på hvordan arven etter Freud, gjennom den omfattende popularisering «har etterlatt et dypt spor i kvinnenes bevissthet.» Samtidig var mødrene ikke personlig ansvarlige fordi det hvilte «en psykopatologisk forbannelse» over de som ikke strakk til (ibid:195). Fra den norske praksisen forteller Sommerschild (2005b:269) at mødrene kunne bli stemplet som «forførende og altfor ettergivende eller som rigide og straffende, og i begge tilfeller tillagt skylden for barnets problem.» Her ser vi et eksempel på at også grensesettingsforståelsen med for strenge eller for milde grenser, i tråd med atferdsteorisk tenkning trekkes inn, men som Nic Waal (1962:172) slår fast: «Man kan si generelt at familiekonflikter av enhver art først og fremst bunner i manglende varme, forståelse og kjærlighet. Bare den som eier evnen til å elske, forstår fullt ut et annet menneskes behov, aksepterer det og gir det følelsen av trygghet.» Hun forteller at hun stadig får nye pasienter fordi foreldrene ikke evner å gi barna en trygg og betingelsesløs kjærlighet. Dette knyttes direkte til at de er styrt av egen familiebakgrunn og ubevisste motiv (ibid:110). Gjennom også å ta foreldrene i terapi friskner barnet til. Det er mange mødre som trenger hjelp fordi: «Bare et menneske som har fred med seg selv – et menneske som kan glede seg og ha overskudd – har et naturlig instinkt overfor sin gjerning som oppdrager. (...) Det er riktig nok uhyggelig få» (ibid:71). Bearbeiding av foreldrenes skyldfølelse over å ha sviktet som oppdragere, trer ikke fram som noe tema i de kliniske eksemplene. Oppfølgingen fra klinikerne er i form av oppdragsveiledning og egenerapi ofte ved at alle i familien får sin egen terapeut; barnet, mor og far hver for seg (ibid).

Sommerschild og Grøholt (1989) er opptatt av foreldres skyldfølelse i den første utgaven av sin «Lærebok i barnepsykiatri», og forteller om hyppige møter med mødre «tyngt av skyldfølelse» (ibid:82). De gir de psykodynamiske teoriene ansvaret for dette, men understreker samtidig at «empirisk forskning bekrefter hvor avgjørende de første leveår og forholdet til moren er» (ibid). Fra to-tre årsalderen er atferden blitt en del av barnets karakter, og således vanskelig å endre. De viser til Sroufe (1985 i Sommerschild og Grøholt, 1989:82) når de slår fast at det emosjonelle miljøet er av større betydning enn arv og barnets temperament. Samtidig er de åpne for at vi ennå ikke vet nok om andre faktorerets betydning

fordi forskningen som beviser at mor-barn-dyaden er avgjørende, bare har studert mor-barn-dyaden.

For å hjelpe de skyldbetyngede mødrene, som i stor grad er offer for forhold utenfor egen påvirkning, må oppmerksomheten forskyves fra skyld til sammenhenger (ibid). En slik forskyvning vil ofte innebære en ugyldiggjøring av den erfarte skyldfølelsen mener både Leira (2003) og Kristoffersen (2002). Den blir brakt til taushet i det terapeutiske rommet uten å bli bearbeidet. I den reviderte utgaven av «Lærebok i barnepsykiatri» (Grøholt mfl, 2001) er mødrenes skyldfølelse ikke lenger et tema. Tausheten om dette sentrale temaet for foreldre er for meg påfallende. Noen ganger kan det være like viktig å analysere det som ikke står i en tekst, som det som står der. I denne sammenhengen, hvor tilknytningsteorien «med tilhørende empiri [introduseres] som et av de viktigste verktøyene for dem som arbeider med barn og familier» (Grøholt mfl, 2001:55), blir mor-barn-relasjonen tillagt avgjørende betydning i empirisk forskning. Angsten for å skape skyldfølelse gjennom å tematisere den, kan ligge til grunn for tausheten om emnet (Hafstad og Øvreide, 2011). Det er nærliggende å betegne foreldres skyldfølelse for barnets lidelse som psykiatriens nye tabu.

### ***Fra barnepsykiatriske til common-sense-forståelser***

Den tidlige barne- og ungdomspsykiatrien hadde et mål om å spre den innsikten i «menneskets atferdsforstyrrelser» som var vunnet «først og fremst [gjennom] utviklingen av de psykodynamiske behandlingsmåter» (Sosialdepartementet, 1956: 14). De ansatte ved alle klinikkene deltok i utstrakt grad i opplysningsarbeid, og holdt kurs, seminarer og kveldsmøter for både fagfolk og foreldre.<sup>65</sup> Allerede i 1956 slår «Utvalget for psykisk barnevern» fast følgende: «Den psykoanalytiske tenkning har også øvet en særdeles stor innflytelse, og både oppdragsarbeid og sosialt arbeid har fått et annet preg» (Sosialdepartementet, 1956:14).

---

<sup>65</sup> I målsettingen til BUP-Tønsberg ble det slått fast at klinikken skulle være et senter for oppdragelse (Vedeler, 2005b).

Gjennom distriktsutbyggingen blir det klart at det ikke kunne drives kurativ virksomhet etter de metodene som var lært på Nic Waals Institutt; pasientene hadde for lang avstand til klinikken til å kunne møte hver uke. Distriktspioner-virksomheten utviklet seg til konsultative team med omfattende oppfølging av kommunale helse- og sosialarbeidere som hadde det meste av den direkte kontakten med barnet og familien (Sommerschild og Moe, 2005). Også gjennom denne konsultative modellen spredde den barnepsykiatriske forståelsen seg raskt blant profesjoner som jobbet med barn og unge.

Særlig pedagogikken ble påvirket av utviklingspsykologien (Jenks, 1996; Tetzchner, 2001; Sagberg og Steinsholt, 2003; Thuen, 2008). Begrep og ideer fra den klassiske psykoanalysen fikk stor innflytelse, også hos «andre oppdragere, innbefattet foreldre i sin alminnelighet,» i følge Nielsen og Binder (2006). Halvorsen (1997:1) påpeker også hvordan synspunktene til fagfolk innenfor det barnepsykiatriske feltet har stor tyngde fordi «de oppfattes som «vitenskapelige.» Dette gjør at fagfolkenes oppfatninger ofte vil være rådende også utenfor fagfolkenes rekke.»

Andenæs (1996:399) finner så mange fellestrekk i foreldres forestillinger om hva barns utvikling er, at hun mener det kan kalles «en moderne folkepsykologi.» Jensen (2002:81) slutter seg til denne «folkepsykologi»-forståelsen som «vår utviklingspsykologiske forståelse av hvordan barn *er* og *skal utvikle seg*, og ikke minst hvordan foreldre skal *oppføre seg* for at barna skal utvikle seg på denne måten.» Under overskriften «Fra den ansvarlige til den skyldige» slår Aamodt (2005: 206) fast at «denne felles mening grunner seg på den psykodynamiske tenkemåte med stor vekt på morens ansvar for barnets psykiske helse» og hun viser også hvilken kraft tenkemåten har. Hjort (2003:351) viser til forståelsessystemenes gjennomgripende kraft og motstand mot endring når hun påpeker at «menigmann har et bilde [av psykoanalyse] som ligger noe tilbake i tid (...).»

Slik vil de store fortellingene fortsette å virke som menigmanns bilder av «de fortolkningsalternativer som er tilgjengelige i kulturen» (Jensen, 2002:81) - lenge etter at vitenskapen har utfordret dem.

Beck og Beck-Gernsheim (1995) understreker hvordan forståelse og utøvelse av foreldreskapet er blitt en krevende praksis som i økende grad er påvirket av psykologer og pedagoger, gjennom «the modern imperatives» (ibid:128).<sup>66</sup> De refererer til omfattende forskning som viser at foreldre omsetter disse imperativene til praktisk handling og at kravet om å optimalisere barnets utviklingsjanser fører til et konstant press, særlig på mødrene, «to meet the new demands» (ibid:129). De spør seg hvorfor foreldre ikke gjør opprør mot ekspertenes (ofte motstridende) råd, og svaret er dobbelt. For det første er de selv innvevd i dette: «A net of theories is thrown over the children, and mothers get caught in it» (ibid:130) fordi det utgjør en del av samfunnets felles kulturelle forståelse av hva barn er og hva barn trenger. I tillegg til dette ligger hele ansvaret for barnets utvikling på foreldrene: «The message has a refrain: if you ignore your child's needs you risk damaging it, maybe even ruining its chances of getting on in life» (ibid), og dermed blir den som rammes «what is closest to their hearts, their beloved child.»

James, Jenks og Prout (1998) viser hvordan forestillingene om barndom virker fra teoriutvikling i fagfeltet til de nedfeller seg som hverdagsforestillinger om barn. De mener de freudianske ideene og den store interessen for psykologi: «produced something of a volte-face in our thinking about the child» (ibid:19). De etablerte konstruksjonene har vi med oss inn i nye forståelser: «...they are models which continue to inform everyday actions and practices alongside more sophisticated sociological theorizing about childhood», hevder James mfl (ibid:21).

Det er med en bakgrunnsforståelse av at barne- og ungdomspsykiatrien har vært et teoretisk-ideologisk styrt felt i større grad enn et empirisk styrt felt, jeg går over til en presentasjon av dagens barne- og ungdomspsykiatri.

---

<sup>66</sup> De oppsummerer pedagogiseringen/psykologiseringen egentlig som en instrumentalisering: «each action is defined as a learning event and is meant to stimulate creativity, aid emotional development and encourage the child to learn» (Beck og Beck-Gernsheim, 1995:132).

## ***Dagens barne- og ungdomspsykiatriske forståelser og tilnærminger***

De faglige forståelsene og tilnærmingene som preger det barne- og ungdomspsykiatriske feltet, beskrives ofte som mangfoldige (Selmer, 1998; Grøholt mfl, 2001; Haavind og Øvreeide, 2007).

Marit Sitter (2008) gir et tydelig bilde av det mangfoldige når det gjelder ulik bruk av diagnoser. I Helse Vest har 6,6 % av BUP-pasientene en diagnose innenfor 'affektive tilstander', mens tallet for Helse Midt er 4,3 %. Når det gjelder 'andre atferds- og følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen' har Helse Vest 12,2 % pasienter innenfor denne diagnostiske kategorien, mens Helse Nord har 7,7 % (ibid:76). Sitter (ibid:1) slår også fast at det er «stor variasjon i behandlingsomfang og behandlingstid innad i og mellom diagnosekategoriene.» Helsetilsynet (2010) oppsummerer for depresjoner at det i «varierende grad foretas strukturert utredning og behandling (...) ut over innhenting av anamnese. Det er i stor grad opp til den enkelte saksansvarlige å avgjøre hvordan utredning og behandling gjennomføres.» Det er umulig å si hva som er den mest utbredte behandlingsformen; individuelle samtaler med barnet; foreldreveiledning; familierapi; medikasjon; gruppeterapi; ambulante akutt-team eller andre tiltak tilhører samme kategori 'direkte tiltak'.

Israel mfl (2004:133) slår fast at vi, også internasjonalt, vet lite om «how much parents actually are involved in clinic therapy of adolescents.» Det er rimelig å forvente store variasjoner siden diagnostisering og behandling «vary from therapist to therapist» (ibid:137). I sin egen undersøkelse av sju klinikers praktisering av foreldredeltakelse i ungdomsterapi, finner de omtrent like mange konsultasjoner med foreldrene som med pasienten. Kontakten med den unge pasienten er direkte, mens kontakten med foreldre i stor grad er telefonsamtaler med mor. De slår fast at det fortsatt er liten kunnskap om realisering av «the Parents as Partners Principle» (Alexander og Dore, 1999). Alexander og Dore (1999:259-262) identifiserer fire barrierer for faktisk realisering av dette prinsippet. To kan sies å være knyttet til klinikers konstruksjoner av foreldre til 'psykisk sykt barn'; mødre som årsak til barnas

lidelse og ulike (kulturelle) forståelser av oppdragelse mellom foreldre og klinikere. I tillegg peker de på generelt liten familieorientering i vestlig kultur og lav kompetanse i forhold til helhetlig forståelse av familiefungering. Barnepsykiateren Solfrid Hjellset Larsen (2011:112) mener at fokuset på evidensbaserte behandlingsmetoder og ny kunnskap om utviklingen av barnehjernen har «styrket fagets biologiske substans.» Psykologtidsskriftets redaktør Bjørn Olsen (2010 i Madsen, 2010:158) trekker også inn en dimensjon knyttet til at psykologers praksis beveger seg mot «en individrettet helseprofesjon, mens mer systemiske perspektiver utelates.» En slik individorientert og biologisk dreining kan stå i motstrid til en mer helhetlig praksis.

Hva som faktisk gjøres i det terapeutiske rommet vet vi lite om. Dette er også en av konklusjonene i Sluttrapporten av evalueringa av opptrappingsplanen (Forskningsrådet, 2009:10): «Opptrappingsplanen er i hovedsak en strukturreform med svakt fokus på innhold og kvalitet.» Det er et stort problem «at vi vet lite om innholdet i tjenestetilbudene som gis. Vi vet derfor ingen ting om kvaliteten på disse tilbudene» (ibid:133, min understreking).<sup>67</sup> I følge Forskningsrådet (ibid:138) kan det manglende fokuset på behandlingskvalitet skyldes «at fagmiljøene abdiserte fra den nødvendige, men faglig svært utfordrende oppgaven det er å skulle definere hva som er et faglig tilfredsstillende behandlingstilbud.» Sunniva Ørstavik (2008:111) påpeker at unnvikelse fra å ta opp de virkelige problemene innen psykisk helsevern er hovedårsaken til at vi kun har hatt en strukturreform. De viktigste forholdene som i følge henne forhindrer godt psykisk helsearbeid, er «en paternalistisk kultur (...) et ensidig kunnskapssyn [og] makt som tilsløres og gis andre navn» (ibid).

Behandlingsveiledninger kan gi noen svar på hva som anbefales gjennomført. Jeg har sett på noen av diagnosene jeg har inkludert i min studie i «Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri» fra Den Norske Legeforening (2012).<sup>68</sup> Veilederen gir en oversikt over aktuell forskning og «hva som anses som god praksis i klinisk arbeid» (Haaland, 2012). For

---

<sup>67</sup> De undersøkelsene som også inkluderer behandling i barne- og ungdomspsykiatrien, ser på faktorer som tilfredshet med behandling, frekvens, varighet av tiltak og behandlingsforløp.

<sup>68</sup> <http://legeforeningen.no/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/> Lastet ned 4.5.2012

tilstandene spiseforstyrrelse, angst, tvangslidelse og depresjon anbefales multimodale behandlingsformer hvor foreldre involveres gjennom veiledning og opplæring fra spesialisthelsetjenesten; ofte kognitiv atferdsterapi individuelt eller i gruppe; informasjon til lærere og eventuell medikamentell behandling i tillegg til psykososial oppfølging.

Også når det gjelder utredning og den diagnostiske prosessen understrekes viktigheten av det multimodale i «Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri» slik vi finner det igjen i dette spørsmålet som klinikere må stille:

Hvorfor har dette barnet med sin arv og biologiske særtrekk, med denne personlighet, og med disse ressursene, med denne familiebakgrunn, som går på denne skolen og er i dette fritidsmiljøet, som lever i dette samfunnet, med denne kulturelle bakgrunn - nå fått disse vanskene og disse symptomene?

(Nøvik og Lea, 2012)

Man må i følge Legeforeningen tilstrebe «å integrere bio-, psyko-, sosio-, kulturelle forståelsesmodeller gjennom tilnærminger som er både individrettet og systemrettet» (Garløv og Wilkinson, 2012). Gjennom veilederen får man et klart inntrykk av at det råder konsensus om det vi med Kendler (2005) kan kalle «den integrative pluralistiske modellen.» Det er viktig å legge til grunn at selv om veilederen er av nyere dato, bygger den på eldre forskning og behandlingsanbefalinger. Jeg finner igjen ideologien om helhetlige, systemiske og individuelt tilpassede behandlingsopplegg for barnet og familien slik de er skissert som etablert praksis i alle presentasjonene fra de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i «Da barnepsykiatrien kom til Norge» (Sommerschild og Moe, 2005). Fagfeltets selvforståelse er preget av at en praktiserer utrednings- og behandlingsarbeidet i nært samarbeid med pasient og foreldre, slik det for eksempel er formulert i «Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker» (Sosial- og helsedirektoratet, 2001:30): «Regelmessige familiesamtaler med fokus på relasjonen mellom pasient og pårørende bør også gis når det er behov for dette. Av naturlige årsaker er dette mer innarbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien enn i voksenpsykiatrien.» Det legges her til grunn at praksis er som det formulerte idealet. Det vises samtidig til at «de fleste poliklinikker praktiserer en utstrakt autonomi for den enkelte behandler» (ibid:11). I «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (Helsedirektoratet, 2008b:13) er en av hovedmålsettingene at: «Det psykiske helsevernet for



barn og unge skal være kunnskaps- og erfaringsbasert, og brukererfaringer er en del av kunnskapsgrunnlaget.» Det understrekes at brukererfaring også er et spørsmål om opplevd kvalitet på individnivå og det nevnes sentrale punkt for tilrettelegging av brukermedvirkning (ibid:14): «Barn/unge, foreldre og behandlere bør i fellesskap sette opp mål for utredning og behandling (...) Det bør legges opp til regelmessig evaluering av behandlingen, der både barn/unge, foreldre og behandlere (og eventuelt andre) er informanter.» Paradokset her er at dersom feltets selvforståelse av å drive helhetlig behandling i tett samarbeid med barnet og foreldrene stemmer, skulle ikke disse anbefalingene vært nødvendige. Veilederen viser ikke til forskning angående pasient- og pårøndererfaringer fra BUP, men peker på at Helsetilsynet finner at det er mangelfull generell kunnskap om pasient- og pårønderrettigheter i tjenesten (ibid:79).<sup>69</sup> Dette kan ha konsekvenser i form av mangelfull ivaretagelse av retten til brukermedvirkning etter pasientrettighetsloven §3-1, og rett til informasjon etter §3-2 (ibid:80).

Ørstavik (2008:117) har et maktperspektiv på mangelfull realisering av brukermedvirkning og understreker at «brukermedvirkning må forstås som en maktforskyvning for at det skal ha reelle konsekvenser for bedre psykisk helsearbeid.» Som leder av Rådet for psykisk helse i deler av opptrappingsperioden tar hun også selvkritikk fordi de «ikke var tydelige nok på at mer av det samme var ikke det vi ville ha. Og ingen ville diskutere at det er sterkere krefter enn politiske føringer som rår på psykisk helsefeltet.» Disse kreftene er knyttet til den dominerende diagnostiske kulturen preget av paternalisme og ensidige kunnskapssyn. Men ansatte innenfor feltet synes å mene at de realiserer brukermedvirkning (Skårderud mfl., 2010:45).

Riksrevisjonen (2007) har gjort en omfattende undersøkelse av både det kommunale og statlige tilbudet til barn og unge med psykiske problem. Jeg vil her se mer på det polikliniske behandlingstilbudet. For det første slås det fast at det er store lokale variasjoner når det gjelder

---

<sup>69</sup> Rapport 2003-4 fra Helsetilsynet vedrørende tilsyn med barne- og ungdomspsykiatrien er ikke behandling en del av tilsynet.  
[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/oppsummering\\_landsomfattende\\_tilsyn\\_helsetjenester\\_barn\\_unge\\_psykiske\\_problemer\\_2002rapport\\_042003.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/oppsummering_landsomfattende_tilsyn_helsetjenester_barn_unge_psykiske_problemer_2002rapport_042003.pdf) . Lastet ned 8.8.2012

konsultasjons- frekvens, -varighet og -omfang, og at behandlingstilbudet dermed ikke er likeverdig (ibid:11). For det andre viser gjennomgangen at det er mangler ved kvaliteten på tjenestene og mangelfullt arbeid med kvalitetsforbedring (ibid:12-13). For det tredje vises det til et sprik i faglige vurderinger i forhold til forsvarlig ventetid ved en og samme diagnose fra sju til nitti dager, noe som også svekker muligheten for likeverdige tjenester, men som også viser at det må ligge til grunn svært ulike forståelser av den aktuelle diagnosen. For det fjerde og for meg mest interessante er at det kommer fram et sprik mellom feltets selvforståelse vedrørende «egne vurderinger av hvor flinke de er til å utarbeide individuelle planer» og journalgjennomgang som viste at under tre prosent faktisk har en slik plan. Likeledes svarer halvparten av klinikkene at de i stor grad utarbeider behandlingsplaner, mens gjennomgang av journaler for 220 pasienter viser at behandlingsplaner er «omtrent fraværende» (ibid:13).

Forskningsrådets sluttrapport fra evalueringen av opptrappingsplanen (2009:72) peker på det samme spriket mellom ansattes og pasienter og pårørendes forståelse: «Samordningen på det kommunale nivået oppleves av fagfolkene som jevnt over god,» mens «En betydelig del av foresatte og unge brukere er misfornøyd eller kun delvis fornøyd med koordineringen av det kommunale tjenestetilbudet.»

Når det gjelder behandlingsplaner fastslår «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (Helsedirektoratet, 2008b:32) følgende: «Etter utredning og diagnostisering skal det utarbeides en behandlingsplan sammen med pasient og/eller foreldre». Det understrekes at behandlingen som gis skal være «kunnskapsbasert» (ibid:63), noe som kan være forskjellig fra det erfarne kravet om «evidensbaserte tilnærminger» som deler av feltet reiser omfattende kritikk mot (Aamodt, 2005; Sommerschild og Moe, 2005; Vedeler, 2011). Behandlingen må tilpasses den enkelte pasient og families ønsker og behov, derfor må man ha en bredde i behandlingstilnærminger (Helsedirektoratet, 2008b:34) og legge vekt på familiens ressurser og mestring. For øvrig vises det også til den opplæringsplikten BUP har overfor pasienter og pårørende etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-8.

Innstillingen fra Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB, Arbeidsgruppe 3 (2011) er opptatt av tregheten fra forskningsbasert kunnskap til praktisk gjennomføring i feltet.<sup>70</sup> Det vises til Eirings (2011 i Arbeidsgruppe 3:4) dokumentasjon på at «30 til 40 prosent av pasientene ikke får dokumentert effektiv behandling, og at 20-25 prosent av pasientene får behandling som ikke er nødvendig, eller kan være skadelig.» Innstillingen til arbeidsgruppa kan leses som en kritikk av rådende praksis når det legges vekt på at «Gruppens fokus har vært å få inn større bevissthet ift valg av metode» og at regelmessig evaluering av behandling er nødvendig «for å sørge for at veiledere og retningslinjer brukes bevisst og reflektert» (Arbeidsgruppe 3, 2011:5).

Uansett hvordan det profesjonelle synet endrer seg, vil det ta tid før nye forståelser får gjennomslag som common-sense. Honneth (2003:119) tematiserer denne tregheten når han kritiserer sosiologiens samtidsdiagnoser for å ha «..undervurdert den hårdnakkethed, hvormed religiøse overbevisninger og metafysiske meningsforventninger, kort sagt orienteringen i retning at «de store fortællinger», sad fast i den sociale dagligdagsbevidsthed.»

Det gjenstår å se om nye forståelser og praksiser slik de er formulert i «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» realiseres: «Barn og foreldre må også kunne forvente å bli hørt og involvert i behandlingen, slik at de selv opplever medvirkning og mestring» (Helsedirektoratet, 2008b:55). Først når dette erfarer av barn og foreldre som praksis og ikke bare formulert grunnlagstenkning, kan vi snakke om det paradigmeskiftet Grøholt mfl (2001:43) mener feltet nærmer seg.

---

<sup>70</sup> <http://www.nbup.no/nbup/doc/osv/Rapport%20Gruppe%203%20-%20BUP%20-%20pr%2016%2012%2011.pdf> Lastet ned 1.8.2012

## KAPITTEL 4: METODE

Denne studiens tema er lite utforsket og krever et eksplorerende og åpent design med mulighet for justeringer underveis. Grounded Theory (Glaser og Strauss, 1967; Corbin og Strauss, 2008; Charmaz, 2005, 2006) innebærer en slik tilnærming, både som epistemologisk og metodologisk grunnlag. Jeg velger en kritisk og konstruktivistisk orientert Grounded Theory (Charmaz, 2003, 2005, 2006; Gibson, 2007) - kritisk for å holde fast ved en målsetting om å avdekke skjulte makt- og dominansforhold i feltet, og konstruktivistisk for å understreke min forståelse av at kunnskapen som utvikles gjennom prosjektet er en samskaping mellom informanter og forsker.

Gjennom denne delen av avhandlingen vil jeg gjøre greie for hvordan studien er gjennomført og hvilke metodologiske perspektiv som ligger til grunn. En etisk ettertenksomhet knyttet til spørsmålet om hvordan vi kan «forklare andres liv uten å gjøre vold på deres virkelighet» (Davies og Esseveld (1989) i Thagaard, 2002:189) er styrende gjennom hele studien. Slik blir refleksivitet et middel, men også et mål etter hvert som prosjektet utvikles.

Kapittelet gir en grundig presentasjon av Grounded Theory med vekt på den konstruktivistiske tilnærmingen som revitaliserer Grounded Theorys opprinnelige vitenskapsteoretiske forankring i amerikansk pragmatisme og symbolsk interaksjonisme (Charmaz, 2005). Jeg presenterer også etiske og metodologiske begrunnelser for anvendelsen av det jeg kaller det refleksive intervjuet. Gjennomføringen av studien gjøres detaljert rede for i kapittelets andre del. Prosessen rundt utviklingen av det jeg kaller den refleksive metodologien, er sentral. Vektleggingen er på tilrettelegging for og realisering av intensjonen om økt refleksivitet, også for informantene. Utviklingen av den refleksive metoden skjedde i møtet med informantene og tidlig empiri. For å vise det prosessuelle i metodeutviklingen er denne presentasjonen plassert under hovedoverskriften gjennomføring.

Kapittelet avsluttes med en diskusjon knytt til noen erfarte forskningsetiske utfordringer.

## ***Problemformulering og forskningstilnærming***

Forskningsarbeidets problemstilling ble utviklet gjennom en langvarig prosess hvor kontinuerlige komparative analyser<sup>71</sup> av stadig ny empiri, førte fram til problemformuleringen. Prosjektets tema og tittel var klart ved oppstarten: *Mot, mening og mestring. Hverdagsliv og foreldreskap når barn har internaliserende vansker*. Fra dette vide utgangspunktet hvor foreldrenes opplevelse av mestring i hverdagslivet var det sentrale, utviklet jeg gjennom kontakten med det empiriske feltet og teoretiske refleksjoner følgende problemformulering: *Hvilke konstruksjoner av 'psykisk sykt barn' møter foreldre til barn med emosjonelle vansker og hvordan interagerer disse med forståelsen og utøvelsen av eget foreldreskap gjennom tilfriskningsprosessen?* Forskningsfokuset beveget seg fra 'hvordan' foreldreskapet erfares til 'hvorfor' det erfares slik det beskrives.

Problemformuleringen studeres gjennom det jeg kaller en refleksiv metode med i alt seksten foreldre (fire fedre og tolv mødre) til tolv barn med vansker som spiseforstyrrelse, depresjon, angst og tvangslidelse. Den refleksive metoden innebærer at foreldrene i en første samtale dybdeintervjues om livet med barnet med den psykiske vansken fra moren var gravid og fram til dags dato. Intervjuene anonymiseres og transkriberes og sendes informantene i god tid før en andre samtale. I en dialogisk gjennomgang har vi diskutert temaet videre med utgangspunkt i det transkriberte materialet, informantens og mine behov for utdypninger og en gjennomgang av mine tidlige analyser av intervjuet. Flertallet av foreldrene har også vært med på et tredje møte hvor vi har drøftet mine teoretiseringer og de har fått tilsendt deler av avhandlinga.

Før jeg beskriver hvordan jeg har gjennomført forskningsprosjektet, er det nødvendig å klargjøre noen metodologiske perspektiv. Dette er delvis perspektiv jeg har hatt med meg inn i feltet, men også perspektiv jeg har utviklet gjennom arbeidet med avhandlinga. Noe har vært en del av det jeg med Bourdieu (1999) kan kalle min habitus, bestående av både bevisste og

---

<sup>71</sup> Etter Grounded Theory anses kontinuerlig komparasjon av materialet som et sentralt element i en forskningsprosess hvor innsamling av materiale og analyse er samtidige dialektiske prosesser som fører til utvikling av begrep med økende abstraksjonsnivå (Charmaz, 2006:187).

ubevisste forståelser og atferdsdisposisjoner. Gjennom intervjuene, refleksjonene og diskusjonene med informantene, andre forskere og fagfolk innen psykisk helsevern for barn og unge og ikke minst lesing av andres forskning og vitenskapsteoretisk og metodologisk skolering gjennom doktorgradskurs, har mine teoretiske perspektiv delvis blitt meg mer bevisst, delvis endret seg og delvis gitt meg nye perspektiv. Empirien har ført til teoretiseringer som har gjort det nødvendig med ytterligere empiri, med avgjørende implikasjoner for metodologi som igjen løfter fram nye teoretiske begrep og sammenhenger. Et utvidet krav om refleksivitet i forskningen har vært sentralt gjennom hele forskningsprosessen.

### ***Metodologiske klargjøringer***

Min faglige bakgrunn som barnevernspedagog og spesialpedagog i møtet med min egenerfaring som mor til ei jente med en alvorlig spiseforstyrrelse, har vært avgjørende for min tilnærming til feltet. Jeg velger derfor, i full forståelse med min datter, å tematisere spriket mellom min faglige og personlige forståelse som en forutsetning for at denne undersøkelsen er gjennomført slik den er. Dette spriket innebar for meg et oppgjør med de tatt-for-gitte forståelsene jeg hadde tilegnet meg som fagperson.

Jette Fog (1994:17) mener at kvalitative forskere må gjennomføre en «selvransagelse» i tillegg til å kjenne feltet teoretisk og empirisk. Denne selvransakelsen krever en dobbelbevegelse. Med det mener hun at blikket må rettes både innover mot en selv, og utover mot saken. Som forskere er vi også vanlige deltakere i det sosiale liv og mer eller mindre preget av rådende forståelser. Vi må derfor klargjøre følelsene vi har i forhold til emnet og mulig følelsesmessige reaksjoner vi kan forvente når vi møter informantenes historier. Hun påpeker at det er viktig at både rasjonelle og irrasjonelle følelser kommer opp, fordi: «I ureflekteret form kommer følelsene til at leve deres eget liv, kommer til at påvirke interviewet og dermed empirien, uden at dette nødvendigvis bliver synlig» (ibid:18). På denne bakgrunnen er det viktig at jeg tematiserer min egenerfaring.

## **Egenerfaring – mulig fallgruve og styrke**

Bourdieu's habitusbegrep<sup>72</sup> er et nyttig tankeredskap for å forstå hvordan vi preges av egen oppvekst, utdanning, livserfaringer og sosiale og kulturelle normer til å utvikle en ubevisst, kroppsliggjort beredskap til å handle i og forstå verden på fastlagte måter. Å utforske egen habitus gjennom refleksjon, gjerne sammen med en terapeut, gjennom skjønnlitteratur eller sosiologisk arbeid kan være en tilgang til økt bevisstgjøring (Bourdieu, 1999). Habitus kan også endres når vi erfarer livskriser slik jeg gjorde.

Som utdannet barnevernspedagog med en trygg teoretisk (og common-sense) forankring i en psykodynamisk og familierapeutisk tradisjon er jeg både preget av min middelklasseoppvekst i et villastrøk med hjemmевærende mødre og kunnskapen jeg utviklet gjennom studiene som i stor grad bekreftet middelklasseidealene om den gode barndom. Hovedårsaken til utvikling av psykiske vansker anså jeg å skyldes manglende tilknytning til og oppfølging fra den primære omsorgspersonen. Kvaliteten på omsorgen og relasjonene særlig de tre første leveårenes var avgjørende for om barnet skulle utvikle seg til en velfungerende voksenperson. Så oppdaget jeg at den fjortenårige datteren min hadde utviklet en spiseforstyrrelse. Vi har flere års erfaring med psykisk helsevern for barn og unge, hun som pasient, jeg som pårørende. Avstanden mellom det jeg som fagperson visste om spesialisthelsetjenesten og deres uttalte ideologi om at de alltid har et familieperspektiv på arbeidet sitt (Fjell og Mohr, 2001; Halleraker mfl, 1998; Skårderud, 1998; Sommerschild og Grøholt, 1998), og det jeg erfarte som mor rystet meg. Det å erfare en spiseforstyrrelse hos mitt eget barn førte til at jeg etter hvert måtte ta et oppgjør med min faglige oppfatning av etiologiske forståelsesmodeller. Egenerfaringen er avgjørende for min interesse for feltet, for min tilnærming og forskerposisjon.

---

<sup>72</sup> Habitus betegner en kroppsliggjort handlings- og forståelsesberedskap som disponerer oss for å reagere på kulturelt og personlig bestemte måter (Bourdieu, 1999:144-148). Wacquant (2009:28) beskriver det slik: «habitus består af en serie historiske relationer, der så at sige er aflejret i den enkelte i form af bestemte perceptionsmatricer, vurderingskriterier og handlingsmønstre.»

Når personlige erfaringer med et problemfelt blir gjort til et forskningsfelt som studeres gjennom kvalitative intervju, er det mange varselamper som bør lyse. Faren for overidentifisering er overhengende, faren for at en bruker forskningsprosessen til egen bearbeiding kan være til stede og ikke minst vil det være en fare for at kunnskapen som utvikles ikke er gyldig fordi en ikke oppnår analytisk distanse til materialet. Min intensjon er ikke å trekke egenerfaringene inn som empiri i studien slik noen forskere argumenterer for og praktiserer (Ellis og Berger, 2003; Wiener, 2007), men å vise hvordan mine erfaringer kan ha påvirket forskningen min og hvilke grep jeg har gjort for å unngå at dette er skjult for meg og for leserne.

Egenerfaringen må tematiseres fordi jeg vet at det har gjort en forskjell (Nelson, 2002; Green, 2003). Det har gjort en forskjell for kvaliteten på intervjuene fordi det har bidratt til større symmetri i relasjonen mellom meg og informantene.<sup>73</sup> Det har gjort en forskjell fordi jeg har fokusert på helhet, ressurser, mestring og styrke hos foreldrene i barnets tilfriskningsprosess. Å bli intervjuet om dette temaet med dette fokuset, har gjort en forskjell også for dem. Egenerfaringen gir meg en tilgang til foreldrene preget av en sensitivitet jeg ellers neppe ville hatt, en genuint anerkjennende holdning fordi jeg vet noe om innsatsen deres og en vilje og evne til å gå i dybden på vanskelige tema som skyld, sorg og ansvar. For de fleste var denne muligheten til å gå i dybden en av grunnene til at de valgte å delta i studien.

Min habitus ville vært en annen uten egenerfaringen. Den er et sentralt element i min forståelse fordi den bidrar til at min kritisk spørrende innstilling til «empiriens tilblivelseshistorie, dens produktionsbetingelser» (Fog, 1982:43) blir en kroppsliggjort grunninnstilling mer enn en intellektuell øvelse.<sup>74</sup>

---

<sup>73</sup> Bourdieu valgte i å bruke intervjuere som hadde en personlig relasjon til informantene i sin studie «Verdens elendighet» for å nøytralisere den sosiale avstanden mellom intervjuer og informant for at ikke intervju situasjonen skulle oppleves som en form for symbolsk vold (Prieur, 2002:125). Symbolsk vold er et begrep fra Bourdieu som beskriver hvordan en internalisert nedvurderende selvforståelse hos dominerte personer oppleves bekreftet i møter med de dominante (Pedersen, 2008:33). Den forstås som naturlig og er «inkorporert i kroppen» som en grunnleggende oppfatning av at problemene er forårsaket av egen utilstrekkelighet.

<sup>74</sup> Glaser og Strauss (1967:252) trekker fram egne erfaringer som en viktig kilde til kunnskap: «...one should deliberately cultivate such reflections on personal experiences.»



For å kunne være utforskende i forhold til «empiriens produktionsbetingelser» er det nødvendig at jeg nærmer meg feltet med et kritisk perspektiv. Dette perspektivet har implikasjoner for gjennomføringen av undersøkelsen og for analysen av funnene. Forskning med stor grad av brukerdeltakelse har et mål om empowerment og frigjøring for deltakerne (Hummelvold, 2008; Borg og Kristiansen, 2009; Warming, 2006) og knytter slik direkte an til kritisk teori.

### **Grounded Theory – en konstruktivistisk og kritisk metodologi**

Grounded Theory beskrives både som metode og mål: «The method of inquiry and the product of inquiry,» i følge Charmaz (2005:507). Målet er å utvikle «middle-range» teori om et substansielt felt gjennom induksjon (Bryant og Charmaz, 2007). Datainnsamling og analyse foregår parallelt etter Grounded Theory. Analysen foregår gjennom systematisk koding med utgangspunkt i det empiriske materialet, ikke ved hjelp av forhåndsbestemte kategorier fra teori og annen forskning fra feltet. Dette innebærer at forskeren enten utsetter å sette seg inn i litteratur fra andre eller har en grunnleggende kritisk tilnærming til det som leses. Kategoriene som utvikles gjennom kodingen følges opp gjennom teoretiske utvalg for å mette begrepene. Forskeren velger da kategorier som trer fram som sentrale og konsentrer påfølgende undersøkelser om disse kategoriene i oppfølgende observasjoner eller intervju.

Kategoriutvikling gjennom *teoretisk sensitiv kontinuerlig komparasjon*, beskrives som metodens grunnleggende regel (Kelle, 2007:192). En kontinuerlig komparasjon innebærer at datainnsamling og analyse foregår parallelt og at nye data hele tida sammenlignes med egne tidlige data. Kunnskapsutvikling er en pågående prosess som ikke er avsluttet når forskningen presenteres. Teoretisk sensitivitet er en sentral egenskap hos forskeren, men framstår noe uavklart i metodelitteraturen. Glaser og Strauss (1967:46) legger vekt på forskerens utdanning, skoloring, erfaring og personlighets betydning for den teoretiske sensitiviteten, hvor særlig evnen til å være kritisk spørrende til ulike teoretiske begreps relevans for materialet fremheves. Teoretisk sensitivitet innebærer i følge Strauss og Corbin (1990:42 i Nilsen 2005:119) «the attribute of having insight, the ability to give meaning to data, the

capacity to understand, and capability to separate the pertinent from that which isn't.» I den reviderte utgaven fra 2008 av «Basics of Qualitative Research» (Corbin og Strauss, 2008:19) brukes ikke lenger begrepet teoretisk sensitivitet, kun sensitivitet som defineres som: «The ability to pick up on subtle nuances and cues in data that infer or point to meaning.» Dette kan tolkes som om andres teori anerkjennes mindre enn tidligere. I motsetning til dette er Charmaz (2006:135-140) opptatt av hvordan en teoretisk sensitivitet utvikles ved at forskeren kontinuerlig teoretiserer rundt empirien og tar i bruk teoretiske begrep fra andre og/eller utvikler egne begrep. Anbefalte analyseverktøy fra Grounded Theory kan fremme teoriutviklingen, men skal ikke brukes mekanisk. «Theoretical playfulness» er avgjørende, hevder hun (Charmaz, 2006: 135). Teoretisk kunnskap skal brukes kreativt av forskere som ikke lar seg styre, men inspirere av tidligere teori fra det empiriske feltet (Glaser og Strauss, 1967). Dette gir klare implikasjoner for selvrefleksivitet.

### **En etisk og nyttig tilnærming**

For meg inneholder en grounded tilnærming også en viktig etisk dimensjon. Når jeg som forsker skal utvikle abstrakte ideer om andre menneskers livsverden, handlinger og forståelser må disse ideene være solid forankret i empiri. Forskningen må preges av åpenhet, nysgjerrighet og ydmykhet overfor feltet og overfor informantenes selvforståelse. Grounded Theory representerer gjennom sin kritisk spørrende holdning til 'Grand theories' og kravet om empirinærhet en tilnærming som kan ivareta det etiske kravet om å representere informanten uten å krenke henne.

I Grounded Theory finner jeg også et krav om at forskningen skal være til nytte. Teori som utvikles skal ha nytteverdi; den skal kunne være et arbeidsredskap også for aktørene i feltet, ikke bare for forskersamfunnet (Glaser, 1998 i Folkestad, 2003). Slik knytter den an til sentrale mål om endring fra kritisk teori (Kincheloe og McLaren, 2005).

## En rigid analysemetode eller en refleksiv metodologi?

Metodelitteratur som presenterte Grounded Theory som et rigid kodings- og kategoriseringsarbeid, gjorde valget av denne metodologien problematisk. Nærmere studier av andres arbeid (Guvå og Hylander, 2005; Folkestad, 2003) etter Grounded Theory hvor forskningsprosessene etter henholdsvis straussiansk og glaseriansk tilnærming blir diskutert, klargjorde at det var to retninger med betydelige forskjeller.<sup>75</sup> Fra tidlig på 70-tallet utviklet Grounded Theory seg i to retninger knyttet til de to opphavsmennene: Den straussianske systematikken kan settes opp mot den glaserianske tilnærmingen hvor oppdagelsen av (emergence) sentrale begrep, kategorier og teori er avgjørende (Kelle, 2007). Glasers tilnærming appellerte til meg fordi jeg anser kreativitet hos forskeren som et vesentlig element i teoriutvikling, samtidig anser jeg det vitenskapsteoretiske synet som ligger til grunn ved at empirien ligger der og bare skal oppdages, som naiv.

På fortsatt leting i metodelitteraturen etter at de første intervjuene var gjennomført, fant jeg en artikkel av Kathy Charmaz (2005) i «The SAGE Handbook of Qualitative Research» som ble en viktig inspirasjonskilde. Hun gjør her rede for utviklingen innenfor Grounded Theory og understreker det konstruktivistiske i tilnærmingen: «A constructivist approach emphasizes the studied phenomenon rather than the methods of studying it,» understreker hun (Charmaz, 2005:509). Hun trekker også en viktig konklusjon av den straussianske tradisjonens påbud om bruk av definerte forskningsverktøy: Alle disse mulige verktøyene må bidra til krav om *økt refleksivitet* for groundedede forskere. Her imøtegår hun en kritikk mot Grounded Theory som blant annet Alvesson og Skoldberg (2009:12) står for, når de påstår at «...the element of reflection is under-emphasized in (...) grounded theory.» Med Charmaz' (2005) krav om økt refleksivitet blir forskeren igjen en viktig aktør i egen forskning. Friheten og ansvaret understrekes og valgmulighetene når det gjelder metodologiske tilpasninger av Grounded Theory til prosjektets behov blir åpnet opp i mye større grad enn tidligere. Charmaz inntar en tredje posisjon som en klar talskvinne for en konstruktivistisk Grounded Theory i motsetning

---

<sup>75</sup> For en utfyllende diskusjon av retningene, kritikken og utviklingen innenfor Grounded Theory anbefales Midré (2009).

til den straussianske «positivistiske» dreiningen, uten at hun går tilbake til en glaseriansk form for «naiv induktivisme» (Kelle, 2007).

Charmaz (2005:507, min understreking) beskriver Grounded Theory's metode slik: «Essentially, grounded theory methods are a set of flexible analytic guidelines that enable researchers to focus their data collection and to build inductive middle-range theories through successive levels of data analysis and conceptual development.» Dette er en avgjørende klargjøring av Grounded Theory som en åpen og fleksibel tilnærming i tråd med et konstruktivistisk syn på ontologi og epistemologi som jeg kunne slutte meg til.

### **Kritisk teori og grounded forskning**

Charmaz (2005) understreker at alle som skal jobbe grounded må ha en grunnleggende dekonstruerende og kritisk holdning, både til teoriene som råder i feltet og til eget materiale. De metodiske verktøyene bidrar til en systematikk som høyner forskerens mulighet til å være analyserende og refleksiv.<sup>76</sup> Metoden og systematikken er ikke målet, verktøyene kan brukes fleksibelt. Hun tar et oppgjør med forestillingen om at forskere kan møte et felt uten å preges av sin teoretiske skolering, erfaringer og egenskaper. Hun utfordrer også groundede forskere til å gå ut over de tradisjonelle mikrososiologiske studiene som har preget denne typen forskning. Charmaz (ibid) slår fast at dersom empirien avdekker et behov for å se nærmere på strukturelle, politiske og kulturelle betingelser, så gjør forskeren det. Hun mener en styrking av den teoretiske sensitiviteten hos forskere på fenomenenes forankring i større sosiale og historiske kontekster er nødvendig for at forskningen skal ha endringskraft.

---

<sup>76</sup> Kravet om refleksivitet er i nyere metodelitteratur om Grounded Theory gjort eksplisitt (Corbin og Strauss, 2008; Charmaz, 2006; Bryant og Charmaz, 2007; Mruck og Mey, 2007), men har ligget som en implisitt forventning til forskere fra «The Discovery of Grounded Theory» kom ut. Dette mener jeg særlig ligger i begrepet 'teoretisk sensitivitet' hvor de karakteriserer denne sensitiviteten som grunnet i forskerens personlighet, erfaringer, teoretiske skolering og evne til å kombinere dette til å oppdage teoretiske kategorier og sammenhenger (Glaser og Strauss, 1967:46-47).

Vassenden (2008) imøtegår den utbredte kritikken av Grounded Theory som metode kun for mikrososiologiske studier gjennom å vise til Corbin og Strauss sitt kodingsparadigme (Strauss og Corbin, 1990 i Vassenden, 2008:330). En av de analytiske kodene er nettopp betingelser og kontekst for å forstå aktørenes handlingsbetingelser. Slik blir kontekstualisering og historisering tematisert i Grounded Theory fra 1990-tallet, uten at det i særlig grad har preget den faktiske gjennomføringen av studier etter metodologien (ibid).

Theodor Adorno (1969)<sup>77</sup> kritiserer empiristisk forskning for å være «unreflective social research» fordi den ikke tar på alvor et krav om å analysere sosiale fenomen utover informantenes selvforståelse. Han mener at nettopp dette er: «...the function of philosophy in empirical research» (ibid). Fravær av eller for overflatisk, teoretisk analyse bidrar i verste fall til en reproduksjon av fakta som samtidig er «a corruption of facts into ideology» (ibid). Adorno tematiserer ikke faren for at den teoretiske forforståelsen og forskerens posisjon i det akademiske feltet også kan føre til ideologisering av forståelser. Her er særlig Bourdieus (2007) krav i «Viten om viten og refleksivitet» om at forskeren må utsette seg for en selvanalyse for å bli en minst mulig subjektiv teoretisk fortolker viktig.

Sohlberg og Sohlbergs (2002:178) beskriver den vanlige sosiologiske praksis som den som gir forklaringer på sosiale fenomen «genom att relatera saksförhållanden till en övergripande teori, som förklarar en mängd olika fenomen.» Det handler om å bruke et etablert teoretisk perspektiv for å forstå generelle sammenhenger. Mjøset (2007) problematiserer at sosiologisk forskning er så akademisert og intellektualisert at den blir det vi med Bourdieu kan kalle skolastisk. Med skolastisk mener Bourdieu (2007:30) at forskeren er blind for vitenskapens tatt-for-gitte verdier som særlig kjennetegnes av troen på vitenskapens, og den enkelte forskers, rasjonalitet og objektivitet. Når hun ikke er refleksiv i forhold til sin egen bakgrunn og posisjon i feltet står hun i fare for å trekke skolastiske feilslutninger – og reproducerer og styrker de etablerte akademiske forståelsene. Som vi ser kan altså kritikken om reproduksjon av det tatt-for-gitte ramme både empiristisk forskning som Grounded Theory og

---

<sup>77</sup> Utdrag fra Theodor Adorno (1969) *Sociology and Empirical Research* i Delanty og Strydom, 2003:228-233. Sitat hentet fra Delanty og Strydom, 2003:233.

rekonstruerende sosialfilosofisk forskning som for eksempel bygger på teorier av Giddens, Beck og Bauman slik jeg tidligere har vist preger oppvekstforskningen.

Barry Gibson (2007) imøtegår Adornos kritikk gjennom å støtte kritikken av den naive induktivismen som preget (og kanskje fortsatt preger) grounded forskning, men mener likevel at Grounded Theorys grunnleggende pragmatisme og empirinærhet er et solid utgangspunkt for å tilpasse kritisk teori. Gjennom å trekke parallellene mellom Bourdieus refleksivitetbegrep og Grounded Theorys teoretisk sensitivitet, som også må innebære en sensitivitet i forhold til at metaperspektiv kan gå tapt i den empirinære forskningsprosessen, argumenterer han for det han kaller kritisk grounded theory. Dette har viktige metodologiske konsekvenser. Han uttrykker det slik: «(...) accomodating critical theory is not simply about keeping sight of the goal of emancipation, but *also* realizing emancipation in the process of social inquiry» (ibid:442). Dette perspektivet inspirerer til et forskningsdesign med stor grad av informant deltakelse.

Også Alvesson og Sköldbberg (2009) argumenterer for at Grounded Theory må trekke inn perspektiv fra kritisk teori. De mener forskning etter Grounded Theory ofte er reformuleringer av informantenes hverdagsteori og dermed naiv empirisme som presenteres som teori.<sup>78</sup> De oppfordrer til å revitalisere Glaser og Strauss ved å legge til en ny prosedyre etter Bourdieu, nemlig å legge vekt på å få til «..an epistemological break with the actor level in the formal grounded theory» (ibid:73). Epistemologiske brudd og radikal tvil mener jeg må prege hele forskningsprosessen, fra forskeren undersøker hvilke forståelser som dominerer feltet og hvordan disse har oppstått, til en kontinuerlig selvrefleksjon gjennom intervju, analyse, teoretiseringer og skriftlig presentasjon; forskeren må innta «an attitude of radical doubt that the theory could always look different» (Gibson, 2007:451).

---

<sup>78</sup> De mener at mange forskere som jobber etter Grounded Theory har «et froskeperspektiv» på problemfeltet de undersøker. De begrunner dette med at når forskeren bruker informantenes egne begrep og forklaringer får hun ikke fram det nødvendige teoretiske metaperspektivet som skal til for å anerkjenne arbeidet som forskning (Alvesson og Sköldbberg, 2009).

Etter denne klargjøringen anså jeg meg ikke lenger som en forsker som er inspirert av Grounded Theory,<sup>79</sup> men fra intervjuet med den tredje informanten som en forsker som jobbet etter konstruktivistisk Grounded Theory med det ambisiøse målet å utvikle substantiv teori om mitt forskningsfelt. En slik intensjon må avklares nærmere.

### **Substantive teoretiseringer**

Gjennom koblingen til pragmatismen og Grounded Theory løfter Mjøset (2007) fram det Glaser og Strauss kaller substantiv teori til forskjell fra formell teori.<sup>80</sup> Charmaz (2006:189) definerer substantiv teori som: «a theoretical interpretation or explanation of a delimited problem in a particular area.» Hun foretrekker begrepet teoretisering for forskere innenfor konstruktivistisk Grounded Theory (ibid:128). Gode teoretiseringer skal kaste nytt lys over et fenomen, ha en indre logikk og bidra til at man kan se klarere sammenhenger der man før bare har kunnet ane.

I avhandlinga velger jeg å bruke begrep som ‘modeller’, ‘forståelser’, ‘kunnskapsutvikling’ og ‘teoretiseringer’, på mine fortolkninger av sammenhenger i det empiriske materialet; slik legger jeg til grunn en forsiktig omgang med teoribegrepet. Slik blir også den ambisiøse intensjonen om å utvikle ‘substantiv teori’, redusert til en intensjon om nye teoretiseringer omkring utfordrende foreldreskap.

---

<sup>79</sup> Sandbæk (2002:75) benytter seg primært av de detaljerte kodings- og kategoriseringsmetodene etter Strauss og Corbin (1990) og vil derfor ikke « påberope meg å ha benyttet grounded theory fullt ut.» Slik jeg leser hennes metodedel, med Charmaz (2005; 2006) sosialkonstruktivistiske og fleksible forståelse av metoden lagt til grunn, ligner hennes tilnærming på den tilnærmingen jeg har valgt. At noen velger å kalle seg for grounded forskere, synes å avhenge av at man samtidig påberoper seg en absolutt lojalitet til Grounded Theory's tidlige ontologiske, epistemologiske og metodologiske utgangspunkt. En slik lojalitet legger ikke jeg til grunn for kalle meg en grounded forsker.

<sup>80</sup> Den formelle teorien Glaser og Strauss i 1967 utfordrer med sin Grounded Theory er den positivistiske sosiologien; den Mjøset (2007) kaller standardposisjonen. En sosialfilosofisk sosiologisk posisjon vokste fram etter 1967 og utfordres derfor ikke av de to grunnleggerne. Verken Corbin og Strauss (2008) eller Charmaz (2006) synes opptatt av å utfordre den sosialfilosofiske posisjonen; det er fortsatt den positivistiske epistemologien som kritiseres. Charmaz (2006) trekker eksplisitt inn sosialkonstruksjonisme og implisitt kritisk teori (ibid:185) når hun vil fornye det hun betegner som den objektivistiske klassiske Grounded Theory; hun bruker altså sosialfilosofiske forståelser i sin kritikk.

Thagaard (2002) beskriver kvalitativ intervjuforskning som en runddans mellom teori, metode og empiri. En kvalitativ intervjuundersøkelse etter Grounded Theory er en slik runddans, men rekkefølgen på trinnene vil være metode, empiri, andres teori, egne teoretiseringer og tilbake igjen – gjentatte ganger med nødvendige justeringer.<sup>81</sup> Jeg vil nå gjøre grundig rede for etiske og metodologiske begrunnelser for min bruk av det kvalitative forskningsintervjuet. Under delen «Den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen,» viser jeg videreutviklingen til det jeg kaller en refleksiv metode fordi behovet for en slik metodologi først ble erkjent i møtet med feltet og informantene.

### ***Det refleksive dybdeintervjuet***

En anbefalt metode for å samle rik empiri, er det Charmaz (2006:25-35) kaller «intensive interviewing».<sup>82</sup> Dette er kvalitative dybdeintervju som gir rom for at informantene både skal beskrive, utforske, reflektere og diskutere rundt «..an aspect of life about which the interviewee has substansial experience, often combined with considerable insight» (ibid:29). En slik tilnærming innebærer et stort mot til å gå i dybden både hos intervjuer og informant og det viser stor tillit til og respekt for informanten. Sammen vil man gå under overflaten på beskrivelsene av hendelser og opplevelser for å finne hvordan hendelsene tolkes, forstås og reageres på. Informantene får en sentral rolle og økt makt gjennom at de kan

..tell their stories and give them a coherent frame, reflect on earlier events, be experts, choose what to tell and how to tell it, share significant experiences and teach the interviewer how to interpret them, express thoughts and feelings disallowed in other relationships and settings, receive affirmation and understanding

(Charmaz, 2006:25).

---

<sup>81</sup> Denne måten å nærme seg det empiriske feltet på viser hvordan forskningsprosessen er dynamisk og veksler mellom induksjon (teori som er utviklet direkte fra feltet) og deduksjon (utprøving av hypoteser). I Grounded Theory er den deduktive strategien i særlig grad, men ikke bare, knyttet til eksaminering av egne induktive teoretiseringer (Midré, 2009).

<sup>82</sup> Hun argumenterer for at sammenfallet mellom Grounded Theory og intensive intervju i forhold til målrettethet sammen med åpenhet, sensitivitet for tema som trer fram og evnen til å følge opp dette, gjør det intensive intervjuet til en spesielt godt egnet metode innenfor Grounded Theory (Charmaz, 2006:28).



## **Relasjon forsker-informant**

Også Brinkman og Kvale (2005) er opptatt av muligheten for en jevnere maktfordeling når de argumenterer for det de kaller «det aktive intervjuet.» Det sentrale med det aktive intervjuet er at informanten og intervjueren begge skal kunne bidra direkte i prosessen. Det er ikke slik at informanten sitter på kunnskap som intervjueren skal grave fram med sine gode spørsmål.

Intervjuet er en kunnskapende prosess hvor begge skal delta aktivt:

Active interviewing gives considerate attention to the interview as a context for inter-subjective negotiations of meaning and to conceptions of both parties in the interview as actively involved in producing both the framework and the result of the interviewing process

(Brinkman og Kvale, 2005:169).

Med denne forskerposisjonen åpnes det opp for dialog hvor også forskeren bidrar inn i samtalen med sine forståelser. For at det skal bli en ekte dialog kreves det at forskeren gir informanten større makt og stiller seg spørrende til sin egen forforståelse, slik blir intervjuet preget av meningsforhandlinger og likeverd (Tanggaard, 2007). Når informanten har mer makt vil hun kunne motsette seg å bli «forklart» på en måte som ikke oppleves som sann for henne.

Informantene må i følge både Kvale og Brinkman (2005) og Tanggaard (2007) gis økt mulighet til å utfordre forskerens fortolkninger. For å kunne gjøre det må forskeren være åpen om sine fortolkninger, bare slik kan et ideal om «.both parties in the interview as actively involved in producing both the framework and the result of the interviewing process,» slik Kvale og Brinkman (2005:169) formulerer det.

Det er stor likhet mellom Brinkman og Kvaless (2005) aktive intervju og Charmaz' (2006) intensive intervju. Synet på informanten som aktivt velgende subjekt med makt, bryter hos begge med en tradisjonell tilnærming til det kvalitative forskningsintervjuet som kan gjøre oss

altfor forsiktige.<sup>83</sup> For at informanten skal oppnå denne posisjonen for å kunne «Share significant experiences and teach the interviewer how to interpret them» som Charmaz (2006:25) har som et mål, er det en forutsetning at informanten får vite hvordan vi analyserer og fortolker hennes erfaringer. Dette stiller oss overfor et krav om økt refleksivitet, både vår egen og informantens. Hva, hvordan og når vi skal formidle tilbake blir sentrale utfordringer. Og hvordan kan vi bidra til at informantens egne synspunkt faktisk er de som kommer fram og ikke representerer en tilpasning til forskeren? Gjør den økte involveringen av informantene dem til et alibi for at forskeren kan reprodusere sine egne forestillinger av feltet? Disse diskusjonene kommer jeg tilbake til under etiske og metodologiske utfordringer. Nå vil jeg vise hvordan jeg praktisk har gjennomført studien.

### ***Gjennomføringen av studien***

De teoretiske og metodologiske perspektivene jeg møter feltet med, har som sin viktigste konsekvens en helhetlig, fleksibel og prosessuell metodisk tilnærming med stor grad av nærhet til gruppen som utforskes. Jeg vil nå vise hvordan studien er gjennomført for å realisere målet om bredde, dybde og helhet i empirien.

### **Den brede tilnærmingen - utvalget**

Repstad (2007:81) understreker ulikhet som et viktig utvalgspriinsipp for å få bredde i intervjuene. Jeg har gjort et strategisk utvalg av foreldre til barn med ulike diagnoser innenfor det internaliserende vanskespekteret; altså barn med forskjellige emosjonelle vansker. I tråd med kritisk teori utfordrer dette den tradisjonelle psykiatriske forskningen hvor diagnostisk homogenitet i gruppa som skal utforskes er et uttalt mål. Med den store komorbiditeten<sup>84</sup> og et økt fokus på differensialdiagnostisering som preger psykiatriens effektforskning, fører dette ofte til kvantitative reduksjonistiske forskningsdesign som er fjerne fra den komplekse

---

<sup>83</sup> Tangaard (2007) beskriver det empatiske intervjuet som ikke-dialogisk og dermed ikke utfordrende. Hun siterer Latour som hevder at vi i det empatiske intervjuet «heller humanistisk glasur over det hele.»

<sup>84</sup> Komorbiditet betyr «samtidig forekomst av flere tilstander/lidelser» (Gjærum, 2002:67).

virkeligheten personer med psykiske lidelser lever i. Utvalgskriteriene innenfor denne forskningen vil ofte innebære at pasienter med en 'ren' diagnose deltar, og at kunnskap som vinnes om terapi og tilfriskning ikke anses å ha overføringsverdi til andre diagnostiske grupper (Bjørk og Neumer, 2010).

Barn med ulike emosjonelle vansker er den største gruppen som henvises til BUP for utredning og behandling (Sitter, 2010:17). Myndighetsalderen innen helselovgivningen er seksten år (Pasientrettighetsloven §4-3 b) noe som gav en naturlig avgrensning oppover i alder. Helselovgivningen åpner også opp for at foreldre ikke informeres om barnets helsetilstand når det er mellom tolv og seksten år, «...når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette» (Pasientrettighetsloven § 3-4 2.ledd). Dette antok jeg kunne være av betydning for hvordan hjelpetjenestene oppleves, og slik ble en avgrensing til foreldre til barn mellom tolv og seksten år med emosjonelle vansker ytterligere interessant. En annen grunn til at interessen min særlig gjaldt foreldre til barn i denne alderen, var en antakelse om særlige utfordringer for foreldre i forhold til å vurdere hva som er 'normal' og 'unormal' atferd når barnet begynner å bli ungdom.

Et annet kriterium var at barnet og/eller foreldrene hadde hatt et tilbud fra BUP som hadde vart i over et halvt år for å sikre at vansken var forholdsvis alvorlig. Behandlingen skulle være avsluttet. Det retrospektive perspektivet var sentralt, primært fordi jeg antok at avstand i tid ville bidra til større vilje og evne til refleksjoner over erfaringene. Jeg var også skeptisk til å intervju foreldre til barn under behandling fordi mine spørsmål kunne åpne opp for problemstillinger som kunne påvirke behandlingssituasjonen. Dette antok jeg kunne føre meg inn i etisk vanskelige dilemmaer. Jeg ville primært intervju foreldrepar, men hadde ikke det som kriterium for deltakelse at begge deltok.

Utvalgskriteriene ble etter disse overveielsene foreldre til barn som hadde vært mellom tolv og seksten år ved sin hovedkontakt med BUP for en emosjonell vanske. Behandlingen skulle være avsluttet etter å ha vart i minst et halvt år.

Prosjektet er godkjent av Datatilsynet og Regional etisk komité (Vedlegg 1 og 2). Jeg fikk gjennom denne godkjenningen tillatelse til å ta kontakt med foreldre gjennom brukerorganisasjoner for psykisk helsefeltet og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

### **Tilgangen til feltet**

Informasjonsskrivet (Vedlegg 3) henvendte seg til foreldre til barn i aktuell alder med ulike diagnoser innenfor det emosjonelle vanskefeltet. Det ble gjort rede for anonymitet, muligheten til å trekke seg underveis og omfanget av undersøkelsen med to samtaler hvor gjennomgangen av det transkriberte materialet er den siste. Allerede i informasjonsskrivet styres foreldrenes oppmerksomhet mot familieliv, skole og venner i tillegg til erfaringer med behandlingsapparatet.

Brukerorganisasjonene har vært svært positive til prosjektet. Gjennom organisasjonene Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien (LPP)<sup>85</sup>, Voksne for barn (VFB)<sup>86</sup>, ANANKE<sup>87</sup> og Rådgiving om spiseforstyrrelser (ROS)<sup>88</sup> er det rekruttert fem mødre. Etter innlegg på seminar og konferanser har jeg blitt kontaktet av to mødre fra publikum som gjerne ville delta.

---

<sup>85</sup> LPP er en organisasjon for pårørende til personer med alvorlige psykiske lidelser ([www.lpp.no](http://www.lpp.no)). Dette innebærer i praksis pårørende til voksne personer med psykose, bipolar lidelse eller dobbeldiagnose (rus og psykisk lidelse). Organisasjonen henviser ofte foreldre til barn med psykiske vansker til VFB.

<sup>86</sup> VFB het tidligere Mental barnehjelp og var en interesseorganisasjon for fagfolk og andre som var opptatt av norske barns oppvekstvilkår. I forbindelse med arbeidet med Opptappingsplanen for psykisk helse ble VFB anerkjent som en brukerorganisasjon for barn og foreldre og har også rekruttert medlemmer med bruker/pårørendeerfaring fra barnevern og psykisk helsefeltet ([www.vfb.no](http://www.vfb.no)).

<sup>87</sup> ANANKE er en interesseorganisasjon for personer og pårørende til personer med tvangslidelser ([www.ananke.no](http://www.ananke.no)). Den startet som et samarbeid mellom en psykiater og noen av hans fornøyde pasienter som ønsket å spre kunnskap om effektiv behandling av tvangslidelser.

<sup>88</sup> ROS som står for Rådgiving om spiseforstyrrelser er en brukerorganisasjon for personer og pårørende til personer med spiseforstyrrelser ([www.ros.no](http://www.ros.no)). Den har sitt utspring i anoreksi-bulemiforeningen og har et klart pårørendefokus.

Tilgangen på informanter ble for liten gjennom brukerorganisasjonene og jeg henvendte meg til fem ulike poliklinikker for å få sendt ut informasjonsskrivet. Den første var svært velvillig og skrivet ble sendt til foreldrene til tjue barn sammen med en anbefaling av prosjektet fra overlegen på avdelingen. Tre familier meldte seg i løpet av kort tid. To poliklinikker var avvisende til å sende ut skrivet med begrunnelsen at foreldrene til barn med psykiske vansker var for sårbare.<sup>89</sup> Min oppfordring om å sende ut informasjonsskrivet og la foreldrene selv få avgjøre, ble avvist fordi de kunne føle seg forpliktet til å være med på noe de egentlig ikke ville når henvendelsen kom via BUP. De to siste poliklinikkene var positive, men vegret seg lenge på grunn av arbeidet det ville innebære. Merkantilt personell gjorde etter hvert en utvelgelse blant et begrenset antall mulige informanter fordi kun førti til femti prosent av pasientene ved de to BUP'ene overhodet fikk diagnose. Utsendelsene av informasjonsskrivet ble begge steder stoppet av avdelingslederne fordi de var adressert til foreldrene. Av hensyn til taushetsplikten måtte de sendes via barna. Jeg ble ikke informert om avgjørelsene, men oppdaget dette tilfeldig. Jeg beklager at dette ble gjort slik at en del ungdommer som har vært pasienter ved BUP har mottatt et brev fra en forsker som vil studere «konsekvensene av barnets vanske for familielivet, søsken, skole, venner osv.» Dette var en utsendelse jeg ikke hadde noen kontroll over, en utsendelse som kan ha aktivert skyldfølelse hos mottakerne. Ei ung jente tok kontakt og etter noen samtaler mellom oss to, overtalte hun moren til å delta. Engasjementet begrunnet hun med morens behov og ønsket om at deres erfaringer skulle komme til nytte.

Gjennom et PPT-kontor ble det sendt ut om lag 10 informasjonsskriv til foreldre til barn med aktuell problematikk og jeg fikk kontakt med én informant.

### **Det varierte utvalget**

De seksten informantene var mellom førtito og femti år ved vår første kontakt. De tolv barn de er foreldre til er mellom tolv og femten år ved første kontakt med spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>89</sup> Sandbæk (2002) møter den samme vegringen og den samme begrunnelsen om sårbarhet som jeg fra BUP, men ikke fra PPT og barnevern når hun skal ha sendt ut sitt informasjonsskriv.

De hadde vært i sin pårørenderolle mellom 3 og 13 år.<sup>90</sup> Her følger en anonymisert oversikt over foreldrenes utdanning, familiesituasjon og barnets behandlings- og skoletilbud.

---

<sup>90</sup> Medianverdi for tid mellom første møte med BUP til første intervju med meg er 3,5 år.

<b>Barnet FORELDRE</b>	<b>Barnets alder ved 1. intervju</b>	<b>Familiesituasjon og foreldres utdanning</b>	<b>Behandlingstilbud og Skolesituasjon</b>
Anita ANNA	17	Mor (høgskole), far (grunnskole) Søsken	1 år individualterapi BUP 6 ukers innleggelse BUPA Skolebytte
Caroline CECILIE	17	Mor, stefar (begge grunnskole) Søsken.	1 år individualterapi BUP Overføres poliklinisk ungdomspsykiatri Skolebytte
Elin EVA	20	Mor (høgskole utover 3 år) Søsken	Multisystemisk terapi Kort innleggelse BUPA Psykisk helsevern for voksne Tilrettelagt skoletilbud
Frida FINN FIONA	17	Mor, far (høgskole) Søsken	3 mnd individualterapi BUP 6 måneders innleggelse i BUPA 1 år individualterapi BUP Vanlig skoletilbud
Isabell INGER IVAR	16	Mor, far (begge høgskole) Søsken	3 måneder individualterapi. BUP kommer hjem Kortvarig innleggelse på familieavdeling 6 måneder individualterapi Skolebytte
Kristian KARI KNUT	16	Mor og far (begge høgskole utover 3 år)	Samtaletilbud for barn og foreldre BUP Veiledning av skolen Kortvarig innleggelse på familieavdeling 1 år individualterapi Skolebytte
Hilde HANNE	26	Mor, far (begge høgskole utover 3 år) Søsken	1 år støttesamtaler med BUP kun foreldre Kortvarig poliklinisk behandling på familieavdeling Vanlig skoletilbud
Mia MORTEN MONA	14	Mor, far (grunnskole) Søsken	Kortvarig individualterapi med barnet og støttesamtaler med foreldrene Kortvarig innleggelse på familieavdeling Tilrettelagt skoletilbud
Oddrun ODA	18	Mor (høgskole utover 3 år) Søsken	1 år individualterapi på BUP Vanlig skoletilbud
Paula PIA	21	Mor (grunnskole) Søsken	1 år individualterapi på BUP Vanlig skoletilbud Psykisk helsevern for voksne
Randi RITA	13	Mor, far (begge høgskole) Søsken	3 måneder terapi i gruppe på BUP 6 måneder individualterapi Vanlig skoletilbud
Sara SOLVEIG	21	Mor, far (begge grunnskole) Søsken	Langvarig individualterapi i BUP Vanlig skoletilbud Psykisk helsevern for voksne

Skjema 1: Oversikt over informantene, familiesituasjon, skole- og behandlingstilbud

Hovedvekten av pasienter med emosjonelle vansker i BUP tilhørende denne aldersgruppen, er jenter (Sitter 2010:16).<sup>91</sup> Slik er det også i min undersøkelse. To foreldrepar har gutter med diagnoser innenfor det emosjonelle spekteret, men det ene paret trakk seg etter første intervju. Materialet derfra er ikke brukt i avhandlinga.

Kriteriet om at behandlingen skulle være avsluttet viste seg vanskelig å ivareta. Randi og Kristian gikk fortsatt til behandling i perioden hvor intervjuene foregikk. Tre av de nå unge voksne, Elin, Sara og Paula, hadde et tilbud fra psykisk helsevern for voksne. Mia og hennes foreldre havnet i en situasjon hvor BUP avslutter saken mot hennes og foreldrenes ønske rundt tida for det første intervjuet. Under den dialogiske gjennomgangen stod de uten et tilbud til en sterkt symptombelastet 14-åring. Etter påtrykk fra fastlege fikk hun et nytt tilbud fra BUP og jeg havnet i en situasjon hvor jeg fulgte en familie mye tettere enn planlagt. Jeg diskuterer noen av dilemmaene dette innebar under metodologiske utfordringer.

Bredden i både sosio-økonomisk status og utdanning som jeg har i mitt materiale, med seks informanter med høgskoleutdanning, fem informanter med grunnskole og fem informanter med fire års utdanning eller mer, er en styrke i undersøkelsen. Blant informantene er det en mor med en psykiatrisk diagnose og flere som har erfart psykiske vansker tidligere i livet, men som nå er friske. I denne studien er de deltakere på lik linje med foreldre uten denne type erfaringer. Under metodologiske utfordringer diskuterer jeg dette mer inngående.

Bredden i utvalget gjelder i tillegg til diagnose, foreldrenes utdanning og sosioøkonomiske status, familiesituasjon og opplevd tilfriskning hos barnet, også ulikhet i behandlingstilbudene. De har erfaring fra sju ulike barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Tre av barna har vært individuelt innlagt på døgnavdeling, og tre har vært innlagt sammen med familien. De seks barna som kun har hatt et poliklinisk tilbud, har hatt langvarige tilbud. Det er rimelig å trekke den konklusjonen at alle barna i materiale har hatt

---

<sup>91</sup> Emosjonelle vansker er ikke en diagnose, men når man ser på diagnostiske kategorier som affektive lidelser og nevrotiske og belastningsrelaterte lidelser, viser det seg at jenter mye oftere enn gutter har denne typen vansker.



alvorlige emosjonelle vansker, dette stemmer også med foreldrenes beskrivelser av barnas tidvis sterkt svekkede livskvalitet.

### **Den dype tilnærmingen – gjentatte samtaler**

Kvalitative forskningsintervju skal bidra til «a robust empirical foundation» (Charmaz, 2005:512). Kvaliteten på data er det avgjørende, ikke mengden. I tillegg til et krav om at data skal være robust, skal grounded teori også ha «empirical vitality» for å kunne ha endringskraft. Jeg mener at jeg gjennom å ha gått både bredt og dypt inn i feltet og gjennom omfattende informantinvolvering også i analyse og tidlige teoretiseringer har skaffet meg robust empirisk materiale; med empirisk vitalitet. Det eksisterer ingen lineær sammenheng mellom antall informanter og kunnskapen som utvikles. Dersom forskeren ikke erfarer å få mettet materialet, er ikke flere informanter alltid den beste løsningen. Det kan ofte være vel så nyttig å gå tilbake til de informantene man allerede har (Fog, 1982; Charmaz, 2006). Bäck-Wiklund og Bergsten (1997) reintervjuer foreldre i sin studie og erfarer at det er et godt metodologisk grep for analyser av individuell refleksivitet. Også Sandbæk (2002) erfarer reintervjuing som et avgjørende metodisk grep for det påfølgende analytiske perspektivet på hjelpetregende foreldre som handlende aktører.

Reintervjuing innebærer at forsker og informanter får hyppigere og mer langvarig kontakt. En mer kvantitativt orientert tilnærming til kvalitative studier kan føre til at vi bare beveger oss på overflaten av fenomenet som studeres (Fog, 1982). Relasjonen mellom forsker og informant har stor betydning for å få fram informantenes fortolkning og meningsskaping rundt egne livsbetingelser. Valget om et lite antall informanter for å kunne gå dypere inn i opplevelsene og forståelsene deres for å oppnå metning, ble riktigere enn å utvide antallet informanter.

Gjennom omfattende informantkontakt ble det empiriske materialet bestående av over sytti timers intervjuopptak. I tillegg har jeg hatt kontakt pr mail og telefon. Prosjektet ble fra januar

2009 utvidet til å involvere flertallet av informantene i diskusjoner omkring funn og teoretiseringer i studien. Disse samtalen ble det kun tatt notat fra.

Temaet vi skulle snakke om er følsomt og jeg antok at det var nødvendig å bygge en viss relasjon før foreldrene ville åpne seg. Et refleksivt, narrativt intervju forankrer forskningen dypt i livsverdnen, mens en dialogisk gjennomgang av det transkriberte materialet bidrar til utdyping av og refleksjon rundt emner informantene og jeg, ønsker å fokusere på. Gjennom dette doble grepet mener jeg å ha troverdig intervjumateriale (Charmaz og Bryant, 2011:297-302) med empirisk vitalitet (Charmaz 2005:512).

### ***Den refleksive metoden***

Tilnærmingen for å utvikle kunnskap om forskningstemaet ble utvidet gjennom forskningsprosessen. Det refleksive intervjuet og den dialogiske gjennomgangen er både en konsekvens av perspektiv fra kritisk teori med særlig vekt på Bourdieus fordring om refleksivitet både hos forskeren og informantene, konstruktivistisk Grounded Theory, etiske dilemma knyttet til forskerens makt når informantene skal representeres og kunnskapen og refleksjonene informantene bidro med. Et åpent og prosessorientert design førte til et vidt forskningsspørsmål om hvordan foreldre erfarer og forstår utfordringene i hverdagsliv og foreldreskap når barn har emosjonelle vansker. Denne bredden gjorde det nødvendig med et grep for å sikre en empiri som ikke kun beveget seg på overflaten av fenomenet som skulle studeres. Gjentatte intervju med stor grad av informantinvolvering var fra starten av prosjektets intensjon, mens omfanget av involveringen til å bli det jeg kaller en refleksiv metode, bygger på teoretiske, etiske og metodologiske avveininger i møtet med feltet.

Skjemaet under gir en oversikt over kontakten med informantene og utviklingen av den refleksive metoden:

ANNA, CECILIE, EVA	Intervju – analyse – dialogisk gjennomgang
FINN&FIONA	Intervju – analyse – dialogisk gjennomgang (Kategorien 'ikke-skyld')
HANNE, INGER&IVAR	Intervju – analyse – dialogisk gjennomgang
KARI&KNUT	Intervju – analyse – dialogisk gjennomgang. (Kategorien 'ikke-skyld')
<b>Utvikling av problemformulering. Tidlig utgave av fasemodellen</b>	
MORTEN&MONA, ODA, PIA	Intervju – analyse
<b>Verdighet tematiseres</b>	
<b>Tidligere empiri reanalyseres med fokus på foreldreverdighet og - kjærlighet</b>	
HANNE, ANNA, EVA	Forskningssamtaler
MORTEN&MONA, ODA, PIA	Dialogiske gjennomganger hvor de identifiserte konstruksjonene, fasemodellen, kjærlighetsprosjektet og verdighetsprosjektet trekkes inn – de dialogiske gjennomgangene utvides til forskningssamtaler
RITA, SOLVEIG	Intervju – analyse – dialogisk gjennomgang/ forskningssamtale
FINN&FIONA, IVAR, KARI&KNUT	Forskningssamtale i gruppe
<b>Alle som vil får tilsendt empirien</b>	
ANNA	Muntlig tilbakemelding på empirien

Skjema 2: Oversikt over forskningsprosessen og kontakten med informantene

### Første samtale – det refleksive intervjuet

Første trinn i den refleksive metoden innebar at jeg gjennomførte et langvarig intervju med kronologi som ordnende prinsipp. Intervjuformen representerer et brudd med en tradisjonell tilnærming ved at intervjueren i større grad er deltaker og kan komme med sine synspunkt på tema det samtales om.

Et virksomt grep var at jeg startet med å presentere interessen min for temaet med min egenerfaring. Dette førte til spørsmål fra informantene om hvordan det stod til med datteren min. Når det var klargjort, ble mine erfaringer bare unntaksvis trukket inn. Informasjonen bidro sannsynligvis til økt symmetri, en opplevelse av likeverd og en åpenhet som gav tilgang til tema som ellers kunne forblitt tause. Dette kan skjule en asymmetri i makt, på tross av symmetrien i kommunikasjonen. Ved at forskere stiller med problemformuleringer, spørsmål og eventuelle hypoteser har de stor grad av kontroll når kontakten etableres og på hvordan intervjuet forløper (Briggs, 2003). Også gjennom den akademiske posisjonen som doktorgradsstudent kan jeg tillegges en status som bidrar til at informantene tilpasser svarene sine til det de forventer jeg vil høre.<sup>92</sup> I følge Bourdieu (2006) vil forskeren også være preget av sin sosiale posisjon og veien inn i denne posisjonen. Som akademiker må forskeren også være oppmerksom på sin forankring i nettopp det akademiske og teoretiske. Betydningen av språkstil, språkforståelse og evne til å artikulere seg vil være en symbolsk kapital som forskeren tar med seg inn i møtet med informanten (Briggs, 2003). Denne symbolske kapitalen gjør at forskeren er posisjonert som den med mest makt allerede ved kontaktetableringen. Å møte informantene flere ganger, komme med synspunkt og reaksjoner på det som fortelles og tilnærme seg feltet «being ethical» (Brinkman og Kvale, 2005:161) styrker mulighetene for informantenes påvirkning.

Jeg brukte verktøy fra Grounded Theory på en fleksibel måte og valgte en videre tilgang enn den Charmaz (2006) beskriver som typisk for en konstruktivistisk grounded forsker hvor intervjuene stadig blir kortere på grunn av spissingen av fokus gjennom teoretisk sampling.<sup>93</sup>

---

<sup>92</sup> Det er et tilsvarende problem i terapi. Pasientens tilpasning til forestillinger om terapi kan føre til at enkelte emner ikke kommer fram. En av mine informanter forteller at datteren er klarsynt og at dette er slitsomt for henne, men ikke er et problem hun kan diskutere med sin terapeut for da «vil hun tro at hun er gal.» Å fortelle det til meg er derimot ufarlig. Den samme erfaringen gjorde jeg under arbeidet med masteroppgaven hvor moren, etter å ha blitt spurt om de hadde prøvd alternative tilnærminger, fortalte at de hadde fått forklaringen på guttens encoprese fra en healer som koblet atferden til erfaringer fra tidligere liv. Denne forklaringen fikk ikke guttens behandler ta del i, mens jeg som forsker, uten makt over barnets behandlingstilbud, fikk vite dette under gjennomgangen av det transkriberte førsteintervjuet. Denne forklaringen var helt sentral for deres mestring av situasjonen (Hasle, 2005).

<sup>93</sup> Teoretisk sampling beskriver forskerens strategi hvor hun velger informanter og fokus som kan belyse og utdype det emnet som trer fram som sentralt i analyse av tidlig empiri (Charmaz, 2006:189). Hun advarer likevel mot at den teoretiske samplingen begynner for tidlig fordi det kan medføre «premature closure to the analysis» (Charmaz, 2003:326).

Et slikt teoretisk utvalg ville medført en reduksjon i antall emner jeg ville ha belyst gjennom intervju med nye informanter. Slik ville de sentrale emnene; omfattende meromsorg, skyldfølelse, skoleproblematikk og samarbeidsproblem fra de første intervjuene blitt denne avhandlingens tema. Men det var viktig for foreldrene å fortelle hele historien; fra det ønskede barnet, den lykkelige småbarnstida, utvikling av vanskene og veien mot tilfriskning.<sup>94</sup> Jeg ønsket å respektere den motstanden mot å måtte framstille eget liv som fragmentert og usammenhengende som også Riessman (2003) identifiserer. Gjennom å tilrettelegge intervjusituasjonen slik at informanten oppfordres til å fortelle en sammenhengende historie om en viktig livserfaring, kan mer makt plasseres hos informantene og man får ofte rikt materiale.<sup>95</sup>

Tid er en viktig faktor for å få fram de lange, ettertenksomme historiene og refleksjonene rundt dem. Vi skulle gjennomføre flere samtaler og det var ikke påtrengende å få belyst tema jeg var opptatt av i det første møtet. Den dialogiske gjennomgangen rundt deres eget transkriberte intervju sikret at jeg fikk utdypet emner jeg ikke fikk nok forståelse for i det første intervjuet.

En helhetlig tilnærming, en kontekstualisert forståelse hvor familiens tidlige historie og barnets sosiale relasjoner utover familien vektlegges, er en viktig del av tilnærmingen i denne studien. Foreldrenes behov for å formidle sammenhengene de ser mellom barnets medfødte egenskaper, familieliv, skoleerfaringer, sykdom og traumer når de beskriver barnets situasjon, sammen med behovet for å formidle seg selv som omsorgsfulle og kjærlige foreldre, gjør det nødvendig å gi rom for fortellingene om tidlige barneår, organisering av familielivet og ulike oppveksterfaringer. Det er likevel erfaringene med hjelpetjenestene og skolen som er viktigst for dem å formidle til meg.

---

<sup>94</sup> Informanten MORTEN sier det slik: «Nå har vi fortalt deg hele historien, og det var kanskje ikke nødvendig, men det er viktig at du vet hvordan vi har hatt det!»

<sup>95</sup> Heiervang og Guribye (2005) og Sandbæk (2002) erfarer alle at foreldrene forteller utover det de som forskere har ønsket gjennom sine intervjuguider. Heiervang og Guribye (2005:412) stiller ikke eksplisitte spørsmål om erfaringer med hjelpetjenestene, men opplever at de foresatte «har hatt et visst behov for å formidle sine erfaringer med hjelpetjenestene.»

Faren for overidentifisering førte til at jeg ofte etterspurte om jeg hadde forstått dem riktig. Utdypende spørsmål ble stilt der det var nødvendig, den avtalte kronologiske organiseringen ble brukt for å holde strukturen i intervjuet og jeg la vekt på en refleksiv tilnærming gjennom å spørre om vurderinger informantene gjorde seg mens de var i en situasjon og hvordan de vurderte opplevelsene i etterkant. Dette førte ofte til refleksjoner over hva de selv, skolen eller hjelpere kunne gjort annerledes. Det tilbakeskuende blikket viste seg å være kritisk. De fleste mødrene gråt i løpet av intervjuet. Da tok vi pause og jeg uttrykte forståelse for at temaet var vanskelig og spurte om de ville avslutte. Ingen ville det, men fortsatte etter en kort stund.

Noen foreldre ville diskutere hvordan de hadde forholdt seg til ulike utfordringer. Gjennom det refleksive intervjuet hvor det tradisjonelle skillet mellom informant og intervjuer oppheves ved at intervjueren tillates å komme med sine synspunkt på tema som utforskes, gav jeg foreldrene tilbakemelding. Denne tilbakemeldingen forsøkte jeg å gi ved å stille spørsmål, fortelle om andre informanters erfaringer og få tak i deres egne vurderinger.

Intervjuene varte mellom to og en halv og tre og en halv time, i tillegg snakket vi om løst og fast før og etter opptaket. De fleste intervjuene og gjennomgangene ble gjort hjemme hos familiene. Ingen fant det problematisk at jeg gjorde opptak av samtalene. Alle intervju ble transkribert og anonymisert og sendt tilbake med en oppfordring om å lese og tenke gjennom materialet. Vi prøvde å avtale et nytt møte når jeg sendte det transkriberte intervjuet.

### **Andre samtale – den dialogiske gjennomgangen**

Å møte informantene flere ganger og gjennomføre langvarige samtaler bidrar til nærhet og økt kjennskap til hverandre. Faren for å «forføre» (Fog, 1994)<sup>96</sup> kan være økende, men samtidig kan det gi økte muligheter for informanten til å påvirke innholdet, både i intervjusituasjonen,

---

<sup>96</sup> Med dette begrepet vil Fog (1994) minne forskeren om den etiske utfordringen nærheten kan føre til, ved at informanten sier mer enn hun etterpå opplever som bekvemt.

ved gjennomgangen av intervjuet og i en tidlig analysefase. Det andre trinnet i den refleksive metoden var å møte foreldrene igjen til det jeg etter hvert valgte å kalle den dialogiske gjennomgangen. I dette møtet var det tid for felles refleksjoner, kommentarer og tilføyelser til det skriftelige materialet, deres historie, som 'saksforholdet'. Det gjør det mulig med en «treledda relasjon, mellom *den andre, meg og sakstilhøvet* som er slik at vi deler sakstilhøvet med kvarandre (Skjervheim, 2002:20). Bakgrunnen for denne tilnærmingen er også inspirasjonen fra Skjervheim om å unngå å objektgjøre den andre. Det er også inspirert av et konstruktivistisk syn på kunnskapsdanning som en kontinuerlig sosial prosess (Thagaard, 2002; Charmaz, 2005, 2006) hvor jeg ønsker å tilrettelegge for gode prosesser. Ikke minst er designet utviklet på bakgrunn av en etisk ettertenksomhet knyttet til analyse og tolkning av andres livsverden. Denne utfordringen valgte jeg å møte med økt involvering av informantene i forskningsprosessen.

Utgangspunktet var tanken om en samtale rundt deres eget transkriberte intervju for å sikre at jeg hadde anonymisert godt nok, at jeg skulle få utdypet emner jeg ikke fikk nok forståelse for i det første intervjuet, gi informantene mulighet for å komme med tilføyelser og strykninger og etterspørre om jeg i min første analyse av intervjuet la vekt på det de selv opplevde som viktig.<sup>97</sup> Til de to første gjennomgangene hadde jeg ikke med opptaksutstyr fordi jeg forventet en justerende samtale hvor jeg kunne notere litt i marginen på intervjuet vi hadde foran oss. Det viste seg at møtet med det skriftelige materialet ble avgjørende for en refleksiv tilnærming til erfaringene. Deres egen presentasjon av barnets vanske, tilfriskningsprosess og konsekvenser for dem som familie og foreldre gav dem for første gang en sammenhengende historie over en sentral periode i livet.<sup>98</sup> Dette satte i gang nye tanker som vi diskuterte i fellesskap. I de

---

<sup>97</sup> Det var for eksempel helt sentralt å sikre at utsagn jeg hadde kodet som skyldfølelse og avmakt, støtte og anerkjennelse stemte med informantens egen fortolkning.

<sup>98</sup> Mange av foreldrene hadde en fragmentert framstilling av 'fortellingen om det psykisk syke barnet'. Gjennom intervjuet kom de ofte tilbake til opplevelser som hadde gjort stort inntrykk. I ettertanken over dette, vokste det fram større sammenheng i fortellingen og dermed en ny form for forståelse. Bülow (2008:137) viser i en diskusjon omkring en informants fragmenterte sykdomsfortelling nettopp hvordan hun og informanten « jointly tried to shape a story that made sense for both of us. » Hun knytter dette til Mishlers utgangspunkt om at fortellingen ikke er i teksten, men i dialogen i konteksten (ibid); slik fortsetter også meningskonstruksjonen i analysen av intervjuet – nærmest som forskerens dialog med dialogen i den transkriberte teksten. Denne dialogen utvider jeg til også å inkludere informantene.

resterende gjennomgangene hadde jeg med meg opptaksutstyr og erfarte at disse dialogene ble like langvarige og gav rikere materiale enn det opprinnelige intervjuet. Den skrevne teksten er mindre flyktig enn samtalen og ble et godt utgangspunkt for refleksjoner. Jeg fikk bekreftet at den skrevne historien ble en viktig del av fleres selvbiografi. Den understreket for dem sammenhengene i det de hadde erfart, hvilken stor innsats de selv hadde gjort og hvor langt de var kommet. Flere uttrykte at de ble stolte av seg selv og at de fikk hjelp til å legge vanskelighetene bak seg. Slik ble det skriftelige materialet et bidrag til økt selvforståelse og en opplevelse av mening og sammenheng, slik også Gullestad (1996) erfarte da hun samlet livshistorier til prosjektet «Hverdagsfilosofer.»

Møtet rundt det transkriberte materialet førte til en annen kommunikasjon enn den vi hadde under intervjuet: Vi møttes i dialog, foreldrene kom med reaksjoner på både sine egne og mine utsagn, vi kunne utdype og drøfte ulike tema – og både min og deres refleksivitet ble løftet til et mer teoretisk nivå hvor konstruksjoner av normalitet og avvik var sentrale tema. De reflekterte også over barnets situasjon i familien, skolen og i fritida på en mer ettertenksom måte, hvor de også tok søskens, behandleres og læreres perspektiv. Vi endte ofte opp med å samtale om endringer i forståelsen av barn, barndom og foreldreskap; barns og unges oppvekstvilkår og mulige konsekvenser for deres psykiske helse, samt ønskede endringer innen hjelpetjenestene og særlig skolen for å møte barna og deres familier på en best mulig måte. Etter hvert begynte foreldrene å bruke mine teoretiske begrep som posisjoner, anerkjennelse, krenkelser, verdighet og tilfriskning i samtalene – dette ble spesielt tydelig i den tredje samtalen, som jeg har kalt forskningssamtalen.

### **Økt makt til informantene ved økt involvering**

Ved stor grad av deltakerinvolvering kan nærheten til informanten utgjøre et problem gjennom informantens tilpasning til forskeren og bekreftelse av forskerens antakelser. Dette er et tema jeg diskuterer nærmere under metodologiske utfordringer, her vil jeg vise det jeg erfarte som noe av styrken i den nære, gjentatte kontakten; muligheten til å protestere mot innholdet i forskningen. Dette kom fram flere ganger. En mor mente jeg var for kritisk i mine spørsmål: Det var mye som var bra i tilbudet datteren hadde fått og hun ville at det positive



skulle komme fram.<sup>99</sup> Kun på den måten kunne hun sammen med meg bidra til at ting kunne bli enda bedre; og det var derfor hun valgte å delta i prosjektet. En far uttrykte at han ikke hadde noen nytte av å lese det transkriberte intervjuet. Han husket hva vi hadde snakket om og var mer interessert i min fortolkning av deres erfaringer. Dermed gikk vi raskt i gang med min analyse av deres historie og endte opp i en interessant samtale om betydningen av ivaretagelse av foreldreverdigheten i møtene med hjelpetjenestene.

Gjennom den gjentatte kontakten og den dialogiske tilnærmingen kan det legges til rette for større grad av likeverd, bedre maktfordeling og sikrere, dypere og bredere kunnskap. Ved å involvere informanten i forskningsprosessen prøvde jeg å ivareta henne og hennes selvforståelse, samtidig som refleksjonene over det skriftelige materialet bidro til å realisere noe av målet med kritisk forskning (Kincheloe og McLaren, 2005): Det virker frigjørende og utviklende, både for informanten og forhåpentligvis for andre som opplever å komme i samme situasjon. At forskeren utfordres av informantene bidrar til at også hennes refleksivitet stimuleres, samtidig som det bidrar til en solid forankring i deltakernes hverdagsliv.

### **Tredje samtale - Forskningsamtalene**

Etter å ha gjennomført alle intervjuene og sju av de dialogiske gjennomgangene, opplevde jeg et behov for å utvide informantinvolvingen ytterligere. Begrunnelsen for en utvidet tilnærming fikk jeg direkte gjennom de reflekterte foreldrene, gjennom den etiske utfordringen i å skulle representere informantene «uten å gjøre vold på deres virkelighet» (Thagaard, 2002:189) og gjennom kjennskap til brukerstyrt aksjonsforskning innen psykisk helsefeltet.

Forskningsdesignet i denne undersøkelsen kan ikke kalles brukerstyrt siden deltakerne i prosjektet ikke er det Hummelvold (2008:133) kaller medforskere som «med sin tenkning og sine avgjørelser bidrar til å skape idéer, utforme og gjennomføre prosjektet og trekke

---

<sup>99</sup> Dette var en familie hvor foreldrene havnet i det jeg i analysen identifiserer som en inkludert posisjon i forhold til BUP: De erfarte seg som behandlernes samarbeidspartnere.

konklusjoner ut fra erfaringene.» De var ikke med på å utforme og gjennomføre prosjektet, men jeg så likevel muligheten for å endre deres rolle i prosjektet fra å være informanter til å bli deltakere ved å ta oppfordringen fra Hummelvold (2008) på alvor om å undersøke

..de muligheter som finnes i forskningen for at brukere ikke bare skal delta med å formidle sin personlige kunnskap og erfaring, og så at forskeren alene skal skape mening i dataene, men heller søke forskningsopplegg som inviterer til kunnskapsdannelse i et forskende partnerskap med brukere

(Hummelvold, 2008:140).

En tilnærming til prosjektet som et forskende partnerskap mellom informant og forsker og muligheten for kunnskapsdannelsen som ligger i dette partnerskapet, ivaretar både en kritisk og en konstruktivistisk målsetting; det er en forskningstilnærming som kan ivareta et mål om empowerment (Warming, 2006:36).<sup>100</sup> For å nå dette målet må en være villig til å endre på det tradisjonelle maktforholdet mellom informant og forsker hvor forskeren er den eneste som tillegges kunnskap nok til å analysere. Den profesjonelle må, slik Askheim (2005:47) uttrykker det: «..ta stilling i en maktanalyse og ta sikte på å endre maktforhold i de avmektiges favør.» En utvidet deltakerinvolvering kan gi de utforskede påvirkningsmuligheter som en mer tradisjonelt gjennomført intervjuundersøkelse ikke gir rom for. Jeg bestemte meg for å legge fram funn og teoretiseringer for noen av informantene for å gjøre dem til deltakere.

I forskning etter Grounded Theory er datainnsamling og analyse parallelle og dynamiske prosesser (Corbin og Strauss, 2008; Charmaz, 2006). Fasemodellen og en tidlig teoretisering omkring det doble tilfriskningsprosjektet som informantene fikk presentert, ble analysert fram tidlig i forskningsprosessen og blir gjort rede for under overskriften den analytiske prosessen. Den omfattende informantdeltakelsen er også et viktig bidrag til den analytiske og teoretiske troverdigheten i studien (Charmaz og Bryant, 2011:302-305). Men her er det den praktiske gjennomføringen og den metodologiske begrunnelsen som skal vektlegges.

---

<sup>100</sup>Bruk av empowermentbegrepet kunne ført meg inn i en omfattende diskusjon av dette begrepet. Her vil jeg bare med Askheim (2005:47) slå fast at empowermentbevegelsens knyttes til radikale strømninger fra 70-tallet og at Freires frigjørende pedagogikk har vært et sentralt teoretisk utgangspunkt. Slik blir også koblingen til kritisk teori klargjort.

Til den første forskningssamtalen valgte jeg en velutdannet mor som var aktiv i en brukerorganisasjon og leder for samtalegrupper for pårørende. Delvis valgte jeg henne fordi hun gjennom intervjuet og den dialogiske gjennomgangen hadde vist seg å være en kritisk og reflektert samtalepartner, og delvis fordi hun i tillegg til sin egen historie også kjente et stort antall andre foreldres historier. Hun hadde både faglig kompetanse og en akkumulert brukerkompetanse som bidro til at maktbalansen mellom oss var nær symmetrisk. Dette ble en positiv erfaring som førte til at jeg gjennomførte forskningssamtaler med to mødre til, fikk støtte og ble utfordret. ANNA pekte for eksempel på at kjærlighetsprosjektet er mer sentralt enn verdighetsprosjektet og at gjenoppbyggingen av hennes foreldreverdighet også skjedde gjennom at datteren ble frisk.

Etter noen forskningssamtaler ble de dialogiske gjennomgangene med de siste informantene, utvidet med at jeg mot slutten presenterte teoretiseringene mine. Det betyr at det ikke er gjennomført en tredje samtale med foreldrene til fem av barna, men teoretiseringene er likevel drøftet med dem. Jeg presenterer en kommentar fra RITA som eksempel. I den dialogiske gjennomgangen presenterte jeg forståelsen av det doble tilfriskningsprosjektet som kjærlighets- og verdighetsprosjekt. RITA utvidet min forståelse gjennom å peke på at foreldreverdigheten også ivaretas gjennom at barnets verdighet ivaretas: *Jeg har ikke følt det på min egen verdighet, men jeg har følt det gjennom barnet mitt og at hun skulle ha sluppet blikk og kommentarer som ikke skulle ha forekommet!* understreker hun.

### **Dialogmøte med foreldregruppe**

Fra et tidligere prosjekt (Hasle og Risstubben, 2007), hadde jeg erfaring med fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju anbefales innenfor kvalitativ forskning fordi det er effektivt når flere kan intervjues samtidig, men primært fordi gruppedynamikken kan bidra til å utfordre deltakernes forståelser. Det legges vekt på å få i gang refleksive prosesser slik at også informantene utvikler ny kunnskap og beskrives som en demokratisk og dialogisk forskningstilnærming med stor grad av informantdeltakelse hvor forskerens makt reduseres sammenlignet med individuelle intervju (Kamberelis og Dimitriadis, 2005:887). Brandth

(1996:149) hevder at denne intervjuformen har en «aktiviserende og mobiliserende effekt.» Jeg opplevde i det tidligere prosjektet at gruppedynamikken bidro til en form for refleksivitet hos informantene som jeg sjelden oppnådde når jeg møtte dem alene. Denne erfaringen, sammen med flere informanternes uttalelser om at de savnet samtalepartnere når barnet var kommet langt i tilfriskningsprosessen, førte til at jeg sendte ut en sms med invitasjon til en gruppesamtale til tre foreldrepar som var rekruttert fra samme fylke.<sup>101</sup> Responsen var umiddelbar og positiv fra alle.

Gruppemøtet ble gjennomført med fem deltakere, tre fedre og to mødre. Etter en kort uformell oppstart presenterte jeg intensjonen med møtet: å formidle til dem hva jeg hadde forstått, etterspørre om min forståelse gav mening for dem og å sjekke ut om det var noe jeg hadde oversett eller misforstått. Jeg presenterte så fasemodellen min og vi hadde en diskusjon rundt denne med aktiv deltakelse fra alle. Mine oppsummeringer og teoretiseringer på bakgrunn av empiri fra flere enn dem selv, var umiddelbart gjenkjennbart. Thagaard (2002:186) hevder at gjenkjennelse innebærer at tolkningen «gir en dypere mening til tidligere kunnskaper og erfaringer, og samtidig overskrider leserens forståelse.» På tross av at barna hadde ulike diagnoser og at erfaringene med hjelpetjenestene og skolen var forskjellige, bekreftet de at det var en slik faseutvikling de hadde gått gjennom. De sammenlignet erfaringer, var utforskende i forhold til å forklare likheter og forskjeller og tok i bruk en del av mine begrep som anerkjennelse; krenkelse; foreldreverdighet; inkluderte, informerte og ekskluderte posisjoner i diskusjonen.

De protesterte imidlertid mot at jeg hadde stoppet ved en fjerde fase: Det var en femte fase hvor de erfarte at barnet var helt friskt og at de ikke lenger var preget av «å være på alerten.» Jeg valgte likevel å beholde organiseringen i de fire fasene; den femte fasen slik foreldrene

---

<sup>101</sup> Sms-en lød slik: «Hei! Sender denne sms-en til tre foreldrepar som har vært med på prosjektet «Mot, mening og mestring. Hverdagsliv og foreldreskap når et barn har en psykisk vanske.» Jeg har veldig lyst til å diskutere teoriene mine med dere – og håper virkelig dere har tid og lyst til et nytt møte ☺ Helst vil jeg snakke med dere alle seks, i et dialogmøte. Kunne dere tenke dere det? Det blir aktuelt å treffes i NN så snart vi kan finne en felles dato ☺ Svar raskt, jeg er kjempespent og har stor tro på at en gruppesamtale vil berike både dere og meg. Mvh Bente Hasle.» Gjennom å sende en sms og ikke ta kontakt pr telefon mente jeg å gjøre det lettere for foreldrene å takke nei til tilbudet dersom de skulle føle henvendelsen som et press.

beskriver den er også en beskrivelse av å være helt ferdig med den fjerde – man er helt tilbake i det ordinære. Samtidig protesterte de mot min påstand om kronisk bekymring. Dersom jeg ikke hadde involvert dem gjennom forskningssamtalen, ville kronisk bekymring vært ett av mine funn som ville blitt formidlet og spredd både gjennom avhandlingen og framlegg på seminar og konferanser.

Forståelsen av det doble tilfriskningsprosjektet (Se figur 5) hadde jeg forventet å få noe motstand på, men den uteble. Tvert i mot fikk også den umiddelbar støtte, men diskusjonen her ble ikke så fruktbar som diskusjonen om fasemodellen. Dette kan skyldes noe så enkelt som at vi hadde sittet sammen i nesten to timer, eller det skyldtes måten jeg la fram tankene mine på.<sup>102</sup> Jeg fikk samme innspill til justeringer av modellen som jeg hadde fått fra mødrene i de individuelle drøftingene.

Den utvidede deltakelsen er også et viktig innspill i valideringen av materialet. Kvale (1997:172) innlemmer også informantene i tolkningsfellesskapet i sin diskusjon av kommunikativ validitet. For meg som er opptatt av mulighetene for økt refleksivitet også for informantene, er det interessant å merke seg Kvales beskrivelse av prosessen som «en slags utdanningsaktivitet, hvor sannheten utvikles gjennom en kommunikativ prosess, og hvor både forskeren og intervjupersonen lærer og forandrer seg i løpet av dialogen» (ibid). Det er nettopp det foreldrene gir tilbakemelding om: de har lært og de har forandret seg.

Etter dette dybdykket inn i prosessen som førte til utvikling av den refleksive metoden, vil jeg nå se nærmere på noen etiske utfordringer jeg møtte underveis.

---

<sup>102</sup> I oppsummeringen min etter møtet skriver jeg at jeg hadde en pedagogisk utfordring som jeg ikke klarte å løse. Begrep som kulturelle konstruksjoner, hegemoniske forståelser og kroppsliggjort handlingsberedskap kan ha virket fremmedgjørende og ha hemmet engasjementet. Prieur (2002) beskriver sine utfordringer med å få til en fruktbar selvanalyse når informantene ikke er kjent med de begrepene forskeren anvender og ikke er vant med kritisk-analytiske tilnærminger.

### ***Etiske og metodologiske utfordringer underveis***

Omfattende informantdeltakelse kan representere et problem når nærheten mellom forskeren og deltakerne i undersøkelsen blir stor. Dette er kritikk som knytter an til en tradisjonell forestilling om objektivitet innenfor kvalitativ forskning som Corbin (2008:32) avviser som en myte. Kritikken har særlig rammet etnografisk forskning (Nilsen, 2005:119) hvor forskeren er deltakende observatør over lengre tid på informantenes arena.<sup>103</sup> Jeg har ikke deltatt i mine informanters hverdag, men har hatt langvarig kontakt og involvert informantene i stor grad i studien og dette gjør det nødvendig å diskutere om jeg kan ha påvirket dem slik at jeg kun får bekreftet min egen forståelse. Det er også nødvendig å gjøre rede for om min «nedsunkethet» på grunn av egenerfaring som pårørende hindrer meg i å få den nødvendige analytiske distansen. En løsning er å gjøre metodiske og analytiske utfordringer eksplisitte og gjøre grundig greie for valg, det vil si å tilstrebe en mest mulig transparent beskrivelse av hele forskningsprosessen. Selvrefleksivitet med et mål om «å bli et subjekt, der er mindre manipulert, mindre styret af ubevisste drifter og lidenskaber, der er mere bevidst om sine tilbøjeligheder og årsagene til sine valg» (Prieur, 2002:118) er en nødvendig del av denne transparensen.

Forskere involverer informanter i ulik grad. Fangen (2004) beskriver et design hvor hun mener å ha brukt deltakende objektivitet<sup>104</sup> ved at informanter har lest og kommentert hennes tekster før publisering. Gullestad (1996) har også latt informanter lese og kommentere tolkningen. Hun mener at hierarkiet mellom forsker og informant består på tross av det likeverdige forholdet i denne situasjonen. Påvirkningsmulighetene deres utvides, men det er uansett forskeren som er ansvarlig for og skal stå for tolkningen. Glaser og Strauss (1967) er

---

<sup>103</sup> Marianne Gullestad (2001) har i sin anerkjente studie av hverdagsliv blant hjemmearbeidende småbarnsmødre i Bergen, hatt en så nær relasjon til sine informanter at hun beskriver dem som venner. Dette problematiserer hun i liten grad og mener at hun på grunn av sin teoretiske skoleing og forskerposisjon, har klart å oppnå den nødvendige analytiske distansen til det empiriske materialet.

<sup>104</sup> Deltakende objektivitet innebærer at forskeren utfordrer, hjelper og støtter informanten til innsikt i den samfunnsmessige påvirkningen av liv og væremåte (Prieur, 2002:127). Prieur mener at Fangen ikke har gått så dypt inn i de samfunnsmessige årsakene sammen med informantene at hun kan sies å ha realisert målet om deltakende objektivitet. Denne innsikten innebærer en selvanalyse hos informanten, og det forutsetter at forskeren har omfattende bakgrunnskunnskap siden selvanalysen foregår under intervjuet. Min tilnærming med en dialogisk gjennomgang av det første transkriberte intervjuet øker muligheten for deltakende objektivitet gjennom selvanalyse og reduserer kravet til forskerens kunnskap om temaet.

opptatt av det samme. Tolkning og teoretisering er ansvar som hviler på forskeren, hun må på grunn av sin skolering: «.. do what these laymen cannot do – generate general categories and their properties for general and specific situations and problems» (ibid:30). Fortsettelsen av dette sitatet gir en klar kobling til målet med kritisk teori: «These can provide theoretical guides to the laymen's actions.» Jeg erfarte etiske problemstillinger i forhold til informantens posisjon og posisjonering av meg som må belyses.

### **Om symmetri i kommunikasjon; asymmetri i makt**

Egenerfaringen og den omfattende informantdeltakelsen innebar ikke bare en fare for at informantene kunne «forføres,» men det «forførte» meg til å tro at jeg hadde oppnådd en utjevning av makten og et likeverdig forhold. En av mødrene avdekket den faktiske asymmetrien i makt og innflytelse: På mitt faste avslutningsspørsmål om hvordan intervju situasjonen hadde vært, uttrykte moren at hun var redd for hvordan fortellingen ville bli brukt – av meg. Den tilliten jeg tok for gitt at hun hadde til meg som forsker, var ingen selvfølge.<sup>105</sup>

Morens svar aktualiserer to spørsmål. For det første: Hva ville jeg gjort med opplysningene fra foreldre dersom jeg ble bekymret for barnets omsorgssituasjon? I det aktuelle tilfellet var barnevernssaken henlagt og jeg var trygg for barnet. Men hva ville jeg gjort i en uavklart situasjon? Hvordan er forskerens rolle hvis hun får kjennskap til at barn befinner seg i mulige omsorgssviktsituasjoner? Dette krevde en selvransakelse hvor jeg konkluderte med at omsorgssituasjonen til informantens barn måtte anses som avklart når BUP ikke hadde sendt bekymringsmelding til barnevernet.

For det andre reiser morens bekymring for min bruk av hennes historie et annet spørsmål: Hvor langt skal informantene involveres i arbeidet med fortolkning og analyse? Når slutter intervjuet å være hennes, et materiale hun etter de forskningsetiske retningslinjene fra De

---

<sup>105</sup> Familien hadde opplevd gjentatte og omfattende krenkelser fra hjelpetjenestene.

nasjonale forskningsetiske komiteer, NESH, skal ha «frihet og selvbestemmelse» (NESH, 2006:14) i forhold til? Når skal jeg som forsker ha det fulle ansvaret for resten av analyse, fortolkning og teoretisering for å ivareta min forskerfrihet? Denne moren tematiserer nettopp min sentrale etiske utfordring omkring hvordan vi representerer informantene. Anonymiteten bekymret henne ikke. Frykten var å bli fremstilt som en kvinne hun ikke kunne kjenne seg igjen i, slik hun hadde erfart at hjelpere fortolket og feiltolket henne. Slik kunne deltakelsen i forskningsprosjektet bli opplevd som en forlengelse av de erfarte krenkelsene og jeg som en utøver av symbolsk vold.<sup>106</sup> For meg kunne dilemmaet blitt at den mellommenneskelige etiske fordringen om å ivareta moren ble sterkere enn det forskningsetiske kravet om å «ivareta hensynet til forskningens kritiske funksjon og sannhetssøken» (NESH, 2006:16). Jeg lofte foreldrene å sende dem det jeg skrev om dem i avhandlingen. Det var den omfattende kontakten som også løste dilemmaet; det oppstod ingen situasjon hvor de ville endre teksten. Men den omfattende kontakten kunne ha skapt et nytt dilemma for meg: var nærheten blitt for stor og familiens bruk av meg som støtteperson problematisk?

### **Om nærhet og avstand – fra retrospektiv til perspektiv tilnærming**

MORTEN og MONA erfarte at BUP avsluttet behandlingen av datteren på fjorten år mot deres ønske. Etter påtrykk fra fastlegen fikk hun et behandlingstilbud på BUP i perioden mellom intervjuet og den dialogiske gjennomgangen. Som forsker stod jeg i en unik situasjon fordi familien involverte meg i utfordringene de hadde med hjelpeapparatet i en her- og nåsituasjon. Jeg ble oppfordret til å delta som observatør på tre møter de gjennomførte med BUP.<sup>107</sup> Observasjonene bekreftet den fremstillingen de ga av seg selv gjennom samtalene våre. Maktutøving fra behandlernes side og en kamp om hvem sin kunnskap som betydde noe, ble et tema jeg ellers ikke ville fått belyst med samme tydelighet.

Jeg hadde kontakt med faren i forkant og etterkant av møtene. Han kjente til min faglige kompetanse og hadde erfart at jeg forstod kritikken av behandlingstilbudet. Med bakgrunn i

---

<sup>106</sup> Se fotnote 73

<sup>107</sup> Observasjonene gjennomføres ved at jeg lytter til samtalene i møtene pr telefon.



en tilnærming til forskningsintervjuet som en dialogisk, refleksiv prosess, gikk vi inn i diskusjonene han trakk opp. Jeg la vekt på å være utforskende sammen med ham, men bidro også med min fagkunnskap.<sup>108</sup> Samtalene i etterkant var vel så interessante fordi de viste foreldrenes bestrebelser på å tilpasse seg en klientrolle som kunne tilfredsstillte behandlerne. De fryktet at datteren kunne miste tilbudet dersom BUP opplevde dem som kritiske, og dermed årsaken til at hun ikke ville ha den evidensbaserte behandlingen som anbefales. De var usikre på om de hadde balansert mellom å stille tydelige krav på datterens vegne og ikke være for kravstore, og ville ha min vurdering. Jeg bekreftet at de hadde klart seg bra, i tillegg uttrykte jeg min respekt for at de satte til side egne opplevelser av å ha blitt krenket av BUP og møtte de ansatte for å hjelpe datteren med å få den behandlingen hun var motivert for. Dersom jeg bare hadde hatt intervjuene med foreldrene som materiale i denne situasjonen, ville jeg latt meg prege av den diagnostiske tenkningen (Grut, 2003) og sett etter personlige egenskaper hos foreldrene som forklaring på hvorfor de opplevde BUP som krenkende. Jeg ville ikke godtatt at en slik maktutøvelse som den jeg observerte, kunne være mulig.

Å gå fra retrospektiv til perspektiv tilnærming førte til kunnskap om tema som ellers kunne forblitt tause, uten at det førte til vanskeligheter for samarbeidet mellom foreldrene, BUP og skole. I disse tilfellene ble min rolle å bekrefte og utfordre foreldrene, en tilnærming som styrket dem i foreldrerollen. Men den aktive intervjueren kan også representere et problem gjennom målet om å framprovosere en selvanalyse hos informantene. Eksempelet under viser det etiske dilemmaet som ligger i dette.

### **Om nærhet og avstand – å være en aktiv intervjuer**

Repstad (2007:74) er kritisk til at forskeren blir hjelper, og mener at man må «dempe sine handlingsimpulser» og henvise informantene til profesjonelle når de ber om hjelp. Som aktiv intervjuer blir det å involvere seg annerledes; målet om selvrefleksjon hos informantene fordrer involvering for å få prosessen i gang.

---

<sup>108</sup> Ulvik (2005:89-91) gjør noe av det samme når hun i et intervju med et barn bruker det hun kaller sitt overlappende praksisreportoar og blir mer terapeut enn intervjuer i en sekvens av intervjuet.

SOLVEIG var ekskludert fra samarbeidet med datterens hjelpere. Fjortenåringen gikk til behandling for depresjon etter gjentatte voldtekter som hjelperne kjente til uten å gi informasjon til foreldrene. Den sterke skyldfølelsen hennes på grunn av egen oppførsel overfor datteren, gjorde det riktig å utfordre henne til å vurdere hjelpernes valg.

Jeg spurte henne: *Men nå vil jeg gjerne ha deg til å tenke litt høyt sammen med meg: De hjelperne hun hadde, de lot henne ta veldig mye ansvar sjøl: for å fortelle dette til deg, for å innkalle deg til møtet. Hva tenker du om det?* Etter først å ha forklart at hun ikke har tenkt så mye på det, svarte hun: *Nå i ettertid så tenker jeg det at vi burde ha fått vite det! Og at kanskje....., at ho kunne ha fått hjelp før.* Jeg gav klart uttrykk for at det var både moralsk og juridisk feil å unnlate å informere dem om det datteren hadde vært utsatt for. Slik ble de fratatt muligheten til å være slike foreldre som de ønsket å være. SOLVEIG begynte å gråte og jeg ble redd for at jeg hadde reaktivert sorg og skyldfølelse med min 'dom' og vi gikk etter en pause videre i intervjuet.

Under avslutningen av samtlige intervju har jeg spurt hvordan deltakerne har opplevd situasjonen. Som alle de andre svarte også SOLVEIG at det hadde vært krevende, men godt.

I den dialogiske gjennomgangen over hennes transkriberte intervju gikk jeg inn i det jeg valgte å gjøre og mitt etiske dilemma; hadde jeg krenket henne? Svaret var klart: Kritikken av hjelpernes vurdering hadde hjulpet henne. *Det at ikke jeg kan bebreides for det at de ikke gjorde noe [for å involvere meg] .....*, sier hun.

At jeg kom med min vurdering, at jeg utfordret henne, kanskje utsatte henne for «urimelig belastning» (NESH, 2006:11) ble oppveid av den økte innsikten. Jeg provoserte kanskje fram

en form for selvanalyse<sup>109</sup> slik Bourdieu formulerer intensjonen om refleksivitet også for informantene som en viktig målsetting med forskningsintervjuet (Bourdieu og Wacquant, 1995:184). Målet med selvanalysen er innsikt og frigjøring, ikke terapeutisk bearbeiding. I dette tilfellet frigjøring fra en kulturelt produsert skyldfølelse hos en mor som forholdt seg til datterens atferd som typisk pubertetsatferd.

Spørsmålet om hvor sårbare 'sårbare grupper' faktisk er, er i denne sammenhengen interessant. Dyregrov (2004) slår fast at holdningen om at det kan være skadelig for 'sårbare grupper' å delta i undersøkelser om sensitive tema ikke bygger på empirisk kunnskap, men på en myte. Denne myten påvirker både metode og tidsperspektiv ved at det i for liten grad brukes dybdeintervju. Den viktigste relevansen for mitt prosjekt er Dyregrovs (2004) konklusjon: Det er hjelpsomt for informantene å snakke om den traumatiske opplevelsen med en empatisk forsker; også år etterpå, og det utvikles ny kunnskap om saksområdet gjennom nærhet og dybde. Selv om informantene opplever, og viser, emosjonelle reaksjoner under intervjuet, erfares det kvalitative dybdeintervjuet som positivt og meningssskapende gjennom interaksjonen med forskeren.

### **Den diagnostiske kulturen og informantenes sannferdighet**

Med forskningsfokus på foreldrenes egne opplevelser gir det liten mening å hente informasjon fra andre enn foreldrene selv. I hvilken grad deres subjektive beskrivelser av virkeligheten er «sanne» er ikke gjenstand for vurdering slik en kan se i andres arbeid.<sup>110</sup> Mange profesjonelle har en tendens til å «diagnostisere tenkning»; å fortolke det folk sier som del av et

---

<sup>109</sup> Bourdieu mener at intervjueren skal framprovosere «en selvanalyse som intervjueren støtter og hjelper frem og som leter etter samfunnsmessige determinanter for holdninger og praksis» (Bourdieu og Wacquant, 1995:184).

<sup>110</sup> Et eksempel er fra Engmark mfl's (2006) studie av blant annet emosjonelle reaksjoner hos foreldre til voksne barn med schizofreni hvor de konkluderer med at mange foreldrene benekter og fortrenger (og dermed bruker umodne forsvarsmekanismer) når de blir orientert om 'barnets' diagnose og prognose. At diagnoser faktisk kan være feil og at prognosene faktisk kan være bedre enn det som formidles både til pasienter og pårørende, har recoveryforskning med stor grad av brukerdeltakelse vist gjentatte ganger. I møtet mellom den personlige brukerkunnskapen og den generelle fagkunnskapen taper de pårørendes forståelse for den diagnostiske kulturen og foreldrene framstilles som om de på grunn av psykologiske reaksjoner ikke kan anses som troverdige.

sykdomsbilde, hevder Grut (2003:179). Kvale (1997:135) peker på psykoanalysen som et samfunnsfag preget av «en uttalt mistenksomhetshermeneutikk», men også eksemplene hans fra det familierapeutiske området (ibid:134) viser terapeuter på leting etter noe bakenfor problemene familiene presenterer. Det er ikke urimelig å beskrive deler av det psykiatriske feltet som preget av mistenksomhetshermeneutikk; en mistenksomhet som kommer til uttrykk for eksempel ved at flere klinikere har spurt om jeg screener foreldre for egen psykopatologi før jeg inkluderer dem som informanter.

Slettebø (2008) diskuterer i sin avhandling om foreldres brukerdeltakelse i barnevernet hvorvidt det som fortelles av foreldrene er sant. «Når foreldrene fortalte om hvordan de har opplevd muligheter for medvirkning, må jeg forstå ytringene som noe de selv trodde var sant», skriver han (ibid:91, min understreking). Gjennom denne formuleringen uttrykker han en skepsis til informantenes evne til å forstå og gjøre greie for sin egen virkelighet. Det er den samme skepsisen jeg har møtt blant fagfolk i det barne- og ungdomspsykiatriske feltet; jeg kan ikke stole på foreldrenes historier fordi de er farget av at «de ønsker å framstille seg selv i et best mulig lys» slik også Slettebø argumenterer (ibid:89).

I min studie inkluderes også foreldre med psykiske lidelser som informanter. Å utelukke en kategori foreldre på bakgrunn av diagnose blir både etisk og metodisk feil. Etisk fordi det er problematisk å kategorisere en gruppe som mindre sannferdig på grunn av en psykiatrisk diagnose. Ikke minst er det problematisk å utelukke informanter som tilhører en marginalisert og stigmatisert kategori foreldre innen psykisk helsevern. Innenfor kritisk forskning er det sentralt at marginaliserte gruppers perspektiv på viktige livsområder belyses. At denne gruppen foreldre av mange anses som mindre troverdige enn foreldre uten diagnose, er en oppfatning jeg ikke deler. Når opplevelsen av hverdagsliv og foreldreskap er tema, kan jeg ikke devaluere noens opplevelser til å velge «.å forstå ytringene som noe de selv trodde var sant» slik Slettebø (2008:91) gjør. Foreldrene velger å fortelle meg sin egen og barnets

historie slik de i ettertid ser den. Det er disse historiene og opplevelsene jeg forholder meg til, utdyper gjennom intervjuet og den påfølgende dialogiske gjennomgangen.<sup>111</sup>

Thagaard (2002:182) viser til undersøkelser gjort blant sosialklienter og fengselsinnsatte når hun peker på at informanter i svake posisjoner innen et system, kan rette kritikken mot de som har makt for å unngå å kjenne på egen avmakt. Dette kan ha en viss relevans for min studie, men informantenes selvkritikk og skyldfølelse er det største temaet, også i fortellinger hvor forholdet til hjelpetjenestene har vært problematisk. Å plassere skyld hos andre er sjeldent, mens kritikk av mangelfull oppfølging fra hjelpetjenestene og skolen er omfattende. Denne opplevelsen anser jeg som et funn jeg kan stole på.<sup>112</sup>

Repstad (2007:96) beskriver en generell psykologisk mekanisme ved folks fortellinger: En intellektuell og nesten estetisk tendens til å fremstille fortidas hendelser som mer logiske og konsistente enn det løse og tilfeldige som faktisk skjedde. Narrative terapeuter mener at dette er med på å nyskape eller gjenskape en opplevelse av sammenheng i egen livshistorie (White, 2006). Behovet for å framstille en sammenhengende logisk historie og sette seg selv i best mulig lys er et generelt og legitimt behov som ikke gjør beskrivelsene av erfaringene mindre sannferdige når informanter står i et klientforhold til hjelpetjenestene enn når de ikke gjør det.<sup>113</sup>

---

<sup>111</sup> Noen fortellinger har informantene identifisert som vanskelige å tro på for utenforstående og tilbudt meg å se dokumentasjon som brev og journalutskrifter. Det har jeg gjort i ett tilfelle. Jeg har også intervjuet et av barna, som nå er voksen, og gjennomført en mer uformell samtale med et annet barn etter ønske fra dem selv. Foreldrenes sannferdighet bekreftes av dokumentasjonen og av barna.

<sup>112</sup> Dette er i tråd med det foreldre til barn med funksjonshemninger erfarer angående tilpassede tjenester når barna når 10-12 årsalder (Tøssebro og Ytterhus, 2006). Ingen problematiserer om denne informasjonen er «sann» slik det gjøres når foreldre eller barn er brukere av tjenestene innen psykisk helsevern eller barnevernet.

<sup>113</sup> Hennem (2002:99) er også opptatt av å ikke kategorisere foreldrene hun har som informanter og understreker at «institusjonsungdommens foreldre representerer ikke mislykkede foreldreskap.»

## Hensynet til tredjeperson

En stor utfordring i denne studien viste seg å bli hensynet til det diagnostiserte barnet som var utgangspunktet for min kontakt med foreldrene. De forskningsetiske forpliktelsene vi har i forhold til å «trygge privatliv og nære relasjoner» (NESH, 2006:11) hadde jeg tenkt gjennom og vurdert hensynet til tredjeperson, i sær barnet og søsken, som godt nok ivaretatt. Jeg overlot til foreldrene å informere barnet om deltakelsen. Det viste seg at flertallet ikke hadde gitt noen informasjon. Et par trakk seg fra prosjektet på grunn av dilemmaet med å la seg intervjuet når de ikke ville at barnet skulle vite det.<sup>114</sup>

De fleste intervjuene ble gjort hjemme hos informantene og gjorde det mulig å oppdage dilemmaet hos flere. Særlig i forhold til det diagnostiserte barnet ble det vanskelig for foreldrene: Gjennom deltakelsen hvor deres pårørendesituasjon var temaet, gav de samtidig uttrykk for at de hadde hatt det vanskelig på grunn av barnet. Dette skulle ikke barnet vite fordi det kunne reaktivere skyldfølelse. Åpenheten som ellers preget familiene, gjaldt ikke dette underkommuniserte temaet.<sup>115</sup> De fleste barna visste etter hvert at foreldrene deltok, de hadde hilst på meg og visste at jeg var forsker. Jeg kunne ikke risikere at de kjente foreldrene igjen i materialet gjennom å formidle historier som barna selv hadde vært en del av. Jeg måtte forandre historiene foreldrene fortalte. Dette er ikke noe praktisk problem når det først er erkjent som et etisk problem. Konsekvensen er at jeg har kombinert flere fortellinger slik at jeg oftest presenterer typiske situasjoner og ikke autentiske situasjoner. I to av familiene vil det være umulig å unngå at barnet kjenner igjen seg selv og foreldrene. Det er innhentert særskilt tillatelse til å bruke dette materialet og foreldrene har orientert barna og godkjent utdragene. På grunn av designet hvor foreldrene har lest det transkriberte intervjuet, vil de kjenne igjen egne fortellinger og uttalelser. Navn, søskens antall og kjønn, bosted og andre kjennetegn er endret slik at det vil være umulig for andre å identifisere informantene.

---

<sup>114</sup> Begrunnelsen knyttet de til at han var helt frisk og i fred skulle fokusere på framtida. Informasjon fra dem om deltakelse i studien kunne sette ham tilbake, mente de.

<sup>115</sup> I Hasle og Risstubbyen (2007) sier en av informantene at denne skyldfølelsen «er erkjent av begge, men ikke artikulert.»

### ***Den analytiske prosessen***

I følge Charmaz (2006:42) starter analyser etter Grounded Theory med en kodingsprosess bestående av minst to faser: «initial and focused coding.» Hvilke koder vi utvikler er i større grad avhengig av materialet vi har samlet inn og analyserer enn av forhåndsbestemte kategorier og andres funn og teorier. Kodene skal vise hvordan forskeren velger, skiller og sorterer og er den avgjørende koplingen mellom materialet og teoriutviklingen om feltet. Som initiale koder brukes ofte *in vivo*-betegnelser, det vil si informantenes egne ord og beskrivelser (ibid:55). Jeg har brukt *in vivo*-koding i den første analysen av de første intervjuene. Umiddelbart etter transkribering gikk jeg gjennom intervjuet linje for linje og noterte min umiddelbare oppfatning av hva det handlet om i den brede margen i dokumentet. Charmaz (ibid:48) anbefaler å jobbe raskt og spontant fordi: «Working quickly can spark your thinking and spawn a fresh view of the data.» Det tok meg sjelden mer enn tre til fire timer å gjøre den første analysen, og den intuitive forståelsen var viktigere enn en nitid systematisk koding.

### **Fra koding til fokuserte tolkninger**

Jeg vil gi et eksempel på hvordan jeg kodet en del av ANNAs fortelling. Hun forteller om bekymringen for datterens oppførsel:

ANNAs beskrivelse:	<i>In-vivo</i> -koding:
Hun er veldig tidlig fysisk ute (...) samtidig så opplevde jeg henne som sein mentalt og dermed blir det et sprik som er vanskelig å håndtere. Vi fleipa jo med det i perioder at «se, hvordan hormonene danser nå»..., men det var veldig påfallende altså!	'tidlig fysisk ute' 'sein mentalt' 'sprik som er vanskelig å håndtere' 'hormonene danser' 'veldig påfallende'

*Skjema 3: Et eksempel på 'in-vivo-koding*

Det som er interessant for meg å følge opp i utsagnet er ikke attribueringene av datterens egenskaper som 'tidlig fysisk ute' og 'sein mentalt', men forståelsen hennes av hvorfor hun sliter; 'hormonene som danser'. I påfølgende fokuserte koding betegner jeg dette, sammen med *in-vivo*-kodinger fra andre informanter som 'Ungdomsforståelsens betydning'.

Jeg vil ta med et eksempel på fokusert koding; koding Charmaz (2006:57) definerer som «coding to synthesize and explain larger segments of data». I denne prosessen gjør forskeren et valg basert på teoretisk sensitivitet og nærheten til empirien som bidrar til å kondensere materialet; prosessen fra *in-vivo*-koding til fokusert koding er altså tolkningsarbeid. Dette var et tidkrevende første trinn i en teoriutvikling. Her vil jeg vise syntetiseringen av noen *in-vivo*-koder som etter hvert førte fram til kategorien 'skyldfølelse.'



Eksempel på <i>In-vivo</i> -koder	Fokusert koding	Kategori
'Det er jeg som er problemet' 'Det er noe galt med meg' 'Jeg må ha gjort alt galt' 'Hva har vi gjort galt?'	'Det er noe grunnleggende galt med oss som foreldre'	Skyldfølelse
'En burde ha passa bedre på' 'Hva er det jeg ikke har forstått?' 'Fanget skulle deles av så mange' 'Vi klarte ikke å beskytte henne'	'Vi skulle gjort en bedre innsats'	

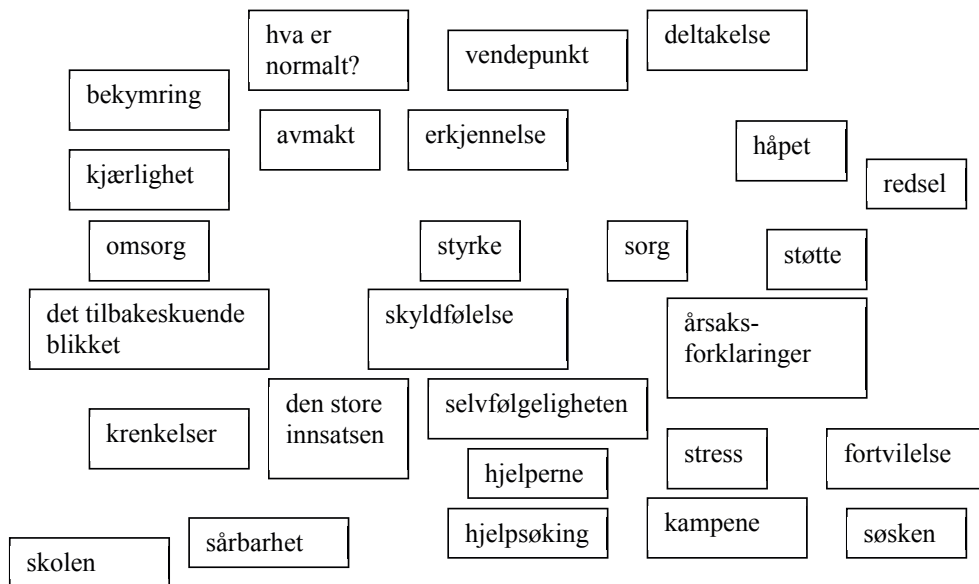
Skjema 4: Skyldfølelse som eksempel på fokusert koding

Fokuserte koder kan videreutvikles til kategorier og til teoretiske begrep. Det er problematisk å skille mellom særlig kode, kategori og begrep når den engelskspråklige metodelitteraturen skal oversettes til norsk. Charmaz (2006) bruker begrepene slik at de representerer et hierarki med stigende abstraksjonsnivå fra «code», via «category» til «concept»; jeg oversetter dette til 'kode', 'kategori' og 'teoretisk begrep'. 'Skyldfølelse' blir en sentral kategori i min analyse. Valget av dette som sentralt er min tolkning av de empiriske *in-vivo*-kodene, hvor kondensering og syntetisering er påvirket av min teoretiske skoloring og mine erfaringer. Men det velges også fordi informantene eksplisitt bekrefter at skyldfølelse er riktig tolkning av utsagnene deres.

### Å skape sammenhenger

Koding av de første intervjuene; først ANNAs, så CECILIEs og EVAs - alle umiddelbart etter transkribering, resulterte i en stor mengde fokuserte koder knyttet til den første problemformuleringen: Hvordan opplever foreldre til barn med emosjonelle vansker

hverdagslivet? Det var løsrevne fragmenter som jeg måtte skape sammenhenger mellom. De viktigste fokuserte kodene er presentert i figur 1. De ble benyttet i kodingen av påfølgende intervju, sammen med nye koder for nye funn.



Figur 1: En fragmentert framstilling av sentrale koder

Etter å ha fokusert til disse kodene var neste utfordring å lete etter mulige sammenhenger mellom dem; jeg begynte å gjøre aksiale kodinger. I følge metodelitteraturen er målet med aksial koding å skape en helhetlig sammenheng etter at materialet har vært fragmentert under den initiale kodingen (Charmaz, 2006; Corbin og Strauss, 2008). De fokuserte kodene er valgt som sentrale kategorier, som forskeren i denne fasen av analysen skal finne sammenhenger mellom. Jeg behandler på dette nivået i min analyse de fokuserte kodene som kategorier; de er ennå ikke valgt som teoretiske begrep. I denne prosessen med aksial koding hadde jeg nytte av ‘memos’<sup>116</sup> som jeg begynte å produsere allerede før oppstart av intervjuene. I tillegg

<sup>116</sup> Memos kan forstås som refleksiv skrivning til støtte for den analytiske og teoretiske tenkningen (Charmaz, 2006:80-95). Jeg har sju tykke A4-skrivebøker fulle av notater, tanker, sitat, teoretiske utprøvinger og modeller.

benyttet jeg meg av loggbok: Etter hvert intervju satte jeg meg umiddelbart ned og noterte ned hovedinntrykkene fra samtalen, deltakerens nonverbale kommunikasjon og tilbakemeldinger på selve intervjusituasjonen. Det gjennomgripende i alle fortellingene var viljen til å gjøre en innsats for barnet; den faktiske omfattende innsatsen og selvfølgeligheten i å stille opp. I tillegg handlet det om det sentrale spørsmålet: Hvorfor ble barnet mitt rammet av denne lidelsen?

Jeg spurte EVA i den dialogiske gjennomgangen om jeg tolket henne rett i at fortellingen hennes var preget av skyldfølelse, og hun svarte: *Du hører vel at alt jeg forteller deg er gjennomsyret av skyldfølelse!* Jeg valgte å analysere videre med 'skyldfølelse' som hovedkategori for å prøve ut mulige sammenhenger. Dette forsøket er presentert i figur 2 som viser at det kan etableres noen sammenhenger mellom 'skyldfølelse' som hovedkategori, men bare noen av de andre kategoriene.



Figur 2: Skyldfølelsen som analytisk hovedkategori

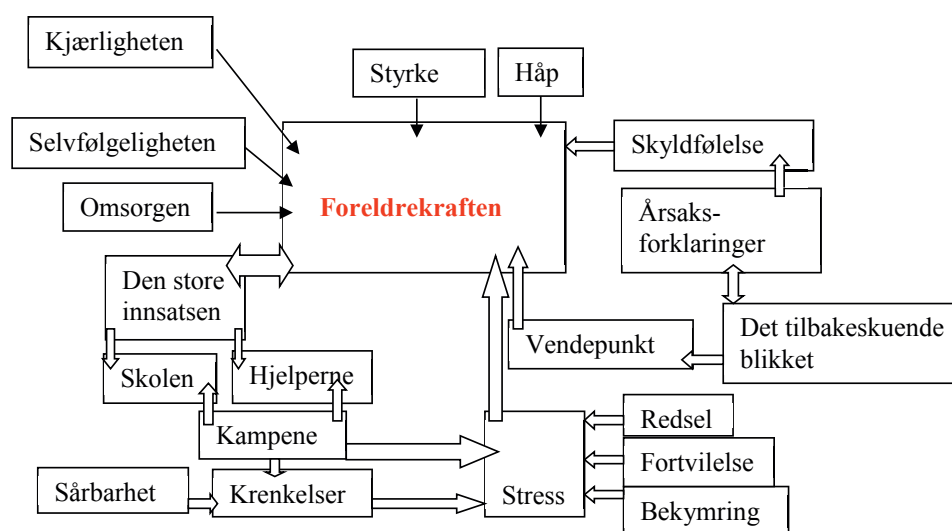
Sammenhengen mellom 'Årsaksforklaringer' og 'Skyldfølelse' er tydelig. Etter å ha vært gjennom en prosess hvor de prøver å normalisere barnets atferd ved hjelp av kulturelle forestillinger om 'Ungdom', erkjennes atferden som avvik. Foreldrene tar i bruk de dominerende kulturelle forklaringene på hvorfor noen barn utvikler psykiske vansker og støtter seg på disse. Årsaksforklaringene styrer 'Det tilbakeskuende blikket' slik at kun to av foreldreparene unngår skyldfølelse. Skyldfølelsen fører til kortvarig avmakt og håpløshet og gjør dem svært sårbare for krenkelser. Gjennom å utfordres av erfaringen med eget barn og særlig gjennom en reorientering gjennom 'Det tilbakeskuende blikket' hvor de fokuserer på det de har lyktes med, brytes den avmakten og håpløsheten som er skyldfølelsens negative konsekvens. Det gjør dem også noe mindre sårbare for krenkelser. Det er sterkt varierende hvor langvarig og krevende denne reorienteringsprosessen er. Ikke noe i materialet tyder på at skyldfølelsen bidrar til handlingskraft hos foreldrene; den synes bare å bidra til energilekkasje. Men foreldrekraften er sterk og i figur 2 viser jeg muligheten for ytterligere syntetisering av aktuelle kategorier gjennom å plassere dem sammen på venstre side av modellen.

En syntetisering til 'Sammensatte følelser', kan utgjøre én kategori som kan romme kjærligheten, selvfølgeligheten, bekymringene, fortvilelsen, sorgen og redselen for hva den psykiske vansken innebærer. Men materialet er i stor grad fortellinger om foreldrenes aktive innsats; for at barnet skal få tilbud om hjelp på flere arenaer, for å sikre at det er kvalitet og kontinuitet i tilbudene og gjennom å være med-terapeuter for barna.<sup>117</sup> 'Den store innsatsen' kan være en kategori som kan romme håpet, omsorgen, styrken og kampene; men også selvfølgeligheten og kjærligheten. Jeg har behov for et overordnet begrep som kan dekke både 'sammensatte følelser' og 'den store innsatsen', og velger begrepet 'foreldrekraften' som jeg

---

<sup>117</sup> Det er flere av foreldrene som bruker begrepet med-terapeut eller terapeut om sin rolle i forhold til barnet med den psykiske vansken.

har hentet fra Sjöberg og Blom (1993).<sup>118</sup> De knytter 'foreldrekraften' til at foreldre har unik kunnskap om sitt eget barn; de kjenner *best til* barnet, men også til foreldrenes følelser; de kjenner *mest for* barnet. Jeg prøver ut 'foreldrekraften' som teoretisk begrep i figur 3. Den gir omfattende mening i forhold til de andre kategoriene og påvirker og påvirkes av disse slik figuren viser. Det er ikke mulig å vise de komplekse sammenhengene med skjematiske modeller; alle modellene er primært brukt som analytiske verktøy.



Figur 3: Foreldrekraften som teoretisk begrep

Det var foreldrekraften og skyldfølelsen som opptok meg etter de første intervjuene. I det femte og åttende intervjuet møtte jeg et nytt fenomen som jeg kodet som 'ikke-skyld' og jeg

<sup>118</sup> «Föräldrekraft» er tittelen på en bok om foreldreskap for barn med cerebral parese av Sjöberg og Blom (1993). Det gjøres ikke eksplisitt rede for begrepet, men det er en samlebetegnelse for foreldrenes kjærlighet og innsats.

så at det er en sammenheng mellom foreldrenes konstruksjoner av 'psykisk sykt barn' og 'skyldfølelse' og 'ikke-skyld'. Etter dette utviklet jeg den endelige problemformuleringen:

*Hvilke konstruksjoner av 'psykisk sykt barn' møter foreldre til barn med emosjonelle vansker og hvordan interagerer disse med forståelsen og utøvelsen av eget foreldreskap gjennom tilfriskningsprosessen?*

Koding og analyser av de påfølgende intervjuene, sammen med nye analyser av tidligere intervju, var i stor grad deduktive med identifisering av ulike konstruksjoner av 'psykisk sykt barn' og mulige sammenhenger mellom forståelser og praksiser for å bekrefte og utfordre en fasemodell jeg utviklet ganske tidlig.

## **Fasemodellen**

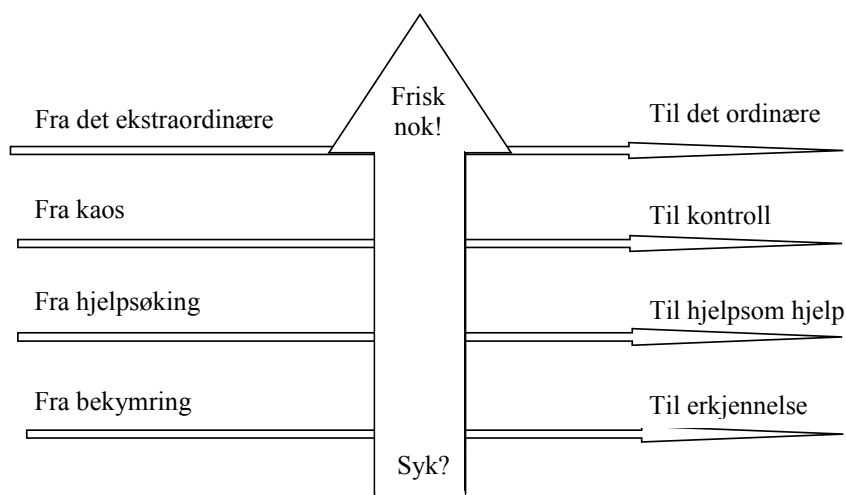
Det er viktig å understreke det konstruktivistiske og subjektive i teoriutvikling slik Charmaz (2006:140) gjør: «Our actions shape the analytic process. Rather than discovering order *within* the data, we create an explication, organization, and presentation *of* the data.» Også her er den teoretiske sensitiviteten avgjørende. Jeg er kjent med kriseteorien som dominerer studier av foreldrereaksjoner når barn har kroniske lidelser (Tøssebro og Lundeby, 2002:74). I en tidligere studie (Hasle og Risstubben, 2007) analyserte vi oss fram til at både mødre og søstre til unge mennesker med psykiske lidelser gikk gjennom fire faser fra 'den tidlige bekymringen', via 'kampen om forståelsen' og 'kampen for hjelpsom hjelp' til 'aksept' av at lidelsen ville være langvarig eller kronisk.<sup>119</sup> Kunnskap om recoveryforskning (Borg og Topor, 2003; Borg og Karlsson, 2011) og egenerfaringen med en datter som er helt frisk, bidro til at jeg var særlig opptatt av bedringsprosesser og foreldres opplevelse av dette. Den fjerde fasen som kriseteorien betegner som nyorientering (Retterstøl og Ihlen, 2008) viser seg å ikke være så stabil blant pårørende innenfor psykisk helse-feltet på grunn av svingende forløp og håpet om full tilfriskning (Hasle og Risstubben, 2007; Thorn og Holt, 2006). Jeg var

---

<sup>119</sup> Av de elleve personene med ulike psykiske lidelser som informantene var pårørende til, ble bare en helt frisk.

ekstra skjerpet i forhold til foreldres utfordringer knyttet til å balansere dette håpet mot faglige og common-sense-forestillinger om psykiske vansker.

De ulike fasene i modellen jeg utviklet, kan etter Grounded Theory betegnes som teoretiske kategorier. Det anbefales at disse beskrives med handlingstermer (Charmaz, 2006; Corbin og Strauss, 2008). Mine fire kategorier beskriver prosesser og bevegelser i foreldrenes forståelse av barnets og egen situasjon fra de begynner å bekymre seg og gjennom rehabiliteringen; det jeg kaller tilfriskningsprosessen.<sup>120</sup> Jeg bruker betegnelsene 'Fra bekymring til erkjennelse'; 'Fra hjelpsøking til hjelpsom hjelp'; 'Fra kaos til kontroll' og 'Fra det ekstraordinære til det ordinære'. Fasene i tilfriskningsprosessen rommes i følgende figur:



**Figur 4: De fire fasene i tilfriskningsprosessen**

---

<sup>120</sup>Forskrift om habilitering og rehabilitering (§3) skiller ikke mellom disse to begrepene, men definerer begge som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere akører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»

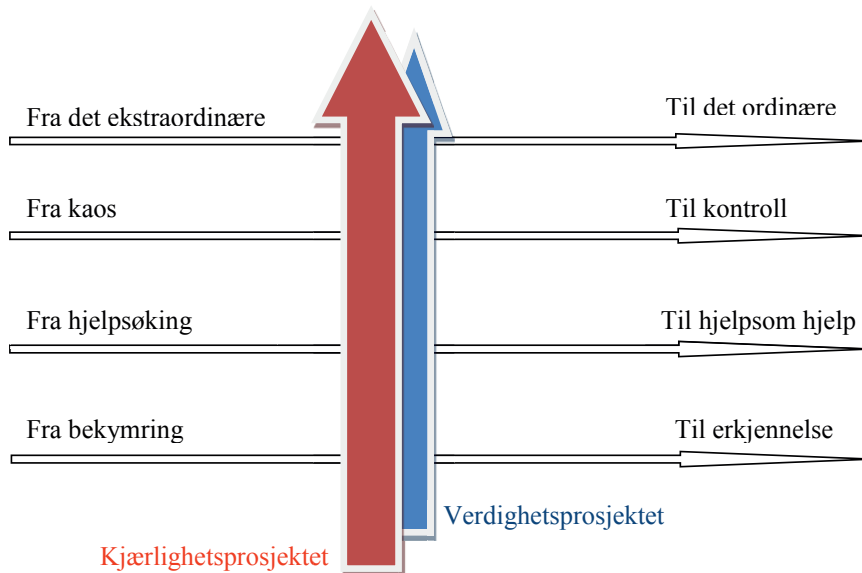
Disse fire framanalyserte fasene fant jeg igjen hos alle deltakerne. De kan knyttes til hvor barnet er i sin rehabiliteringsprosess. Først seint i forsknings- og analyseprosessen oppdaget jeg den nye dimensjonen 'foreldreverdighet' som ble helt sentral.

### **Det doble tilfriskningsprosjektet**

PIA, som den nest siste informanten, introduserte begrepet verdighet som hun knyttet til opplevelsen av manglende anerkjennelse av henne som mor. Med den nye kategorien 'foreldreverdighet' gikk jeg tilbake til alle intervjuene for en ny analyse og fant at det er en kopling mellom 'foreldrekraften,' 'skyldfølelsen,' opplevelsen av barnets tilfriskningsprosess og kampen for anerkjennelse av egen foreldreverdighet. Det måtte inn en dimensjon til i modellen: i tillegg til den første pila som beskriver foreldrenes innsats for å rehabilitere barnet, det jeg kaller kjærlighetsprosjektet, er innsatsen også knyttet til å rekonstruere seg selv som gode nok foreldre; i andres og egne øyne, dette kaller jeg verdighetsprosjektet. Slik blir foreldrenes prosjekt dobbelt; det handler om barnet *og* om dem selv.

I ettertid er dette så selvsagt at jeg ikke forstår at jeg kunne unngå å se det i studiens første intervju når ANNA sier: *Du har på en måte lyst til at de skal lykkes. Selvfølgelig mest for deres egen del, men også fordi det gir deg en god følelse å ha lykkes som mor.*





**Figur 5:** *Det doble tilfriskningsprosjektet gjennom fasene*

Det er vesentlig for deltakerne som har vært tett med i forskningsprosessen og drøftet analysen med meg, at kjærlighetsprosjektet overskygger verdighetsprosjektet; det viktigste for dem er at barnet blir frisk – også fordi det bekrefter at de *har fått det til* og slik bidrar til at de får anerkjennelse som gode nok foreldre. Samtidig er det en bekreftelse av den hegemoniske konstruksjonen av den gode mor og far; de setter barnets vel foran alt annet.

Den påfølgende presentasjonen av empiri organiseres rundt utfordringene i de fire fasene, mens drøftingen i kapittel sju går dypere inn i det doble tilfriskningsprosjektet; kjærlighetsprosjektet og verdighetsprosjektet og sammenhengen mellom dem.

Først en skjematisk oversikt over fasene med hovedutfordringene som kan knyttes til dem før jeg går over til å gi foreldrenes stemmer plass i det deskriptive empirikapittelet:

**1 – Foreldrene møter vansken**

**Fra bekymring til erkjennelse**

- a) Bekymring
- b) Erkjennelse
- c) Det tilbakeskuende blikket og skyldfølelsen

**2 – Foreldrene møter hjelpen og helperne**

**Fra hjelpsøking til hjelpsom hjelp**

- a) Hjelperes konstruksjoner i møte med foreldrekonstruksjoner
- b) Inkluderte, informerte eller ekskluderte posisjoner

**3 – Foreldrene møter hverdagslivets nye utfordringer**

**Fra kaos til kontroll**

- a) Fra sorg og skyldfølelse til foreldrekraft
- b) Samhandling og behovet for aktiv deltakelse
- c) Mestring av daglige belastninger og toppbelastninger
- d) Kilder til stress og/eller støtte; arbeidsliv; nærpersoner; profesjonelle aktører; samspillet med barnet; skolesituasjonens store betydning
- e) Vendepunkt

**4 – Foreldrene og det tilfrisknede barnet**

**Fra det ekstraordinære til det ordinære**

- a) Barnets tilfriskning som bekreftelse av foreldreskapet
- b) Å se tilbake – barnets vurderinger av relasjonen og innsatsen
- c) Behovet for nye endringer i foreldreskapet
- d) Å se søsken
- e) Fraværende endringsstøtte

**Skjema 5: Oversikt over tilfriskningsprosessens faser og hovedutfordringer**

## **KAPITTEL 5: TILFRISKNING – EN KOMPLEKS PROSESS**

Målet med dette kapitlet er å presentere konstruksjonene av ‘psykisk sykt barn’ som jeg finner hos foreldrene selv og hvordan de bidrar til større og mindre grad av skyldfølelse. Jeg vil vise de implisitte konstruksjonene de erfarer i møtene med barne- og ungdomspsykiatrien gjennom foreldrenes posisjoneringer i forhold til behandlingsapparatet, og de implisitte og tidvis eksplisitte konstruksjonene de møter i eget nettverk og særlig i skolen og hvordan de påvirker dem. Konstruksjonene utfordres og reforhandles gjennom erfaringene med eget barn gjennom hele tilfriskningsprosessen, og jeg vil vise at ‘foreldrekraften’ er en viktig ressurs som på grunn av de sosiale konstruksjonene av ‘psykisk sykt barn’ ofte blir oppfattet som et problem. I neste kapitlet drøfter jeg mine funn i forhold til annen relevant forskning før jeg i kapittel åtte introduserer teoretiske begrep som kan kaste lys over de fenomenene jeg har presentert.

Slik det er gjort rede for i metodekapitlet er dette et prosjekt med utstrakt informantdeltakelse; foreldrestemmene blir sentrale i dette kapitlet gjennom omfattende bruk av sitat. For å gjøre det enklere for leseren velger jeg å gi alle i en familie navn på samme forbokstav og foreldrenes navn skrives med store bokstaver. Det vises også til matrisen i metodekapitlet over informanter for oversikt over familiesituasjon, sosioøkonomisk status, behandlings- og skolesituasjon.

I mangfoldet av erfaringer er ett mønster som gjelder alle informantene: Endringene i foreldreskapets praksiser og forståelsesformer er sterkt knyttet til barnets tilfriskningsprosess. Tilfriskningsprosessen er samtidig knyttet til utøvelsen av foreldreskapet. I denne gjensidige, interagerende prosessen identifiserer jeg fire faser som tar kortere eller lengre tid avhengig av symptom, alvorlighetsgrad, tilgangen på hjelp, skolesituasjonen og barnets og foreldrenes innsats. De fire fasene glir over i hverandre, men kan kategoriseres på bakgrunn av særlige fasespesifikke prosesser som jeg har kalt ‘Fra bekymring til erkjennelse’, ‘Fra hjelpsøking til hjelpsom hjelp’, ‘Fra kaos til kontroll’ og ‘Fra det ekstraordinære til det ordinære.’ De fire fasene innebærer møter med ulike allmenne og faglige konstruksjoner av ‘psykisk sykt barn.’

Å være foreldre er, og har vært, en sentral del av alle informantenes livsinnhold, selvforståelse og identitet. Å være foreldre til et barn som sliter med sin psykiske helse beskrives som *altoppslukende*. For foreldrene er barnet og barnets historie det primære. Dette ble en utfordring både under intervjuene, i de påfølgende dialogiske gjennomgangene og i min analyse: Barnet trenger seg fram som det sentrale, som analysens selvfølgerlige hovedfokus. Den sterke sammenhengen mellom barnets tilfriskningsprosess og foreldreskapets forståelses- og praksisformer gjør at barnet framstår som det omdreiningspunktet foreldrene forstår seg selv i forhold til. Foreldreverdighet som analytisk begrep bidro til å analysere fortellingene også som kamp for å gjenvinne egen verdighet. De kjemper to samtidige kamper, for hjelp til barna, men også for anerkjennelse av seg selv som foreldre. Slik trer barnets historie i bakgrunnen, og det analytiske fokuset blir klarere

### ***Første fase: Fra bekymring til erkjennelse***

Foreldre til ungdom bekymrer seg for den unges atferd, venner, klesstil, skolesituasjon, framtidsutsikter og mye annet (Mathisen, 2007). Dette er en allmenn erfaring, også historisk (Schrumpf, 2007). Informantforeldrene forteller at sterk bekymring, oftest også for barnets skolesituasjon har vært årsaken til at de har tatt kontakt med hjelpetjenestene. Hvor lenge bekymringen varer før de søker hjelp er særlig knyttet til symptomenes karakter gjennom frekvens, 'annerledeshet', intensitet, opplevd fare for liv og helse og i hvilken grad foreldrene opplever at barnets livskvalitet reduseres. Det er gradvis økende bekymring knyttet til gradvise endringer det oftest fortelles om.

I denne første fasen blir informantenes egne, ofte ubevisste sosiale konstruksjoner av 'psykisk sykt barn' utfordret i møtet med psykisk sykdom hos eget barn; en bevegelse fra 'psykisk sykt barn' til 'mitt psykisk syke barn'. Disse forestillingene er virksomme og selvfølgerliggjorte, og oppleves som gitte sannheter. Foreldrene bevisstgjøres gjennom egenerfaringen på konstruksjonene som en del av de sosiale og kulturelle påvirkningene vi kontinuerlig utsettes for. Det skjer en utvikling gjennom alle fasene fra individorienterte biologiske og psykologiske konstruksjoner av 'psykisk sykt barn' til komplekse samspills- og kontekstorienterte multifaktorielle konstruksjoner av 'mitt psykisk syke barn'. Behovet for å

finne meningsfulle årsaksforklaringer er viktige bidrag til mestring. Foreldrene har ved intervjuetidspunktet multifaktorielle årsaksforklaringer; den påfølgende inndelingen er analytisk og ikke noe forsøk på å redusere foreldrenes forståelse til enkle årsak-virkning-modeller. Før jeg går systematisk inn i de ulike konstruksjonene skal jeg oppholde meg ved tida før erkjennelsen, mens foreldrene fortsatt ser på barnet som 'normalt'.

### **Ungdomsforståelsens betydning**

Foreldrene synes primært å skape mening i den observerte endringen hos barnet ved hjelp av sosiale og kulturelle forståelser av 'ungdom'. I vår kultur er de nær knyttet til de dominerende utviklingspsykologiske teorier (Stafseng, 1996; Frønes, 2007). Samtidig er forståelsen av ungdom knyttet til de biologiske endringene som skjer i puberteten og jeg vil først ta for meg de mer biologisk forankrede forklaringene foreldrene møter endringene i barnets atferd med. Arv trer sterkt fram her, hvor også barnets temperament som medfødt egenskap tillegges stor betydning.

Foreldrene til jentene med spiseforstyrrelse, kommer med nesten likelydende forklaringer på hvordan de forstod de unge jentenes vekttap. De var i en alder hvor kroppen forandrer seg og de forandret seg på samme måte som moren hadde gjort da hun var på omtrent samme alder. De syns også det var flott at døtrene trente. HANNE forklarer det slik:

*Og som jeg sa også, så var jeg lubben, men når jeg kom i pubertet så ble jeg den laveste på skolen og den minste. Så jeg tenkte at nå er vel hun der som jeg var, og så var hun litt forsiktig med mat. Ikke noe mer enn det og det tenkte jeg: «Det gjør jo ikke noe!» Så jeg problematiserte ikke det heller.*

Først når FINN og FIONA har fått bekreftet at maten er blitt et problem for datteren ser de tilbake og legger en annen mening i utbruddene hun hadde månedene før: *Men hun hadde noen reaksjoner som gjorde at jeg begynte å tenke at nå begynner hun vel å komme i puberteten!! Ho var kjempeforbannet på oss (...) Og vi tenkte: «Ja, ja... den tida kommer jo.»*

Normalitetsbildene av ungdom bidrar til en forventning om opposisjon og sterke følelsesuttrykk. Hvordan skal man vite hva som er innenfor det normale, er et spørsmål de fleste stiller seg gjentatte ganger gjennom hele prosessen. Et flertall begrunner også manglende forståelse med at det var *det første barnet* eller *den første jenta* og at de ikke hadde erfaring med puberteten og ungdomstid som en utfordrende fase i foreldreskapet.

ANNA er en typisk representant for de foreldrene som i første omgang forstår datterens psykiske problem som et normalt uttrykk for puberteten: *Vi fleipa jo med det i perioder at «Se hvordan hormonene danser nå!», men det var veldig påfallende altså! Rasende sint ....* I intervjuet er vi enige i at dette er en rimelig forklaring, men med det tilbakeskuende blikket er hun selvkritisk og sier: *Og så ser en kanskje ting, og så ser en det ikke, likevel. Også vil vi vel helst kanskje ikke se det (...) Fordi du håper i det lengste at ting skal være normalt, og hva er normalt?*

Ved overgangen til ungdomstrinnet sliter Anita med skolemotivasjonen, gjør stadig mindre lekser og får nye, eldre venner og kutter ut kontakten med de gamle. Dette skjer gradvis og ANNAs bekymring tiltar. Foreldrene tenker at hun er i en fase av livet hvor hun skal løsrive seg fra dem og innreder en hybel i kjelleren for at hun skal få litt fred fra familien.

Problematikken kommer helt overraskende:

*Så møter vi da plutselig en dag utpå vinteren ei jente som kommer med ei hånd som er veldig blodig..*

Intervjuer: *Da hadde hun skåret seg?*

ANNA: *Da hadde hun skåret seg... [lang pause] og jeg ble... jeg tenkte: «Hva er det som skjer? Hva er det jeg ikke har forstått og hva er det jeg ikke har sett – og hjelp!»<sup>121</sup>*

Barnets alder, sammen med vanskens uttrykk og foreldrenes kunnskap om barnets totale livssituasjon, synes avgjørende for i hvilken grad forståelsen av 'ungdom' blir sentral.

---

<sup>121</sup> For å understreke den nonverbale styrken i informantenes utsagn bruker jeg understreking i sitatene.

## **Bagatellisering**

For alle barna som hadde diagnostiserte somatiske plager skygger disse for erkjennelsen av psykiske vansker hos alle aktørene; barnet, foreldrene, lærere og helsepersonell.

Kristians foreldre var alvorlig bekymret for sønnen etter langvarig sykdom med flere virusinfeksjoner. Gjentatte besøk hos lege gav ingen svar på hvorfor han var trøtt og motløs: Blodprøvene var i orden igjen, og legen hadde ingen forklaring på hvorfor han ikke kom seg. Den samme erfaringen gjør SOLVEIG når hun stadig tar fjortenårige Sara med til lege, fysioterapeut og kiropraktor for hodepine, muskelsmerter, magevondt og hyppige gråteanfall: Ingenting indikerer somatisk sykdom. Legen snakker etter flere måneders avventing om henvisning til BUP for at Sara skal få snakke med en psykolog, men ingenting skjer. Isabell ligger på sykehus på grunn av en alvorlig infeksjon store deler av sommerferien. Hun er i dårlig form ved skolestart, men blir, på tross av moren INGER's gjentatte oppfordringer til læreren, ikke tatt tilstrekkelig hensyn til ved tilrettelegging av skoledagen, og utvikler etter hvert skolevegring.

CECILIE's datter Caroline har hatt diabetes siden hun var 8 år. Sykdommen har vært svært vanskelig å regulere og hun har hatt flere akuttinnleggelse hvor livet har stått i fare. Hennes konsentrasjonsproblem, tristhet og etter hvert skolevegring forstås av både foreldre, skole og helsetjenesten som en konsekvens av den dårlig regulerte diabetesen. CECILIE blir stadig mer bekymret for skolefraværet gjennom de siste klassetrinnene på barneskolen:

*CECILIE: Du spør om disse bekymringene (...) Du går og lurer og så er du gjennomsliten og så finner du ingen løsning på dette her...*

*Intervjuer: Men hva var det slags atferd hun hadde som gjorde deg bekymret da?*

*CECILIE: Det at ho ikke kom seg på skolen. Fordi ho lå hjemme og kastet opp, i alle fall skoledagene. Ho var alltid frisk når ho hadde fri. Og det bekymret meg at jo mer fravær ho hadde på skolen, jo mer ble ho på sidelinja med venner.. og selvfølelsen datt jo lenger og lenger ned. Og jeg var jo redd for å miste ho! Vi holdt jo på å miste ho flere ganger!*

CECILIE opplever en sterk følelse av avmakt: Hun tør ikke presse jenta eller skolen når en mulig konsekvens er et blodsukkerfall som kan være livstruende. De har vært nær på å miste henne mange ganger og har flere dramatiske opplevelser bak seg. Erkjennelsen av at vansken ikke først og fremst er somatisk vokser gradvis fram hos CECILIE, ikke minst fordi hun selv har slitt med dårlig psykisk helse det meste av sitt voksne liv. Hennes egenerfaring med psykisk sykdom blir en ressurs for å forstå Carolines problem. Moren nekter å se på diabetes som eneste årsak til at jenta sliter, hun protesterer mot den faglige årsaksforklaringen som både skolen og helsevesenet holder seg til gjennom hele barneskolen. Hun ser et mønster i skolefraværet som peker på kontekstuelle forhold; det er skolesituasjonen som fører til kvalme, oppkast og det påfølgende svingende blodsukkeret som igjen fører til at hun ikke kan være på skolen. Samtidig er hun veldig klar på at den vanskelig regulerbare sukkersyken med hyppige sykehusopphold kan ha vært en utløsende faktor for den psykiske vansken.

Også legene på sykehuset bekymrer seg for Carolines krevende diabetes og sørger for at CECILIE innkalles til en samtale med en barnepsykiater. Denne samtalen blir en vond opplevelse og skyldfølelsen hennes øker: *Og ho sa det at: «Gi barnet ditt masse omsorg og kjærlighet, så går alt bra» [med tilgjort stemme og stønner]. Da havna jeg jo enda lenger ned i kjelleren: det er vel ingen unge som har fått så mye kjærlighet!*

Jeg lar CECILIE få mye plass i presentasjonen fordi hun, som 'psykisk syk mor', løfter fram hvordan tjenestene forholder seg til foreldre på – som årsak til barnets vanske.<sup>122</sup> Foreldre, som 'folk flest', deler ofte denne forståelsen som sin generelle konstruksjon av 'psykisk sykt barn', og er ekstremt sårbare for uttalelser som kan tolkes som skyldtildeling. CECILIE er opptatt av faren for at en gruppe foreldre stigmatiseres gjennom den helsepolitiske satsningen på tiltak for barn av psykisk syke foreldre. Hun har også møtt hjelpetjenestene som mor til et

---

<sup>122</sup> Denne konstruksjonen består særlig av de to delkonstruksjonene arv og det psykologisk sviktede barnet som jeg kommer tilbake til. Under to ulike presentasjoner av mitt forskningsprosjekt, en i en liten BUP og en på en R-BUP, ble jeg spurt, henholdsvis av en leder og en forsker, om jeg screenet foreldrene for egen psykopatologi før jeg inkluderte dem som informanter og forespeilet at jeg måtte forvente å finne at foreldre til barn med psykiske vansker oftest slet med de samme vanskene selv. Jeg ble også advart mot å intervju foreldre til disse barna på grunn av deres egen sårbarhet. Min manglende kliniske kompetanse ble sett på som forskningsetisk problematisk: jeg kunne skade sårbare foreldre gjennom å snakke med dem.



barn med en kronisk somatisk lidelse og sammenligner erfaringene fra somatikken og psykiatrien. Da Caroline fikk diabetes ble CECILIE lagt inn på sykehuset sammen med henne i fjorten dager for informasjon og opplæring. Hun ble fra første stund møtt som en selvsagt ressursperson for sitt syke barn. Likevel beskriver hun også her *en forferdelig kamp* for å få god nok hjelp og mister etter hvert tilliten til at legestanden kan bidra med det Caroline trenger. De ser diabetes kun som en somatisk lidelse og forholder seg ikke til sammenhengen mellom skoleliv og helse. Caroline legges stadig inn på sykehuset, skjermes fra skolen, får vanlig kost og insulindoser, kommer seg, skrives ut og blir dårlig - igjen og igjen. CECILIE ser at de gjør det samme som hun gjør hjemme og når de kommer med enkle løsninger, som eksempelet med barnepsykiateren, mister hun etter hvert tilliten til hjelperne og deres kompetanse: *Jeg hadde tillit. Etter hvert så er den tilliten helt vekk!*

### **Erkjennelsen**

På veien fra bekymring til erkjennelse beskrives, i tillegg til en gradvis erkjennelse, også spesielle hendelser eller tidspunkt som førte til at de foreldrene som ikke hadde tenkt at atferden kunne være uttrykk for et psykisk problem, skjønner at dette er mer alvorlig og noe annet enn de hadde trodd.

Både FINN og FIONA og HANNE får døtrenes egen direkte bekreftelse på at de slanker seg og har mistet kontrollen. Hilde spiser fortsatt hjemme, frokost og middag, men har begynt å kaste matpakken og går lange omveier til og fra skolen for å trimme. Dette vet ikke foreldrene. Erkjennelsen kommer i forbindelse med en fjelltur hvor de skal kose seg med matpakker og kakao, forteller HILDE:

*Og da ser jeg bare at hun ser ned, er helt mørk, og sier nei takk! Og da får jeg en sånn intuisjon at det bare går et søkk i magen min og så ser jeg på henne og så sier jeg: «Du tør ikke å drikke den kakaoen du! Du tør ikke det!» «Nei, jeg klarer ikke, mamma!» Da skjønte jeg at det var alvorlig!*

For KARI og KNUT er det en lege som har kontor i samme bygning som KARI, som bidrar til erkjennelsen. Når KARI beskriver Kristians helsesituasjon en dag de er på vei inn på jobb,

snur han seg til henne: «*Han er jo deprimert gutten,*» sier han. Så det var han som klarte å sette de ordene på det og ville at han skulle begynne med anti-depressiva med en gang.

For ANNA er erkjennelsen dramatisk: En morgen kommer datteren til henne med en oppskåret blodig arm. Hun forstår at dette er noe mer alvorlig enn vanlig ungdomsuttrykk, men avventer likevel å søke profesjonell hjelp. Hun skaffer seg informasjon om depresjon og selvskadning gjennom fagbøker og nettet og følger datteren tett opp, noe Anita opplever som mas, men som er helt nødvendig for å trygge moren. Selv mener hun også det er noe av det som har fremmet datterens tilfriskning, at hun som mor har vært pågående og «tvunget» henne til å snakke om det som er vanskelig:

*Når vi snakka da, så ville ho ikke og så kom ho på gli litt etter hvert og så var det ikke så mye ho sa, men jeg kunne spørre: Er det sånn og sånn og slik og slik, og da kunne ho enten bekrefte eller avkrefte det.*

*Intervjuer: Du fikk egentlig ganske mye kompetanse du? Gjennom det du leste deg til sjøl sånn at du kunne hjelpe henne på gli?*

*ANNA: Ja! Så det var måten vi gjorde det på.*

Først ved neste selvskadningsepisode innser ANNA at de trenger profesjonell hjelp: *Nå! Nå trenger vi hjelp! Men hvor?*

Også for SOLVEIG blir det en dramatisk hendelse som får fram erkjennelsen av at datterens atferd ikke er uttrykk for pubertet. Når Sara i en opphetet krangel med moren forteller om de seksuelle overgrepene hun har holdt hemmelig, går SOLVEIG i gang med et langvarig, strevsomt og ensomt meningsarbeid.

For EVA sin del er det skolen som tar kontakt på grunn av sin bekymring for mulig rusmisbruk. Bekymringen viser seg å stemme, men forståelsen av at Elins primære problem ikke er rus, men depresjon, vokser langsomt fram hos EVA etter flere år med tiltak fra barnevernet for misbruksproblematikken.

PIA snakker om en forståelse som gradvis vokser fram og også om en form for vegring mot å ta innover seg at det er noe mer alvorlig enn en forbigående dårlig matlyst: *Altså du ser nå små tegn på det, men det er litt sånn vanskelig å akseptere: er det slik eller er det ikke slik?*

Når erkjennelsen er nådd, når «normalitetens symbolske orden» (Bech-Jørgensen, 1999:24) bryter sammen og foreldrene prøver å forstå den nye situasjonen, aktiveres et behov for å finne årsaken til barnets problem. I dette tidlige meningsarbeidet er det primært allmenne common-sense-forestillinger om 'psykisk sykt barn' som er i spill. Vi skal nå se mer på disse forestillingene før jeg går over til fase to.

### ***Foreldrekonstruksjoner av 'psykisk sykt barn'***

Foreldrekonstruksjonene som er analysert fram i materialet kan deles inn i tre hovedkategorier; de psykologiske; de biologiske og de multifaktorielle. Det som aktiveres umiddelbart hos de fleste er en form for klassisk psykoanalytisk forståelse,<sup>123</sup> det jeg kaller 'den psykologiske konstruksjonen'. Her finner jeg forestillingen om moren som har sviktet gjennom manglende oppmerksomhet og forståelse for barnet, hun som ikke har vært en god nok mor. Jeg finner forestillingen om det traumatiserte barnet som mor ikke har klart å beskytte og ivareta, men også en forståelse for at livet innebærer uønskede erfaringer og kriser og at det ikke er alt man kan beskytte barn mot. Ungdomstid trer fram som en forventet og erfart utviklingskrise, mens livskrisene knyttes til ulike former for traumatiske opplevelser som alvorlig sykdom, død, seksuelle overgrep, mobbing, omfattende negative skoleerfaringer og voldserfaringer.

---

<sup>123</sup> Nielsen og Binder (2006) bruker denne betegnelsen på de tidlige psykologiske teoriene utviklet av Freud og videreutviklet av Eriksson.

## De psykologiske konstruksjonene

Den identifiserte psykologiske konstruksjonen kan deles inn i tre underkategorier; det uoppdragne barnet, det traumatiserte barnet<sup>124</sup> og det psykologisk sviktede barnet.

### Det uoppdragne barnet

EVA har som sin hovedkonstruksjon det uoppdragne barnet. Hun ser en arvelig sårbarhetsdimensjon hos Elin som avgjørende for at hun har utviklet sin psykiske lidelse. De viktigste kontekstuelle utløsende faktorene finner hun i sitt eget samspill med datteren og med den livsstilen hun har valgt.

Mangelfull grensesetting tematiserer hun gjennom hele første intervju. Hun har latt Elin få stor frihet og mye ansvar gjennom oppveksten fordi *Jeg klarte ikke å stå imot hennes vilje. Hun hadde det med å klare å manipulere meg og jeg var så dum at jeg ikke klarte å stå imot det.* Hun understreker sterkt at det var hun som hadde dette problemet, ikke Elin. Allerede da datteren var sju år gammel oppsøkte hun barnepsykolog fordi hun var *redd for at jeg gjorde alt ting feil!! (...)* ..og så syntes jeg at Elin sleit litt.... Men hun opplevde at alt ble bagatellisert og mener det er fordi Elin er tillitsfull og intelligent: *hun fortryllet dem med sin intelligens*, sier hun. Bekymringen og skyldfølelsen ble ikke tatt på alvor.

Da Elin ble født var EVA alenemor, hun er selv vokst opp i et alternativt miljø hvor borgerlige konvensjoner ikke var verdsatt. Å få barn var for henne *veldig skummelt og veldig fantastisk* og hun sier at hun *visste ingenting om å være mor*, men tror hun *taklet det bra*. Hun hadde datteren alltid sammen med seg og mener i ettertid at hun *hadde en veldig sterk sånn symbiotisk greie. Så jeg klarte ikke å skille mellom meg og henne og det har jeg egentlig strevd med i etterkant og*. Når datteren er to år begynner EVA på sosialarbeiderutdanning og

---

<sup>124</sup> I kategorien traumatisert barn har jeg også plassert barn som har hatt langvarige negative skoleerfaringer fordi foreldrene betegner situasjonen de har vært i som traumatisk.

får innføring i utviklingspsykologisk teori; da begynner hun å tvile på seg selv som mor. Intuisjonen hun har fulgt, selvreguleringen og samsøvingen det har ført til, var ikke i tråd med ideologien på høyskolen. *Da ble jeg litt sånn: «Oj, så har jeg gjort alt feil! Det var ikke sånn jeg gjorde det, det var ikke sånn jeg tenkte.» Det var en ganske stor sjokkopplevelse.*

Det er møtet med teoriene hun får presentert med vektleggingen av rammer, struktur, grenser og forutsigbarhet som gjør henne usikker i forhold til egen foreldrepraksis. Denne usikkerheten reaktiveres når hun erfarer at Elin har et rusproblem og etter hvert en alvorlig depresjon med selvskading, men hun oppsummerer: *Jeg gikk mer etter det at det jeg følte og gjorde det var ok! Og det tror jeg det også var på mange måter (...) Jeg ser ikke på meg sjøl som en dårlig mor overhodet.*

Også andre foreldre lurer på om barnets problem kan ha sammenheng med at de har vært dårlige grensesettere, men det synes som om disse vurderingene gjøres først etter at hjelpetjenestene eller skolen har presentert det som en mulig årsaksforklaring. Isabells foreldre mener i ettertid at de nok har skjemt henne litt bort. De er spørrende til om deres manglende press for å få den deprimerte jenta på skolen kan ha vært en delårsak til at skolevegringen ble så massiv og langvarig. Men samtidig forklarer de for seg selv og meg hvorfor de valgte å gi opp presset med å få henne på skolen: lærerne ville ikke samarbeide og det var umulig å få dem til å tilpasse skolesituasjonen for Isabell. De kan ikke fortsette å tvinge henne til å utsette seg for en daglig nedbryting av selvfølelsen. Å være den som tvinger barnet til å stå i en slik situasjon, vil også være et brudd med deres egen forståelse av seg selv som gode foreldre.

Generelt er grensesetting ikke noe stort tema i en tidlig fase når foreldre er på leting etter årsaker. Det blir et større tema etter hvert som tilfriskningsprosessen går framover og ikke

minst som den dominerende konstruksjonen de møter hos barnas lærere og fra barnevernet der denne tjenesten har vært inne i bildet.<sup>125</sup>

### **Det traumatiserte barnet**

Konstruksjonene av det traumatiserte barnet og det psykologisk sviktede barnet er de dominerende hos foreldrene. Isabells historie er for foreldrene primært en historie om et barn som har vært i en ekstrem pårørendesituasjon på grunn av søsterens alvorlige psykiske lidelse med tidvis psykotiske perioder og stoffmisbruk.<sup>126</sup> Hun har opplevd voldsepisoder og skremmende atferd, tvangsinnleggelse og angst for å miste søsteren:

*Ho hadde begynt i barnehagen ho da når ho begynte å erfare angsten og sinnet til Ina, slik at vi måtte gjemme oss. Ho kasta jo stoler etter oss på terrassen, og dataen kunne gå i gulvet og ho brølte... Sånne ubehagelige ting som ho fikk suksessivt med seg gjennom hele oppveksten...*

Ikke minst har hun sett foreldrenes fortvilte kamp for søsterens liv og helse. Tidvis har dette vært altopplukkende for begge og de føler at de har kommet til kort i forhold til Isabell.

INGER ser at hun sliter med sin pårørendesituasjon og trenger noe hun ikke kan gi henne. Hun oppsøker kommunehelsetjenesten som hun vet har et tilbud til barn av psykisk syke, men blir avvist. Hun får ikke plass i samtalegruppa fordi hun har en søster som er syk, ikke en mor eller far. Dette opprører INGER som uttrykker misnøye med at hjelpetjenestene generelt er så lite fleksible: *Når det oppstår problem, må en samarbeide og det må skje fort! Det vil koste samfunnet mindre*, sier hun.

---

<sup>125</sup> Foreldrene til barna med spiseforstyrrelser møter ikke kravet om mer grensesetting, men de tas også ut av skolen, med lærernes og BUP's støtte, i den dårligste perioden.

<sup>126</sup> Dette viser seg å være en forklaring mange fagfolk stiller seg kritisk til. Under en presentasjon av studien og Isabells historie, reagerte en erfaren sosialarbeider med å påstå at det nok primært var en reaksjon på et dysfunksjonelt samspill i familien. Her ser vi hvordan rusproblematikk og psykisk sykdom nærmest automatisk forstås som dårlig foreldreskap (fordi det er de voksne i familien som har ansvaret for kvaliteten på familiesamspillet).

Det traumatiserte barnet er deres hovedkonstruksjon. IVAR sier: *Ja, men jeg tror det at hadde det ikke vært for Ina, hadde det bare vært oss og Isabell, så hadde ikke vi sittet her med deg nå! For hun har preget livene våre så sterkt.*

Også hos PIA er konstruksjonen av 'det traumatiserte barnet' sterk. Hennes familie er preget av familiefarens plutselige død og hennes egen livstruende sykdom. PIA gikk til PMTO-opplæring<sup>127</sup> på BUP i forbindelse med den yngste sønnens atferdsproblem etter farens død. Når det endelig begynner å gå bedre med sønnen, begynner hun å ane at Paula ikke har det bra: *Da var det at det begynte med henne. Og jeg fikk mer, kanskje jeg fikk mer tida til å følge med og...* Det mest framtreddende symptomet er angst, noe PIA syns er en naturlig reaksjon etter det traumatiske tapet av faren.

RITA er rask med å skaffe hjelp til sin datter Randi fordi hun ser at hun er uvanlig engstelig for moren etter hennes kreftoperasjon. RITA har ikke krefter til å hjelpe datteren med angsten og mannen er utslitt etter den lange, krevende perioden med RITAs livstruende sykdom. De har brukt helsestasjonen aktivt under barnas oppvekst og finner det naturlig å kontakte helsesøster. I den lille kommunen vet alle hva familien har vært gjennom og Randi får raskt oppfølging av en PPT-ansatt med kompetanse på barn og psykiatri.

Også ODA er rask å sørge for et nytt tilbud til Oddrun når hun ser at hun sliter igjen i femtenårsalderen. Hun har forventet tilbakefall etter at den langvarige terapien for skadene av incesten ble avsluttet noen år tidligere. Gjennom engasjement i Støttesenter mot incest har hun fått mye generell kunnskap, og gjennom det tette samlivet med Oddrun ser hun fort når hun sliter. Denne gangen viser det seg at hun likevel ikke ser hvor langt nede jenta er; hun sliter med selvmordstanker og skader seg uten at ODA har forstått det: *Men jeg greide kanskje ikke å ta inn over meg hvor alvorlig det var...*, sier hun.

---

<sup>127</sup> PMTO – Parent Management Training Oregon er et foreldreveiledningsprogram som tilbys gjennom BUP og barnevernet. Det er et manualbasert, individuelt opplegg hvor foreldrene får opplæring av sertifiserte terapeuter i å bruke atferdsterapeutiske teknikker for å bedre atferden til barn i alderen 3-12 år med atferdsvansker (Atferdssenteret, b). <http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html>. Lastet ned 22.4.2009

Når barn har erfart et traume, har vi en common-sense og barnefaglig forestilling om at dette kan gi alvorlige følger. Dette kan være en grunn til at barna i materialet som har opplevd tap, overgrep og alvorlig sykdom hos foreldrene, har hatt rask tilgang til BUP. Det ser ut til at bevegelsen fra bekymring til erkjennelse hos foreldrene er raskere. Barna med denne typen erfaringer synes likevel å stå i fare for å få behandling som i for stor grad fokuserer på traumbearbeiding og som kan miste en helhetlig tilnærming. I Paula sitt tilfelle vies ikke hennes pårørendesituasjon på grunn av den utagerende broren oppmerksomhet i BUP; det fokuseres på sorgen.

Konstruksjonen av det traumatiserte barnet er tydelig i hele materialet. FIONA, som er overbevist om at det ikke er mangler ved omsorgen og kjærligheten hjemme hos dem som er årsaken, sier under det felles intervjuet: *Det eneste kunne være at hun hadde vært utsatt for noe, noe hun ikke hadde fortalt oss. Og han [nikker mot mannen] var jeg helt trygg på!* Jeg tolker dette til at hun har vært innom tanken på seksuelle overgrep fra far, har slått det fra seg, men fortsatt lenge var usikker på om datteren kunne ha erfart overgrep fra andre.

Flere av deltakerne i studien tillegger barnets skolesituasjon stor betydning som utløsende og/eller opprettholdende faktor for den psykiske vansken, og beskriver forhold ved skolen som *traumatiske* for barnet. Flertallet av barna har erfart problem på skolen i form av mobbing, uoppdagede lærevansker eller mangelfull tilrettelegging. Alle foreldrene er pådrivere for å få på plass et samarbeid med skolen og lærerne, de færreste forteller om lærere som responderer positivt på foreldreinitiativene.

Isabell, som flytter til det nye hjemstedet som tiåring, strekker seg voldsomt som trettenåring. Dette understreker en allerede etablert 'annerledeshet' som innflytter med annen dialekt og andre fritidsinteresser enn klassekameratene. Hun utsettes for direkte mobbing fra guttene i klassen, mens jentene stenger henne ute fra sitt fellesskap. Moren tar kontakt med skolen gjentatte ganger, men møter ingen forståelse selv om hun også sender et brev der hun gjør greie for Isabells krevende pårørendesituasjon. Hun opplever at hun, for at Isabell skal få det



bedre, utleverer seg selv, sin mann og sin syke datter. Dette er en bønn om at skolens krav til Isabell må tilpasses livssituasjonen: *For at de skulle få forståelse, prøvde å få en dialog skole/hjem og ta litt hensyn! Og overhodet ingenting! Det var en sånn striks lærerinne..., sukker INGER. Faren IVAR supplerer: Med klørne ute...*

Isabell må gjennom en krevende operasjon sommeren før hun begynner på ungdomsskolen og er ikke frisk når skoleåret begynner. INGER informerer igjen og ber om det blir tatt hensyn. Det mener skolen er umulig: oppleggene er obligatoriske og kan ikke tilpasses. Moren ser at datteren blir stadig mer deprimert. Bekymringen hennes tiltar, og følelsen av avmakt overfor skolen tiltar: *Jeg prøvde å ringe, fikk ikke kontakt! Isabell vil ikke på skolen, jeg trenger hjelp!* Etter hvert er skolevegringen et faktum: *Til slutt fikk jeg ikke Isabell på skolen! Ho lå! Ho var ikke på skolen i flere måneder! Fra november til langt ut i mars og for å skjønne så måtte vi jo få hjelp da! For skolen hadde jo gitt opp, vi fikk ikke til noen dialog med dem!*

Også skoleflinke Kristian har hatt det vanskelig på skolen før han utviklet sin depresjon. KARI forteller at *det har vært innmari i perioder og vi tok det opp også...* Men hos disse foreldrene er det forholdene etter at han ble dårlig, som er problematiske. De mener skolens håndtering av gutten mens han slet med somatisk sykdom og påfølgende depresjonen, bidro til at han etter hvert også utviklet angst. Moren oppsummerer erfaringene med skolen slik: *Så hele ungdomsskolen var et mareritt, mer eller mindre.*

Når det gjelder Mia blir en tidlig bekymring om mistrivsel og dårlig sosial tilpasning bagatellisert etter en samtale med kontaktlæreren i 1.klasse. Foreldrene fortsetter å bekymre seg gjennom hele småskolen. Datteren erfarer en økende ensomhet, mener de. MONA forteller hvordan:

*I klassen hennes så var det en gutt som hadde autisme, og var veldig knytt til Mia. Så hele tida var han sammen med Mia. Og når læreren som passa på han skulle på tur, så tok de Mia ut av klassen. Så ho var med. Så ho var mye i lag med han og mista mange venner, .... for ho hadde masse venninner...*

For klassekameratene ser det ut til å bli en form for stigma knyttet til Mia på grunn av den tette koblingen mellom henne og gutten med autisme. Foreldrene er bekymret og ber om *de kunne holde dem litt atskilt. Noe som ikke ble fulgt opp da*. Mia blir sliten av gutten, men slipper ikke unna og blir hemmet både faglig og sosialt, noe foreldrene anser som delårsak til de senere vansker, ikke minst fordi hun isoleres fra jamnaldrende og dermed blir mer sårbar for mobbing.

Også i forhold til terapiforventninger kommer konstruksjonen av det traumatiserte barnet fram. Flere foreldre snakker om at terapeuten *ikke klarte å få hull på* eller *ikke kommer til bunns i* og beskriver med dette en forestilling om en traumatisk hendelse som mulig årsak til barnets vanske.

### **Det psykologisk sviktede barnet**

Dette er den konstruksjonen som slår umiddelbart og sterkt inn hos flertallet av foreldre. Det synes sentralt å formidle til meg at barnet som sliter, var ønsket, etterlengtet og elsket. Mødrene forteller alle smilende om barnet de ammet lenge, som var fredelig, blid, skjønn og alles yndling. Barnet som retrospektivt kanskje var litt mer avhengig av mor enn søsknene var, men som trivdes i barnehage, skole og med ulike fritidsaktiviteter og som utviklet seg og trivdes helt til det av en eller annen grunn gradvis begynte å forandre seg. Det retrospektive tilbakeblikket levner liten tvil om at barnet ble godt ivaretatt gjennom den viktige småbarnstida. Det er 'noe' i barndoms- eller ungdomstida, i kombinasjon med en biologisk medfødt sårbarhet, som har utløst problemene. Likevel er 'det psykologisk sviktede barnet' en sterkt virksom konstruksjonen som bidrar til mye skyldfølelse når de går tilbake og gransker kvaliteten på relasjonen til det syke barnet. Mødrene ser også kritisk tilbake på hvordan de organiserte omsorg og familieliv i dette barnets førskoletid.

Fra alle deltakerne kunne jeg tatt med sitat om at barnet var ønsket og høyt elsket. CECILIE forteller:

*Den datteren min som er syk, hun er jo mitt andre barn (...) Det å få henne..., jeg har aldri hatt det så godt noen gang tross bekkenløsning. Jeg var så voksen for det og så moden for det. Det er ingen av ungene jeg har kosa så mye med og stelt så mye med som med den jenta..*

Når jeg spør om hva slags forhold hun syns hun og Caroline har hatt, svarer hun: *Det er sterkt! Det har vært sterkt helt fra hun ble unnfanget holdt jeg på å si. Det har vært veldig sterke bånd.*

FINN og FIONA som sier at de er glade for å ha sluppet skyldfølelsen, har åpenbart hatt noen runder hvor de har gransket seg selv for ikke å ha vært gode nok foreldre. De konkluderer raskt med at de har gitt Frida en god barndom og FIONA beskriver den slik: *Jeg har vært en gammeldags mamma!* Hun legger vekt på at hun ikke har hatt full stilling, at hun har jobbet kvelder og netter for å slippe å ha barna så mye i barnehage, at de har blitt passet av henne selv, faren eller slektninger i nærområdet. De har prioritert og fulgt opp barna i forhold til venner, skole og fritidsaktiviteter på en måte de er tilfreds med.

### **Skyldfølelsen**

Det er en klar sammenheng mellom konstruksjonen av 'psykisk sykt barn' som 'Det psykologisk sviktede barnet' og foreldrenes skyldfølelse. Å ha realisert egen forestilling om den gode barndom synes å være den sikreste beskyttelsen mot skyldfølelsen. Denne forestillingen er i materialet preget av tradisjonelle middelklasseideal hvor særlig mors kjærlighet og tilgjengelighet tillegges vekt.

MONA formidler mye skyld gjennom det tilbakeskuende blikket. Hun følte seg presset til å etterlate en gråtende Mia i barnehagen før hun var trygg, noe hun mener er avgjørende for at jenta aldri helt fant seg til rette. Når hun ser tilbake på Mias skoletilbud, bebreider hun seg selv at hun ikke tok affære og protesterte mot opplegget. Hun skulle ha sagt tydeligere i fra. Signalene hun gav kan ikke ha vært klare nok når læreren ikke endret situasjonen. MONA uttrykker at hun skulle gjort mer for datteren; hun skulle ha hørt mer på Mia og mindre på

lærerne. Når det gjelder forholdene hjemme, er ikke skyldfølelsen noe stort tema før barnevern og BUP gjør manglende grensesetting til hele problemets årsak. Foreldrene har alltid opplevd Mia som et krevende barn, helt forskjellig fra sine søsken. Hun har vært sosialt forsiktig og avhengig av morens nærhet og oppmerksomhet. Dette har ikke bekymret dem fordi: *Mora hans sa at han [Mias far] har vært sånn opp igjennom åra, sånn at ho nesten har måttet skyve han ut. Og når ho kom ut, så sto han på trappa og så på de andre.*

Mange bebreider seg i ettertid at de ikke forstod alvoret tidligere og reflekterer over årsakene til at det. Selvkritikken er, som i SOLVEIG's fortelling, sterk. Når barnet hennes utsettes for seksuelle overgrep av en fremmed under et ferieopphold hos sine omsorgsfulle besteforeldre, er det selvkritikken som trer fram. Allerede i intervjuets første minutt sier hun at hun ikke tenkte på det da hun var liten: *Men ho var veldig tillitsfull [pause] og det har jeg tenkt på senere, etter det ho ble utsatt for, at ho var voldsomt tillitsfull og....* Selvbebreidelsene og skyldfølelsen i dette utsagnet blir bekreftet i den dialogiske gjennomgangen hvor hun sier: *Men jeg vet ikke jeg, jeg innbiller meg at det er en normal reaksjon, jeg det at ....., ja, ... en burde ha passa bedre på....., men hvis en ikke visste hva dette førte til...*

Ambivalensen i dette og andre utsagn er typiske for materialet og jeg ser det som en form for normaliseringsarbeid: Det er nok vanlig å reagere sånn; en skulle ha fulgt bedre med; men en må tilgi seg selv fordi en ikke kunne vite noe om konsekvensene av det en gjorde – eller unnlot å gjøre. I dette ligger det en rekonstruksjon av en selv som god nok.

### **De biologiske konstruksjonene**

Jeg finner mye biologiske forklaringsmodeller i materialet som kan forsinke erkjennelsen av at vansken barnet sliter med, er psykisk. Biologiske forklaringer er knyttet både til arv og til sekundærfølge av somatiske sykdommer barnet har slitt med. Men jeg finner det også som primære årsaksforklaringer. FINN og FIONA forstår Fridas anoreksi som en slankekur som kom ut av kontroll på grunn av fysiologiske reaksjoner på en periode med underernæring. KARI og KNUT ser på Kristians depresjon som en direkte konsekvens av en langvarig

virusinfeksjon. De biologiske konstruksjonene ser ut til å beskytte noe mot skyldfølelsen, men fungerer bare som en del i det komplekse, multifaktorielle bildet foreldrene etter hvert skaper. Det er som forklaringer på utløsende faktorer de er viktige. Når det gjelder tilfriskningen, blir de ikke sentrale.<sup>128</sup>

Arv er et tema som går igjen, primært forstått som en medfødt sårbarhet som kan utløse psykiske vansker hvis livssituasjonen blir vanskelig. Carolines mor har en psykisk lidelse som debuterte etter at hun ble voksen. Kristian har en mor som hadde en depressiv reaksjon og var sykmeldt ett år da han var tre år. Elin har en far som var rusmisbruker, men som hun aldri levde sammen med, mens Randi har en far som hadde angst som ung voksen, lenge før hun ble født. Arv tematiseres også av andre, de leter tilbake i egen og i partnerens slekt og de fleste finner noe. EVA sier det slik: *Så hvis jeg vil finne de, så finner jeg de.* Mens hun undrer seg over: *Hva kan jeg bruke det til?* og leter videre etter feil hun har begått gjennom datterens oppvekst, er CECILIE tydelig på at arv og biologi som hovedforklaring fratrar henne en del skyld: *Skyldfølelsen kommer av det at jeg føler at jeg ikke har strekt til. For det biologiske det kan jeg ikke få gjort noe med...*

Å ha erfart egen eller nære pårørendes psykiske vansker, er et viktig bidrag til forståelse for hva barnet sliter med, ulike mestringsstrategier og tro på tilfriskning. KARI uttrykker at det å ha vært gjennom en depressiv reaksjon har gitt henne tiltro til egen styrke, noe hun gjenkjenner hos Kristian: *Det var en krise jeg var gjennom, og jeg tror jeg er veldig sterk som kom gjennom den og kom i jobb igjen. Jeg kjenner signalene hvis de kommer og Kristian har nok arvet mye av det samme, med den styrketen i seg, tror jeg...*

Hos RITA finner jeg en forståelse preget av en kombinasjon av flere biologiske faktorer; en arvelighetsdimensjon som gjør Randi sårbar i utgangspunktet ses i sammenheng med alvorlig astma – i de viktige småbarnsårene. Hun tematiserer tidlig i intervjuet disse problemene. Når jeg spør om hun velger å fortelle dette for å formidle at datteren hadde en litt vanskelig start,

---

<sup>128</sup> Her er Caroline et unntak ved at hun responderer så positivt på medisinerer.

svarer hun: *Ja! Ja! Det var mye. Da vi begynte å prate, hva slags barndom hadde ho og sånn, da vi seinere kom i kontakt med BUP. Da begynte jeg å tenke at det var egentlig en ganske tøff start for Randi, så ....* Det er interessant å se på erfaringene RITA har som mor til et barn med en omfattende somatisk sykdom: Mor og barn legges inn på sykehus sammen for opplæring, kursing og avlastning. Dette er en god opplevelse for RITA hvor hun føler seg anerkjent, verdsatt og bekreftet som en god mor. Også ellers i hjelpeapparatet opplever hun at hun blir sett for den innsatsen hun gjør for Randi.

Den biologiske konstruksjonen er oftest en forståelse som vokser fram etter hvert og som sammen med en forståelse av barnets oppvekstbetingelser på ulike livsarenaer og samvariasjoner mellom disse, danner grunnlaget for den forståelsen som langt på vei, men aldri helt, kan gi svaret på 'hvorfor'.

### **Den multifaktorielle konstruksjonen**

Den bio-psyko-sosiale modellen kan nå sies å være konsensus i psykisk helsevern for barn og unge (Nøvik og Lea, 2012; Sosial- og helsedirektoratet 2007; Helsedirektoratet 2008b). Dette er langt på vei også den forståelsen foreldrene når fram til i sin meningsskapingsprosess. Denne forståelsen vokser fram gjennom hele tilfriskningsprosessen, sannsynligvis også gjennom deltakelse i studien. Gjennom et oppgjør med og et opprør mot hovedkonstruksjonen 'det psykologisk sviktede barnet', innspill fra andre aktører, økt kunnskap og ikke minst samhandlingen med barnet som sliter, settes det i gang refleksjoner som fører til en forståelse som erfares som mer meningsfull enn de første tidlige 'ryggmargs'-forklaringene. Dette kaller jeg den multifaktorielle konstruksjonen.

MONA og MORTEN utvikler en multifaktoriell forklaring på datterens problem. Den består delvis av arv, delvis av at de kan ha vært for ettergivende, men primært som et resultat av at jentas individuelle behov ikke blir ivaretatt på skolen samtidig som hun utsettes for alvorlig mobbing av eldre elever og aktiv utestengning fra jentemiljøet.

EVA oppsummerer en multifaktoriell forståelse slik: *Ja, en sårbarhet tror jeg var der. Men jeg tror ikke nødvendigvis hun hadde blitt syk hvis ikke veldig mye annet hendte samtidig, ikke sant!* Hun ser datterens omfattende problem som et samvirke mellom mange uheldige omstendigheter; en arvelig sårbarhetsdimensjon som sammen med urolige familieforhold, manglende grensesetting og vanskelige relasjoner til klassevenninnene førte til rusproblem, som en form for selvmedisinering av depresjonen.

INGER og IVAR mener at pårørendesituasjonen til Isabell er hovedgrunnen til at hun har utviklet skolevegning, men de er ikke i tvil om at mange faktorer har bidratt til problemutviklingen. De supplerer hverandre gjennom intervjuet etter at de først har tematisert at problemet for alvor startet da hun fikk menstruasjon – mye tidligere enn de andre jentene i klassen.

INGER: *Så dette [episoder med søsterens rus, psykose og voldsutøvelse] er jo det Isabell har opplevd da! Alle slags sånne hendelser!*

Intervjuer: *Så det er det dere bruker som..., det er det som er deres forklaring på hvorfor hun fikk angst?*

INGER: *Ja, jeg er ikke i tvil om det! Sosial angst, og...*

IVAR: *Ja, du kan jo tenke deg sjøl hvor sårbar hun var i den delen av livet, og så blir hun revet ut av en skole hvor du trives og kommer hit til Hjemby og hun [søsteren] vaser rundt her...*

INGER: *Og pluss det er mye som henger sammen da, den skolen hun gikk på og at den ble nedlagt og at de ble flytta til den store skolen hvor det var en byggeplass!*

IVAR: *Ja, pluss at hun er ikke helt en sånn A4-jente, hun har litt andre interesser! Alle de andre jentene er liksom fotball og pop, og de greiene der. Og hun er null interessert i fotball, hun leser masse og blir på en måte litt alene i sin interesseverden...*

Her kan vi identifisere både forståelsen av ‘ungdom’; *hvor sårbar hun var i den delen av livet.* Tidligere har vi sett hvordan sårbarheten hennes øker på grunn av en alvorlig operasjon som hun ikke blir helt restituert etter, skolesituasjonen som blir problematisk og det å måtte flytte, først til en skole og så til en ny på grunn av nedlegging. De mener også at skole- og vennemiljøet har liten aksept for ei jente som har litt avvikende interesser – og så blir hun på

*en måte litt alene i sin interesseverden.* Dette er et typisk eksempel på den multifaktorielle konstruksjonen som foreldrene har nådd fram til ved intervjudtidspunktet.

Når årsaksforklaringen blir multifaktoriell, er den blitt hjelpsom og kan legges vekk. Den oppftar dem ikke lenger. 'Hvorfor' er ikke spørsmålet som stjeler tid og energi. Det store spørsmålet blir etter hvert 'hvordan' – hvordan skal vi bidra til at barnet vårt får det godt igjen?

### **Oppsummering av første fase.**

Når barn i alderen tolv til seksten år begynner å slite med sin psykiske helse, tar foreldrene i bruk kulturelle forståelser av 'ungdom' i et forsøk på å forstå atferden som normal. Dette normaliseringsarbeidet får implisitt stor støtte på grunn av konstruksjonen av ungdomstid som tid for konflikter, løsriving og emosjonell ubalanse. På denne måten bidrar kategorien 'ung' til å forsinke erkjennelsen av psykiske plager nettopp hos en gruppe som hyppig sliter med sin psykiske helse. Når det unge barnet har vært utsatt for erkjente traumer, forventes negative psykiske reaksjoner og erkjennelsen kommer raskt. I motsetning bidrar diagnostiserte somatiske plager til å forsinke erkjennelsen. Foreldre erfarer at somatiske plager bagatelliseres i skolen. Dette mener flere har vært utløsende eller forverrende for den psykiske vansken.

I møtet med psykisk sykdom hos eget barn aktiveres de dominerende sosiale konstruksjonene av 'psykisk sykt barn' hvor 'det psykologisk sviktede barnet' fører til omfattende skyldfølelse. Foreldrene ser tilbake på barnets oppvekst hvor særlig de tidlige barneårene tillegges stor betydning og de er svært selvkritiske i forhold til hvordan de har praktisert sitt foreldreskap. 'Det psykologisk sviktede barnet' utfordres særlig av de biologiske konstruksjonene og over tid utvikler foreldrene sine egne multifaktorielle forståelsesmodeller for det spesielle barnet. Egnerfaringen og refleksjonene rundt barnets oppvekst setter i gang en bevegelse fra en ubevisst common-sense-oppfatning av hva som forårsaker psykiske vansker, til en mer reflektert, men fortsatt ambivalent, oppfatning som inkluderer arv, helse-



og læremessige utfordringer, skolesituasjonen og vennerelasjoner, i tillegg til familiære forhold og oppdragelse. Avhengig av hvor lenge de må vente for å komme til behandling, kunnskapen de selv tilegner seg, personlige egenskaper og nærheten i relasjonen til barnet møter de psykisk helsevern for barn og unge med større eller mindre grad av skyldfølelse. De faglige konstruksjonene av 'psykisk syke barn' som de møter her, forblir implisitte. Likevel er foreldrenes fortolkninger av de implisitte konstruksjonene virksomme bidrag til foreldrenes videre reforhandlinger av egne konstruksjoner.

### ***Andre fase: Fra hjelpsøking til hjelpsom hjelp***

I denne fasen møter egne ambivalente konstruksjoner de faglige konstruksjonene innen psykisk helsevern. Brukerperspektivet er sentralt i offentlige dokument om psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008b; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Dette medfører at barn, unge og deres familier erkjennes som sentrale aktører i møtene med hjelpetjenestene. I følge Halså (2008:29) innebærer dette at relasjonene mellom profesjonelle hjelpere og foreldre ses som en prosess og en forhandlingssituasjon hvor alle parter er delaktige i definisjonen av problemet og hva som skal gjøres med det. Dette viser seg å være en stor utfordring når det skal etableres samarbeid mellom behandlerne, barnet og foreldrene. Informantene beskriver ofte langvarige og arbeidskrevende kamper for at innspill fra deres «meningshorisont» skal tillegges vekt, samtidig fortelles det kun unntaksvis om behandlere som presenterer sin forståelse av hvorfor barnet har utviklet sin vanske.

Samtidig med at den psykiske vansken er erkjent og foreldrene er opptatt av 'hvorfor' følger også en erkjennelse av at dette er problematisk familien ikke kan løse uten profesjonell hjelp. Parallelt med at barnets symptom, egen fortvilelse og skyldfølelse skal håndteres, begynner de å orientere seg om hvor de kan få hjelp. Møtene med barne- og ungdomspsykiatrien innebærer også at det må forhandles om forståelser, roller og posisjoner. Foreldrene står i utgangspunktet i en avmektig posisjon i forhold til ekspertene når disse forhandlingene gjøres. De er takknemlige for at barnet får et tilbud og fyller den rollen de tror eksperten har tiltenkt dem. Over tid kan de stille seg kritiske til tilbudets innhold, men dette tematiseres sjelden åpent overfor behandlerne.

## Erkjennelsens konsekvenser - hjelpsøking

Mange uttrykker at de ikke visste hvor de skulle søke hjelp. Flertallet kontaktet enten fastlege eller helsesøster og alle forteller om gode møter. Bekymringen ble tatt på alvor, de ble lyttet til og opplever sympati og forståelse for den fortvilelsen de føler. Dersom barnet er med på denne første kontakten, er det av stor betydning for foreldrene at vedkommende opptrådte respektfullt og ivaretagende overfor barnet. ANNA forteller:

*Og så tok jeg henne med meg til min fastlege, og det er også et skjønt menneske, som møtte oss med en utrolig forståelse og han snakka litt sånn til henne: «Hvis det er greit for deg snakker vi litt sammen, så kan mamma eventuelt gå på gangen etter hvert.» Og da kom hun faktisk ut fra den samtalen og sa: «Mamma, vet du hva? Han forstod det!» Og han henviste oss da ganske kontant til BUP.*

FIONA bestiller også time hos fastlegen og forteller om et positivt møte hvor legen er ivaretagende både overfor henne og datteren og henviser til BUP slik FIONA *håpte at ho skulle bli...*

Betydningen av at barnet blir godt ivaretatt av de profesjonelle hjelperne er viktig også som en bekreftelse for foreldrene på at de har gjort det rette med å henvende seg.

Ikke alle møtene er like gode. ODA forteller om sin første kontakt med helsevesenet for å få hjelp til sin incestutsatte datter på knappe fem år. ODA vil ha en henvisning til et spesialist-team for å sikre datteren god hjelp og oppsøker lege. Det er lang ventetid og en lengre ferie står foran dem. ODA trenger legens støtte på at hun ikke kan la datteren feriere med faren. Det får hun ikke, tvert i mot får hun beskjed om at *noen uker fra eller til ikke er noen grunn til å lage oppstyr*. ODA, som beskriver seg som en *fighter*, nekter å følge rådet, tar direkte kontakt med spesialist-teamet, noe som fører til politianmeldelse av faren og gir moren den nødvendige begrunnelsen for å nekte far samvær.

For HANNE blir veien til BUP enklere og raskere enn for de andre informantene. Hun oppsøker helsesøster på Hildes skole, treffer en engasjert fagperson som uttrykker overraskelse over at ei jente med slike foreldre og slike oppvekstforhold har utviklet en spiseforstyrrelse og lover å ta kontakt med en av Norges fremste spesialister på feltet allerede neste dag. Dette initiativet fører til at HANNE og mannen etter kort tid møter til sin første time på BUP, hos spesialisten. Måten de blir møtt på, opplever de som en anerkjennelse som også gjør det lettere for HANNE å involvere Hildes far som i utgangspunktet mente at de kunne løse problemet uten psykologhjelp. Hun forteller:

*Og da må jeg si det at akkurat det øyeblikket husker jeg veldig godt. Vi kom inn på BUP og vi var to små mennesker...., som det hadde gått litt galt for! Men måten da NN[psykologen] møtte oss på, den var helt enorm. For da kommer to ved siden av hverandre litt skjelvende i mot enden av en korridor. Der stod NN og smilte – og hilste oss velkommen! Og når vi satte oss ned så sa han: «Hit hadde vel aldri dere tenkt at dere skulle få komme?» «Nei», sa vi,» det hadde ikke vi...» Og..., når jeg tenker på det nå: Da var vi der som normale (...) Vi ble anerkjent!*

### **Veien om barnevernet**

For Elin og Mia går veien til BUP gjennom barnevernet etter bekymringsmeldinger fra skolen. Foreldrene blir ikke kontaktet før bekymringsmeldingene sendes, og dette oppleves som problematisk og det framtidige samarbeidet blir vanskeliggjort.

I Elins tilfelle er det rus som anses som det primære problemet og saken forblir en barnevernssak i flere år med ulike tiltak i og utenfor familien. EVA framhever særlig MST<sup>129</sup> som nyttig og støttende, men er kritisk til at de etter intervensjonen ble stående uten oppfølging: *I det det ble avsluttet, ble alt bare forferdelig igjen*, sier hun. Depresjonen til Elin blir stadig dypere og hun legger seg inn på en ungdomspost rett etter at hun fylte seksten år. EVA støtter henne i dette, men beskriver sitt pårørendeforhold til psykisk helsevern med at hun er blitt behandlet som en *kriminell*, en holdning hun mener skyldes *en kultur som er*

---

<sup>129</sup> MST står for Multi Systemisk Terapi som er en helhetlig, manualbasert terapiform bygd på atferdsteori. Hovedmålsettingen er å styrke foreldreautoriteten i familier der et barn mellom 12 og 16 år har atferdsforstyrrelser eller rusvansker. Det legges også stor vekt på samarbeid med skole og øvrig nettverk for å sikre en mest mulig enhetlig tilnærming til ungdommen og for å bidra til å etablere prososiale aktiviteter og vennerelasjoner. Vanlig intervensjonsperiode er tre til fem måneder (Atferdssenteret a). <http://www.atferdssenteret.no/multisystemisk-terapi-mst/category150.html>. Lastet ned 22.4.2009.

*preget av den freudianske skylda, en kultur som psykiatrien må ta et oppgjør med, sier hun.* Etter knappe to uker skriver Elin seg ut av sykehuset og eneste behandling etter dette er psykofarmaka i stadig større doser. Psykisk helsevern har gitt Elin og moren informasjon om at sekstenåringen har en kronisk psykisk lidelse som gjør at hun må gå på medisin resten av livet. Hun og familien går inn i en svært vanskelig tid. Etter et halvt år hvor jenta stort sett har isolert seg på rommet, får hun tilbud om å komme i en vertsfamilie som hjelpetiltak fra barnevernet. EVA støtter henne i at de bør ta imot tilbudet, på tross av skammen hun føler over at familien må ha denne formen for hjelp.

MORTEN og MONA er bekymret over datterens tvangsatferd som ofte tar så lang tid at hun kommer for sent på skolen eller ikke kommer i det hele tatt. Dette bekymrer også skolen som sender melding til barnevernet. De anser foreldrene og deres oppdragelse som problemet, en forståelse også BUP legger til grunn i et kortvarig behandlingstilbud. MORTEN forteller om en positiv innstilling til barnevernet i utgangspunktet: *Det var helt greit å ha møte med barnevernet (...) Vi trodde det var vanlig prosedyre (...) Men du vet, den bekymringsmeldinga, den ba ikke vi om å få kopi av eller, vi visste aldri hva som ble sendt. Og i det så inneholdt det at vi ikke satte grenser.*

Etter hvert erfarer de at barnevernet ikke har den nødvendige kompetansen på psykiske lidelser hos barn og gir råd de ikke kan nyttiggjøre seg.

Ventetid er en sentral kvalitetsindikator innen psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2010a).<sup>130</sup> Det er derfor interessant å spørre foreldrene hvordan de har erfart ventetida. KARI og KNUT beskriver de sprikende erfaringene: *Det var den verste tida!* slår KNUT fast, mens KARI verken synes den var særlig lang eller særlig ille. KNUT

---

<sup>130</sup> Den gjennomsnittelige ventetida har gått ned fra 74 til 70 dager (Helsedirektoratet, 2010a). [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00283/Ventetider\\_og\\_pasie\\_283109a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00283/Ventetider_og_pasie_283109a.pdf). Lastet ned 4.3.2010. Det er store forskjeller i ventetid for ulike diagnoser. Barn henvist for mulige emosjonelle vansker venter 3-7 uker, mens barn med atferdsvansker venter i flere måneder.

beskriver hvorfor det var vanskelig: *Du vet bare at det er noe som er skrekkelig galt... Det var ingen svar å få.... det var bare spørsmål...*

Det er sjelden foreldrene henvender seg til BUP i ventetida, men FINN og FIONA opplever en ekstrem forverring av situasjonen fordi Frida helt slutter å spise etter at henvisning er sendt. Moren ringer BUP for å få framskyndet hjelpa: *Hva skulle jeg gjøre? Det eneste jeg fikk i henne i løpet av dagen var et halvt glass vann!* BUP vurderer ikke situasjonen som akutt og prøver å berolige FIONA uten særlig hell. INGER og IVAR har nær kontakt med psykisk helsevern for voksne på grunn av den eldste datteren og har flere ganger uttrykt bekymring for Isabell. Denne bekymringen blir tatt alvorlig. Voksenpsykiatrien formidler kontakt med BUP og en psykolog kommer på hjemmebesøk. INGER er helt tom for energi og sier: *Jeg gikk inn i et vakuum sjøl! Jeg var helt fortvilt: Nå har jeg to! (...) Jeg var fortvilt, hva skulle jeg gjøre? Hvor skal jeg hente kreftene fra for å komme gjennom dette her? For fortsatt så er jo Ina syk..*

Foreldrenes pågåenhet, forståelsene de møtes med i den første kontakten enten det er helsesøster, fastlege eller barnevern samt kunnskap om hjelpetjenestene og personlig kjennskap til fagpersoner har betydning for hvor raskt barnet kommer til utredning i barne- og ungdomspsykiatrien.

## **Utredning**

Informantene forteller om et mangfold av forståelsesmodeller de har blitt møtt med, også innenfor samme behandlingsforløp. ANNA illustrerer dette tydeligst når hun forteller hva som skjedde etter de to første møtene på BUP: *Så fikk vi en ny kontaktperson et par tre timer og så kom det en tredje person og så var det ikke noen som kunne overta og så fikk vi et opphold. (...) Den første hadde en tilnæringsmåte, den andre en annen tilnæringsmåte og den tredje en tredje tilnæringsmåte.* Hun understreker at datteren heldigvis ble bedre i varetatt: *Men ho fortsatte med samme personen hele veien.*

I BUP møter foreldrenes uferdige og ambivalente konstruksjoner av 'mitt psykisk syke barn' de faglige konstruksjonene av 'slike psykisk syke barn', i form av diagnostiske kategorier og etiologiske forståelser. Flertallet av foreldrene beskriver seg som informanter for BUP i utredningsfasen dersom de overhodet har deltatt. Gjennom utredningsarbeidet bidrar de ved å fortelle sin historie om barnet og familien, og ved utfylling av forskjellige skjema som de ikke lenger husker navnet på. Noen opplever skjemaene som styrende. FINN forteller: *Jeg følte at man gikk mange ekstrarunder for på en måte grave i om det er noe her som man kan sette rett kryss på – på papiret sitt, da! Og det syns jeg var ubehagelig!*

Gjennom denne perioden er foreldre tålmodige og avventende. De uttrykker forståelse for at BUP må snakke med dem gjentatte ganger, at de må innhente informasjon for eksempel fra skolen og prøve å komme i posisjon overfor barnet. De aksepterer at dette kan ta tid. Alle uttrykker forståelse for, og et ønske om, at barnet skal få snakke med en fagperson alene. Begrunnelsen for et ønske om å bli mer involvert er ikke knyttet til økt kontroll over barnet, men til å få være ressurs for barnet og BUP. ANNA forteller om erfaringene fra ungdomsposten:

*Det var veldig sånn at dette var det ho som styrte. Det var ingen som gikk bak ryggen hennes med noe slags informasjon på noen slags måte. Og det ble en sånn etablert praksis begge veier. Ting som jeg skulle snakke med dem om klarerte jeg med henne på forhånd, så det var jo veldig bra, da.*

Det framstår som viktig og riktig for dem å dele egen kunnskap om barnet og familiesituasjonen med fagpersonene som skal hjelpe dem. *Jeg har jo bare tenkt at de må jo bare få se oss og våre behov, ellers kan ikke de hjelpe oss,* sier ANNA. Samtidig er dette situasjoner som oppleves som belastende. FINN opplevde at fagfolka *gravde* og de måtte *blottstille* seg. FIONA er enige i denne beskrivelsen: *Og de første møtene... Vi ble granska vet du! Men det var så greit, for jeg følte at det var ingenting!* Likevel blir dette et stort tema i dette intervjuet, særlig FINN kommer tilbake til denne ubehagelige opplevelsen av å bli *gransket*: *Det var ikke noe bra opplevelse i det hele tatt egentlig!! Du var på en måte granska (...)* *Veldig sånn at du følte at de leita veldig etter å finne noe!* FIONA bekrefter opplevelsen og når jeg spør om de mener at klinikerne lette etter feil ved dem, svarer de sammen: *Ja! Helt klart!*

Utredningsarbeidet kan også inneholde situasjoner som bidrar til økt innsikt, særlig knyttet til forståelse av tidlig barndoms betydning for utvikling av vansker. For RITA er dette avklarende: *Da vi begynte å prate, hva slags barndom hadde ho og sånn, da vi seinere kom i kontakt med BUP.* For dette foreldreparet bidrar BUP sitt fokus på datterens barndom til en utvidet forståelse av hvorfor hun har utviklet angst.

Noen opplever vektleggingen av tidlig barndom i utredningen som implisitt kritikk fra hjelperne. HANNE bestemmer seg for å konfrontere en av behandlerne som antyder at Hildes anoreksi kan ha sammenheng med mangelfull tilknytning. Hun forteller hva hun opplevde i en familierapisetting:

*Jeg husker alt som hyggelig bortsett fra en ting! (...) så spurte en av disse terapeutene meg: «Hvor lenge ammet du?» Og da kjente jeg et sånn skikkelig støkk i magen, snakk om magesfølelse og tenkte: Dette tåler jeg ikke! Hva mener du med det? Og så husker jeg jeg sa ikke noe der og da, men hadde vondt hele tiden. Jeg kjente det brusa i kroppen min mens vi spiste lunsj sammen og så skulle vi inn til neste møte og så telte jeg til tre... Og jeg har vært en omgjengelig person som sjelden har ropt ut, i hvert fall da! Og så tenkte jeg: «Nå sier jeg ifra! Hva er det dere mener? Jeg elsket barnet mitt! Jeg ammet i 9 måneder! Jeg elsket å amme! (...) Lov meg en ting: ikke snakk om fortiden! Freud har jeg fått nok av!!» (...) Etter det så snakket de ikke om det!*

## **Skyldfølelsen**

Forestillingen om barnet som produkt av foreldrenes oppdragelse, særlig gjennom de første leveårene, er en viktig kilde til skyldfølelse. EVA forteller hvordan erkjennelsen av datterens problematikk utløste et behov for å forstå noen sammenhenger: *Jeg måtte finne en rasjonell grunn..., noe som kunne gi meg svar! Og så begynte jeg å tenke: Det er noe galt med meg, det er noe galt med meg..., ikke sant?* For alle deltakerne reaktiveres skyldfølelsen i møtene med ulike fagfolk, og erfaringen er at det ikke tematiseres. For EVA er det første, og eneste, positive møtet med barne- og ungdomspsykiatrien knyttet til en behandler som så og kommenterte skyldfølelsen hennes: *Det første hun møtte meg med det var: «Hør her da: Ikke begynn og sitt her og føl skyld!» (...) Og da var det sånn: Ta den steinen av meg!* forteller hun

og puster lettet ut. I de fleste påfølgende møtene med fagfolk opplevde hun tildeling av skyld gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon.

Profesjonell hjelp til å bearbeide skyldfølelse er unntaket, men ODA forteller fra første gang datteren gikk til terapi. Hun beskriver en *fantastisk klinisk sosionom* som hjalp henne med skyldfølelsen hun følte for å ha fått barn med *en sånn mann*, å ha sendt jenta til samvær med faren, ikke å ha oppdaget overgrepene før og med problemene sine med å håndtere datteren som ble *helt uspiselig* etter overgrepene. Her bidrar sosionomen på BUP gjennom sin generelle kunnskap om hvordan seksuelt misbrukte barn ofte reagerer. Når ODA møter fagkunnskapen, diskuterer den med sosionomen og velger å prøve ut tilnærminger som passer for henne overfor eget barn, styrkes opplevelsen av mestring i en krevende omsorgssituasjon. Det er interessant å merke seg at bearbeidningen av skyldfølelsen også knyttes til det å håndtere barnets atferd på en stadig bedre måte. Det er gjennom utøving av det praktiske foreldreskapet med positive utfall hun rekonstruerer seg selv som en god nok mor.

HANNE gir et interessant svar på om temaet skyldfølelse kunne tas opp med terapeuten: *Det kunne jeg diskutere med ham, men jeg vet ikke om jeg gjorde det så mye... for jeg syns vel den timen var såpass knapp. Da ville jeg fokusere mer på hva kunne jeg gjøre for Hilde.* Når tida oppleves som begrenset, er hun ikke villig til å bruke av den for å bearbeide egne reaksjoner.

Kontakten med ulike fagpersoner i BUP har likevel medvirket til bearbeiding, her er særlig HANNES historie spesiell fordi hun møter en psykolog som tror på henne, stiller seg til disposisjon som diskusjonspartner og stadig støtter henne i hennes valg når hun prøver å få datteren til å ta til seg næring og redusere den ekstreme treningen. *Stol på intuisjonen din!* gjentar han gang etter gang, og HANNE gjenvinner etter hvert sin selvforståelse som en god mor.

Foreldrenes opplevelse av krenkelser forteller om stor sårbarhet i denne fasen. Tilsynelatende bagateller, kan ha utløst reaksjoner som skyld, sinne og sorg. ANNA forteller hvor sårt det er at ungdomsposten tar opp med henne at Anita syns det er så mye krangling mellom de to



hjemme. Det er Anitas versjon av virkeligheten som tillegges vekt, de får ikke hjelp til å komme fram til en felles forståelse og ANNA ender opp med økt skyldfølelse: *Jeg sitter der og tenker og kjenner at de har jo så rett, at hadde det ikke vært for meg så hadde det ikke vært problemer.*

Det er enkeltepisoder med uttalelser fra de gode hjelperne som krenker. På samme vis tillegges de gode, støttende kommentarene stor betydning som anerkjennelse. Det fortelles også om anerkjennelse av konkrete handlingsvalg foreldrene har gjort i vanskelige situasjoner med barnet.

### ***Behandlingserfaringer og posisjoner***

Den tradisjonelle tilnæringsmåten i barne- og ungdomspsykiatrien er den mest utbredte i materialet: Barnet går til individuell samtalerapi og hvis foreldrene får et tilbud, er det samtaler med en annen kliniker uten barnet til stede.

FIONA forteller om utredningen: *Frida fikk ei..., jeg var med henne inn på legekantoret, det var lege på poliklinikken og så fikk ho en psykolog som ho skulle gå til...* FINN følger opp: *Vi var ikke med inn, vi snakka ikke med henne...* og FIONA bekrefter: *Nei, vi fikk en tredjemann (...)* *Vi i lag og så ho en...* Som i de fleste andre fortellingene, reduseres foreldredeltakelsen etter utredningen. KARI oppsummerer slik i gruppesamtalen: *Det er litt som å gå til legen. Han stiller en diagnose og så tar du medisinen slik han foreskriver.*

Forholdet til de profesjonelle og deres faglige konstruksjoner, eller mer korrekt de forståelsene foreldrene tillegger behandlerne siden det sjelden gjøres eksplisitt, er av stor betydning for hvordan de ser på seg selv som foreldre – og tidvis av avgjørende betydning for hvordan de kan praktisere sitt foreldreskap. Posisjonene de plasseres i og plasserer seg i, er viktige for opplevelse av mestring. En sentral utfordring synes å være en samskaping av forståelse som aktørene kan dele; barnet, foreldrene og behandlere. De færreste foreldre opplever at BUP bidrar aktivt til et samarbeid om denne, ekspertene sitter stort sett med svaret

når foreldrene har gitt alle opplysningene. Samarbeidet synes kun å komme i gang når foreldrene er pådrivere, eller når barnets vanske er av en sånn karakter at det ikke klarer å slippe foreldrene, men må ha følge inn på terapeutens rom. For både foreldre og behandlere er det da en uttalt målsetting at barnet skal å ha individuelle samtaler. KARI forteller: *I starten så var det samtaler med Kristian og så delte de oss opp. Jeg satt med ei... og du satt med ho NN[henvender seg til mannen].* KNUT følger opp:

*Vi gikk til samtaler i hvert fall. Eller samtaler? De ønska jo å snakke med Kristian, men han var jo så langt nede at ... han satt jo bare der som en klump i fanget mitt. Vi fikk han ikke inn i rommet uten at han satt på fanget, altså (...) Han var helt nede.....Han sa jo ingenting nesten...*

Når utredningsfasen er over, opplever flertallet av foreldrene seg som perifere for BUP's arbeid med barnet. Overgangen fra utredningsfase til behandlingsfase innebærer en bevegelse fra inkludert mot ekskludert. Den inkluderte posisjonen innebærer at terapien kan følges opp hjemme. Dermed vil BUP sine bidrag oppleves som en del av hverdagslivet. Men også i motsatt fall, når foreldrene er i en ekskludert posisjon, kan bidragene fra BUP oppleves som sentrale i hverdagen, oftest som uforklarlige reaksjoner det er vanskelig å håndtere.

For de fleste er det greit med den graden av samarbeid de inviteres inn i, de godtar ekspertenes diagnoser, behandlingsformer og posisjonering av dem. KNUT synes de fikk nok informasjon; noe selvmotsigende sier han: *Vi fikk nok informasjon..., selv om jeg ikke helt forstod hva vi holdt på med, men vi syns det hun holdt på med var greit da...* KARI sier det viktigste var at de endelig fikk hjelp og så *at de prøvde!*

Opplevelsen av at barnet blir sett og at behandlerne fokuserer på ressurser og framgang er avgjørende for at tilliten til hjelperne opprettholdes. En annen viktig faktor er at behandleren gir uttrykk for å verdsette barnet og trives med å jobbe sammen med det.

Noen av foreldrene er pågående i sin kontakt med barnets behandler. De tar det som en selvfølge at de skal være deltagende, ringer og ber om en samtale eller forventer at de får noen minutter sammen med barnet og terapeuten på slutten eller begynnelsen av terapitimen.

Det er ingen som erfarer å bli avvist på sine initiativ, men det ligger til grunn en felles uttalt forståelse av at barnet ikke skal oppleve foreldrenes involvering som problematisk. Barnet er både for foreldrene og behandlerne primærpatienten uansett hvilken posisjon de står i.

Jeg finner tre ulike posisjoner foreldrene plasseres og plasserer seg i: Inkludert, informert og ekskludert. De ulike posisjonene i forhold til behandlingsapparatet innebærer ulik grad av erfart anerkjennelse av foreldre som ressurspersoner for egne barn.

### **Den inkluderte posisjonen**

Behandlingen av Hildes anorexi skjer i stor grad gjennom moren fordi Hilde avslår tilbudet om individualterapi. For HANNE er forholdet til terapeuten avgjørende for at hun skal klare å stå i situasjonen: *For meg var det julekvelden det å komme til han. Åh, da kunne jeg endelig fortelle, og jeg kunne få inn ting. Jeg gledet meg til møtene med ham, jeg - hver eneste gang!!* Jeg spør om hun opplevde at han løftet henne fram som en mestrende mor?

*JA! At jeg skulle ... og så sa han hele tiden at jeg ... for jeg spurte da, for da begynte jeg å spørre etter faglitteratur: «Kan jeg lese meg opp?» Jo mer jeg leste, jo mer gikk jeg i meg selv, jo mer deprimert ble jeg. For da sto det alt om mor-barn-relasjoner og jeg syns alt passet på meg og jeg tenkte: Har jeg vært en så elendig mor? [sukker] Samtidig som jeg slo meg selv i hodet med den litteraturen så sluttet jeg å lese det: For det hjalp meg ingenting. Og så sier NN til meg: «Bare følg intuisjonen din, du!» For han var vel i stand til å se hvor greit..., eller hvor godt jeg gjorde det oppi all elendigheten da. Hvor sliten jeg enn var, så så jeg jo hva som var viktig! Og så klarte han å få oss til å opprettholde disse strukturerte måltidene....*

Hun forstår etter hvert at de har fått et unikt tilbud: For å hindre at Hilde må legges inn gjorde terapeuten *noe som jeg skjønner i ettertid er uvanlig. Han sa: «Ring meg når som helst på døgnnet!»* Dette tilbudet blir knapt brukt, men gir HANNE trygghet til å stå i situasjonen.

INGER og IVAR blir inkludert i behandlingen av Isabell og får støtte fra BUP, også fra Isabells psykolog, når de sliter med bekymring og håndtering av utfordringene depresjonen og skolevegringen innebærer for dem. IVAR oppsummerer: *Vi var et team rundt henne!* Dette

har direkte innvirkning på deres mestring av hverdagslivet. Her følger en beskrivelse av hvordan en inkludert posisjon kan oppleves:

*Og ho har jo kommet med trusler, sånne småtrusler at ho skulle skjære seg og sånn. Men jeg tok jo hele tida kontakt med sykehuset, så jeg hadde jo hele tida en dialog med dem, så de ringte meg alltid tilbake og fikk beroliget meg og så konfronterte de meg med min angst da! At det var ikke så alvorlig som jeg trodde det var! (...)*

Intervjuer: *Så du fikk litt praktisk hjelp til å mestre hverdagen med henne gjennom samarbeidet med BUP du egentlig?*

INGER: *Ja, det gjorde jeg! Jeg fikk jo det..., for når jeg var bekymra så ringte jeg (...) Hele den perioden så hadde jeg veldig støtte fra psykologen til Isabell! Om de problemene, så jeg var ikke alene om det, altså! Nei, det var jeg ikke!*

RITA erfarer også at hjelperne inkluderer henne og mannen i arbeidet med Randis tilfriskning. Dersom hun har noe hun ønsker å formidle til terapeuten er det enkelt å ta en telefon eller å spørre om å få delta i hele eller deler av timen. Hun opplever at hennes innsats for datteren verdsettes gjennom at terapeuten alltid takker henne for kontakten. RITA er, på tross av at hun beskriver seg selv som *forsiktig til vanlig*, aktiv med å ta initiativ når noe omhandler datteren og får diskutere ulike problemstillinger med ansatte på BUP. Samtalene styrker henne fordi hun får støtte på å være *intuitiv*. *Jeg tenker mer med hjertet enn med hodet egentlig*. Terapeuten sier til henne: *Du har alt sammen du! Bare bruk det!*

De initiativene hun og andre foreldre tar, blir sjelden avvist av hjelperne, men fra foreldrenes perspektiv er fleksibilitet og samarbeid noe de selv må etterspørre.

### **Fleksibilitet og inkludering**

Hilde blir stadig tynnere og foreldrene er alvorlig redde for at hun skal dø. På dette tidspunktet får HANNE beskjed om at de kan få et familieopphold på sykehus. Hun er positiv, men sliter med å motivere ektemannen. Hun skisserer selv en løsning for behandlerne:

*Men i hvert fall så fikk jeg forhandlet med de som jobbet på familieavdelingen (...)  
«Tror du vi kan komme som dagpasienter – poliklinisk, for det er litt vanskelig å få med mannen min? Jeg vet kanskje ikke helt om jeg får han med..., men jeg vil veldig gjerne og jeg ser at vi ville ha veldig godt av dette her!» Og da svarte de*

*meg at det kunne de få til og så kan han komme og gå som han vil (...) De forhandlet og så gikk de meg i møte! Oss i møte! Og da var det greit for mannen min...*

INGER og IVAR opplever å være en del av et team rundt Isabell, men føler seg overlatt til seg selv etter utskrivning fra familieavdelinga. Fleksibiliteten og tilgjengeligheten på avdelinga kommer likevel tydelig fram i følgende episode som IVAR forteller om:

*Jeg var innom der en dag, husker jeg [ler]. Da ville ho ikke på skolen og da visste jeg ikke hva jeg skulle gjøre da, da bare raste jeg opp til sykehuset og bare sprang inn på avdelinga der... og da kom ho [psykologen] i gangen: «Hva faen gjør jeg, nå?» sa jeg til henne [Felles latter] «Kun feber, alt annet skal ho på skolen!» Og så gikk jeg hjem til Isabell: «Har du feber?» «Nei!» «Da skal du på skolen!» Så dro ho på skolen da. Så det ordna seg...*

ANNA opplever seg inkludert i behandlingen av datteren først etter at hun legges inn på en ungdomspost:

*Det går på.. ja.. hele mennesket, rett og slett, inklusive foreldre. Og der gikk de i gang med et opplegg som var tilpasset henne først og fremst og et orienterings- og informasjonsopplegg rundt foreldra. Og der var det sånn: «Hvordan står det egentlig til med mor og far her? Hvordan har dere det egentlig?» Vi ble ivaretatt fra A til Å (...) Vi fikk informasjon når vi kom og hentet henne på fredagen. Da satte vi oss ned med psykologen som var ansvarlig for henne og hun fortalte litt om hvordan uka hadde vært og hva de hadde observert og så videre.*

## **Den vanskelige inkluderingen**

Inkludering kan være vanskelig å realisere, slik RITA forteller. De hadde et møte med *en lege som antakelig var psykiater*. Trettenårige Randi var med på hele møtet, på tross av morens uttalte ønske i forkant om et foreldremøte. Temaet var medisinerings mot angst, en mulighet som var blitt nevnt for Randi i en terapitime og som hun var svært positivt innstilt til. RITA er opprørt over at dette ikke ble gjort til et tema kun mellom BUP og foreldrene:

*Jeg syns ikke det var noe hold i at hun skulle bli informert om dette her. Det var noe som vi på en måte... noe vi skulle informeres om og ta en avgjørelse om (...) Han snakka om det preparatet ho eventuelt skulle begynne med – og han snakka hele tida til ho! (...) Han hadde en veldig positiv vinkling på det han la fram!*

RITA begrunner hvorfor datterens deltakelse ble vanskelig for dem:

*Det ble feil at hun skulle bære så mye av det, jeg syns det var oss som foreldre som skulle vurdere dette og så legge det fram for henne hvis det ble aktuelt (...) Det er det som ville vært naturlig for meg (...) Jeg syns det ble mye å legge på henne – og ho ble jo mye mer bekymret for hvorfor vi ikke ville gi henne den hjelpa som han la så positivt fram!*

Randi forstår ikke foreldrenes tilbakeholdenhet i forhold til å gi henne antidepressiva, og dette påvirker relasjonen mellom dem. RITA forteller at datteren har fått en mistro til foreldrenes kjærlighet når de nekter henne medisin. Nærhet og samtale med dem har alltid hjulpet Randi i vanskelige stunder, men nå har situasjonen forandret seg: «Ikke rør meg!» Ho skreik og var litt utagerende og det har jeg ikke opplevd før..

Jeg spør RITA hva hun tenker om at BUP la dette fram for dem sammen og hun svarer: *Jeg håper det var en forglemmelse fordi jeg syns jo det ikke er holdbart at barn skal opp i en sånn diskusjon som er for oss voksne å ta en avgjørelse på!* Hun tror ikke det ligger en faglig begrunnelse bak. RITA forteller hvor vanskelig det ble å stå imot jentas og BUP's ønske og de velger å starte med medisin etter å ha innhentet ytterligere informasjon om temaet fra kvalifiserte personer i det uformelle nettverket. Hun har fortsatt tillit til den profesjonelle kompetansen, men understreker at *de må legge fram ting slik at du får ta dine egne valg!*

De fleste foreldrene opplever ikke å stå overfor valg i det hele tatt. De er i det jeg kaller en informert posisjon, de holdes orientert, men opplever ingen påvirkningsmuligheter.

### **Den informerte posisjonen**

Foreldrene stiller få krav til behandlerne i denne posisjonen, de er oftest svært takknemlige for at barna får et tilbud og er lite kritiske til tilbudets innhold. Det er denne posisjonen flertallet plasseres og plasserer seg i etter en mer inkluderende utredningsfase. FINN og FIONA får stor plass i denne presentasjonen fordi de selv kategoriserte seg som informerte, da jeg la fram mine funn og analyser i gruppesamtalen, og de reflekterer mye over posisjonen.

Etter at utredningen er over forteller FINN og FIONA om tilgangen til BUP. De får beskjed om at de kan ringe når det er noe, men *Det er jo noe hele tida!!* sier FINN. Terskelen for å ringe er høy, særlig fordi det er tydelig at BUP vil at Frida skal håndtere dette selv. FIONA ringer noen ganger for å uttrykke sin bekymring, fordi datteren bare blir tynnere og har begynt å høre stemmer. Etter flere måneders poliklinisk behandling med forverring av tilstanden, legges hun inn i nesten seks måneder. FINN var kritisk til innleggelsen, en betenkning han delte med kona, men ikke med behandlingsapparatet: *Jeg husker ikke om jeg sa det ... Nei, vi gikk vel ikke i noe sånn konflikt med dem, tror jeg..* Han vurderer altså det å ikke dele sitt synspunkt med behandlerne som å la være å gå i konflikt. FIONA har sin mening om hvorfor de ikke sa noe: *Nei, vi gjorde ikke det! Vi gjorde det vi fikk beskjed om!*

Temaet innleggelse opptar FINN og han kommer tilbake til mitt spørsmål om hvorfor ikke den polikliniske behandlingen var hjelpsom, og reflekterer slik:

*Hvis vi tar tilbake til det spørsmålet om hvorfor det ikke hjalp (...) Jeg var jo mye provosert i forhold til dette med sykehuset, jeg! I forhold til den polikliniske biten og mens ho var innlagt... og det var kanskje mangelen på at de så på oss som en ressurs! Og det følte jeg veldig på altså, at man ikke bruker oss foreldre mer i en slags behandlingsbit. For jeg følte..., for vi hadde vært fullt ut i stand til å bidra mye mer i behandlingen av henne og det kunne kanskje ha vært unngått at ho hadde vært lagt inn også hvis vi hadde vært trukket inn i større grad. Det tror jeg, da!!*

FIONA deler denne oppfatningen med ham, men mens han dveler ved det såre i tilsidesettelsen, fokuserer hun på det positive som skjedde ved innleggelsen:

*Vi fikk ikke være med på noe mye da, nei!! Og vi skjønte jo..., vi tenkte jo at dette her kunne vi egentlig fiksa, dette her kunne vi ha gjort. Men så tenkte jeg at det trenger jeg egentlig ikke å bruke noe energi på, for nå følger ho det behandlingsopplegget og da kan ho følge det behandlingsopplegget! Og ho la på seg og kom seg og...*

I forbindelse med innleggelsen endrer kommunikasjonen mellom foreldrene og behandlende instans seg, fra ingen kontakt til behandlingspåbud: *[Ho]kom hjem i helgene og da hadde ho med seg matliste og tidspunkt og da fulgte vi jo det til punkt og prikke. Opplegget fra*

sykehuset styrer familielivet totalt i helger, ferier og etter utskriving: *Når ho kom hjem så var vi pokka nødt: Var ikke maten på bordet klokka to så spiste ikke ho! Og da måtte vi ha det som stod på menyen!*

Dette står i kontrast til det de forteller om den polikliniske behandlingen, hvor FIONA ettertenksomt mener: *Jeg tror de prøvde å gjøre noen avtaler med henne om hva ho skulle spise og hva ho skulle prøve å arbeide med, men..* Etter hvert forteller Frida foreldrene at hun har en 'spiseliste' og den blir et stort tema mellom dem: *Ja, denne spiselista... «Står det det på spiselista da?» «Ja, det stod på spiselista,» sa ho... Da fikk vi ikke se den! Det var mellom henne og psykologen! (...) Ho skulle ha det ansvaret sjøl!* Det er foreldrenes milde press på datteren som fører til at spiselista henges opp, og gir dem noe innsyn i behandlingsopplegget.

FINN reflekterer over hva den manglende inkluderingen førte til for hans selvbilde: *Det å ikke bli involvert, det var trasig!! Det er på en måte helt i mot min natur!!* Han kommer igjen tilbake til at de kunne ha fått henne frisk gjennom et samarbeid med dem. FIONA engasjerer seg i refleksjonene hans: *Nå sitter jeg og tenker på at det var jo helt merkelig at vi ikke fikk se den spiselista... Helt bak mål!! Jeg tenkte ikke så mye på det da, for da tenkte jeg at det er nok sånn det er..* Hun begrunner også hvorfor det ble feil: *Vi kunne ha tatt litt styring. Og ikke at ho skulle ha ansvaret... Ho var for dårlig til det!*

De peker på det paradoksale i at de ved BUP ikke skal engasjere seg, mens de etter innleggelsen i praksis blir 'med-terapeuter' med fullt ansvar for gjennomføring av behandlingsregimet i helger og etter utskriving, men helt uten muligheter til å påvirke innholdet: *Da var det bare informasjon, da skulle vi høre hvordan det hadde gått, hva vi skulle gjøre nå i helga! Det var ikke rom for å diskutere noe da! Da måtte vi selvsagt følge det de hadde bestemt!!* FINN oppsummerer posisjonen deres slik: *Vi ble jo ikke noe mer involvert enn før ho ble lagt inn... Vi var ikke involvert i det hele tatt vil nå jeg si da; vi ble informert!!* FIONA er enig: *Informert, ja..* og FINN slår fast: *Ikke involvert!*<sup>131</sup>

---

<sup>131</sup> Dette intervjuet ble gjennomført før jeg hadde introdusert de ulike posisjonene for dem.



Etter at Frida ble utskrevet, gikk hun tilbake til den polikliniske individualbehandlingen. Foreldrenes deltakelse bestod i å kjøre henne, vente ute og så spørre hvordan det hadde vært. FIONA er oppbrakt: *Det var bare ho! Da var det henne vi spurte om åssen det gikk! Det var aldri en telefon hvor de kunne si hvordan det gikk! Og ho var jo ung da..., ho var jo femten år...*

Når barn blir ungdom, tenker de fleste behandlere og foreldre at en nødvendig løsrivelsesprosess gjør det mest naturlig å ikke involvere foreldre (Næss, 1989; Andersen og Mytting, 2006). Det er interessant at ODA argumenterer motsatt av det som er vanlig praksis; med økende alder ønsker hun å involveres mer, ikke mindre:

*Ikke nødvendigvis vite hva de snakka om, men hvor ho var i sjukdomsbildet sitt. For nå ble jeg så utrygg!(...) Dette med å drive og rispe seg og.. det skremte vannet av meg omtrent. Da ho var liten hadde jeg fysisk kontroll med ho, så det var på en måte tryggere enn når ho ble større. Så da hadde jeg hatt mer behov for å være del av det. For jeg oppfatta meg sjøl som en ressursperson for henne, ikke sant. Det å bli stengt ute fra den biten, kjente jeg var vanskelig*

ODA mener det er viktig med mer involvering for å kunne gi nødvendig meromsorg. Men det er også nødvendig for å trygge henne og anerkjenne henne som ressursperson. Å bli invitert inn i et samarbeide er viktig for at hun skal få en bekreftelse på at hun er betydningsfull i datterens tilfriskningsarbeid. ODA tematiserer ikke direkte at involvering i behandlingen også kan forebygge og bidra til bearbeiding av skyldfølelse, men i det samlede materialet kommer sammenhengen mellom deltakelse, anerkjennelsen av foreldreinnsatsen og bearbeiding av skyldfølelse fram.

### **Behovet for mer informasjon**

Det er interessant at foreldrene etterlyser mer konkrete forslag til håndtering av utfordringene som følger med barnets symptomer. De fleste ønsker at fagpersonene deler mer av den generelle kunnskapen sin med dem, slik at de aktivt kan prøve ut andre tilnærminger enn sine egne. ANNA forteller at hun har prøvd å forstå datterens problematikk og brukt ulike

tilnærminger for å håndtere hennes depresjon og selvskading. Fram til innleggelsen på ungdomsposten beskriver hun sin foreldreposisjon i BUP-systemet primært som den som henter og bringer til terapitimene. Mens Anita er inne hos psykologen sitter hun enten i bilen eller på venterommet. Hun er krystallklar når hun sier:

*Jeg har ikke fått et eneste råd, det tør jeg påstå. Det eneste vi har fått vite, vi fikk bekrefta på BUP, av ho som ho gikk med lengst: «Jeg kan skjønne,» sa ho, «at du kan bli sint av og til. Jeg kan skjønne at den framtoningen der provoserer deg» (...) Og det var jo veldig godt å høre..*

For å finne veien inn til datteren, for å hjelpe henne med det hun sliter med, leser hun alt hun kommer over om selvskading og generelt om ungdom med psykiske vansker, fra doktorgrader til informasjon på nettet. Særlig understreker hun hvor viktig det var for henne å lese den selvbiografiske «Sebrapiken» om selvskading av Sofia Åkermann (2005). Etter dette sjekker hun ut om det er slik hennes datter opplever behovet for å skjære seg. Hun prøver å hjelpe Anita til å snakke om det som plager henne ved å komme med eksempel på andres beskrivelser og får lirket henne i gang. Hun forteller hvorfor og hvordan: *I mitt hode så er det slik at får du letta på trykket så blir det lettere å bære! Og selv om ho da ikke helt har klart å sette ord på ting så ... har jeg tvinga [viser hermetegn med fingrene] henne til det!* Hun slår fast at dette har vært til hjelp for datteren. Nå oppsøker hun moren når hun har behov for 'å lette på trykket': *Vi er på en måte gjennom det verste og jeg føler det at prosessen har ført oss til en dialog som gjør at vi kan ta opp ting. Vi er på en bølgelengde nå som gjør det at vi har åpning for å diskutere ting.*

Utprøving av tilrettelegginger og reaksjoner i forhold til barnet i hjemmemiljøet bygger i stor grad på egne tanker og ideer, slik også HANNE sier om samarbeidet med psykologen på BUP: *For han gav meg ikke noe kjøreregler eller ... Jeg syns vel det var ..., noen ganger når jeg kom derfra så tenkte jeg: «Kan du ikke gi meg noen konkrete råd? Du sitter jo bare og sier ja og ha og hva og da og..., ikke noe sånn...» Så derfor leste jo jeg alt dette jeg leste...*

Mens PIA får helt konkrete råd gjennom PMTO-terapien for sønnen får hun ingen råd når det gjelder datterens depresjon og spiseforstyrrelse. Hun erfarer en rigiditet i tilnærmingen

gjennom PMTO som hun, på tross av at hun hadde nytte av det og er takknemlig for tilbudet, stadig kommer tilbake til fordi det ble for mye for henne som enke.

Hun ser tilbake på datterens situasjon oppi dette og sier: *Ja, det var altså så forferdelig [Sukker tungt] Jeg tenker på Paula og når jeg ser, for nå kan jeg liksom se det så tydelig nå – at ho var liksom ved siden av hele tida. Ho var der, men ho fikk ikke... jeg hadde ikke overskudd.* Hun etterlyser større forståelse for hele familiens situasjon og vilje til å tilpasse terapien. Særlig en PMTO-time ble en vond opplevelse. Hun forteller:

*Det var et eller annet ho ville jeg skulle gjennomføre. «Jammen jeg greier ikke det nå,» sa jeg [forteller hvordan hun prøvde å få terapeuten til å forstå] «Jammen, vil du ha det slik da?» sa ho. Og da stakk det sånn i meg at jeg tenkte kjære vene, hva gjør jeg her? Jeg syns det var en forferdelig stygg måte..., jeg syns det var helt grusomt – og det satt i i ettertid (...) Det der ødela faktisk hele opplegget: Du hadde gitt alt og likevel skulle du bli pressa!*

Hun kommenterer videre: *En må få føle at en er en verdige person – og det gjør ikke du når du sitter sånn, trykt ned som om du er en tenåring som ikke gjør som du skal.*

PIA fikk 'kjørereglene' for sønnens utagerende atferd, men som HANNE og de andre etterlyser hun konkrete råd for å mestre datterens emosjonelle vansker. I studien er det kun én familie som har fått direkte råd; i så sterk grad at de opplevde det som direktiver. MORTEN, MONA og Mia har ingen mulighet til å påvirke behandlingsopplegget BUP mener Mia må ha. Det er «bevist» at den mest effektive behandlingen for angst er eksponeringsterapi, forklarer terapeuten. MORTEN forteller:

*For han var jo av den oppfatningen at her måtte det eksponeringstrening til, her måtte vi være mer klare og sette grenser og han brukte den her..., han var jo så ivrig til å tegne på denne der tavla (...) Poenget er at vi skal utsette henne for noe ho har angst for og så vil pulsen øke og så vil..., kanskje neste gang så vil ikke pulsen være så høy osv så han brukte den metodikken der – og underviste oss i!*

MONA presiserer at de søkte hjelp for å hjelpe henne å mestre tvangen, men får tilbud om evidensbasert behandling av angst og opplever å ikke bli forstått. Når Mia, som er motivert for et samtaletilbud, blir skremt av kravet om eksponeringsterapi, blir det umulig for

foreldrene å hjelpe henne i gang med behandlingen. De får henne til parkeringsplassen på sykehuset, men ikke inn. Terapeuten vil ikke snakke med henne i bilen forteller MORTEN:

*Så sa han det: «Vi går ikke inn i galskapen hennes!», sa han, og «vi opererer ikke med å gå inn i bilene til folk!» Det var det han sa. Han innrømte det at han hadde ei jente som var alvorlig syk, men likevel så nekta han! Jenta er syk og har krav på hjelp og når ho har en time..., om det blir oppe på kontoret eller nede en annen plass..., det må jo være det samme bare jenta får hjelp!*

Det synes klart at tilbud og konkrete råd som gis, må tilpasses det enkelte barn i sin familie- og skolekontekst, drøftes med dem om det en mulig og ønskelig tilnærming og være åpen for innspill.

### **Den ekskluderte posisjonen**

Jeg velger her å fokusere på SOLVEIGs historie. Den skiller seg fra de andre fortellingene fordi den er en fortelling om aktiv utestenging av foreldrene fra BUP, samtidig er den beskrivende for en opplevelse av eksklusjon som gjelder mange av informantene. Den aktualiserer forestillingene våre om terapi som individuelle samtaler mellom en kliniker og den diagnostiserte pasienten og er også en fortelling om systemets makt og foreldres avmakt som jeg finner igjen hos alle.

SOLVEIG har kun vært innkalt til to korte samtaler hos barnevernet og to i BUP. Hun beskriver dem ikke som samtaler, det var *kun informasjon*. I møtene med barnevernet orienteres foreldrene om de seksuelle overgrepene som barnevernet på det tidspunktet hadde kjent til i et halvt år, og om henvisningen til BUP. I et møte med BUP fikk hun beskjed om hvordan hun skulle opptre overfor datteren: Hun skulle ikke spørre henne om noe, verken om overgrepene eller behandlingen. Dette opplevde hun som et pålegg og valgte å forholde seg til det fordi hun hadde tillit til at ekspertene visste hva som var best for Sara, men det fikk hele familien til å bevege seg *som i et minefelt* hvor de var livredde for å trå feil. I det andre og siste møtet med BUP reagerte SOLVEIG emosjonelt med mye gråt, noe hun bebreider seg

selv for fordi: *Det var ikke rett at Sara skulle oppleve meg slik.* I intervjuet tematiserer hun at hun burde ha fått snakket med noen alene for å få bearbeidet egne reaksjoner.<sup>132</sup> Foreldrene får aldri noe tilbud om hjelp til å være 'gode nok' foreldre for Sara etter overgrepene. Familien opplever at situasjonen blir stadig mer anspent, men ulovlig å snakke om. Dette mener SOLVEIG til en viss grad skyldes hennes egen personlighet, men det utslagsgivende er BUP-psykologens forbud mot å snakke om det som kan være vanskelig for Sara.

SOLVEIG: *Og så dette at vi fikk beskjed om, det var etter at ho hadde begynt hos psykolog..., da fikk vi beskjed om at vi skulle ikke spørre om noe!*

Intervjuer: *Hvem gav dere beskjed om at dere ikke skulle spørre? Var det Sara?*

SOLVEIG: *Nei, det var psykologen! Og det syns jeg var litt rart for jeg har hele tida gått liksom og..., jeg har ikke visst..., jeg har ikke turt og spurt om noe (...) Det ble en unaturlig kontakt mellom oss. Jeg tør ikke å spørre om, jeg tør ikke å... Vi har i grunnen hatt, om ikke lite kontakt..., men det sier ho sjøl også..., vi har ikke hatt så god kontakt!*

SOLVEIG uttrykker stor sorg over den manglende kontakten gjennom den vanskeligste tida i Saras liv og bebreider seg selv i ettertid at hun hørte for mye på ekspertene og at hun ikke stilte mer krav. Hun har sterk skyldfølelse for måten hun reagerte på da hun fikk vite om voldtekten. Hun trodde ikke det kunne være sant *for hun var jo ikke ei sånn jente* og blir gående lenge med en tvil i seg: *Var dette oppspinn for å få oppmerksomhet eller...?* Det hun aller mest etterlyser hjelp til for sin egen del var noen å prate med for å komme over denne tvilen for *da kunne Sara kanskje fått hjelp tidligere.* Hun bebreider ikke de profesjonelle; de lot være å involvere dem fordi det var et ønske fra Sara: *Vi fikk den forklaringen at Sara ville ikke, ho ville ikke si noe til oss!*

Moren finner ingen god måte å håndtere hverdagen med henne på: *Jeg regna med at hvis jeg spurte og grov og sa min mening kanskje..., så ble det verre!*

---

<sup>132</sup> Det er først gjennom samtalene i forskningsprosjektet mitt hun artikulere sine opplevelser og reaksjoner og bekrefter at det har vært godt for henne. Det er også interessant at det er Sara som formidler kontakten mellom oss, fordi hun mener moren vil ha godt av å prate.

SOLVEIG snakker ikke med noen om overgrepene og de påfølgende problemene Sara har fått. Hun er svært ensom i sin nye morsrolle, konfliktene i familien øker og hun beskriver seg som den som hele tida går i mellom og er i en meglerposisjon hvor hun prøver å balansere mellom ulike behov og forståelser. Hun stiller ingen krav til hjelpetjenestene om å involveres: *En er vant til å klare seg sjøl! Og vi visste vel rett og slett ikke at vi kunne gjøre det [kreve å få delta]!* Likevel vakler tilliten til ekspertisen når hun gjentatte ganger kjører jenta en drøy halvtime til psykologen, sitter på venterommet under den tre kvarter lange behandlingen og ofte får med seg ei jente som er oppfarende, utslitt og deprimert. SOLVEIG tenkte: ... *at det skulle ikke være slik, det var vel ikke slik det skulle virke. Fordi da følte ikke jeg at ho fikk den hjelpa...*

ODA artikulere hvorfor det er viktig også for ungdom at foreldre inkluderes i behandlinga. Datteren trenger omfattende bekreftelse på at hun er verdifull. Den bekreftelsen må komme fra henne:

*Ja, for ho følte seg så lite verdifull. Det var det, ho følte seg jo helt betydningsløs. Og det kan ikke BUP gjøre noe med. Hvis ikke jeg viser henne at ho var betydningsfull, så kan ikke BUP si at: du skjønner at mora di syns at du er betydningsfull. For det måtte komme direkte fra meg. Så vi hadde veldig mange samtaler på det, da.*

I motsetning til SOLVEIG, gjør ODA opprør mot forbudet om å snakke hjemme om det som er vanskelig. Hun har gjennom alle årene med Oddruns posttraumatiske reaksjoner erfart at rehabiliteringen av datteren er helt avhengig av deres egen innsats; hun har god kunnskap både om det barne- og ungdomspsykiatriske fagfeltet og om de som jobber der og hun tar etter hvert i bruk Støttesenter for incest som ressurs – både for egen og datterens del. Begges engasjement og politiske arbeid i Støttesenteret framhever ODA som *en legende prosess for meg og veldig, veldig positivt* for Oddrun som sammen med andre unge jenter møtte politikere: *Der sier jo disse jentene, gir jo klare råd til behandlingsapparatet: Vi trenger ikke diagnoser (...) men det å bli møtt på symptoma! Og det hadde vel flere av disse jentene opplevd, at de ikke ble.* ODA er en av få informanter i denne studien som utøver aktiv motmakt.

## Om makt og avmakt

Mens Oddrun går i sin tidligste behandling på BUP som lita jente, får ODA beskjed om at behandlerne mener hun bør møte faren sin. De mener det vil *være sunt for henne* og at *Nå var det på tide*. ODA reagerer intuitivt negativt; hun har lovet datteren at *du må aldri det!* når hun har våknet av mareritt om faren. Hun går gjennom en prosess hvor hun prøver å skille mellom det som er i hennes interesse og det som er i barnets interesse: *er jeg så egoistisk at jeg ikke vil at ho skal treffe faren sin, fratar jeg nå henne en sjanse til bedring – hvis jeg nekter det?* Etter flere samtaler med Støttesenteret med klare anbefalinger om å skjermes jenta fra faren, bestemmer hun seg for å *spille veldig høyt*, fordi hun *var livredd*. Slik refererer hun hva hun sa på møtet:

*«Okay, men da får dere ta den daglige omsorgen for ho, for jeg makter ikke mer!»  
Og da tror jeg at det gikk opp for dem også at de var støttespillere, og at de så henne kanskje en eller to ganger i uka (...) Men det er jo litt ille hvis det skal så harde skyts til før de faktisk skjønner at den rollen de har, tross alt er bitte, bitte liten.*

Ekspertkunnskapen foreldrene møter på BUP, kan oppleves som krenkende når egen kunnskap om barnet blir ugyldiggjort. Fram til Mia ble syk har MORTEN og MONA følt seg som gode foreldre. Med tvangslidelsen hennes aktualiseres skyldfølelsen og gjennom det tilbakeskuende blikket ser de alt de burde ha gjort annerledes. Særlig MONA ser på seg selv som en som har bøyd seg for mye for barnefaglige eksperter i barnehage og skole. I ettertid sier hun at hun skulle stolt mer på det hun selv kjente var riktig. Likevel gjentar mønsteret seg og hun prøver ut rådet de fikk på BUP, primært fordi hun opplever det som påbud. Stikk i strid med den vellykkede strategien hun har hatt med å avlede, motivere og bruke humor for å få Mia til å avslutte ritualene sine, sier behandlingsansvarlig på BUP at det må brukes mer grensesetting: *Han sa vi måtte få henne ut av badet om vi så måtte rive hengslene av døra!* MONA opplever seg presset til tvinge Mia ut fra badet for å få henne på skolen til halv ni slik BUP og barnevernet krever. Fra den dagen ble det umulig å få henne på skolen. Tidligere hadde de fått til flere halve og noen hele dager. At rådet ikke virker er ille, at MONA har oppført seg stikk i strid med sin egen overbevisning overfor datteren, er det verste: *Jo, jeg følte meg trygg [i foreldrerollen], men samtidig føler jeg at jeg har svikta. Jeg har svikta underveis – med å gjøre sånn som andre har sagt at jeg skal gjøre!*

De erfarer likevel at datteren, som ikke får profesjonell behandling, friskner til med deres hjelp. MONA har opplevd noe av den samme problematikken som ung og bruker erfaringene sine til å utfordre Mia. På et møte med BUP<sup>133</sup> sier jenta at hun ikke er interessert i eksponeringsterapi: *Det får jeg hjemme av mamma og pappa!* Men foreldrenes og Mias egen innsats anerkjennes ikke av BUP. Ved den dialogiske gjennomgangen i prosjektet har de nettopp mottatt en epikrise fra BUP som opprører dem. MORTEN refererer:

*Og at ho har dårlige prognoser til å bli bra hvis ikke vi tar i mot behandling fra dem! Men vi har jo ikke nektet behandling, det er de som ikke vil gi henne samtaler, ho er klar for samtaler. Men alt skal gå i deres tempo! Mia har lest, ho var på nettet og der står det at BUP de kan tilpasse seg til hennes behov (...) altså at ungene kan være med på å bestemme åssen opplegget skal være, og så når ho kommer og ønsker samtaler så får ikke ho samtaler, da er det plutselig eksponeringsterapi som er løsningen. Altså, alt skal gå i deres tempo!*

I et møte mellom BUP, foreldrene og Mia, kommer jenta med et ønske om å få det hun kaller *pratetimer*. Faren følger opp innspillet hennes og spør lederen på BUP: *Må vi ikke begynne med samtaler for å bygge tillit?* Hennes svar er: *Da er vi uenige!* MORTEN gir seg ikke og argumenterer for å begynne med det Mia ønsker, men blir avbrutt av lederen med følgende utsagn: *Nå er vi inne i en fagdiskusjon – og det er jeg som representerer faget!* Familien mener også at BUP's bekymringsmelding til barnevernet inneholder faktiske feil og krever dette slettet fra Mias journal. I følge lederen på BUP er det umulig fordi det *er for omfattende*, men innrømmer at de kan ha formulert seg uheldig. I forlengelsen av denne innrømmelsen, sier hun: *Men vi har å gjøre med folk med psykiske lidelser og da er små nyanser ofte overveldende.* Det er tungt for familien å bære denne krenkelsen, viser MORTENS hjertesukk: *Du er så utsatt, naken og svak og står der alene og sårbar og utleverer deg (...) Man sitter time etter time – og kommer ikke noen vei.*

EVA reflekterer over at uansett omfang av deltakelse i møter, er det behandlerne som har makta:

---

<sup>133</sup> Feltnotat fra møte mellom BUP, Mia og foreldrene hvor jeg var observatør på telefon.



*Selv om vi hadde sånne arbeidsmøter sammen med psykiateren en gang i måneden en stund, så var det bare så håpløst idiotisk å sitte der å dele vår bekymring med hun der som satt og egentlig hadde all makt til å få det som hun ville og som bare puttet i henne alt mulig (...) Jeg hadde ingen myndighet lenger, uansett!*

Hun blir bare tilskuer til en behandling hun ikke har tro på: *Men så ble hun medisinert mye mer og de økte på (...) så det gikk så sterkt inn på alt: Den typen medisin at hun bare ble liggende på sofaen – et halvt år der uten å bevege seg omtrent..*

Posisjonene foreldrene plasseres og plasserer seg i forhold til hjelpetjenestene og skolen har stor betydning for opplevelsen av mestring i den tredje fasen 'Fra kaos til kontroll', som omhandler hverdagslivet.

### **Oppsummering av den andre fasen**

De faglige konstruksjonene av 'psykisk syke barn' gjøres sjelden eksplisitt av behandlerne informantene møter, men er likevel virksomme når foreldrene reforhandler sine konstruksjoner. Møtet mellom den faglige forståelsen av 'slike psykisk syke barn' og foreldrenes forståelse av 'mitt psykisk syke barn' kan bidra til at det utvikles en felles forståelse av 'dette psykisk syke barnet.' Dersom en slik samskaping av forståelse skal være mulig må relasjonen mellom behandleren, barnet og foreldrene være mer dialogisk enn diagnostisk (Grut, 2003) og alle parter må anerkjenne hverandre som betydningsfulle aktører i et team rundt barnet. Dette forutsetter at foreldre, barn og behandlere faktisk møtes og snakker sammen. Materialet viser at det snarere er unntaket enn regelen at foreldrene opplever seg som inkluderte aktører og ressurspersoner i barnets behandling. De tre posisjonene, inkludert, informert eller ekskludert, som de plasseres og plasserer seg i, viser langt på vei hvordan ekspertene kategoriserer foreldre til barn med psykiske vansker. Gjennom dette og gjennom informantsitat om anerkjennelse og krenkelser fra behandlere kan vi, som foreldrene, se konturene av et mangfold av implisitte faglige konstruksjoner – fra de som oppfordres til å følge intuisjonen sin til de som får presentert behandlingsopplegg som pålegg. Uansett

hvordan terapeuten forklarer barnets vanske og hvor godt hun arbeider med barnet og samarbeider med foreldrene, er det i hverdagene hjemme og på skolen kampene står.

### ***Tredje fase: Fra kaos til kontroll***

Hverdagslivet består av utfordringene på de ulike arenaene der tilfriskningsarbeidet gjøres. Dencik mfl (2008) slår fast det selvsagte om den gjensidige avhengigheten innenfor familien og i forhold til familiens omgivelser når et familiemedlem får personlige problem.<sup>134</sup>

Familien har dermed skullet håndtere samspillet indbyrdes på en ny måte. De har også skullet fastholde båndene til den omgivende verden på en ny måte, både materielt, relationsmessigt og med hensyn til at varetage familiens oppgaver i forhold til fx skole og institusjoner

(Dencik mfl, 2008:293).

Foreldrene lever sine liv, som andre foreldre, på flere arenaer og fyller ulike roller gjennom dagen. Når et barn i familien sliter, vil det ha konsekvenser for alle familiemedlemmene, og foreldre utfordres også i forhold til søskens pårørendesituasjon i en periode av livet hvor de har mer enn nok med å ta seg av det syke barnet. Familielivet er det primære for alle informantene. Det er i stor grad hjemme slagene står, om matinntak, om lekselesing, om avbryting av tvangshandlinger, om bearbeiding av emosjonelle reaksjoner og om balansering av nærhet og avstand. Det er hjemmet som blir krigsarenaen når det trøbler seg til mellom foreldre og barn. I presentasjonen min av hverdagslivets utfordringer blir *familielivet* det største temaet.

For foreldrene representerer barnets skole den arenaen, utover familien, som tillegges størst betydning for barnets utviklings- og tilfriskningsmuligheter. Flertallet forholder seg svært aktivt til skolen, eller de kjemper for å komme i posisjon til å kunne forholde seg aktivt til skolen og barnets lærere. Ofte møter de kulturelle konstruksjoner av 'psykisk sykt barn' som utløser praksisformer som foreldrene og oftest også BUP erfarer som ødeleggende for barnet

---

<sup>134</sup> Deres eksempel på familier hvor et medlem har personlige problem er foreldre med psykiske lidelser og sykdommer med dødelig utgang, barn med funksjonshemninger og barn med kreft.

og for tilfriskningen. Gjennom at lærerne ikke 'ser' barnet, eller gjennom direkte krenkelser av barnet fra lærere eller medelever, krenkes også foreldrene. *Skolen* blir et stort tema under hverdagsliv.

Alle informantene understreker betydningen av å ha en egen arena der barnet ikke er hovedaktør. Der erfarer de at de kan holde barnet og problemene ute av tankene og at de mestrer arbeidet sitt. Barnets vanske kan periodevis være så krevende for foreldrene at det går utover yrkesdeltakelsen. Graden av åpenhet om problemene har også stor betydning for hvilken forståelse de møter og om arbeidsplassen oppleves som støtte eller stress i den aktuelle livssituasjonen. *Arbeid* blir likevel bare et lite tema under hverdagsliv.

De sosiale nettverkene foreldrene og familien er en del av, representerer viktige arenaer for livskvalitet og her presenteres også de alminneliggjorte forståelsene av psykiske lidelser i vår kultur. Foreldrene møter her ulike konstruksjoner som de i ulik grad velger å forholde seg til. For enkelte er familie og venner sentrale støttepersoner, særlig gjennom emosjonell støtte i forhold til bearbeiding av skyldfølelse. Samtidig fører barnets vanske til at samvær med andre innskrenkes, og særlig i forhold til den eldre generasjon innebærer forskjellige syn på håndtering av symptom, ofte konflikter og reduksjon i samvær. *Sosiale nettverk* er også et tema under hverdagsliv.

### **Familielivet**

Familiemedlemmene utsettes for store med-svingninger på grunn av kjærligheten og nærheten i familien. ODA sier at datteren tar veldig mye plass i familien og at *de blir sugd inn i de store humørsvingningene hennes*. Det er ikke mulig å leve så nær og ikke bli påvirket: *Som mor å se at ho sliter – det sliter på meg!* SOLVEIG trekker inn konsekvensene også for resten av familien når hun konkluderer slik: *Når ho hadde bra...., da hadde jeg det bra og! Eller vi hadde det bra, kan du si!*

FIONA forteller at Frida var så redd og trengte så mye oppfølging at hverdagen deres i stor grad ble styrt av hennes behov: *Ho måtte være med for ho var så redd for å være aleine. Ho var sammen med oss hele tida! Det var ho, hele den høsten! Om vi skulle fem minutter på butikken så var ho med!* Hun trekker også inn den psykologiske belastningen for henne som mor: *...det var stemmene og jeg tok henne jo i å ta maniske situps på badet, ikke sant. Det var jo forferdelig: lang og mager og bare helt naken der lå ho, i full panikk og tok situps. Det var et fryktelig syn! Som satte seg!*

Å stå i det er et gjennomgående tema. HANNE understreker at hun må møte datterens angst for maten med størst mulig ro og selvbeherskelse: *Det er klart det at når du er kjemperedd og trist og urolig, at det sitter en annen person der, kjemperolig, og spiser mer og prøver alt jeg kunne å trygge... Det skjønner jeg jo i ettertid hvor bra er!* EVA reflekterer over hvordan å stå i det, har bidratt til opplevelse av mestring og bearbeiding av skyld: *Så jeg har klart på en måte å ta de rundene og jeg føler det nå at skylda er vekk!*

Å gjøre en innsats oppleves som viktig og bekrefter foreldrene på at de er sentrale aktører i barnets liv.

### **Den daglige merbelastningen**

Foreldrene beskriver en stadig gjentakende merbelastning knyttet til barnets funksjonssvikt. Denne er både av praktisk, sosial og emosjonell karakter og utgjør en langvarig stressor i familiens liv. HANNE sier: *Alle anstrengelsene hjemme var så enorme!* Også ODA beskriver belastninga for *de som står i det hele tida* som enorm! Hun mener at terapeutene bare er støttespillerne, selv om hun *periodevis har hatt veldig god hjelp*. Om sin egen hverdag sier hun: *Jeg hadde henne faktisk tjuefire timer i døgnet trehundre- og sekstifem dager i året.* SOLVEIG beskriver merbelastningen med at *det var noe hele tida*.

I materialet er de praktiske merbelastningene overraskende store. Å lokke, lure og presse i en angstfylt fjortenåring en halv liter næringsdrikk flere ganger for dag, tar tid. Å sitte time etter

time, dag etter dag på en kafé rett ved skolen for å være tilgjengelig for en 13-åring med sosial angst eller å prøve å unngå at tvangshandlinger skal ta hele dagen, er tidkrevende og tungt. Når barna er for dårlige til å gå på skolen, må foreldrene være hjemme for å ha tilsyn. HANNE forteller at hun måtte *døgnpasse henne hjemme!* Men også foreldre med mindre grad av daglige merbelastninger, forteller om tids- og energiforbruk som sjelden tematiseres, som å kjøre til samtaletime hver fjortende dag gjennom et år, sitte og vente i bilen eller på venterommet og samtidig kjenne at en kommer til kort gjennom at barnet trenger dette tilbudet. PIA forteller: *Ho gikk til behandling, samtale – så roa ting seg igjen. Men ho hadde nå sånn angst at ho greide ikke å ta bussen for eksempel. Bare de problemene med å få henne dit!* Med store geografiske avstander mellom arbeidsplass, skole og sykehus, innebærer dette for mange flere timer med kjøring og venting. I tillegg forteller mange om timer hos PPT, ernæringsfysiolog, fysioterapeut, barnevern og lege. Det tar tid å følge opp et barn med en psykisk vanske, særlig timene hvor en ikke får være deltaker er belastende. PIA slår fast: *Nei, da ble jeg bare sittende i bilen eller jeg satt inne på venterommet der – så min tid ble kasta vekk så utrolig! Det tok hele dagen min!* Det er ingen som kan hjelpe Paula med å våge og ta bussen: *Hvorfor skal mora gjøre alt? Det er det som blir galt! Da blir en ikke bare mor, en blir en slags terapeut og det er det jeg har vært! (...) BUP burde ha miljøarbeider til å ta sånne oppdrag!* understreker PIA.

I tillegg handler de daglige merbelastningene om konflikter som oppstår i spennet mellom å støtte barnet og ta hensyn til symptomene og å utfordre gjennom tilpassede normalforventninger. Noen belastninger er i større grad av emosjonell karakter, som i ANNAs tilfelle:

*Ho drev og tegnet i perioder. Og jeg kunne komme inn på rommet hennes å skulle hente eller legge fra meg klær og finner... Noen ganger tror jeg ho la det fram bevisst fordi ho ville at jeg skulle finne de.. Med tegninger av, ei tid var det utrolig mye engler – og så var det kniver! Kniver med blod på og så der vedkommende ligger på bakken og det gjenspeiler jo tanker om død, det gjør det, det ser jeg..*

De daglige bekymringene handler om alt fra angsten for fysiske senskader etter langvarig spiseforstyrrelse, faglig og sosial tilkortkomning på skolen, mulig kronisitet med dårlig

livskvalitet og faren for død og selvmord. HANNE sukker og forteller: *Jeg gikk ned om natten og lurte på om hun pustet...*

Også Mias tvangslidelse påvirker hele familien. Fra det rent praktiske med at det er tomt for varmt vann, badet er opptatt store deler av dagen og ikke kan brukes av andre, til at MONA må være tilgjengelig når Mia ikke lenger går på skolen. Hun utvikler også angst og blir så dårlig at *ho turte ikke ligge alene. Altså, jeg måtte ligge sammen med ho. Eller ho tok madrassen og kom inn på rommet vårt.* Store deler av dagen går med til tvangshandlingene og situasjoner hvor MONA hele tida utfordrer Mia. Hun gir et eksempel i den dialogiske gjennomgangen:

*Ho hadde så lyst til å gå ned i kjelleren, og så sier ho: «Mamma, hvis du hjelper meg. Sett foten min ned på trappetrinnet.» Ja, jeg satte foten ned og ho prøvde. Sånn gikk vi til vi kom ned halve trappa og så stoppa ho. Og så bøyde ho seg ned og da kunne ho kikke inn på stua og halve gangen. Og så sier ho: «Oj, der henger utkleddningsklærne mine! Kan du ta dem til meg?» Så stod jeg nede i gangen og så tok jeg en stol og så satte jeg den litt unna, men ganske nær trinnet, og så hengte jeg posen med klærne der, og så sa jeg: «Nå kan du hente den!» Så var ho nødt sjøl å hente posen! Eller første dagen så gikk ho vel bare to trinn, men så neste dag noen til. Men så gikk ho ned og så måtte ho strekke seg etter posen for å nå den. Og så tok ho den med seg og gikk opp! Men da hadde ho kommet ned trappa!*

Dette viser hvordan MONA balanserer mellom å utfordre og støtte datteren; en balansegang hun etter hvert får anerkjennelse for på familieavdelingen og praktiserer med økende trygghet. Denne balanseringen mellom å utfordre og støtte; mellom å uttrykke kjærlighet og autoritet, er en konstant utfordring for foreldrene. Noen ganger går det galt, presset blir for stort og det kommer til situasjoner som familien opplever som ekstreme.

### **Topp-belastninger**

Det er mange fortellinger om barn som blir borte i kortere eller lengre perioder. ANNA opplevde følgende:

*Sikkert bare en bagatell [som utløste reaksjonen] ... noe om en bursdag eller et eller anna. Og ho – 10 kuldegrader – og ho sa det: «Ja vel, det er greitt! Jeg*

*gidder ikke mer!» Og så sprang ho og ho forsvant ut av huset, i strøpelesten og ... [holder litt inne] og kom ikke igjen... Og det mørkna og vi var ute og leita og vi fulgte fotspora for det var skaresnø med et tynt rimlag oppå, tørt og godt da heldigvis. Så du kunne se hvor ho hadde gått og de spora gikk mot elva... Så den ettermiddagen gikk jeg fram og tilbake på elvebredden og søkte, for å finne henne (...) Så mørkna det da og ingenting! Og dette pågikk vel halvannen time mens han [faren] var hjemme, satt hjemme og venta i tilfelle ho skulle komme hjem mens jeg var ute og leita. Og jeg var sånn på nippet til å koble inn flere til å hjelpe oss og leite. Og da ringte ham meg og sa at nå er ho kommet hjem igjen! Og det eneste jeg vet det er at jeg sank på kne der jeg stod og seig sammen – og hvor lenge jeg satt der og hulka det vet jeg ikke (...) Hva kunne jeg ha funnet?*

CECILIE må vente mer enn noen timer før de finner Caroline. Hun var vant til å vite hvor datteren oppholdt seg, når hun forsvinner en kveld forteller CECILIE: *..plutselig kjente jeg ho ikke liksom!* Frykten for hva hun kan ha blitt utsatt for er forferdelig og ventetida *et helvete*. Politiet blir koblet inn etter noen timer, men bagatelliserer forsvinningen helt til Carolines psykolog bekrefter at det ikke er snakk om ei vanlig jente, men *ei syk jente*. Familie og venner leter også, men det går et helt døgn før de finner henne i et fraflytta hus. *Ho hadde tatt med seg mat og insulin og alt det ho trengte*, forteller moren. Et bilde slipper aldri taket i CECILIE: *..synet av lille jenta mi... Når ho lå der på senga der (...) helt mentalt utslitt! Det synet kommer jeg aldri til å glemme (...) Det var vondt!* Hun bebreider både seg selv og Carolines far for at dette skjedde; han har vært streng og uforutsigbar, mener hun. Selv har hun ikke fanget opp hvor vanskelig datteren hadde det og heller ikke presset nok på for å få psykiatrisk hjelp til henne. Også når relasjonen mellom informantforeldrene og barna beskrives som tett, blir det vanskeligste ofte fortalt i ettertid, etter at barnet har frisknet til og en 'vanlig' relasjon er reetablert.

## **Foreldrekraften**

Innsatsen fra foreldrene forblir oftest usynlig og upåaktet av både barnet og BUP. Alle foreldrene engasjerer seg, på ulike måter og i ulik grad i barnets tilfriskningsprosess på hjemmearenaen og i forhold til skole og fritid. Dette synes å være engasjement som er vel så viktig for foreldrene selv som for barnet. Å *bidra*...; ...*å stille opp*...; ... *å støtte*... og ...*å hjelpe*... trer fram som sentrale verdier. «Foreldrekraften» (Sjøborg og Blom, 1993) er sterk og framstår som selvsagt. Man har *ikke noe valg* når barnet sliter, det har krav på foreldrenes

tid, hjelp og støtte. Materialet viser at foreldrene opplever en plikt og en rett til å bidra. De fleste av disse bidragene er knyttet til utøvelse av omsorgsoppgaver utover det man aldersmessig forventer. Grensesetting er et utfordrende tema fordi kravene til barnet skal tilpasses situasjonen det er i. Å balansere mellom hensynet til barnets problem og krav om aldersadekvat atferd knyttet til skolegang, fritidsaktiviteter og deltakelse i familielivet er en konstant utfordring.

Konfliktnivået i familiene er høyt og alle familiens medlemmer er en del av 'kampene' som pågår mellom bekymrede foreldre og sinte, såre, redde og triste barn. Foreldrerollen har brutt sammen, de vanlige strategiene som fungerte før barnet ble *dårlig* eller *sykt* og som fungerer med søsken, er ikke lenger anvendelige. Vanlige foreldre har en forestilling om hvordan man opptrer med vanlig oppdragelse for vanlige barn. Disse forestillingene og praksisene de innebærer, blir utilstrekkelige. Behovet deres er at barne- og ungdomspsykiatrien, eller andre profesjonelle, skal finne ut hva dette er for at de skal være best mulige foreldre for barnet slik hun har det akkurat nå. Uttalelser fra behandlere om at foreldrene ikke skal spørre hva som har vært tema under terapien, at de skal være *bare foreldre* øker den usikkerheten de allerede føler. De ønsker å bidra mer, dessuten duger ikke oppskriften på å være 'bare foreldre' lenger.

Informantene forteller om krevende foreldreskap og hverdagslivet beskrives ofte som kamper. De betegner seg selv som *løvinnen*; *krigeren*; *fighter* og *en som aldri gir opp* når de reagerer og agerer i den nye situasjonen.

På spørsmål om hva som er drivkraften, svarer FINN og FIONA *mors- og farsinstinktet*. Det er foreldrekjærligheten som gjør at de trygt kan si at dette hadde de gjort igjen, uansett hvilket av barna det hadde dreid seg om. De ser også betydningen av egen innsats. FINN sier:

*Det var jo på en måte ikke noe spørsmål om vi skulle gjøre den innsatsen eller ikke! Så jeg føler ikke at det er noe offer, men jeg føler på en måte at, jeg føler at det vi har gjort har bidratt til at ho er kommet såpass langt som ho er gjort nå. Det hadde ikke vært nok med bare sykehuset!*



EVA har opplevd at *når man står midt oppi noe så får man en styrke som man ikke visste at man hadde*. Men det er også avgjørende at hun har flere barn som hun er alene med og derfor ikke kan gi opp. I tillegg trekker hun fram personlige egenskaper, og sier: *Jeg tror jeg er en god kriger! Rett og slett! (...) Jeg er så ufattelig dum og optimistisk, uansett! Heldigvis!* Hun sier også: *Jeg har ikke lyst til å miste henne!* Jeg tolker her angsten for å miste dobbel; angsten for å miste henne til invalidiserende psykisk sykdom og angsten for å miste relasjonen.

Det gjennomgående informantsvaret på spørsmålet om hvorfor de har stått sånn på, i tillegg til undring over at jeg spør om noe så selvsagt, er ulike varianter av *Du elsker selvsagt barnet ditt! Det er et ansvar du bare har! Det er jo min unge!* og *Du har jo ikke noe valg!*

I tillegg til den omfattende innsatsen, viser materialet også foreldrenes utholdenhet. Kampene for tilfriskning har vært langvarige. *Man skjønner nesten ikke i ettertid hvordan en har holdt ut, for det er så intenst – og det er bra en ikke vet hvor lang tid det skal ta! Da tror jeg det hadde vært tyngre*, sier KARI. Det er fortellinger om omfattende og langvarig innsats med lite anerkjennelse og oppmuntring underveis som utgjør hovedbildet.

### **Den sårede foreldrekjærligheten**

I noen av fortellingene er barnet 'stengt' for foreldrene. Dette er en sår situasjon. FINN sier:

*Det var det som var det vanskeligste syns jeg da.... At det vi gjorde for henne..., at vi ikke fikk noe tilbake i forhold til det (...) Det handler om at hele livet ble snudd mot hennes fokus da! Så du ofrer mye og så får du så lite igjen... Hvis du sammenligner med andre pasienter som har en annen sykdom så ville den innsatsen som vi har gjort i forhold til henne blitt verdsatt på en helt annen måte!*

Det er vondt å ikke kunne hjelpe, å ikke få være den faren han ønsker, understreker FINN.

Også PIA opplever utestengning, og sier: *Det har vært veldig vondt – det har vært sårt for jeg har følt det at jeg har gitt så mye til henne, brukt mye tid og virkelig gitt alt jeg har på en*

*måte og så blir en da ignorert eller (...) det er litt sårt.* Hun mener datteren stengte henne litt ute fordi hun tok hensyn og ikke ville belaste moren i en allerede vanskelig og ensom situasjon.

### **Forholdet til privat nettverk**

Generelt nevnes få nærpersioner som involveres i det daglige strevet. EVA begrunner dette med at hun ikke vil *tappe nettverket*. Hun har et par gode venninner hun snakker med, men ikke om sin dypeste fortvilelse. Den er hun alene med. Hun forteller om kvelder og netter når de yngre barna er hos sin far: I de tyngste periodene har hun isolert seg og tillatt seg å gråte og rase ut sin sorg, fortvilelse, sinne, skyldfølelse og frustrasjon. Hun ber av og til om hjelp til mer praktiske ting, og ser det som positivt: *Jeg har brukt nettverket mitt og lært meg å si: «Jeg trenger hjelp!» Det kunne jeg ikke si for noen år siden..., jeg er litt mer ydmyk...*

HANNE og familien ble godt ivaretatt av vennenettverket som støtter opp under de normalforventningene foreldrene stiller til Hilde:

*De skjøttet om oss, veldig! Ringte, tok vare på oss, spurte hvordan det var og Hilde ble alltid med bort, selv om hun satt på enden og ikke spiste noe særlig, så lot vi oss ikke merke med det..., eller de! (...) Hun var til stede og det tok de helt naturlig! Og selvfølgelig hadde ikke de den vonde klumpen i magen som jeg har, eller hadde! Men det betød enormt!*

ANNA har brukt venner og kollegaer veldig aktivt også i forhold til de gjentatte selvbebreidelsene sine: *Jeg skulle ha hatt et fang til og tatt meg mer av henne når ho var så lita som ho var. Jeg skulle hatt mer tid til å sitte sammen med henne med lekser og ikke ha vært så utålmodig når ho ikke fikk det til.* Hun forteller at hun har hatt mange, og gode, og sterke og nære samtaler.

PIA uttrykker derimot skuffelse over at nettverket hennes ikke stilte mer opp da mannen døde og sønnens krevende sorgreaksjon tappet henne for krefter, men bebreider først og fremst seg

selv for ikke å ha spurt mer direkte om hjelp. Først når SNU-prosjektet<sup>135</sup> blir involvert får hun en avlastningsfamilie som etter hvert blir en vennefamilie hun kan støtte seg på.

Barnas besteforeldre kan være kilder både til stress og til støtte. Noen bestemødre trer fram som viktige positive aktører ved at de engasjerer seg i barnet som sliter, ved at de avlaster med praktisk arbeid eller gjennom å være diskusjonspartnere for foreldrene når de står overfor utfordringer i forhold til egen foreldrepraksis og forståelsen av seg selv som foreldre. ANNA har et nært forhold til sin mor. Det samme har datteren Anita. Mormor har tatt Anita med på ferie, hun holder øye med henne når resten av familien er vekkrest, og er periodevis en viktig samtalepartner for Anita. ANNA tar gjerne en telefon til moren når hun og Anita er uenige. Hun sier: *Ho [Anita] har egentlig et veldig tett forhold til mormora, jeg også, - og ho er innforstått med at ho er en slags rådgiver.*

Et flertall mener at den eldre generasjonen har problem med å forholde seg til måten foreldrene forstår barnets psykiske vanske på. De har ofte en holdning til psykiske vansker hos barnebarna som resultat av sviktende foreldreferdigheter. INGER mener besteforeldrene oppfatter Isabell sin vanske som et resultat av manglende grensesetting. Hun forteller: *De har litt problem med å forstå Isabell (...) De ser mer på henne som bortskjemt og... litt mer ødelagt og..., må ta seg sammen, og... det føler jeg på i hvert fall....* Den eldste datteren har en alvorlig psykiatrisk diagnose og har et tilbud fra psykisk helsevern for voksne. Denne lidelsen forklares primært som biologisk, noe foreldrene ikke kan gjøre så mye med. Besteforeldrene stiller mye opp for dette barnebarnet, men ikke for yngste 'bortskjemte' Isabell.

Tabu knyttet til psykiske vansker er et tema som flere av informantene mener er generasjonsavhengig, slik at det i utgangspunktet ikke er et aktuelt samtaletema mellom informantene og deres foreldre. Mange forventer liten forståelse eller sier de vil beskytte egne foreldre mot bekymringer, og involverer dem i liten grad i de emosjonelle utfordringene

---

<sup>135</sup> Et kommunalt multisystemisk opplegg i regi av det lokale barnevernet.

barnets vanske fører med seg. De forteller om noe praktisk hjelp og støtte, men det er lite muligheter for å bruke besteforeldre som avlastning. Livet utenfor familien har lite fokus i denne fasen, men de fleste holder fast ved arbeidslivstilknytningen sin.

## **Arbeidsliv**

Foreldrenes rollefordeling synes mer tradisjonell etter at den psykiske vansken er et faktum enn det de beskriver den som før vanskens debut. De fleste mødrenes yrkesdeltakelse har gått noe ned, noe som igjen er et sentralt bidrag til at de bruker mer tid på omsorgsarbeidet hjemme og er lettest tilgjengelig for hjelpetjenestene og skolen. Det er ingen som kan avlaste; barna er så dårlige og ofte så avhengige av støtte og tilsyn at de ikke kan være alene, mange kan ikke gjennomføre en vanlig skoledag og foreldrene er de eneste som kan være den støtten barnet trenger for å klare seg gjennom dagen. Det er primært mødrene i mitt material som tar seg av den nødvendige «meromsorgen» (Ingstad og Sommerschild, 1984). INGER trapper ned sitt freelancearbeid og er stort sett hjemme på heltid månedene Isabell ikke kommer seg på skolen. Når hun skifter skole og gradvis begynner å delta i undervisningen, sitter INGER tilgjengelig på nærmeste kafé. Det er en forutsetning for å få jenta på skolen. INGER understreker likevel hvor viktig det er for henne å ha noen jobbprosjekter utenfor familien: *Jeg må ha de prosjektene jeg holder på med, som jeg jobber mot, og oppdrag i ny og ne. Det er viktig! (...) For da må jeg fokusere 100 %, må holde alt unna når jeg har et oppdrag.*

HANNE sier opp jobben når Hilde er for svak til å gå på skolen, de ørsmå måltidene hun kan innta er tidkrevende og en emosjonell utfordring for dem begge. Hun ser likevel betydningen av at hun har noe eget hvor datteren ikke er omdreiningspunktet og gjennomfører et deltidsstudium. Heller ikke Frida kan gå på skolen når hun er på sitt svakeste. FINN er sykemeldt på grunn av egen helseproblematikk og hjemmевærende når Frida blir utskrevet fra sykehuset - bedre, men ikke frisk. Før hun ble lagt inn, byttet foreldrene på å passe henne.

MONA har en vaskejobb på ettermiddagene og tilpasser dagene til mannens og av og til sønnens muligheter for å være tilgjengelige for Mia. CECILIE jobber i familiebedriften og ser det som en forutsetning for at de har klart å ta vare på datteren. Ingen annen arbeidsgiver ville

gitt henne den nødvendige friheten. ODA jobber kun i halv stilling til Oddrun er frisk nok og forteller: *Det å få begynne å jobbe fullt etter hvert, var fantastisk deilig!*

Ingen av fedrene har redusert arbeidsdeltakelsen, men to av dem blir periodevis sykmeldt for å kunne prioritere familien. Kun to av mødrene har vært i full jobb gjennom barnets sykdomsperiode uten sykemeldinger av lengre varighet. I tillegg til at barna skal ivaretas hjemme og at behandlingen på BUP skal følges opp, har alle mer kontakt med skolen enn de ordinære konferansetimene det rutinemessig kalles inn til.

### **Skolesituasjonen og læreres konstruksjoner**

«Når barn og unge har det bra på skolen, trives og finner mening, inspirasjon og trygghet, skal det mye til av vonde opplevelser på andre felter i livet før det går galt,» påpeker Øia og Fauske (2010:166). Mitt materiale viser at når det har 'gått galt', er skolen av avgjørende betydning for barnets utvikling, tilfriskning og ikke minst for opplevelsen av livskvalitet.

Skole og skole-hjem-samarbeidet er et stort og følelsesladd tema for de fleste informantene. Det er selvsagt for dem at de skal engasjere seg i barnets skolesituasjon og alle legger stor vekt på skolens betydning for barna, både faglig og sosialt. CECILIE slår det fast på denne måten: *Skolen, det er den viktigste arenaen de har, det! Det er jo der de er mesteparten av barndom og ungdom.* Hun er opptatt av at enkeltlærere ikke gjøres til syndebukker når skolen ikke fungerer tilfredsstillende for barn som sliter med sin psykiske helse: *Vi er ikke perfekte som skole og vi er ikke perfekte som foreldre, men det ligger noe utenfor der som gjør det vanskelig.* Her legger hun vekt på skolens ledelse, prioriteringer i den kommunale skolepolitikken og innholdet i Kunnskapsløftet. Hun er også opprørt over skolenes manglende evne og vilje til å involvere foreldre i forhold til skoledagens innhold: *Da får vi ikke være med (...) Men til dugnader, kaffekoking og kakebaking... Da er det flott at vi samarbeider!*

Alle i denne studien har hatt positive og negative erfaringer med skolen, forskjellene ligger i graden og omfanget. Jeg vil begynne med fortellinger hvor foreldrene i stor grad opplevde seg

behandlet som 'problemet' for så å fokusere på opplevelser hvor samarbeidet har fungert tilfredsstillende gjennom at foreldrene ble møtt som partnere.<sup>136</sup> I materialet er det en klar sammenheng mellom at foreldre opplevde seg som problemet i skolens øyne og at skolen praktiserte 'grensesetting' som svar på barnas psykiske vanske. Også de som har overveiende positive erfaringer, har erfart læreres presenterte og tidvis praktiserte grensesettingsforståelse. Det er gjennom de erfarte praksisene lærernes konstruksjoner av «psykisk sykt barn» blir fortolket av foreldrene. Den gjennomgående erfaringen er en 'Ta deg sammen-mentalitet' slik IVAR formulerer det. Men noen opplever også direkte skyldtildeling fra barnets lærere. Ellers er manglende oppfølging og informasjonsflyt mellom aktørene innenfor skoleverket et stort tema. Foreldrene engasjerer seg sterkt i barnas skolesituasjon, men må ofte alliere seg med BUP for at barnets vanske skal bli tatt alvorlig.

### **Foreldrenes ansvar at barna har det bra på skolen**

Andenæs (1996:55) peker på hvordan foreldre, særlig mødre, føler ansvar for at barna skal ha det bra også utenfor familien; de tar ansvaret for helheten i omsorgen. HANNE forteller at Hildes skolesituasjon ikke er noe tema på BUP, heller ikke etter at hun etterlyser det:

*«Har dere tenkt på skolen?» For det var det ikke noe snakk om! Jeg var veldig opptatt av Hildes relasjon til venninner og den der sosiale... koden! Som hun antagelig slet med, som jeg ser i ettertid at hun kanskje har slitt med... Det så nok jeg som mor den gangen, men det hørte ikke med i behandlingen...*

At Caroline ikke kommer seg på skolen og går glipp av det faglige og sosiale fellesskapet bekymrer CECILIE. Som de andre foreldrene hvor skole er en del av problemet, bruker hun ulike strategier for at Caroline skal mestre skolen:

*På barneskolen, når det var leit på skolen og sånn, så husker jeg at jeg gav ho en bergkrySTALL, en stein, og sa at «Nå har du den i lomma og når det er leit og vanskelig så klemmer du på den, og så husker du på det at mamma er der for deg» (...) og den steinen den har ho ennå. Den gikk ho med i lomma [gråter litt] At det skulle være nødvendig at ho skulle ha det så vondt... [snufser]*

---

<sup>136</sup> Drugli viser til Huges mfl (1999 i Drugli, 2008:90) som finner at lærere kategoriserer foreldre som enten problem, konsumenter eller partnere i samarbeidet, mens det bare er partnerrollen som bidrar positivt.

Caroline hadde fri tilgang til å gå på kontoret og ringe hjem: *De gjorde jo aldri noe for å sette seg inn i om ho trengte litt mer mat, litt insulin eller hva det var. De møtte jo ikke opp på opplæringa en gang! Så for dem ble det en veldig lettvinnt måte å gjøre det på!* Skolen klarer ikke å få etablert trygge forhold for Caroline. Under et av forsøkene på å få noen ekstratimer til datteren, argumenteres det med at skolen ikke har penger, og CECILIE opplever at rektor formidler: *Da har ikke ho egentlig noe her å gjøre hvis ikke ho kan innrette seg!*

Ved den dialogiske gjennomgangen med RITA, er skolesituasjonen til Randi blitt vanskelig på grunn av indirekte mobbing. RITA har stor tro på åpenhet og har et møte med datteren og sosiallæreren: Alle voksne skal informeres om angstproblematikken, også vikarlærere fordi: *Hun har fått det stempelet på seg at ho er lat! Og det blir jo så feil.....* Foreldrene ber også BUP om å informere; det er behov for en faglig bekreftelse. RITA er også overrasket over manglende oppfølging når Randi får lov å forlate klasserommet når angsten blir for stor. Da ringer hun foreldrene: *Av og til blir ho henta hjem, andre ganger klarer vi å snakke henne til slik at hun får til å fortsette...* Etter møtet med sosiallæreren er RITA optimistisk fordi hun tilbyr Randi å komme på hennes kontor når hun ikke klarer å være på klasserommet.

Det trygger både barn og foreldre å ha tilgjengelige personer som det er etablert gode relasjoner til, likevel opplever de fleste at samarbeidet er på skolens premisser og at foreldrenes forståelse av innholdet i samarbeidet ikke har like stor verdi.

### **Manglende informasjonsflyt og tilrettelegging**

Caroline vil gjerne tilfredsstillende omgivelsenes forventning om å være på skolen og det blir en tilsynelatende forbedring når hun ikke kommer hjem i løpet av skoledagen. CECILIE er *helt i skyene* fordi det går bra i nesten to uker. Det viser seg at jenta ikke har vært på skolen i det hele tatt. Læreren har ikke kontaktet foreldrene på tross av en *avtale om at ho måtte melde fra!* Istedenfor å gå på skolen satt hun i en park: *..og så satt ho der i kulda og så satt ho og*

*prøvde å lese skolebøkene for å ta igjen noe av det forspranget som de andre hadde. Det gjør meg så vondt at du kan ikke forstå det!*

Anita har stort sett klart seg bra, både faglig og sosialt på barnetrinnet. Men ANNA har gjentatte ganger tatt kontakt med skolen på grunn av datterens matematikkvansker, men skolen mener stadig det ikke er grunn til bekymring.<sup>137</sup> Bagatelliseringen av datterens matematikkvansker fra barneskolelærerne, erstattes i ungdomsskolen med en lærerholdning hun beskriver slik: *Hvis dere bare ber ungen om å skjerpe seg så vil nok alt ordne seg (...) De var opptatt av at her er innsatsen for liten i forhold til hva en kan forvente.* ANNA godtar denne oppfatningen og forsterker sin innsats med å få Anita til å gjøre leksene skikkelig.

Når hun begynner å skade seg, ser ANNA det som selvsagt å informere kontaktlæreren *om at det blir satt i gang ett eller annet som gjør at vi vil trenge oppfølging.* Han forsikret at skolen skulle følge opp, men den praktiske oppfølginga svikter når Anita begynner å skule: *Vi klarte ikke å følge opp at ho faktisk var på skolen. Vi dro tidlig begge to og ut gjennom døra. Skolen var dårlig på tilbakemeldinger (...) Og denne skolen da som lovt meg at de skulle stille opp; de svikta!* På spørsmål om hva dette sviket består i, forteller hun om en foreldresamtale. Faglærere og kontaktlærer uttrykker misnøye med Anitas innsats på skolen, noe ANNA reagerer sterkt på:

*«Det er en ting jeg vil si dere og det er at er det en ting jeg driter i så er det hvordan ho gjør det i engelsk og matte. For tre måneder siden så informerte jeg deg [kontaktlæreren] om at jenta sliter, ho er på et punkt i livet sitt der det handler om å være eller ikke være og ho snakker nesten ukentlig om at ho ikke vil leve,» sa jeg. «Og engelsk og matematikk og hva det nå måtte være er helt underordna! Jeg har informert dere, jeg trenger deres hjelp! (...) Jeg trenger deres hjelp til å følge opp dette og jeg trodde, ærlig talt at dette var informert om!» Men da viser det seg at han ikke har sagt det videre til noen fordi han påstår at han er underlagt taushetsplikt, det fikk jeg vite etterpå!*

ANNA er opprørt over manglende informasjon om forståelsen hans av taushetsplikten slik at hun kunne fritta ham for den og sørget for at alle aktuelle lærere ble informert. Hun gir likevel

---

<sup>137</sup> Anita får etter å ha vært i kontakt med psykisk helsevern for barn og unge, diagnosen dyskalkuli (omfattende problem med tallforståelse og matematisk logikk) og særskilt tilrettelagt matematikkundervisning.



ikke opp forsøkene på å få på plass et samarbeide og forteller at de inngikk en avtale om tilbakemelding fra skolen. Hun velger å bruke sterke virkemiddel for å få dette på plass: *Jeg sa: «Jeg kan ikke gå på jobben og lure på om ho ligger hjemme fordi ho ikke gidder å stå opp eller fordi ho har skåret over händledda.» Nei, det var de jo helt enige i! Etter noen uker fungerte ikke avtalen lenger.*

I RITAs historie har det meste fungert slik man ønsker for et engstelig barn som pårørende til en mor med alvorlig sykdom. Rask hjelp fra kompetente fagpersoner i førstelinjen hjelper familien, men etter et halvt års tid opplever foreldrene at datteren blir stadig tyngre til sinns og snakker om at hun ikke vil leve. I forbindelse med henvisning til BUP overraskes RITA av lærerens rapport:

*Vi ble litt overraska da vi så hva læreren hennes skrev. For ho sa i det brevet sitt at ho hadde nok merka ganske tidlig at Randi var en ganske engstelig person...*

Intervjuer: *Men det hadde ikke ho formidlet til dere?*

RITA: *Nei, ho hadde ikke det!!*

De erfarer, som de fleste andre foreldrene i studien, at den tilrettelegginga jenta trenger for at skoledagen skal bli så trygg at hun kan fokusere på læring, ofte blir tatt for lett på. RITA opplever dette som en bagatellisering: *Jeg syns at de bagatelliserte det med sine argument...før hun i forlengelsen av setningen unnskylder skolen: Men det kan jo like godt hende at det er fordi de ikke har innsyn i hvor vanskelig det kan være for et barn å mestre.* For Randi ble den en vond opplevelse å ikke bli tatt hensyn til. RITA reflekterer over jentas situasjon: *Ho ble nok veldig skuffa over henne[læreren] for da måtte ho sjøl investere så mye energi på å forklare hvordan ting var og kanskje passet det ikke å forklare når det stod andre fra klassen der rundt og hørte, og at det ble litt pinlig for henne.* Randi forteller henne: *at ho [læreren] sa at ho hadde glemt hvordan det var, at ho hadde glemt den informasjonen ho hadde fått!*

Randi får også delta i ei lita gruppe med en spesialpedagog i mattetimene, men har ikke forventet progresjon: *Og da ba ho[spesialpedagogen] om å komme og snakke med oss og da*

*husker jeg at ho ble veldig overrasket da jeg fortalte hvordan Randi sleit; ho visste ingenting om det! (...) Det var ikke gitt skikkelig videre!*

Overgangen til ungdomsskolen blir vanskelig for Randi og RITA oppdager at det ikke er en selvfølge at informasjonen følger barnet, slik hun tok for gitt. Etter en vanskelig episode noen uker etter skolestart, ringer faren til kontaktlæreren. RITA forteller:

*Ho blir jo veldig overrasket over at ho ikke har fått noe melding om det, så ... Nei, det er klart det at ho skal ta det opp med faglæreren og ho skal legge ting til rette for at det skal fungere bedre (...)*

Intervjuer: *Men de har ikke innkalt dere til noe møte?*

RITA: *Nei, nei [sukker] ikke annet enn det mannen min gav over telefonen da..*

Intervjuer: *Og det var helt tilfeldig at det ble oppdaget at hun ikke visste noe?*

RITA: *Ja, ja!*

Ved overgangen til videregående erfarer CECILIE omtrent det samme som RITA. På tross av omfattende møtevirksomhet hvor *alt blir snakket om, og PPT på videregående er jo helt herlige! Der hadde vi møter og der ble vi sett!* Informasjonen fra sosiallæreren på ungdomsskolen til ledelsen på videregående har vært omfattende, *men det vi opplever når ho begynner på skolen, er at det har jo ikke kommet ned til lærerne på golvet – og da hjelper det jo ingenting!* I ettertid mener CECILIE at PPT har vært urealistiske i forhold til de mulighetene lærerne faktisk har for tilrettelegging, samtidig viser nettopp hennes historie at når mor ikke gir seg, blir det til slutt mulig: En sliten Caroline begynner etter noen måneder å kaste opp i forbindelse med teoridagene; de dagene hun er i praksis er ikke noe problem. I et tett samarbeid mellom mor, datter og en lærer *som strekte seg lenger enn han strengt tatt skulle*, gjennomfører Caroline første året på videregående med så gode resultat at hun mister retten til å søke seg inn på særskilt grunnlag til andre året. CECILIE er oppgitt over denne regelstyringen og manglende fleksibilitet for *da får du den usikkerheten!*

CECILIE har gjennom mange år vært aktiv i ulike brukerorganisasjoner innenfor psykisk helse-feltet. Hun har hørt de samme historiene i ulike varianter gjentatte ganger og dette bidrar til at hun løfter opp erfaringene fra individnivå til samfunnsnivå. Hun mener

Kunnskapsløftet har ført til at *de svakeste sviktes* på grunn av økt teoretisering, og at lærernes kompetanseheving kun har vært i forhold til fag. Det er ikke nok med styrking av faglige kvalifikasjoner, dessuten burde det vært *miljøterapeuter i alle skoler. Tenk alt de kunne vært brukt til!* sier hun.

Det største fokuset i informantfortellingene er på negative erfaringer med skolen, unntatt for jentene med spiseforstyrrelse som det tas tilstrekkelig hensyn. FINN og FIONA kan fortelle om en *fantastisk lærer* som også ringer for å høre hvordan familien har det mens Frida er innlagt. Sammen med ham og Fridas venninner legger de også til rette for at nistemåltidet på skolen skal gjennomføres på en trygg måte i et skjermet fellesskap. HANNE har ingen negative erfaringer og forteller om ei jente som *stortrivdes på skolen og elsket å gjøre lekser*. Hilde blir stadig svakere ettersom hun reduserer matinntaket og samtidig intensiverer treningen. HANNE forteller:

*Det ble jo verre og verre etter hvert. Og så sier jeg til NN [behandler på BUP] i en time at: «Jeg tror jeg må ta henne ut av skolen, den sekken hun bærer, den klarer hun snart ikke å bære!» «Nei, hvis du mener det, så støtter jeg deg i det!» Og da måtte jeg gå på skolen, og det husker jeg var ganske tøft å gå og snakke med læreren, altså. Da var jeg så sliten, og gråten nær og deprimert og lei meg... for du har noen forventninger til et barn om hyggelig skolegang og det å mestre og... at hun skulle ha det bra som vi hadde lagt alle mulige føringer for...*

Hilde holdes hjemme fra skolen i et halvt år, men er så skoleflink at hun etter hvert går ut fra videregående med topp karakterer.

Gjennom sommerferien tilrettelegger foreldrene til Mia på en vellykket måte for reduksjon av tvangshandlingene og ser en positiv utvikling. MONA forklarer det også slik: *For når skolen var ferdig, da tror jeg Mia slappa av. For ho visste at det ikke var noe press. Og da begynte ho å komme seg mer og mer.* Ved overgangen til ungdomsskolen er foreldrene svært fornøyde med skoletilbudet som er en kombinasjon av vanlig og spesialscole. De får Mia på skolen de fleste dagene, noen ganger først utpå dagen, men sammenligner med skolevegringen semesteret før – og er optimistiske: *Det som skjedde var at jentungen starta på skolen! Vi hadde hatt flere runder med rektoren som ordna ting (...) Fantastisk person!* forteller faren.

Verken skolen, jenta eller foreldrene gir opp selv om hun får noe fravær allerede første uka. Moren forteller om et fleksibelt tilbud, hvor lærerne signaliserer: *Det var kjempefint at ho kom – og prøvde!*

Når det kommer til realisering av de gode intensjonene, blir det vanskeligere å stole på skolen sier MONA og forteller om en situasjon hvor Mia føler seg dårlig og vil dra hjem, men ikke fikk lov – stikk i strid med de inngåtte avtalene. I stedet gjør de *det verste de kunne gjøre*: De argumenterer for å få henne til lege *ho som har legeskrekk!* Dette opplever de som en bagatellisering av datterens psykiske vanske, det skremmer Mia og hun får det vanskeligere. Etter hvert klarer ikke foreldrene å få henne på skolen.

### **Om å bli møtt som problemet**

Materialet viser at mange foreldrene opplever seg kategorisert som problemforeldre når de har barn med problem. Etter at MORTEN og MONA gjentatte ganger har kontaktet klassestyrer om Mias dårlige trivsel uten å bli tatt på alvor, begynner etter hvert læreren å oppleve Mia som et problem. MONA forteller: *Så sier læreren til Mia da, at ho skulle søke hjelp på PPT! Og ho sa det på en sånn måte at jeg følte det at alt var min skyld (...) altså jeg følte at de så på meg, at det var jeg som var problemet.*

SOLVEIG forstår at situasjonen kan ha vært vanskelig for skolen med Saras svingende følelser og mange utbrudd: *Ho var vel ikke så enkel Sara, da...* Hun erfarer at læreren er forståelsesfull og tilpasser opplæringa noe: *[Ho] hadde ikke noe spesialopplegg, men fikk lov til å gå ut på et eget rom hvis ho trengte det.* Men rektor er av en annen oppfatning og uttaler på et møte at *ho ikke kunne ha noe særbehandling!* Etter dette ble det ekstra vanskelig å få Sara på skolen og moren gav ofte opp: *Og så gikk jeg og hadde dårlig samvittighet for at ho ikke kom seg på skolen!* CECILIE er i tillegg til den dårlige samvittigheten for datterens faglige og sosiale utvikling, også opptatt av de uttalte forventningene fra skolen: *..at ho ikke kom på skolen (...) og hva er det de tror om meg?*

Heller ikke Isabells angstproblematikk ble tatt tilstrekkelig hensyn til, mener INGER: *Jeg prøvde å ringe lærerinnen: «Isabell er i dårlig form i dag, hvordan kan vi gjøre det best mulig for henne?» Det var helt håpløst!* Hun beskriver forholdet til læreren slik: *Jeg følte vi ble uglesett, at vi hadde en unge som var fryktelig bortskjemt, som vi bare sydde puter under!* Foreldrene er ikke i tvil om at et tilpasset opplegg i samarbeid mellom hjem og skole, kunne redusert jentas problematikk, men opplever ingen imøtekommenhet fra skolens side.

Fortellingen til KARI og KNUT er den eneste hvor skolen åpent formidler sin forståelse av barnets problem som foreldreskapt, og får derfor stor plass i denne presentasjonen. Disse foreldrene mener skolesituasjonen ikke ble godt nok tilrettelagt for deres deprimerte 12-åring. Bagatellisering fra skolens side av det de opplevde som et alvorlig problem, startet da de ønsket henvisning til BUP. KARI refererer lærerens holdning: *«Nei da, bare han tar det med ro nå så ordner det seg dette her.» Og så dette som gjentar seg: «Han skal bare ta det litt med ro!»* Skolen har sin egen forståelse av guttens atferd og blir aktive skyldtildelere forteller KARI: *Det var de som begynte å grave i forhistorien vår. Det var de som ikke trodde på.. de som la helt andre ting til det!* Kristian har vært spesielt skoleflink fram til han ble sjuk, men nå opplever foreldrene et totalt skifte i synet på ham og på dem som foreldre. KARI uttrykker det slik: *Vi følte det at skolen snudde helt om fra at vi hadde en kjempeok gutt til at vi hadde en grenseløs unge hvor vi var skyld i alt!*

KARI og KNUT understreker at de er ressurssterke foreldre som kjemper for barnet, noe som medfører at Kristian, som eneste barnet i studien, får egen assistentressurs. Likevel blir ikke skolehverdagen tilfredsstillende tilrettelagt og KARI reflekterer over hvorfor: *Det som jeg ser nå i ettertid er at hadde lærerne hatt andre holdninger og oppført seg på en annen måte så hadde assistenten vært overflødig i perioder. Men på grunn av at lærerne gjorde det verre...*

KNUT forteller at skolen har fått veiledning fra BUP om hvordan de skal forholde seg når angsten kommer: *De var klar over det at: ro og nærhet! To ord! Jeg gjentok og gjentok det i møtene med skolen: Ro og nærhet er det eneste som virker!* Men Kristian blir 'konsekvent' behandlet på skolen: det er grensesetting som er svaret når han får angstanfallene. KARI

refererer fra et møte med rektor som sier: «*Nå skal jeg være frittalende: Dette her handler om grensesetting!*»

En dag rømmer Kristian fra skolen og blir funnet nedkjølt i en grøftkant og brakt til legesenteret. Rektor er til stede når KNUT ankommer og insisterer på en samtale. For KNUT er situasjonen helt *absurd (...)* *Jeg får kjeft av rektor på grunn av den grenseløse ungen!* Han forholder seg rolig og forklarer at dette er angst og må møtes med ro og nærhet. Han refererer rektors svar: «*Det der er BUP's retorikk!*»

Foreldrene til Kristian ser tilbake på grunnskoletida og KARI reflekterer over om de burde gjort alvor av å flytte for at han skulle få en bedre skolesituasjon; en løsning de slo fra seg etter omfattende diskusjon. Etter å ha lest det transkriberte intervjuet er hun usikker på om det var rett å tidvis presse gutten til å stå i en skolesituasjon som var så ødeleggende. Men rådet fra BUP var entydig: Kristian skulle på skolen for at ikke angsten skulle ta overhånd. Det blir faren som står på for å gjennomføre denne praksisen. KARI problematiserer dette: *For jeg ville ikke ha sendt ham: Jeg syns det var helt feil! Og da ble det på en måte en konflikt mellom oss hvor KNUT vinner – jeg trekker meg! Fordi at han har støtte fra BUP på det! Også KNUT har vært kritisk til kravet fra BUP om at sønnen skal på skolen, men reflekterer:*

*Hva slags alternativ har du egentlig – framover? Hvis du står der og så velger du å ikke la han gå: det blir jo garantert et nederlag, i hvert fall (...) og terskelen lavere dagen etterpå når du har fått det nederlaget dagen før (...) det kan fort bli enda verre... Bedre å være stålsatt og heller prøve å få automatikk og rutine i det. Da vil det ikke koste så mye etter hvert..*

Når Kristian starter på videregående, blir han møtt på en annen måte og angstanfallene blir stadig færre. KARI sier: *Det var jo det at her gikk det jo bare en vei: Det har gått opp, opp, opp, opp!* Både han og foreldrene tar dette som en bekreftelse på at skolens behandling var sykdomsskapende for ham.

KNUT forklarer den manglende tilretteleggingen og forståelsen i grunnskolen med skolekulturen: *Man kan ikke si at det er ungene og familiene som er umulige... for det ser jeg*

*en tendens til: Det er ikke noe i veien med skolen, men det er foreldrene og ungene som er problemet!* Han beskriver skolen som *en lukka institusjon med sine normer og sine regler (...)* *et system med en uhyre skjermte og selvoppretholdende institusjon – det blir litt sånn som forsvaret, det blir en stat i staten, selvrekrutterende og selvforsterkende.* Kulturen de møter på videregående, er en annen.

### **Om å bli møtt som ressurs**

På videregående får Kristian i følge moren erfare at: *de voksne der de er til å stole på.* De er forundret over at det har gått så raskt bedre: *Kan det virkelig snu sånn? Knips med fingrene og så gikk det rett vei – og han strever jo enda, men...* På spørsmål om ekstraressurser på videregående, kan de fortelle: *Han får det at vi har møter, men han har ingen ekstra personer på seg – fra dag en.* KARI forklarer det med at: *..de gjør det så trygt og bra for han at en ekstra person blir unødvendig.* KNUT oppsummerer erfaringene som fra: *..to skoleleverdener.* I samarbeidet med videregående skole inkluderes foreldrene, forteller han: *Vi avtaler jo at vi skal møtes, gjerne inn mot en eller annen slags milepæl (...) nå er det eksamen snart eller det er noe ekstra, så er det greit å ha en liten runde i forkant: hvor er vi hen nå...* KARI beskriver kvaliteten i samarbeidet: *Det handler ikke om at ting blir sånn som vi vil ha det, men det handler om at de har en god kommunikasjon med oss!*

EVA mener de som gjør det direkte arbeidet i forhold til barn som sliter, *blir overlatt til seg selv.* De løser et problem for klassen, men får liten støtte for sitt eget arbeid. Det mangler gode nettverk som vil tjene både den unge som sliter og personene som skal gjøre jobben. I tillegg til denne systemkritikken, etterlyser EVA også *idealisme og ekthet* hos personer som jobber med folk som strever med livene sine.

I den dialogiske gjennomgangen peker hun på manglende samordning mellom tjenestene som et stort problem. Det er mange aktører inne og de har ikke oversikt over hva de andre gjør. Eller som PIA sier det: *Lærerne tar sin bit, og legen tar sin bit – alle har sine små områder.* Også ANNA problematiserer manglende samordning: *Så BUP drev med sine ting, skolen drev med sine ting og jeg prøvde å springe i mellom å få samordna dette og ingenting skjedde!*

## Skolebytte som vendepunkt

Det er lærernes kunnskaper, holdninger og praksiser som mer enn ressurstilgangen er avgjørende for om barn får tilpasset opplæring, mener deltakerne i studien. En av konklusjonene fra 'gruppeforsknings samtalen' var at tilbudet fra skolen er så personavhengig at *Det er et lotteri!* Foreldrefortellingene viser at skolebytte ofte innebærer vendepunkt i tilfriskningsprosessen og at skolesituasjonen, og særlig forholdet til læreren har stor innvirkning på livskvaliteten.<sup>138</sup>

Caroline får etter hvert et tilfredsstillende skoletilbud ved overgangen til videregående. Dette skyldes flere forhold, men CECILIE legger vekt på en enkelt lærers ekstra innsats; *ellers hadde det skjært seg*. En tilrettelegging med kombinasjon av utplassering på en arbeidsplass og ordinær skole, kom på plass etter at psykologen engasjerte seg i skolesituasjonen *for han kunne de ikke avvise sånn som de kan gjøre med ei mor*.

For Isabells tilfriskning er skolebytte til en privat skole avgjørende. Den gode kontakten mellom moren INGER og kontaktlæreren har stor betydning:

*Jeg kom på skolen og jeg gråt jeg også: «Jeg får ikke Isabell på skolen, hva skal jeg gjøre?» «Ta det med ro,» sa læreren, «det trenger ikke være noe problem, neste dag går det bedre.» Og sånn holdt vi på hele høsten (...) liten skole, fantastisk skole som ser elevene – det er helt utrolig (...) ho får være med på å bestemme sjøl – de tar henne på alvor! Ikke noe dømming!*

I dette «Ikke noe dømming!» tolker jeg inn en erfart aksept både av Isabell og foreldrene. Isabell blir tatt på alvor som ei ung jente som trenger en tilrettelegging som hun selv har kunnskap om innholdet i, og foreldrene opplever seg anerkjent som samarbeidspartnere. I tillegg oppmuntrer læreren og gir INGER håp og mot.

---

<sup>138</sup> Danielsen (2010:33) slår fast at «school may be one of the life domains with largest impact on students' life satisfaction.» Hennes egen studie bekrefter betydningen av subjektiv skoletrivsel for generell tilfredshet med livet. I dette bildet inngår støtte fra lærere som en nøkkelfaktor



Etter at Anita skrives ut fra sykehus, får hun et tilbud om å gjennomføre siste året på ungdomsskolen på en forsterka skole.<sup>139</sup> Dette tilbudet blir en positiv oppfølging av arbeidet som er startet opp på ungdomspostens skole. ANNA forteller at de var skeptiske: *Betyr det å isolere henne fra en sosial setting som ho burde være i, og vi dro litt på det..., men det endte med at hun begynte på den skolen da.* Hun beskriver pedagogikken på denne skolen:

*Vi kjører deg opp på det du faktisk er god på, piffer deg på de tinga. Ja, matte sliter du med, men vi gjør ikke noe stort nummer av det, men du skal lære deg det grunnleggende.. de tok det veldig sånn, som også har løfta henne veldig!*

Bekymringen for at barna skal falle ut av det sosiale fellesskapet deler hun med flertallet av informantene, men ANNA erfarer at det er godt for Anita å kunne skjerme seg litt: *Fordi presset som var fra denne store, sosiale mengden, alle disse som «fiksa» ting, det ble for stort! Så for henne var det en lettelse å få komme til et sted der ho bare kunne få være deg sjøl.*

For flere av barna i studien er ikke den polikliniske behandlingen, foreldrenes oppfølging og tilrettelegging i skolen tilstrekkelig for tilfriskning. Anita og Frida legges inn på ungdomsavdeling i henholdsvis seks uker og et halvt år etter at de stadig har blitt dårligere. Elin legger seg inn rett etter fylte seksten år, men skriver seg ut etter et par uker. Familiene til Isabell, Kristian og Mia blir lagt inn på familieavdeling fra to til fire uker, mens HANNE og familien får et tilrettelagt poliklinisk familietilbud. Disse tilbudene fungerer for alle unntatt Elin, som viktige vendepunkt i prosessen fra kaos til kontroll.

---

<sup>139</sup> Den korrekte betegnelsen er 'forsterket avdeling' i følge Grunnskolens Informasjonssystem med definisjonen: «Egne grupper for spesialundervisning hvor elevene har sin faste tilhørighet i disse gruppene selv om de kan være integrert i ordinære grupper i enkelte fag og timer. Rene spesialskoler regnes også som forsterket avdeling» (Holterman, 2012).

### **Innleggelse som vendepunkt**

FINN og FIONA ser at det må mer til enn samtalene på BUP: *Vi så jo at det ikke nytta det ho holdt på med, det er ikke noen vits i de der samtalene...* Likevel er det vondt å legge henne inn på sykehus fordi hun var så redd: *Det var følt, det! Å kjøre ho utover og så reise fra henne...* De undres også over at de ikke får tilbud om å være hos den 14-årige datteren: *Ho har jo vært innlagt med brudd og hjernerystelse, og gutten vår har hatt hjernerystelse, og med den største selvfølgelighet har vi ligget der!* ANNA forteller at hun gråt da de etterlot datteren på ungdomsposten: *Og det var delvis fordi «Lille vennen min, nå slipper jeg henne – og jeg vet ikke til hva..» Og det andre var sikkert en viss lettelse fordi nå er det sjans for å gå videre..* Nye tiltak gir alltid nytt håp, og ANNA oppsummerer slik: *..for henne[Anita] var dette helt klart et vendepunkt.* At det ble et vendepunkt, knyttes til miljøet på avdelinga og særlig til en spesiell lærer: *Han med dette blikket og denne kontakten med henne fra stund en; han løfta henne altså så faglig og menneskelig at! Jeg har ikke sett noe liknende; ja, det var nesten magisk hva han utretta på disse ukene!*

Familien til Hilde opplevde det polikliniske familieterapitilbudet som et godt tilbud hvor de fikk nøstet opp i ting, fikk hjelp til å se noen sammenhenger og til å se hvor i nettverket de kunne hente støtte og ikke minst understreker HANNE at *de to andre barna ble møtt.* Det viktigste var likevel *hvordan skulle vi få Hilde til å spise.* Hun forteller hvordan behandlerne får henne med på en avtale: *Så sa hun: «Ja, jeg kan drikke næringsdrikk» (...) og det forhandlet de fram, og da slapp jo jeg å gå inn i den krigen med henne, da gjorde de det!*

På tross av omfattende innsats fra INGER og IVAR og terapeuten på BUP bedrer ikke Isabells situasjon seg. Etter nærmere et halvt år uten tegn til framgang får familien tilbud om noen ukers familieinnleggelse. De får god hjelp: Isabell trener på familieavdelingens skole for å overvinne skolefobien og hun får etablert en relasjon til en terapeut som skal følge henne opp etter innleggelsen. Foreldrene får snakket om problem knyttet til pårørendesituasjonen for den eldste datteren og legger en plan for skjerming Isabell ytterligere mot de bekymringene dette innebærer. Ikke minst får de sammen laget en strategi for å følge opp skolegangen med klar beskjed fra BUP til foreldrene at det er deres jobb. INGER understreker betydning

innleggelsen hadde for dem: *Og hadde det ikke vært for dem, så hadde ikke vi sittet her nå, det tror jeg ikke altså...*

### **Gjennom vendepunkt til kontroll**

Vendepunktene er kun starten på en forandring; jobben skal gjøres etter dette, på alle arenaene hvor barna deltar og det trengs mye oppfølging fra foreldrene for å sikre kontinuitet og kvalitet i hjelpa. Det er fortsatt mange kamper som gjenstår, men de har fått ny styrke og selvtillit som foreldre.

Med helt klare avtaler blir det mulig for HANNE å gjennomføre måltidene sammen med Hilde: *Og det funka! Vi satt foran peisen her og spiste sånn næringsdrikk, presis klokken 11! Og det tok tid! Så jeg la meg vel aldri før 12 tenker jeg! Og da skulle det prates, og det var en hyggestund både for henne og meg..* Moren forteller at hun ble en helt annen når hun la på seg, og de diskuterer muligheten for å få henne i individualterapi nå som hun er mer tilgjengelig. Det vil hun ikke og behandlingen fortsetter som før ved at foreldrene går til samtaler hos psykologen: *Altså: vi ble hans bærere av budskapet, vi gikk og fikk informasjon og veiledning fra han, og så klarte vi det som familie selv!*

Også FINN og FIONA opplever innleggelsen som et vendepunkt i behandlingen av datteren: hun begynner å legge på seg, blir kvitt hallusinasjonene og får mer energi. Men når hun skrives ut, gjenstår fortsatt mye arbeid. FINN sier ved første intervju: *Ho er ikke frisk, ho er langt i fra frisk...* De beskriver hvor vanskelig det er å balansere mellom det å stille normalforventninger og samtidig ta hensyn til den spesielle utfordringen datter har: *Det som for så vidt er vanlig oppdragelse i forhold til unger: Nå må du spise nok, ikke sant? Det forsvant litt det, når denne problematikken kom opp!* Frida må etter hvert tåle at måltid endrer rekkefølge, at foreldrene utfordrer henne til å spise mer enn det som står på lista, at de ikke får tak i den rette maten når de er ute og reiser, og etter hvert slipper rigiditeten og forholdet hennes til mat blir mer avslappet.

ANNA følger opp skole, fritid, familiesituasjonen, BUP og PPT etter at Anita skrives ut fra ungdomsposten. Anitas psykolog på BUP sier opp jobben og den nye klarer ikke å etablere noen relasjon til henne. ANNA insisterer på at en sosionom som kjenner familien fra utredningsfasen skal ha samtale med datteren selv om hun ikke hadde *formell kompetanse, men med en spesiell avtale så fikk vi det til*. Dette blir en relasjon til *et menneske som ho føler ho kan betro seg til og som har vært med på prosessen og utviklinga hele veien*.

Også for foreldrene til Mia blir det korte familieoppholdet et vendepunkt. Mia skal bare utfordres mildt på tvangen sin, og utviklingen må skje i hennes tempo. De får omfattende støtte av overlegen på familieavdelingen mot barnevernets og den lokale BUP-ens krav om grensesetting og eksponeringsterapi som eneste rette behandling.<sup>140</sup> MORTEN forteller: *De gav oss en bekreftelse på at vi bare skulle fortsette videre, at det vi gjorde var riktig! Og det gav oss mer inspirasjon og tillit til at vi bare fortsatte*. MONA understreker den klare beskjeden fra familieavdelinga; skal Mia bli bedre må hun selv *sitte i førersetet*.

Både KARI og KNUT og INGER og IVAR mener det kun er en ting å kritisere ved familieavdelinga. De burde ha fått tilbudet tidligere: *Det burde jo ha skjedd nesten i starten det!* sier KARI. MORTEN og MONA sier det samme, men her er kritikken også rettet mot den lokale BUP-en, som ikke orienterte om tilbudet. Først når de må gi opp å legge inn fjortenårige Mia på ungdomsposten fordi moren ikke får lov å være med, orienteres de der om muligheten for familieinnleggelse.

De resterende seks familiene har kun hatt polikliniske tilbud, med ulik grad av foreldreinkludering slik jeg har presentert under fasen 'Fra hjelpsøking til hjelpsom hjelp'. For Caroline og hennes familie gir medisinerer for ADD en så umiddelbar positiv effekt at CECILIE kaller det *en revolusjon*. Oddrun får etter hvert et terapeutisk tilbud gjennom Støttesenter for incest, noe ODA forteller at datteren opplevde som *veldig, veldig positivt*.

---

<sup>140</sup> I tillegg til epikrise med klar støtte til foreldrenes tilnæringsmåte deltar overlegen også på møter med det lokale BUP hvor jeg er telefonobservatør. Han imøtegår i disse samtale det lokale hjelpeapparatets forståelse av foreldrene som foreldre med manglende omsorgsevne.

I foreldrenes fortellinger om Paula, Randi og Sara er det ikke mulig å identifisere klare vendepunkt. I EVAs fortelling er det langt på vei reduksjon av behandling som utgjør vendepunktet når psykiateren tar hensyn til morens bekymring og trapper ned medisinbruken: Elin får langsomt kreftene igjen og blir stadig friskere – i tett samarbeid med familien.

Den gode hjelpen har bidratt til at *Det er ting som vi er blitt mer..., blitt mer bevisst på*, oppsummerer INGER. I denne bevisstgjøringen ligger det en bevegelse fra mer intuitiv håndtering til en rasjonell mestring. Gjennom denne mestringen opplever foreldrene økt grad av kontroll over hverdagen.

### **Fra håndtering til mestring**

Materialet viser at tidlig i tilfriskningsprosessen kommer intuitive foreldrepraksiser forut for en bevisst meningsskapning. Det er rimelig å snakke om håndtering av utfordringene heller enn mestring. KNUT uttrykker det slik: *Du har med deg noen holdninger som..., uten å være skikkelig bevisst det, tror jeg (...) og det er med på å farge de valgene... Det er sjelden en greier å sette ord på det...*

HANNE presiserer gjentatte ganger gjennom våre samtaler at hun har handlet intuitivt og at det viser seg å ha vært det rette: *Det skjønner jeg jo i ettertid hvor bra er!* På mitt spørsmål om hun mener at hennes atferd har vært en virksom faktor for datterens tilfriskning, svarer hun: *JA!! Men jeg skjønte ikke det da..., jeg skjønte ikke det... Jeg bare tenkte at her må jeg sitte, hold deg i ro..., og sånn er det! (...) Dette gjorde jeg på intuisjon!*

Ettersom tida går, et visst samarbeid er etablert med behandlingsapparatet og skolen og foreldrene har prøvd ut ulike strategier og reaksjoner i forhold til barnet, skjer det en bevegelse fra den mer ubevisste håndteringen til konkrete og bevisste mestringsstrategier. Uansett om det gis konkrete råd eller ikke, må barnets symptom og reaksjoner på terapien takles hjemme. Om det er god foreldreatferd å sette seg på sengekanten for å lytte til 13-

åringens bekymringer for neste skoledag, eller om det er 'å mate angsten' vil både variere fra barn til barn og fra situasjon til situasjon med det samme barnet. Det er gjennom aktiv utprøving av forskjellige strategier og tilpasning av de utviklede strategiene gjennom tilfriskningsforløpet med stadig nye utfordringer for barnet, en bevisst mestring av det annerledes foreldreskapet erfares. Råd fra andre, både fra profesjonelle og lekfolk, kan være bidrag inn i en utprøvs- og refleksjonsprosess slik RITA forteller fra foreldregruppa hvor de kunne dele erfaringer om hverdagslivets små og store utfordringer: *For meg var det veldig bra med fellesskapet med de andre som også fortalte om sine frokoster, eller morgener eller hvordan de takla ting.*

KNUT og KARI har stor nytte av samtalene på BUP og KARI forteller hvordan hun etter hvert tar seg tid til å tenke gjennom situasjoner før hun velger handlingsalternativ som i dette eksempelet hvor hun er på vei for å holde en forelesning og Kristian ringer midt i et angstanfall:

*Jeg skjønner ut av det han sier er at han holder på å grave seg ned i snøen et eller annet sted (...) Og da tenker jeg: «Hva gjør jeg nå? Hva kommer først i livet mitt? Er det sønnen min eller er det de studentene som sitter og venter?» (...) Nei, så tenker jeg: «Sønnen din kommer først. Nå tar du og roer helt ned, stopper og ringer til KNUT.» Så fikk jeg ikke tak i KNUT. Så ringte jeg til svigermor, og heldigvis så er ikke svigermor noen svak dame, ho tør å stå i sånne situasjoner. Så sier jeg: «Du, jeg tror Kristian er der i nærheten av skolen. Drar du opp og ser om du kan finne ham så sitter jeg i ro her til at jeg ser at du har funnet ham.»*

Svigermoren finner gutten mens KARI sitter og venter – og *må stålslette seg*, noe dette foreldrepåret snakker mye om: de må presse Kristian en del, samtidig som de prøver å støtte ham. Søndagskveldene når en ny skoleuke venter, er alltid krevende med mye uro, periodevis hyppige angstanfall og søvnløshet. De prøver i begynnelsen ganske ukritisk ut råd de får på BUP: *Men når du er så ute etter å finne gode løsninger..., så tar du det du får på en måte...*, sier KARI ettertenksomt. Gjennom utprøving av ulike handlingsalternativ sier hun at *rasjonaliteten øker*. KNUT sier at man ofte *må stå i situasjoner man helst ikke vil være i*. Handlingstvungen i den aktuelle situasjonen bestemmer i stor grad hvor rasjonelt man velger å løse den, men det er alltid noe intuitivt i det. Ofte opplever han situasjoner hvor han blir trukket i flere retninger; hensynet til barnet, skolen, behandleren, og sier: *Da må du sortere*

*litt – og da er liv og helse primært og så får det andre komme etter!* I slike situasjoner sier KARI at det intuitive *tar over* og at *løvinna* bare fokuserer på å løse opp i den vanskelige situasjonen for sønnen. Det er først etterpå hun tenker: *Hva gjorde jeg nå?*

Begge peker på at kunnskap er en forutsetning for mestring, sammen med målretta valg – og det å kunne tåle nedturer. ODA tematiserer at foreldrekjærligheten ikke er nok for at barnet skal oppleve bedring; det trengs både kunnskap og pågangsmot: *Jeg tror at kjærligheten er viktig, men hvis ikke du evner å ha disse andre egenskapene, så vil du jo visne underveis.* Hun er ikke i tvil om egen betydning for Oddruns tilfriskning: *Altså hadde ikke jeg gjort en god del av de tinga som jeg har gjort, så hadde ikke Oddrun fått den hjelpa som ho har fått (...)* Så det blir veldig stort ansvar syns jeg; på mødre.... *Et uforholdsmessig stort ansvar!*

### **De ensomme kampene**

ODA setter tydelig ord på hvor sentrale foreldrene er i tilfriskningsarbeidet, og på hvor perifer rolle terapeuten tross alt har: *Det har vært min jobb (...)* De så henne kanskje en gang i uka (...)*Den rollen de har, er tross alt bitte, bitte liten.* Mens Oddrun fortsatt var liten og gikk til leketerapi, hadde ODA en sosionom på BUP tilgjengelig som samtalepartner. Der kunne hun *lufte mine tanker og følelser (...)* Samtidig som jeg fikk råd og veiledning om hvordan jeg skulle takle henne når ho hadde utbrudda sine. Hun sier det var fantastisk [og] veldig nyttig. Og forteller også at *jeg styrte det veldig sjøl.* Dette gjaldt både hyppighet, omfang og innhold i samtalene. Ensomheten og *handlingslammelsen* når Oddrun igjen blir alvorlig deprimert med selvmordstanker som femtenåring, kan ikke sosionomen hjelpe henne med denne gangen. ODA mener det er fordi: *Jeg skjønnte ikke at ho kunne hjelpe meg med noe.. som var så mye..*

Når familiene som har opplevd innleggelse, har kommet hjem igjen, eller barnet er skrevet ut, har foreldrene igjen følt seg svært alene. Alle gjør det til et stort tema at jobben fortsatt skal gjøres, og nå er de alene. INGER sier: *Det kreves jo 100 % innsats av oss, av meg da, hele tida!* Jeg spør henne om hun nærmest har vært som en terapeut for Isabell, og hun svarer: *Ja! Ja! Og det er jeg fortsatt! Det er vårt arbeid! Det fikk vi beskjed om fra dag en, det! Det er*

*vår oppgave det, det går ikke an å overlate det til noen andre..., og det hadde de rett i! Det er vår oppgave å få henne opp på føttene!!*

Ensomheten i foreldrerollen, selv om de er to, og opplever seg inkludert i behandlingen av datteren, illustreres godt i denne typiske refleksjonen over deltakelse i studien: *Og så er det jo en form for terapi for oss, også! Hva sier du? [INGER henvender seg til mannen].* IVAR bekrefter: *Det er den., det er den terapien vi har fått, da. Vi har jo ikke fått noe tilbud om noe annen samtale (...) så vi har et behov for å snakke om dette.*

KNUT responderer slik på spørsmålet om det var de som foreldre som utsatte sønnen for stadige utfordringer slik at angsten ikke skulle få overtaket: *Ja, det er jo ikke noen andre!!* De tar med seg det de lærte på familieavdelinga og på BUP i hverdagen og støtter sønnen i alle utfordringene han søker: *Ja, det er jo BUP opp av dage det, da. Det var jo mestring, mestring, mestring! Det var jo det som var en hovedtråd i hverdagen, altså! Samme hva det var, så var det mestringsopplevelser!*

Uansett identifiserte vendepunkt eller ikke, og uavhengig av innleggelse eller ikke, er det et omfattende, langvarig og møysommelig arbeid for tilfriskning som gradvis gir resultat. De fleste informantene er ved siste samtale med meg over i en ny fase hvor det mest arbeidsintensive stadiet er tilbakelagt. De snakker ikke lenger om kamper. For de fleste er tilbudet fra BUP enten avviklet eller under avvikling og det er lite behov for hjelpetjenestene utover noe oppfølging fra PPT for enkelte. Samarbeidet med skolene har gått seg til, og det er en form for aksept som preger samtalene våre: *Livet ble som det ble; vi har gjort vårt beste og hun kommer til å klare seg helt greit!* er gjennomgangstonen.

### **Oppsummering av den tredje fasen**

Foreldrene møter utfordringer på en rekke arenaer når barna sliter med sin psykiske helse. De beskriver situasjonen som *altoppslukende*; slik Thune-Larsen og Vrabel (2004:2255) kategoriserer et barns spiseforstyrrelse som «*det sentrale organiserende prinsipp*» i familiens



liv. Hverdagslivet i familiene preges av daglige merbelastninger over lang tid med akutte toppbelastninger for mange. Gjennom den utøvde foreldrepraksisen over tid med justeringer i forhold til barnets reaksjoner og tilpasning til hvor i tilfriskningsprosessen det befinner seg, oppnår familiene etter hvert økt kontroll over de daglige utfordringene. De beveger seg fra en intuitiv håndtering av problemene til en mer bevisst mestring.

Farstad (2011:28) peker på at tilpasning av skoletilbudet og en lærer som 'ser' jentene med ADHD «er fundamentalt avgjørende for skolehverdagen.» For informantene i min studie representerer skolen en særlig betydningsfull arena som foreldrene ønsker at barna skal delta på – også fordi den er en viktig sosial arena. De bruker mye energi på å etablere et samarbeide med skolen og lærerne, men oppsummerer dette som svært personavhengig. De implisitte konstruksjonene av 'psykisk sykt barn' innebærer at mange foreldre erfarer å bli møtt som en del av problemet og ikke som ressurs. Det er særlig en forståelse av foreldrene som mangelfulle grensesettere og dermed som årsak til barnets psykiske vanske, som kommer fram. Lærerne eller skolens ledelse formidler at strengere grensesetting er nødvendig for at barnet skal tilpasse atferden sin; en holdning som ofte omsettes til praksis i skolehverdagen og erfares som manglende forståelse for barnets spesielle behov på grunn av den psykiske vansken.

For mange er det nødvendig med radikale endringer for å oppnå vendepunkt i en fastlåst situasjon. Innleggelse på sykehus, av barnet alene eller familien samlet kan bidra til vendepunkt. Skolebytte beskrives også av mange som vendepunkt på veien fra kaos til kontroll.

Selv om mange erfarer god hjelp fra psykisk helsevern, understreker de hvor omfattende, tidkrevende og ensomme hverdagskampene med og for barnet kan være.

### ***Fjerde fase: Fra det ekstraordinære til det ordinære***

Den fjerde og siste fasen jeg har identifisert, kaller jeg 'Fra det ekstraordinære til det ordinære.' Det utfordrende spørsmålet her er om barnet faktisk er frisk igjen? Det er lenge et åpent spørsmål i foreldrenes bevissthet og nå møter de igjen de sosiale konstruksjonene hos seg selv, barnet og andre. Kan man virkelig bli helt frisk? Og hva er det å være frisk, egentlig? Forestillingene om kronisitet er sterke i forbindelse med psykisk sykdom og en kilde til nye forhandlinger om egen forståelse av hva som er normal ungdomsatferd og hva som er avvikende atferd. Mange endrer sin oppfatning av normalitet.

Det som skiller seg fra den foregående fasen er en sterk følelse av aksept, optimisme og framtidstro, av *å være gjennom*. Barnets vanske er ikke lenger den aksent hverdagslivet dreier seg rundt, men de har fortsatt med seg en 'parathet'; en kontinuerlig observasjon av barnet for å avverge situasjoner de mener kan bli vanskelige, og for å tilrettelegge for stadig økende selvstendighet og egenansvar hos barnet. Slik blir dette en fase som kjennetegnes av utfordringer knyttet til balansering av kjærlighet og autoritet, slik det er for alle foreldre til ungdom (Hennum, 2002), men med ekstra utfordringer.

ANNA setter ord på dilemmaet i denne fasen: *Jeg har jobba veldig mye med å slippe opp – og å tørre å slippe opp. Den ordinære balansen mellom hva som er tenåringsredsel – altså pubertets- og ungdomstanker og hva som er sykdommen. Hva er bildet her? KARI uttrykker dilemmaet slik: Alt handler ikke om angst selv om han trekker seg tilbake og vil være for seg selv (...) Men å være der hele tida - i tilfelle det er det!*

Foreldrene til to av barna er ikke i den fjerde fasen under intervjuene. MORTEN og MONA, foreldrene til Mia som sliter med tvang og foreldrene til Randi med sin angstproblematikk befinner seg fortsatt i den tredje fasen hvor hverdagsslitet er det som krever all oppmerksomhet. Begge barna er ved siste samtale kommet langt i sin tilfriskning og foreldrene er optimistiske, men ikke trygge på at de skal friskne helt til. Disse informantene

har fortsatt, eller ønsker å ha, et behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge til sine døtre.

Det er heller ikke slik at alle barna til foreldrene i utvalget er kvitt sine problem når foreldrene er over i den siste fasen. For mange er det fortsatt et stykke arbeid igjen på en eller flere arenaer: i familielivet, på skolen eller i arbeidslivet og i forhold til jamnaldrende, kjærester og eventuelle partnere. Caroline har begynt på medisin som moren regner med at hun skal gå på resten av livet. Hun er blitt mor og CECILIE sier: *Vi må følge henne opp noen år til* og viser til behovet for praktisk og økonomisk støtte. Foreldrene til Kristian tror han muligens kan oppleve angst også i framtida, men som KARI sier: *Jeg ser ikke så problematisk på det om han må leve livet med å kjenne litt på angst, for det er fullt levelig.* SOLVEIG ser for seg at Sara vil oppleve nye episoder med nedstemthet og depresjon og ODA mener det er fare for at datteren kan få reaktivert sine overgrepstraumer i forbindelse med graviditet og fødsel. IVAR fokuserer på den raske positive utviklingen til Isabell: *Hvis vi ser et år tilbake og der ho er i dag så har det jo skjedd utrolig mye!* Samtidig er han enig med INGER som peker på at hun fortsatt er for avhengig av moren og kan bli mer sosial. Elin har nettopp fått samboer og venter barn. For EVA er dette en situasjon som trigger bekymringen for ny depresjon hos Elin. Hun må redusere raskere på medisinen enn planlagt, hun kommer til å ha dårlig råd og samboeren har en fortid som er en kime til bekymring. EVA som sier hun er en *uhelbredelig optimist* og som *tror på mirakler*, velger å fokusere på at et hvert barn er en gave og at Elin har vist at *hun er tilbake – med styrken sin* og bestemmer seg for å glede seg til å bli mormor. FIONA uttrykker i det første intervjuet bekymring over hvordan Frida vil komme til å takle framtidige livsutfordringer, men er i gruppesamtalen et år etterpå den som sterkest understreker at det er mulig å bli helt frisk.

De fleste er nå så trygge på at barnet skal *klare seg* at de tør å stille større forventninger til deltakelse i familien, på skolen og i jamnaldningsmiljøet.

## Om å stille nye krav til barnet

Her møter de igjen balansegangen mellom å stille normalforventninger og ta hensyn til barnets spesielle utfordring. *Vi må møte henne litt! Men vi må stille krav! (...) Det er tøft, altså! Og så må vi sloss ofte da!* forteller foreldrene til Isabell. De sliter med dette og IVAR setter ord på dilemmaene:

*Men så er det det med hennes situasjon: hvor sårbar er ho? Hvordan kan vi gå fram, ikke sant, uten å ... Du kan si det at det må være en gradvis oppbygning, men vi må skynde oss litt langsomt her... Redd for å dytte på henne for mye og... for hvis vi bare går ett år tilbake i tid, så lå ho ... Tenk på hvor langt ho er kommet på så kort tid! Derfor mener jeg at vi må være litt forsiktige også, ikke bare ...*

Dette handler om at de er *usikre på hvor fort vi kan gå fram (...) og ikke vet hvordan vi skal gjøre det... uten at hun på en måte går fast igjen!*

Jeg vil oppholde meg litt ved PIA og Paula fordi Paula er den som i størst grad framstår som det 'barnet' som fortsatt sliter med sin psykiske helse. Paula har et tilbakefall på videregående og får et behandlingstilbud i voksenpsykiatrien. For PIA blir dette *så overveldende: Har jeg krefter til en omgang til? (...) Jeg føler at jeg har brukt alt jeg har – alle mine krefter, all min tid og energi – og midt oppi dette må du jobbe – og yte!! Og hvem skal jeg meg omsorg?* Av den nye behandleren blir PIA mer involvert enn hun ble i BUP. Hun kan kontakte henne hvis hun er bekymret for datteren, noe hun av og til gjør: For som mor *blir[du] ekspert på å lese hele personen.*

PIA er likevel klart over i en fjerde fase hvor hun ikke tillater at Paulas situasjon blir altoppslukende, selv om hun sier: *Når ungene dine ikke har det bra, er det en bekymring du har med deg hele tida (...) Det er veldig vanskelig for ei mor (...) jeg er for «snill» og blir for ettergivende! Du må balansere hele veien!* Hennes nye samboer hjelper henne med denne balansegangen og hun tillater seg å bygge opp sitt eget liv og ha det bra, selv om datteren fortsatt sliter i perioder. Situasjonen er ikke lenger altoppslukende også fordi hjelpetiltakene

rundt Paula og hennes lille datter er tilfredsstillende: Hun får god hjelp både fra helsesøster og voksenpsykiatrien. PIA understreker likevel betydningen det har, også for henne selv, å formidle: *Vi er der for deg! At hun har den tryggheten at det alltid er noen som stiller opp – uansett.* Avvisning, som var et sårt tema for PIA i første intervju, er ikke lenger noe problem, fordi hun har forsonet seg med at i *de periodene ho har det ganske bra så er det stilt, men så snart det er litt småting, litt problemer...., så er ho heldigvis snar å kontakte oss!* Å ha erfart gjentatte ganger at Paula tar kontakt når hun har det vanskelig, gjør at paratheten reduseres, selv om den ikke forsvinner: *Når du opplever noe så alvorlig, så er det heller ikke noe du glemmer. Det er faktisk noe som lever med deg resten av livet – og det er vel det som gjør at du blir sånn på vakt når ting begynner å gå nedover igjen.* Dette er en erfaring hun deler med de andre informantene.

### **Den langvarige bekymringen**

Det etableres nye samhandlings- og kommunikasjonsformer gjennom sykdomsperioden. Når barnet friskner til, må disse reforhandles. Dette kan være en stor utfordring. På spørsmål til SOLVEIG om hvordan hun skulle ønsket seg å bli møtt av hjelpetjenestene, svarer hun: *.. at de hadde spurt og at jeg hadde kunnet snakke om det jeg ville. Da hadde det ikke vært så kunstig når vi er sammen. Det henger i ennå....* Også de andre forteller om hvordan det ennå henger i slik SOLVEIG forteller. Hun blir fortsatt litt urolig når hun ser Saras nummer på displayet på telefonen, selv om hun nå oftest ringer bare for å prate.

Kristians foreldre er over i en fase hvor de må bevege seg fra en helt nødvendig tett relasjon til å *tørre å gi slipp – og den er jammen meg ikke enkel*, sier KARI. Under den dialogiske gjennomgangen med dem forteller KNUT hvordan han blir på vakt når han ser sønnens kroppsholdning i det han går gjennom rommet vi sitter i: *Du tenker ikke over det; du gjør det! Det er helt bortkasta antageligvis, men det henger ved.*

Hos de fleste finner jeg en vedvarende bekymring som jeg får bekreftet gjennom nye samtaler. Barnet har gjennom den psykiske vansken avslørt en sårbarhet som foreldrene lurer på om er varig. ODA svarer benektende på spørsmålet om bekymringen er kronisk, og mener

det er riktigere å betegne den som *lett aktiverbar*. Alle informantene trøster seg med at om barnet har en kronisk sårbarhet, så har erfaringene det har gjort om mestring og tilfriskning gitt dem en styrke de kan hente fram dersom de skulle rammes igjen og KARI understreker: *Det går an å ha en psykisk vanske og samtidig være psykisk sterk!* Hun oppsummerer livssituasjonen og innstillingen deres slik:

*Jeg har ikke et barn som er noe annerledes enn andre barn – jeg har faktisk en unge som er mer ressurssterk enn de fleste andre (...) På mange måter har vi et normalt liv. Jeg går ikke og tenker at vi har et angstbarn, jeg tenker ikke det. Jeg tenker at nå har vi støtta så mye..., så klarer han seg ikke nå så skyldes det ikke oss!*

HANNE er mor til det eldste barnet i studien. Hun er tjuesju år ved vår siste kontakt og har slitt med sin spiseforstyrrelse i over ti år. Nå er HANNE sikker på at hun er helt frisk og hun forteller at den paratheten jeg beskriver i den fjerde fasen, er borte. Hilde har tatt høyere utdanning, hun er i en jobb hun stortrives i, har gode venner og gode relasjoner til søsken og foreldre. HANNES forhold til Hilde er blitt mer likt forholdet til de andre barna - med normale bekymringer for normale barn. Det som bekymrer HANNE i den dialogiske gjennomgangen, nå som hun er sikker på at Hilde er frisk, er hvordan alle disse årene har vært for søsknene.

### **Søsken som pårørende**

I den dialogiske samtalen med HANNE kommer det fram en bekymring for Hildes søsken som ikke var der første gang. Hun ser at de sliter med konsekvensene av den situasjonen de stod i som pårørende gjennom mange år. Å være søsken til et ungt menneske som sliter med sin psykiske helse blir gjennom hennes fokus for første gang i studien løftet fram som et problem, mens det i mine tidligere samtaler med henne og andre ikke ble erkjent. For meg som forsker blir det en etisk utfordring å følge opp dette temaet som jeg forventet ville komme etter arbeid med tidligere prosjekt (Hasle, 2005; Hasle og Risstubben, 2007). Spør jeg forsiktig om søskens situasjon risikerer jeg å ikke få god nok informasjon, spør jeg for inngående risikerer jeg å gi næring til den skyldfølelsen de fleste foreldrene allerede sliter med. Forskningsdesignet med lange og gjentatte intervju gir meg etter hvert mye informasjon fra noen foreldre, mens andre ikke problematiserer søskens situasjon på tross av mine forsøk

på å tematisere dette. Det er foreldrene til de best rehabiliterte barna som i størst grad gjør dette til et tema. Slik kan det se ut som om den fjerde fasen, hvor hverdagsslitet ikke lenger er så *overveldende*, også er en fase for ettertenksomhet med et tilbakeskuende blikk som ser mer enn det tilbakeskuende blikket i første fase. Fokus flyttes fra rehabiliteringen av det psykisk syke barnet til de andre barna og familien som helhet. FIONA sier det slik: *Men sånn i ettertid så ser jeg nok mest på det at de to søknene .... Det nytta ikke å strekke til; det gjorde det ikke!*

Når Oddrun flytter for å studere på en annen kant av landet, uttrykker ODA at avstanden gjør godt. Hun anser *kjærlighetsprosjektet Oddrun som avsluttet*, selv om hun ser for seg mulige tilbakeslag. Hun er stolt av jenta si, at hun har klart å arbeide seg gjennom, men også over sin egen innsats for henne. Hun stråler og sier: *Yes, I did it!!* Tida er nå kommet for å la den yngre sønnen få mer oppmerksomhet. Familien skal restruktureres og rollene reforhandles. *Jeg har tatt tilbake livet mitt, bit for bit (...)* *Hele livet mitt var jo styrt av ho*, sier hun og er også trygg på at sånn måtte det være fordi *du har ikke noe valg*.

I den dialogiske gjennomgangen blir situasjonen for sønnen Olav et stort tema. *Han har ikke lidd noen nød*, sier hun. Han er en stille og rolig person som ikke krever så mye. Hun viser til at han selv bekrefter at han har hatt det greit gjennom oppveksten. Samtidig uttrykker hun en bekymring hvor også hennes egen følelse av utilstrekkelighet kommer til syne: *Er han det stille barnet som jeg ikke har sett?*

Sara flyttet på hybel som sekstenåring etter anbefaling fra behandlende psykolog på grunn av konfliktene mellom henne og moren. Foreldrene var i mot dette, men bøyde etter hvert av for ekspertenes råd: *Nei, jeg likte det ikke! Ho var jo for ung! Men når en fikk det rådet....* På tross av bekymringen, oppleves avstanden også som avlastning. Hun opplever at presset hun har stått i, blir mindre når Sara flytter. Det blir mer rom for de andre barna, eldstemann holder seg mer hjemme når det er mindre bråk og lillesøstera Siri slipper å være redd for å provosere fram emosjonelle utbrudd:

*Det er sånn at Sara har veldig sterke meninger og hvis Siri mener at det er urettferdig, så kan ikke ho si henne i mot. Og jeg føler at jeg kan ikke si noe i mot Sara fordi..., ja..*

Intervjuer: *Du er engstelig for henne?*

SOLVEIG: *Og hvis jeg tar Siri i forsvar ....., så, ... nei, det kræsjer litt*

Intervjuer: *Så Siri syns at ho alltid må ta hensyn til Sara?*

SOLVEIG: *Ja, ja!*

Intervjuer: *Og det sier ho også?*

SOLVEIG: *Ja! Så på en måte så skulle ho også hatt en samtale.....*

Bekymringen for den andre datteren som var rundt ti år da Saras problem begynte, er framtredd gjennom begge våre samtaler. Det blir også klart at det ble mindre «kræsje» mellom søstrene og mindre konflikter å rydde opp i for SOLVEIG når Sara flytter.

Foreldrene til Anita og Frida beskriver den samme avlastningen mens døtrene var innlagt. Selv om de var hjemme i helgene og store deler av mandager og fredager gikk med til henting og bringing, ble det frigjort tid til de andre barna. FIONA forteller gråtende hvordan Fridas lillesøster beskrev situasjonen mens Frida var alvorlig syk og fortsatt hjemme: «*Det var den gangen det bare var Frida som var ungen deres det!*» *Og det sier ho av og til det ho lille... at «det var den tida dere bare brydde dere om Frida!» (...)* *Og vi så at vi gjorde det, men vi hadde bare ikke sjans!*

I forbindelse med et foredrag HANNE skal holde om spiseforstyrrelse og familieliv, spør hun ut de to andre barna om hvordan de har hatt det. Motvillig kommer de med historier om vanskelige opplevelser med daglige merbelastninger og akutte toppbelastninger. Det daglige stresset har særlig vært knyttet til konfliktene mellom moren og Hilde om matinntak. Mens den eldste har valgt å holde seg mye vekk fra hjemmet og heller dratt på besøk, har den yngste ikke vært stor nok til å kunne velge denne løsningen. Hun har sittet med sin egen mat foran skjermen og sett tegnefilmer mens HANNE og Hilde har slitt seg gjennom måltidene. HANNE forteller at hun fortsatt nekter å se tegnefilmer etter så mange år. Den eldste datteren forteller hva hun har vært mest redd for de vanskeligste årene:

*Det verste var at Hilde hadde kniv i sengen i den verste perioden (...). Jeg kan huske at hun en gang truet med en kniv, men jeg kan ikke huske hvorfor... Men det hun da var redd for; konstant redd for: «Vil Hilde være død når jeg kommer hjem*



*fra skolen?» Og hun var redd for å komme hjem alene... Til slutt så ble hun så [tenker] ... likeglad at hun tenkte at: «Det er kanskje like greit at hun dør!» Forferdelig for et søsken...*

Yngstemann husker særlig en episode hvor søsteren besvimte. Hun mener at hun ble redd fordi foreldrene ble redde og fordi hun ikke forstod hva som skjedde, samtidig med at hun ikke kunne komme seg vekk.

Søsken har latt være å stille krav til foreldrene og prøvd å ta så liten plass som mulig *for de tenker*: «Nå har de nok, så nå kan ikke vi snakke!» HANNE understreker at de har fulgt opp skole, lekser og fritidsaktiviteter og alltid hatt en liten pratetund på sengekanten til de to, *men det har ikke vært nok, kan du si...* Hun sier at hun ikke hadde nok forståelse for deres pårørendesituasjon; hun tok det som en selvfølge at alt måtte dreie seg om det syke familiemedlemmet og regnet med at alle de andre var enige i det. Belastningen på søsknene kunne vært redusert om BUP hadde hatt en form for oppfølging etter at de ble skrevet ut fra familiebehandlingen, mener hun. Hun tror foreldrene ikke er de rette til å være støttepersoner for søsken fordi de vil skåne dem for hvor vanskelig de egentlig har det. Nå i ettertid har den eldste også sluppet fram et *veldig sinne* hun har følt mot søsteren. HANNE mener det også skyldes sorg over at hun over en lang periode både 'mistet' søsteren sin og foreldrenes oppmerksomhet.

Også PIA reflekterer over Paulas pårørendesituasjon i sin dialogiske gjennomgang. Sønnens sorgreaksjon med mye aggresjon mot moren førte til *raserianfall i timevis (...)* *Det var helt forferdelig; det måtte være helt forferdelig for henne å leve oppi det der...* Særlig er hun opptatt av hvordan BUP's hjelpetiltak for sønnen stengte datteren ute:

*Når jeg tenker på det nå i ettertid, så får jeg helt vondt. Jeg kjenner det fortsatt inni meg, for det ble så feil, det ble så feil! (...) Men det er så vanskelig å finne fram – å leite fram den hjelpa som en egentlig trenger (...) og det er alltid spørsmålet: Er det noe mer jeg kunne ha gjort? Og det slår litt ned på en sjøl: Burde jeg ha gjort noe anna, eller...*

Etter å ha lest intervjuet er hun stolt over sin egen innsats, men på spørsmål om skyldfølelse fortsatt er et tema, svarer hun: *Ja, samtidig som jeg har akseptert det at jeg har gjort en veldig bra jobb!* Slik synes skyldfølelsen aldri helt å slippe taket; det er alltid noe de kunne ha gjort annerledes som kunne ha gjort livet bedre for familien.

De fleste informantene tematiserer ikke søskens situasjon i det første intervjuet og mener at de har vært åpne om hvordan den syke datteren har det. ANNA sier at de to yngre søskena har fått svar på det de har spurt om og at de har klart å følge dem opp med skole og fritidsaktiviteter. Heller ikke i våre påfølgende samtaler problematiserer hun søskena sin situasjon. EVA sier at de to minste, som var i småbarnsalderen da Elin hadde det verst, *lot seg sjarmere og ikke har noen traumer fra den tida*. I følge moren er Elin *glad i småunger og veldig snill!* Datteren Ellen som er nærmest Elin i alder hadde det nok verre: *For jeg merket hvordan hun blomstret opp og fikk litt plass for seg selv og sin egen person (...)* Når det var som verst så var Ellen *veldig undertrykt, men hun har en sånn fantastisk personlighet som er så fleksibel at hun overlever uansett*. Avstanden som etableres når Elin flytter til vertsfamilien, er positiv for Ellen. Etter hvert blir også relasjonen mellom søstrene preget av større nærhet.

CECILIE har vært opptatt av pårørendesituasjonen til det yngste barnet, Catarina. Det har særlig vært knyttet til sukkersyken og alle de akutte innleggelsene hvor hun også har vært redd for at søsteren skulle dø. CECILIE har fått på plass et samtaletilbud med *ei nydelig helsesøster*, et tilbud Catarina bruker flittig. I en periode hvor CECILIE er *gjennomsliten* og ser hvor lite overskudd hun har til den yngste, spør hun helsesøster om hun har et råd. Hun foreslår at de søker barnevernet om noen timer støttekontakt til Catarina. CECILIE reagerer slik: *«Det ville vært helt herlig!»* For det ho trengte det var å være med på aktiviteter som var *litt lystbetonte*. Helsesøster blir med foreldrene på møtet med barnevernet, et møte som skulle bli *den verste opplevelsen jeg har hatt!!* Holdningen de ble møtt med opplevde hun som en form for kikker-mentalitet. Selv om helsesøster var med og forklarte hvordan familien slet med hverdagens sine og at de tenkte seg kanskje to timer støttekontakt til den yngste, fikk de beskjed om at de måtte gjennom en undersøkelse i regi av barnevernet før de kunne få slik hjelp. Det ville innebære enda mer møtevirksomhet enn de allerede hadde, og verst av alt å

skulle rippe opp i alt det vonde for *han [barnevernkuratoren]* ville høre om det og det og det og det. Catarina fikk ingen støttekontakt fordi foreldrene ikke var villige til å gå inn i en undersøkelsesfase med barnevernet.

### **Å se tilbake på prosessen sammen med barnet**

I ettertid er det viktig for CECILIE, som for de andre informantene, å se tilbake på utfordringene de har vært gjennom sammen med familiemedlemmene, og hun refererer hvordan lillesøster Catarina beskriver hjemmet sitt i ettertid: «*Denne familien er ikke som andre (...) Her er det mye kjærighet!*» Dette er gjennomgående i intervjuene. Foreldrene henter fram det barna har sagt i ettertid om den situasjonen de var i. Dette bruker de i utstrakt grad i sitt meningsarbeid, ikke bare når de går gjennom fortida i intervjuene, men gjennom hele tilfriskningsprosessen. Tilgangen til barnet viser seg altså som svært verdifullt, ikke bare fordi en åpen relasjon har egenverdi, men fordi veien til kunnskap om hvordan barnet opplever sin egen situasjon er best tilgjengelig gjennom barnet. Relasjonen og kunnskapen som oppnås gjennom relasjonen synes å være sentrale bidrag til rekonstruksjonen av seg selv som gode nok foreldre. For KARI har skyldfølelse vært et lite tema, men *det er klart, jeg begynner jo også å tenke tilbake til den og den episoden..., men nei... og så handler det mye om å høre med Kristian hvordan han syns han har hatt det!*

Elin forteller moren først etter at hun har frisknet til om selvsykdom og selvmordsforsøk mens hun bodde hos vertsfamilie som et barnevernstiltak. EVA mener datteren ville skjerme henne og det viser at datteren er *empatisk og ansvarlig, ikke at det er noe galt med foreldre-barnrelasjonen slik det fortolkes i psykiatrien*. EVA oppsummerer sin erfaring med at ungdommens framtid *står og faller på foreldrene – derfor må de involveres*. Hun har i dag et åpent forhold til Elin og de snakker om hvordan det var da alt var så vanskelig:

*Hun kan bli sint på meg selvfølgelig, men nå ser hun på meg på en helt annen måte. Og jeg har sagt det, og det der har vi snakket om mange ganger, hvorfor er du sint på meg og så kommer vi inn i det der, i forhold til å forklare og så forklarer jeg hvordan jeg så det og at vi misforstod hverandre og at jeg ikke så henne, og hva hun sleit med og sånn. Det så jeg sikkert ikke!*

EVA nyttiggjør seg datterens forklaring på hvorfor hun begynte å ruse seg:

*Hun sier i hvert fall det sjøl: «Det var selvmedisinering, uro i meg og utrygghet og tilkortkommenhet og sånn.» Samtidig så er alle de følelsene som hun har beskrevet faktisk følelser som jeg kjenner igjen fra min ungdom, som jeg ikke synes er unormale i det hele tatt, og jeg tenker: OK, men er det å være syk? Er ikke det normalt å ha det sånn?*

EVA er generelt opptatt av å ikke definere livsproblem og avvik som psykiatri; hennes livserfaring gjør at hun vedsetter mangfold og ulikhet og hun bruker denne innstillinga aktivt overfor Elin for å alminneliggjøre de utfordringene hun sliter med. EVA sier:

*Så jeg har ikke noe sånn helt firkantet syn på hva det er å være syk (...) Jeg tror det har veldig mye å si jeg! Å ha den innstillingen, særlig når du har vært oppe i det der, så nært!...]Jeg tror faktisk at det begynner å synke inn hos henne at hvis hun sjøl klarer å få den innstillingen så er det bare bra med henne.*

Det er viktig for henne at ingen skal putte henne i den båsen at hun på grunn av en genetisk disposisjon med en far som var rusmisbruker (som hun aldri har levd sammen med), måtte forvente å bli syk sjøl. EVA forteller om oppgjøret de har tatt med denne forestillingen:

*Jeg har faktisk hatt det med henne også: «La oss si at du er disponert fordi du har en far som er disponert, så ikke glem at du faktisk har en mor som ikke er disponert. Så du får bruke det, eller prøve å balansere litt på det. Du er ikke den personen din far var, du er faktisk en helt annen, og du kan også gjøre noen valg!»*

Dialogene mellom mor og datter hvor de ser tilbake og skaper en ny og felles forståelse av fortida, framstår som svært viktige for EVA og for de andre informantene. Grunnen til at FINN og FIONA forklarer Fridas spiseforstyrrelse som en slankekur som kom ut av kontroll, er at dette er Fridas egen forklaring i hvert fall! MORTEN og MONA legger også stor vekt på de forklaringene datteren selv kommer med, og i forlengelsen av det anerkjenner de også hennes vurdering av hva som må til for at hun skal bli frisk, først pratetimer.

ODA får bekreftet av datteren at hun har forholdt seg til henne på en god måte:

*Ho har alltid hatt et enormt kontrollbehov, og hvis jeg gikk inn og overstyrte henne, så ville ho oppleve det som et overgrep. Så derfor har jeg hele tida ... uansett hva slags valgsituasjoner ho har stått i, så har jeg prøvd å stille henne en del kritiske spørsmål for å få henne sjøl til å reflektere rundt det. Det er i hvert fall det ho sier sjøl da – at det er så fint for: det er ho som må bestemme, det er ho som må tenke. Men jeg får ho til å begynne å tenke!*

Denne anerkjennelsen fra datteren, i tillegg til at hun nå klarer seg: *at ho har fått nok til å håndtere sitt eget liv*, er av stor betydning for at ODA nå kjenner at *skuldrene senker seg*.

For EVA er det viktig å ta et oppgjør med skyldfølelsen. Hun vet at hun har hatt en livsstil som kan ha bidratt til å utløse Elins vansker, og datteren har ofte konfrontert henne, men:

*Det har jeg gått litt bort fra akkurat nå: «OK, livet har vært som det har vært, nå er jeg der jeg er, og jeg gidder ikke å ta det som er gammel skyld inni meg lenger for det fører til ingenting!» Og det har jeg sagt til Elin også, gang på gang: «Herregud, skal vi sitte her å anklage hverandre resten av livet?»*

Med støtte i relasjonen til Elin og også fordi hun er blitt så frisk, kan EVA akseptere at det har vært og er umulig å realisere en optimal oppvekst med de livsbetingelsene hun hadde: *Men det er klart jeg kom til kort, jeg kommer til kort ennå jeg*. Når hun nå er over i den fjerde fasen, er det lettere å anerkjenne egen innsats og akseptere at *Herregud, jeg har gjort mitt beste!*

Også i CECILIEs historie er det mange referanser til hva Caroline i ettertid har forklart om hvordan hun har opplevd sin egen situasjon. Sorgen over at hun lot Caroline flytte til faren for å få et bedre skoletilbud har plaget CECILIE: *Den har jeg nesten ikke turt å kjenne på, men vi snakka litt om det i går!*<sup>141</sup> Datteren bekrefter at hun gjorde det rette, refererer moren: *«Det at jeg kunne bo hos pappa og være der, det var fordi jeg visste at det båndet mellom oss, den kjærligheten vi har, det er så sterkt at derfor kunne jeg gjøre det!»*

---

<sup>141</sup> Dette er ett av flere eksempel på at foreldrene har samtalt med barna om opplevelsene fordi de skulle delta i studien.

SOLVEIG og Sara har etter hvert mye kontakt. SOLVEIG blir oppringt når livet er nede i bølgedalene for Sara, når hun mister sønnen, begynner å bli deprimert og tidvis ikke har lyst til å leve. Hun betror seg til moren om sin usikkerhet for framtida og om økonomiske og praktiske problem knyttet til å være ung voksen med redusert arbeidsevne. SOLVEIG blir av og til oppgitt, men det som opptar henne når jenta sliter med tanker om hvor enkelt det hadde vært å bare kutte ut er: *Jeg tenker det at huff, hvor forferdelig ho må ha det når du kan tenke i de baner!* Kontakten er så tett at Sara både betror seg til moren om lengselen etter å gjøre det slutt og beroliger henne med at det ikke kommer til å skje: *Ho sier også det at det kommer ho ikke til å gjøre, men at det kommer for henne hvor godt eller enkelt ....*

De snakker nå om den dårlige kontakten de hadde i den verste perioden og i følge moren har Sara *jo også sagt det at ho har savnet å være en del av familien, det sa ho seinest nå i julehelga.*

### **Behovet for ettervern**

FINN og FIONA ønsker å normalisere avstanden til datteren, som gikk fra å være en velfungerende 13-åring til en *mager, lang, hårete og ynkelig* skapning som ikke kunne forlates av foreldrene i fem minutter på grunn av hallusinasjoner. Gjennom innleggelsen og behandlingen har hun blitt bedre, men er ikke frisk ved utskrivning. Hun trenger foreldrene sine i mye større grad enn andre ungdommer på samme alder, å balansere denne «meromsorgen» er tema de gjerne skulle ha diskutert med Fridas behandler på BUP. De opplever seg som sentrale ‘med-terapeuter’ for BUP; langt på vei er det de som er terapeutene, men uten opplæring, oppfølging og støtte. I denne fasen i tilfriskningen har de fokusert på avlæring av en rigiditet i spiseatferden til Frida som de mener er en konsekvens av behandlingsopplegget. I denne fasen skulle *foreldre hatt støtte*, understreker de. Også de andre informantene som er gjennom eller i fase fire, mener at foreldre til barn som begynner å friskne til, har behov for en form for ettervern.

På spørsmål om støtte og opplæring av dem som foreldre, svarer INGER: *Nei! Aldri fått det! Vi hadde ikke noe annet enn da vi var lagt inn, vi!* Hun er svært fornøyd med tilbudet fra spesialisthelsetjenesten og understreker:

*Men vi ble veldig fint informert av sykehuset, av den psykologen som Isabell hadde. Ho var veldig flink, veldig forståelsesfull og det var hele tida utrolig god behandling der! Og vi fikk et team rundt Isabell som fungerte bra, som var veldig positive!*

De uttrykker likevel et sterkt savn etter å ha profesjonelle å diskutere med når det gjelder hverdagslivets utfordringer etter utskrivning og IVAR sier: *Vi hadde jo egentlig ikke noen oppfølging og støtte da....* INGER forteller at Isabell gikk til psykolog en periode etter familieoppholdet, *men så ville ho til slutt ikke mer...* Etter dette er det bare skolen, og litt PPT, de samarbeider med.

KARI uttrykker behovet for et ettervern slik:

*Jeg kjenner på det at jeg har behov nå for å bli fulgt opp av noen – i den tida vi er inne i nå. For jeg synes det at BUP slapp oss for tidlig (...). Jeg vil kunne drøfte hvordan det er å være foreldre til en unge som har strevd så hardt: Om hvordan det er nå! Noen som følger oss tett på! Så selv om Kristian ble frisk, så er ikke vi symptomfri!*

### **Oppsummering av fjerde fase**

Kommentaren fra KARI om at foreldrene ikke er symptomfri selv om sønnen er frisk, beskriver forskjelligheten både i perspektiv og prosess. Det er tilsynelatende en forsinkelse hos foreldrene i forhold til å forstå og godta at barnet selv mener å være 'frisk nok' og ikke lenger trenge den meromsorgen og «merbeskyttelsen» (Ingstad og Sommerschild, 1984) det har fått over lang tid. Å normalisere relasjonen til en mer kulturelt anerkjent norm for foreldre-ungdom, oppleves som krevende for foreldrene; en prosess de gjerne skulle hatt støtte til fra hjelpetjenestene eller foreldre i tilsvarende situasjon. Dette er i tråd med det behovet foreldre til barn som har overlevd kreft beskriver (Björk, 2008:35): De skulle hatt oppfølging også etter tilfriskningen fordi «parents again found themselves in a new situation and they experienced being in uncharted territory.»

Å våge og slippe barnet fri etter at det gjennom sin psykiske vanske har avslørt sin mulige kroniske sårbarhet fører til langvarig bekymring som opprettholder en 'parathet' som gjør at normalatferd kan fortolkes som symptom. Det motsatte av det som skjer i første fase hvor symptom nettopp ikke forstås som symptom fordi 'ungdomsforståelsen' om endring, opprør og konflikt, er så sterk. Foreldrene er bevisste ungdommens behov for løsriving og må ofte tåle usikkerhet og utrygghet i mange situasjoner, før de kan stole på at de klarer seg. Også for de ungdommene som ikke er kommet så langt i tilfriskningsprosessen tilrettelegger foreldrene for selvstendighet og autonomi og tillater ikke at barnets problem forblir altoppslukende.

Det er særlig i denne fasen at søskens pårørendesituasjon tematiseres og trer fram som et problemområde familiene etterlyser hjelp til å håndtere. Honey og Halse (2006) peker på den omfattende innsatsen foreldre også gjør for det syke barnets søsken.

Gjennom den siste fasens normaliseringsarbeid, reforhandling av foreldre-barnrelasjonen og familiens rekonstruksjon viser foreldrenes fortellinger hvor sentral kommunikasjonen med barna om oppvekst og sykdomserfaringen er for foreldrenes forståelse av seg selv som gode nok foreldre.

I kapittel sju lar jeg de teoretisk-filosofiske begrepene kjærlighet, verdighet og anerkjennelse belyse og utfordre empirien min. Anerkjennelse, både andre-ankjennelse og selv-ankjennelse, framstår som en forutsetning for rekonstruksjonen av den tapte foreldreverdigheten. Det er også en sammenheng mellom anerkjenneshandlinger fra spesialister, betydningsfulle andre, barnets selv, selv-ankjennelsen og foreldrekraften som bidrag til rehabiliteringen av barnet. Jeg drøfter også hvordan vellykket foreldrepraksis er anerkjennelse. Det blir nødvendig å trekke inn distinksjonen mellom «parenting as being» og «parenting as doing» (Ytterhus mfl, 2008; Grant og Ramcharan, 2001) for å få fram foreldrenes behov for både 'væren' og 'gjøren' i tilfriskningsprosessen. Foreldreskapet som 'gjøren'; som utøvd praksis, er viktig å løfte fram i et felt hvor foreldres praktiske bidrag tradisjonelt har vært lite sett og anerkjent som ressurs.



Men før jeg går i gang med dette, vil jeg se på hva andre forskere på utfordrende foreldreskap tematiserer.

## KAPITTEL 6: FORSKERE OM UTFORDRENDE FORELDRESKAP

I tråd med Grounded Theory ligger denne studiens analyse til grunn for drøftinger i forhold til andres forskningsfunn og teorier. Jeg vil presentere og diskutere noen studier med foreldreperspektiv på foreldreskap når barn og unge sliter med sin psykiske helse og studier om utfordrende foreldreskap når barn har funksjonshemminger og kroniske lidelser for å bruke disse i den videre drøftinga. Becker (1998:160-163) er opptatt av hvordan sosiologer etablerer problemforståelser av sosiale fenomen eller grupper. Siden problem må løses, kommer de så med normativt baserte forslag til løsninger. Man må derfor lete etter det ofte gjemte hovedpremisset for en påstand eller teori i forskeres posisjoner og intensjoner. Jeg inntar derfor en grunnleggende kritisk og dekonstruerende holdning til kunnskapen og forståelsene som formidles gjennom forskningen jeg presenterer fordi tatt-for-gitte forståelser ikke bare finnes i hverdagslivet, men «også i fagene» (Leira, 2003:47).

### ***Forskning fra det barne- og ungdomspsykiatriske feltet***

Ambert (2001:84) slår fast at det knapt finnes studier av hvordan barns eller unges emosjonelle problem påvirker foreldre, tvert imot er studier av barn og emosjonelle vansker opptatt av «how parents contribute to their children's problems.» Også Deather-Deckard (2004:55) oppsummerer foreldreforskningen innenfor psykisk helsefeltet som fokusert på «parent effects» hvor foreldrenes påvirkning på barnet ses som avgjørende.<sup>142</sup> Barnets påvirkning på foreldrene, «child effects,» har ikke vært gjenstand for tilsvarende interesse. Men Deather-Deckard understreker at: «Parenting stress and children's development are connected through [these] *bi-directional* processes (parent influencing the child, child influencing parent)» (ibid). Foreldrestress skiller seg fra andre opplevelser av stress på grunn av barnets avhengighet og er definert som «a set of processes that lead to aversive psychological and physiological reactions arising from attempts to adapt to the demands of parenthood» (ibid:6).

---

<sup>142</sup> Det er særlig ulike oppdragerstilers betydning for ungdoms utvikling av rus- og atferdsproblematikk og deprimerede mødre som har vært i forskeres interesse (Pravin, 2005:9-11). Andenæs (1996:407) peker på hvordan utviklingspsykologisk forskning har møtt feltet med ferdige foreldrekategorier, plassert foreldrene i disse og så vært opptatt av «hvilke konsekvenser foreldreatferden har for ungenes utvikling.»

På bakgrunn av en gjennomgang av forskning på samarbeidsrelasjoner i psykisk helsevern for barn og unge, slår Ødegård og Bjørkly (2012:106) fast at det er en sterk sammenheng mellom de ulike aktørenes (pasient, foreldre, terapeuter, lærere) sosiale konstruksjoner av problemet og «the unfolding of collaboration among all involved parties.»

Rimehaug (2012:12) ønsker å legge til grunn det vi med Deather-Deckard (2004:55) kan beskrive som en «bi-directional processes» i en sammenlignende studie av følelsesmessige belastninger og foreldrefungering mellom ‘vanlige’ foreldre og foreldre til barn med omfattende psykiske vansker. Det er to funn som er interessante å løfte fram for min studie: For det første finner han at dimensjonen ‘varme’ er lik hos ‘vanlige’ foreldre og foreldre til barn med emosjonelle vansker; de viser altså barna like stor grad av kjærlighet og oppmerksomhet som foreldre til vanlige barn. For det andre finner han at:

Mødrenes angst og depresjon var oppsiktsvekkende høy ved henvisning til BUP Familieavdelinger, men bedret seg betydelig etter innleggelsen og var fortsatt bedre ett år etter. Redusert angst hos foreldrene hang sammen med generell symptombedring hos barna

(Rimehaug 2012:abstrakt).

Dette er i tråd med min analyse: Foreldrene har alltid vist, og viser, de syke barna varme og oppmerksomhet, samtidig er de så bekymret og slitne at det går utover livskvaliteten. Og når barnet blir bedre får foreldrene det bedre.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er mye av forskningen med foreldreinformanter brukertilfredshetsundersøkelser med ulike kvantitative design. Her tematiseres også foreldredeltakelse. Jeg gir en kort presentasjon av denne, deretter noen mindre norske kvalitative studier over samme tema og til slutt relevant internasjonal forskning.

## **Undersøkelser av foreldredeltakelse i norsk barne- og ungdomspsykiatri**

I to omfattende spørreskjemaundersøkelser (Andersson, Osborg og Sitter, 2005; Kunnskapssenteret, 2008a, b, c) vedrørende brukertilfredshet blant foreldre til barn med et tilbud i BUP, rapporteres stor grad av fornøydhet med effekt av tiltak og relasjonen til behandlere, mens informasjon, deltakelse og medbestemmelse er det som skåres lavest.<sup>143</sup>

Min studie viser at foreldrenes opplevelse av å være inkluderte deltakere i barnets behandlingstilbud er av betydning for hvordan de forstår og utøver foreldreskapet sitt. Det er derfor interessant å se på enkeltspørsmål som har deltakelse som tema. I Kunnskapssenterets undersøkelse (2008a) opplyser 12,8% at de aldri deltar i samtaler ved poliklinikken, 48,7% deltar av og til, mens 38,5% svarer at de ofte deltar. Denne undersøkelsen omfatter foresatte til barn under seksten år; at så mange som 61,5% ikke deltar eller kun deltar av og til, er et høyt tall når det slås fast som 'vanlig' at BUP forholder seg til hele familien (Barne- og likestillingsdepartementet, 2009b:22). Aktivitetsdata fra Norsk pasientregister for 2009 (Helsedirektoratet, 2010:16-17) har også opplysninger om behandlingstiltak. Dette er registerdata, i motsetning til Kunnskapssenterets informantopplysninger, og her ser vi at 39% av tiltakene fra BUP'ene sin side er registrert med foreldre som deltakere, 32% med barnet alene og 17% pasient sammen med familie; disse registreringene tilsier altså at foreldrene er til stede ved 56% av konsultasjonene. Heller ikke disse registreringene bekrefter at det er mest 'vanlig' at BUP forholder seg til hele familien slik Sommerschild og Grøholt (1989:46) hevder: «Etter hvert har arbeidsmåten med å møte hele familien samlet blitt den vanligste.» Tvert i mot bekrefter tallene over mine funn hvor barnet i stor grad får individualterapi mens foreldre i liten grad opplever seg som deltakere i behandlingen.

---

<sup>143</sup> Undersøkelsene skiller seg gjennom ulike design og rekrutteringsmåter og er ikke direkte sammenlignbare. Det er likevel interessant at det er en relativt stor forskjell i det totale tilfredshetstallet på 87 % i Andersson mfl (2005:18) sin undersøkelse mot 75 % i Kunnskapssenteret (2008c) sin. Andersson mfl (2005:54) har distribuert spørreskjema gjennom merkantilt personell til «foresatte som fulgte sine barn til behandling.» Dette er foreldre som sannsynligvis kan kategoriseres som i informerte eller inkluderte posisjoner slik jeg har gjort rede for i kapittel 5. Kunnskapssenteret (2008a) har sendt spørreskjema i posten til foresatte til pasienter under 16 år og sannsynligvis også nådd foreldre som kan kategoriseres som i ekskluderte posisjoner.

Israel Pravin (2005) finner i sin undersøkelse av foreldredeltakelse i BUP blant annet at det er større grad av foreldreinvolvering ved eksternaliserende enn ved internaliserende vansker, at enslige foreldre involveres mindre enn gifte/samboende og at foreldre deltar mindre når det er stor forskjell mellom dem og ungdommen om oppfattelsen av det psykiske problemet (ibid:5). Han presenterer en kausal sammenheng hvor dårlig overensstemmelse i oppfatning fører til lavere deltakelse. Egentlig påviser han bare en korrelasjon; det er altså like rimelig å forstå spriket i problemforståelse som et resultat av mindre deltakelse. Pravin (2005:123) slår fast at det bør jobbes mer målrettet med foreldreinvolvering fordi «clinicians could make a valuable contribution in, among others, enhancing communication and reducing relational problems between youth and parents». Dette knyttes til en empirisk bekreftet bedret effekt av behandling både på kortere og lengre sikt for ungdommene (Pravin og Diamond, 2009). Slik blir foreldrene forstått som miljø for barnet; et miljø som må endre sin kommunikasjon og sine relasjoner for at barnet også på sikt skal få det bedre.

### **Noen kvalitative studier av behandlingserfaringer fra BUP.**

Norsk institutt for by- og regionalplanlegging (NIBR) har gjort en kvalitativ undersøkelse av deltakelse og brukermedvirkning i psykisk helsevern hvor de også har foreldreinformanter fra barne- og ungdomspsykiatrien (Sverdrup mfl, 2007). Deres oppsummerende funn er som mine: Foreldrene er fornøyde med tilbudet og særlig med relasjonen mellom den unge og behandleren. At barnet har en behandler det har tillit til, gir foreldrene økt trygghet i hverdagen. Men informasjonen fra behandler til foreldre er for tilfeldig: «Informasjon til pårørende til barn som får behandling i BUP synes å variere sterkt. Informasjonsflyten i dag ser ut til å avhenge av den enkelte behandler og av pårørendes evne til å spørre,» påpeker Sverdrup mfl (ibid:26). Foreldrene uttrykker respekt for taushetsplikten og ønsker ikke inngående innsyn i behandlingen. Det de etterlyser er informasjon om behandlingsopplegg og progresjon, og større klarhet i hvor deltakende de forventes å være i forholdet til BUP. Det uttrykkes også et udekket behov for opplæring og støtte i en krevende situasjon: «..foreldrene har ofte følt seg i villrede om hva de bør gjøre for å støtte opp om sitt syke barn,» oppsummerer Sverdrup mfl (ibid:23).

Mona Sandbæk (1995, 2002) har utviklet kunnskap om innsatsen fra lærere, foreldre og barnet selv for positive endringer i fastlåste livssituasjoner. Foreldrene er overveiende positive til hjelpa de har mottatt, men problematiserer at de selv må ta en koordinatorfunksjon og at samarbeidet mellom de ulike etatene er dårlig. Tillit og gode relasjoner til hjelperne er viktig, men tilfredsheten med tilbudet er avhengig av at barna faktisk får hjelp. Det er et foreldreønske å involveres mer i behandlingen og at behandlerne fokuserer på barnas ressurser. Hun viser at foreldrene, i praksis mødrene, tillegges det avgjørende ansvaret dersom barna får problem og dermed behandles de som en del av problemet (Sandbæk, 2002:15). I min studie finner jeg at jeg må utvide dette til at *både* behandlerne og mødrene selv, i en tidlig fase, deler forståelsen av mor som den ansvarlige for problemene. Dette endrer seg hos foreldrene og de ønsker å bli involvert som den ressursen de vet de kan være i et team rundt barnet. Tilfredshet er også i min studie knyttet til kvaliteten på relasjonen til behandler og til barnets bedring.

Betydningen av relasjonen mellom klient og behandler får stor oppmerksomhet etter det Binder (2008) kaller «den relasjonelle dreiningen innen psykoterapien.» Han viser hvordan den relasjonelle kvaliteten i den psykoterapeutiske alliansen tillegges økende betydning innenfor de fleste psykoterapeutiske retningene og i forskningen. Klinikerne Haakanes (2002), Fjeldstad (2004) og Grotle (2004) har alle fokus på behandlingsrelasjonen og sammenhengen mellom kvaliteten på denne relasjonen og behandlingstilfredshet i sine studier av foreldre og BUP. Alle finner at relasjonen vurderes positivt og at foreldrene opplever å bli møtt med innlevelse, empati og støtte. Disse studiene kan kritiseres for en «mikrofiksering» (Hagestad og Dannefer, 2001:3 i Myklebust 2007:203) med sin hovedvekt på det relasjonelle i klient-terapeutrelasjonen.

Den neste studien jeg vil trekke fram, utvider det relasjonelle fokuset og framstår som «refleksiv på egen virksomhet» (Hennum, 2002:58). Ingerid Aamodt (2003) undrer seg over hvorfor barne- og ungdomspsykiatrien *ikke* lykkes med å hjelpe en del pasienter på tross av gode behandlingsallianser. Hun finner at den terapeutiske relasjonen er viktig, men ikke

tilstrekkelig for at pasienter med stort hjelpebehov skal erfare positiv endring i sine liv. Hun fokuserer også på det samme som Elisabeth Backe-Hansen (1995): Klienter må sosialiseres inn i klientrollen gjennom å gjøre seg kjent med både system og fagpersoner, samt å finne sin rolle i samarbeidet. Aamodt (2003) trekker inn Bourdieus begrep 'symbolsk vold' når hun gjør rede for hvordan denne sosialiseringen skjer: Common-sense-forståelsen eller doxa er ubevisst styrende på både klient og behandler; rollene er bestemt og deltakerne plasseres og plasserer seg i dem uten at det aktivt utøves makt. Det er et undertrykkende system – uten undertrykkere; i tråd med det jeg finner om foreldrenes nærmest intuitive posisjoneringer som ekskludert, informert eller inkludert. Disse posisjonene er avhengige av spillet mellom behandlerens konstruksjoner av 'psykisk sykt barn', 'ungdom', 'godt foreldreskap' og 'terapi' og av foreldrenes forståelser av det samme. I møte med ekspertforståelsene, inkludert de antatte ekspertforståelsene, beholder foreldrene lite makt.

### **Foreldreskap for barn med utagerende atferdsforstyrrelser**

Kvalitative studier av foreldreerfaringer fra barne- og ungdomspsykiatrien er i stor grad knyttet til yngre barn med utagerende atferdsforstyrrelser, men har en viss relevans. Lurie og Clifford (2005) finner at disse barnas atferd fører til omfattende negative konsekvenser for hele familien; for parforholdet; for søskens situasjon; for sosial deltakelse og for barnet selv. De beskriver foreldrenes situasjon slik:

Parents were frustrated, demoralized, resigned and filled with feelings of responsibility and guilt, because they had been unable to handle their child more effectively. They felt stigmatized by neighbors, professionals, relatives and others who blamed them for the child's poor behavior

(Lurie og Clifford, 2005:93).

Som vi senere skal se kan denne følelsen av ansvar og skyld, kategoriseres som det Harden (2005a) kaller moralsk ansvarlighet. De har ikke håndert barnet «effektivt»; noe som fører til både selvbebreidelser og skyldtildeling fra omgivelsene. Dette er også beskrevet av mine informanter, men de tematiserer i mye større grad skyldfølelse knyttet til det Harden (ibid) kaller årsaksansvar. Det er mulig denne forskjellen skyldes forskjellig grad av biologiske årsaksforklaringer mellom ADHD og emosjonelle vansker.

Mørch (2011:40) beskriver konsekvensene av å stå i en langvarig krevende situasjon: «Disse foreldrene har mistet foreldreverdigheten, mistet troen på seg selv som foreldre, og mange av dem har mistet selvrespekten på andre områder av livet også.» Dette var første gang jeg fant begrepet 'foreldreverdighet' i andres forskning etter at jeg selv hadde brukt det i min analyse fra september 2008 og presentert det på en fagdag om pårørende i psykisk helsevern og rusomsorg i oktober 2009.<sup>144</sup> Mørch (ibid) gir ingen nærmere definisjon på hva han legger i dette begrepet, men i en artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (Fossum og Mørch, 2005:197) nevnes opparbeiding av barnets tillit og trygghet i forhold til foreldrene som «forutsetninger for å oppleve foreldreverdighet og kontroll.» Det synes altså som et relasjonelt begrep uten at kulturelle forestillinger om 'anerkjennelsesverdige foreldreskap' trekkes inn.

Flere studier (Guethmundsson og Tomasson, 2002; Distler, 2002; Nordfeldt mfl, 2006) viser at foreldres livskvalitet er dårlig når barnet sliter med ulike psykiske problem og at det er nær sammenheng mellom vanskens omfang og foreldrenes livskvalitet. Studien til Nordfeldt mfl (2006) viste stor bedring i foreldrenes livskvalitet etter diagnose og tiltak. Dette tolkes som god effekt av tiltak. En annen forståelse kan være at diagnosen fratar foreldre for skyld. Olsvold (2012) hevder at den biologiske forklaringen gir ADHD-lidelsen høyere status samtidig som den går fra å være selvforskyldt til uforskyldt. Gjennom diagnosen og dagens etiologiske forklaringer, oppnår foreldrene muligens anerkjennelse og statusendring i sin forelderrolle (Hasle og Risstubbyen, 2007; Heiervang og Guribye, 2005).<sup>145</sup>

---

<sup>144</sup> [http://www.helse-midt.no/HelseSunnMore/Brosjyrar%20-%20Fagfolk/fagdag\\_psyk.pdf](http://www.helse-midt.no/HelseSunnMore/Brosjyrar%20-%20Fagfolk/fagdag_psyk.pdf). Lastet ned 20.10.2012. Ved en nøyere gjennomgang ser jeg at Fossum og Mørch brukte begrepet 2005 i en artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening; knyttet til erfaring med «De utrolige årene.»

<sup>145</sup> Moren til ei jente som fikk ADD-diagnose som 14-åring beskriver statusskiftet slik: «Før var jeg en håpløs mor til et bortskjemt barn – nå er jeg ei dyktig mor for et funksjonshemma» (Hasle og Risstubbyen, 2007).



## Om skyld- og ansvarsfølelse

Jeni Harden (2005 a, b) har gjennomført en «child-effect»-studie av hvordan ungdoms psykiske lidelse påvirket foreldrenes liv.<sup>146</sup> Når barn er syke, har forskningen hatt et ensidig fokus på foreldre som omsorgsgivere (Gillis og Rennick, 2006; Harden, 2005b). Harden (2005b:208) utvider dette perspektivet ved å vise at vi må trekke inn forståelsen av foreldreskap generelt for å få god nok innsikt i krevende foreldreskap. Hun finner at forståelser av 'foreldreansvar' er avgjørende (Harden 2005b). Hun ser på foreldrenes skyldfølelse som uttrykk for opplevd og tildelt (blant annet fra helsepersonell) ansvar for barnets lidelse (årsaksansvar). Det moralske ansvaret for barnet er innleiret i den generelle forståelsen av foreldreskap, mens egenansvar for egen helse og egen livskvalitet som følge av den ekstra omsorgen for det syke barnet, blir et tema når lidelsen blir langvarig.

Harden (2005b) trekker inn senmoderne forestillinger om foreldreskap og barnet som produkt, som den konteksten foreldreskap for psykisk syke barn må forstås i forhold til. Foreldrene posisjonerer seg som gode nok foreldre gjennom å fortelle om (og «nyfortelle» gjennom det retrospektive intervjuet) sin ansvarlighet i fortid og nåtid. Manglende kunnskap om psykiske lidelser og eksklusjon fra behandlingstilbudet gjør det vanskelig for foreldrene å realisere det foreldreskapet som den moralske ansvarligheten pålegger dem. Harden finner at hjelpeløshet, skyldfølelse og avmakt preger foreldrene i en tidlig fase hvor «deskillings» forstått som tap av mestringsstrategier, er den sentrale prosessen. Gjennom erfaringene med psykisk helseverns forståelser og praksiser utvikler informantene en kritisk holdning til tjenesten. På bakgrunn av denne kritiske holdningen, som også skyldes omfattende innhenting av alternativ kunnskap, klarer foreldrene å dyktiggjøre og reposisjonere seg; «reskilling.» Hovedtesen hennes er: «The parents' critique of the medical professionals must be understood as an attempt to reposition themselves as experts» (Harden, 2005b:221). Her presenteres kritikken som foreldrenes ubevisste behov for å kritisere – for å kunne reposisjonere seg. Det er her en fare for at Harden 'diagnostiserer' foreldrenes kritikk; de kritiserer for å kunne reposisjonere seg.

---

<sup>146</sup> Hun har intervjuet foreldre til ungdom mellom 13 og 16 år med diagnosene anoreksi, tvangslidelse, depresjon, bipolar lidelse og schizofreni.

På denne måten kan hun bidra til at reell kritikk av kritikkverdige forhold underkommuniseres; det innebærer at tjenestenes struktur, hierarki, forståelsesformer, manglende brukerdeltakelse og maktutøving tilsløres. Mestring forstås langt på vei som en individuell prosess fra 'deskillning' til 'reskillning' knyttet til foreldreegenskaper, og reduserer betydningen av mestringens betingelser. I motsetning til dette mener jeg min framstilling viser at de posisjonene foreldrene plasseres i med bakgrunn i faglige og kulturelle konstruksjoner av 'psykisk sykt barn', er av avgjørende betydning for mulighetene deres for å realisere sine forståelser av hva som er godt foreldreskap for akkurat dette barnet i denne situasjonen.

### **Mødre og 'mother-blaming'**

Tally Moses (2010) har studert foreldres selvbebreidelser når ungdommene deres har ulike psykiske vansker.<sup>147</sup> Hun definerer «self-blame,» selvbebreidelse, som

holding themselves responsible for causing, contributing to, or exacerbating their child's mental disorder with wrongdoing such as passing on «bad genes,» failing to recognize problems earlier or secure effective services sooner, and for their sometimes unhelpful responses to their child such as frustration and anger

Moses (2010:113).

Biologiske foreldrene forteller om selvbebreidelser og skyldfølelse med ulik vektlegging over tid, mens adoptiv- og fosterforeldre ikke rapporterer tilsvarende. De erfarer derimot omfattende støtte og beundring for at de tar seg av andres barn som sliter. Foreldre som ved intervju tidspunktet ikke forteller om selvbebreidelser, sier de har vært gjennom en prosess med «un-blaming» (ibid): De har evaluert egen innsats og anerkjenner seg selv som gode nok. Dette er i tråd med Hardens (2005b) «re-skilling»-prosess, men beskrives mer som en intrasubjektiv prosess uten å gå veien om kritikk av og misnøye med eksperthjelpen for å få nok innsikt til den selv-ankjennelsen som fører til «re-skilling.»

---

<sup>147</sup> Utvalget består av foreldre (også adoptiv- og fosterforeldre) til ungdom mellom 13 og 18 år med ulike, ofte sammensatte vansker, også ADHD.

Den beskyttelsen Moses (2010) hadde forventet i forhold til tilstander med biologiske forklaringsmodeller, finner hun ikke. Hun kobler dette til de kulturelt dominerende fortellingene om moderskapet: En god mor skal være tålmodig, selvutslettende og alltid klar til å slåss for barnet sitt (ibid:104). Dette er forståelser som foreldrene har internalisert og som bidrar til selvbebreidelse. Moses viser at uformell sosial støtte, særlig fra egen familie, er den viktigste faktoren for beskyttelse mot selvbebreidelsenes konsekvenser. Som i min studie opplever ikke mødrene at de får profesjonell hjelp til å bearbeide skyldfølelse. Hun avslutter sin artikkel med å oppfordre ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien til å ta et oppgjør med inngrodde forestillinger om 'mother-blaming' som ofte fører til at foreldre ikke inkluderes i behandlingen. Hun mener hennes funn støtter opp under behandlingstilnæringer «as inclusive of family members as possible» (ibid:116). Denne konklusjonen bygger på et normativt 'bør' for å styrke foreldrenes selvforståelse, eller foreldreverdighet, og ikke på forventet bedret effekt av behandling slik Pravin og Diamond (2009) og Fossum og Mørch (2005) gjør. En kan si at mens Moses (2010) behandler foreldrene som ressurser og subjekt med 'foreldrekraft', posisjonerer Pravin og Diamond (2009) og Fossum og Mørch (2005) dem som objekt for intervensjoner som skal skolere dem i effektive oppdragsstrategier. Moses (2010) sin posisjonering åpner opp for dialog og samhandling, mens de andres tilnærming opprettholder ekspertenes makt med fare for ytterligere «de-skilling» (Harden 2005b) og tap av foreldreverdighet i møtene med behandlingsapparatet.

Linda Blum (2007) er opptatt av sammenhenger mellom 'mother-blaming' og biologiseringen av psykiske lidelser.<sup>148</sup> Alle barna i hennes studie hadde diagnoser med nevrobiologiske årsaksforklaringer. Mødrene erfarte lite direkte skyldtildeling i sine møter med psykiatrien og skolen, men den indirekte skyldtildelingen på grunn av den allmenne kulturelle konstruksjonen av 'den gode mor' bidro til omfattende skyldfølelse. I tillegg finner hun, og her er det klare paralleller til Moses (2010) og Lurie og Clifford (2005), at årsakene til selvbebreidelser og skyldfølelse har forandret seg noe på grunn av biologiseringen av etiologien: Mødrene er ikke lenger så plaget med egne forestillinger om dårlig moderskap som *årsak* til barnets lidelse; det er selvbebreidelser i forhold til å oppdage vanskene og sørge

---

<sup>148</sup> Hun har, i tillegg til observasjoner av flere møter mellom mødrene og spesialpedagoger, intervjuet mødre til ungdom med psykiatriske diagnoser.

for effektiv hjelp og oppfølging, som er områdene hvor mødre føler de kommer til kort. Blum (2007) kaller dette for «proximate blame»; et begrep som kan tilsvare den moralske ansvarligheten hos Harden (2005a). Slik fortsetter mødre å være de ansvarlige, også i egne øyne, for at barna skal bli gode produkt når oppdragelsen er fullført; veltilpassede, lykkelige unge voksne. Med støtte i Singh (2004:1193 i Blum, 2007:205) påstår Blum at: «...mother-blame is so culturally ubiquitous and forceful that it is «reconstitute[d]» rather than «pierce[d]» by the shift to ‘brain-blame.’»

### ***Forskning fra andre utfordrende foreldreskap***

Når det gjelder andre former for utfordrende foreldreskap, finnes det rikelig med forskning som har vært en viktig kilde til teoretiske refleksjoner. Det er et stort spenn i diagnosene til barna som er grunnlaget for de spesielle foreldreskapene. De fleste befinner seg innenfor den somatiske medisinen med diagnoser fra cerebral parese, astma og diabetes til omfattende multifunksjonshemminger. En del studier inkluderer også barn med psykiatriske diagnoser som ADHD, autisme og Asbergers syndrom; lidelser som primært forklares som nevrobiologiske og kroniske. Dette innebærer stor heterogenitet blant informantene; fra de som får en diagnose umiddelbart etter fødsel til de som bekymrer seg i mange år før de får en medisinsk forklaring og fra de som har liten symptombelastning til de som må ha hjelp og tilsyn hele døgnet. I denne mengden med erfaringer er det likevel mye som er felles. Jeg vil se på noen kvalitative studier av foreldreskap, primært moderskap, når barn har kroniske lidelser. Det er gjort to metasynteser<sup>149</sup> av kvalitative studier med foreldreperspektiv (Nelson, 2002; Coffey, 2006) som gir god oversikt over forskningsstatus. Samtidig bidrar de med tematiske synteser som viser felles opplevelser og forståelser blant foreldre til barn med ulike lidelser. Jeg presenterer først disse metasyntesene før jeg ser nærmere på noen norske kvalitative studier. Etter det er det interessant å se på noen komparative undersøkelser som kan si noe om eventuelle likheter blant foreldre til barn med fysiske og psykiske lidelser.

---

<sup>149</sup> En metasyntese er i følge Sandelowski mfl (1997:366 i Nelson, 2002:516) «the theories, grand narratives, generalizations or interpretive translations produced from the integration or comparison of findings from qualitative studies.»

## En kunnskapsoversikt

Nelson (2002) finner gjennom sin metasyntese tretten felles tema som lar seg organisere rundt fire faser i det utfordrende moderskapet. Første fase er *å bli mor til det funksjonshemmede barnet* hvor timing og følelsesmessige reaksjoner er tema. Andre fase er *å reforhandle moderskapet* hvor temaene er ny kunnskap og læring, forholdet til hjelpetjenestene, mor-barn-relasjonen, familieforhold og oppmerksomhet på mulige sosiale bedømmelser. Tredje fase omhandler *mestring av hverdagslivets utfordringer* konsentrert rundt temaene merbelastning i omsorgen, forandringer i tilknytning til arbeidslivet, sosial isolasjon og usikkerhet. Den fjerde og siste fasen er knyttet til *aksept eller avvising av den nye rollen* og de sentrale temaene er betydningen av normalitetsforståelse og det hun kaller «embrace of paradox» (ibid:520). Omfattende konsekvenser for hele familien; rekonstruksjon av morsrollen som inkluderer omsorgens merbelastninger og koordinatorrollen for hjelpetjenestene; sterk følelse av kjærlighet til barnet; følelse av tilkortkommenhet i forhold til barnet, søsken og partner; skyld, bebreidelser og marginaliseringserfaringer og sosial isolasjon er tema som går igjen i alle studiene. For mødre innebærer det annerledes moderskapet en total og varig endring:

Mothers' lives were the most dramatically altered because they were overwhelmingly the primary caretakers of their children and received little daily assistance or relief. Mothers made their children the center of their lives, redefined their priorities, made personal sacrifices, and altered their lifestyle to accommodate this new role (Nelson, 2002:525).

Med utgangspunkt i mine funn hvor det utfordrende foreldreskapet erfares som *altopplukende* og veien til hjelpsom hjelp og tilfriskning som langvarig, består forskjellen mellom det Nelson beskriver og det jeg beskriver, kun i erfaringen med full tilfriskning og medfølgende konsekvenser for foreldreskapet.

Også Coffey (2006) sin metasyntese må knyttes til moderskapet. Hun identifiserer syv sentrale tema: kronisk bekymring; å stå i kampen; å bære merbelastningene; familielivets utfordringer; kontakt med omverdenen; kritiske perioder og ta det fulle ansvaret. Konklusjonen hennes er, i tråd med Nelson (2002), at spesielt mødre til barn med kroniske

lidelser lever isolerte liv, mange etter hvert utenfor arbeidslivet, med store fysiske og emosjonelle belastninger i en kronisk stressende tilstand av bekymring; også for funksjonsfriske søsken. Begge multisyntesene inneholder empiriske beskrivelser av omsorgens merbelastning, mødrenes utsatthet for sosial isolasjon og helseproblem, kronisk bekymring på grunn av usikkerhet og sterk opplevelse av stress og utilstrekkelighet, også i forhold til resten av familien. Mens Coffeys (2006) artikkel mest må betegnes som en oppsummering av felles empiriske funn fra de inkluderte studiene, er Nelson (2002) mer drøftende i sin analyse og syntese. På bakgrunn av to utvalgte studier løfter hun fram viktige prosesser når hun presenterer «The significance of 'Normalcy'» (May, 1997 i Nelson, 2002:527) og «The embrace of paradox» (Larson, 1998 i Nelson, 2002:527) som sentrale forståelsesrammer når hun drøfter mødrenes meningsforklaringer. Normalitetens signifikans er betydningsfull for å se det verdifulle og normale i «other-than-normal children» (Nelson 2002). Det er, som også Coffey (2006) oppsummerer, en kilde til sorg når barnet ikke når de aldersforventede milepælene, men også en innstilling til å lete etter små framskritt hos barnet, framskritt som kan gi håp om 'mer normal' utvikling og vekst. Dette håpet er det Larson (1998 i Nelson, 2002:527) fokuserer på når hun prøver å forstå mødres utholdenhet i det krevende hverdagslivet. Håpet om utvikling og forbedring for barnet, ofte i strid med de profesjonelles prognoser, er en energikilde for mødrene. Håpet om endring balanseres i forhold til en faktisk aksept av barnet slik det er; det er å godta dette som er «the embrace of paradox» som Larson (1998 i Nelson, 2002:527) finner i sin studie. Mødrene må leve med dette paradokset; balansen mellom å godta sykdommens varige funksjonshemmende konsekvenser, elske barnet som det er og et mer eller mindre kvalifisert håp om utvikling og tilfriskning utover prognosene. Nelsons (2002) metasyntese viser de fire fasene i moderskap for barn med kroniske lidelser hvor «the embrace of paradox», er en sentral utfordring. Barna i min studie er ikke kronisk syke; de fleste blir helt friske, mens noen ser ut til fortsatt å slite noe med sin psykiske helse. Alle er blitt vesentlig mye bedre og kun tre av dem trenger fortsatt et tilbud fra psykisk helsevern. Balanseringen av «the embrace of paradox», å godta barnet som det er, men samtidig gjøre alt for at det skal optimalisere sine utviklingsmuligheter, sammen med en utvikling i foreldrenes normalitetsforståelser «The significance of 'Normalcy'» (Nelson 2002), er prosesser som kan gjenfinnes i mitt materiale.

Ingen av mine informanter kommer i Nelsons (2002) fjerde fase<sup>150</sup> dersom vi ser på den som en aksept av barnets tilstand og det endrede moderskapet; de beholder håpet og fortsetter å kjempe for full tilfriskning.

Nelson (2002: 529) oppsummerer med at helsepersonell må forholde seg til det grunnleggende ved den moderlige omsorgen: Det er håpet som holder dem gående; og det er kjærligheten som gjør dem i stand til det.

### **Foreldreskap for ungdom med funksjonshemming**

De to metasyntesene viser at det er lite forskning på foreldreskap for *ungdom* med funksjonshemminger. En longitudinell studie fra et forskermiljø ved NTNU, følger en kohort fra 1993 og 1995 med ulike funksjonshemminger med både kvantitative og kvalitative metoder. Ytterhus (2006) diskuterer på bakgrunn av intervju med foreldre hvordan foreldreskapet utfordres på nytt når barnets alder tilsier en forventet løsrivelse og økt grad av sosial deltakelse utenfor hjemmet. Hun utfordrer fire-fase-modellen til Nelson (2002) når hun identifiserer et vendepunkt i barns og foreldres liv når barnet med funksjonshemming er om lag åtte til elleve år, i en periode «de trodde de hadde kontroll» (Ytterhus, 2006:283). Hun finner at dette vendepunktet er knyttet til «polarisering av sosial integrasjon [som ikke] defineres av fagfolks kategorier, men av foreldrenes erfaringer» (ibid:282). At det ikke er ansett som en egen fase av fagfolk, gjør at foreldrene ikke er forberedt og at erfaringen forblir privat. I denne perioden utfordres foreldre-barn-relasjonen samtidig med at tjenestene ikke er tilpasset familienes behov. Barnets annerledeshet og sosiale marginalisering krever omfattende praktisk og emosjonelt arbeid; foreldrene arbeider hardt og strekker seg langt, er i en kontinuerlig beredskap og opplever seg likevel som utilstrekkelige foreldre, noe som fører til «energilekkasje». Denne energilekkasjen er «en konsekvens av ens totale livssituasjon i et samfunn som tar utgangspunkt i en statistisk normalitet,» poengterer Ytterhus (ibid:288). Foreldrene isoleres mer hjemme, anerkjennelsen fra barnet og andre reduseres, tjenestene må i

---

<sup>150</sup> Disse fasene er i tråd med det andre forskere finner og følger 'vanlige' krisereaksjoner etter Caplan (Retterstøl og Ilner 2008:17-19) fasene fra sjokk til reaksjon, bearbeiding og nyorientering.

større grad enn tidligere kjempes fram og rettferdiggjøres – og foreldrenes identitet og verdighet blir ikke tilstrekkelig ivaretatt (ibid:289).

Ytterhus, Wendelborg og Lundeby (2008:634) slår fast at «Parents' experiences are strongly interwoven with the child's life and access or lack of access to services and relational responses.» De skiller mellom 'caring for' og 'caring about' i sin analyse av foreldreskap og inkluderer dermed både den emosjonelle dimensjonen 'væren' og den praktiske dimensjonen 'gjøren' i sin analyse. De beskriver utviklingen i 'vanlige' foreldreskap som en bevegelse fra 'gjøren' til 'væren' ved økende alder; en utvikling foreldre til barn med funksjonshemninger ikke erfarer på tilsvarende måte.<sup>151</sup> Forskerne finner også skyldfølelse blant mødre til funksjonshemmede barn, og ser dette som en konsekvens av kulturelle normer «concerning children as the mother's property and responsibility in our culture» (Ytterhus mfl, 2008:634). 'Mother-blaming' er dermed også et sentralt funn i kvalitativ forskning vedrørende foreldreskap for barn med funksjonshemninger.

### **Forskjeller eller mest likheter?**

På tross av det vesentlige skillet mellom funksjonshemming som kronisk tilstand og psykisk vanske som en mulig forbigående og konstruksjonen av somatisk lidelse som uforskyldt og psykisk lidelse primært som 'foreldreforskyldt', er det likhetene i erfaringer som dominerer. Cronin (2004) har gjort en komparativ undersøkelse av moderskap for barn (5 til 18 år) med de skjulte funksjonshemningene cystisk fibrose og ADHD. Cystisk fibrose medfører store pleieoppgaver for å ivareta barnets fysiske helse; pleien må utføres regelmessig og bidrar til å strukturere dagliglivet med stor grad av forutsigbarhet. Oppfølgingen av barnet med ADHD innebærer mindre muligheter for planlegging og kontroll; uforutsigbarhet og svingninger på grunn av lidelsens symptomatikk bidrar til redusert opplevelse av kontroll med påfølgende erfaring av dårlig mestring. Cronin (ibid) postulerer en sammenheng mellom muligheter for

---

<sup>151</sup> Haugen mfl (2012) har fulgt opp kvalitativt en kvantitativ studie (Wendelborg og Tøssebro 2010) av helsestatus hos foreldre til barn med funksjonsnedsettelse. Bildet av hverdagslivet i familier med barn med funksjonshemninger er preget av omfattende emosjonelt og praktisk merarbeid i en stadig kamp med et byråkratisk og lite fleksibelt hjelpeapparat.



etablering av daglige rutiner, opplevelse av kontroll, normaliseringsbestrebelsenes vilkår og erfart mestring av foreldreskapet.

I en norsk undersøkelse av Grøholt mfl (2007) finner forskerne at foreldre til barn med psykisk utviklingshemming har signifikant dårligere mestring i hverdagslivet enn foreldre til barn med andre funksjonshemminger. I en tidligere studie finner de en signifikant dårligere mestring hos foreldre til barn med diabetes, epilepsi eller psykisk sykdom (Grøholt mfl, 2003). De spør om dette kan forklares med at disse tilstandene er forbundet med høy grad av uforutsigbarhet, usikkerhet og bekymringer knyttet til framtida i motsetning til andre sykdommer som oppfattes som mindre alvorlige og lettere å akseptere. De peker også på at dette er lidelser med usikker etiologi, særlig når det gjelder psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan føre til stigmatisering og marginalisering og dermed dårligere mestringsbetingelser for foreldre til barn med slike vansker, hevder Grøholt mfl (2003).

Raina mfl (2005:627) finner i en studie av foreldrestress når barn har cerebral parese at de mest betydningsfulle faktorene for mødrenes psykiske helse er barnets atferd, omfanget av utfordringer ved meromsorgen og familiens fungering. Barnets atferdsproblem er avgjørende for mors psykiske helse både direkte og indirekte, «through their effect on self-perception and family function» (ibid:628). Forskerne konkluderer med at studien gir støtte for viktigheten av bio-psyko-sosiale familieorienterte tilnærminger i klinisk arbeid rundt barn med cerebral parese for at barnets problematikk skal få minst mulig negativ påvirkning på familien.

Wendelborg og Tøssebro (2009:33) oppsummerer internasjonal forskning med at det ikke er «funksjonshemmingen per se som synes å være prediktor for helsemessige og psykososiale konsekvenser [for foreldrene], men heller barnets atferdsmessige og emosjonelle vansker, omsorgsbehov, samt familiens fungering og sosioøkonomiske status.» Deres egen studie viser

at det er «systematiske forskjeller i helse blant foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne og andre foreldre. Særlig gjelder dette for mødre» (ibid:33).<sup>152</sup>

Omfanget av barnets atferdsmessige og emosjonelle vansker har altså stor betydning for foreldres fysiske og psykiske helse. Hvis vi går tilbake til Raina mfl (2005:628) sin påvisning av barnets atferd som viktig faktor for mødrenes selvforståelse, er det kanskje også en mulighet for at det alvorlig cp-rammede barnet, uten store atferdsvansker, bekrefter moren som god nok mor fordi det ikke avviser omsorgen? Det er også en mulighet for at barnet med ADHD og store atferdsvansker 'avslører' moren som dårlig oppdrager og fører til verdighetstap. Her ligger muligens én viktig forskjell mellom å være foreldre til barn med en psykiatrisk diagnose sammenlignet med foreldreskap for barn med en somatisk lidelse og et synlig behov for omfattende meromsorg.

### ***Behov for et nytt syn på foreldreinnsatsen***

McKeever og Miller (2004) mener mye forskning har støttet opp under en faglig patologisering av mødres strategier ved at de har betegnet dem som overinvolverende og urealistiske; og dermed som svakt mestrende fordi de ikke har godtatt barnas dårlige prognoser. De hevder at tidligere analyser ikke har gitt «a satisfying explanatory interpretation of the underlying logic of parental activities and subjective experiences and their congruence with the contemporary social order» (ibid:1181). I en kontekstualisert reanalyse av studier av mødres innsats for sine funksjonshemmede barn, finner forskerne at de balanserer mellom å stille krav til hjelperne om god nok hjelp til barna samtidig som de må unngå å stille krav som hjelperne anser som urimelige eller urealistiske. Dette analyserer de fram som en aktiv tilpasningsstrategi for å unngå devaluering av dem selv og et mulig dårligere tilbud til barnet.

---

<sup>152</sup> Barn med nedsatt funksjonsevne er definert som de som mottar hjelpestønad i Nord-Trøndelag. Deres data kobles med data fra HUNT 2 og FD-Trygd (Wendelborg og Tøssebro, 2009). Dette betyr at barn med diagnoser som ADHD og autismespekterforstyrrelser kan være inkludert i utvalget, mens tilstander innenfor det emosjonelle spekteret neppe er representert fordi det sjelden gis hjelpestønad til barn med slike diagnoser. Det går ikke fram av undersøkelsen om det er forskjeller knyttet til ulike diagnoser hos barna.

Berman og Wilson (2009) har gjort en feministisk diskursanalyse av en tidligere undersøkelse av mestringsstiler blant mødre til barn med funksjonshemninger og viser hvordan de profesjonelles gjennomgående patologiserende konstruksjoner av mødre fører til at deres kunnskap ofte avvises. Gillis og Rennick (2006:166) peker på at klinikere ofte fortolker foreldre på bakgrunn av «unstated theoretical assumptions» og «classical psychoanalytic theory» og av den grunn kategoriserer reaksjoner som bør anses som normale, som dysfunksjonelle.

McKeever og Millers (2004) forskning viser at det er god grunn til å støtte opp under mødres observasjoner og utviklingsoptimisme. De oppsummerer at på tross av omfattende merarbeid, redusert sosial deltakelse og dårligere livskvalitet, understreker mødrene at de føler en sterk kjærlighet til sine funksjonshemmede barn. De peker på det samme paradokset som Nelson (2002) gjør: mødrene må samtidig godta og elske barnet slik det er og bidra maksimalt til at det skal utvikle seg 'normalt'. Samtidig utfordrer de kontinuerlig de kulturelle rammene for 'normalitet' gjennom aktiv tilrettelegging for å øke barnas og egen symbolske kapital og protestere mot devaluerende og diskriminerende forståelser og praksiser (McKeever og Miller, 2004:1178). Innsatsen deres blir i liten grad sett og anerkjent; det er barn som framtidige velfungerende 'produkt' av oppdragelsen og morskjærligheten som gir moderskapet sosial verdi – et mål som barn med omfattende funksjonshemninger ikke kan tilfredsstille. Har du et barn som ikke viser 'normal' utvikling, vil barnets atferd innebære «a perceived incapable 'return' on a mothers efforts» (ibid:1182). Mange av mødrene fortalte at barnets søsken fungerte som en nødvendig bekreftelse både for dem selv og omgivelsene på at de hadde «maternal social worth vis-à-vis social and cultural expectations of 'good' mothering» (ibid:1182); det jeg velger å kalle foreldreverdighet.

### **Foreldreverdighetens mulige innhold**

Lundqvist og Nilstun (2007) har gjort en observasjonsstudie av møtene mellom barn/foreldre og sykepleiere på en medisinsk barneavdeling for å undersøke i hvilken grad barna og foreldres verdighet ble ivaretatt under behandlingsprosedyrene. De analyserer seg fram til tre verdighetskategorier; opprettholdt verdighet, gjenopprettet verdighet og knust verdighet og

viser at samspillet mellom foreldre og profesjonelle bidrar til de ulike kategoriene. Foreldre som ble anerkjent av de profesjonelle som likeverdige deltakere i stell/behandling/omsorg opprettholdt sin foreldreverdighet og dermed sin selvrespekt og selvfølelse. Foreldre ble krenket når den profesjonelle ville gjennomføre foreskrevet behandling «without seeing the unike persons in front of them,» men kunne gjenopprette verdigheten når de fikk litt tid slik at de «stood up for themselves» (ibid:222). Noen foreldre mestret ikke denne 'kampen' og overtok det profesjonelle perspektivet selv om barna protesterte mot behandlingen. Forskerne mener at foreldrene mistet «their self-respect in trying to please the practitioners. They did not show any capability of standing up for themselves» (ibid:223). Når de ikke er i stand til å protestere på sine barns vegne, blir foreldreverdigheten «violated by themselves,» hevder Lundqvist og Nilstun (ibid:226). Gjennom denne formuleringen mener jeg de overlater ansvaret for å ivareta egen verdighet i møtene med ekspertsystemene, til foreldrene selv. De knytter an til større eller mindre evne hos foreldrene; «the capability of standing up for themselves.» Gjennom dette grepet mister de forståelsen for dynamikken mellom ekspertenes kunnskap, makt og relasjonskompetanse og foreldrenes kunnskap, sårbarhet, posisjons'avmakt' og individuelle og kontekstuelle mestringsbetingelser når samarbeid skal etableres i et felt med usynlige kulturelle forventninger om atferd hos de ulike aktørene. Prosesser som 'reskilling' (Harden, 2005b) og 'un-blaming' (Moses, 2010) og ulike fokus på mestring av det krevende foreldreskapet gjennom utfordring/kritikk (Harden 2005b) og tilpasning/innordning (Shostrom, 2008) til ekspertsystemene, kan også forstås som kamper for anerkjennelse av foreldreverdigheten.

Et 'selvpåført' tap av foreldreverdighet; i tråd med det Lundqvist og Nilstun (2007:226) kaller «violated by themselves,» er interessant fordi forskerne knytter det å gjenopprette foreldreverdigheten til om foreldrene klarer å stå opp og kjempe; «standing up for themselves», i tråd med det Harden (2005a) kaller moralsk ansvarlighet: Gode foreldre skal kjempe for barnets beste – når barna får problem, eller ikke får god nok hjelp til å løse sine problem, fortolkes dette til at foreldrene har mislykkes med foreldreoppdraget. På tross av denne kritikken, er studien til Lundqvist og Nilstun (2007) interessant fordi de gjennom sine observasjoner og analyser gir begrepet 'foreldreverdighet' konkret innhold i en klinisk kontekst hvor de indirekte trekker inn kulturelt 'anerkjennelsesverdig' foreldreatferd. Slik

utvider de den relasjonelle foreldre-barn forståelsen av begrepet som Fossum og Mørch (2005) synes å legge til grunn.

### **Den tause foreldrekjærligheten - foreldrekraften**

De refererte studiene tematiserer i liten grad kjærlighetsdimensjonen i foreldre-barn-relasjonen. Hardens moralske ansvarlighet (2005a) er én dimensjon ved foreldreskapet, men for meg er den ikke tilstrekkelig til å forklare den omfattende innsatsen foreldre gjør når barna deres sliter. Er det ikke noe mer enn den sosiale konstruksjonen av moderne foreldreskap som ansvarlige (og skyldige) som ligger til grunn for den påviste foreldreinnsatsen? Er ikke kjærligheten til barnet selve drivkraften for innsats og utholdenhet? Er dette så selvfølgelig at vi ikke en gang tematiserer det; verken forskere eller foreldrene selv? Det ble etter hvert foreldrekjærligheten som opptok meg i mine teoretiseringer. Dette er i tråd med det Sjöberg og Blom (1993) opplevde da de samlet foreldrefortellinger om livet med et kronisk sykt barn. De ble særlig opptatt av kraften i kjærlighetsrelasjonen og betydningen den har og introduserte begrepet 'foreldre kraft' - et begrep jeg erfarte som svært meningsbærende.

Hennum (2002:65) peker på at kjærlighet ikke tematiseres når forskere studerer familier, men «tas som en gitt størrelse.» Gillis og Rennick (2006:165) kaller fraværet av dimensjonen 'foreldrekjærlighet' for «the remarkable silence on parental love» i forskning og klinisk praksis når barn er akutt syke. Forskning med utgangspunkt i mestringsteorier har ført til reduksjonistiske design som har vært opptatt av hva foreldre gjør; eller særlig på hva de «are unable to do» (ibid) De argumenterer for at foreldrekjærligheten må erkjennes og anerkjennes som en stabil og sterk kraft, i en ellers krevende situasjon hvor foreldrerollen endres på grunn av barnets sykdom og helsearbeideres omfattende deltakelse i familiens liv.

Shostrom (2008) presenterer det hun kaller en substantiv Grounded Theory om «Mothering a depressed child.» Hun beskriver en prosess hvor mødre beveger seg gjennom flere faser fra å forstå at noe er annerledes, erkjenner problemet, leter etter årsaken før de i neste omgang prøver å tilpasse seg «the overwhelming realities» og blir sittende igjen med en usikkerhet over hvorvidt «things will ever be OK again.» Forskerens siste kategori, 'Wondering if

things will ever be ok again' (ibid:119-122) viser at ungdommene ikke er blitt friske, men at tilstanden er så usikker at de ikke betrakter barnet som kronisk sykt og går over i Nelsons (2002:520) fjerde fase med aksept eller avvisning av den nye rollen.

Mødrenes narrativ viser hvordan en opplevelse av manglende mestring også må knyttes til sprikende forståelser og behandlingstilnæringer innenfor psykisk helsevern (Shostrom 2008:72). Skyldfølelse er et stort tema blant informantene; noe Shostrom, som jeg, knytter til internaliserte tidlige psykodynamiske forståelser av oppdragelse (ibid:137-138).

Shostrom undret seg over fraværet av temaet kjærlighet i mødres narrativ, og inkluderte mot slutten av studien spørsmålet «Have your feelings for your child changed at all during this process?» (ibid:64). Hun mener de fleste opplever at det er vanskelig å elske barnet i perioder; samtidig som de føler et moralsk ansvar for å gjøre det (ibid:74). Shostrom (ibid:144) kommer med en hypotese om at dette kan være et sentralt skille mellom mødre til barn med fysiske funksjonshemminger og mødre til barn med depresjon og etterlyser mer forskning for å klargjøre om vanskeligheter med å elske barnet «is unique to mothers of depressed adolescents or if this occurs in other stressful motherings situations» (ibid:153). Rimehaug (2012) påviser i sin studie at denne hypotesen ikke stemmer; foreldre til barn med emosjonelle vansker uttrykker like stor varme for sine barn som foreldre til 'vanlige' barn.

I mitt materiale finner jeg ingen fortellinger som gir støtte til Shostroms (2008:74) påstand om at foreldre opplever at det er vanskelig å elske barna; snarere tvert i mot. Foreldrekraften som driver tilfriskningsprosessen framover er primært et uttrykk for kjærligheten de føler for barnet som sliter. I denne opplevelsen av kjærlighet er ansvarsfølelsen innleiret og også den følelsen som eksplisitt tematiseres. Foreldrekjærligheten ligger til grunn som en selvfølgeliggjort felles grunnforståelse, selv om også mine informanter uttrykker at det kan være vanskelig å vise barnet den kjærligheten de føler - på grunn av avvisning eller usikkerhet. I sin analyse av materialet om mødrenes kjærlighet mener jeg Shostrom har et ensidig fokus på utøvelse av moderskapet som 'gjøren'. En av hennes informanter uttrykker seg slik: «We love her constantly, but yet we have to be, sort of forthright with her, you know,

there are not as many opportunities to love her» (ibid:116). Jeg tolker dette utsagnet slik at morens kjærlighet som 'væren' er konstant, mens muligheten for å uttrykke kjærligheten som 'gjøren', blir vanskeliggjort på grunn av symptomene hennes. Slik kan jeg også tolke flere av informantsitatene annerledes enn forfatteren.<sup>153</sup>

### **Å balansere foreldrekraften**

Mødrene i studien til Blum (2007) inntar rollen som «vigilantes» eller det Haugen mfl (2012) kaller «pådrivere», fordi de erfarer at barnet trenger slike foreldre. Litt (2004) introduserer begrepet «Advocacy care» for å beskrive nettopp denne dimensjonen ved foreldreomsorgen for barn med ADHD, i tillegg til den daglige «direct care» som er preget av et behov for meromsorg utover det barnets alder tilsier. Mødre som står på for barna, presser fram undersøkelser og diagnose, terapi, medisiner og tiltak, havner ofte i situasjoner hvor de anklages for å ha urealistiske håp om barnets utviklingsmuligheter og for å være overinvolvert. Det sterke engasjementet for tilrettelegging av barnets oppvekstbetingelser diagnostiseres (Blum 2007). Blum (ibid:209) knytter en stor grad av utviklingsusikkerhet til psykiatriske diagnoser; en usikkerhet som belaster mødre med et ubarmhjertig og kronisk ansvar for alltid å være på leting etter mulige løsninger på flere av barnets arenaer. De utfordrer psykisk helsevern, de utfordrer skolen og den spesialpedagogiske tjenesten for å sikre barnet optimale forhold, og opplever seg selv som overvåkere av barnets rettigheter – som de selv har måttet kjempe fram. En parallell utfordring er å finne balansen mellom å stille krav på barnets vegne – uten å bli kategorisert som kravstore mødre (ibid:214). De ønsker å ha en sentral rolle i rehabiliteringen av barnet, samtidig som de må medtenke at rollen skal tilpasses hjelpenes forestillinger om hva som er godt moderskap for barn med slike vansker. Foreldrekraften må ha det 'rette' innholdet og den 'rette' intensiteten for å unngå patologisering<sup>154</sup> med påfølgende kategorisering av dem som mødre som bryr seg for mye;

---

<sup>153</sup> Gjennom utsagnet: «You can always love your kids but you don't have to like them. And I didn't like him a lot,» innfører moren et skille mellom å elske og å like. En annen mor uttrykker også «It is hard to show,» mens en tredje synes det er vanskelig å elske et barn som ikke gir uttrykk for å elske henne igjen (Alle sitat fra Shostrom, 2008:115-117).

<sup>154</sup> Jeg har et feltnotat fra en mor til en 15-årig gutt med ADHD hvor hun forteller om sitt svar på fastlegens spørsmål om hvordan hun har det. «Jeg har mest lyst til å forsvinne i ei luke i golvet,» svarer hun fordi hun er så

eventuelt for lite. Materialet mitt viser at foreldrenes rolle som pådrivere og overvåkere; «vigilantes» med Blums (2007) terminologi og barnas rettighetsforkjempere; «advocay care» (Litt 2004) i mange tilfeller er av avgjørende betydning for at barnas livssituasjon endrer seg positivt; det er ofte gjennom utøvelse av foreldrekräften som motmakt tilbudene bedrer seg.

En studie av foreldreskap for ungdom med ADHD (Koro-Ljungberg og Bussing, 2009) viser, slik også Lurie og Cliffords (2005) undersøkelse gjør, at stigmaet som følger psykiske lidelser utgjør en ekstra belastning for foreldre. De opplever stadig at omgivelsene direkte og indirekte kritiserer måten de forholder seg til barnet på. Mødrene er særlig utsatt for med-stigmaerfaringer fordi de oftest bærer meromsorgen for det diagnostiserte barnet og fordi «The popular discourse leaves mothers more vulnerable to stigma and othering,» påpeker forskerne (ibid:1178). I tråd med mine funn er foreldrene aktive og pågående for å imøtegå og forebygge barnas stigmaerfaringer gjennom involvering, tilrettelegging, støtte og omfattende deltakelse på alle arenaer hvor barnet er aktør. De fleste av mine informanter opplever lite direkte kritikk av måten de forholder seg til barnet på, men med-stigmaet på grunn av den dominante konstruksjonen av ‘psykisk sykt barn’ er implisitt virksomt og kan forsterke skyldfølelsen.

Slik McKeever og Miller (2004) analyserer fram mødrenes kamper som aktive strategier for å skaffe god nok hjelp til barna, finner jeg at foreldrekräften og innsatsen og engasjementet fra mødre og fedre er omfattende og målrettet. Foreldrekräften kanaliseres ikke alltid slik tjenesteapparatet ønsker, og står i fare for å bli patologisert på grunnlag av faglige – og allmenne - konstruksjoner av ‘psykisk sykt barn’, ‘ungdom’ og ‘foreldreskap’.

Den refererte forskningen på foreldreskap når barn har fysiske eller psykiske lidelser, tematiserer ikke konsekvensene av manglende foreldredeltakelse slik jeg gjør. Å ikke kunne realisere egne forestillinger om godt foreldreskap på grunn av begrensninger hos seg selv eller

---

sliten i sin omfattende omsorgsrolle. Dette finner sønnen seinere igjen i sin journal formulert som at moren har suicidale trekk – et journalnotat de ikke klarer å få slettet på tross av omfattende arbeid.



på grunn av forhold ved tjenestene, kan medføre tap av foreldreverdighet ved at man svikter sitt moralske ansvar. I møtene med profesjonelle aktører viser Lundqvist og Nilstun (2007) at foreldreverdigheten krenkes, mens Ytterhus (2006) og Mørch (2011) også peker på at foreldreverdigheten kan krenkes gjennom barnets atferd. Også indirekte kan barnets krevende atferd true foreldreverdigheten, fordi den innebærer et fravær av bekreftelse på «good enough mothering» (Segal, 2001).

Fisher (2008:590) påviser gjennom sin studie av foreldre til yngre barn med funksjonshemninger hvordan dominante diskurser om normalitet og tilpasning vanskeliggjør foreldrenes selvverdsetting fordi prosessen med å skape ny forståelse og mening ikke møter anerkjennelse i et samfunn preget av ideal om det uavhengige og selvstendige mennesket. Sammen med de dominerende nyliberalistiske og biomedisinske narrativene fører dette til en diagnostisk kategorisering av foreldre og barn som «deficient individuals in need» (ibid:591). Gjennom denne tildelingen av identiteter som ‘mislykkede’ eller ‘uheldige’, krenkes foreldre og barn. Selv beskriver foreldrene kjærlige, meningsfylte, utviklende og gjensidig anerkjennende relasjoner til barna.

### **Den gjensidige foreldre-barn-relasjonen**

Foreldre-barn-relasjonen er en gjensidig relasjon, som i enkelte situasjoner eller perioder blir utfordret og kan medføre energilekkasje. Ytterhus (2006:288) peker på det ufullstendige i den sosiale responsiviteten mellom aktører med ulike intensjoner for samhandlingen som kilde til denne energilekkasjen. Mors og fars innsats for det funksjonshemmede barnet verdsettes ikke av barnet; det oppfattes kanskje tvert i mot som u-kjærlige handlinger.<sup>155</sup> Dette kan påvirke foreldrenes opplevelse av mestring, selvforståelse og verdighet.

Segal (2001:275) er opptatt av hvordan å være mor til barn med ADHD og tydelige atferdsavvik har negativ effekt på morens selvbylde. Vanlige oppdragelsesstrategier som hun

---

<sup>155</sup> For eksempel barnet med diabetes som motsetter seg insulinsprøya; barnet med cerebral parese som ikke vil i stå-stativet; barnet med skolevegning som ‘tvinges’ på skolen; barnet med spisevansker som sondemates.

knytter til Winnicotts «good enough mothering.» er ikke «good enough for these children. Each of those mothers had to learn to parent her own unique child,» slår hun fast (ibid:274). Segal (ibid:273-276) gjør greie for hvordan mødrene, på tross av god mestring, lider fordi barnet ikke bekrefter hennes moderlighet (ibid:275). Mødrene trenger det veltilpassede barnet som en form for bekreftende selvobjekt. For mange vil uteblivelsen av denne bekreftelsen også følges av manglende støtte og bekreftelse fra omgivelsene; de lider i det Segal etter Kohut (1984 i Segal, 2001:275) kaller «depleted mature selfobject milieu.» Jeg vil uttrykke det slik at disse mødrene har tapt foreldreverdigheten og at de mangler både andre- og selv- anerkjennelsen de trenger for å oppfatte seg selv som 'gode nok.'

Rimehaug (2012:79, min understreking) trekker implisitt inn gjensidigheten i foreldre-barn-relasjonen når han konkluderer sin studie med at det er behov for «implementing effective treatment components specifically addressing parenting warmth and emotional distress that may improve the prognosis for their children as well as for the parents.» Min studie viser at ett skritt i denne retningen er realisering av økt foreldreinkludering også i behandlingen av barnet utover informantposisjonen de har i utredningsarbeidet.

De refererte studiene viser, som min empiri, at mor fortsatt er den som primært bebreides, både av seg selv og omgivelsene, når noe går 'galt' i barnets utvikling.

### ***Mother-blaming som dominant konstruksjon***

Synet på 'den gode mor' har endret seg, men analysen min og de refererte studiene forteller om de kulturelle endringenes treghet når det gjelder foreldres, og særlig mødres roller. Niestroj (1994:294 i Burman, 2008:81) peker på en påfallende dobbelthet i synet på moderskapet: «'Maternal love' is not modern...but the belief in its influence on the developing mind is.»

De dominerende konstruksjonene av 'den gode mor' og 'gode foreldre' er virksomme faktorer i tilfriskningsprosessen; enten de er knyttet til «the old rules of family» eller «the official

psycho-pediatric rule of the day» (Hacking, 1999:2). Hacking (ibid) løfter fram det frigjørende i at mødre kan føle seg mindre skyldige når de forstår at moderskapet, i tillegg til biologien knyttet til svangerskap, fødsel og amming, er «the product of historical events, social forces, and ideology.» Særlig når det gjelder barns psykiske helse, anses familien som risikofaktor (Broberg mfl, 2006:72). Dette skyldes nettopp historiske hendelser, sosiale krefter og ideologi. Slike forestillinger må i følge Wacquant (2009:13) utfordres av en samfunnsvitenskap «hvis utgangspunkt er en fortløbende, kritisk selvransagelse og hvis mål er «udbredelsen af tænkemåder til at forsvare sig mod symbolsk dominans» (Bourdieu 1980b:13). De skal per definition tænkes og forstås som processer uden fastlagte facitlister og endegyldige svar.» Konstruksjonene knyttet til mother- eller parentblaming innebærer symbolsk dominans gjennom uteblitt anerkjennelse av foreldrene som ressurser.

Gjennom kapittel fem viste jeg foreldrenes fortvilelse, skyldfølelse, omfattende hjelpsøking og innsats i barnets tilfriskningsprosess. Jeg vil nå fokusere på kjærligheten til barnet som sammen med håpet om tilfriskning framstår som den primære drivkraften; foreldrekraften, i denne prosessen. I tillegg til håpet og kjærligheten som kilde til foreldrekraften, som «the bottom line of maternal caregiving» (Nelson, 2002:529), identifiserer jeg en annen kilde; behovet for å rekonstruere seg selv som gode nok foreldre.

Jeg vil nå ta i bruk Axel Honneths anerkjennelsesteori for å vise hvordan tapet av foreldreverdighet og rekonstruksjon av seg selv som 'gode nok foreldre' kan forstås som kamper for anerkjennelse av foreldrekraften, før jeg konsentrerer meg om temaet foreldrekjærlighet. Gjennom fokus på foreldrekjærlighet og foreldreverdighet utfordrer jeg den sosiale dominansen som ligger i konstruksjonen av familien som risikofaktor når barn har psykiske vansker og prøver å foreta «et brud både med dagligdagens og den akademiske verdens vanetænkning» (Bourdieu, 2009:226).

## KAPITTEL 7: OM FORELDREKJÆRLIGHET OG -VERDIGHET

I den empiriske presentasjonen har jeg lagt vekt på fasene og vi har fulgt de tolv familiene gjennom tilfriskningsprosessene. Det er primært den dominante sosiale konstruksjonen, 'det psykologisk sviktede barnet', som er under forhandling i møtene med foreldrenes egne forståelser, ulike faglige forståelser i hjelpetjenestene og skolen og i det uformelle nettverket. Konstruksjonen bidrar til at foreldrene erfarer større eller mindre grad av skyldfølelse. Dette er i tråd med den forskningen jeg viser til i kapittel seks: 'parent-blaming', i stor grad erfart som 'mother-blaming', er et fenomen foreldre til barn med ulike lidelser møter og må forholde seg til. Dette synes å ramme foreldre til barn med psykiske vansker i større grad enn foreldre til barn med somatiske vansker. I innledningen min spør jeg om den generelle forståelsen kan beskrives med at familien *er* rammet når barnet har en somatisk lidelse, mens når barnet har en psykisk lidelse, *har* familien rammet. Min egen og andres empiri viser at dette er en opplevelse av eksplisitt og implisitt ansvars- og skyldtildeling de fleste deler. Å erfare skyldfølelse når barn ikke utvikler seg 'normalt' psykisk, synes å ligge dypt kulturelt forankret i dominante konstruksjoner av 'barn', 'barndom' og 'foreldreskap' slik jeg viser i kapittel to og tre. Gjennom etterkrigstida etableres «psykoanalysen som eit historisk og kulturelt betinga meiningssystem» (Ekeland, 2005:12). Dette hadde som konsekvens at mor-barnrelasjonen ble tillagt en helt avgjørende betydning (Badinter 1981: 159). Aamodt (2005:206) betegner dette som barne- og ungdomspsykiatriens 'doxa': «som tas for gitt og som regjerer uhemmet, i den grad den ikke «oppdages» og tematiseres» og som inngår «i den felles mening, common sense.» Gjennom min diskusjon av forståelsesformer og praksiser i dagens barne- og ungdomspsykiatri, viser jeg at den psykoanalytiske grunnlagsforståelsen ikke er tematisert og utfordret, slik har foreldre forblitt de ansvarlige – og skyldige både i egne og andres forestillinger om hvorfor barn utvikler psykiske vansker.

Gillis og Rennick (2006:165) har påpekt «the remarkable silence on parental love» i forskning og klinisk arbeid. Dette er en stillhet jeg bryter ved å legge vekt på 'foreldrekraften' og kampene for å bli sett og anerkjent som ressurser, og som kjærlighetsfulle, kunnskapsrike og verdige deltakere i barnets tilfriskningsprosess.

Å føle at man ikke har lykket med foreldreoppdraget, fører til et opplevd tap av foreldreverdighet. I dette kapitlet vil jeg drøfte behovet for anerkjennelse av 'foreldrekraften', slik den er analysert fram i metodekapitlet, som kamper for anerkjennelse gjennom kjærlighetsprosjektet og verdighetsprosjektet. Disse kampene må forstås både som inter- og intrasubjektive prosesser; jeg kaller det andre-ankjennelse og selv-ankjennelse. Axel Honneth (2003) påstår at anerkjennelse er det avgjørende kriterium for verdig liv. I denne koblingen mellom verdig liv; altså verdighet, og anerkjennelse, ligger hovedbegrunnelsen min for å støtte meg til hans anerkjennelsesteori. Han mener samfunnsmessige anerkjennelsesbetingelser systematisk undertrykkes, og Willig (2003:19) oppfordrer til empiriske sosiologiske studier hvor anerkjennelses- og krenkelseskategoriene brukes som analytiske teoretiske kategorier. Jeg vil prøve ut hvordan disse kategoriene kan brukes i forhold til mitt materiale for at avhandlinga skal leses som mer enn individualiserte mestringsfortellinger.

### ***Presentasjon av Honneths anerkjennelsesteori***

Axel Honneth tilhører Frankfurtertradisjonen og kritisk teori.<sup>156</sup> Med sin anerkjennelsesteori ønsker Honneth (2007:7) «å utvikle grunnlaget for en normativ samfunnsteori.» Med utgangspunkt i Hegels idé om en overgripende kamp om anerkjennelse videreutvikler Honneth denne idéen ved hjelp av symbolsk interaksjonisme etter G.H. Mead<sup>157</sup> og objektrelasjonsteorien til Winnicott (Willig, 2003:12). Anerkjennelse er i følge Honneth (2003:233) «å bekrefte menneskelige subjekters eller gruppers positive egenskaper.» Han innfører her en distinksjon mellom erkjennelse og anerkjennelse; «where the latter implies active support,» slik Warming (2006:33) påpeker. Det er nødvendig å knytte anerkjennende handlinger til ordene fordi «det er de tilsvarende atferdsformene som i utgangspunktet skaper den troverdigheten som er av normativ betydning for det anerkjente subjektet» (Honneth, 2003:233). Anerkjennelseshandlinger skal ha «en primær hensikt om å bekrefte motparten»

---

<sup>156</sup> Honneth har siden 2001 vært leder for Institut für Sozialforschung i Frankfurt etter Jürgen Habermas (von Friedeburg, udatert).

<sup>157</sup> Honneth (2003:228) legger etter hvert ikke lenger vekt på Mead fordi han mener at han var opptatt av «gjensidig perspektivovertagelse» og ikke anerkjennelse.

for å kunne kategoriseres som anerkjennelse. Den anerkjennende grunnholdningen kan på ulike måter uttrykkes gjennom kjærlighet, rettslig aktelse og sosial verdsetting i de tre ulike sfærene familie- og vennerelasjoner; rettsvesenet og det større sosiale fellesskapet. Det er gjennom å erfare disse tre anerkjennelsesformene menneskets selvutvikling ivaretas:

Graden av positivt selvforhold, vokser med hver ny form for anerkjennelse som den enkelte kan relatere til seg som subjekt. Muligheten for selvtilitt er nedlagt i kjærlighetserfaringen, muligheten for selvrespekt i erfaringen av rettslig anerkjennelse og muligheten for selvverdsetting i erfaringen av solidaritet (Honneth, 2007:181).

De tre anerkjennelsesformene kjærlighet, rettslig aktelse og sosial verdsetting, har sin motsats i tre former for ringeakt. Kjærlighetens motsats er mishandling og voldtekt; mens rettslig aktelse settes mot rettighetsberøvelse og ekskludering og motsatsen til sosial verdsetting er nedverdiggelse (ibid:139). Anerkjenneshandlinger har sin motsats i ringeakterfaringer. Ringeakterfaringene, eller krenkelsene, ligger i følge Honneth til grunn for alle kamper for anerkjennelse som individer og grupper velger å kjempe (Willig, 2003:18).<sup>158</sup>

Anerkjennelseskamper er legitime reaksjoner på erfart krenkelse, og Honneth (2003:37) mener kritisk teori må avdekke systematikken i slike erfaringer for at de ikke skal forbli uartikulerte og individualiserte. Det finnes grupper som ikke i tilstrekkelig grad får ivarett sine borgerrettigheter og sin verdighet. Min studie viser at foreldre til barn med psykiske vansker, ofte opplever krenkende situasjoner.

Honneth (ibid:39-40) understreker betydningen av å analysere «de samfundsmæssige årsager, der er ansvarlige for den systematiske krænkelse af anerkendelsesbetingelserne.» Forskning etter kritisk teori må ha som mål å «identifisere utematisert urettferdighet» ved å «undersøke om institusjonaliserte samhandlingsformer sikrer samfunnsmedlemmene de rettighetene og den respekten som demokratiske borgere ikke rettmessig kan nekte hverandre,» framhever

---

<sup>158</sup> Det er anerkjennelseskamper som utgangspunkt for sosiale bevegelser som er Honneths hovedanliggende; han er dermed også opptatt av krenkelseserfaringer på gruppenivå. Dette gjør det tidvis utfordrende å bruke tankene hans på min kategori foreldre som ikke erfarer seg som gruppe.

Fjørtoft (2009:77). Her vil særlig posisjoneringen av foreldrene som ekskluderte eller informerte, være interessant å drøfte som mulig rettighets- og verdsettingskrenkende.

Honneth (2007) hevder at det skjer en historisk tilvekst av verdier som anerkjennes; men disse må erkjennes før de kan anerkjennes. Slik håper jeg min analyse av foreldrekraften kan bidra til at den erkjennes, anerkjennes og ikke patologiseres, men i større grad brukes som ressurs i barnets tilfriskningsprosess. Ved at studien bidrar til praktiske endringer i tråd med de utforskede forståelser, realiseres også en moralsk forpliktelse knyttet til forskning med stor grad av brukerdeltakelse (Warming, 2006:41).

Hvordan er så de samfunnsmessige anerkjennelsesbetingelsene for foreldre til barn med emosjonelle vansker? Det første som slår en er ikke fortellingene om anerkjennelse, men om krenkelser. Det er motsatsene til anerkjennelsesformene kjærlighet, rettslig aktelse og sosial verdsetting som primært er i spill og framstår som betydningsfulle for foreldrene. Dette gjelder særlig tidlig i prosessen hvor de også er mest sårbare for krenkelser og mest avhengige av «intersubjektiv anerkjennelse av og fra andre» (Pedersen, 2009:21). Pedersen (ibid) problematiserer at vår higen etter anerkjennelse kan bidra til ufrihet og avhengighet av de som kan bekrefte oss – og at behovet for anerkjennelse dermed ikke alltid er positivt. Willig (2006:44) kaller dette etisk vold og er kritisk til at forståelser og roller kan reproduseres på grunn av behovet for anerkjennelse - og dermed være til hinder for frigjøring. I forhold til et felt som psykisk helsevern for barn og unge er dette en viktig faktor fordi det er tilpasning til en vestlig middelklassekultur av foreldreatferd som anerkjennes.

Jeg mener at «institusjonaliserte samhandlingsformer» (Fjørtoft, 2009:77), som ekspertenes posisjoneringer av foreldrene, kan medføre at deres rettigheter ikke alltid ivaretas innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Dette kan ha konsekvenser for *selvrespekten*. Gjennom de ulike posisjonenes tilgang på anerkjennelsessfærer for sosial verdsetting, påvirkes også muligheten for *selvverdsettelse*. Posisjonene kan samtidig bidra til at kjærlighetsrelasjonen til barnet vanskeliggjøres. Dette kan ha konsekvenser for foreldrenes *selvtillit* som foreldre. Slik kan samtlige tre dimensjoner ved et «positivt selvforhold» (Honneth, 2007:181) som foreldre,

utsettes for fare. Foreldreverdigheten er knyttet til anerkjennelse eller krenkelse av dette trekket ved selvforholdet, altså foreldreidentiteten, som utgjør en betydningsfull del i identitetshierarkiet fordi det er innebærer sterk «emotional investments and commitments» (Simon, 1992:26).

Anerkjennelsesbetingelsene for foreldrene er knyttet til den dominerende sosiale konstruksjonen av 'psykisk sykt barn' som innebærer 'mother-blaming.' 'Mother-blaming' fører til skyldfølelse – også når det ikke er grunnlag for det. Skyldfølelsen «skaper en oppmerksomhetsforskyvning» (Honneth, 2007:146) som bidrar til økt bevissthet om egne moralske forventninger til oppgaven. Oppmerksomhetsforskyvningen fører til at subjektet erfarer at «dets egen person er fundamentalt avhengige av anerkjennelse fra andre» (ibid:147). I denne avhengigheten ligger det en stor sårbarhet for krenkelser. Her vil de fleste møte 'mother-blaming', sjelden artikulert, men gjennom de posisjonene de tildeles i forhold til hjelpetjenestene og skolen. De ulike posisjonene innebærer ulik tilgang på anerkjennende andre. Men før jeg går over til diskusjonen av anerkjennelsesbetingelsene, vil jeg gå dypere inn i Honneths vektlegging av morskjærlighetens betydning for identitetsutviklingen og mer generelt om verdighetsbegrepet.

### **'Mother-blaming' som intersubjektiv verdihorison**

Den sosial verdsettingen av subjektets individuelle egenskaper, det Honneth kaller 'verdiegenskaper', er sosialt konstruerte. Det kan oppstå nye verdier som etter hvert anerkjennes fordi «menneskets evaluative egenskaper, som vi i vår anerkjennelsesatferd kan reagere rasjonelt på, utgjør moralske vissheter som umerkelig forandrer seg i takt med de kulturelle endringene i vår livsverden» (Honneth, 2007:241). Men det kan se ut som om morsbildene utgjør så stabile moralske vissheter at de i liten grad forandrer seg.

Honneth (2007:130) peker på at sosial verdsetting forutsetter at det finnes en «intersubjektiv verdihorison.» Den skyldfølelsen jeg har vist at flertallet av foreldrene lider under tidlig i tilfriskningsprosessen, skyldes at de deler den intersubjektive verdihorisonen som inneholder 'mother-blaming'. De naturaliserte 'tatt-for-gitte' forestillingene påvirker hverdagsliv,



selvforståelse og foreldreidentitet. Forestillingene er produktive og formative fordi de representerer en mikromakt; allesteds nærværende og ikke lokalisierbar: «..the point where power reach into the very grain of individuals, touch their bodies and insert itself into their actions and attitudes, their discourses, learning processes and everyday lives» (Foucault, 1980:39 sitert i Connolly, 1998:14).

Honneth (2007:131) bruker verken begrepene sosiale konstruksjoner, doxa eller diskurser når han beskriver den intersubjektive verdihorizonten, men hevder at «samfunnets kulturelle selvforståelse er det som leverer kriteriene for den sosiale verdsettingen av personer.» Folks prestasjoner verdsettes sosialt ut fra «i hvilken grad de bidrar til å realisere de kulturelt definerte verdiene.» I sin gjennomgang av kjærligheten som den viktigste anerkjennelsesformen; som «den psykiske forutsetningen for å utvikle enhver annen form for selvrespekt» (ibid:116) viser han hvilken morsrolle som er «kulturelt definert»; og dermed å anse som kriterium for den sosiale verdsetting av mødre. Honneths (2007) sterke kopling til psykoanalytisk objektrelasjonsteori, som langt på vei er det Hacking (1999:2) kaller «the official psycho-pediatric rule of the day,» innebærer en bekreftelse av synet på mors avgjørende betydning for barnets utvikling. Honneth (2007:107) støtter seg på Winnicott og forstår «barnets modningsprosess som en oppgave som bare kan løses gjennom det intersubjektive samspillet mellom mor og barn.» Senere i redegjørelsen understreker han at barnet kun kan løse oppgaven med å anerkjenne moren som «et vesen med selvstendig rett,» dersom «dets sosiale omverden tillater det» (ibid:109). I resten av teksten er det moren som representerer denne omverdenen og må bli et «godt objekt i individets psykiske virkelighet» for at barnet uten angst for å bli forlatt, kan «gi seg inn på sine indre impulser og utforske dem på en åpen og kreativ måte» (ibid:112).

Anerkjennelsesformen kjærlighet er det konstitutive elementet i personlighetsutviklingen og morskjærligheten en betingelse for selvrealisering, i følge Honneth (2007). Her finner vi igjen den kulturelle verdihorizonten som posisjonerer mødre som ansvarlige for den evnen vi som voksne har til å realisere oss selv; den store fortellingen om 'mother-blaming'. Honneth (2003:119) er selv kritisk til at samfunnsforskningen har undervurdert «den hårdnakkethed, hvorved religiøse overbevisninger og metafysiske meningsforventninger, kort sagt

orienteringen i retning at de «store fortællinger,» sad fast i den sociale dagligdagsbevidsthed.» Forståelsen hans av morskjærligheten som den store fortellingen om «Det naturligste av verden» (Badinter, 1981) kan føre til at mødres «evaluative egenskaper» som «moralske vissheter» (Honneth, 2007:241) reproduseres både i filosofien, samfunnsfagene og i den sosiale dagligdagsbevisstheten.<sup>159</sup> Jeg problematiserer Honneths kjærlighetsbegrep ytterligere når jeg drøfter foreldrekraften som kjærlighetsprosjekt. Før det vil jeg se nærmere på foreldrekraften som verdighetsprosjekt og anerkjennelsesbetingelsene de møter når de kjemper for å rekonstruere seg som gode nok foreldre.

### ***Om verdighet***

Det er primært den sosiale verdsettingen som står på spill, når foreldrene kjemper for anerkjennelse. Honneth (2007:143) kaller uteblitt sosial verdsetting for «fornærmelse» eller «nedverdiggelse» og den truede personlighetskomponenten er subjektets verdighet (ibid:139). Han knytter verdigheten til muligheten for selvrealisering og autonomi, men understreker samtidig betydningen av fellesskapet og vår gjensidige avhengighet av hverandre; det er «en vekst i individualitet og sosial inklusjon som samlet sett indikerer et fremskritt i den sosial anerkjennelsesatferden» (ibid:239, min understreking).<sup>160</sup> Honneth (ibid:131) hevder at sosial verdsetting er «en særlig krevende form for verdifellesskap som rommer enhver form for anerkjennelse» fordi det forutsetter «symmetrisk verdsetting mellom individualiserte (og autonome) subjekter (...) Vi kan nemlig bare virkeliggjøre våre felles mål hvis jeg selv aktivt sørger for at den andre personens fremmedartede egenskaper kan få utfolde seg» (ibid:138). Sosial verdsetting handler altså om gjensidighet og symmetri mellom personer med ulike egenskaper; egenskaper som må få utfolde seg for å kunne nå felles mål. Både den enkeltes integritet og det felles målet må ivaretas for at verdighet skal kunne erfares.

---

<sup>159</sup> Thomas (2012) problematiserer også at Honneth ikke behandler barnet som som subjekt, men kun som objekt og mottakere av kjærlighet.

<sup>160</sup> Frihetsbegrepet og autonomikravet er i følge Honneth etter hvert blitt forvrengt fra et behov for autentisk selvrealisering til et krav om det – knytt til «den «romantiske individualismens»(...) selvfølgelige bakgrunn for våre livsprosjekt» (Pedersen, 2009:11). Denne forvrengningen forklarer for Honneth «den aktuelle bølgen av depresjoner i vestlige land» (ibid).

Filosofen Odin Lysaker (2011:118) argumenterer for at det i tillegg til Honneths vektlegging av subjektive erfaringer også bør legges til grunn «en *eksistensiell* forståelse av anerkjennelse og menneskeverdets forankring.» Denne forståelsen må knyttes til det kroppslige eksistensielle grunnvilkåret «fordi kroppen nettopp er *felles* og *ufravikelig* for alle mennesker» (ibid:119). Gjennom denne utvidelsen blir det enklere for meg å forholde meg til Honneths kobling mellom fellesskapets sosiale verdsetting av subjektene på grunn av deres ytelser for fellesskapet; det blir de potensielle ytelsene i kraft av å ha en kroppslig eksistens som verdsettes – dermed er koblingen til det universelle menneskeverdet også ivaretatt.

Gjennom menneskerettighetserklæringen er vi alle tillagt en generell iboende verdighet knyttet til autonomi, personlig integritet og rettigheter (Frost, 2009). Dersom et menneskes individuelle rett til selvstendige valg for å ivareta den personlige integriteten skal tas på alvor, må det undersøkes hvilke verdier som er av betydning for at den enkelte skal erfare at verdigheten er ivaretatt (ibid). Frost (ibid:112) gjør rede for sammenhengen mellom krenkelse og verdighet ved å ta utgangspunkt i integritetsbegrepets opprinnelse. Han argumenterer seg fram til en konkretisering av integritet til å «ikke være krenket.» Dette er nedfelt som et lovpålagt krav til tjenesteytere «om ikke å krenke,» understreker han (ibid).

Margareta Edlund (2002) har gjort en diskursanalyse av begrepet verdighet slik det er brukt i ulike studier. Hun konkluderer med at det er et dynamisk og kulturelt begrep – med personlig innhold. Verdighet inneholder tre dimensjoner: en absolutt knyttet til det å være menneske; en relativ knyttet til individuelle verdier og en knyttet til rang og sosial status.<sup>161</sup> Frost (2009) knytter sitt generelle verdighetsbegrep til menneskerettighetserklæringen og framhever verdier som autonomi, personlig integritet og rettigheter. Edlund (2002:125) finner, i tillegg til disse verdiene, også ansvar, plikt og «tjänande av sin nästa». I anvendt forskning gis verdighet altså et relasjonelt mer enn et individuelt innhold.

---

<sup>161</sup> Den siste trekker hun ikke med seg videre i avhandlinga.

I følge Edlund (ibid) inneholder den relative verdigheten individuelle verdier som er hierarkisk ordnet etter hva den enkelte tillegger størst betydning. Det er denne indre følelsen av verdighet som må vektlegges. Når verdiene som den enkelte setter høyt «inte vises aktning opplever människan att hennes värdighet kränks,» påpeker hun (ibid:61). Edlund (ibid:66) finner noen verdier som framheves: å kjenne seg akseptert, respektert og elsket; betydningsfull og nyttig; å ha kontroll og valgmuligheter over eget liv og å få være det mennesket man ønsker å være. Alle de nevnte verdiene har relevans for det jeg legger i begrepet foreldreverdighet. Å «inte vises aktning» kan være gjennom direkte krenkelse, men også ved fravær av anerkjennelse. Edlund viser gjennom sin egen empiriske forskning fra eldreomsorgen, hvor viktig særlig kjærlighet og sosial verdsetting er for erfaring av verdighet.

Den tette sammenhengen mellom verdighet, anerkjennelse og krenkelse skulle dermed være synliggjort og jeg vil nå drøfte de krenkelsene foreldrene uttrykker seg emosjonelt sterkest i forhold til. Det er den subjektive opplevelsen av krenkelse som må tillegges betydning fordi «tidligere tiders fasitsvar» for lengst er forlatt, hevder Frost (2009:112).

### ***Verdighetsprosjektet; andre-ankjennelse og foreldrekraft***

Honneth (2007:144) mener den følelsesmessige reaksjonen «kan klargjøre for den enkelte at han blir nektet bestemte former for anerkjennelse.» Det er sterke emosjonelle uttrykk knyttet til erfarte krenkelser i mitt materiale. SOLVEIG begynner å gråte når hun tar innover seg at ekskluderingen av henne, ikke nødvendigvis var *sånn som det skulle være*. ODA sukker og viser sorg når hun forteller hvor vanskelig det var å bli utestengt fra datterens behandling. HANNE forteller hvordan det *bruste i hele henne* når hun opplevde at hennes evne til tilknytning ble stilt spørsmål ved. FINN kommer opprørt tilbake til hvordan *å ikke bli sett som ressurs* gjør det vanskelig for ham å være den aktive og tilgjengelige faren han vil være, mens INGER er litt sint når hun forteller om datterens ekskludering fra en samtalegruppe fordi det var søsteren og ikke foreldrene som var psykisk syk. Den emosjonelle styrken i EVAs utsagn om at hun er blitt behandlet som en *kriminell* i psykiatrien, forteller meg at dette har vært svært krenkende erfaringer. Sorgen over tillitsbruddet ved bekymringsmeldingen til barnevernet ledsages av gråt og dype sukk når MONA forteller. Honneth (2007:145) nevner

negative følelser som skam, raseri og forakt som reaksjoner som kan fortelle individet at det er blitt krenket; affekten er «det psykiske mellomleddet som gir den berørte personen kognitiv informasjon om sin sosiale situasjon slik at den rene erfaringen kan gå over i aktiv handling.»

Nafstad (2009:54) er derimot kritisk til Honneths vektlegging av den emosjonelle styrken:

..et individs opplevelse av ringeakt er en opplevelse eller fornemmelse av at andre har en negativ eller foraktfull holdning eller vurdering av noe som er av verdi eller på annen måte er viktig for individet, og som anses for å være knyttet til individet på en slik måte at det oppleves som en del av ens personlighet eller «identitet», om man foretrekker det ordet. Om vi betrakter en følelse som et uttrykk for en slik relasjon til omgivelsene, ikke bare som en rent indre mental tilstand, vil vi kunne se at den moralske betydningen av den opplevde krenkelsen ikke kan sees uavhengig av den moralske betydningen av den gjenstanden eller egenskapen som blir nedvurdert av andre.

(Nafstad, 2009:54).

Her er igjen Edlunds (2002) begrep «relativ verdighet» og «verdihierarki» sentralt; foreldre-barn-relasjonen har stor moralsk betydning for foreldreidentiteten. Når foreldreidentiteten krenkes, er det en sentral verdi i foreldrenes liv som krenkes. Jeg vil senere ta opp betydningen av at «gjenstanden»; nemlig barnet, nedvurderes og hvordan dette også krenker foreldrene. Her er det imidlertid foreldrenes «egenskaper» som oppleves nedvurdert. Den sentrale moralske betydningen av å være gode nok foreldre, er den egenskapen foreldre opplever å bli nedvurdert på. Ikke at de intensjonelt nedvurderes av andre (det skjer også), men 'mother-blaming' som den dominante forståelsen de også selv har internalisert, gjør dem spesielt krenkbare. Nafstad (2009:59) identifiserer at ringeakt for det han kaller «metafysiske objekter» er spesielt krenkende. Han trekker her inn objekt som er ladd med religiøs betydning, men det er ikke urimelig å tillegge foreldre-barn-relasjonen en slik metafysisk dimensjon.

Forventningen om gjensidig anerkjennelse, beskriver Honneth (2003:37) som «den normative forudsætning for al kommunikatív handlen.» Han hevder videre at: «Fordi erfaringen af den sociale anerkendelse udgør en betingelse, hvorpå menneskenes identitetsudvikling som helhed beror, ledsages dens udeblivelse, altså foragten, nødvendigvis af en følelse af et truende

personlighetstab» (ibid:38). Løgstrup (1991:20) understreker at «der er selvudlevering i all kommunikation». Slik blir det lettere å forstå at uteblitt anerkjennelse av foreldrene som ressurs erfares som «afvist selvudlevering» og innebærer en moralsk dom, er krenkende og blir truende for foreldreidentiteten. Jeg vil nå se nærmere på anerkjennelsesbetingelsene for å erfare selvrespekt i sfæren for rettslig aktelse.

### **Å få være moralsk tilregnelig**

Med denne forståelsen av anerkjennelse er det interessant å drøfte en av RITAs erfaring av å ha fått krenket sine rettigheter og plikter som mor. Selv om RITA er blant informantene i en inkludert posisjon, har hun opplevd sin foreldreverdighet krenket i forbindelse med psykiaterens ønske om å starte medisinerer hvor datteren trekkes inn i en diskusjon RITA mener hun ikke skulle ha deltatt i. Etter hennes forståelse av godt foreldreskap er det de voksne som skal avgjøre viktige spørsmål for et ungt og sykt barn. Psykiaterens atferd gjør det umulig for henne å handle i tråd med denne overbevisningen. Med Honneths (2007:147) ord erfarer hun å bli «nedslått av en følelse av manglende egenverdi fordi dets interaksjonspartnere bryter med moralske normer som lot subjektet framstå som den personen det ønsker å være på bakgrunn av sine jeg-idealer.» Hun kan heller ikke protestere eller utvise noen umiddelbar form for motstand fordi hun er låst av at datteren er deltaker – og har godtt ekspertens behandlingsforståelse. Slik utsettes hun også for symbolsk vold. RITA mener Randi er for ung til å skulle bære slike avgjørelser og konsekvensen er en krenkelse av hennes eget morsbilde – hun forhindres i å utøve det hennes «jeg-idealer» pålegger henne å gjøre.

RITA hadde ingen erfaring med å ha fått krenket sin foreldreverdighet tidligere. Hun hadde en uforbeholden tillit til ekspertenes kompetanse og gode hensikt og var vant til å bli anerkjent som god mor. Hennes «samarbeidshistorie» (Uggerhøj, 2010:37) var preget av andre- anerkjennelse. Direkte, gjennom ytringer, men også gjennom blikk og gester; det Honneth (2003:110) kaller «det ekspressive uttrykket», av helsesøster, lærere og terapeuten på BUP. Men hun er også selv- anerkjennende. Hun ser tilbake på Randis og de andre 'normale' barnas oppvekst og bekrefter seg selv på at hun har forholdt seg 'riktig' til sin egen forståelse av godt moderskap. Krenkelsen kommer overraskende på henne, fordi hun har tatt det som en

selvfølge at foreldre bestemmer over barn; det er både hennes moralske og rettslige forståelse. Willig (2003:18) skriver: «I rettsforhold kan det skade eller endda ødelægge selvagtelsen hos subjektet, hvis den moralske ansvarlighet som rettighedsbærer bliver ignorert.» Selv om hendelsen RITA er opptatt av kan karakteriseres som liten og ubetydelig, erfares den som krenkende. Willig (2003:19) understreker at «...der er ingen grænser for, hva der kan karakteriseres som krænkelser.»

Honneth (2007:142) legger stor vekt på konsekvensene av «å bli nektet sosialt gyldige rettskrav [fordi det] betyr at den enkelte ikke får innfridd sin intersubjektive forventning om å bli anerkjent som et subjekt som er i stand til å foreta moralske vurderinger.» Når denne forventningen ikke innfris, «impliserer det at personen ikke er moralsk tilregnelig i samme grad som de andre samfunnsmedlemmene» (ibid). Hvis vi her tenker at disse «andre samfunnsmedlemmene» som man ikke får samme rettigheter som, er foreldre til barn med andre lidelser, viser materialet mitt at foreldre til barn med psykiske vansker utsettes for en nærmest systematisk forskjellsbehandling. Når det gjelder posisjonene foreldrene plasseres og plasserer seg i, finner jeg ingen forskning som viser at foreldre til barn med somatiske lidelser plasseres i ekskluderte posisjoner. Informasjon om barnets tilstand, behandling og utviklingsmuligheter kommuniseres direkte til foreldrene,<sup>162</sup> det overlates ikke til barnet selv slik mine informanter formidler som utstrakt praksis. Jesper Juul (2003:103) mener tvert i mot at den koordinatorrollen mange ufrivillig er tillagt, er en rolle de skal og bør ha som en del av foreldreoppdraget for å sikre barnet samordnet hjelp fra de mange ulike aktørene. Her synes de ulike konstruksjonene av ‘psykisk sykt barn’ og ‘somatisk sykt barn’ å ha stor betydning.

For RITA ble konsekvensen av «rettighetsberøvelsen» en utvidelse av krenkelsen: Randi avviser henne, holder tilbake kjærlighet og nærhet og anklager foreldrene for ikke å være glad i henne når de ikke umiddelbart vil la henne begynne med antidepressiva. Hun mister for en

---

<sup>162</sup> Det er et stort tema blant foreldrene til barn med funksjonsnedsettelse at de er bekymret for hvordan myndighetsalderen på 18 år vil slå ut i forhold til barnets rettigheter (Haugen mfl, 2012). Det er ingen som tematiserer bekymring for at de ikke lenger får være deltakere og heller ingen som forholder seg til 16-årsgrensa som myndighetsalder innenfor helse-lovgivningen.

periode anerkjennelsesformen kjærlighet fra den syke datteren som en sentral bekreftelse på sin vellykkede morsidentitet og det Segal (2001) kaller barnet som bekreftende selvobjekt.

Gjennom den erfarte krenkelsen av deres foreldrerettigheter – og plikter, skapes det en motivasjon hos RITA og mannen til å protestere. Dette kommer tydelig fram i den dialogiske gjennomgangen hvor hun prøver ut argumentasjonen mot medisinerer som de er prinsipielt motstandere av. Men de tilpasser seg ekspertens råd og Randis forventning, og begynner medisinerer. Det er rimelig å tenke seg at om hun får det bedre og friskner til, oppleves det som en anerkjennelse som også styrkes av at de er 'gode foreldre' for BUP og opplever seg bekreftet. Tilpasningen deres er ikke et uttrykk for at de ikke mestrer situasjonen; den er et aktivt valg - i den grad man kan snakke om et egentlig 'valg' når ekspertene formidler hva som er den beste behandlingen og barnet lider. Den krenkede foreldreverdigheten i den manglende anerkjennelsen, blir med Lindqvist og Nilstuns (2007) kategorier en gjenopprettet foreldreverdighet. De to forfatterne peker på betydningen av tid for at foreldrene skal kunne «standing up for themselves» etter å ha opplevd en krenkelse. Det at foreldrene ikke måtte ta avgjørelsen på informasjonsmøtet, gav dem den nødvendige avstanden til å gjøre sine vurderinger.

### **Hva sier jussen?**

Anerkjennelse gjennom å realisere foreldrenes juridiske og moralske rettigheter og dermed ivareta deres selvrespekt, synes i et flertall av fortellingene å være et kritisk område for erfarte krenkelser. Informantene vet ikke at alderen mellom tolv og seksten år juridisk sett gir mulighet for å ekskludere foreldre når det gjelder helsespørsmål, mens det innenfor barnehage, skole og PPT er en selvfølge at foreldre har ansvar og plikter som i stor grad er i tråd med Lov om barn og foreldre. Innenfor skolen, som alle har et forhold til, er det praksis at foreldre aktivt innkalles til konferansetimer og foreldremøter. Slik er det også i forhold til helsestasjonen, skoletannlegen og frivillige organisasjoner – initiativet til møter og samarbeid kommer fra de ansvarlige for tiltaket. Slik ser det ikke ut til å fungere når det gjelder BUP utover innhenting av informasjon i utredningsfasen. Vedeler (2011:272) beskriver denne tradisjonelle tilnærmingen til foreldre i BUP med at de har vært behandlet som informanter



hvor kunnskapen blir hentet fram på behandlernes premisser. Initiativene til samarbeid synes i stor grad å komme fra foreldrene, slik også Sverdrup mfl (2007) finner. Det er altså grunn til, på gruppenivå, å spørre om foreldres juridiske retter anerkjennes i møter med psykisk helsevern for barn og unge. Dersom dette ikke er ivaretatt, kan det innebære at foreldres selvrespekt står i fare for å svekkes. Når informasjonen om lovverkets muligheter for å begrense foreldredeltakelsen heller ikke er formidlet til foreldrene, er dette en ytterligere krenkelse.<sup>163</sup> Noe av det som skjedde med RITA sitt tap av foreldreverdighet i møtet med psykiateren, kan knyttes til manglende kunnskap om de juridiske begrensningene på foreldres rettigheter innenfor dette feltet; en kunnskap ingen av foreldrene i studien hadde. Mens Lov om barn og foreldre (§ 33) er klare på myndighetsalder og attenårsgrænse for foreldrepliktene, opererer helselovgivningen med et skille ved seksten år for samtykke til helsehjelp og taushetsplikt overfor foreldre (Helse- og omsorgstjenesteloven § 22 andre og tredje ledd). Paragraf 3- 4 – andre ledd i Pasient- og brukerrettighetsloven reduserer foreldres rett til informasjon når barn er mellom 12 og 16 år, men Helsedirektoratet (2008:42) understreker at: «Det psykiske helsevernet for barn og unge har plikt til å samarbeide med og informere foreldre når pasienten er under 16 år.»<sup>164</sup>

Når barn og unge blir brukere av spesialisthelsetjenesten, kan det oppstå situasjoner hvor det blir konflikt mellom ivaretagelse av barnets verdighet i form av pasientrettigheter, autonomi og personlige integritet og foreldreverdigheten. Det kan igjen føre til problem med å få ivaretatt barnets rett til å få «forsvarleg oppseding og forsyting (...) omsut og omtanke» i tråd med det § 30 i Barnelova sier at den med foreldreansvaret «er skyldige til å gje barnet.»

Det kan være vanskelig å avgjøre hvem som er 'bruker' og har rett til brukermedvirkning og den medbestemmelsen denne retten åpner for. Grunnlagsdokumentet for BUP, «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (Helsedirektoratet, 2008b) presiserer at

---

<sup>163</sup> En krenkelse de ikke erkjenner og som heller ikke fører til den affektive opplevelsen av krenkelse som kunne ført til handling. Dette er en sentral kritikk av Honneths anerkjennelsesteori (Bugge mfl., 2009:4): Er det bare den erkjente krenkelsen som er krenkende? Hva med grupper som ikke har kunnskap om rettighetene sine og dermed ikke erfarer seg krenket?

<sup>164</sup> For en nærmere diskusjon av de juridiske bestemmelsene vises det til «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (Helsedirektoratet 2008b:80-87).

«Brukerne i tjenester rettet mot barn og unge er definert som barn, unge og deres foreldre» (ibid:13). Det anbefales også at utrednings- og behandlingsvirksomheten «gjennomføres i tett samarbeid med pasient og familie» (ibid:23).

Når barn legges inn på sykehus, gjelder Spesialisthelsetjenestelovens § 6-2 om at barn til de er atten år har rett til å ha en av foreldrene sammen med seg. I gjeldende forskrift til denne paragrafen understrekes det at virkeområdet er hele spesialisthelsetjenesten (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 2). CECILIE og RITA kan fortelle om innleggelse sammen med barna når de har fått påvist sine somatiske diagnoser; FINN og FIONA peker på at de ble lagt inn på sykehuset sammen med barna med den største selvfølge når de hadde skadet seg. Som MORTEN og MONA undrer de seg over at ikke mor får være med når fjortenåringene deres legges inn på sykehus for behandling av psykiske lidelser. Ingen av barna som ble innlagt, heller ikke Mia som motsatte seg innleggelse, fikk tilbud om å ha foreldrene sammen med seg på sykehuset. Slik ble deres, men også barnets juridiske retter krenket og foreldreverdigheten ytterligere utsatt for fare.

### **Posisjoner som anerkjennelsesbetingelser**

Det er ikke bare direkte krenkelser som truer selvet, men også uteblitt anerkjennelse. Det er særlig behovet for sosial verdsettelse som er i spill i samarbeidet med BUP. Denne tjenesten kan anses som sfæren for et større sosialt fellesskap de ønsker å inngå i. Ønsket om deltakelse er primært et behov for å bidra til rehabiliteringen av barnet. Slik jeg har analysert det, må det også knyttes til behovet for å erfare den nødvendige andre-ankjennelsen. Ved anerkjennelse gjennom solidaritet fra andre som en selv anerkjenner, påvirkes betingelsene for selvverdsettelse. De fleste foreldrene i studien posisjoneres som informerte i samarbeidet med BUP. Her får de vite litt om hva behandlerne jobber med, hva de tenker framover og eventuelle nye tiltak/behandlingsformer de har bestemt seg for i fagteamet. Det er ikke rom for gjensidighet og dialog i denne typen samarbeid; det er eksperten som formidler til pasient og pårørende. Den emosjonelle reaksjonen som Honneth (2007) og Løgstrup (1993) tillegger positiv betydning for å avsløre krenkelser, blir ofte patologisert innenfor psykisk helsevern. Hafstad og Øvreide (2011:135) velger eksplisitt å fortolke foreldrenes uttrykk for misnøye

med behandling og tilrettelegging av skolehverdagen som en form for forsvarsmekanisme: «Uten å underkjenne en [slik] realistisk forståelse, ser vi det her som en naturlig bevegelse som holder personen utenfor skyldfølelse. Det er en psykologisk overlevelsesstrategi.» Slik ligger de nær det Vedeler (2011:281) kaller «avdekkende behandling» hvor psykiatrien tradisjonelt har vært «ute etter å avsløre noe negativt som bevisst eller ubevisst søkes skjult.» Målet med å trekke inn foreldrene er at de skal være «utviklingsstøtte» (Hafstad og Øvreide, 2011) for sine syke barn ved å gjennomføre det som er bestemt. Dette kan være gode bidrag til barnets rehabilitering, slik vi så med Frida. Foreldrenes innsats anerkjennes kun indirekte gjennom at de ser at hun kommer seg, direkte gjennom at mor og far anerkjenner og støtter hverandre i det vanskelige oppdraget og etter hvert av Frida selv når hun deler sin forståelse av tilfriskningsprosessen med dem og formidler at de er gode foreldre.

Med støtte i egne funn, mener jeg Lundqvist og Nilstun (2007) mangler en kategori i sin analyse av foreldreverdighet: foreldre som kjemper for anerkjennelse gjennom «standing up for themselves,» men avvises. Deres kategoriseringer fører til at ekspertenes makt underkommuniseres når de forklarer ‘knust’ foreldreverdighet ved at foreldrene ikke har ‘reist seg’ eller ikke har reist seg nok. Når vi ser på MORTEN og MONAs historie, blir de forsøkt disiplinert av BUP og barnevern til å gjøre den profesjonelle konstruksjonen til sin. Det er gjennom interaksjonspartnerne uteblitte respons det gjøres umulig for dem å gjenopprette verdigheten. Det samme kan vi finne i EVAs historie i forhold til psykiatrien. KARI og KNUT, CECILIE, ANNA og INGER og IVAR sine fortellinger om barnas skolesituasjon, er alle historier om kamper for anerkjennelse gjennom kampene for barnets livskvalitet som mislykkes – etter deres og min fortolkning på grunn av mangelfull respons, ikke på grunn av mangelfull foreldreinnsats. Verdighetstapet er her knyttet til at foreldrene ikke møter solidaritet i det fellesskapet de ønsker å inngå i med andre aktører som er betydningsfulle for barnet. De anerkjennes ikke for de ferdighetene de faktisk har fordi de, på grunn av den dominante konstruksjonen av ‘psykisk sykt barn’, tilskrives mangelfulle foreldreegenskaper.

FINN kjemper for å rekonstruere seg som god nok far. Hadde BUP behandlet dem som ressurs og involvert dem i behandlinga kunne de ha klart jobben hjemme, mener han. Men han valgte å ikke ta kampen, tilpasset seg ekspertenes avgjørelse, leverte Frida på sykehuset

og mistet muligheten til å være en slik far han ville være. Med Lundqvist og Nilstuns (2007:226) terminologi kan man påstå at foreldreverdigheten hans ble «violated by himself». Dette er en påstand som må diskuteres, noe FINN også gjør gjentatte ganger ved at han tematiserer behandlernes posisjonering av dem kun som informerte foreldre, og ikke som den ressursen han visste de var. Påstanden om at han krenket seg selv blir for individorientert. Det er i et samspill mellom behandlere og foreldre han tilpasser seg implisitte forventninger om hvordan han som far til et psykisk sykt barn skal oppføre seg. Krenkelsen han utsettes for, er en form for 'symbolsk vold'; han kjenner intuitivt til og tilpasser seg den rollen som BUP like intuitivt ser som naturlig for ham (Aamodt, 2003).

### **Å være usynlig**

Honneth (2003:98-104) peker på det spesielle fenomenet 'usynliggjøring' ved at de dominante overser de dominerte og gjennom dette utøver en subtil form for ydmykelse. Usynliggjøringen innebærer en «ikke-eksistens i social betydning.» Den dominante har en «indre disposition, som ikke gjør det muligt at oppfatte denne særlige person» (ibid:98). Ved å overføre dette særlig til den ekskluderte, men også informerte posisjonen foreldre plasseres i i forhold til barne- og ungdomspsykiatrien og skolen, kan man si at de profesjonelle vet at foreldrene finnes. Generelt er 'foreldre' erkjent som viktige personer i sine barns liv, samtidig erfarer mange å ikke bli sett; verken gjennom fysisk tilstedeværelse eller sosial verdsetting. De foreldrene som sitter i bilen eller på venterommet mens barnet er inne til behandlingstimen, er 'ikke-erkjente', og kan heller ikke anerkjennes. Det er ekspertens «indre disposition» som styrer blikket uten kunnskap om at foreldrene opplever seg oversett og usynliggjort. I materialet er det et stort tema at foreldrene ikke opplever seg anerkjent som subjekt; for sin egen del, men primært som ressurs for barnets del.

Eksklusjonen foreldrene erfarer, kan med Fjørtoft (2009:77) sies å være en «utematisert urettferdighet som bryter med borgernes rettigheter.» Men det er ikke bare selvspekten som står i fare; også selvverdsettelsen er utsatt fordi det er gjennom å bli intersubjektivt synlig og verdsatt at verdigheten som foreldre og subjekt kan ivaretas. Selv-ankjennelsen er avhengig av andre-ankjennelsen. For å erfare seg som gode nok må de bekreftes som gode nok. De

foreldrene som opplever seg anerkjent, beskriver dette med at de *ble sett*. Synliggjøringen innebærer mer enn den «individuelle identifikasjon, idet det gjennom tilsvarende handlinger, fagter eller mimik (...) bliver taget til etterretning på en måte, der passer til omstendighetene (Honneth, 2003:103).

Det spesielle ved omstendighetene når et barn blir pasient ved psykisk helsevern for barn og unge, er spriket i forståelsen av situasjonen; et sprik som ofte forblir uavklart og uartikulert. Hafstad og Øvreeide slår fast at:

Både fagfolk og andre mener at det først og fremst er barnets omsorgspersoner som er ansvarlige for barnets utvikling og trivsel. Følgelig vil foreldre, både av omgivelsene og av dem selv, bli oppfattet som en sannsynlig årsak til at barnet ikke trives eller utvikler seg tilfredsstillende, eller at de opprettholder barnets problemer

(Hafstad og Øvreeide, 2011:136).

De er opptatt av hvordan dette skyldspørsmålet blir liggende uavklart fordi behandlere ikke vil påføre foreldre skyld, miste behandlingsalliansen eller fordi de selv har et behov for å bagatellisere for å slippe unna en vanskelig situasjon (ibid:137-138). Dette kan føre til en «skjult kamp om skyld og ansvar» som må artikuleres ellers vil de «oppretholdes og kunne undergrave de tiltakene som iverksettes,» slår de fast (ibid:137). Blant mine informanter er det kun ODA som har fått skikkelig hjelp til å artikulere skyld og ansvar; hun har blitt møtt av en profesjonell som har «latt den andre slippe til» (Løgstrup, 1991:23). Gjennom dette har hun blitt synlig – og anerkjent.

### **Å bli synlig**

Foreldre i inkluderte posisjoner formidler hvor lite som skal til for at de skal erfare seg sett og anerkjent. Honneth (2003:104-109) betegner det «Å bli synlig» som den elementære formen for anerkjennelse. Kun gjennom interaksjonspartnerens ekspressive uttrykk for at man er tatt «positivt til etterretning (...) er han eller hun sosialt anerkjent» (ibid:106). I dette ekspressive uttrykket ligger det symbolske signal om «den slags oppførsel, som adressaten legitimt har lov til at forvente» (ibid:110). Etter at den gjensidig anerkjennende relasjonen

mellom INGER og læreren er etablert, trenger hun kanskje to minutt hver morgen for å informere om Isabells dagsform. HANNE og RITA forteller begge om artikulert bekreftelse på at de skal følge sin intuisjon og at de opplever å kunne ta kontakt ved behov. Når Kristian «blir sett» av den nye læreren, bli han trygg og trenger ikke assistent lenger og KARI sier at skolen også kommuniserer med dem som foreldre; men det er knapt nødvendig lenger. MORTEN og MONA forteller at innsatsen deres «ble sett» på Familieavdelingen; tilpasningene på grunn av datterens tvangsproblematikk blir ikke diskvalifisert som manglende grensesetting, men anerkjent som gode strategier. Beskrivelsene av å oppleve seg sett og anerkjent etter å ha erfart krenkelser og ulike grader av eksklusjon, er ledsaget av positive følelser og lettelse. De tar det ikke lenger som en selvfølge at gjensidig anerkjennelse er «den normative forudsætning for al kommunikativ handlen» (Honneth, 2003:37) og blir positivt overrasket over å møte anerkjennelse igjen.

Gjennom å møte interaksjonspartnere som anerkjenner og verdsetter dem, innsatsen og engasjementet deres, gjenoprettes ikke bare foreldreverdigheten, men håpet om tilfriskning styrkes. Og det er nettopp dette håpet som holder dem oppe; «that keeps them going» som Nelson (2002:529) understreker. Når profesjonelle støtter opp under og gir næring til håpet, blir foreldrekraften styrket. Når de samtidig opptrer åpent og inngår i dialog med foreldrene hvor de deler sin forståelse med dem, kan de bidra til å gi foreldrekraften en mest mulig hjelpsom retning. Dialogen med foreldrene vil også kunne gjøre den direkte terapien i forhold til barnet mer hjelpsom.

### **Fra erfart krenkelse til aktiv handling**

Materialet gir ikke grunnlag for å si at foreldredeltakelse bedrer barnets prognose: Frida kommer seg når hun ligger på sjukehus et halvt år, mens Hilde trenger mye lenger tid for å bli frisk selv om hele familien får et tilbud. Det materialet derimot gir ny kunnskap om er sammenhengen mellom deltakelse, anerkjennelse og foreldreverdighet. MORTEN og MONA er de foreldrene som har deltatt på flest møter, uten å erfare at BUP anerkjenner dem som ressurspersoner for datteren. De har derfor lett andre steder; både etter hjelp til henne og etter bekreftelse på seg selv som 'gode nok'. Utøvelsen av ekspertrollene de har møtt, har vært av

sentral betydning. Mens Familieavdelingen og brukerorganisasjonen ANANKE har anerkjent dem, sett kjærligheten, innsatsen og kunnskapen deres, har BUP en helt annen tilnærming. Vi husker MORTENS kamp for at Mia skal få et samtaletilbud og BUP-lederens avvisning av dette med henvisning til at det er BUP og ikke pasient og foreldre som vet hva som «virker». Den direkte krenkelsen i denne irettesettelsen er en nedverdigelse av Mia som gjøres til et objekt uten innsikt i egne behov, og av foreldrene som behandles «som en legemlig-sjælelig mekanisme, han [hjelperen] skal have til at fungere og fungere riktig» (Løgstrup, 1991:76). Løgstrup knytter slik atferd til en faglig selvsikkerhet bygd på «dens videnskabeligt sikrede fundament» (ibid) og helpere som ikke er i stand til å utøve skjønn. I sin analyse av livsytringen tillit, hevder han at å ikke la den andre slippe til, men «søge at hindre det med sin mistænksomhed, med sin antipatis billed af ham eller hende, er livsfornægtende» (ibid:23).

Som i tilfellet med RITA og medisinerer av datteren, er det ikke foreldrenes kamper som anerkjennes av helpetjenestene; det er deres tilpasning. Berman og Wilson (2009) viser også hvordan ekspertenes anerkjennelse av foreldre som «effective allies» er knyttet til innordning og tilpasning til ekspertenes syn. MORTEN og MONA gjennomfører i begynnelsen det grensesettingsregimet som BUP og barnevernet krever. De håper ekspertenes råd skal være hjelpsomme for datteren, men det er også rimelig å tenke at de søker anerkjennelse som ‘gode foreldre’; en anerkjennelse de kun kan oppnå gjennom innordning. Med Willig (2006:44) kan dette beskrives som at de utsettes for «etisk vold»: de disiplineres gjennom anerkjennelsen istedenfor å utvikles og frigjøres gjennom den.

Noen foreldre opplever at de ikke kan tilpasse og innordne seg uten dermed å svikte barnet; de blir «vigilantes» (Blum, 2007) og utøver det Litt (2004) kaller «advocacy care.» Materialet mitt viser at de ofte er avhengige av andre, mer sosialt anerkjente aktører, for å nå fram med kravene sine. Her henter de også anerkjennelse gjennom sosial verdsetting fra mennesker de selv anerkjenner. Honneth (2007 i Jakobsen 2009:18) kaller denne nødvendige gjensidigheten «tvangen til resiprositet»: Man kan ikke kreve anerkjennelse, uten å gi det. Slik vil kun det som framsettes av den man selv anerkjenner, erfares som anerkjennelse. Dette synes ikke å gjelde krenkelsene; men de erfares som særlig krenkende når de framsettes av interaksjonspartnere man selv anerkjenner.

*Krigeren* EVA mener hun har blitt behandlet som en *kriminell* i psykiatrien. Hun har gjentatte ganger problematisert den omfattende medisineringsen av datteren. Hun nekter å godta psykiaterens praksis, men når ikke gjennom før hun har klart å skape en allianse med fagfolk som kjenner datteren og har større påvirkningsmuligheter. Anerkjennelsen fra disse andre gir henne mot og styrke til ikke å gi opp. Hun inkluderes i et solidarisk fellesskap som verdsetter henne som god mor for dette barnet nettopp gjennom å stå i kampen.

MORTEN og MONA er de foreldrene som må kjempe hardest for å oppnå anerkjennelse som gode nok. Ved at de «motsetter seg» den tilbudte behandlingen fordi de ikke klarer å få Mia inn på sykehuset hvor terapien må foregå, 'mislykkes' de med denne delen av foreldreoppdraget. Etter at BUP har sendt bekymringsmelding til barnevernet og de etter en del strev får tilgang på brevet, kjemper de for å gjenopprette foreldreverdigheten sin. Den manglende anerkjennelsen i at Mia ikke blir sett, at innsatsen fra foreldrene ikke blir sett, at utviklingen ikke er god nok, er en opplevelse av at de «socialt set ikke er synlig for den, man står over for» (Honneth, 2003:103) og innebærer det Lundqvist og Nilstun (2007) kaller knust foreldreverdighet.

Nafstad (2009:55-56) spør om berettigelsen av opplevelsen av krenkelse må trekkes inn i en vurdering: «Er det også slik at folk ofte føler seg krenket på grunn av forhold som det faktisk ikke er rimelig å oppfatte som krenkende?» Han svarer selv ja på dette spørsmålet, uten å tematisere hvem som skal gjøre vurderingen av berettigelse. Her slår det meg at den diagnostiske kulturen innenfor psykisk helsevern sannsynligvis ville føre til avvisning av berettigelse dersom for eksempel klinikere skulle gjøre vurderingen. Mia og foreldrene er dypt krenket av innholdet i bekymringsmeldinga til barnevernet og krever sletting fra journalen av de refererte opplysningene. De er sinte, lei seg og veksler mellom avmakt og 'motstandsattferd.' MORTEN og MONA omsetter følelsen av krenkelse til aktiv handling, også direkte i forhold til datteren - i tråd med Honneths (2007:146) tese om at affektiv spenning som er utløst av krenkelser, er noe «individet bare kan løse gjennom aktiv handling.» De positive erfaringene av egne tilrettelegginger gir dem økt opplevelse av



foreldreverdighet, men løser ikke savnet av sosial verdsetting og anerkjennelse fra de lokale profesjonelle aktørene.

Fra empirikapittelet husker vi psykiaterens brodd i innrømmelsen av at BUP kan ha uttrykt seg uheldig ved indirekte å kategorisere både datteren og foreldrene som folk med psykiske lidelser. De når ikke fram med sin forståelse og motmakten de viser kunne raskt blitt til avmakt, men de gjør som mange andre foreldre til barn med funksjonshemninger (McKeever og Miller, 2004:1183) og inngår i allianser med personer med høyere status enn dem selv for gjennom deres påvirkning å kunne bedre behandlingstilbudet. Gjennom denne innsatsen gjensker de seg selv som verdige foreldre. Samtidig gjør de seg til vanskelige foreldre som ikke vil samarbeide med BUP som «utviklingsstøtte» og tilretteleggere av den anerkjente behandlingen. De velger å avstå fra anerkjennelsen gjennom den sosiale verdsettingen fra BUP fordi anerkjennelsen gjennom kjærlighetsrelasjonen til datteren er mer verdifull. Det er aldri tvil om hvor lojaliteten deres ligger. Når denne lojaliteten patologiseres av BUP og barnevern; når oppdragelsen (manglende grensesetting og den nære relasjonen) kategoriseres som selve problemet, er dette en krenkelse som truer foreldreidentiteten deres. Honneth (2007:140) er opptatt av de omfattende negative konsekvensene krenkelser kan få: «Ettersom ethvert menneskes normative selvbilde (Meads «meg») er avhengig av stadig å kunne stadfestes av den andre, henger erfaringen av ringeakt sammen med en krenkelse som kan føre til at hele personens identitet bryter sammen.» Mørch (2011:40) peker på at mange foreldre til barn med utagerende atferdsforstyrrelser i tillegg til tapt foreldreverdighet, «har mistet selvspekten på andre områder av livet også.»

### **Om makt, avmakt og motmakt**

Edlund (2002:3) slår fast «det faktum att människans värdighet påverkas t.ex. genom det bemötande hon röner inom värden.» I forbindelse med en studie av foreldreinvolvering i undersøkelsesfasen i barnevernet, gjør Uggerhøj (2010) en analyse av maktaspektet i relasjonen mellom profesjonell og klient. Han viser til at de juridiske, faglige og politiske intensjonene om samarbeid mellom brukere og myndigheter vanskelig lar seg realisere fordi møtet er «præget af et ofte usynligt magtspil» (ibid:50). Selv om det er stor forskjell mellom

barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien i mulighetene for maktutøvelse regulert av lovverket, er det usynlige maktspeilet også et funn i min studie. Uggerhøj viser hvordan posisjonene som saksbehandler som 'mektig' og bruker som 'avmektig' på bakgrunn av allmenne sosiale konstruksjoner av hjelper- og mottakerroller, etableres uten utøvelse av makt (ibid:50-59). Gjennom møtene foregår det en 'klientskaping' hvor også klienten selv bidrar gjennom tilpasning og selvdisiplinering. Lundeby og Tøssebro (2008) peker på hvordan intensjonene om brukermedvirkning fra foreldre til barn med funksjonshemninger, ofte ikke erfarer som realisert av foreldrene: De opplever at deres kunnskap ikke tillegges verdi i møtet med ekspertkunnskapen og – posisjonene. Både når det gjelder definisjon av problem og utarbeiding av tiltak erfarer foreldre at de ikke blir lyttet til. Forskerne (ibid:258) konkluderer med at det er nødvendig å etablere forhandlende partnerskap mellom foreldre og profesjonelle aktører for å inkludere foreldrenes kompetanse – samtidig må profesjonelle ha en mer «humble approach to parents.»

Det ligger omfattende makt i de profesjonelles posisjons- og rolletildelinger når foreldre møter psykisk helsevern for barn og unge. At denne makten også er innleiret i selve institusjonen med sine rom for samtaler og terapi og med sin behandlingskultur, gjør foreldrenes muligheter for å utøve motmakt vanskelig. Willig (2006:36) viser til at subjektet ikke bare er avhengig av den andre, men også av «den normative dimension, der behersker anerkendelsesskuepladsen.» Normene påvirker fordi:

Normerne udgør det magtforhold, som subjektet er underlagt og betinget af, når relationen skal etableres. Der sker således en forskydning af det rene møde, da mødet allerede er inficeret af forudbestemte anerkendelsessemantikker, der uafhængigt af subjektets unikke individuation sætter sig som et filter for mødets udfald

(Willig, 2006:36).

De «forudbestemte anerkendelsessemantikker» i psykisk helsevern for barn og unge, er preget av den dominerende konstruksjonen av 'psykisk sykt barn' gjennom 'mother-blaming' og påvirker dermed hva som anses som anerkjennelsesverdige eller ikke. Vedeler (2012:31) mener at BUP tradisjonelt, på bakgrunn av en forståelse av at foreldrene har forårsaket barnets problem, har hatt en praksis som har «handlet mer om påvirkning enn om medvirkning og

samarbeid med familien.» Når man ønsker å påvirke, vil kun 'riktig foreldreatferd' anerkjennes. Det riktige er ekspertens norm; en norm foreldrene gjennom det Willig (2006:44) kaller «etisk vold» kanskje tilpasser seg fordi det er eneste mulighet for å erfare anerkjennelse som gode nok foreldre. Slik er ikke anerkjennelse kun å anse som et gode; det kan også være disiplinerende og bidra til å opprettholde undertrykkende praksiser på grunn av individers ulike mulighetsbetingelser.

Avhengigheten av behandlerne og behandlingstilbudet aktualiseres særlig når familiene er bosatt i utkantstrøk. Fritt sykehusvalg er ingen realitet og privatpraktiserende psykologer finnes knapt utenfor byer og bygdebyer. Motmakten må utøves på en måte slik at ikke barna kan bli skadelidende; den må tilpasses rollene og forståelsene i hjelpetjenestene (McKeever og Miller, 2004:1183). Dette er i tråd med funn Nordahl og Skilbrei (2002) gjør vedrørende hjem-skolesamarbeidet. Når samarbeidet blir vanskelig, tilpasser foreldrene sin atferd til skolen og lærerne med tanke på at konfliktene ikke skal gå utover barnet. Sjøberg og Blom (1993) oppsummerer at særlig mødrene til barn med funksjonshemming er redde for å bli oppfattet som vanskelige. Berman og Wilson (2009) viser nettopp hvordan helsearbeideres diskursive posisjonering av mødre bidrar til å patologisere og diskvalifisere dem; mens mødrenes bekymring ofte faktisk er velbegrunnet.

Hafstad og Øvreeide (2011:148) mener profesjonelles negative kategoriseringer av foreldre kan være «hindringer for at vi ikke får til de endringene vi mener burde ha skjedd.» Vedeler (2012:37) påpeker nødvendigheten av behandlernes refleksjon og endringsvilje i forhold til egen rolle. Han mener det er en forutsetning for vellykket samarbeid med familien fordi «familien og hjelperne deltar i en dialog, der *begge parter* former hverandre» (ibid:40). Han understreker at på grunn av relasjonenes asymmetri, er det alltid den profesjonelles ansvar å gjøre det mulig å etablere dialog.

Vi har sett hvordan MORTEN og MONA erfarer at terapeutene sier fra seg ansvaret for Mias behandling fordi de ikke vil forlate kontoret. EVA opplever at resultatet av hennes uttalte

bekymring for medisineringen av datteren, møtes med økte medisindoser. CECILIE får gjennom datteren vite at det er *hennes* psykiske lidelse som er tema for behandlingen.

Honneth (2007:146) hevder at «De erfarte ydmykelsene skaper en affektiv spenning som individet bare kan løse gjennom aktiv handling.» Opplevelsen av krenkelse fører ofte til økt foreldreinnsats. CECILIE krever overflytting fra barnepsykiatrien til ungdomspsykiatrien; MORTEN og MONA oppretter tett kontakt med brukerorganisasjonen ANANKE, mens EVA gjennom sin bruk av det faglige kontaktnettet bidrar til nedtrapping av medisinene. Kun SOLVEIG synes å bøye seg helt for ekspertens anbefaling og lar Sara flytte på hybel slik psykologen anbefaler; seksten år, deprimert og med liten skoletilknytning, kun med kjæresten som støtte utover samtalene med psykologen hver fjortende dag.

### **I møte med ulike ekspertposisjoner**

Vedeler (2012) understreker at hjelper-klient-relasjonen er asymmetrisk fordi den profesjonelle har større generell kunnskap om saksfeltet. Kari Martinsen (2005:135-167) er opptatt av at hjelperen kan falle i to ulike grøfter som begge fører til at hun blir likegyldig og klienten maktesløs; gjennom «sentimentalisering» hvor egne følelser som vekkes i situasjonen blir fokus, eller gjennom «paternalisme» hvor det alltid er yrkesutøveren som vet best. Hun beskriver paternalisme som «en form for ekspertisemystikk og bedrevitenhet fra yrkesutøverens side» (ibid:145). Hun tar likevel til orde for at det skal utøves en «svak paternalisme» i behandlingsrelasjoner; en paternalisme som er sensitiv for pasientens livsytringer og utleverthet til hjelperne gjennom det faglige skjønnet (ibid:147). Det er nettopp en slik tilnærming informantene i min studie etterlyser tidlig i prosessen. De vil gjerne ha konkrete råd som generelt har vist seg hjelpsomme for barn med tilsvarende diagnoser– som de så selv velger om, og hvordan, de vil prøve ut i forhold til sitt eget barn.

Björk (2008:36) peker på makten foreldre til barn med kreft opplever å møte i ekspertkunnskapen; i sin avhengige situasjon har de ikke noe annet valg enn å stole på de ansatte. Uggerhøj (2010:57) poengterer at ekspertmakten kan gjøres produktiv gjennom

«rekonstruksjon.» I dette legger han at de profesjonelle må bli bevisst sin maktposisjon og ha en kontinuerlig kritisk analyse av egne handlinger for å bli oppmerksomme på inngrodde forståelser og praksiser som lukker for faktisk medvirkning. Vedeler (2012:44) er i forlengelsen av dette opptatt av hvordan kravet om evidensbaserte og effektive behandlingsformer gir nye ideer og tilnærminger «trange vekstvilkår.» Han tar sterkt til orde for at barne- og ungdomspsykiatrien må frigjøre seg fra den medisinske modellen<sup>165</sup> fordi vellykket hjelp «forutsetter en rolle for klienten/familien mer som en aktiv medarbeider i et felles prosjekt, enn som en gjenstand for behandling» (ibid:43).

Benedichte Rappana Olsen (2008) tar utgangspunkt i Clausen (1995:30 i Olsen, 2008:210) og beskriver kommunikasjon med ikke-ankjennende holdning som «diskvalifiserende kommunikasjon». Alle foreldrene i min studie som ikke er i inkluderte posisjoner, beskriver erfaringer med «diskvalifiserende kommunikasjon,» men også foreldre som beskriver seg som inkluderte erfarer denne formen for kommunikasjon; det er omfanget av den som er forskjellig. Skårderud mfl (2010:139) er opptatt av hvordan denne typen kommunikasjon hindrer mestring av den vanskelige situasjonen: «En familie som føler seg kritisert, eller avvist, blir neppe fremmet i sin kreativitet. Den blir ikke stimulert til å gjenfinne sin egen kompetanse.» Helsedirektoratet (2008c) legger i sin veileder «Pårørende – en ressurs» vekt på foreldre og andre nære pårørende som kunnskapskilde for hjelpetjenestene. De vil «kunne bidra med forslag til løsninger og formidle kunnskap om forhold som er lite synlige for behandler» og forholdet mellom hjelpere og pårørende kan fungere som «en arbeidsallianse mellom to likeverdige partnere» (ibid:14). Dette er i tråd med det INGER og IVAR beskriver når de sier at de var et team rundt datteren, først sammen med BUP og etter hvert også med skolen. De blir møtt som ressurspersoner med en klar formidling av hvor avgjørende betydning de har for datterens tilfriskning – uten å møte et samtidig krav om innordning til ekspertenes problemforståelse og løsningsforslag. HANNE og RITA anerkjennes gjennom hele tilfriskningsprosessen som likeverdige når de oppfordres til å følge sin intuisjon og gjøre det de føler er rett, samtidig som de kan bruke hjelpernes kompetanse på veien fra håndtering til mestring av dagliglivets nye utfordringer. Ødegård og Bjørkly (2012:106) beskriver en slik

---

<sup>165</sup> Den medisinske modellen er kjennetegnet ved at den er sykdomsfokusert og individ- og ekspertorientert (Vedeler, 2012:42-43).

samarbeidsrelasjon mellom behandlere og familie som en «shared second-order perspective<sup>166</sup>» hvor terapi blir «a conversation where the actors participate and create dialogues, to facilitate new meaning.» Dette kan bli interessante og utviklende samtaler for alle aktørene. Dersom terapeuten påtar seg en ekspertrolle, bør dette kommuniseres tydelig til familien slik at de vet at deres involvering vil være begrenset. Det vil også gjøre det mulig for dem å velge en annen tjeneste/tjenesteyter som de mener er bedre (ibid:107). Vi så problemene med å realisere en slik valgfrihet i fortellingen om Mia. Når ekspertene ikke er mottakelige for motforestillinger, men fortolker barn og foreldre med det diagnostiske perspektivet stenges det av for gjensidighet og dialog og familiens verdighet krenkes.

### **Foreldreskap som 'gjøren'**

Lundqvist og Nilstun (2007) gjør sitt foreldreverdighetsbegrep til et relasjonelt begrep hvor krenkelse av foreldrenes verdier fra helsearbeidere kan sies å utløse kamper for barnets og egen verdighet. Det er gjennom å ivareta barnets interesser slik at behandlingen gjennomføres uten krenkelse av barnet, de kan gjenopprette foreldreverdigheten. Det kan dermed tolkes til at det kun er gjennom å lykkes eller 'vinne over' helsearbeiderens intensjoner at verdigheten gjenoprettes. Dette er også i tråd med deres kategorisering av de som ikke var i stand til å stå «up for themselves,» som foreldre med 'knust' verdighet (ibid:223).

Materialet mitt viser at kampene for barnets vellykkede behandling; for hjelpsom hjelp, er en langvarig kamp hvor foreldrene først må utvikle sin kompetanse, om hjelpetjenestene, om lidelsen generelt og om hvordan den ytrer seg og bør møtes hos eget barn. Gjenopprettingen av 'knust' verdighet skjer ofte lenge etter at de krenkende situasjonene er over, gjennom de ulike fasene hvor barnets tilfriskning og økte livskvalitet utgjør den sentrale anerkjennelsen av det gode nok foreldreskapet.

---

<sup>166</sup> Et perspektiv etter først orden er kjennetegnet ved at systemet har skapt problemet (dvs i tråd med 'parent'- og 'mother'-blaming), mens andre ordens perspektiv innebærer en tilnærming preget av at «*the problem creates the system*» (Ødegård og Bjørkly, 2012:105).

Det er viktig å erkjenne at foreldreinnsatsen, eller utøvelsen av foreldrekraft som 'gjøren', har egenverdi. Det er innleiret i konstruksjonen av 'gode nok foreldre' at en skal engasjere seg i omfattende grad når barn er syke. Denne innleiringen finner vi også i Lundqvist og Nilstun (2007) sin håndtering av egne foreldreverdighetskategorier; de 'mislykkede' er de som ikke evner å stå opp for sine barn og gjennom dette taper sin verdighet fordi de blir «violated by themselves.» Det er kun den aktivt handlende mor eller far som gjennom aktiviteten bekrefter seg selv som god nok. For foreldrene er det viktig å fortelle om egen innsats for at barnet skal bli møtt på en anerkjennende og hjelpsom måte også av andre aktører.

### **Barnets verdighet som bidrag til foreldreverdigheten**

Jeg vil nå se nærmere på det jeg med Nafstad (2009:54) kan kalle «den moralske betydningen av den gjenstanden (...) som blir nedvurdert av andre»; altså barnet. Hafstad og Øvreide (2011:275) understreker dobbeltheten i selvivaretagelse og ivaretagelse av barnet i foreldre-barnrelasjonen; «tilknytningen er aldri entydig «for den andre,» men også «for meg» (...) slik selvreferanse eller selvutvikling som oppstår ved å opptre ansvarlig og lojalt overfor andre, er noe annet enn å være egoistisk og selvsentrert,» slår de fast. Det er altså viktig for foreldreverdigheten at også barnas verdighet ivaretas; at de ikke nektes tiltak de selv mener kan være nyttige, at de ikke kategoriseres med krenkende betegnelser som lat, vanskelig, grenseløs eller bortskjemt slik de ofte erfarer skjer i skolen, i det uformelle nettverket og blant ulike profesjonelle. Gjennom at barnas vansker erkjennes og anerkjennes som psykiske vansker, ivaretas barnets verdighet. De går fra å være vanskelige barn til å være syke barn. Når foreldrene kjemper for tilrettelegging og tilpasning i skolen, kjemper de samtidig for barnets status som syk og for egen posisjon som foreldre til et sykt barn. Dette statusskiftet mener de intuitivt bør utløse skolens interesse og behov for det vi med Ask og Gorseth (2004) kan kalle «forsterket foreldresamarbeid». <sup>167</sup> Empirien min viser hvor vanskelig det er å realisere denne intensjonen, primært på grunn av holdninger til foreldresamarbeid hos skolens personell. En studie gjennomført av Nordahl og Skilbrei (2002) peker på at mange lærere og

---

<sup>167</sup> Ask og Gorseth (2004:48) definerer forsterket foreldresamarbeid som «et koordinert og likeverdig samarbeid mellom foreldre og en konsulent med sikte på å skape forandringer i et barns situasjon, slik at barnet kan fungere bedre personlig, sosialt og faglig.»

skoleledere har manglende tiltro til foreldres forutsetninger for samarbeid og dermed innebærer deltakelse i skolen ingen reell medvirkning. Men også manglende kunnskap i skolen om psykiske lidelser hos barn og unge, tematiseres av mine informanter. Studien inneholder mange fortellinger om konsekvensene for ivaretakelsen av barnets verdighet.

Barne- og likestillingsdepartementet (2009a:56-58) uttrykker sterk kritikk av skolen som «samfunnets viktigste oppvekstaktør,» fordi den ikke i tilstrekkelig grad bidrar til å avhjelpe vansker, men heller bidrar til at de «på en uakseptabel måte vedlikeholdes og forsterkes gjennom skoleårene» (ibid:56). I denne NOU-en tematiseres også utsatte barn, unge og foreldres muligheter til å beholde og oppnå verdighet i sine møter med skole og hjelpetjenestene, og det «understrekes at et anstendig samfunn ikke ydmyker sine innbyggere. Hvis det skjer vil det være en alvorlig krenkelse» (ibid:57).

En konklusjon i en studie av Drugli mfl (2009) er at pedagoger har behov for økt kompetanse i å etablere og opprettholde samarbeidsrelasjoner med foreldre til barn som trenger spesiell tilrettelegging. De opplever ofte mangelfull koordinering og kompetansedeling i samarbeidet med hjelpetjenestene (Drugli, 2008). Denne mangelfulle koordineringen og informasjonsflyten, både innenfor en tjeneste og mellom tjenesteområder, har konsekvenser for mine informanternes opplevelse av barnets og egen verdighet fordi det erfares som krenkende. CECILIE og hennes familie orket ikke nok en runde med en ny hjelpetjeneste da de sammen med helsesøster oppsøkte barnevernet for å få et avlastningstilbud til Carolines lillesøster; de hadde formidlet problemhistorien sin en rekke ganger, helsesøster, andre hjelpere og lærere var godt kjent med familien. Å skulle fortelle nok en gang med fokus på alt de ikke hadde fått til, ble en for stor mental og tidsmessig omkostning. RITA, CECILIE og ANNA erfarer at døtrene ikke blir ivaretatt selv om de har gitt omfattende informasjon til kontaktlærerne, og fått bekreftelse på at de skal få nødvendig tilpasning. De erfarer anerkjennende holdninger – uten anerkjennende handlinger som er nødvendige for å skape «den troverdigheten som er av normativ betydning» (Honneth, 2003:233). Oftest er det lite som skal til for at foreldrene skal oppleve at barnets verdighet blir ivaretatt.



INGER legger stor vekt på at Isabell får påvirke tilpasningen av skolehverdagen sin. Hun anerkjennes dermed av læreren som subjekt og aktør med kunnskap om sitt eget liv. Gjennom denne anerkjennelsen av Isabell, anerkjennes også morens kunnskap om og forståelse av datteren og begge får ivaretatt sin verdighet. I kampen for at Mia skal få et samtaletilbud er foreldrene opptatt av at hun må høres og møtes som ei jente som har kunnskap om hva som kan være hjelpsomt for henne her-og-nå. De avviser ikke den anbefalte behandlingsformen, men ser at datteren ikke er moden for det ennå. Kunnskapen om datteren, og datterens egen kunnskap om seg selv, anerkjennes ikke i møtene med de profesjonelle hjelperne og genererer både avmakt og motmakt.

Denne diskusjonen av foreldreverdighet som anerkjennelse gjennom realisering av rettigheter og plikter og tilgang på anerkjennelsesbetingelser gjennom de ulike posisjonene, har vært konsentrert rundt mulighetene for å rekonstruere selvrespekt og selvverdsetting av egen foreldreidentitet gjennom andre-ankjennelse. Alle fortellingene om langvarig og omfattende innsats; om kamper for å skaffe hjelpsom hjelp og sikre barnet bedret livskvalitet gjennom tilpasning av skolesituasjonen og ikke minst den daglige innsatsen; denne kampen for rehabilitering skyldes foreldrekraften som primært begrunnes i kjærligheten de føler for barnet som sliter. Vi beveger oss nå over fra foreldrenes verdighetsprosjekt til deres kjærlighetsprosjekt og betingelsene for å erfare anerkjennelse gjennom kjærlighet i den private sfære.

### ***Kjærlighetsprosjektet; forpliktelse og foreldrekraft***

Schibbye (2006:160) slår fast at kjærlighet ikke er et innhold, «men en kraft.» I forlengelsen av dette, med bakgrunn i min analyse og med et utgangspunkt fra Honneth og Løgstrup om anerkjennelses- eller kjærlighetshandlinger blir det viktig å fokusere på foreldrekjærlighet som 'foreldrekraft' og 'gjøren'. Det er foreldrenes 'kjærlighetshandlinger' ut ifra deres ulike mulighetsbetingelser jeg vil løfte fram i denne delen. Kjærlige handlinger er i følge Schibbye (ibid:163) «ofte (...) vanskelige å få øye på.» I forlengelsen av det vil jeg påstå at

kjærlighetshandlingene foreldre utøver i forhold til sine psykisk syke barn også blir usynliggjort på grunn av den diagnostiske kulturen.

Kjærlighetsbegrepet i Honneths anerkjennelsesteori omfatter anerkjennelse gjennom alle «primære relasjoner som består av sterke følelsesmessige bindinger mellom få personer etter mønster av erotiske parforhold, vennskap og relasjon mellom barn og foreldre» (Honneth, 2007:104). I sin diskusjon av kjærligheten legger han stor vekt på betydningen av den tidlige mor-barn-relasjonen for senere kjærlighetsrelasjoner. Dermed er foreldres kjærlighetsevne avhengig av egne barndomserfaringer med morskjærlighet. Willig (2003:15) oppsummerer Honneths syn på foreldrekjærlighetens avgjørende betydning slik: «Ligesom den vellykkede relation mellom forældre og barn udgør forudsædningen for at træde ud i en konfliktfyldt verden, bliver venskabet og familien en forlængelse og en udvidelse af anerkendelsesforhold, der vedligeholder den fundamentale selvtillid.» En slik forståelse ligger innenfor den intersubjektive verdihorisonten i vestlige samfunn, og er også en del av den horisonten informantene mine forstår seg selv gjennom.

Jacobsen (2009) kritiserer Honneths vektlegging av kjærligheten og den tidlige barndommens betydning for utvikling av patologier. Han viser til Kierkegaard og hevder at for eksempel angst også «kan ha en mer eksistensiell karakter, for eksempel i form av angst for døden, ansvaret eller nettopp friheten (...) det vil si for menneskelivets radikale ubestemthet» (ibid:21). Min analyse viser at informantene mener å ha ivaretatt det syke barnet med stor kjærlighet (også) i den tidlige barndommen; i tråd med det Hennum (2002) finner blant foreldre til barn med senere rus- og atferdsproblem. Den fortvilelsen, avmakten, sorgen og angsten mine informanter erfarer, må kunne kategoriseres som en naturlig reaksjon på en eksistensiell krise hvor livsbetingelsene ikke lenger er kontrollerbare på grunn av «menneskelivets radikale ubestemthet.»

Connolly (2010:424) utfordrer Honneths «implicit romanticisation of the family» og peker på at han naturaliserer og privatiserer denne anerkjennelsesformen og fjerner «the sociality of love-based relationships.» Gjennom en feministisk analyse konkluderer Connolly (ibid:432)

med at Honneths anerkjennelsesteori må utvides ved at også kjærligheten som anerkjennelseform analyseres med utgangspunkt i at det personlige, politiske, det intrapsyke og sosiale er gjensidig virkende faktorer. Dette er nødvendig for å forstå at makt har betydning i alle anerkjennelseshandlinger.

Honneth tematiserer i liten grad maktulikhet; symmetrien han forutsetter for sosial verdsetting kan være vanskelig å realisere for eksempel i samarbeidet mellom foreldre og skole eller foreldre og BUP; selv om en har et felles mål om barnets tilfriskning. Løgstrup (1991:65) påpeker at «vore inbyrdes forhold alltid er magtforhold (...) Med andre ord, det er ugørlig at slippe for at have magt over det andet menneske, vi har med at gøre.» Å tro på maktfrie relasjoner mellom frie mennesker er «en ønskedrøm, der intet har med virkeligheden at gøre,» slår han fast (ibid:6).

Honneths bruk av anerkjennelsesformen kjærlighet blir lite nyttig i min drøfting fordi han langt på vei plasserer dette som en ubetydelig form for anerkjennelse i ungdoms- og voksentid når han legger til grunn «at alle kjærlighetsrelasjoner styres av den ubevisste erindringen om den opprinnelige opplevelsen av sammensmelting som preget barnets første levemåneder» (Honneth, 2007:114). Jeg må bruke andre teorier når jeg vil drøfte kjærligheten mer generelt. Her er Løgstrup en kilde til økt forståelse, særlig gjennom sin vektlegging av det relasjonelle behovet for gjensidighet fordi vi er forviklet i hverandres liv; det han kaller interdepedens (Løgstrup, 1993).

### **Filosofiske bidrag til å forstå foreldrekjærlighet**

Hennum (2002:117) beskriver, på bakgrunn av sin gjennomgang av teori og forskning, kjærlighet som en «kombinasjon av et emosjonelt begrep og et filosofisk begrep.» I følge Schibbye (2006) må vi til filosofien når vi skal undersøke kjærlighetens vesen. Hun viser til Pascal når hun beskriver vitenskapens tilkortkommenhet i forhold til å forklare eksistensielle fenomen som kjærlighet fordi: «..hjertet har sine grunner som fornuften ikke forstår» (ibid:19). Som Honneth er også Løgstrup (1993:128) opptatt av emosjoner som betingelser for

erkjennelse og legger til grunn at «der i stemningerne, følelserne og affekterne er en forståelse iboende, der kan udlægges» (ibid:125).

I følge Løgstrup (ibid:23) er «kærlighed (...) en livsytring, der er umiddelbar og har et definitivt innhold.»<sup>168</sup> Han hevder videre at kjærligheten til din neste innebefatter alle de spontane livsytringene; talens åpenhet, tillit, håp og barmhjertighet.<sup>169</sup> Fordi «det ene menneskes liv er forviklet med det andet menneskes liv» (Løgstrup, 1991:141), må vi ta omsorg for hverandre; dette ansvaret må realiseres gjennom både sinnelag og handling. I tråd med Honneths overordna mål om selvrealisering, er også Løgstrup eksplisitt på at det er selvstendigjøring og realisering av den andres livsprosjekt som er sentralt i utøvelsen av denne omsorgen.

(Den romantiske) kjærligheten må være et «rummeligt forhold, der indbefatter den andens selvudfoldelse i en egen verden» (Løgstrup, 1991:47). I sin omtale av kjærlighet mellom foreldre og barn er han opptatt av den samme romsligheten fordi det er viktig at barna får utviklet sin «livsanskelse» og ikke bare må tilpasse seg de dominerende normene. Oppdragelse til veloppdragenhet er «den småborgerlige karikatur af opdragelse,» poengterer han (ibid:73). I dette ligger det en oppfordring til den enkelte om refleksivitet over eget ansvar gjennom å bevare en distanse til de normene vi er bundet av; ikke minst på grunn av normenes foranderlighet (ibid:77-122).

Løgstrup introduserer et skille mellom nestekjærligheten og det han kaller den naturlige kjærligheten. Den naturlige kjærligheten er biologisk, psykologisk eller sosialt betinget; den er knyttet til foreldre-barn-relasjonen, til forelskelse og relasjonen mellom elskende og til

---

<sup>168</sup> Nortvedt og Grimen (2004:70) beskriver livsytringene som livsforutsetninger vi ikke tenker over: «Martinsen og Løgstrup snakker derved om en naturlig, utvungen og spontan sensibilitet som hefter ved all menneskelig eksistens overhodet.»

<sup>169</sup> I følge Pia Tafdrup (1991) i forordet til det 13. opplaget av «Den etiske fordring» som først ble utgitt i 1956, var den tidlige Løgstrup opptatt av de universelle fenomenene kjærlighet, talens åpenhet og tillit som forutsetninger for en gjensidig tilværelse. Sammen med andre fenomen som barmhjertighet, medfølelse og håp, blir dette senere i forfatterskapet betegnet som de spontane og suverene livsytringene.

vennskapsrelasjoner (ibid:154). Intensiteten vil variere, men alt dette betegnes som naturlig kjærlighet.<sup>170</sup> I relasjoner som er bygd på naturlig kjærlighet, utgjør den andre «en levende del af ens eget liv. Den andens lykke eller ulykke er en væsentlig del af ens egen lykke eller ulykke,» slår han fast (ibid:143). Det vil likevel alltid være noe fremmed ved den andre; å elske noen betyr ikke at man kjenner den andres følelser og beveggrunner «men det betyder at dets skæbne går een nær – og går een nær på ens egen måde» (ibid:150).

«Den naturlige kærligheds gerninger» (ibid:144) er kjennetegnet ved at det som tjener den andre også tjener en selv fordi det bidrar til å opprettholde og styrke relasjoner som er avgjørende også for eget livsprosjekt. Slik består gjensidigheten i at begges liv «lykkes ved den samme gerning, fordi det andet menneske er elsket,» understreker han (ibid:145). Dette er i tråd med den dobbeltheten Hafstad og Øvreeide (2011:275) mener ligger i selvivaretakelse og ivaretakelse av barnet i foreldre-barn-relasjonen.

Pedersen (2009:14) mener at vi i en vellykket kjærlighets- og vennskapsrelasjon erfarer en frihet som «kan beskrives som en *væren hos seg selv i den andre*» på grunn av en indre følelse av forbundethet. Det innebærer at dersom vi «begrenser oss selv for den andres skyld, opplever vi vanligvis ikke dette som en frihetsinnkrenkning, men gjenkjenner så å si vår egen frihet i selvbegrensningen» (ibid). Her finner jeg igjen foreldrekraften som en form for selvfølgeliggjort 'gjøren' som bekrefter en slik «*væren hos seg selv i den andre*» på grunn av følelsen av være forbundet til hverandre.

Konflikter mellom hensynet til egne og den andres interesser kan oppstå, men forvikletheten i hverandres liv medfører en selvfølgelighet:

I samme grad derimod som andre mennesker hører med til den enkeltes liv på en sådan måde, at de andres lykke og ulykke umiddelbart påvirker hans egen lykke

---

<sup>170</sup>Honneths kjærlighetsbegrep er kun forbeholdt de nære emosjonelle relasjonene, mens Løgstrup altså skiller mellom nestekjærlighet og naturlig kjærlighet. Lysaker (2011:115) diskuterer om Honneths kjærlighetsbegrep kan utvides til «brorskapsetikk,» og inkludere de globale andre, men konkluderer med at kjærlighet som anerkjennelse i nære relasjoner har en annerledes og stor forklaringskraft.

og ulykke tilskyndes han af sit liv og sin livsforståelse til at tage vare på den andres liv

(Løgstrup, 1991:155).

Den andres liv skal ha forrang for ens eget, men de handlingene dette innebærer, må være forankret i kjærlighet ellers vil de ikke føre til den andres lykke. Som eksempel nevner han foreldres innsats for å selvstendiggjøre sine barn. Dersom barnet ikke «bevidst eller ubevidst hviler i sine foreldres kærlighed til det og mærker, at det er for dets egen skyld, at foreldrene hjelper det med selvstændiggørelsen, kan resultatet ligeså godt blive, at barnet på sygelig vis gør sig afhængig af foreldrene» (ibid:76). Her er det interessant å trekke inn igjen den ulike praksisen med å legge inn foreldre til barn med somatiske lidelser på sykehus sammen med barnet, mens dette vanligvis ikke skjer når barn legges inn med psykiske lidelser. Skårderud mfl (2010) peker på hvordan en forståelse av en patologisk binding mellom jenter med spiseforstyrrelser og deres mødre fører til behandlingsmål om å bryte bindingen, og eksklusjon av foreldre fra behandlingen. En slik eksklusjon kan vanskeliggjøre barnets erfaring av å hvile «i sine foreldres kærlighed» (Løgstrup, 1991:76) slik for eksempel SOLVEIG bebreider seg selv for at ikke datteren fikk den støtten hun ville ha fått dersom hun hadde blitt informert.

Ulrich Beck interesserer seg for kjærlighet og kjærlighetens vilkår i det han betegner som «risikosamfunnet.» I boka «The Normal Chaos of Love» (Beck og Beck-Gernsheim, 1995) postulerer forfatterne at kjærligheten er det senmoderne samfunnets nye, sekulære religion (ibid:168-201). Det er den romantiske kjærligheten<sup>171</sup> de primært er opptatt av, men de har også viet et kapittel til foreldrekjærligheten. I det senmoderne samfunnet hvor det å få barn er et individuelt valg og ikke skjebne; samtidig med at barn har blitt en økonomisk utgift og ikke en investering, har barnets verdi som emosjonelt objekt blitt sentralt. De gjør også rede for den kulturelle normen om foreldrekjærlighet, som har ført til at «loving your child is your duty» (ibid:133). Her trekker de fram påvirkning fra psykoanalytisk objektrelasjonsteori, og

---

<sup>171</sup> De behandler den romantiske kjærligheten kun som et individuelt prosjekt for at den enkelte skal få dekket sine emosjonelle og fysiske behov – og for å unngå ensomheten som det kapitalistiske samfunnet har skapt (Beck og Beck-Gernsheim, 1995:168-201). De mangler koblingen til nestekjærligheten og gjensidigheten som vi finner hos Løgstrup i hans analyse av den «naturlige» kjærligheten.

påpeker Winnicotts krav til morens ubetingede kjærlighet til barnet: «the mother's pleasure has to be there or else the whole procedure is dead, useless and mechanical.» Gjennom barnet kan den voksne erfare mening og innhold i livet og styrke eget selvbilde: «children are becoming the essence of life,» hevder Beck og Beck-Gernsheim (1995:107).

### **Empiriske bidrag til forståelsen av foreldrekjærligheten**

En kan få inntrykk av at begrepet kjærlighet ikke har vært helt anerkjent innenfor teoretisk og empirisk utforskning av foreldre-barn-relasjoner de siste tiårene i tråd med det Gillis og Rennick (2006:165) kaller «the remarkable silence on parental love.» Vedeler (2011:271) velger nølende å bruke begrepet: «Emosjonelle bånd som gir trygghet og beskyttelse er en av familiens viktigste ressurser. Dette gjelder i særlig grad båndene mellom barn og foreldre og mellom foreldrene som par. I mange sammenhenger er kjærlighet en dekkende betegnelse på slike bånd.»

Relasjonen mellom foreldre og barn blir oftere behandlet som et naturfenomen enn som sosialt og kulturelt fenomen. Psykoanalytiker og sosiologen Eric Fromm som var sterkt knyttet til Frankfurterskolen og kritisk teori (von Friedeberg –udatert), slår fast i sin bok «Om kjærlighet» at det ikke er noen fortjeneste å elske «sitt eget kjøtt og blod (...) Også dyrene elsker sitt avkom og viser omsorg for det» (Fromm, 1991:52). Han skiller mellom det moderlige og det faderlige prinsipp hvor det moderlige innebærer betingelsesløs kjærlighet, mens den faderlige kjærlighet er betinget og noe barnet må gjøre seg fortjent til. I følge Fromm (ibid:54) skal en mor gi både melk og honning: «Melk er symbolet på morskjærlighetens første aspekt, omsorg og livsgaranti. Honningen symboliserer livets sødme, lykken ved å leve, kjærlighet til livet. De fleste mødre er i stand til å gi «melk», men bare et fåtall har også «honning» å gi.»<sup>172</sup> Grunnen til at de ikke kan «gi honning», knytter han, slik vi kjenner igjen Nic Waals argumentasjon i kapittel tre, til at de ikke har fått utviklet sin egen kjærlighetsevne tilstrekkelig. Det er altså av biologiske grunner naturlig at mor elsker

---

<sup>172</sup> Han beskriver mor som natur «det hjem vi kommer fra», mens far er «barnets lærer, den som viser det veien ut i livet og verden» (Fromm 1991:47). Han har også et kapittel hvor han går gjennom patologier som skyldes bindinger til mor spesielt, men også noe om far.

sitt barn, mens det nærmest er umulig å elske det nok og riktig. Det er interessant her å trekke parallellen til Honneths kjærlighetsbegrep med vektleggingen av den tidlige mor-barn-relasjonen. Hennum (2002:338) betegner dette som en «teologisk forståelse» av morskjærlighet; en forståelse hun viser fortsatt har kulturell dominans.

Maccoby (1992:1006) viser i sin historiske gjennomgang av sosialiseringsteoriene at de affektive aspektene «love, hate, fear, and empathy» i foreldre-barn-relasjonen har hatt en sentral plass. For å kunne vise kausale sammenhenger har det vært nødvendig å operasjonalisere de følelsesmessige fenomenene. Forskning på foreldreskap har hatt fokus på oppdragerstiler hvor særlig dimensjonene kontroll og emosjonell støtte er av interesse (Cummings, 2000:162).<sup>173</sup> Foreldre- barn- tilknytning er et annet sentralt forskningsområde (ibid:225) som særlig omhandler den emosjonelle komponenten i relasjonen.

Tilknytningsbegrepet dekker heller ikke det foreldrekjærlighetsbegrepet jeg trenger i min drøfting fordi det ikke inkluderer de sosiale og kulturelle normene som ligger implisitt i forståelsene. Maccoby (1992:1009) viser til Bowlbys forståelse av tilknytningsatferd og respons som en naturlig disposisjon hos primater, og tilknytningsteoretikerne forstår mors atferd som instinktiv og delvis tillært gjennom egne tilknytningserfaringer (Holden og Miller, 1999:227). En slik naturoppfatning av foreldre-barn-relasjonen kan medføre et redusert refleksivitetsnivå hos forskere og reprodusere tatt-for-gitte forståelser. Holden og Miller (ibid:224) oppsummerer denne formen for forskning som preget av «lack of critical attention,» samtidig viser de hvor dominante disse forståelsene er blitt. Her representerer feministisk teori en utvidet forståelse av hvordan vi utvikler kjærlighetsforståelse og – handlinger gjennom ulike «script.» Vi er påvirket av de dominerende kulturelle forestillingene (av hva kjærlighet er og hvordan det skal føles å elske) som sammen med våre intrapsyriske disposisjoner (inkludert tilknytningserfaringer) er i spill og under forhandling med de menneskene vi etablerer nære relasjoner til gjennom livsløpet (Jackson, 2010:101).

---

<sup>173</sup> Holden (1997 i Holden og Miller, 1999:226) har identifisert 30 foreldrevariabler som forskning har påvist påvirker utkommet for barnet. De viser for øvrig at forskningsmetodene innenfor feltet har vært så teoristyrte at de ikke kan karakteriseres som troverdige; ikke minst på grunn av overforenklede design i forhold til et komplekst felt (ibid:223-224).



Robert J. Sternberg (1986) har utviklet sin teori om kjærlighet på bakgrunn av analyser av empirisk og teoretisk materiale. Han identifiserer tre dimensjoner. Intimitet, forstått som følelse av nærhet, kontakt og tilknytning, er den sentrale dimensjonen i alle kjærlighetsrelasjoner uansett om det er i forhold mellom par, venner eller foreldre og barn. Lidenskap kjennetegner mest det romantiske forholdet, men er også en dimensjon ved foreldre-barn-forholdet på grunn av de sterke emosjonene som er involvert. Den tredje dimensjonen er mer kognitiv og innebærer et valg knyttet til forpliktelse med et mål om en langvarig relasjon. Han framhever særlig foreldrekjærligheten som preget av en implisitt forståelse om langvarig forpliktelse (ibid:120). Dette er i tråd med den selvfølgheten foreldrene i min studie omtaler kjærligheten, forpliktelsen og varigheten i forhold til barna sine. Sternberg (ibid:124) bruker nettopp kjærligheten mellom foreldre og barn som eksempel på det han kaller «consummate love» eller fullverdig kjærlighet, hvor alle dimensjonene intimitet, sterke emosjoner og forpliktelse er involvert. Han understreker betydningen av å omsette de tre emosjonelle dimensjonenes innhold «into action» (ibid:131); det jeg omtaler som ‘kjærlighetshandlinger.’

Gillis og Rennick (2006) viser til Sternbergs kjærlighetsteori når de problematiserer det reduksjonistiske i forskning og praksis som utelater å forholde seg til «The key to understanding and responding to parents’ concerns.» Denne nøkkelen er foreldreskapet som omsorgsrelasjon med den tilhørende sterke kjærligheten. Ved å trekke inn Levinas (1985 i Gillis og Rennick, 2006:166) forståelse av foreldreskap som sentralt for den personlige identiteten mener de barnets sykdom må anses som «an integral part of that parent’s own identity» når barn blir kritisk syke. Kun gjennom erkjennelse og anerkjennelse av kraften i foreldrekjærligheten, kan forskere og klinikere forstå foreldre: «Listening and hearing parents’ stories without judgement and within the context of their love for their child will allow clinicians to better understand parents’ experiences and work with them in providing the best care for their child» (ibid:167). Å forbli tause om denne sentrale dimensjonen vedrørende foreldres opplevelser og erfaringer vil innebære «injustice to the intensity, passion, and commitment of the parent-child relationship» (ibid:166). Samtidig kan det hindre at barnet får best mulig behandling.

Det er særlig forpliktelse som blir den dimensjonen som understreker foreldre-barn-relasjonens forskjellighet fra andre kjærlighetsrelasjoner. Hennum (2002:115) viser til at det varige og forpliktende ved kjærligheten, sjelden gjøres til tema i nyere litteratur fordi den primært er opptatt av den flyktige og risikable romantiske kjærligheten. I vår forståelse av foreldrekjærlighet ligger derimot sterke emosjonelle bånd, varighet og forpliktelse innleiret.

I følge Jónasdóttir (2010:19) er det oppstått en ny interesse for kjærligheten som «a subject for serious social and political theory». Det nye består i at ulike former for kjærlighet nå kan utforskes «on its own terms» uten at det reduseres til beslektede tema som omsorg, tillit, respekt eller forpliktelse (ibid:20).<sup>174</sup> Sosiologien har vært det akademiske feltet hvor det har vært «most embarrassing and risky for one's good reputation to deal with love,» hevder Jónasdóttir (ibid:24). Hun viser til Smart (2006:973 i Jónasdóttir, 2010:24) som hevder at kjærligheten ikke har vært et sosiologisk tema fordi det har vært så tatt-for-gitt at det ikke har dukket opp på den sosiologiske radaren, samtidig som det har vært et analytisk minefelt. Rett nok har modernitetsteoretikere som Giddens, Bauman og Beck tematisert særlig den romantiske kjærligheten, men det er først etter årtusenskiftet interessen for kjærlighet som betydningsfullt sosialt fenomen har fått gjennomslag (ibid:24). For feministisk teori har kjærlighet vært et omgått og politisk betent tema; særlig gjelder dette 'morskjærligheten.' Med den fornyede interessen erkjennes kjærlighet som en sosial kraft:

as a particular kind of creative/productive human power, which brings about effects. The identification of love with a 'power', a capacity to make something new in humans and their social and physical worlds, understands (analytically) love as a field of social forces of its own  
(Jónasdóttir, 2010:21).

For meg bekrefter dette hvordan foreldrekjærlighet må erkjennes og anerkjennes som en kraft som kan bidra til endring hos mennesker og deres omgivelser. Dette kan tolkes som en romantisering og en tilslutning til «det naturlige moderskapet,» men foreldreskapet er sosialt konstruert og foreldre «skaper seg som foreldre» innenfor de rammene kultur og struktur gir

---

<sup>174</sup> I forhold til forskning på foreldre-barnrelasjonen har denne reduksjonismen særlig vært knyttet til studier av tilknytning og interesse for oppdragerstilenes betydning for problemutvikling hos barn slik jeg gjorde rede for i kapittel 2.

dem tilgang til. Men forestillingen om «det naturlige moderskapet» har stor gjennomslagskraft. Feministen og psykoanalytikeren Julie Kristeva mener vi må etablere en ny moderskapsdiskurs fordi den vitenskapelige reduserer mor til kropp og natur, mens den kulturelle helliggjør mor (Owesen, 2010:244). Jeg vil se litt nærmere på nyere feministisk teori vedrørende kjærlighet.

Lynch (2010:31) berømmer feministisk teori for å ha identifisert omsorgs- og kjærlighetsarbeid som en egen sfære for sosial handling. Denne sfæren er dypt forankret i, og i interaksjon med, sfærene for politikk, økonomi og kultur og er en sfære som må få teoretisk og empirisk oppmerksomhet. Hun ønsker å utvikle en affektiv likestillingsteori hvor kjærlighet, omsorg og solidaritet anerkjennes som eksisterende og virksomme krefter for å skape et samfunn preget av en gjennomgripende likestilling. Hun bygger teorien om affektiv likestilling på følgende fire premiss: Mennesket er grunnleggende relasjonelt, sansende, sårbart og omsorgsdisponert (ibid:32). Disse premissene er samtidig et oppgjør med vestlige teoretikere som har glorifisert det selvstendige, uavhengige individet og gjort dette menneskebildet til standard for personlig vekst og modenhet. Slik har menneskets grunnleggende avhengighet og relasjonalt blitt ignorert.<sup>175</sup> Det er avgjørende for mennesket å føle seg verdsatt og ivaretatt gjennom tilhørighet i den affektive sfæren, men det er viktig å ikke redusere betydningen av de andre sfærene når den affektive nå tillegges økt vekt. Lynch (ibid:35) understreker at: «The four social systems are deeply interwoven. The relationships between parents and children are not only affective they are also economical, cultural, political.»

I sin analyse av den affektive sfæren, finner Lych (2010:38) tre relasjonelle nivå for omsorg. Primærrelasjonene som er preget av gjensidighet, tilknytning, sterke emosjoner og langvarig forpliktelse: Prototypen er foreldre-barn- relasjonen og handlingene er kjærlighetsarbeid. De sekundære relasjonene er preget av mindre grad av forpliktelse og emosjonelt engasjement og inkluderer venner, kollegaer, naboer og slektninger: Handlingene på dette nivået er

---

<sup>175</sup> Med dette styrkes begrunnelsen for å bruke Honneth og Løgstrup i drøftinga siden de legger til grunn henholdsvis 'tvangen til resiprositet' og 'interdepedens' som sentralt for å forstå den relasjonelle avhengigheten og gjensidigheten mellom mennesker.

omsorgshandlinger. Det tredje nivået inkluderer relativt ukjente andre som man har etiske eller lovfestede forpliktelser til: Her er handlingene solidaritetsarbeid. Kjærlighet, omsorg og solidaritet bidrar ikke bare i personlige forhold, men kan bidra gjennom en politisk grunninnstilling preget av disse verdiene. Slik kan det påvirke også økonomi og kultur for å skape et «egalitarian-driven society that would be so beneficial to the well-being of humanity» (ibid:40). Både barnet og foreldrene erfarer en sårbarhet og avhengighet av andre, og hverandre, når de erkjenner at barnets atferd er en mulig psykisk vanske. Tilgangen på kjærlighet, omsorg og solidaritet er i stor grad avhengig av hvilken deltakerposisjonen de får i forhold til skole og hjelpetjenestene. Tilgangen på posisjonene er igjen avhengig av kultur (større eller mindre grad av 'mother-blaming'), politikk (større eller mindre grad av realisering av de politiske føringene) og økonomi (større eller mindre grad av tilgang på private helsetilbud som trygghet). Slik påvirkes mulighetene for å utføre kjærlighetshandlinger i den private sfæren.

### **Kjærlighetshandlinger er verdighetsbyggende**

Kjærlighet har en sentral plass i Edlunds (2002) verdighetsbegrep hvor hun understreker at mennesket må erkjennes som helt og unikt med en lengsel etter å få oppleve og formidle kjærlighet. Blir mennesket forhindret fra dette, innebærer det «lidande och en kränkt värdighet,» mener hun. Overført til min studie vil det si at foreldre lider og at foreldreverdigheten krenkes når de ikke kan utøve den praksisen som bekrefter og synliggjør kjærligheten. Å formidle foreldrekjærlighet er også påvirket av hjelpetjenestenes og skolens posisjoneringer av foreldrene; slik er foreldrenes mulighetsbetingelser ulike.

Å bli forhindret fra å oppleve og formidle kjærlighet gjennom foreldre-barn-relasjonen når det unge barnet har et psykisk problem, kan også skyldes det uforståelige i symptomene. Det kreves en annen type kjærlighetsarbeid i forhold til et barn som har en psykisk vanske enn når atferden kan kategoriseres som 'vanlig pubertet.' Det er i denne tidsperioden foreldreskap som 'væren' vanligvis overtar for foreldreskap som 'gjøren' (Ytterhus, 2006). Når det unge barnet er, eller som i mitt materiale blir sykt, blir handlingsdimensjonen igjen sentral. Det

oppleves ikke lenger som tilstrekkelig med den mer passive tilgjengeligheten som er sentral for foreldreskap som 'væren.'

Foreldrenes tidligere vellykkede håndtering av barnet utløser helt nye reaksjoner; reaksjoner som etter hvert gis mening som symptom. Den 'paratheten' de opparbeider seg etter en tids erfaring, bidrar til at de gjennom ulike former for 'gjøren' kan avverge eller dempe omfanget av vanskeligheter for barnet. Ved å lykkes med slike kjærlighetshandlinger, bidrar de samtidig til at barnets liv 'lykkes' og de rekonstruerer de seg som gode foreldre og gjenoppretter sin foreldreverdighet. Samhandling som kjærlighetshandlinger, skal ha et meningsfullt innhold for begge parter; det er mer enn tidsfordriv.

FINN var opptatt av det vanskelige ved ikke å kunne gjøre noe. Når han gav det han mente var kjærlig omsorg, ble ikke handlingen anerkjent av datteren som det den var ment å være et uttrykk for. Sykdommen førte til at det som var etablert som aktiviteter for å realisere en god far-datterrelasjon, ble problemområder. Å finne annen 'gjøren' som han kunne uttrykke sin kjærlighet gjennom som også datteren anerkjente som uttrykk for kjærlighet, ble forhandlet fram mellom de to over tid. Foreldrene artikulerte også en ny intensjonalitet gjennom nye former for 'gjøren'. KNUT beskriver aktivitetene familien gjennomfører som mestringsopplevelser for Kristian. Dette ser vi også når INGER forteller hvordan hun inviterer gjester for at Isabell skal få sosial trening, eller når HANNE insisterer på at Hilde skal være med på besøk. I tråd med det Løgstrup (1993:25) påpeker om konfliktene eller krisene som det som «bringer livsytringen fram i bevissthetens lys,» fører erfaringen av psykisk sykdom hos eget barn til økt bevissthet om hva som er verdifullt.<sup>176</sup> Det viktigste i foreldrenes liv er det syke barnet, de andre barna og dermed foreldreskapet. Det er selvfølgelig for foreldrene at det må være slik; slik Løgstrup (1991:146) peker på når det gjelder den naturlige kjærligheten: «Varetagelsen af det andet menneskes liv bliver derfor een eneste selvfølgelighed, der overflødiggør enhver fordring.» Denne selvfølgeligheten fører til en

---

<sup>176</sup> Den mulige personlige veksten etter kriser tematiseres av forskere i økende grad som «Posttraumatisk vekst.» (Se for eksempel Barakat mfl 2006).

foreldrekraft eller kjærlighetskraft med en foreldreinnsats og utholdenhet som de sier de aldri hadde trodd de ville klare.

Selvfølgeligheten i den naturlige kjærligheten i foreldre-barn-relasjonen, gjør verdighetstapet desto større når kjærlighetshandlingene ikke anerkjennes. Å ikke lykkes; å oppleve at barnet blir dårligere uten at innsatsen deres gir synlige positive resultat bidrar gjennom den tette «forvikletheten» til at også deres livssituasjon blir vanskelig. Skjebnen til barnet som «udgør en levende del af ens eget liv,» rammer også foreldre og søsken. Skårderud mfl (2010:138) slår fast: «Der hvor lidelse finnes, er det flere som lider.»

### **Den betingelsesløse morskjærligheten**

I tråd med det Fromm (1991:54) presenterer som det moderlige prinsippet er det mors ubetingede kjærlighet som er avgjørende for barnets muligheter for en positiv utvikling; en forståelse Honneth (2003; 2007) slutter seg til. Den fortellingen som særlig løfter fram forestillingen om den helende kraften som ligger i morskjærligheten, finner jeg hos CECILIE. Den finnes i rådet fra barnepsykiateren om å gi barnet masse omsorg og kjærlighet. Implisitt har det altså så langt ikke vært nok omsorg og kjærlighet og dette er årsaken til Carolines problemer. Den finnes også i CECILIEs fortelling om hvordan hun sender med jenta en bergkrystall som hun kan klemme på når hun har det vanskelig på skolen. Slik blir hun trøstet og hjulpet når hun minnes på morens uforbeholdne og sterke kjærlighet.

ODA legger stor vekt på sin egen posisjon som «den elskende» (Løgstrup, 1991) når hun understreker betydningen av at hun involveres i datterens behandling fordi bekræftelsen på at Oddveig er verdifull og elsket, må komme direkte fra henne. ODA er opptatt av at kjærligheten til barnet er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for foreldre som skal bistå barnet i tilfriskningen. Kunnskap og målrettet innsats er også viktig. Hun henter kunnskap, som de andre, fra mange og ulike kilder som faglitteratur, biografier, nettet og brukerorganisasjoner. Derfor følger ODA ikke psykiaterens råd om ikke å snakke om det vanskelige, men insisterer på at de skal snakke samtidig som hun tar hensyn til datterens behov for selvstendighet og kontroll over sitt eget liv.

Alle informantene er opptatt av å bidra til barnets selvstendigjøring; dette er den sentrale utfordringen i den siste fasen. Her blir den intensjonelle mestringen framtrædende der hvor det tidligere har vært snakket om en mer intuitiv håndtering. Gjennom den relasjonelle 'konflikten' som muligens følger av behovet for selvstendigjøring, understreker Løgstrup (1991:146-148) ensidigheten: Du skal alltid sette den andres lykke foran din egen, uten å forvente gjenytelse eller gjenkjærlighet. Løgstrup (ibid:147) hevder at man ikke har noe krav på gjensidig kjærlighet: «Sagen er tværtimod den, at genkærligheden begæres som en ufortjent lykke. Som modytelse ville den være værdiløs, eller rettere sagt meningsløs.» En bekreftelse i tilfriskningsprosessen fra barnet til foreldrene på at de har vært gode nok, oppleves som en slik ikke selvsagt ufortjent lykke, som et uttrykk for kjærlighet og som en avgjørende anerkjennelse for rekonstruksjonen av foreldreverdigheten.

### **Gjenkjærligheten**

Gjennom forvikletheten i hverandres liv i den naturlige kjærligheten, synes Løgstrup (1991:146-148) å mene at gjensidighet er en innebygd forpliktelse hos både den elskede og den elskende. Hennem (2002) påviser i sin analyse at dette ikke ligger implisitt i foreldre-barn-relasjonen når det gjelder ungdom. Både de unge selv og deres foreldre ser selvstendigjøring og løsrivelse som en mulig avslutning; i alle fall en omfattende reduksjon, av relasjonen. For foreldre framstår dette som en trussel om å miste en verdifull og potensielt bekreftende relasjon.

Når det gjelder gjensidigheten i relasjonen; barnas kjærlighet til sine foreldre, er ikke den like selvsagt. Særlig i ungdomstida hvor den kulturelle utviklingsoppgaven forstås som løsrivelse, autonomi og uavhengighet av foreldrene, forventes det ikke at ungdommen uttrykker kjærlighet til sine foreldre. Foreldrekjærligheten forventes derimot å tåle denne mangelen på gjensidig bekreftelse fordi den innebærer «en villighet til å gjøre alt for den man elsker, og å sette hans eller hennes behov og interesser foran ens egne» (Hennem, 2002:117). Hennem finner i sin studie at informantene mener å ha gitt barna det kulturen krever at foreldre skal gi for at de skal bli veltilpassede voksne. Når barn blir ungdom, finnes det ingen kulturelle

historier om formidling av kjærlighet som foreldrene kan posisjonere seg innenfor. Fraværet av slike felles historier, fører til at kjærligheten i foreldre-ungdomsrelasjonen blir et ikke-tema og bidrar til at «kjærlighetsarbeidet usynliggjøres» i følge Hennem (ibid:163). Det gjelder både det praktiske arbeidet knyttet til omsorg som mat, klesvask og kjøring, men også til kjærlighetens emosjonelle uttrykk. Ungdomsforståelsen som opprør og løsriving, er det foreldrene har til rådighet når de skal utøve kjærlighetsarbeidet i forhold til sine ungdommer. Forskninga vektlegger særlig utfordringer med grensesetting, men Hennem (2002) finner at foreldre legger større vekt på uttrykk for kjærlighet enn uttrykk for autoritet i familieverdagen med ungdom.

Kjærligheten foreldre føler for sine barn, må uttrykkes gjennom praksis: «For å elske sine barn må mødrene og fedrene gjøre handlinger som kulturelt anerkjennes som kjærlige handlinger. Når de gjør slike handlinger, bekrefter de kjærligheten og gjør den synlig» (ibid:91). Hennem finner også igjen Fromms kjønnede forståelsen av kjærlighet hvor morskjærligheten representerer den altomfattende, selvoppofrende og kontinuerlige kjærligheten mens farskjærligheten er situasjonsavhengig og diskontinuerlig (ibid:338). Hennem kan sies å legge til grunn en forståelse av foreldreskap som 'gjøren' gjennom sin vektlegging av begrepene «kjærlighetsarbeid» og «kjærlighetshandlinger.» Det er dette behovet for 'gjøren' av foreldreskap jeg finner i mitt materiale – som praksis som bekrefter og synliggjør kjærlighet. Innenfor denne praksisen utøves også grensesetting som kjærlighetsarbeid. Gjennom sensitivt å hjelpe, støtte, utfordre, stille krav og sette grenser for barnet i ulike faser av tilfriskningsprosessen, jobber de med å tilpasse «merbeskyttelsen» det syke barnet trenger.

Behovet for autonomi er ingen motsats til behovet for relasjonelitet. Lynch (2010:41) slår fast at «Relationel beings are (...) both self-interested and relational simultaneously.» Hun poengterer hvordan en relasjonell innstilling gir innsikt og kunnskap om den andre som så gir kraft til å tjene denne og dermed «to be rewarded in turn by reciprocal appreciation and action.» Altruisme som drivkraft er ikke en fullgod forklaring (Lynch, 2010:41). Selv for en



kjærlighetsform som foreldrekjærligheten, som innebærer kulturelle forventninger om uselvskhet fra foreldre til barn, ligger det resiprosivitet.<sup>177</sup> Grant og Ramcharan (2001:375) mener at «the central role of attachment and reciprocity» ikke er forstått av forskere på foreldreskap. Dette er i tråd med Thomas' (2012:458) kritikk av Honneths implisitte barnesyn hvor han plasserer barnet kun som mottaker. Thomas slår fast at barn også er «givers of love and affection.»

Grant og Ramcharan (ibid:374) viser hvordan foreldre til barn med funksjonshemninger styrker sin selvtilit gjennom 'gjøren' «because of the meanings they find in what they do.» De peker på at forskningen har fokusert på de individuelt erfarte byrdene ved utfordrende foreldreskap og dermed ikke har sett gjensidigheten i relasjonene: «a dangerous oversimplification which seriously underplays the role of reciprocities in family relations» (ibid:373). Også Green (2003) viser hvordan mødre til barn med funksjonshemninger i tillegg til byrdene fokuserer på den gleden og gjensidigheten de opplever.

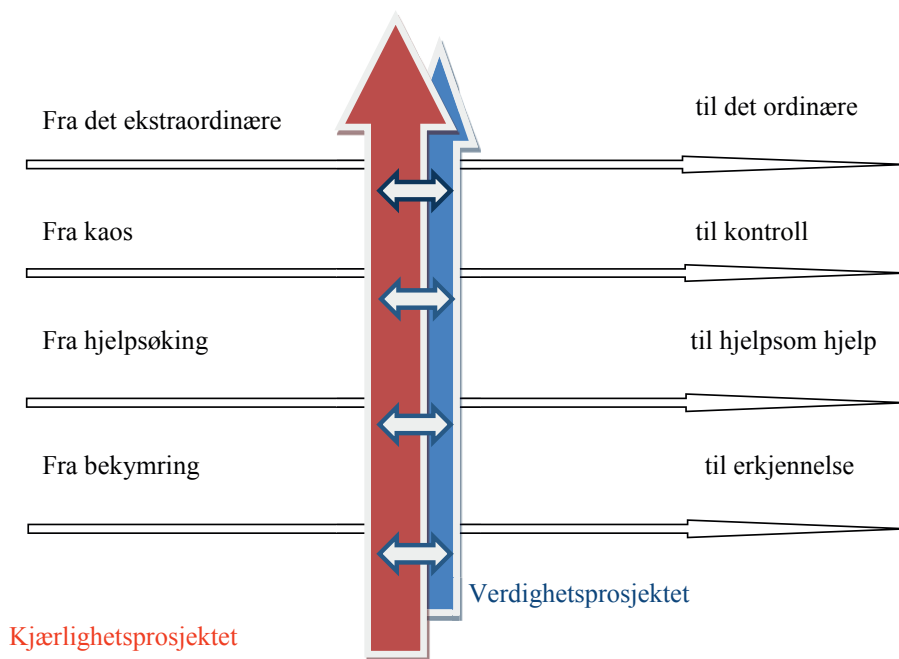
Erfaringer med gjensidighet og gjenkjærlighet er fremtredende i materialet. Foreldrene framstår ikke kun som givere av betingelsesløs foreldrekjærlighet med barna som passive mottakere. Men jeg finner at de også henter denne anerkjennelsen gjennom å tolke signal fra barna som uttrykk for kjærlighet. Uttrykkene kan være det motsatte av det vi kulturelt oppfatter som kjærlighetsuttrykk, og her synes profesjonelle forståelser å være hjelpsomme for at barnets atferd skal kunne virke positivt bekreftende. ODA får hjelp til å se at datterens oppførsel hjemme samtidig er en tillitserklæring til henne. Selv om HANNE synes det er et mareritt å bistå Hilde under måltidene, verdsetter hun at hun får trøste henne når angsten innhenter henne. SOLVEIG opplever dyp sorg over at datteren har det så vondt, men er samtidig glad for at hun etter hvert deler opplevelsene med henne.

---

<sup>177</sup> Løgstrup (1991:148) peker på at det er meningsløst å operere med et skille mellom selvsk og uselvsk når det gjelder den naturlige kjærligheten når man er så forviklet i hverandres liv.

I den fjerde fasen når hverdagslivet normaliseres, bekreftes foreldrene mer direkte enn tidligere i tilfriskningsprosessen. Men også indirekte ved å ha stått i langvarige krevende situasjoner – og ha tålt det for barnas skyld, erfarer de en selv-ankjennelse i form av at ‘kjærligheten tåler alt’ og at de har elsket nok og riktig når tilfriskningen er et ‘faktum’. Bekreftelsene de får fra barna gjennom at de er friske igjen, gjennom ‘normaliseringen’ av relasjonen og gjennom direkte utsagn fra dem, er sentrale for at de erfarer å ha gjenerobret sin foreldreverdighet. Ankerkjennelse gjennom foreldre-barn-relasjonen i den private sfæren; som gitt kjærlighet og gjenkjærlighet, er den avgjørende formen for ankerkjennelse. Den gjør at MORTEN og MONA aldri tenker på å gi opp kampen for datterens tilfriskning; den bidrar til at SOLVEIG og Sara reetablerer en gjensidig relasjon etter års utestengning; den bidrar til at FINN sier at de hadde gjort dette igjen, uansett hvem av barna det hadde omhandlet.

Kjærlighet er en kraft som kan bidra til å skape noe nytt i og mellom mennesker, «a field of social forces on its own,» slik Jónasdóttir (2010:21) slår fast. Etter denne drøftingen av foreldrenes betingelser for å erfare ankerkjennelse gjennom kjærlighet, rettslig aktelse og sosial verdsetting vil jeg nok en gang tilbake til det Honneth (2007:181) kaller positivt selvforhold, men som er like relevant å bruke i forhold til positiv foreldreidentitet. Muligheten for å utvikle en positiv foreldreidentitet «vokser med hver ny form for ankerkjennelse som den enkelte kan relatere til seg selv som subjekt.» Ved å anerkjennes som moralsk ansvarlig gjennom rettslig aktelse, som sosialt verdsatt gjennom solidaritet og særlig som «den elskende» mor eller far, vil foreldrekraften være en ressurs for hjelpere, barnet og foreldrene selv. I tråd med dette oppsummerer informantene mine ved slutten av studien at kjærlighetsprosjektet ‘barnet’ er viktigere enn verdighetsprosjektet ‘dem selv’, men de interagerer med hverandre. Kampene for å rehabilitere barnet og rekonstruere seg selv som gode nok foreldre er gjensidig avhengige og dette må legges inn i modellen for det doble tilfriskningsprosjektet.



Figur 6: Det doble og gjensidige tilfriskningsprosjektet gjennom fasene

## KAPITTEL 8: STUDIENS KONSEKVENSER

Et sentralt krav ved kritisk forskning er nytteverdien av kunnskapen som er utviklet. Hvem kan ha nytte av det jeg har studert, diskutert og analysert fram av sammenhenger? Det finnes mange former for utfordrende foreldreskap; når barn er kronisk syke eller funksjonshemmet, når de har rusproblem, skoleproblem eller psykiske problem. Også foreldreskap når barn er kreftsyke og blir friske, er utfordrende foreldreskap med omfattende konsekvenser for hele familien (Alderfer ml, 2003, 2004; Björk, 2008). Hvilke dimensjoner ved fasemodellen og ved forståelsen av det doble tilfriskningsprosjektet kan ha relevans for andre former for krevende foreldreskap enn det det er utviklet for?

Det er nødvendig å skille mellom flere interessenter: foreldrene som har vært deltakere i studien, foreldre som kommer i tilsvarende situasjoner, profesjonelle aktører i helsevesen og tilstøtende felt og forskningsfeltet – og kanskje også de unge pasientene.

### Gyldig og anvendelig kunnskap

Etter presentasjoner av studien på seminar, kurs og konferanser for brukere og pårørende blir jeg alltid dratt inn i samtaler med pårørende.<sup>178</sup> Slik har jeg fått bekreftet at foreldre og andre pårørende også til barn og unge med ADHD, autismespekterforstyrrelser og rusproblematikk både kjenner seg igjen i fasemodellen og får ny forståelse av seg selv og situasjonen gjennom modellen om det doble tilfriskningsprosjektet. At også foreldre til ungdom med lidelser som forstås som kroniske, slutter opp om en slik forståelse av tilfriskningsprosesser er interessant. Ved å vektlegge bedring, mestring og aksept (Nelsons (2002:527) «the embrace of paradox») heller enn full tilfriskning, kan modellene både om fasene og anerkjennelsen av foreldrekjærlighetens og foreldreverdighetens betydning for mestring av utfordrende foreldreskap ha generaliseringsverdi.

---

<sup>178</sup> Fra slike samtaler lager jeg alltid feltnotat

Gjennom å ha lagt fram både tidlig analyse av hvert enkelt intervju og teoretiseringene mine for deltakerne i studien, mener jeg å ha fått bekreftet det Kvale (1997:170) kaller «kommunikativ validitet»; en dialogisk tilnærming til hva som er gyldig kunnskap. I følge Lincoln og Guba (1985 i Kvale, 1997:174) skal en studie øke deltakernes innsikt i eget liv og gi dem økt kontroll. Foreldrene uttrykte det jeg med Repstad (2007:136) kaller «overskridende gjenkjennelse» med mine teoretiseringer. De kjente igjen sine egne erfaringer, forståelser og handlinger, samtidig som de så og lærte noe de ikke hadde tenkt på før. På dette grunnlaget vil jeg hevde at studien har ivaretatt kravet i kvalitativ forskning om troverdighet og bekreftbarhet (Thagaard, 2002). Deltakerne 'går god for' analyse og valg av fokus på sentrale fenomen, samt de framanalyserte teoretiske modellenes indre logiske sammenhenger og meningsfullhet. Vektlegging av transparens i forhold til metodiske, analytiske og teoretiske valg i avhandlinga er også bidrag til studiens troverdighet og bekreftbarhet.

I følge kritisk Grounded Theory er stor grad av involvering av deltakerne og deres i en studie «not about accuracy or validity; it is about trying to enable emancipation from the things that enslave» (Gibson, 2007:450); i min studie for den patologiserte kategorien 'foreldre til psykisk syke barn.' Gjennom å fokusere på foreldreverdighet og kampen for å rekonstruere seg selv som gode nok foreldre, får foreldre status utover å være utviklingsstøtte for barnet – det utfordrende foreldreskapet anerkjennes som en situasjon hvor man har legitimt krav på anerkjennelse fra profesjonelle aktører for å rekonstruere seg selv som gode nok foreldre – ved at kraften i foreldrekjærligheten anerkjennes som ressurs.

Pedersen (2009:25) viser til Horkheimer som understreket at en kritisk teori som skal bidra til emansipasjon, må være «normativ og deskriptiv *samtidig*.» For kritisk teori er det sentralt at det også gjøres en pragmatisk validering; den utviklede kunnskapens anvendelighet må drøftes (Kvale, 1997:173). Med dette trekkes også etikk og verdier inn i vurderingen, og fokus forskyves «fra en kartlegging av den sosial verden ut fra *det som er*, til å fokusere på *det som kunne være*» (ibid:175). Jeg vil nå diskutere hvilke endringer i dominante forståelser og praksiser som *bør* følge av kunnskapen som er utviklet i min studie for å bedre anerkjennelsesbetingelsene for foreldre til barn med psykiske vansker.

### **Normativ konsekvens: Å møte foreldre i solidaritet**

Analyse og drøfting viser at anerkjennelse gjennom sosial verdsetting er den store utfordringen i foreldrearbeidet. Dermed må solidaritet være svaret når vi legger Honneths anerkjennelseskategorier til grunn, siden «muligheten for selvverdsetting [ligger] i erfaringen av solidaritet» (Honneth, 2007:181). Det er gjennom andre-ankjennelsen at selv-ankjennelsen kan vokse fram: Foreldreselvtilliten gjennom den gjensidige kjærlighetsrelasjonen foreldre-barn; foreldreselvrespekten gjennom å få ivaretatt rettigheter og plikter man har som foreldre – og se at barnet får ivaretatt sine retter; og til slutt foreldreselvverdsettelsen gjennom å bli møtt i solidaritet.

Honneth (2007:130-138) viser hvordan solidaritetsbegrepets innhold har forandret seg gjennom moderniteten. I «den standsspesifikke formen for livsførsel» var den sosiale verdsettingen en gruppeverdsetting og ikke en individuell verdsetting og den tids solidaritet må forstås som en interaksjonsform hvor «subjektene tar del i hverandres livsbaner fordi de verdsetter hverandre symmetrisk» (ibid:137). Med individualiseringen i det moderne samfunnet endrer også betingelsene for sosial verdsetting seg ved at det enkelte individets egenskaper og ferdigheter blir viktigere enn gruppens. Jakobsen (2009:17) mener sosial verdsetting nå tildeles «individuell og meritokratisk, det vil si etter hva individer faktisk bidrar med for fellesskapet (...) noe alle i prinsippet bør kunne oppnå.» Nå er det nettopp det unike ved den enkelte som er anerkjennelsens utfordring i sfæren for det sosiale fellesskapet. I sin diskusjon av Honneths solidaritetsbereg, peker Juul (2006:127) på at «Den solidariske anerkendelse er ikke begrenset til «our kind of people», men drejer sig om anerkendelse af den til enhver tid værende anden, også når den anden adskiller sig fra «oss».»

Det ligger etter hvert en verdipluralisme i den kulturelle verdihorisonten den enkelte vurderes i forhold til: «Med «prestisje» eller «anseelse» menes nå bare graden av sosial anerkjennelse av individets måte å realisere seg selv på, en anerkjennelse det gjør seg fortjent til gjennom å bidra til å realisere samfunnets abstrakte mål,» hevder Honneth (2007:135).

Det sosiale fellesskapet og solidariteten må på grunn av verdipluralismen utvides og de sosiale forholdene være preget av

...symmetrisk verdsetting mellom individualiserte (og autonome) subjekter. Å verdsette hverandre symmetrisk betyr å betrakte hverandre gjensidig i lys av verdier som gjør at de andres ferdigheter og egenskaper kan fremtre som betydningsfulle for den felles praksisen. Slike relasjoner må kalles «solidariske» fordi de bare ikke vekker passiv toleranse overfor den andre personen, men også affektiv deltakelse i det som er individuelt særegent hos ham.

(Honneth, 2007:138).

Med symmetrisk menes her at alle individ får anledning til å erfare sine egenskaper som verdifulle. En slik ny og utvidet forståelse av solidaritet bør være en grunnholdning i alt foreldrearbeid. Gjennom å erfare mer enn «passiv toleranse», ved å synliggjøre at både barnets og foreldrenes ferdigheter og egenskaper er betydningsfulle for «den felles praksisen», nemlig tilfriskningsprosessen som nettopp handler om barnets muligheter for selvrealisering. Skårderud (1998:306) vektlegger at det er behandlerne som sitter med makten når foreldre oppsøker psykisk helsevern for barn og unge. Han mener dette må medføre at klinikere har en «plikt til å tro at mor og far kan og vil.» Det er ikke nok å møte foreldrene med vennlighet og velvilje, mener Vedeler (2012:37); skal det etableres et reelt samarbeid må det formidles at «man virkelig *trenger* familien for å oppnå det man ønsker.» Gjennom anerkjennelsen, formidlet gjennom anerkjenneshandlinger, av at foreldrenes ferdigheter og egenskaper er betydningsfulle for tilfriskningen, kan det etableres solidariske relasjoner mellom behandlere, barn og foreldre hvor fokus er på ressurser og ikke problemer.

Løgstrup (1993) er også opptatt av solidaritet og peker på at det er et etisk-politisk fenomen som omhandler personers innbyrdes avhengighet i kraft av det de er felles om. Dette kan være noe de sammen har valgt og definert, eller «Det fælles kan være givet på forhånd, så den enkelte står i fællesskabet hvad enten han vil eller ei» (ibid:7). Det er den personlige interdependensen som danner grunnlaget for solidariteten og det å være solidarisk betyr «å støtte andre, springe ind for dem på basis af det som man er fælles med dem om» (ibid:8). Begrepet interdependens er nyttig i forhold til å klargjøre gjensidigheten mellom aktørene

barn, foreldre, hjelpetjenestene og skolen i det man er felles om; nemlig tilfriskningsprosessen. Det felles målet om barnets bedre helse er det mer sannsynlig å nå gjennom å støtte hverandre fordi man er gjensidig avhengig av hverandres ferdigheter og egenskaper. Gjennom å møte hverandre i solidaritet bedres mulighetene for gjensidig sosial verdsetting. Slik kan både barnets, foreldrenes og de profesjonelles selvverdsettelse ivaretas.

### **Praktisk konsekvens: Å inkludere foreldre til unge med psykiske vansker**

Spriket mellom profesjonelle aktørers forståelse og praktisering av foreldredeltakelse og foreldres erfaringer med denne deltakelsen, er slående. Den dominante konstruksjonen av 'psykisk sykt barn' innebærer at både fagfolk og andre mener at barnets omsorgspersoner er «de ansvarlige» når barnet ikke trives eller utvikler seg tilfredsstillende (Hafstad og Øvreeide, 2011:136). Dette medfører en oftest implisitt 'skyldiggjøring' av foreldrene; særlig mor. Horn (2000) mener dette tradisjonelt har ført til en innstilling hos terapeuter preget av en «stakkars barn- dårlige foreldre- den snille terapeuten»-forståelse. Denne konstruksjonen gir lite rom for faktisk inkludering av foreldre fordi de allerede i utgangspunktet er kategorisert som utilstrekkelige. De kan med Bourdieu (1999:250) betegnes som «bærere av den forbannelsen som ligger i negativ symbolsk kapital.»<sup>179</sup> Anerkjennelseskampene de fører, er «den symbolske striden om anerkjennelse, striden om adgang til en sosialt anerkjent sosial væren,» tilbake til opplevelsen av seg selv som 'god nok' mor eller far. Gjennom mitt brudd med denne dominante forståelsen av sviktende foreldreegenskaper som årsak til vansken, ble jeg i stand til å fokusere på foreldrekjærligheten som en utematisert ressurs i psykisk helsevern for barn og unge. I forlengelsen av dette fokuset blir anerkjennelse av foreldrekjærligheten foreldreverdig, sentralt. Brukerkunnskapsbegrepet slik vi kjenner det fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og KBP-modellen<sup>180</sup> viser primært til brukeres og pårørendes kunnskap om eget sykdomsuttrykk (Nortvedt og Jamtvedt, 2009). Min studie viser at foreldre har kunnskap langt utover dette; de orienterer seg i stor grad om diagnoser,

---

<sup>179</sup> Bourdieu (1999:251) forklarer symbolsk kapital med at alle former for kapital kan omsettes i symbolsk kapital eller «mer presist som symbolske virkninger av kapitalen.» I tråd med det også Blum (2007) finner, viser mitt materiale at økonomisk, sosial og kulturell kapital ikke beskytter mot den negative symbolske kapitalen som kan knyttes til foreldreskap for 'psykisk sykt barn.'

<sup>180</sup> <http://kunnskapsbasertpraksis.no/> Lastet ned 1.10.2011



diagnosenes etiologi, behandlingsforløp og prognose utover den informasjonen de får fra ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien. Den akkumulerte brukerkunnskapen som finnes i ulike brukerorganisasjoner spiller også en stor rolle, ikke minst for å løfte fram håpet om tilfriskning og livskvalitet for det lidende barnet.

Min studie viser at kun foreldre i inkluderte posisjoner har mulighet for å bli sett og anerkjent gjennom at de rent fysisk møter behandlerne. Gjennom deltakelse som «utviklingsstøtte» (Hafstad og Øvreeide, 2011) og bedret miljø for barnet, er foreldre likevel ofte plassert i objektposisjoner som vanskeliggjør dialog. Min studie bekrefter behovet for å tilstrebe den samarbeidsposisjonen Ødegård og Bjørkly (2012:106) beskriver som «shared second-order perspective» mellom likeverdige aktører i dialog for å skape ny mening. De oppsummerer det lille som er av forskning fra feltet med at familiemedlemmene ønsker å involveres i behandlingsprosessen, og at relasjonen til terapeuten er avgjørende for samarbeidskvaliteten (ibid:105). Studien min viser hvor sårbare foreldre er for krenkelser gjennom denne viktige relasjonen, og at det også kan oppleves som en krenkelse når de ikke aktivt inviteres inn i dialogen. Getz mfl (2011:685) peker på sykdom som mulig konsekvens av å leve med langvarig stress, hvor tap av kontroll og mangel på innflytelse over sentrale aspekt i egen tilværelse er avgjørende. Dette har Wendelborg og Tøssebro (2009) dokumentert når det gjelder utfordrende foreldreskap hvor særlig mødre til barn med ulike funksjonsnedsettelse har betydelige helseplager. Å erfare anerkjennelse fra behandlere og lærere av at livssituasjonen er vanskelig, og samtidig få konkret hjelp til å gjøre hverdagen håndterlig, er avgjørende når familien står i den krisen som den psykiske vansken innebærer for dem.

For klinikere innen det barne- og ungdomspsykiatriske feltet og for tilstøtende felt, vil avhandlingens fokus på foreldrekjærlighet og foreldreverdighet kunne være utfordrende. Gillis og Rennick (2006:165) mener en av grunnene til at foreldrekjærligheten ikke er tematisert i forskning og klinisk arbeid når barn er alvorlig syke, er klinikeres behov for å beskytte seg «against the daily tragedies with which it would be all too easy to relate.» Gjennom å opprettholde et skille mellom 'oss' og 'dem'; gjennom «stakkars barn - dårlige foreldre- den snille terapeuten»-forståelsen (Horn, 2000) forenkles den overveldende kompleksiteten i den bio-psyko-sosio-kulturelle modellen (Garløv og Haavet, 2010:67) eller i

Kendlers (2005) integrative pluralistiske modell, og tradisjonell praksis kan opprettholdes. En tilnærming bygd på solidaritet med foreldrene også fordi problematikken kan ramme 'oss', vil kunne bidra til sosial verdsetting og selvverd. Ved å fokusere mer på kraften i foreldrekjærligheten og mindre på de foreldreegenskapene som kan ha bidratt til å utløse eller som opprettholder symptomene, vil det også bli lettere å få til de endringene som anses som nødvendige i behandlingen. Foreldres behov for å være aktive deltakere gjennom 'gjøren' når barna er alvorlig syke, kan gjennom partnerskap mellom aktører som gjensidig anerkjenner hverandre, gis en mer målrettet retning. Gjennom gode dialoger mellom barn, foreldre og klinikere vil alle få økt innsikt. Dermed vil en mer bevisst intensjonalitet og rasjonalitet kunne føre til endret praksis; hos foreldre, men også hos klinikere ved at brukerkompetansen faktisk anerkjennes. Huggins mfl (2007:201) beskriver en slik endret praksis på bakgrunn av en framvoksende tvil knyttet til konsekvensene av den etablerte praksisen. Selv om de mente klientenes og foreldrenes forståelse og rett til medbestemmelse var ivaretatt, havnet foreldrene i ekskluderte posisjoner. De oppsummerer erfaringene med sin «radikale klientstyring»: «Da vi «åpnet dørene for klienten», fikk vi nye innsikter som vi ikke kunne få på andre måter. Vårt syn på klientenes egen kompetanse og vår egen selvforståelse er betydelig endret og har satt varige spor i vår praksis» (ibid:214).

### **Forskningsmessig konsekvens: Deltakerbaserte tilnærminger**

Denne studien har demonstrert ulike dimensjoner ved å trekke informantene lenger inn i forskningsprosessen enn det som opprinnelig var planlagt. Jeg gikk fra en etisk ettertenksomhet knyttet til faren for å representere foreldrene på måter de selv kunne oppleve som feilaktige, til en erfaring av stor grad av nytte av deltakelse som verktøy. Gibson (2007:442) legger til grunn for en kritisk Grounded Theory at den ikke bare skal «keeping sight of the goals of emancipation, but *also* realizing emancipation in the process of social inquiry.» Gjennom den økte deltakelsen erfarte jeg to nye dimensjoner i tråd med det Warming (2006:32) beskriver: *Solidaritet* som innebærer aktiv støtte til det deltakerne formidler som viktig(st) – og forskningsdeltakelse som *anerkjennelse* gjennom sosial verdsetting; fra meg som intervjuer og diskusjonspartner, og fra de andre gruppelemmene i fokusgruppa.

Alle informantene i min studie uttrykker at de har fått økt innsikt i sin egen situasjon gjennom deltakelsen. Fra narrativ teori understrekes fortellingenes styrke til å nyskape eller gjenskape en opplevelse av sammenheng i egen livshistorie (White, 2006). Harden (2000a) ser at prosessen fra de-skilling til re-skilling hos hennes informanter påvirkes av deltakelse i studien. Fortellinger er en måte å skape ny logikk og indre sammenheng når man ser tilbake. Dyregrovs (2004) informanter uttrykker at deltakelsen i det kvalitative dybdeintervjuet om plutselige dødsfall og sorg var positivt, men også smertefullt. Det langvarige dybdeintervjuet er et viktig bidrag til å rekonstruere mening.

I min studie leste informantene det transkriberte intervjuet noen uker etter at det var gjennomført. Her vurderte de sin egen atferd, innsats, kjærlighet og utholdenhet med en refleksivitet som ikke var like framtreddende under intervjuet. Grepene med en ny samtale med utgangspunkt i det skriftlige materialet, førte til utvidet innsikt både for dem og meg. Flere sier at det både har vært vanskelig og lærerikt, og at det har ført til at de i større grad har kunnet legge problematiske forhold bak seg. EVA sier at deltakelsen har vært en *katarsis* for henne. Egenerfaringen min understrekes av flere som en forutsetning for forståelsen og anerkjennelsen de erfarte og for at samtalene gled så lett. Det refleksive intervjuet med en aktiv deltakende intervjuer med egenerfaring muliggjorde anerkjennelse gjennom sosial verdsetting som «symmetrisk verdsetting mellom individualiserte (og autonome) subjekter» (Honneth 2007:138).

Å ta del i andres fortellinger ved at jeg refererte til andre eller ved at de leste et tidlig utkast av empirikapittelet, opplevde de som positivt, lærerikt og utviklende. Særlig deltakerne i gruppesamtalen understreket hvor godt det hadde vært å møte andre i samme situasjon, samtidig som de etterlyste gruppetilbud for foreldre til barn med emosjonelle vansker. Å møte andre anerkjennende ikke-dømmende foreldre gav «intersubjektiv anerkjennelse av og fra andre» (Pedersen, 2009:21). Resiprositeten mellom de anerkjennende subjektene syntes å være et avgjørende bidrag til å erfare symmetri, likeverd, gjensidig solidaritet og sosial verdsetting. Gjennom den sosiale verdsettingen fra andre i samme situasjon kan foreldrene rekonstruere sin foreldreverdighet, og eventuelt finne sammen på bakgrunn av felles erfaringer av krenkelser i et engasjement for å bedre forholdene for barn med psykiske

vansker. Deltakelse i studien var for de fleste primært begrunnet i solidaritet med andre foreldre som ville komme i den situasjonen de nå var på vei ut av. De hadde et ønske om at både profesjonelle aktører som klinikere og ansatte i andre deler av helse- og sosialtjenestene, lærere, rektorer og ansatte i pedagogisk-psykologisk tjeneste, barn med psykiske vansker og deres foreldre og 'folk flest', skulle få økt innsikt i hvor krevende det er å leve med og bli frisk fra omfattende psykiske plager. Oppsummert vil jeg si at de og jeg; 'vi' ønsker at barn og foreldre skal anerkjennes som verdige aktører med en genuin forståelse av eget liv og av lidelsen; en forståelse vi må få oppleve gyldiggjøres som likeverdig i møtene med hjelpetjenestenes forståelser. Gjennom en slik gyldiggjøring vil foreldre kunne erfare å 'bli sett' og sosialt verdsatt som like verdige deltakere i møter preget av solidaritet. De vil kunne være den ressursen og 'foreldrekraften' som barnet trenger i sitt tilfriskningsarbeid. For å realisere en slik ressursorientering må hjelpetjenestene ta et oppgjør med den kulturelt dominante konstruksjonen av 'psykisk sykt barn' som bygger på 'mother-blaming'.

Ved å løfte fram foreldres behov for å rekonstruere seg som gode nok foreldre og erfare anerkjennelse av foreldreverdigheten, har jeg forhåpentligvis bidratt til at foreldrenes egne behov erkjennes. Ikke som behov for egen terapi slik den dominante konstruksjonen legger til grunn, men som behov for støtte til å finne fram i det nye ukjente landskapet som barnets erkjente psykiske vanske åpner for dem – et landskap de oftest ser seg som ansvarlige for at barnet har havnet i.

Om dette prosjektet har bidratt med kunnskap som anerkjennes som gyldig i et forskningsfelt hvor det er «den biomedisinske og individpsykologiske forskningen forankret i objektontologi som dominerer» (Ekeland, 2011:28), gjenstår å se. Den er et forsøk på å utfordre det hegemoniske kunnskapssynet og et bidrag til det langsiktige arbeidet med å utvikle «en kunnskapsplattform for psykisk helsearbeid som i større grad legitimerer erfaringskunnskap» (ibid:30). Skal brukeres og pårørendes erfaring, kunnskap og kompetanse kunne gyldiggjøres, forutsetter det at de anerkjennes som like verdige aktører i tilfriskningsarbeidet som behandlerne. Her vil «brukermedforskning» (Borg og Kristiansen, 2009) være viktige bidrag til utvikling av ny kunnskap samtidig som det er en forskningstilnærming som i seg selv kan være anerkjennende og bidra til empowerment (Westerlund og Bjørgen, 2011:26). Med den

økte selvtilliten i brukerorganisasjonene innenfor psykisk helse-feltet, er det godt håp om å finne både reflekterte medforskere og midler til spennende design.

Med denne avhandlingens perspektiv på foreldres kunnskap, innsats, utholdenhet og kjærlighet til barnet som sliter, håper jeg å ha bidratt til at både deltakerne og lesere som erfarer utfordrende foreldreskap opplever den som en andre-ankjennelse som kan føre til selv-ankjennelse og verdsetting, men også til mot til å kreve å bli inkludert som en ressurs i behandlingen av barnet i spesialisthelsetjenesten og skolen. Det er gjennom møter i solidaritet mellom likeverdige aktører i dialog kunnskapen om hva som er hjelpsomt for akkurat dette psykisk syke barnet i sin kontekst kan utvikles.

## Litteraturliste

- Aamodt, Ingerid (1998): Barne- og ungdomspsykiatrien som kontekst for hjelp til foreldre.  
Hallaraker, S. og Uchermann, E.M.(red)(1998): Foreldrene – barnets nærmeste hjelpere og barne- og ungdomspsykiatriens viktigste samarbeidspartnere. *Skriftserien fra Nic Waals Institutt*. Nr 6. Oslo. Kommuneforlaget.
- Aamodt, Ingerid (2003): Det er jeg som er mamma'n. Møte med psykiatrien fra en marginalisert posisjon. *Hovedoppgave i sosialt arbeid*. Oslo. Høgskolen i Oslo, avdeling for økonomi-, kommunal- og sosialfag i samarbeid med NTNU
- Aamodt, Laila Granli (2005): *Familien mellom mange hjelpere: refleksjoner i sosialfaglig arbeid*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Aarre, Trond (2010): *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo. Universitetsforlaget
- Adorno, Theodor (1969): Sociology and Empirical Research gjengitt I: Delanty, Gerard og Piet Strydom (red): *Philosophies of Social Science. The Classic and Contemporary Readings*. Maidenhead. Open University Press.
- Alderfer, M. A; A. E. Kazak; A. Cnaan og R.A. Annunziato (2004): Patterns of Posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Childhood Cancer Survivors. *Journal of Family Psychology*, 19(3): 430-440
- Alderfer, M. A; A. E. Kazak; L. Labay (2003): Brief report: Does Posttraumatic Stress Apply to Siblings of Childhood Cancer Survivors? *Journal of Pediatric Psychology*, 28(4): 281-286.
- Alexander, Leslie B. og Martha M. Dore (1999): Making the Parents as Partners Principle a Reality: The Role of the Alliance. *Journal of Child and Family Studies*, 8 (3): 255-270
- Allison, Barbara N. og Jerelyn B. Schultz (2004): Parent-Adolescent Conflict in Early Adolescence. *Adolescence*, 39(153): 101
- Alvesson, Mats og Kaj Sköldbberg (2009): *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research*. Second Edition. Thousand Oaks. Sage
- Ambert, Anne-Marie (2001): *The effect of children on parents*. New York. Haworth Press
- Andenæs, Agnes (1989): Identitet og sosial endring. Del 1. Endringer i forholdet mellom kjønnene – hvordan skal vi forstå det? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 26:397-409.

- Andenæs, Agnes (1994): Små barns utvikling – sett innenfra og utenfra I. Hvilken forståelse har fire-femåringer og deres foreldre om utvikling? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 31:397-409.
- Andenæs, Agnes (1996): *Foreldre og barn i forandring*. Oslo. Pedagogisk forum.
- Andenæs, Agnes (2004): Hvorfor ser vi ikke fattigdommen? Fra en undersøkelse om barn som blir plassert utenfor hjemmet. *Nordisk sosialt arbeid - 2004 - Nr 01*
- Andersen, Heine (2003): Jürgen Habermas. I: Andersen, Heine og Lars Bo Kaspersen: *Klassisk og moderne samfundsteori. 2.reviderede udgave*. København. Hans Reitzels Forlag
- Andersen, Janniken og Ingrida M. Mytting (2006): Behandling av ungdom henvist for tristhet/depresjon/sorg i psykisk helsevern for barn og unge. *Hovedoppgave i psykologi*. Oslo. Universitet i Oslo
- Andersson, Helle Wessel, Solveig Osborg Ose, Marit Sitter (2005): Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. *SINTEF-rapport* Nr. STF78 A055009
- Andersson, Helle Wessel; Solveig Osborg Ose og Marit Sitter (2005): Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet. *SINTEF-Rapport* Nr. STF78 A055009
- Arbeidsgruppe 3 (2011): Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling Arbeidsgruppe 3, *Ressursbruk og oppgavefordeling innen psykisk helsevern for barn og unge*. <http://url.no/330n>. Lastet ned 1.8.2012
- Ask, Karen-Sofie og Stein Gorseth (2004): *Forsterket foreldresamarbeid når situasjonen krever det*. Grimstad. Unikurs.
- Askheim, Ole Petter (2005): Er mestring og empowerment det samme? *Respekt* 3: 47-50
- Askland, Leif og Svein Ole Sataøen (2009): *Utviklingspsykologiske perspektiver på barns oppvekst*. Oslo. Gyldendal akademisk
- Atferdssenteret (a): *Multisystemisk terapi MST*. <http://alturl.com/2qzw9>. Lastet ned 22.4.2009.
- Atferdssenteret (b): *Parent Management Training Oregon (PMTO)*. <http://alturl.com/8vqhi>. Lastet ned 22.4.2009
- Backe-Hansen, Elisabeth (1995): Hjelpetjenestene og barna. Rapport fra Prosjekt oppvekstnettverk. *Rapportserie fra Barnevernets utviklingscenter 4/95*. Oslo

- Badinter, Elisabeth (1981): *Det naturligste av verden? Om morskjærlighetens historie*. Oslo. Universitetsforlaget
- Barakat, L.P., M.A. Alderfer og A.E. Kazak (2006): Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers. *Journal of Pediatric Psychology*. 31(4): 413-419
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009a): Kompetanseutvikling i barnevernet. Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning. *NOU* 2009:8
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009b): Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. *NOU* 2009:22
- Barnelova*. Lov om barn og foreldre LOV-1981-04-08-7
- Bateson, Gregory; Don D. Jackson; Jay Haley og John H. Weakland (1974): Toward a theory of schizofrenia I: Jackson, Don D. (red): *Communication, family, and marriage. Human Communication Volum I*. Palo Alto. Science and Behavior Books
- Bech-Jørgensen, Birte (1999): *Normalitetsbilleder. Et studie ud fra den tværgående evaluering af Socialministeriets Storbypatrulje*. Aalborg. Aalborg Universitetsforlag
- Beck, Ulrich og Elisabeth Beck-Gernsheim (1995): *The normal chaos of love*. Cambridge. Polity Press
- Becker, Howard S. (1998): *Tricks of the Trade. How to Think About Your Research While You're Doing It*. Chicago. University of Chicago Press.
- Berman, R. C., & Wilson, L. (2009). Pathologizing or Validating: Intake Workers' Discursive Constructions of Mothers. *Qualitative Health Research*, 19(4), 444-453.
- Binder, Per Einar (2008): Det mellommenneskelige møtet i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 45(8): 930-931
- Binder, Per Einar og Geir Høstmark Nielsen (2006): Selvet og relasjonene – nyere psykoanalytiske perspektiv. I: Gulbrandsen, Liv Mette (red): *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver*. Oslo. Universitetsforlaget
- Bjertnæs, Ø.A.; A. Garratt; J. Helgeland; O. Holmboe; K.A. Dahle; K. Hanssen-Bauer og J. Røttingen (2008): Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Tidsskrift for den Norske Legerforening* 128:1041-5
- Björk, Maria (2008): Living with Childhood Cancer. Family Members' Experiences and Needs. *Doktorgradsavhandling i medisin*. Lund. Lund Universitet. Medisinsk fakultet



- Bjørk, Rune Flaaten og Simon-Peter Neumer (2010): Evidensbasert psykologisk praksis i praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(10): 937-941
- Bjånesøy, Kjartan Brügger (2009): Barnevakta. *Portrett i Magasinet Dagbladet*  
<http://alturl.com/2azbe>. Lastet ned 3.8.2012
- Blum, Linda M. (2007): Mother-Blame in the Prozac Nation. Raising Kids with Invisible Disabilities. *Gender & Society*, 21(2): 202-225
- Borg, Marit og Alain Topor (2003): *Virksomme relasjoner - om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo. Kommuneforlaget
- Borg, Marit og Bengt Karlsson (2011): Recovery og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr 04: 314-323
- Borg, Marit og Kristijana Kristiansen (red) (2009): *Medforskning – å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo. Universitetsforlaget
- Bornstein, Marc H. og Cheah, Charissa S. L. (2006): The Place of «Culture and Parenting» in the Ecological Contextual Perspective on Developmental Science. I: Rubin, Kenneth H. og Ock Boon Chung (red): *Parenting beliefs, behaviors, and parent- child relations - a cross-cultural perspective*. New York. Psychology Press.
- Bourdieu, Pierre (1999): *Meditasjoner*. Oslo. Pax Forlag
- Bourdieu, Pierre (2000): *Den maskuline dominans*. Oslo. Pax Forlag
- Bourdieu, Pierre (2006): *Udkast til en selvanalyse*. København. Hans Reitzels Forlag
- Bourdieu, Pierre (2007): *Viten om viten – og refleksivitet*. Oslo. Pax Forlag
- Bourdieu, Pierre og Loïc J.D. Wacquant (2009): *Refleksiv sosiologi – mål og midler*. København. Hans Reitzels Forlag
- Boyden, Jo (1997): Childhood and the Policy Makers: A Comparative Perspective on the Globalization of Childhood. I: James, Allison og Alan Prout (red): *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London. Falmer Press
- Brandth, Berit (1996): Gruppeintervju: perspektiv, relasjoner og kontekst i Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo. Universitetsforlaget
- Brekke, Ole Andreas; Roar Høstaker og Thorvald Sirnes (2003): *Dimensjonar i moderne sosialteori. Bourdieu, Habermas, Latour og Luhmann*. Oslo. Det norske Samlaget

- Briggs, Charles L. (2003): Interviewing, Power/Knowledge, and Social Inequality. I: Holstein, James A. og Jaber F. Gubrium (red): *Inside interviewing. New lenses, New concerns*. Thousand Oaks. Sage
- Brinkman, Sven og Steinar Kvale (2005): Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*. 18:157-181
- Broberg, Anders; Kjerstin Almquist og Tomas Tjus (2006): *Klinisk barnpsykologi. Utvikling på avveier*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Bryant, Anthony og Kathy Charmaz (red)(2007): *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. Los Angeles. Sage
- Bråten, Stein (1996): Videoanalyser av spedbarnet i samspill bidrar til å oppheve et modellmonopol. I: Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo. Universitetsforlaget
- Burman, Erica (2008): *Deconstructing developmental psychology*. London. Routledge
- Bülow, Pia (2008): «You have to ask a little»: Troublesom Storytelling About Contested Illness. I: Hydén, Lars-Christer og Jens Brockmeier (2008): *Health, Illness and Culture. Broken Narratives*. New York, London. Routledge.
- Bäck-Wiklund, Margareta og Birgitta Bergsten (1997): *Det moderna föräldraskapet - en studie av familj och kön i förändring*. Stockholm. Natur og kultur.
- Bäck-Wiklund, Margareta og Tommy Lundström (2003): *Børns hverdag i det senmoderne*. København. Hans Reitzels Forlag
- Charmaz, Kathy (2003): Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis. I: Holstein, James A. og Jaber F. Gubrium (red): *Inside interviewing. New lenses, New concerns*. Thousand Oaks. Sage
- Charmaz, Kathy (2005): Grounded Theory in the 21st Century. Applications for Advancing Social Justice Studies I: Denzin, Norman K. og Yvonna S. Lincoln (red): *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*. Thousand Oaks. Sage.
- Charmaz, Kathy (2006): *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London. Sage
- Charmaz, Kathy og Anthony Bryant (2011): Grounded Theory and Credibility I: Silverman, David (red): *Qualitative Research. Issues of Theory, Method and Practice. Third Edition*. Los Angeles. Sage

- Coffey, Jean Sheerin (2006): Parenting a Child with Chronic Illness: A Metasynthesis. *Pediatric Nursing*. Vol.32. No.1:51-59
- Coleman, John og Debi Roker (red)(2007): *Working with parents of young people - research, policy, and practice*. London. J. Kingsley
- Connolly, Julie (2010): Love in the private: Axel Honneth, feminism and the politics of recognition. *Contemporary Political Theory*, 9(4): 414-433.
- Connolly, Paul (1998): *Racism, Gender Identities and Young Children*. London. Routledge.
- Corbin, Juliet M. og Amsel L. Strauss (2008): *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks. Sage
- Cronin, Anne Frances (2004): Mothering a Child With Hidden Impairments. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 58:83-92
- Cummings, Mark E.; Patric Davies og Susan B. Campbell (red)(2000): *Developmental Psychopathology and Family Process. Theory, Research and Clinical Implications*. New York/London. The Guildford Press
- Dagsavisen 14.2.2011: Barneombudet vil lære foreldre grensesetting.  
<http://www.dagsavisen.no/innenriks/article514015.ece> Lastet ned 19.2.2011
- Dahl, Alv A. (2012): Psykiatriske forståelsesmodeller I: Dahl, Alv A. og Trond F.Aarre (red): *Praktisk psykiatri*. Bergen. Fagbokforlaget
- Dahl, Alv og Ida Wiborg (2010): Er sosial angst noe å bry seg om? *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 3, 2010; 130: 288–90
- Danielsen, Anne Grete (2010): Supportive and motivating environments in school: Main Factors to make well-being and learning a reality. *Norsk Epidemiologi* 2010;20 (1):33-39
- De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/> Lastet ned 1.4.2007
- Deather-Deckard, Kirby (2004): *Parenting Stress*. London. Yale University Press
- Delanty, Gerard og Piet Strydom (red) (2003): *Philosophies of Social Science. The Classic and Contemporary Readings*. Maidenhead. Philadelphia. Open University Press
- Den norske legeforening (2012): *Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. Veileder 2011*. <http://alturl.com/9feno> Lastet ned 4.5.2012.
- Dencik, Lars og Per Schultz Jørgensen (red)(1999): *Børn og familie i det postmoderne samfund*. København. Hans Reitzels Forlag

- Dencik, Lars; Per Schultz Jørgensen og Dion Sommer (2008): *Familie og børn i en opbrudstid*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Diller, Lawrence H.(2006): *The Last Normal Child. Essays on the Intersection of Kids, Culture, and Psychiatric Drugs*. Westport. Praeger Publishers
- Distler, Sonja (2002): Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischer Einrichtung – in Beitrag zur Qualitätssicherung. *Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat*, 51: 711-720
- Drugli, May Britt (2008): *Atferdsvansker hos barn - evidensbasert kunnskap og praksis*. Oslo. Gyldendal akademisk forlag.
- Drugli, May Britt; Sturla Fossum; Bo Larsson og Willy Tore Mørch (2009): Når barn har alvorlige atferdsvansker – involvering i barnehage og skole. *Spesialpedagogikk* Nr 6: 44-52
- Dunn, Judy (1998): *Små børns nære relationer*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Dyregrov, Kari (2004): Bereaved parents' experience of research participation. *Social Science and Medicine* 58.2 (2004): 391-400.
- Edlund, Margareta (2002): *Människans värdighet - ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo. Åbo Akademis förlag
- Eggen, Espen (2008): *Nytt syn på sosial angst*  
<http://www.forskning.no/artikler/2008/mars/1206715273.88/> Lastet ned 1.4.2008
- Ekeland, Tor-Johan (2005): Psykoterapi som kulturell praksis. *Impuls*, 59 (1), 11- 27
- Ekeland, Tor-Johan (2011): Ny kunnskap – ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. *Rapport* 2011:1
- Ellis, Carolyn og Leigh Berger (2003): Their story/My story/Our Story: Including the Researcher's Experience in Interview research I: Holstein, James A. og Jaber F. Gubrium (red): *Inside interviewing. New lenses, New concerns*. Thousand Oaks. Sage
- Engels, Rutger; Margaret Kerr og Håkan Stattin (2008): *What can parents do? New insights into the role of parents in adolescent problem behavior*. Chichester. John Wiley & Sons.
- Engmark, Lena; Bjørg Alfstadsæther, Arne Holte (2006): Diagnose schizofreni – foreldres erfaring. Oslo. Nasjonalt folkehelseinstitutt. *Rapport* 2006:6
- Eriksen, Trond Berg (2008): Oppvekst i det moderne I: Glaser, Vibeke og Jan Bølstad (red): *Moderne oppvekst. Nye tider – nye krav*. Oslo. Universitetsforlaget
- Erikson, Erik H. (1968): *Barndommen og samfunnet*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.
- Fangen, Katrine (2004): Deltakende observasjon. Oslo. Fagbokforlaget

- Farstad, Anne-Lise (2011): *Sånn er livet – 7 år etter. En undersøkelse av 8 jenter med ADHD 7 år etter utredning*. Statped. Oslo. Torshov kompetansesenter
- Fauske, Halvor (1999): Forord. I: Habermas, Jürgen: *Kommunikativ handling, moral og rett*. Tano. Aschehaug
- Fisher, Pamela (2008): Wellbeing and empowerment: the importance of recognition. *Sociology of Health & Illness*, 30(4): 583-598
- Fjeldstad, Tor (2004): Samtaler med fedre: hvilken betydning har kjønn for fedres møte med psykisk helsevern for barn og unge? *Fokus på familien*, (2): 84-100.
- Fjell, Anne og Mohr, Marianne (red)(2001): *Foreldrearbeid i praksis. Samarbeid og behandling*. Oslo. Cappelen akademisk forlag.
- Fjørtoft, Kjersti (2009): Nancy Frasers kritikk av Axel Honneths anerkjennelsesteori I: Bugge, Lars; Stein Sundstøl Eriksen og Geir O. Rønning: Axel Honneth. *AGORA. Journal for metafysisk spekulasjon* (4)
- Flaten, Kirsten (2004): Sjenanse, en verneverdig dyd? *Hovedoppgave i psykologi*. Trondheim. NTNU.
- Flaten, Kirsten (2010): *Barn med sosial angst og sjenanse*. Oslo. Kommuneforlaget
- Fog, Jette (1982): Om metode, sandhed og solidaritet. I: Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Fog, Jette (1994): *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag. København
- Folkestad, Helge (2003): Institusjonalisert hverdagsliv. En studie av samhandling mellom personale og beboere i bofellesskap for personer med utviklingshemning. *Doktorgradsavhandling ved det Samfunnsfaglige fakultetet*. Bergen. Universitetet i Bergen
- Forskningsrådet (2009): Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport. Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges Forskningsråd. *Evaluering*. Divisjon for vitenskap
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. FOR-2000-12-01-1217  
<http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1217.html>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. FOR-2011-12-16-1256. <http://www.lovddata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20111216-1256.html>.
- Fosse, Roar (2009): Ingen gener for psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 46(6): 596-600

- Fossum, Sturla og Willy-Tore Mørch (2005): «De utrolige årene» – empirisk dokumentert og manualisert behandling av atferdsforstyrrelser hos små barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 42: 195-203
- Fromm, Erich (1991): *Om kjærlighet*. Oslo. Aventura.
- Frost, Tore (2009): Fra likestilling til likeverd: Det psykiske helsevern i fortid og nåtid. I: Vråle, Gry Bruland, Bengt Karlsson og Jan Kåre Hummelvold (red): Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. Selvforståelse, praksis og forskning. Høgskolen i Hedmark. *Rapport* nr 14/2009
- Frykman, Jonas og Orvar Löfgren (1994): *Det kultiverte mennesket*. Oslo. Pax.
- Frønes, Ivar (2007): *Moderne barndom*. Oslo. Cappelen akademisk forlag
- Frøyland (1998): Fra «personen i situasjonen» til individet i sin kontekst I: Halleraker, Solvor og Ellen Marie Uchermann (red): Foreldrene – barnets nærmeste hjelpere og barne- og ungdomspsykiatriens viktigste samarbeidspartnere. *Skriftserien fra Nic Waals Institutt*. Nr 6. Oslo. Kommuneforlaget.
- Garløv, Ida og Ole Rikard Haavet (2010): *Psykiske vansker hos barn og unge. En veileder for fastleger og andre i første linje*. Stavanger. Hertervig Akademisk
- Garløv, Ida og Simon Wilkinson (2012): Innholdet i den barne- og ungdomspsykiatriske vurdering I: *Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. Veileder 2011*. <http://alturl.com/9feno> Lastet ned 4.5.2012
- Getz, Linn; Anna Luise Kirkengen og Elling Ulvestad (2011): Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2011;131:683-687
- Gibson, Barry (2007): Accomodating Critical Theory I: Bryant, Anthony og Kathy Charmaz: *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. Los Angeles. Sage
- Giddens, Anthony (1984): Social science as a double hermeneutic I: Delanty, Gerard og Piet Strydom (red)(2003): *Philosophies of Social Science. The Classic and Contemporary Readings*. Maidenhead. Open University Press
- Giddens, Anthony (1997): *Modernitetens konsekvenser*. Oslo. Pax Forlag
- Gillis, Jonathan og Janet Rennick (2006): Affirming parental love in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 7(2): 165-168
- Gjørø, Bente (2002): Momenter til forståelse av nervesystemets utvikling og funksjon hos barn og ungdom I: Gjørø, Bente og Bjørn Ellertsen (red): *Hjerne og atferd*.

- Utviklingsforstyrrelser hos barn og unge i et neurobiologisk perspektiv. .... et skritt videre.*  
Oslo. Gyldendal akademisk
- Glaser, Barney M. og Amsel L. Strauss (1967): *The discovery of grounded theory – strategies for qualitative research.* New York. Aldine de Gruyter. Optrykk 2008.
- Glaser, Vibeke og Jan Bølstad (red)(2008): *Moderne oppvekst. Nye tider – nye krav.* Oslo. Universitetsforlaget
- Grant, Gordon og Paul Ramcharan (2001): Views and Experiences of People with Intellectual Disabilities and Their Families. (2) The Family Perspective I: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 14(4): 364-380*
- Green, Sara E. (2003): They are beautiful and they are ours: Swapping tales of mothering children with disabilities through interactive interviews. *Journal of Loss & Trauma, 8(1): 1-13*
- Grotle, Birgit Torkildson (2004): Relasjon – en bærebjelke i behandlingen. En diskusjon av barns og foreldres opplevelser av kontakt og hjelp som blir gitt til barn og unge med psykiske vansker. *Hovedfagsoppgave i spesialpedagogikk.* Trondheim. NTNU.
- Grut, Lisbet (2003): En modell for brukermedvirkning i psykiske helsetjenester. *Tidsskrift for Velferdsforskning, 6(3): 178-188*
- Grøholt Else Karin; Hein Stigum; Rannveig Nordhagen og Lennart Köhler (2003): Is parental sense of coherence associated with child health? *European Journal of Public Health, 13(3): 195–201.*
- Grøholt, Berit (2008): Fornøyde foreldre og alt såre vel? *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2008; 128:1040
- Grøholt, Berit; Hilchen Sommerschild og Ida Garløv (2001): *Lærebok i barnepsykiatri.* Oslo. Universitetsforlaget
- Grøholt, Else Karin; Rannveig Nordhagen og Arvid Heiberg (2007): Mestring hos foreldre til barn med funksjonshemninger. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2007;127: 422-426
- Guethmundsson, Olafur og Kristinn Tomasson (2002): Quality of life and mental health of parents of children with mental health problems. *Nordic Journal of Psychiatry, 56(6): 413-417*
- Gulbrandsen, Liv Mette (2008): Utforskende samtaler med unge mennesker og foreldrene deres - begrunnelser, framgangsmåter og analyseresultater. I: Bø, Bente P og Bennedichte



- C. Rappana Olsen (red): *Utfordrende foreldreskap – under ulike livsbetingelser og tradisjoner*. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Gullestad, Marianne (1996): *Hverdagsfilosofier. Verdier, selvforståelse og samfunnssyn i det moderne Norge*. Oslo. Universitetsforlaget
- Gullestad, Marianne (2001): *Kitchen-table society - a case study of the family life and friendships of young working-class mothers in urban Norway*. Oslo. Universitetsforlaget
- Guvå, Gunnila og Ingrid Hylander (2005): *Grounded theory - et teorigenererende forskningsperspektiv*. København. Reitzel
- Götestam, Gunnar (2010): *Psykiatrien får folk til å tro at de er syke*.  
<http://www.forskning.no/artikler/2010/februar/243637> Lastet ned 11.3.2010
- Haakanes, Kjersti (2002): *Hjelp til selvhjelp. Noen familiers erfaringer med barne- og ungdomspsykiatrien. Hovedoppgave i spesialpedagogikk*. Universitetet i Oslo.
- Haaland, Guri (red)(2012): *Forord. Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. Veileder 2011*. <http://alturl.com/9feno> Lastet ned 4.5.2012
- Haavind, Hanne og Haldor Øvreeide (red)(2007): *Barn og unge i psykoterapi. Terapeutiske fremgangsmåter og forandring*. Oslo. Gyldendal akademisk
- Habermas, Jürgen (1999): *Kommunikativ handling, moral og rett*. Tano. Aschehaug
- Hacking, Ian (1999): *The social construction of what?* Cambridge. Harvard University Press
- Hafstad, Reidun og Haldor Øvreeide (2011): *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand. Høyskoleforlaget
- Halldén, Gunilla (1999): *Forældreperspektiv og barneperspektiv på familieliv*. I: Dencik, Lars og Per Schultz Jørgensen (red): *Børn og familie i det postmoderne samfund*. København. Hans Reitzels Forlag
- Halldén, Gunilla (2007): *Syner på barn och på relationen mellan barn och föräldrar*. I: Halldén, Gunilla (red)(2007): *Den moderna barndomen och barns vardagsliv*. Stockholm. Carlsson bokförlag
- Halleraker, Solvor og Ellen Marie Uchermann (red)(1998): *Foreldrene - barnets nærmeste hjelpere og barne- og ungdomspsykiatriens viktigste samarbeidspartnere*. *Skriftserien fra Nic Waals Institutt*. Nr 6. Oslo. Kommuneforlaget AS.
- Halsa, Astrid (2008): «Mamma med nerver.» En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager. *Doktorgradsavhandling ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap*. Trondheim. NTNU.



- Halvorsen, Inger; Ida Ropstad; Bjørn Rishovd Rund og Wecke J. Seltzer (red)(2006):  
*Foreldre og fagfolk i samspill. Behandling av psykiske vansker hos barn og unge.*  
 Stavanger. Hertervig forlag
- Halvorsen, Terje (1997): Forståelse av avvikende atferd. En studie av avviksforståelse blant ansatte ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Doktorgradsavhandling ved Det samfunnsvitenskapelige fakultetet.* Tromsø. Universitetet i Tromsø
- Hansen, Allan Dreyer og Karina Sehested (red)(2003): *Konstruktive bidrag. Om teori og metode i konstruktivistisk videnskap.* Frederiksberg. Roskilde Universitetsforlag.
- Harden, Jeni (2005a): «Uncharted Waters» - The Experience of Parents of Young People With Mental Health Problems *Qualitative Health Research, 15(2), 207-223*
- Harden, J. (2005b). Parenting a Young Person with Mental Health Problems: Temporal Disruption and Reconstruction. *Sociology of health & illness, 27(3), 351-371.*
- Harris, Judith Rich (2000a): *Myten om børns opdragelse. Hvorfor bliver børn som de bliver?* København. Gyldendal
- Harris, J. R. (2000b): The Outcome of Parenting: What Do We Really Know?. *Journal of personality, 68(3), 625-637.*
- Harris, J. R. (2009): Attachment Theory Underestimates the Child. *Behavioral and Brain Sciences, 32(01), 30-30.*
- Harste, Gorm og Nils Mortensen (2003): Sociale samhandlingsteorier I: Andersen, Heine og Lars Bo Kaspersen: *Klassisk og moderne samfundsteori. 2.reviderede udgave.* København. Hans Reitzels Forlag AS
- Hasle, Bente (2005): Når barn har en psykisk vanske – et foreldrepars opplevelser.  
*Masteroppgave i spesialpedagogikk.* Høgskolen i Volda.
- Hasle, Bente og Risstubben, Esther (2007): Selvhjelp for pårørende. Et forprosjekt fra Landsforeningen for pårørende innen psykiatri i samarbeid med Høgskolen i Volda.  
*Arbeidsrapport Nr 206.* Høgskolen i Volda. <http://url.no/330p> Lastet ned 15.12.2007
- Haugen, Gry Mette D., Marianne Hedlund og Christian Wendelborg (2012): «Det går ikke an å bruke seg sjøl både på retta og vranga.» Om helsebelastning, sårbarhet og forebygging i familier med barn med funksjonsnedsettelse. *Rapport 2012. Mangfold og inkludering.* NTNU Samfunnsforskning AS
- Heberlein, Ann (2009): *Jeg vil ikke dø, jeg vil bare ikke leve.* Oslo. Cappelen Damm.

- Heggen, Kåre (2007): Den individualiserte ungdommen: myte eller realitet? I: Johansen, Elisabeth Tveito (red): *Barneteologi og kirkens ritualer: perspektiver på trosopplæring, barn og konfirmanter*. Oslo. Det praktisk-teologiske seminar
- Heggen, Kåre (2009): Ungdom: mer individualiserte enn før? I: Løvlie, Birger, Ralph Meier og Arne Redse (red): *Danning, identitet og dialog: festskrift til Jan Ove Ulstein og Per Magne Aadnanes*. Trondheim. Tapir akademiske forlag.
- Heggen, Kåre og Tormod Øia (2005): *Ungdom i endring: mestring og marginalisering*. Oslo. Abstrakt Forlag
- Heggen, Kåre, Gunnar Jørgensen og Gry Paulgaard (2003): *De andre: ungdom, risikosoner og marginalisering*. Bergen. Fagbokforlaget
- Heiervang, Einar (2009): Hvordan har barn i Norge det? <http://alturl.com/xnogj>. Lastet ned 1.12.2008
- Heiervang, Einar og Guribye, Eugene (2005): «Man føler seg maktesløs som foreldre.» Foresattes kontakt med hjelpeapparatet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr 4: 410-417
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Proposisjon IS (2011-2012)*: Statsbudsjettet Kap. 764 Psykisk helse <http://alturl.com/5vhhj>. Lastet ned 13.9.2012
- Helse- og omsorgstjenesteloven*. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30
- Helsedirektoratet (2005): *Veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD*. <http://alturl.com/ptys8> Lastet ned 11.3.2010
- Helsedirektoratet (2008a): Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2007. *Norsk pasientregister. Rapport*. Mai 2008 IS-1553
- Helsedirektoratet (2008b): Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. *Veileder* IS-1570
- Helsedirektoratet (2008c): Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. *Veileder* IS-1512
- Helsedirektoratet (2009): *Handlingsplan for habilitering av barn og unge*. IS-1692. September 2009
- Helsedirektoratet (2010a): Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2009. Norsk pasientregister. *Rapport*. IS-1827
- Helsedirektoratet (2010b): Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten. *Prioriteringsveileder*: Veiledertabell, juni 2010. IS-1822.

- Helsedirektoratet (2010c): Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner. *Rapport*, januar 2010
- Helsetilsynet (2003): Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002. *Rapport 4/2003* <http://alturl.com/yaja6> Lastet ned 8.8.2012
- Helsetilsynet (2010): *Samlerapport etter tilsyn med spesialisthelsetjenester til barn og unge med psykiske problem i Midt-Norge i 2010*. <http://alturl.com/5g2pi> Lastet ned 8.11.2012
- Hennum, Nicole (2002): Kjærlighetens og autoritetens kulturelle koder: Om å være foreldre til norske 15-åringer. Oslo. *NOVA-rapport 19/2002*.
- Hertz, Søren (2004): De unge og ungdomspsykiatrien – De mange konteksters møte. *Fokus på familien*, (1): 25-43
- Hestbæk, Anne-Dorthe (1995): Forældreskab i 90'erne. København. Socialforskningsinstituttet *Rapport 95:5*.
- Hjort, Haldis (2003): *Idéer i norsk psykoterapi. Utviklingslinjer og brytninger i 1970-2000*. Oslo. Unipub forlag
- Holden, George W. og Pamela C. Miller (1999): Enduring and Different: A Meta-Analysis of the Similarity in Parents' Child Rearing. *Psychological Bulletin*, 125(2):223-254
- Holmboe, Olaf; Kari Aanjesen Dahle og Jon Helgeland (2008): Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Resultater fra en nasjonal undersøkelse. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten *PasOpp-rapport nr 2 – 2008*
- Holterman, Sonja (2012): Oslo tar flest elever ut av normalskolen. Oslo. *Utdanning nr 17/19.oktober 2012*
- Honey, Anne og Christine Halse (2006): Looking after well siblings of adolescent girls with anorexia: an important parental role. *Child: care, health and development*, 33(1) 52-58
- Honneth, Axel (2003): *Behovet for anerkendelse. En tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag
- Honneth, Axel (2007): *Kamp om anerkjennelse*. Oslo. Pax Forlag
- Horn, Anne (2000): Keeping the child in mind: thoughts on work with parents of children in therapy In: Tsiantis, John (red): *Work with Parents: Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. London. Karnac Books.
- Huggins, Tove; Birgit Valla og Andy Huggins (2007): Når barns og foreldres bidrag gjør oss effektive. I: Ulvestad, Asbjørn Kärki; Arne Kristian Henriksen; Anne-Grethe Tuseth og Tor

- Fjeldstad (red): *Klienten – den glemte terapeuten. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Hummelvold, Jan Kåre (2008): Ethiske problemstillinger i handlingsorientert forskingssamarbeid med mennesker med psykiske problem og funksjonshindringer *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr. 2: 131-142
- Ingstad, Benedicte og Hillchen Sommerschild (1984): *Familien med det funksjonshemmede barnet: forløp, reaksjoner, mestring: et Frambuprojekt*. Oslo. Tanum-Norli
- Institut für Sozialforschung (udatert): *Arbeitskreise*. <http://www.ifs.uni-frankfurt.de/forschung/arbeitskreise.htm>. Lastet ned 20.9.2012.
- Israel, Pravin (2005): Parent Involvement in the Mental Health Care of Children and Adolescents. Empirical Studies from Clinical Care Setting. *Doktorgradsavhandling i psykologi*. Bergen. Universitet i Bergen
- Israel, Pravin og Guy S. Diamond (2009): Tilknytningsbasert familierapi for deprimeret ungdom. *Fokus på familien*, (1): 36-49
- Israel, Pravin, P. H. Thomsen, J. H. Langeveld, K. M. Stormark (2007): Parent-youth discrepancy in the assesment and treatment of youth in usual clinical care setting: consequences to parent involvement. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(2): 138-148
- Israel, Pravin; P. H. Thomsen; J. H. Langeveld og K. M. Stormark (2004): Parental engagement in psychotherapy with adolescents: A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58 (2): 133-138
- Iversen, Randi Kvåle: Best for ettåringer å være hjemme. *Aftenposten* 3.mars 2009
- Jackson, Stevi (2010): Love, Social Change and Everyday Heterosexuality. I: Jónasdóttir, Anna G og Sofía Strid (red): *Proceedings from GEXcel Theme 10: Love in Our time: A Question for Feminism – Spring 2010*. Linköping University. Tema Genus report Series No.12:2010 – LiU. *CFS Report Series* No.14:2010: 99-108  
[http://www.genderexcel.org/?q=webfm\\_send/77](http://www.genderexcel.org/?q=webfm_send/77). Lastet ned 1.4.2012
- Jakobsen, Jonas (2009): Å lide av ubestemtthet. Axel Honneths hegelianske samtidsdiagnose. I: Bugge, Lars; Stein Sundstøl Eriksen og Geir O. Rønning: Axel Honneth. *AGORA. Journal for metafysisk spekulasjon* (4)
- James, Allison, Chris Jenks og Alan Prout (1998): *Theorizing Childhood*. Cambridge. Polity Press

- Jenkins, Richard (2008): *Social Identity. Third Edition*. New York. Routledge
- Jensen, Tine Kjær (2002): Mistanke om seksuelle overgrep. Foreldres fortolkning som kulturell praksis. I Thorsen, Kirsten og Ruth Toverud: *Kulturpsykologi. Bevegelser i livsløp*. Oslo: Universitetsforlaget
- Jónasdóttir, Anna G. (2010): Love in Our Time – A Question for Feminism. I: Jónasdóttir, Anna G og Sofia Strid (red): Proceedings from GEXcel Theme 10: Love in Our time: A Question for Feminism – Spring 2010. Linköping University. Tema Genus report Series No.12:2010 – LiU. *CFS Report Series* No.14:2010: 19-30  
[http://www.genderexcel.org/?q=webfm\\_send/77](http://www.genderexcel.org/?q=webfm_send/77). Lastet ned 1.4.2012
- Jozefiak, Thomas (2009): Quality of life and mental health in children and adolescents – child and parent perspectives. *Doktorgradsavhandling i medisin*. Trondheim. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Juul, Jesper (2003): *Familier med kronisk syke barn*. Oslo. Farmorbarn
- Juul, Søren (2006): Solidaritet, anerkendelse og rettfærdighed – argumenter for en syntese mellem tre moralfilosofiske begreber I: Lund, Henrik Stampe; Anders Petersen, Moritz Schramm og Rasmus Willig (red): *Fordringen på anerkendelse*. Århus. Forlaget Klim.
- Kamberelis, George og Greg Dimitriadis(2005): Focus groups. Strategic articulations of pedagogy, politics, and inquiry. I: Denzin, Norman K. og Yvonna S. Lincoln (red): *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*. Thousand Oaks. Sage.
- Kaspersen, Lars (2003): Anthony Giddens I: Andersen, Heine og Lars Bo Kaspersen: *Klassisk og moderne samfundsteori. 2.reviderede udgave*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Kelle, Udo (2007): The Development of Categories: Different Approches in Grounded Theory. I: Bryant, Anthony og Kathy Charmaz (red)(2007): *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. Los Angeles. Sage
- Kendler, Kenneth S (2005): Toward a Philosophical Structure for Psychiatry i: *American Journal of Psychiatry*, 162(3): 433-440
- Kennair, Leif E. O. (2009): 7 grunnleggende, profesjonshemmende misforståelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(2), 196-198.
- Kincheloe, Joe L. og Peter McLaren (2005): Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. I: Denzin, Norman K. og Yvonna S. Lincoln (red): *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*. Thousand Oaks. Sage.

- Koro-Ljungberg, Mirka og Regina Bussing (2009): The Management of Courtesy Stigma in the Lives of Families With Teenagers With ADHD. *Journal of Family Issues*, 30(9): 1175-1200
- Kringlen, Einar (2009): *Diagnose: sjenert?*  
[http://morgenbladet.no/debatt/2009/diagnose\\_sjenert](http://morgenbladet.no/debatt/2009/diagnose_sjenert) Lastet ned 3.8.2012
- Kristoffersen, Kjell (2002): Om å være søsken til mennesker med langvarig og alvorlig psykisk lidelse. I: Brinchmann, Berit Støre (red): *Bære hverandres byrder. Pårørende i sykepleien*. Bergen. Fagbokforlaget
- Kunnskapssenteret (2008a): Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Resultater fra en nasjonal undersøkelse. *PasOpp-rapport nr 2-2008*
- Kunnskapssenteret (2008b): Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Metodedokumentasjon for nasjonal undersøkelse. *PasOpp-rapport nr3-2008*
- Kunnskapssenteret (2008c): Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Institusjonsresultater fra en nasjonal undersøkelse. *PasOpp-rapport nr 4-2008*
- Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Ad notam Gyldendal
- Kvale, Steinar (2003): The Psychoanalytical Interview as Inspiration for Quality Research I: Yardly, Lucy, Paul M. Camic, og Jean E. Rhodes (red): *Quality Research in Psychology. Expanding Perspectives in Methodology and Design*. Washington DC. American Psychological Association Press.
- Lange, Jon (2002): Nic Waal - norsk barne- og ungdomspsykiatris mor. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2002; 122: 296–297.
- Lange, Jon (2008): Da barnepsykiatrien kom til Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(7): 902-903
- Larsen, Solfrid Hjellset (2011): Barnepsykiatriens utfordringer. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2011;131: 112-113.
- Leira, Haldis Karen (2003): *Det gode nærvær: kulturens psykologiske betydning*. Bergen. Fagbokforlaget
- Litt, Jacquelyn (2004): Women's Carework in Low-Income Households. The Special Case of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Gender & Society*, 18(5): 625-644

- Ludvigsen, Kari og Åsmund Arup Seip (2009): The establishing of Norwegian child psychiatry: ideas, pioneers and institutions. *History of Psychiatry*, 20(1): 5-26.
- Lund, Ingrid (2004): *Hun sitter jo bare der! Om innagerende atferd hos barn og unge*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Lund, Ingrid (2005): «Hun sitter jo bare der.» Innagerende atferd og tiltak i lys av Daniel Sterns teori. I: Befring, Edvard, Randi Talseth og Ingeborg Veia (red): *Se meg! Årsrapport om barn og unges psykiske helse*. Oslo. Voksne for barn.
- Lund, Ingrid (2012): *Det stille atferdsproblemet. Innagerende atferd i barnehage og skole*. Bergen. Fagbokforlaget.
- Lundeby, Hege og Jan Tøssebro (2008): Exploring the Experience of “Not Being Listened To” from the Perspective of Parents with Disabled Children. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 10(4): 258-274
- Lundqvist, A & Nilstun T (2007) Human dignity in pediatrics: The effects of health care. *Nursing Ethics* 14(2): 215-228
- Lurie, Jim og Graham Clifford (2005): *Parenting a Young Child with Behavior Problems. Parents' experiences before, during and after Webster-Stratton Parent Training*. Trondheim. Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge.
- Lynch, Kathleen (2010): Affective Equality: Love, Care and Solidarity as Productive Forces. I: Jónasdóttir, Anna G og Sofia Strid (red): Proceedings from GEXcel Theme 10: Love in Our time: A Question for Feminism – Spring 2010. Linköping University. Tema Genus report Series No.12:2010 – LiU. *CFS Report Series* No.14:2010: 31-47  
[http://www.genderexcel.org/?q=webfm\\_send/77](http://www.genderexcel.org/?q=webfm_send/77). Lastet ned 1.4.2012
- Lysaker, Odin (2011): Anerkjennelse og menneskeverdets forankring. Henimot en transnasjonal anerkjennelsespolitikk. *Etikk i praksis. Nordic Journal of Applied Ethics*. 5(2): 101-122
- Løgstrup, Knud E.(1991): *Den etiske fordring*. København. Gyldendal
- Løgstrup, Knud E.(1993): *Solidaritet og kærlighed - og andre essays*. København. Gyldendal
- Maccoby, Elanor E. (1992): The Role of Parents in the Sozialization og Children: An Historical Overview. *Developmental Psychology*, 28(6): 1006-1017
- Madsen, Bent (2006): *Sosialpedagogikk. Integrering og inkludering i det moderne samfunnet*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Madsen, Ole Jacob (2010): *Den terapeutiske kultur*. Oslo. Universitetsforlaget.

- Maher, Janemaree (2005): A Mother by Trade: Australian Women Reflecting Mothering as Activity, Not Identity. *Australian Feminist Studies*, 20(46): 17-29
- Major, Ellinor F.(red) (2011): Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Nasjonalt folkehelseinstitutt *Rapport 2011*:1
- Martinsen, Kari (2005): *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo. Akribe
- Mathiesen, Kristin Skjelderup (2009): Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge. I: Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Nasjonalt folkehelseinstitutt *Rapport 2009*:8
- Mathiesen, Kristin Skjelderup, Anne Kjeldsen, Anni Skipstein, Evalill Karevold, Leila Torgersen og Helene Helgeland (2007): Trivsel og oppvekst, barndom og ungdomstid. Nasjonalt folkehelseinstitutt *Rapport 2007*:5
- Maurer, Trent W.; Joseph H. Pleck og Thomas R. Rane (2001): Parental Identity and Reflected-Appraisals. Measurement and Gender Dynamics. *Journal of Marriage and Family*, 63(2): 309-321
- McKeever, Patricia og Karen-Lee Miller (2004): Mothering children who have disabilities: a Bourdieusian interpretation of maternal practices. *Social Science & Medicine*, 59(6): 1177-1191
- Midré, Georges (2009): Grounded Theory: Klassikerne, revisjonistene og den vitenskapsteoretiske diskusjonen i samfunnsfagene. *Sosiologisk tidsskrift*. Nr. 3: 240-257
- Miller, David (2001): Forord i Gullestad, Marianne: *Kitchen-table society - a case study of the family life and friendships of young working-class mothers in urban Norway*. Oslo. Universitetsforlaget
- Mjøset, Lars (2007): Om teori på høyt og lavere nivå I: Hjellbrekke, Johs, Ole J. Olsen og Rune Sakslind (red.): *Arbeid, kunnskap og sosial ulikhet. Festskrift til Olav Korsnes*. Oslo: Unipub
- Moe, Einar (1995): Barn i risiko i et samfunn i forandring. I: Moe, Einar (red): Barn i risiko i et samfunn i forandring. *Skriftserie fra Nic Waals Institutt*, Nr 2. Oslo. NWI.
- Moe, Einar (2005a): Viktige veivalg. I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnpsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo. Universitetsforlaget.



- Moe, Einar (2005b): Nic Waals Institutt blir til I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med.* Oslo. Universitetsforlaget.
- Moe, Einar (2005c): Undervisningsbastion og utviklingsverksted. Beretning om den videre utviklingen ved Nic Waals Institutt. I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med.* Oslo. Universitetsforlaget.
- Moe, Einar (2005d): Er dette det samme faget? I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med.* Oslo. Universitetsforlaget.
- Moe, Rigmor Grette (1998): Forelderarbeideren – terapeut eller samarbeidspartner? I Halleraker, Solvor Hognestad og Ellen Marie Uchermann (red): *Foreldrene – barnets nærmeste hjelpere og barne- og ungdomspsykiatriens viktigste samarbeidspartnere.* Kommuneforlaget. Oslo
- Montgomery, Heather (2003): Childhood in time and space I: Woodhead, Martin og Heather Montgomery (red): *Understanding childhood: an interdisciplinary approach.* Milton Keynes. The Open University
- Moses, Tally (2010): Exploring Parents' Self-Blame in Relation to Adolescents' Mental Disorders. *Family Relations*, 59(2): 103-120
- Mothander, Pia Risholm (1997): Forord til den danske udgave. I: Stern, Daniel: *Moderskabskonstellationen - et helhedssyn på psykoterapi med forældre og små børn.* København. Hans Reitzels Forlag.
- Mruck, Katja og Günter Mey (2007): Grounded Theory and Reflexivity. I: Bryant, Anthony og Kathy Charmaz (red): *The Sage Handbook of Grounded Theory.* Los Angeles. Sage
- Myklebust, Jon Olav (2007): Lange linjer. Livsløp på helse og velferd I: Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen: *Meistring og myndiggjøring – reform eller retorikk?* Oslo. Gyldendal akademisk
- Mørch, Willy-Tore (2011): Kognitiv atferdsterapi for barn med atferdsvansker I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1): 40-45
- Nafstad, Petter (2009): Ringeakt og skeivfordeling. En kritikk av Axel Honneths kulturalisme. I: Bugge, Lars; Stein Sundstøl Eriksen og Geir O. Rønning: Axel Honneth. *AGORA. Journal for metafysisk spekulasjon* (4)

- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010a): *TOPP-studien. Nyhetsbrev til foreldre 2010*.  
<http://alturl.com/djp89> Lastet ned 4.8.2012
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010b): *TOPP-studien. Nyhetsbrev til ungdom 2010*  
<http://alturl.com/maar6> Lastet ned 4.8.2012
- Nelson, Antonia M. (2002): A Metasynthesis: Mothering Other-than-Normal Children.  
*Qualitative Health Research*. 12(4): 515-530
- Nielsen, Geir Høstmark og Per-Einar Binder (2006): Den klassiske psykoanalysens grunnbegreper: Normalutvikling og psykopatologi hos barn og unge. I: Gulbrandsen, Liv Mette (red): *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver*. Oslo. Universitetsforlaget
- Nilsen, Randi Dyblie (2005): Searching for Analytical Concepts in the Research Process: Learning from Children1. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(2): 117-135
- Nordahl, Thomas og May-Len Skilbrei (2002): Det vanskelige samarbeidet. Evaluering av et utviklingsprosjekt om samarbeidet mellom hjem og skole. *NOVA-rapport 13/02*
- Nordfeldt, S., Arvidsson, E., Bernfort, L. (2006): Sjukvårdens og skolans innsatser för barn med AD/HD – föräldrars erfarenheter. *CMT Rapport 2006:2*. Linköping. Institutionen för hälsa och samhälle. Linköpings universitet.
- Normann, Sofie (2009): Sosialfaglig kompetanse i psykisk helsearbeid for barn og unge. *RBUP Nord Rapport 1:2009* <http://alturl.com/xxmqk> Lastet ned 11.3.2010
- Nortvedt, Monica W. og Gro Jamtvedt (2009): Kunnskapsbasert praksis. Engasjerer og provoserer. *Sykepleien* 7/09: 64-69
- Nortvedt, Per og Harald Grimen (2004): *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Nygaard, Thomas (1999): *Den lille sosiologiboka. Innføring i sosiologisk handlingsteori*. Universitetsforlaget, Oslo
- Nøvik, Torunn og Rune A. Lea (2012): Den diagnostiske prosessen I: Den norske legeforening. *Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. Veileder 2011*  
<http://alturl.com/9feno> Lastet ned 4.5.2012
- Olsen, Bennedichte Rappana (2008): Følelser i bevegelse I: Bø, Bente P og Bennedichte C. Rappana Olsen (red): *Utfordrende foreldreskap – under ulike livsbetingelser og tradisjoner*. Oslo. Gyldendal Akademisk

- Olsvold, Aina (2012): Når "ADHD" kommer inn døren: en psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og – medisinerer. *Doktorgradsavhandling ved Institutt for psykologi*. Oslo. Universitetet i Oslo
- Opseth, Frøydis (1998): Barne- og ungdomspsykiatriens møte med foreldre. Ulike arbeidsformer. I: Hallaraker, S. og Uchermann, E.M.(red): Foreldrene – barnets nærmeste hjelpere og barne- og ungdomspsykiatriens viktigste samarbeidspartnere. *Skriftserien fra Nic Waals Institutt*. Nr 6. Kommuneforlaget. Oslo.
- Owesen, Ingeborg (2010): Annerledeshet og likhet – noen filosofihistoriske betraktninger I: Kristeva, Julie og Eivind Engebretsen (red): *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Paletschek, Sylvia (2001): Kinder – Küche – Kirche. *Sonderdrucke aus der Albert-Ludwigs - Universität Freiburg*. <http://alturl.com/9cjca> Lastet ned 22.10.2012
- Parke, Ross D, Sandra S. Simpkin, David J. McDowell, Mina Kim, Colleen Killian, Jessica Dennis, Mary L. Flyr, Margaret Wild og Yumee Rah (2002): Relative Contributions of Families and Peers to Children's Social Development. I: Smith, Peter K. og Craig H. Hart (red): *Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. Oxford. Blackwell Publishing
- Parke, Ross D.(2004): Development in the Family. *Annual Reviews in Psychology* 55:365-99
- Pasient- og brukerrettighetsloven: Lov om pasient- og brukerrettigheter*. LOV-1999-07-02-63
- Pedersen, Jarle (2008): Kamper om anerkjennelse. Unge flyktninger i møte med norske lokalsamfunn. *Doktorgradsavhandling ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap*. Trondheim. NTNU.
- Pedersen, Jørgen (2009): Sosialfilosofi: en rekonstruktiv eller dekonstruktiv disiplin? Habermas, Foucault, Honneth I: Bugge, Lars; Stein Sundstøl Eriksen og Geir O. Rønning: Axel Honneth. *AGORA. Journal for metafysisk spekulasjon* (4).
- Pettersvold, Mari og Solveig Østrem (2012a): *Mestrer, mestrer ikke. Jakten på det normale barnet*. Siggerud. Res publica
- Pettersvold, Mari og Solveig Østrem (2012b): *Konstruerer atferdsproblemer*. [http://morgenbladet.no/ideer/2012/konstruerer\\_adferdsproblemer](http://morgenbladet.no/ideer/2012/konstruerer_adferdsproblemer) Lastet ned 4.8.2012
- Pettersvold, Mari og Solveig Østrem (2012c): *Kartlegging i barnehagen – en del av en voksende bekymringsindustri*. Forebygging.no Lastet ned 20.10.2012

- Prieur, Annick (2002): Objektivisering og refleksivitet – om Pierre Bourdieus perspektiv på design og intervju. I: M.H, Kristiansen, S. og Prieur, A.(red): *Liv, fortællinger og tekst. Streiftog i kvalitativ sosiologi*. Aalborg Universitetsforlag: Aalborg
- Raaheim, Aril og Kjell Raaheim (1998): *Psykologiske fagord. Fra engelsk til norsk. 6.utgave* Bergen. Fagbokforlaget. 6.utgave mai 2000
- Raina, Parminder; Maureen O'Donnell; Peter Rosenbaum; Jamie Brehaut; Stephen D. Walter; Dianne Russell; Marilyn Swinton, Bin Zhu og Ellen Wood (2005): The Health and Wellbeing of Caregivers of Children with Cerebral Palsy. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 115 (6): 626-636
- Rakvaag, Gunnar (1991): *Pedagogisk-psykologisk ordbok*. Oslo. Kunnskapsforlaget
- Ramsay, Anders (2003): Frankfurterskolen I: Andersen, Heine og Lars Bo Kaspersen: *Klassisk og moderne samfundsteori. 2.reviderede udgave*. København. Hans Reitzels Forlag AS
- Reichelt, Sissel (2006): Systemteoretisk forståelse av familier med barn. I: Gulbrandsen, Liv Mette (red): *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver*. Oslo. Universitetsforlaget
- Repstad, Pål (2007): *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo Universitetsforlaget
- Retterstøl, Nils og Stein Opjordsmoen Iler (2008): *Mestring av livsvansker. Om kriser og psykisk helse*. Oslo. Gyldendal Akademisk Forlag
- Riessman, Catherine Kohler (2003): Analysis of Personal Narratives I: Holstein, James A. og Jaber F. Gubrium (red): *Inside interviewing. New lenses, New concerns*. Thousand Oaks. Sage
- Riksrevisjonen (2007): Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. *Dokument nr. 3:7 (2006–2007)* <http://alturl.com/4sqhk>. Lastet ned 1.8.2012
- Rimehaug, Tormod (2012): Emotional distress and parenting among community and clinic parents. *Doktorgradsavhandling i medisin*. Trondheim. NTNU
- Ringstad, Turid og Ingrid Spurkland (1978): *Familier med nervøse barn. Behandling ved innleggelse*. Oslo. Universitetsforlaget
- Rubin, Kenneth H. og Ock Boon Chung (red)(2006): *Parenting beliefs, behaviors, and parent- child relations - a cross-cultural perspective*. New York. Psychology Press.

- Sagberg, Sturla og Kjetil Steinsholt (2003): Hva er et barn? Innledning. I: Sagberg, Sturla og Kjetil Steinsholt (red): *Barnet. Konstruksjoner av barn og barndom*. Oslo. Universitetsforlaget
- Sandbæk, Mona (1995): Fikk barna hjelp? En studie av barns kontakt med hjelpeapparatet, sett med de foresattes øyne. Oslo: *Rapportserie fra Barnevernets utviklingssenter 5/95*
- Sandbæk, Mona (2002): Barn og foreldre som sosiale aktører i møtet med hjelpetjenester. Oslo. *Rapport 14/02*. NOVA
- Sandvik, Hilde (2004): Den vedunderlege morsmakta I: Gilje, Karianne Bjellås og Tonje Vold (red): *Oppdrag: Mamma, pappa. Fortellinger fra en ny generasjon foreldre*. Oslo. Kagge forlag.
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie (2006): *Livsbevissthet – om å være tilstede i eget liv*. Oslo. Universitetsforlaget
- Schrumpf, Ellen (2007): *Barndomshistorie*. Oslo. Det Norske Samlaget
- Schütz, Alfred (1954): Concept an theory formation in the social sciences. I: Delanty, Gerard og Piet Strydom (red)(2003): *Philosophies of Social Science. The Classic and Contemporary Readings*. Maidenhead. Open University Press
- Schütz, Alfred (1975): *Hverdagslivets sosiologi*. København. Hans Reitzels Forlag
- Segal, Eleanor (2001): Learned Mothering: Raising a Child with ADHD. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(4): 263-279
- Selmer, Catharina (1998): Fra mangfold til dilemmaer. En etterundersøkelse av et familieterapeutisk behandlingstilbud med bruk av reflekterende team på en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. *Hovedoppgave i sosialt arbeid*. Høgskolen i Oslo/NTNU
- Shostrom, Brenda Johnson (2008): Out of synch: mothering a depressed adolescent. A Grounded Theory studie. *Dissertation Doctor of Philosophie*. Chicago. Loyola University.
- Simon, Robin W. (1992): Parental Role Strains, Salience of Parental Identity and Gender Differences in Psychological Distress. *Journal of Health and Social Behavior*. 33: 25-35
- Sitter, Marit (2008): Tilstander/diagnoser i det psykiske helsevernet for barn og unge. *SINTEF-rapport* <http://alturl.com/xrdg9>. Lastet ned 5.3.2010
- Sitter, Marit (2010): Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptappingsplanen. Oslo. Helsedirektoratet. *Rapport 10/2010*.

- Sjöberg, Inger og Malena Blom (1993): *Föräldrakraft. Föräldrar till barn med funksjonshinder berättar om livet och mötet med samhället. Barn-föräldrar-samhällgruppen*. Stockholm. Utbildningsförlaget.
- Skard, Åse Gruda (1948): *Ungene våre*. Oslo. Gyldendal akademisk. Nytt opptrykk 2009
- Skjerve, Jan (2006): Atferdsterapi og atferdsanalyse. I Gulbrandsen, Liv Mette (red): *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver*. Oslo. Universitetsforlaget
- Skjervheim, Hans (2002): Deltakar og tilskodar. I: Skjervheim, Hans: *Mennesket*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Skårderud, Finn (1998): Blandede følelser – spiseforstyrrelser og samarbeidet med familien. I: Gjørum, Bente; Berit Grøholt og Hilchen Sommerschild (red): *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo. Tano Aschehoug
- Skårderud, Finn; Svein Haugsgjerd og Erik Stänicke (2010): *Psykatriboken. Sinn – kropp - samfunn*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Slagstad, Rune (1998): *De nasjonale strateger*. Oslo. Pax Forlag
- Slettebø, Tor (2008): Foreldres medbestemmelse i barnevernet: en studie av foreldres erfaringer med individuell og kollektiv medvirkning. *Doktorgradsavhandling ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap*. Trondheim. NTNU.
- Smith, Lars (2006): Bowlbys teori om barnets band og empiriske studier av tilknytning. I: Gulbrandsen, Liv Mette (red): *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver*. Oslo. Universitetsforlaget
- Snoek, Jannike Engelstad (2002): *Ungdomspsykiatri*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Sohlberg, Peter og Britt-Marie Sohlberg (2002): *Kunskapens former. Vetenskapsteori och forskningsmetod*. Malmö. Liber AB
- Sommer, Dion (2005): Values at stake in late modernity relationships between maternal educational background, childrearing views, sanctions and children's temperament *International Journal of early childhood*, 37 (1): 95-116
- Sommerschild, Hilchen (2005a): Akershus. «Med skreddersydd bygg» I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnpsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo. Universitetsforlaget.

- Sommerschild, Hilchen (2005b): Morsrollen – et tema i barnepsykiatrien. I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Sommerschild, Hilchen og Berit Grøholt (1989): *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo TANO.
- Sommerschild, Hilchen og Einar Moe (2005): *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet (2001): Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. *Utredningsserien 2:2001*
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Oslo Mars 2007. *Veileder IS-1405*
- Sosialdepartementet (1956): *Innstilling fra utvalget til å utrede spørsmålet om tiltak for barn som trenger psykiatrisk-psykologisk undersøkelse, rådgivning og behandling. (Utvalget for psykisk barnevern)*. Oslo. S. og Jul Sørensens Boktrykkeri.
- Spesialisthelsetjenesteloven*. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61
- Spring, Beth; Karen H. Rosen og Jennifer L. Matheson (2002): How parents experience a transition to adolescence: A qualitative study. *Journal of Child and Family Studies*, 11 (4): 411–425
- Spurkland, Anne og Helene Gjone (2002): Atferd og gener I: Gjærum, Bente og Bjørn Ellertsen (red)(2002): *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og unge i et nevrobiologisk perspektiv. .... et skritt videre*. Oslo. Gyldendal akademisk
- St.meld. nr. 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*
- Stafseng, Ola (1996): *Den historiske konstruksjonen av moderne ungdom. Om ungdom som forskningsobjekt i vitenskaps- og utdanningshistorisk belysning*. Cappelen Akademisk forlag/NOVA-UNGforsk
- Statens helsetilsyn (2000): Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten *Utredningsserien 7:2000 IK-2714*
- Stattin, Håkan (2001): Öppna, inte övervakade, barn löper mindre risk att bli kriminella. *Läkertidningen*, 98(25): 3009-3013
- Stern, Daniel (1997): *Moderskabskonstellationen - et helhedssyn på psykoterapi med forældre og små børn*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Sternberg, Robert J. (1986): A Triangular Theory of Love. *Psychological Review*, 93(2): 119-135

- Stewart, Sunita Mahtani og Michael Harris Bond (2002): A Critical Look at Parenting Research from the Mainstream: Problems Uncovered while Adapting Western Research to non -Western Cultures. *British Journal of Developmental Psychology*, 20(3): 379-392
- Stoltenberg, Signy Marie Kværneng (2007): Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(7): 11-16
- Strauss, Amsel L. og Juliet M. Corbin (1990): *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park. Sage
- Sverdrup, Sidsel (2007): Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Sammenstilling av fem prosjekt. Oslo. Diakonhjemmets høyskole. *Rapport 2007/2*
- Sverdrup, Sidsel; Trine Monica Myrvold og Lars B. Kristofersen (2007): Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter *NIBR-rapport 2007:2*
- Sætresdal, Barbro (2001): Foreldresamarbeid i ulike livsfaser. I: Befring, Edvard og Reidun Tangen (red): *Spesialpedagogikk*. Oslo. Cappelen Akademisk Forlag
- Søndergaard, Dorte Marie (1996): Social konstruktionisme – et grundlag for at se kroppen som tegn. *Sosiologi i dag 4-1996*: 5-29
- Tafdrup, Pia (1991): Forord. I: Løgstrup, Knud E.: *Den etiske fordring*. København. Gyldendal
- Tanggaard, Lene (2007): The Research Interview as Discourses Crossing Swords. The Researcher and Apprentice on Crossing Roads. *Qualitative Inquiry*, 13(1): 160-176
- Tetzchner, Stephen von (2001): *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo. Gyldendal akademisk
- Thagaard, Tove (2002): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Thomas, Nigel (2012): Love, Rights and Solidarity: Studying children's Participation using Honneth's Theory of Recognition. *Childhood 19*(4): 453-466
- Thorbjørnsrud, Berit (2008): Kritikk av relativismekritikken. *Samtiden 1*: 96 - 104
- Thorn, Anne og Arne Holte (2006): Diagnose bipolar affektiv lidelse - foreldres erfaring. Oslo. Nasjonalt folkehelseinstitutt. *Rapport 2006:5*
- Thuen, Harald (2001): Barnet i historien I: Berit Grøholt, Hilchen Sommerschild og Ida Garløv: *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo. Universitetsforlaget.



- Thuen, Harald (2008): *Om barnet. oppdragelse, opplæring og omsorg gjennom tidene*. Oslo. Abstrakt Forlag
- Thuen, Harald og Hilchen Sommerschild (1997): *Foreldre – til barns beste: Om barneoppdragelse før og nå*. Oslo. Pedagogisk Forum
- Thune-Larsen, Kari-Brith og Karianne Vrabel (2004): Spiseforstyrrelser – hvordan arbeide med familien? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2004; 124:2254-2257
- Tronvoll, Inger Marii (1999): *Barn, foreldre og de gode hjelpere: en studie av brukermedvirkning mellom familier med funksjonshemmede barn og hjelpere på kommunalt nivå*. Trondheim. Norsk senter for barneforskning.
- Tveito, Marit (2012): Marlene og mumimamma. Intervju. *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2012; 132:2122-2124
- Tøssebro, Jan og Borgunn Ytterhus (red)(2006): *Funksjonshemmede barn i skole og familie - inkluderingsideal og hverdagspraksis*. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Tøssebro, Jan og Hege Lundeby(red)(2002): *Å vokse opp med funksjonshemming - de første årene*. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Uggerhøj, Lars (2010): Familierns involvering og deltagelse i undersøgelsesprocessen. I: Kildedal, Karin; Lars Uggerhøj; Sigrid Nordstoga og Solveig Sagatun: *Å bli undersøkt - norske og danske foreldres erfaringer med barnevernsundersøkelsen*. Oslo. Universitetsforlaget
- Ulvik, Oddbjørg Skjær (2005): Fosterfamilie som seinmoderne omsorgsarrangement. En kulturpsykologisk studie av fosterbarn og fosterforeldres fortellinger. *Doktorgradsavhandling i psykologi*. Oslo. Universitetet i Oslo.
- Ulvik, Oddbjørg Skjær (2008): Foreldreskap som offentlig oppdrag. I Bø og Olsen (red): *Utfordrende foreldreskap – under ulike livsbetingelser og tradisjoner*. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Uni Helse (2009): *Engstelige barn trenger hjelp*.  
<http://helse.uni.no/contentitem.aspx?site=28&ci=5325&lg=1> Lastet ned 4.8.2012
- Vassenden, Anders (2008): Om å innlemme makronivået i mikrososiologiske studier. En sammenligning av «grounded theory» og «extended case method.» *Sosiologisk tidsskrif*. Nr 04: 323-339

- Vedeler, Gerdt Henrik (2005a): Behandlingshjemmene. I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnepsykatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Vedeler, Gerdt Henrik (2005b): *Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling gjennom 50 år*. Helse Sør. Psykiatrien i Vestfold HF. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling.
- Vedeler, Gerdt Henrik (2011): Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del I. *Fokus på familien*. (4): 263-282
- Vedeler, Gerdt Henrik (2012): Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del II. *Fokus på Familien*, (1): 27-47.
- Vedeler, Gerdt Henrik og Hilchen Sommerschild (2005): Norges første barnevernsskole. Tilbakeblikk ved to fra det første teamet. I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnepsykatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Vilsvik, Sigrun Opsal (2005): Trøndelag. «Knoppskyting til Midt-Norge» I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnepsykatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Vold, Jan Erik (2005): Nord-Trøndelag «Sent, men godt.» I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnepsykatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo. Universitetsforlaget.
- von Friedeburg, Ludwig (udatert): Geschichte des Instituts für Sozialforschung  
[http://www.ifs.uni-frankfurt.de/institut/ifs\\_geschichte.pdf](http://www.ifs.uni-frankfurt.de/institut/ifs_geschichte.pdf) Lastet ned 20.9.2012
- Waal, Helge (1991): *Nic Waal: Det urolige hjerte*. Oslo. Pax Forlag
- Waal, Nic (1962): *Er det foreldrenes skyld?* Oslo. Cappelen Forlag
- Wacquant, Loïc J.D. (2009): Introduktion: Struktur og logik i Bourdieus sociologi. I: Bourdieu, Pierre og Loïc J.D. Wacquant: *Refleksiv sociologi – mål og midler*. København. Hans Reitzels Forlag
- Warming, Hanne (2003): Børneliv: En levet opplevelse og en social konstruksjon. Refleksiv deltagerobservasjon som sosialkonstruktivistisk metode. I: Hansen, Allan Dreyer og Karina Sehested (red): *Konstruktive bidrag. Om teori og metode i konstruktivistisk videnskap*.
- Warming, Hanne (2006): «How Can You Know? You're Not a Foster Child»: Dilemmas and Possibilities of Giving Voice to Children in Foster Care. *Children, Youth and Environments*, 16(2): 28-50

- Weisstein, Naomi (1968): *Psychology Constructs the Female*.  
[www.cwluherstory.com/psychology-constructs-the-female.html](http://www.cwluherstory.com/psychology-constructs-the-female.html) Lastet ned 22.10.2012
- Wendelborg, Christian og Jan Tøssebro (2009): *Helsestatus til foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne. En sammenstilling av data fra HUNT 2 og Forløpsdatabasen FD-Trygd*. NTNU Samfunnsforskning AS. Avdeling for mangfold og inkludering. Desember 2009  
<http://alturl.com/wfesi> Lastet ned 3.12.2010
- Werge, Thomas (2010): *Hjernescanning kan hjelpe schizofrene*. Intervju på:  
<http://www.forskning.no/artikler/2010/mars/243851>. Lastet ned 11.3.2010
- Westerlund, Heidi og Dagfinn Bjørgen (2011): Ressurshefte. Samarbeid mellom forsknings- og brukermiljøer. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. *Rapport 2011:4*
- White, Michael (2006): *Narrativ teori*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Wiener, Carolyn (2007): Making Teams work in Conducting Grounded Theory I: Bryant, Anthony og Kathy Charmaz (red): *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. Los Angeles. Sage
- Wilhelmsen, Solveig (2005): Øst-Finnmark. «Barnepsykiatri nordpå sett nordfra» I: Sommerschild, Hilchen og Einar Moe: *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Willig, Rasmus (2003): Indledning i Axel Honneth: *Behovet for anerkjendelse. En tekstsamling*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Willig, Rasmus (2006): Anerkendelsesbegrebets sociologiske semantikk. I: Lund, Henrik Stampe; Anders Petersen, Moritz Schramm og Rasmus Willig (red): *Fordringen på anerkendelse*. Århus. Forlaget Klim.
- Woodhead, Martin (2003): The child in development I: Woodhead, Martin og Heather Montgomery (red): *Understanding childhood - an interdisciplinary approach*. Milton Keynes. The Open University
- Ytterhus, Borgunn (2006): Vendepunkt – fra «småunge» til «storunge» I: Tøssebro, Jan og Borgunn Ytterhus (red): *Funksjonshemmete barn i skole og familie - inkluderingsideal og hverdagspraksis*. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Ytterhus, Borgunn, Christian Wendelborg og Hege Lundeby (2008): Managing turning points and transition in childhood and parenthood – insights from families with disabled children in Norway. *Disability & Society*, 23(6): 625–636

- Zeanah, Charles H. og Alicia F. Lieberman (1999): Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. I: Cassidy, Jude og Phillip R. Shaver (red): *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York. Guildford Press
- Ødegård, Atle og Stål Bjørkly (2012): The Family as Partner in Child Mental Health Care: Problem Perceptions and Challenges to Collaboration. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(2): 98
- Øia, Tormod og Halvor Fauske (2010): *Oppvekst i Norge*. Oslo. Abstrakt. 2.reviderte utgave
- Ørstavik, Sunniva (2008): Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Nr 02: 11-119
- Åkermann, Sofia (2005): *Sebrapiken*. Oslo. Humanist forlag.
- Ås, Marianne (1985): *Mor bare diller - om et hyperaktivt MBD-barn*. Oslo. Cappelen.

## Vedlegg

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Bente Hasle  
Avdeling for samfunnsfag  
Høgskolen i Volda  
Postboks 500  
6100 VOLDA

Vår dato: 04.05.2007

Vår ref: 16572/GT

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.03.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

16572 *Mot, mening og mestring. Foreldreskap og hverdagsliv når et barn har en  
internaliserende vanske*  
*Behandlingsansvarlig Høgskulen i Volda, ved institusjonens øverste leder*  
*Daglig ansvarlig Bente Hasle*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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


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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henriksen

  
Geir Teigland

Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrr.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrr.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uib.no](mailto:nsdmaa@sv.uib.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

16572

Personvernombudet finner informasjonsskrivet utarbeidet for distribusjon til foreldre tilfredsstillende. Avhengig av alder bør også barnet informeres om studien, og gis mulighet for å påvirke avgjørelsen om deltakelse.

Det forutsettes at ansatte ved poliklinikken gis fullgod informasjon om studien (tilsvarende den som er utarbeidet for foreldrene).

Rekruttering til studien skjer via utvalgte brukerorganisasjoner og via poliklinikken.

Senest ved prosjektslutt 31.07.2010 skal datamaterialet anonymiseres. Anonymisering foretas ved at direkte og indirekte identifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres), lydopptak destrueres.

Det forutsettes at Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) tilrår prosjektet, og det bes om at kopi av tilrådommen ettersendes ombudet.

## Vedlegg

21/5-07  
16312 GT

Bente Hasle  
Høgskolen i Volda  
Jopllassvegen 1  
6100 VOLDA

Deres ref.: 4.2007.925

Vår ref.: 200702068-6/IAY/400

Dato: 18.05.2007

**P REK NORD 75/2007 MOT, MENING OG MESTRING FORELDRESKAP OG  
HVERDAGSLIV NÅR ET BARN HAR EN INTERNALISERENDE VANSKE -  
SLUTTVURDERING - KOMITEEN HAR INGEN INNVENDINGER MOT AT  
PROSJEKTET GJENNFØRES**

Vi viser til prosjektleders brev 9.5.2007 med vedlegg, samt e-post datert 16.5.2007 vedlagt revidert forespørsel om deltakelse i prosjektet.

Prosjektleders tilbakemelding på komiteens merknader til prosjektet i møte 12.4.2007 (brev av 23.4.2007) tas til etterretning.

*Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) har ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres.*

Det forutsettes at prosjektet er godkjent av aktuelle formelle instanser før det settes i gang.

Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteen på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer komplikasjoner eller endringer i de forutsetninger som komiteen har basert sin avgjørelse på.

Komiteen ber om å få melding dersom prosjektet ikke blir slutført.

Vennlig hilsen  
  
Ingunn Ytrehus  
førstekonsulent  
77645347

**REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE  
REK NORD**

Postadresse: Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø  
telefon sentralbord 77 64 40 00 telefon direkte 77644876 / 77645347 e-post rek-nord@fagmed.uit.no  
www.etikkom.no





## Vedlegg

Informasjonsskriv til aktuelle foreldre

Bente Hasle

Høgskolen i Volda

Postboks 500

6101 Volda

21.08.2007

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Mot, mening og mestring. Foreldreskap og hverdagsliv når et barn har spiseforstyrrelse, angst, depresjon eller tvangslidelse»

Grunnen til at du får denne forespørselen er din kontakt med en av organisasjonene Voksne for barn, ANANKE, Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Ressurscenter for spiseforstyrrelser eller Mental Helse. Den aktuelle organisasjonen har sendt dette brevet til deg. Jeg kjenner ikke din identitet før du eventuelt kontakter meg.

Navnet mitt er Bente Hasle. Jeg er doktorgradsstudent i tverrfaglig barneforskning ved Norsk senter for barneforskning ved NTNU i Trondheim. Jeg er utdannet barnevernspedagog med videreutdanning i småskole- og spesialpedagogikk. Min arbeidserfaring har jeg for det meste fra grunnskolen som spesialpedagog og skolefritidsleder.

Jeg er nå ansatt som stipendiat ved Institutt for sosialfag ved Høgskolen i Volda som dermed finansierer forskningsprosjektet mitt. Hensikten med dette prosjektet er å belyse tema knyttet til hverdagsliv, foreldreskap og mestring når et barn i familien har en psykisk vanske. Det er primært foreldrenes erfaringer jeg vil samle; med håp om at det kan bidra til å gjøre tilbudet til barna og deres familier bedre tilpasset.

I den forbindelse vil jeg intervju foreldre til barn som har gått til behandling i barne- og ungdomspsykiatrien. Barna skal ha blitt henvist for vansker som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, psyko-somatiske plager, selvskading eller tvangslidelser. De skal ha vært mellom 12 og 16 år da de kom i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien. Jeg er interessert i behandlingstilbudet barnet/dere har fått, men kanskje mest i konsekvenser av barnets vanske for familielivet, søsken, skole, venner osv.

Jeg har et mål om snakke grundig med foreldrene til 13-15 barn.

Jeg ønsker å intervju dere 2 ganger. Under intervjuene vil jeg gjerne bruke lydbåndopptaker. Vi kommer nok til å bruke 1 – 2 timer pr intervju.

Det første nedskrevne intervjuet ønsker jeg å presentere for deg/dere i et kort møte. Grunnen til at jeg vil gjøre det slik, er at dere skal få godkjenne det jeg skriver og ikke minst at dere skal få komme med tillegskommentarer. Det er ofte slik at man kommer på de gode eksemplene og kommentarene etter at en samtale er avsluttet. For de som er interessert kan vi også bruke samme framgangsmåte ved neste intervju.

Førstegangsintervjuene håper jeg å gjøre i løpet av høsten 2007. Neste intervju vil bli gjennomført i løpet av høsten 2008. Alle lydbåndopptak vil bli skrevet ned og anonymisert slik at det vil være umulig for andre enn meg å kjenne dere igjen i mine presentasjoner. Jeg er den eneste som har tilgang til lydbåndene som vil bli oppbevart nedlåst på mitt kontor maksimalt 1 måned. De blir slettet med en gang de er skrevet av. Det skriftlige, anonymiserte materialet vil jeg også oppbevare på kontoret. Det vil bare være jeg og mine veiledere som leser intervjuene. Jeg vil så gå grundig gjennom alt materialet for å analysere hva som er de spesielle belastningene og hva som er viktig for at foreldrene skal mestre hverdagen.

Dette er kunnskap som fagfeltet trenger for å videreutvikle tjenestene sine. Målet er også at arbeidet skal resultere i en doktorgradsavhandling i løpet av 2010.

Jeg vet at det kan være et vanskelig tema jeg ber om å få snakke med dere om. Det er frivillig å delta. Jeg har taushetsplikt og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Vi skal gi oss god tid og jeg skal ikke presse meg på dere på noen måte. Nylig gjennomførte jeg en

rekke intervju med pårørende til unge voksne med psykiske lidelser; de opplevde det som vanskelig, men samtidig svært godt å dele sine fortellinger. Det er også viktig at dere husker at dere uten begrunnelse kan trekke dere fra samarbeidet når som helst i prosjektet. Det vil jeg ha full forståelse for. Jeg vil da umiddelbart slette materialet jeg har om dere.

Professor Ellen Schrumpf ved Norsk senter for barneforskning, NTNU, er min hovedveileder under prosjektet. Professor Tor-Johan Ekeland ved Høgskulen i Volda er biveileder.

Dersom du/dere kunne tenke deg/dere å være med på dette forskningsprosjektet gjennom å la deg intervju, ber jeg deg om å ta kontakt med meg. Du kan også ta kontakt dersom du vil vite mer før du bestemmer deg. Dersom du kjenner noen som kan være interessert i å la seg intervju, setter jeg pris på at du ber dem kontakte meg.

Du kan sende brev til adressen øverst på arket. Du kan også ringe meg på telefon 70 07 50 98 på dagtid, 70 07 35 67 på kveldstid og spørre etter Bente, eller sende meg en SMS eller ringe på mobilnummer 41 62 67 95.

Jeg er også lett å få kontakt med på mailadresse: [benteh@hivolda.no](mailto:benteh@hivolda.no).

Jeg regner med å avslutte prosjektet og levere inn avhandlingen min i løpet av 2010. Dere vil da få tilbud om informasjon om konklusjonene i arbeidet.

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord).

Jeg sender 2 eksemplar av informasjonsskriv med samtykkeerklæring slik at dere kan beholde det ene.

.....

Bente Hasle

-daglig ansvarlig-

.....

### Samtykkeerklæring

Jeg har fått tilsendt og lest informasjonen om prosjektet og samtykker i å delta

.....

Dato

.....

Underskrift

.....

Telefon eventuelt mailadresse

