

«Jeg er ikke noe offer for mamma»

Ungdoms søken etter mening og sammenheng i dobbeltrollen som pårørende og BUP-pasient

“I’m not a victim of my mother”

In search for meaning and coherence in youth affected by parental mental and/or substance use problems

FOTO: PRIVAT



Kristin Kommisrud ambulant terapeut, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Lillehammer, Sykehuset Innlandet HF, kristin.kommisrud@sykehuset-innlandet.no, og høgskolelektor, Høgskolen i Innlandet. kristin.kommisrud@inn.no

FOTO: GRO VASSBOTEN, HINN



Kerstin Söderström psykologspesialist, Divisjon psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet HF og postdoktor, Høgskolen i Innlandet. kerstin.soderstrom@inn.no

FOTO: PRIVAT



Lillian Halsaa klinisk spesialist, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Lillehammer, Sykehuset Innlandet HF. lillian.halsaa@sykehuset-innlandet.no

FOTO: GRO VASSBOTEN, HINN



Astrid Halsaa førsteamanuensis, Høgskolen i Innlandet. astrid.halsa@inn.no

Sammendrag

Artikkelen tar utgangspunkt i unge jenters erfaringer som pasient i psykisk helsevern, samtidig som de har en forelder med rus- eller psykisk lidelse. Fokuset er på deres selv-narrativer, og hvilken forståelse de har av hvordan foreldrenes vansker påvirker det de selv strever med. En kvalitativ intervjustudie med ni unge jenter i denne doble rollen som pasient og pårørende, viser at de forstår egne vansker som forårsaket av ytre psykososiale belastninger, men at de ikke nødvendigvis ser en sammenheng mellom egne og foreldrenes vansker. Funnene viser kompliserte relasjons- og identitetsprosesser hvor informantene formidler fortellinger som ivaretar familierelasjoner, gir mening og sam-

menheng og en positiv identitet. Vi mener å se at fortellingene er påvirket av hvordan foreldre har forholdt seg til belastningene, hvordan ungdommene har blitt hjulpet, og av de overordnede kulturelle narrative om familieliv, normalitet og psykisk sykdom.

Nøkkelord: psykisk helsevern, barn som pårørende, foreldre med rus-/psykiske lidelser, sense of coherence, narrative, familiefokusert praksis

.....

Abstract

This article describes adolescent girls' experience of being a mental health patient while at the same time having a parent with mental illness and/or substance use problems. It focuses on adolescents' self-narratives and how they inscribe the parental problems into their own difficulties. In-depth qualitative interviews with nine teenage girls show that they see their problems as reactions to adverse life events but do not necessarily link own mental health problems with their parent's illness. The findings indicate a complex meaning-making process towards a self-narrative that both preserves family bonds, coherence and a positive identity. The meaning-making process and outcome is influenced by degree of parental support and the cultural narratives of family life and of normality and mental illness.

Keywords: child and adolescent mental health, parental mental illness, addiction, sense of coherence, narrative, family-focused practice

LOVVERKET KNYTTET TIL BARN som pårørende tar utgangspunkt i at når foreldre er syke eller har betydelige problemer, påvirker det barna. Barna oppfattes som sårbare og risikoutsatte, og helsetjenestene rigges deretter. Men hvordan forstår barn og ungdom seg selv og sammenhengene i livet, og hva påvirker deres forståelser? Hvilken rolle spiller profesjonelle hjelpere, og hvordan innvirker det på hva foreldre og familie ser, gjør og forstår? Dette er de sentrale spørsmålene som er stilt til pasienter i BUP, dvs. poliklinikk for psykisk helsevern for barn og unge, som samtidig var barn som pårørende. Svarene peker i retning av at deres selvforståelse er lite forenlig både med pasientrollen og rollen som pårørende barn. I denne artikkelen tar vi derfor til orde for at hjelpen i større grad bør rettes mot relasjonene, hverdagen og livsbetingelsene i en mer familiefokusert praksis, som et alternativ til dagens diagnose- og individorienterte psykiske helsevern.

Bakgrunn

Tre av fire barn som får behandlingstilbud fra BUP beskrives å ha «avvikende psykososiale forhold» (Andersson, 2009), noe som ofte betyr problemer eller belastninger på foreldresiden. Folkehelseinstituttet anslår at nærmere 40 prosent av norske barn har en forelder som strever med rus og/eller psykiske van-

sker (Torvik & Rognmo, 2011). Det er godt dokumentert at foreldres psykiske lidelser og/eller rusproblemer påvirker barns oppvekst og utvikling og øker risikoen for at de får egne problemer (Mordoch & Hall, 2008; Rossow, Lambert, Keating & McCambridge, 2016; Ruud et al., 2015). I BUP får barn imidlertid en pasientrolle og skrives inn i tjenestens biomedisinske forankring. Dersom foreldrene samtidig mottar hjelp fra spesialisthelsetjenesten, får de også posisjonen «barn som pårørende». Slik havner de i den doble kategorien pasient og pårørende.

Barn som pårørende har siden 2010 vært et viktig begrep da det ble innført lovbestemte rettigheter som forplikter spesialisthelsetjenesten til å gi informasjon om foreldrenes lidelse, kartlegge hjelpebehov og sikre dem nødvendig hjelp (Ot.prp. nr. 84 (2008–2009)). Selv om mange barn og unge som får behandling i BUP har denne dobbeltrollen, vet vi lite om dem fordi både praksisfelt og forskningslitteratur behandler barn som pårørende og barn i BUP som adskilte kategorier. Kunnskapen om hvordan ungdommer selv opplever å være både pasient og barn som pårørende, er også mangelfull.

I denne studien ønsker vi å utforske dobbeltrollen ut fra ungdommenes perspektiv, og tar utgangspunkt i følgende spørsmål: Hvordan forstår ungdom i BUP sammenhenger mellom oppvekstbelastninger, foreldres sykdom og hvordan de har det selv, og hvilke ytre faktorer påvirker dette forståelsesarbeidet? Dernest lurer vi på hvordan profesjonelle hjelpetjenester best kan støtte disse ungdommenes søken etter forståelse, mening og sammenheng. Målet er ikke å generalisere, men å nyansere og stimulere til bedre forståelse av ungdommenes perspektiv, for slik å forbedre praksis.

For vi vet at det er rom for forbedring. Barn og ungdom som henvises BUP, blir sjelden spurt om de har opplevd rus eller konflikter hjemme (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg & Egeland, 2012). Helsetilsynets (2015) landsomfattende tilsyn av BUP fant at sider ved barnets symptomer eller miljø i mange tilfeller ikke ble tilstrekkelig vurdert før behandling ble iverksatt. Multisenterstudien som har evaluert barn som pårørende-lovgivningen (Ruud et al., 2015) konkluderer med at loven bare er delvis etterfulgt. De finner mangelfull kartlegging og dokumentasjon, sviktende rutiner i å melde til barnevern og henwise til andre tjenester, samt varierende praksiser med å gi informasjon til barn om foreldrenes sykdom. De hevder dessuten at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten fortsatt har begrenset kompetanse i familiefokusert praksis og mangler kompetanse på hvordan foreldres sykdom påvirker barn (Ruud et al., 2015).

Familiefokusert praksis blir for oss et nøkkelbegrep. Vi legger Maybery og Reuperts (2009) definisjon til grunn, slik begrepet er oversatt av Ruud et al. (2015, s. 168), som en praksis som forutsetter at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har «et minimum av ferdigheter for å identifisere barn, etablere en relasjon med familiemedlemmer, kunne vurdere foreldre, barns og familiens behov, utvikle samarbeid med andre instanser, og ha klare prosedyrer for henvisning».

Teoretisk forankring

Artikkelens teoretiske forankring er inspirert av Sameroffs (2010) oppfordring til å integrere teorier på ulike nivå, for bedre å kunne forklare hvordan individet modnes og tilpasser seg livet ut fra gitte startbetingelser og påvirkninger underveis. Vi har valgt en teoretisk konstruksjon med et narrativt perspektiv som artikkelens teoretiske, metodiske og analytiske røde tråd, og et sosiokulturelt perspektiv hvor ungdommenes personlige narrativer settes i sammenheng med sosiale og kulturelle fortellinger og hverdagslivets praksiser. Vi har også lagt til elementer fra posisjoneringsteori (Harré & Moghaddam, 2012) og Antonovskys (2012) begrep *sense of coherence* (SOC) med vekt på opplevelse av mening og sammenheng som buffer for påkjenninger.

Et narrativ er en fortelling med en logisk struktur og en hendelsesrekkefølge: hvem gjorde hva, når, hvorfor og hvor. Mishler (1986) ser narrativer som en grunnleggende kognitiv og språklig form for å organisere erfaring og skape mening. Bruner (1990) beskriver narrativet som et redskap for forståelse hvor vi kan forhandle meningsinnhold når noe uvanlig eller problematisk skjer. Ungdommene i denne artikkelen forteller historier om seg selv. Selv-narrativer kan defineres som individers fortelling om forholdet mellom relevante hendelser over tid (Gergen, 2001), og formidler et bilde av hvem man er og hvorfor man er blitt slik.

Ifølge Stern (2003) er de personlige narrativene det viktigste lagringsformatet for minner og grunnlaget for vår selvforståelse, det narrative selvet. Stern vektlegger hvordan barnets evne til å lage slike selvbiografiske fortellinger om hvem de er, var og skal bli, vokser frem i tidlig samspill med foreldrenes fortellinger om virkeligheten (Stern, 2003). Psykodynamisk utviklingsteori belyser betydningen av relasjonserfaringer mellom barn og foreldre (bl.a. Stern, 2003), og hvordan omsorgspersoner både regulerer stress og ubehag og er sentrale «medforfattere» i barnets selvforståelse og dets oppfatninger av mening og sammenheng i sin erfaringsfære. Vi antar dermed at ungdommenes selv-nar-

rativer ikke bare sier oss noe om livshendelser og forståelse av disse, men også om deres viktigste nære relasjoner.

Barndom, familieliv og profesjonell virksomhet befinner seg imidlertid alltid i et større meningsskapende rom, i kulturbestemte fortellinger om barn og foreldre, pasienter og hjelpere, frisk og syk. I et sosiokulturelt perspektiv er man opptatt av barns hverdagsliv og hvordan deltakelse i ulike aktiviteter, på ulike arenaer og i bevegelse mellom ulike meningssystemer, er sentralt for å forstå hvordan barn danner seg meninger og selv-forståelse (Vygotskij, Konzulin, Hanfmann & Vakar, 2012). Hvordan selv-narrativer organiseres, også kalt narrativ konfigurering, har ikke bare betydning for hvordan de forstår seg selv, men gir også ulike fremtidsutsikter (Jansen, 2013). Tilsynelatende like livserfaringer kan organiseres ulikt og gi ulike selvforståelser som igjen gir ulike muligheter for handling, noe Jansen (2013) kaller mulighetsdomener. Ved å sette fokus på de ulike kulturelle meningssystemer ungdommene forteller om og fra, vil vi få kunnskap om hvilke muligheter og begrensninger de erfarer i sine liv (Ulvik, 2009). Gjennom det Ulvik (2009) kaller en *lytteberedskap for flertydighet* bidrar det sosiokulturelle perspektivet med oppmerksomhet mot ambivalente, vage eller flertydige ytringer og meningssystemene bak dem.

Som nevnt i innledningen kategoriseres ungdommene i denne studien av lovverk og profesjonelle som både psykisk syke og som pårørende. Kategoriene posisjonerer ungdommene på bestemte måter både i formelle og uformelle sammenhenger. Rollen som psykisk syk kan oppleves svært forskjellig inne på BUP og ute i vennegjengen. Posisjoneringsteori (Harré & Moghaddam, 2012) beskriver forholdet mellom ulike aktører og sosiale og kulturelle narrativer. Teorien retter fokus mot de normative rammene mennesker lever sine liv i, og hvordan de normer som omgir oss produserer ulike subjektposisjoner. Et eksempel er forholdet mellom samfunns holdninger til det å være psykisk syk og hvordan individer forstår, aksepterer eller forhandler posisjonen som psykisk syk. Slike normative subjektposisjoner kan fremstå som mer eller mindre ønskede, truede eller avvikende (Harré & Moghaddam, 2012). De kan også beskrives som mulige og umulige eksistenser innenfor en gitt kultur (Jansen, 2013). De påvirker både hvordan vi tenker og forstår oss selv, og hvilke handlingsmuligheter vi opplever å ha. Ungdommene i denne studien blir kategorisert som psykisk syke. En forståelse av det å være psykisk syk som en sosial kategori, ligger til grunn for diskusjon av hvordan disse opplevelsene stemmer overens med ungdommenes selvforståelse og hva de ser som handlingsmuligheter i egne liv.

Siden vi ønsker å forstå hva som styrker mestring, helse og trivsel er Antonovskys salutogenese og begrepet *sense of coherence* (SOC) relevant (Antonovsky, 1979, Antonovsky & Sjøbu, 2012). Begrepet viser til en beskyttende opplevelse av sammenheng, en måte å oppleve virkeligheten på i form av begripelighet, håndterbarhet og mening, som er av stor betydning for individets mestring, helse og velvære. SOC kjennetegnes av at egne reaksjoner og ytre opplevelser er forståelige (begripelige), at man opplever å kunne mestre de utfordringer erfaringene gir (håndterbarhet) og at det er verdt å engasjere seg i det man opplever og erfarer (meningsfullhet) (Antonovsky & Sjøbu, 2012). En sterk SOC etableres bl.a. gjennom positive og regulerende relasjonserfaringer og regnes som en motvekt til overveldelse. Det gir individet tillit til at vanskelige situasjoner kan påvirkes, og at en selv har styrke og ressurser til å mestre dem. Grad av forståelse og kontroll over egen livssituasjon, og utvikling av mestningsressurser, henger sammen.

Metode

I et kvalitativ design har vi brukt semistrukturerte intervju med fokus på hverdagsliv, familie og nettverk etter modell av Haavinds (1987) livsformintervju. De metodiske valgene ble gjort i tråd med artikkelens narrative perspektiv, og analysen var rettet mot fortellingene som mekanisme for å forstå livserfaringer (Smith, Larkin & Flowers, 2009).

Ungdommer med minst en forelder med rus- og/eller psykiske helseproblemer og som hadde avsluttet sin kontakt med BUP senest to år før intervjuene, ble inkludert. Rekruttering skjedde via behandlere i BUP. Ni jenter i alderen 17–23 år samtykket til å delta, og datainnsamling foregikk sommer/høst 2015. Intervjueren fulgte ungdommenes fortellinger, og ba om eksempler på de temaene de selv valgte å fortelle om. Samtalen ble deretter ledet inn på det å være barn som pårørende, erfaringer med hjelpeapparatet, og spesifikt om ungdommenes erfaringer med BUP, som for eksempel: «Hvordan kom du til BUP», «Hvordan var livet på den tiden du ble henvist?», og «Hva opplevde du som god/dårlig hjelp?». Intervjuene varte i ca. 1,5 timer og fant sted hjemme hos ungdommene eller i BUPs lokaler. De ble tatt opp på lydfil, transkribert i sin helhet og anonymisert. Ungdommenes beskrivelser er ikke sammenholdt med journaler eller annen dokumentasjon.

Analyseprosessen har fulgt trinnene i Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith et al., 2009). IPA vektlegger individers forståelse og erfaring av bestemte fenomener, med mål om å utforske hvordan mennesker skaper mening

i viktige livserfaringer. Metoden legger vekt på både den enkeltes opplevelse og å finne fremtredende tema for gruppen, samt mønstre og sammenhenger på tvers av intervjuene (Smith, Larkin & Flowers, 2009). Det ble foretatt innledende tematiske analyser av hele materialet, og dybdeanalyser av enkelte fremtredende tema. Materialet ble kodet i NVivo (2012) for å holde oversikt, og NVivos beregning av forhold som frekvens og dekningsgrad bidro som støtte i den fortolkende prosessen. Prosessen er detaljert beskrevet i Halsaa & Kommisrud (2016).

Studien er en del av Mosaikkprosjektet ved Høgskolen i Innlandet (Halsaa & Söderström, 2012), et større forskningsprosjekt rettet mot barn som pårørende, og er godkjent av Regional etisk komite.

Selv om bearbeidelsen av intervjuene har en teknisk dimensjon i bruken av NVivo, er resultatene av analysen en sammensmeltning av hva ungdommen sa i en bestemt kontekst, hva forfatterne hørte og la merke til, og betydningen av begge parters bakgrunn, posisjon og agenda i intervjusituasjonen. Som forskere er vi påvirket av våre faglige og teoretiske forforståelser. Tre av de fire forfatterne har lang erfaring som klinikere i BUP. Vi kan ikke fri oss fra vår erfaringsbakgrunn, verken som terapeuter, ansatte eller privat, når vi skal forstå hva ungdommene i studien sa, og så analysere frem en mer overordnet forståelse. IPA som metode anerkjenner forskerens aktive rolle i analysen, og forventer at forskeren forsøker å se bak det som sies og lese mellom linjene for å synliggjøre det som muligens er skjult også for informantene. Resultater og drøfting må leses i lys av dette.

Metodiske begrensninger

Utvalget består kun av jenter, og det er mulig at funnene ville vært annerledes om også gutter hadde deltatt. Intervjupersonene ble rekruttert via tidligere behandlere, som selv har gjort et utvalg. Det er mulig at behandlere har valgt saker hvor de antar at terapiprosessen har vært god, og at utvalget dermed kan ha en skjevhet i retning av brukere med høy tilfredshet med BUP. Ingen fortolkende studie er uberørt av forskerens tanker og grep, men må vurderes ut fra synliggjøringen av premissene og holdbarheten i prosessen som leder frem til det som til slutt presenteres som en overordnet forståelse, en konseptuell eller teoretisk generalisering.

Resultater

Intervju og analyser hadde fokus på ungdommenes fortellinger om egne vansker, foreldrenes vansker og sammenhengen mellom disse, samt møtet med hjelpeapparatets forståelse. De ni deltakerne beskrev hovedsakelig symptom-

belastning i angst-/depresjonsspekteret, med selvskading, suicidforsøk, skolevegring og sosial tilbaketrekning. Fem hadde foreldre diagnostisert med bipolar lidelse, to med alkoholmisbruk, en med både rusproblem og bipolar lidelse, og én forelder led av sosial angst. Flere beskrev konflikter og brudd mellom foreldrene, og noen hadde erfart familievold. Åtte av ni bodde sammen med sin syke forelder i oppveksten, og like mange fortalte om en oppvekst med belastninger forbundet med den syke forelder. Fra fortellingene har vi trukket frem *tre ulike typer sammenheng og forståelse*, men før vi går inn i disse, har vi samlet noen fellestrekk.

Ytre belastninger blir til indre strev

Jentene forteller implisitt om en sammenheng mellom foreldrenes problemer og de vanskene de selv var henvist til BUP for. De fortalte historier om å være *barn som pårørende*, uten at de selv brukte begrepet.

Jeg begynte jo å slite ganske mye når jeg gikk på ungdomsskolen, fordi jeg har hatt en veldig vanskelig barndom da, først og fremst. Fordi mamma og pappa ikke har klart å samarbeide, og fordi pappa da har vært syk i perioder.

Utsagnet formidler en forståelse av at egne psykiske plager kommer av at ytre belastninger har ført til et indre strev. Selv når fokus er rettet mot deres egne symptomer, som i henvisningen til BUP, holder noen fast på sin forståelse av at det er familiesituasjonen som gjør vondt. «I henvisningspapirene sto det 'sosial tilbaketrekning', men jeg ønsket vel egentlig at hele familiesituasjonen skulle bli forandret.»

Denne forståelsen blir også synlig gjennom fortellingene om ubehaget knyttet til å bli henvist til BUP og det å bli kategorisert som psykisk syk. Fokuset var i strid med hvordan de selv tenkte om situasjonen. «Klart det er litt rart, fordi du tenker at, ja, er det noe galt med meg på en måte? Liksom, siden det er jeg som skal hit da.»

Forståelsen av hvem de psykisk syke er, påvirket hva de tenkte om seg selv.

Jeg tror de (jevnaaldrende) som visste hva BUP var, de tenkte gærninger. [...] Og jeg også tenkte gærninger.

Jeg visste på en måte at hvis man har psykiske problemer så kan man snakke med noen [...] men jeg klarte ikke helt å relatere til at det var det samme med

meg at, at jeg sleit psykisk. Det var på en måte ikke noe uttrykk for meg, så for meg var det å bli henvist til psykiatrien, det var liksom veldig skummelt og følte meg veldig sånn syk da på en måte.

Ønske om sammenheng og selvforståelse

Alle jentene forteller om erfaringer fra BUP og hjelpeapparatet for øvrig. I fortellingene om hva som var til hjelp, og hva de gode helperne gjorde, går tre temaer igjen. De forteller om viktigheten av *å føle seg forstått*, et behov for *å forstå seg selv* og behov for *å se sammenhenger* mellom det de har erfart og hvem de er blitt. Beskrivelsene av møtene med de som var til hjelp, vitner om at det å bli forstått var utgangspunktet for en forståelsesprosess hvor de selv fant en ny eller utvidet forståelse av seg selv og sammenhengene i sin egen historie.

Hun hjalp meg med de tingene hun sa til meg, men hun hjalp meg også litt sånn indirekte ved at, ved at hun lærte meg å kjenne, så lærte jeg også å kjenne meg selv. Så etter det så fikk jeg liksom kontroll over meg selv igjen.

Forståelse var viktig for meg da, jeg ville liksom forstå; hvorfor tenker jeg sånn, hvorfor gjør jeg det her, hvorfor er det sånn liksom ...

Jentene sier at denne forståelsen som de nå har, skulle de gjerne hatt tidligere.

Kanskje noen kunne åpnet øynene mine litt for at det, for at jeg kanskje oppførte meg som jeg gjorde på grunn av noen av disse tingene da. [...] nå har du opplevd det og det, eller ting er sånn og sånn, og da kan det liksom ha ført til at du har utviklet deg sånn da. [...] Ja, jeg tror det å få se ting litt i sammenheng hadde, hadde vært til hjelp.

«Like» fortellinger – ulik selvforståelse

Alle fortellingene om oppvekstbelastninger knyttet til foreldres vansker kom som svar på hvorfor de selv ble henvist BUP, eller hvordan livet var på den tiden de ble henvist. Fortellingene er varianter av hvordan ytre belastninger har blitt til indre strev. Når forståelsen av denne første skisseaktige fortellingen ble undersøkt nærmere, ble den imidlertid mer nyansert. Funnene viste en underskog av hendelser, meninger og sammenhenger som gjorde at tilsynelatende

like historier om belastende oppvekstmiljøer, ga svært ulike forståelser av egne vansker. Disse nyansene har vi i analysen kategorisert som tre typer av sammenheng: *Den sterke sammenheng* består av de fortellingene hvor jentene mener at egne vansker har en klar sammenheng med foreldreproblemene. *Den skjøre sammenheng* er fortellingene som har vagere, uklare og i noen tilfelle motstridende oppfatninger om sammenheng. Den tredje kategorien har vi kalt *den omvendte sammenheng*. Her er fortellinger om å oppfatte seg selv som årsak eller sentralt bidrag til problemene hjemme og foreldrenes vansker. I noen fortellinger trekkes hjelpeapparatets diagnoser inn som noe som utfordrer eller skaper en selvforståelse. I det følgende utdypes de tre kvalitetene med en typisk fortelling fra hver, supplert med momenter fra andre jenters utsagn. Navnene er fiktive og fortellingene anonymisert.

Hedda og den sterke sammenheng

Hedda vokste opp med en pappa som drakk i perioder. Hun husker spesielt ferier hvor han drakk mye. Ingen snakket om det. Hedda forsto etter hvert at noe ikke var som det skulle være.

Plutselig begynte han på en måte å skjule at han drakk, det var på en måte da jeg skjønnte at det var noen greier liksom [...] jeg var på en måte stressa, og litt sånn at jeg nesten ikke turte å være hjemme med pappa. For jeg visste når han var sånn og sånn, så kom det til å skje noe.

Da Hedda gikk på ungdomsskolen ble farens problem så stort at han ba om hjelp. Heddas mor valgte å være åpen om dette og belastningene de hadde som familie. Det var til stor hjelp å vite at moren også syntes det var vondt. Hedda tok opp i seg forklaringen om at hennes vansker hang sammen med pappas. Hun så en klar sammenheng når hun forklarte hvorfor hun var henvist til BUP: «Nei, det var vel egentlig mest hvordan jeg takla det med pappa.»

Dina beskriver også en slik sterk sammenheng i sin historie. Hun forteller om skyld og skam knyttet til det å vokse opp med en far diagnostisert med bipolar lidelse, og hvordan hun forsøkte å fri seg fra denne negative sammenheng i sin selvforståelse.

Jeg bestemte meg for noen år siden at jeg, jeg synes ikke det er noe skamfullt å ha en far som er syk. Fordi jeg har ikke valgt det, pappa har ikke valgt det, ingen har valgt det. Så det er jo ikke noe det er skam over.

Ella og den skjøre sammenhengen

Ella fortalte om en ensom oppvekst med utilgjengelige og avvisende voksne.

Så kom jeg hjem, og da var mamma full. Men jeg skjønte ikke at hun var full, syntes bare at hun var veldig rar, og da ble jeg litt redd. Men så gikk hun og la seg og sovna på sofaen, og da tok jeg bare et pledd over henne og lot henne ligge der da. Kanskje det gikk over tenkte jeg. [...] Jeg var veldig redd.

Ellas far flyttet da hun var i førskolealder. Hun var ensom og fortalte om mange arbeidsoppgaver hjemme for en liten jente. Hun trodde det var normalt at foreldre drakk alkohol, men så etter hvert at det ikke var slik hos vennene. I femteklasse forsøkte Ella å si ifra til moren og ba henne begrense drikkingen. Moren ble sint, benektet å ha problemer og sa at Ella snakket tull. Ella nevnte det ikke igjen, men merket at det skjedde noe innvendig hver gang mamma var full. Først i niendeklasse åpnet hun seg for en lærer, og for første gang hørte hun moren omtalt som alkoholiker.

Eh, jeg var veldig lei meg, og jeg har fått høre at folk synes jeg virket så ensom, trist i ansiktet mitt, og det tenkte jeg jo ikke om meg selv, ikke sant, jeg bare, jeg vet ikke, jeg ble veldig ukonsentrert på skolen [...] og ja, jeg ville ikke ha med meg noen hjem, og jeg fant på unnskyldninger til å ikke være med på ting og, det var mye sånn [...]

Ella vokser opp uten å vite hva hun skal tenke om seg selv, eller hvordan hun skal forstå mammas vansker. Det samme gjaldt Birgit, som tenker tilbake på hvordan det var da hun møtte hjelpeapparatet.

Jeg visste ikke noe om angst. Jeg visste ikke at det var noe som eksisterte, som het det i det hele tatt. [...] Jeg så ikke på det som noe problem, for jeg visste ikke at det var et problem.

Mange av jentene i denne kategorien fortalte om traumatiske erfaringer som svar på hvordan de hadde det da de kom til BUP. Samtidig presenterte de andre forklaringer som svar på hvorfor de selv hadde utviklet psykiske vansker. Birgit er en av dem som forteller om oppveksten med en voldelig far, hvordan det har påvirket henne og hvor viktig det var å få hjelp i BUP med dette. Samtidig forstår hun utviklingen av egne vansker slik:

Jeg tror jeg har hatt det hele tiden, men at jeg ikke har merket det eller ikke tenkt over det før [...] Jeg fikk vite det av mamma at «du har sosial angst». Det ligger i slekta. Bestemor har det, og mamma har det, og jeg har det.

Ane og den omvendte sammenhengen

Ane opplevde selv å bli definert som problemet, og følte at hun ble sendt til BUP fordi det var noe galt med henne. Hun forteller om en konfliktfylt oppvekst med en bipolar mamma som hun både kranglet med og bekymret seg for. Moren mente at Ane hadde ADHD, og ønsket utredning og medisiner i BUP. Da Ane kom til BUP tenkte hun: «Jeg er unormal. Jeg er en problemunge.»

På BUP fikk Ane både diagnose og medisiner. Hun hatet medisiner. Når hun var fortvilet eller kranglet med mamma, husker hun at mamma kunne utbryte: «Ta deg en pille.»

Under intervjuet lager ikke Ane selv noen sammenheng mellom egne vansker og mors bipolaritet. Da hun ble spurt direkte, svarte hun: «Det har jeg faktisk ikke helt tenkt over. Ehm ... men kanskje. Jeg vet ikke.»

For første gang tenker hun over om det kan være en annen sammenheng enn at hun er familiens problembarn som belaster mor, og åpner for et lite «kanskje». Likevel er begrepet *barn som pårørende* helt fremmed for henne.

Jeg føler meg ikke som et offer for mamma i det hele tatt, hvis det er det du tenker på. Nei. ... Nei, det er ikke sånn. Jeg er barn av en syk person? Nei. Mamma er mamma. Jeg er veldig glad i henne.

Også Ina har en variant av en slik omvendt sammenheng mellom egne og forelderens problem:

Jeg var jo suicidal en god periode fordi jeg trodde at han (far) var syk på grunn av meg. [...] for eksempel hvis han hadde fått vite at nå lå jeg på sykehuset for det at jeg hadde tatt overdose for eksempel, så ble jo han dårlig. Så jeg trodde jo oppriktig talt at det var jeg som gjorde at han ble dårlig.

Diskusjon

Alle de ni jentene i denne undersøkelsen fortalte historier om belastninger knyttet til det å ha en forelder med rus-/psykiske vansker, og noen beskrev alvorlige livsbelastninger. Likevel er det bare to som beskriver en tydelig sam-

menheng mellom disse belastningene og utviklingen av egne vansker. Alle de andre ble vage, uklare eller benektende da de ble spurt om deres egne psykiske vansker hadde sammenheng med foreldrenes vansker. I de personlige fortellingene om hvordan de selv utviklet psykiske vansker, finner vi imidlertid mange små historier om hva foreldrene sa og gjorde; hvordan foreldrene forklarte, eller ikke forklarte, hva de selv strevde med; hvordan jentenes reaksjoner og opplevelser ble sett og møtt, eller oversett. Ifølge Sterns (2003) selvutviklings-teori flettes foreldrenes forklaringer, gode, dårlige, mangelfulle eller feilaktige, inn i de unges bilder av seg selv. Det samme kan skje med helsevesenets forklaringer.

Jentene som synes å se en sterk sammenheng, fikk hjelp av foreldre til å sortere og forstå. De fikk informasjon om foreldrenes vansker, deres egne reaksjoner ble sett og forstått, og de fikk en felles historie med andre i familien om hvordan sykdom og vansker grep inn i familiens fungering. Jentene som aner en skjør sammenheng, hadde mindre og ofte dårligere informasjon om foreldrenes vansker. Foreldrene bekreftet i liten grad jentenes egne reaksjoner, og de hadde mange ulike varianter av forklaringer på hvordan det hele hang sammen. Jentene som vi har beskrevet med en omvendt sammenheng, fortalte historier om foreldre som enten ga dem skylden for egne vansker, eller som møtte jentenes uttrykk og reaksjoner med at det var noe galt med dem. Gjennom fortellingene om hva foreldrene sa og gjorde, tegnes bilder av forskjeller i det relasjonelle samspillet og graden av utviklingsstøtte jentene har fått i sin søken etter selvforståelse, mening og sammenheng. Vi mener å se at selv om livsbelastningene knyttet til foreldrenes vansker er uttalte som en del av jentenes narrativer, er det kun de som forteller om regulerende voksne og delte erfaringer, som også kan se en sammenheng til det de selv henvises BUP for. Det ser ikke ut til å være belastningens karakter eller alvorlighetsgrad som bestemmer hvilke sammenhenger ungdommene ser, men snarere i hvilken grad foreldrene, enten den syke eller friske, klarte å møte barnets behov for informasjon, innlevelse og forståelse.

Våre tre kategorier av forståelse og sammenheng, som *sterk*, *skjør* eller *omvendt*, kan også forstås i lys av Antonovskys begrep *sense of coherence* (SOC). Vi vurderer at åpenhet i familien og anerkjennelse av barnets reaksjoner er et uttrykk for trygghet i relasjonene, kapasitet til å romme og regulere barnets følelser og en sosial støtte som bidrar til å bygge det Antonovsky (1979) kaller for personlige og kollektive motstandsressurser. De tre ulike kategoriene av sammenheng antar vi vil korrespondere med grader av SOC fra sterk til svak,

og gi jentene ulike utgangspunkt for å forstå seg selv og håndtere sine egne vansker. Jentene kategorisert med en sterk sammenheng, har et mindre ambivalent forhold til å ta imot hjelp gjennom BUP, og de forteller om andre mestringsstrategier. Et eksempel er hvordan forståelsen av sammenheng har hjulpet med å håndtere skyld og skam knyttet til det å vokse opp med en forelder med rus-/psykiske lidelser. De forteller om opplevelse av sammenheng som gir bedre psykisk helse og mestring, altså høyere grad av SOC. Jentene med en skjør sammenheng finner i varierende grad mening i foreldrenes forklaringer. Og selv om de opplever en slags sammenheng (begripelighet), strever de både med å håndtere og finne meningsfullhet i forståelsen av egne vansker. Eksempelvis ligger det begripelighet i det å forstå egne vansker som noe som går i slekta, men det ligger ikke nødvendigvis mestringsstrategier i en slik forståelse. De har en lavere grad av SOC. Jentene som forteller om en omvendt sammenheng, strever med forklaringer som ikke harmonerer med egne følelsesmessige erfaringer. I Sterns (2003) forståelse ville dette kunne beskrives som diskrepans mellom opplevelser som erfart versus opplevelser som fortalt. Disse jentene forteller om mangel både på begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, altså svært liten grad av SOC. I et narrativt perspektiv viser våre kategorier at hvordan jentene organiserer sine livserfaringer, gir dem ulike mulighetsdomener (Jansen, 2013). Å se sine psykiske plager som forårsaket av en oppvekst med en bipolar far, gir andre handlingsmuligheter enn forklaringer om at psykisk sykdom går i arv i slekta. Deres selvforståelse handler således både om fortid, nåtid og muligheter i fremtiden.

Denne diskusjonen viser at veien frem til en selvforståelse som gir sammenheng og mening, vil være individuell og for mange komplisert, fordi jentene stiller med svært ulike utgangspunkt for å forstå seg selv. Deres beskrivelser av hva som var til hjelp i BUP, eller hva de skulle ønske de hadde fått mer hjelp med, handlet også om nettopp dette; hjelp til å finne sammenhenger og meningsfulle forklaringer på hvorfor akkurat de hadde blitt som de hadde blitt. Andre studier har vist det samme, nemlig at hvordan barn som pårørende forstår sine egne vansker, henger sammen med forståelsen av foreldrenes vansker (Beardslee & Podorefsky, 1988; Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012; Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2004). Studiene viser også at ungdom etterspør mer informasjon om foreldrenes vansker, og mange tiltak rettet mot barn som pårørende har derfor fokus på nettopp dette.

Med bakgrunn i denne studiens funn mener vi at det å forstå slike sammenhenger handler om langt mer enn informasjon om foreldrenes vansker. Infor-

masjon alene er ingen garanti for at barn opplever sin situasjon som begripelig, håndterbar og sammenhengende. De fleste i vår studie beskriver at de trengte hjelp til å få tak i sine egne tanker og følelser, deretter hjelp til å pusle sammen biter av mening og videre hjelp til å sette meningen i kontekst. For de jentene som aldri hadde forstått sine egne vansker i sammenheng med foreldrenes vansker, hadde informasjonen om foreldrenes vansker begrenset verdi. De trengte først og fremst utviklingsstøtte til meningsdannelse, slik Ulvik (2009) beskriver – noen som tonet seg inn, forsto, delte, regulerte og skapte mening sammen med dem. De trengte et intersubjektivt fellesskap (Stern, 2003). Det synes som om mange av jentene fikk dette i relasjonen med sin BUP-behandler og var fornøyd med hjelpen de fikk i BUP, fordi den ga tid og rom til å bearbeide opplevelser som tidligere ikke var tematisert.

Det var godt å snakke med terapeuten, men for mange kom det gode med en pris. Jentene fortalte også om hva det gjorde med dem å kategoriseres som *psykisk syke* og *pårørende barn* i møte med BUP. Folk flest forstår sine psykiske plager som forårsaket av sosiale problemer, hevder Kinderman (2014). Det gjelder også de fleste i denne studien. Flere ble overrasket over at det fantes en diagnose for det de trodde bare var en del av livet, og mange følte seg både fremmedgjort og sykeliggjort i pasientrollen. En henvisning til BUP har fokus på barnets symptomer og rammes inn av kriterier for psykisk sykdom. Problemerkene som de tenkte lå utenfor dem selv, forskyves til et indre problem. Fra å tenke «hele familien trengte hjelp» ble problemet til et sosialt tilbaketrukket barn, et barn med ADHD eller angst. Noen ga uttrykk for at det plutselig ble dem selv det var noe galt med. De beskriver nettopp møtet med BUP som å bli plassert i en avvikskategori. Deres reaksjoner er ikke lenger normale og friske, vanskene kan ikke bare forklares ut fra det de har erfart, og samfunnets normer og verdier knyttet til det å ikke være som alle andre, slår inn over dem. De posisjoneres som psykisk syke, en subjektposisjon som også oppleves truende, og som de dermed forsøker å snakke seg ut av.

De fleste jentene ga også svært ambivalente svar på om de forsto seg selv som *pårørende barn* eller følte seg hjemme i kategorier som *barn av psykisk syke / rusmisbrukere*. Selv om noen svarte ja og noen nei, var det helt tydelig at det å tenke på og fremstille foreldrene som årsak til egne vansker, var utfordrende. Begrepet barn som pårørende ser ut til å utfordre relasjonen til foreldrene, og barnets behov for å tro at foreldre først og fremst gjør godt. Å se foreldre som årsak til egne vansker rokker ved selve fundamentet i oppveksten, den relasjonelle avhengigheten, trygghet og beskyttelse, og utfordrer de kultu-

relle narrativene om foreldre og barn (Hennum, 2002). Selv om de gjennom sine selv-narrativer forteller om belastninger knyttet til foreldre, og dermed i en viss forstand oppfatter egne vansker i lys av dette, er sammenhengen vanskelig å ta inn over seg når de fortsatt skal hente viktige foreldrefunksjoner hos de samme foreldrene. Funnene viser at barn i den doble kategorien kanskje først og fremst er barn *med* foreldre som strever. De har ikke nødvendigvis erkjennelsen av å være barn *av* foreldre som har påført belastninger, og de strever uansett med å forholde seg til begreper som peker på foreldrene som årsaken til deres vansker.

Implikasjoner for praksis

Barn i den doble rollen søker og trenger hjelp til å forstå og se sammenheng, uten at det sykliggjør dem selv, familiemedlemmer eller -relasjoner. I likhet med psykiatrikritikere som Aarre (2010), Ekeland (2011) og Kinderman (2014) stiller vi spørsmål ved sykdomsmodellens hensiktsmessighet. Vi frykter at pasientrollen som inngangsbillett til psykisk helsevern for barn og unge, risikerer å bygge ned ungdommenes opprinnelige normalforståelse av seg selv, og at den innfører et vanskelig og i verste fall truende element i deres identitet. Sykdomsmodellen har en innebygd individualisering av lidelse. Selv om psykisk helsevern anerkjenner betydningen av individets psykososiale historie og miljø, er vår påstand, i likhet med det landsdekkende BUP-tilsynet (Helsetilsynet, 2015), at psykisk helsevern i praksis er for lite opptatt av familierelasjoner. Barnefamilier hvor foreldre har rus- og/eller psykiske problemer møter et helse- og omsorgsapparat som er nivådelt, differensiert og spesialisert, ofte uten at hjelpen er koordinert. Studier viser at det å bli definert som barn som pårørende gir tilgang på informasjon om foreldres psykiske lidelser, men i liten grad tilgang på hjelp (Ruud et al., 2015). Jentene i vår studie bekrefter at hjelpen er vanskelig å finne, men de sier også at den ikke henger sammen, den kommer for sent, og den kan true både selvopplevelse og relasjonen mellom foreldre og barn. De unges historier bekrefter på mange måter både hjelpeapparatets samhandlingsutfordringer og sykdomsmodellens sterke innflytelse. De ønsker hjelp, men ikke posisjonene som gir inngangsbilletten til hjelp.

Vi tror at hjelpetiltak i retning av en mer familiebasert praksis vil harmonere bedre med barnas intuitive oppfatning av at eget strev har sammenheng med ytre belastninger. En forskyvning fra en sykdomsorientert mot en kontekstuell forståelse vil dessuten bedre romme hele familiens livssituasjon og dens ytre belastninger. Funn fra flere studier viser at foreldre, barn og andre familie-

medlemmer er mer fornøyd med en familiebasert praksis enn andre tilnærminger (Espe-Sherwindt, 2008; Gladstone, Boydell, Seeman & McKeever, 2011; Van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman & Hoefnagels, 2008). Det er utviklet flere forebyggende intervensjoner, der man forsøker å styrke familiens egen kunnskap og evne til å ivareta barnas behov, og som støtter foreldre i hvordan de selv kan snakke med barna om sin sykdom. Den finske *Let's talk about children* er en av de mest kjente (Solantaus, 2010), samt *Family Talk*, fra USA (Beardslee, 2007). En nylig metastudie der disse to modellene inngikk, fant at slike program kan redusere barns risiko for å utvikle samme lidelse som forelderen med 40 prosent (Siegenthaler, 2012). Sundet (2016) beskriver også en familiebasert praksis hvor terapeuten har fokus på familiemedlemmenes egne forståelser og er ressursorientert.

I vår forståelse handler det om å ta det enkelte familiemedlems forståelse inn i behandlingen og skape en arena hvor informasjon gis, misforståelser rettes opp og kilder til belastning og bekymring identifiseres som en del av et familieorientert endringsarbeid. Det betyr ikke at all hjelp skal gis til en samlet familie, og for mange ser det ut til å være viktig å få et samtalerom for seg selv. Men hjelpen bør være forankret i en relasjonell forståelse som ser individet som familiemedlem og familien som en enhet i en større sosiokulturell kontekst. Det innebærer at barn og ungdoms ønsker, forståelse og erfaring skal tillegges stor vekt når hjelpen utformes. I dette perspektivet vil man både kunne ta hensyn til hvilke sammenhenger barn i denne doble rollen har eller ikke har for å forstå seg selv og sine foreldre, hvilken utviklingsstøtte de har fått eller trenger for å utvikle sin selvforståelse, og hvilke forklaringer og sammenhenger som gir den enkelte SOC og tro på fremtiden.

Konklusjon

Artikkelen beskriver kompliserte relasjons- og identitetsprosesser hos jenter i den doble rollen som pasient og pårørende til foreldre med psykiske vansker og/eller rusproblemer. Ungdommene har nytte av kloke hjelpere som beveger seg i takt med dem og viser respekt for den virkeligheten de forteller fra og lever i, men de vegrer seg for å bli posisjonert som enten psykisk syke eller barn som pårørende. Voksenstøtte for å forstå sammenhenger i livet er viktig, og informasjon om forelderens sykdom alene er ikke nok. Vi argumenterer for en gjennomgående familiebasert tilnærming som i selve metodikken anerkjenner at barnets selvforståelse er sammenvevd med foreldres forståelse. Vi ønsker å stimulere til en faglig debatt om hva som er god hjelp til barn og ungdom med

foreldre- og familiebelastninger, hvor de unges stemmer og erfaringer tas med som sentrale premisser. Vårt bidrag er en problematisering av de posisjoner dagens hjelpeapparat tilskriver disse barn og unge. Med bakgrunn i denne studiens funn foreslår vi at hjelpen rigges med utgangspunkt i familien, normalitet og hverdagsliv og tilpasses det enkelte barns behov og den enkelte families utfordringer.

Prosjektet er støttet av Norges forskningsråd.

Litteratur

- Andersson, H.W. (2009). *Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge* (SINTEF rapport 2/09). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beardslee, W., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63–9.
- Beardslee, W.R., Wright, E.J., Gladstone, T.R.G., & Forbes, P. (2007). Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 703–713.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.703>.
- Bruner, J.S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Ekeland, T. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis: Et nytt psykisk helsevern* (Erfaringskompetanse.no, 2011:1). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136–143.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>.
- Gergen, K. (2001). *Social Construction in Context*. London: SAGE Publications.
- Gladstone, B.M., Boydell, K.M., Seeman, M.V., & McKeever, P.D. (2011). Children's experiences of parental mental illness: A literature review. *Early intervention in psychiatry*, 5(4), 271–289. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00287.x>.
- Halsa, A., & Söderström, K. (2012). *Children living in families with parental mental illness and/or substance abuse: Early intervention, participation and competence development*. Prosjektbeskrivelse – Mosaikkprosjektet.
- Halsaa, L., & Kommisrud, K. (2016). *Når man virkelig, virkelig trenger det... Ungdoms erfaringer med BUP, når foreldre også strever*. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Harré, R., & Moghaddam, F.M. (2012). *Psychology for the Third Millennium: Integrating Cultural and Neuroscience Perspectives*. London: Sage.
- Haugland, B., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m (oppfølging av barn som pårørende)* (Ot.prp. nr. 84 (2008–2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helsetilsynet. (2015). *Mye å forbedre – vilje til å gjøre det: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker* (Rapport 3/2015). Oslo: Helsetilsynet.
- Hennum, N. (2002). *Kjærligheten og autoritetens kulturelle koder. Om å være mor og far for norske ungdom*. Oslo: Nova, rapport 19/02.
- Haavind, H. (1987). *Liten og stor: Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jansen, A. (2013). *Narrative kraftfelt: Utvikling hos barn og unge i et narrativt psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and wellbeing*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 16(9), 784–791. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x>.
- Mishler, E.G. (1986). *Research Interviewing – context and narrative*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mordoch, E., & Hall, W. (2008). Children's perspective of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health research*, 18(8), 1127.
- NVivo (2012). NVivo qualitative data analysis software (Version 10): QRS International Pty Ltd.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Hukkelberg, S.S., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn: Blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(3), 234–240.
- Rossow, I., Lambert, F., Keating, P., & McCambridge, J. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 397–405.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K.A., Hellman A., Hilsen, M., & Weimand, B.M. (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie* (IS-0522), Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6–22.
- Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8–17.
- Smith, J., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles: Sage.
- Solantaus, T., Paavonen, E., Toikka, S., & Punamäki, R.-L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(12), 883–892. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-010-0135-3>.
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 39–52.

- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sundet, R. (2016). Forskning på en lokal praksis i psykisk helsevern for barn og unge. Del 1: En familiebasert praksis. *Fokus på familien*, 44(1), 45–66.
DOI: <http://dx.doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-05>.
- Torvik, F., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser* (Rapport nr. 2011:4) Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Ulvik, O. (2009). Barns rett til deltakelse – teoretiske og praktiske utfordringer i profesjonelle hjelperes samarbeid med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(12), 1148–1154.
- Van Doesum, K.T.M., Riksen-Walraven, J.M., Hosman, C.M.H., & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child development*, 79(3), 547–561. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01142.x>.
- Vygotskij, L.S., Konzulin, A., Hanfmann, E., & Vakar, G. (2012). *Thought and language* (Rev. and expanded ed. ed.). Cambridge, Mass: MIT Press
- Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.