

# Barn av psykisk syke og resiliens:

*Hva er resiliens og hvordan kan læreren fremme resiliens og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna?*

Rebecca Fransman



Masteroppgave i Pedagogikk ved Pedagogisk  
Forskningsinstitutt  
Det utdanningsvitenskaplige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2012

# Sammendrag

## Tittel

Barn av psykisk syke og resiliens:

Hva er resiliens og hvordan kan læreren fremme resiliens og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna?

## Av

Rebecca Fransman

## Eksamen

Masteroppgave i Pedagogikk

## Semester

Vår 2012

## Studieretning

Pedagogisk Psykologisk Rådgivning

## Stikkord

Barn av psykisk syke

Resiliens

Resiliensfremmende arbeid

## Problemområde

Barn av psykisk syke blir ofte kalt ”de usynlige barna” da de stadig kommer i skyggen av sine syke foreldre. Det er ikke før i den senere tid man har fått øynene opp for at disse barna ofte lider under foreldrenes sykdom. Blant annet har man gjennom den helsepolitiske satsningen ”Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008” fått økt fokus på psykisk helse hos barn og unge (Psykisk helse i skolen, 2011a). Mitt bidrag blir i denne sammenhengen å rette oppmerksomhet mot barn av psykisk syke som selv har en forhøyet risiko for å utvikle psykiske lidelser, og er dermed en gruppe barn som kan ha ekstra behov for forebyggende

tiltak (Gladstone, Boydell & McKeever, 2006). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i resiliens for å se hvordan man kan bruke kunnskap om dette fenomenet til å hjelpe barn som har en ekstra belastende hverdag. Resiliens dreier seg nemlig om hvorfor noen barn klarer seg bra til tross for at det er risikofaktorer som foreldre med psykiske lidelser til stede (Rutter, 1990).

Med støtte i teori om at det å fremme ferdigheter og styrker vil hjelpe barn av psykisk syke til en positiv utvikling, har denne oppgaven et forebyggende og praktisk fokus på hvordan man kan drive resiliensfremmende arbeid. Man skal altså kunne bruke kunnskap om resiliens til å forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna. Oppgaven har som mål å være nyttig for både skolen og Pedagogisk Psykologisk Tjeneste i arbeid med barn av psykisk syke og deres utvikling og helse. Da en multiteoretisk tilnærming innebærer at man kan hjelpe barn fra flere ulike hold, tar jeg utgangspunkt i en slik tilnærming som teoretisk rammeverk for oppgaven. Slik kan man hjelpe barn av psykisk syke på best mulig måte. Og siden skolen er en viktig arena i de fleste barns liv, og læreren har en stor rolle i deres hverdag, åpner det for følgende problemstilling: Barn av psykisk syke og resiliens: Hva er resiliens og hvordan kan læreren fremme resiliens og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna?

### **Metode**

Jeg har valgt en teoretisk tilnærming til min oppgave, hvor jeg bruker relevant teori og allerede foreliggende empiri på området for å belyse min problemstilling. Jeg har samlet inn, sammenholdt og tolket foreliggende tekster. Oppgavens første kapitler består i hovedsak av en teorifremstilling av foreldre med psykiske lidelser og hvilke konsekvenser dette kan få for barna, samt resiliens. Videre har jeg sett på hvordan man kan bruke kunnskapen om teorifremstillingen til å hjelpe barna i skolen, for deretter å avslutte de siste kapitlene med konkrete forslag som støttes i nyere forskning og litteratur. Jeg har hele tiden hatt et kritisk blick til den valgte litteraturen for å få en så redelig og fullstendig fremstilling som mulig.

### **Kildebruk**

Fremstillingene og vurderingene i oppgaven bygger stort sett på original litteratur, supplert med et utvalg av sekundære kilder. Blant annet støtter jeg meg på viktige bidragsytere til resiliensforskningen, som Michael Rutter, Emmy Werner, Ruth S. Smith, Anne I. H. Borge, Suniya S. Luthar og Ann S. Masten. Redegjørelsen av ulike psykiske lidelser bygger på

diagnosesystemene DSM-IV og ICD-10, og anerkjente professorer innen psykiatri. Andre sentrale litteraturkilder som brukes er rapporter fra blant annet Folkehelseinstituttet, og annen aktuell forskning gjort på barn av psykisk syke. Originalkilder av Albert Bandura og Aaron Antonovsky brukes også til å støtte opp under drøftingen rundt hvordan man kan bruke resiliens til å hjelpe barn av psykisk syke. Fremstillingen baseres i hovedsak på bøker, artikler fra pedagogisk og psykologiske tidsskrifter, og andre dokumenter og rapporter. Kildene jeg benytter meg av gir både et norsktilpasset og et internasjonalt omfang på oppgaven, og er med på å kvalitetssikre dette arbeidet.

### **Hovedkonklusjoner**

Denne oppgaven tar i hovedsak for seg hvordan læreren kan fremme resiliens hos barn av psykisk syke, og dermed bidra til å forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna. Psykiske lidelser som depresjon og schizofreni kan nemlig føre til at barn av foreldre med slike lidelser er i økt risiko for blant annet å utvikle sosiale og emosjonelle vansker. Hvordan den psykiske lidelsen påvirker barnet vil derimot avhenge av kumulative risikofaktorer, og resiliens. Forskning viser at de viktigste resiliensfaktorene som gjør at noen barn klarer seg bedre enn andre er mestringsstro, sosial kompetanse, foreldreomsorg, støttende signifikante andre og venner. Fokuset i oppgaven har vært på hvordan og hvorfor slike faktorer fører til at noen klarer seg bedre enn andre, noe som kan forklares gjennom Antonovskys fenomen: opplevelse av sammenheng. Hvis barna opplever miljøet rundt seg som begripelig og forståelig, opplever at de har det som skal til for å håndtere kravene de blir stilt ovenfor i hverdagen, og sist men ikke minst opplever at livet gir mening, vil dette kunne gi en opplevelse av sammenheng. Dette kan føre til at barn av psykisk syke har gode forutsetninger for å utvikles positivt selv om de lever med ekstra belastninger i hverdagen.

For å kunne hjelpe barn som er ekstra utsatte, er det først og fremst viktig å identifisere de barna som er i risiko. Dette kan gjøres ved å se på hva som kjennetegner sosiale og emosjonelle vansker, hvilke mestringsstrategier barn av psykisk syke ofte bruker, og ulike samtalekarakteristika hos foreldrene som kan indikere at alt ikke er helt som det skal. Når man har identifisert barn av psykisk syke som trenger ekstra oppfølging, kan et resiliensfremmende arbeid være hensiktsmessig.

Ved å inneha kunnskap om de tidligere nevnte resiliensfaktorene kan læreren drive et resiliensfremmende arbeid innenfor flere områder. Dette kan fremme ferdigheter hos barn

som vil kunne bidra til at de får en opplevelse av sammenheng og utvikler seg til resiliente individ. Ved å se og bekrefte barna, snakke med dem om foreldrenes lidelser og støtte barnas mestring, kan læreren bli en signifikant annen for barn av psykisk syke og dermed bidra til å skape en begripelighet rundt barnas situasjon. Å gi rom for at barna kan etablere vennskap gjennom å legge opp til samarbeid og gruppeaktiviteter, kan føre til at barna får gode opplevelser på skolen og dermed får en opplevelse av meningsfullhet. Læreren kan videre bidra til at barn av psykisk syke klarer å håndtere utfordrende situasjoner bedre gjennom å fremme sosial kompetanse og mestringstro. På denne måten har lærere store muligheter til å fremme resiliens og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn av psykisk syke.

Forfatter: Rebecca Fransman

År: 2012

Tittel: Barn av psykisk syke og resiliens: Hva er resiliens og hvordan kan læreren fremme resiliens og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna?

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært som en lang tur i en berg- og dalbane. På nedturene har det vært en tung og krevende prosess som til tider også har vært en tålmodighetsprøve uten like. Men uten disse nedturene hadde kanskje ikke oppturene blitt like givene som de ble. Fordi det har også vært utrolig lærerikt og interessant, hvor jeg både sitter inne med mye ny kunnskap om temaet, og om meg selv. Jeg er glad for at jeg kan se tilbake på en prosess som har krevd egen innsats, mot og styrke, og som har ført til at jeg sitter inne med en økende interesse for temaet, samt et produkt jeg er stolt av.

Når det er sagt hadde jeg nok ikke klart å fullføre dette arbeidet hadde det ikke vært for alle menneskene rundt som har støttet meg på veien. Jeg vil derfor takke flere som har bidratt til denne prosessen: min veileder Stein Erik Ulvund som har gitt meg konstruktive og nyttige tilbakemeldinger, samt faglig trygghet, medstudenter for oppmuntrende kommentarer og mye latter og glede, min engasjerte og fantastisk flinke mamma for gjennomlesning og god støtte, Finn som har vært min bærebjelke og gjort det mulig for meg å gjennomgå og fullføre denne prosessen, og sist men ikke minst familie og venner for alltid å ha tro på meg.

Tusen takk!

Til andre, god lesning!

Oslo, mai 2012

# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Valg av problemstilling .....	2
1.2	Oppgavens inndeling .....	3
1.3	Begrepsavklaring .....	4
1.4	Avgrensninger .....	4
2	Psykiske lidelser .....	6
2.1	Depresjon .....	7
2.2	Schizofreni .....	8
2.3	Forklaringsmodeller .....	8
2.3.1	En biogenetisk tilnærming .....	9
2.3.2	En sosiokulturell tilnærming .....	9
2.3.3	En læringsteoretisk tilnærming .....	10
2.3.4	En psykologisk tilnærming .....	11
2.3.5	Stressmestring-sårbarhetsmodell, en multiteoretisk tilnærming? .....	11
2.4	Avsluttende kommentar .....	12
3	Konsekvenser for barna .....	13
3.1	Depresjon .....	13
3.2	Schizofreni .....	16
3.3	Barnas egen opplevelse .....	17
3.4	Kumulative risikofaktorer .....	20
3.4.1	Grad av arvelighet .....	20
3.4.2	Ekteskapelig fungering .....	21
3.4.3	Foreldreomsorg .....	22
3.4.4	Alvorlighetsgrad .....	24
3.5	Avsluttende kommentar .....	24
4	Resiliens .....	26
4.1	Definisjon .....	26
4.2	Hva innebærer det å klare seg bra? .....	27
4.3	Resiliensforskning .....	28
4.3.1	Kauai-undersøkelsen .....	28
4.4	Resiliensfaktorer .....	30



4.4.1	Sosial kompetanse .....	31
4.4.2	Mestringstro (self-efficacy) .....	33
4.4.3	Foreldreomsorg .....	35
4.4.4	Støttende signifikante andre .....	37
4.4.5	Venner .....	39
4.5	Avsluttende kommentar .....	41
5	Forklaringsmodell- En opplevelse av sammenheng .....	42
5.1	Begripelighet .....	42
5.2	Håndterbarhet .....	43
5.3	Meningsfullhet .....	43
5.4	Avsluttende kommentar .....	44
6	Identifisere barn av psykisk syke .....	45
6.1	Sosiale og emosjonelle vansker .....	45
6.1.1	Utagerende vansker .....	46
6.1.2	Innagerende vansker .....	46
6.1.3	De ”friske” barna .....	47
6.2	Mestringsstrategier .....	48
6.3	Samtaler med foreldre .....	49
6.4	Avsluttende kommentar .....	50
7	Resiliensfremmende arbeid i skolen – lærerens rolle .....	52
7.1	Skolens mandat .....	52
7.2	Den signifikante lærer .....	55
7.2.1	Se og bekrefte barnet .....	56
7.2.2	Samtale med barnet .....	57
7.2.3	Støtte barnets mestring .....	60
7.3	Rom for utvikling av vennskap .....	61
7.3.1	Gi rom for samarbeid .....	61
7.3.2	Fokus på vennskapelige egenskaper .....	63
7.4	Sosial kompetanse .....	64
7.4.1	Prososiale- og problemløsningsferdigheter .....	65
7.4.2	Tydelige regler og forventninger .....	67
7.4.3	Positive og negative konsekvenser .....	68
7.5	Mestringstro .....	71

7.5.1	Egne mestringserfaringer .....	72
7.5.2	Andres mestringserfaringer .....	74
7.5.3	Tilbakemeldinger fra andre .....	76
7.5.4	Fysiologiske og emosjonelle reaksjoner .....	77
7.6	Avsluttende kommentar .....	78
8	Oppsummering .....	81
	Litteraturliste .....	84
	Vedlegg 1 .....	101

“Nogle vil måske synes at jeg har haft en dårlig barndom, men sådan har jeg ikke selv oplevet det. At have en mor eller far som er psykisk syg, giver – på godt og ondt – en annerledes barndom.”

(Wilbrandt, 2002:14)

# 1 Introduksjon

I løpet av de seneste årene har psykisk helse hos barn kommet mer og mer i søkelyset, blant annet gjennom satsningen «*Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*». Dette er en omfattende statlig helsepolitisk satsing, som har som formål å sette inn forebyggende tiltak der barn og unge befinner seg (Psykisk helse i skolen, 2011a). Barn av psykisk syke har en forhøyet risiko for selv å utvikle vansker, og kan dermed ha ekstra behov for forebyggende tiltak (Gladstone, Boydell & McKeever, 2006). At begge eller en forelder utvikler en psykisk lidelse innebærer at hele familien blir påvirket og gjennomgår en drastisk forandring. Hverdagsaktiviteter og rutiner i hjemmet kan forandres og slutte å fungere, samtidig som uforståelige, overraskende, og kanskje skremmende hendelser finner sted (Skerfving, 2005). Det er selvsagt varierende i hvilken grad dette går ut over barna, men selv om kun et mindretall av barna tar varig skade, kan psykiske lidelser hos foreldre oppleves belastende. Barn som ikke selv blir psykisk syke eller opplever andre alvorlige konsekvenser kan altså ha godt av tiltak som letter hverdagen, da slike tiltak kan forhindre at noen utvikler vansker. På sikt kan dette føre til at de fleste klarer seg bra, til tross for vansker i familien. I tillegg kan barn av psykisk syke blir ofte kalt ”de usynlige barna,” da de dessverre kan komme i bakgrunnen til sine syke foreldre (Torvik & Rognmo, 2011). Barna faller ofte mellom to stoler, hvor det på den ene siden kun fokuseres på den psykisk syke forelderen og behandlingen av han/henne, og den andre siden hvor man først tar tak i barna når familien har så store og alvorlige problemer at tvangsplassering av barnevernet kan være eneste utvei. Kunnskap om disse barna vil kunne føre til at man kan iverksette forebyggende tiltak og ta tak i barna før slike alvorlige konsekvenser rekker å oppstå (Mevik, 1998).

Selv om forskning har vist at barn av psykisk syke har forhøyet risiko for en rekke alvorlige negative utfall, vet man også at det er mange barn som klarer seg bra. Dette skyldes trolig at det er flere ulike sammensatte faktorer som spiller inn, for eksempel faktorer ved foreldrenes lidelse, andre egenskaper hos foreldrene og barnet, og faktorer som berører miljøet rundt barnet (Torvik & Rognmo, 2011). Hvorvidt noen barn klarer seg bra eller ikke vil altså avhenge av fenomenene risiko og resiliens. Risiko er en fellesbetegnelse på ulike faktorer som truer menneskers normale utvikling og tilpasning, og dermed øker faren for at disse individene utvikler vansker (Kvello, 2010). Foreldre med psykisk lidelse regnes som en slik risikofaktor. Resiliens dreier seg om hvorfor noen klarer seg bra til tross for at det er slike

risikofaktorer til stede (Luthar, 2006). Det finnes ulike individuelle, familie- og miljømessige resiliensfaktorer, og forskning har vist hvordan det å fremme faktorer som både vennskap og sosiale ferdigheter kan hjelpe barn med å tilpasse seg under belastende betingelser (Psykisk helse i skolen, 2011b). Kunnskap om slike resiliensfaktorer kan derfor være avgjørende for å hjelpe barn (Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010).

## 1.1 Valg av problemstilling

I denne oppgaven skal jeg se nærmere på hvordan man kan bruke kunnskap om resiliensfaktorer overfor barn med stressende bakgrunnsfaringer. Ved å fokusere på barn av psykisk syke, vil dette være med på å rette fokuset og søkelyset mot en gruppe barn som ofte kommer i skyggen av sine foreldre, i tillegg til at de selv er i særlig risiko for å utvikle vansker. Det er likevel ikke gitt at barn av psykisk syke kommer til å utvikle vansker (Torvik & Rognmo, 2011). Men ved hjelp av tidlig intervensjon og forebyggende tiltak, kan man ha mulighet til å unngå alvorlige konsekvenser eller i det minste lette hverdagen til de som opplever foreldrenes sykdom som belastende. Fokuset på resiliens innebærer å se på faktorer som fører til at man har det bra, og hvor målet er å styrke barna til å takle livets påkjenninger. Til dette trenger man kanskje ikke flere oppgaver om risikofaktorer som kan skade barnas utvikling, men konkrete forslag, tips og argumenter til hvordan man kan hjelpe barn som trenger ekstra støtte. Jeg har dermed valgt å konkretisere temaet barn av psykisk syke ned til det praktiske arbeidet med barn og unge. Resiliensforskere foreslår tilnærminger som sikter på å fremme de ulike resiliensfaktorene (Blant annet Rutter, 1990; Borge, 2008), noe jeg derfor også tar utgangspunkt i. Og siden læreren er en stor del av de fleste barnas hverdag, kan han/hun bidra med mye i et forebyggende resiliensfremmende arbeid. Oppgaven vil fokusere på skolebarn, fra 1-10 klasse, både for å begrense omfanget, men også for å kunne fordype meg i mylderet av litteratur som finnes. Jeg håper oppgaven kan være av praktisk nytte både for skoler og Pedagogisk Psykologisk Tjeneste i arbeid med barn av psykisk syke. Min problemstilling lyder følgende:

**Barn av psykisk syke og resiliens: Hva er resiliens og hvordan kan læreren fremme resiliens og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna?**

## 1.2 Oppgavens inndeling

Denne oppgaven består av totalt 8 kapitler, som i hovedsak kan deles inn etter problemstillingens tre emner. De to første kapitlene fungerer som et bakteppe for resten av oppgaven og omhandler psykiske lidelser hos foreldre og hvilke konsekvenser dette får for barna. I de to neste tar jeg for meg fenomenet resiliens, før jeg i de to siste kapitlene går over til hvordan læreren kan forebygge utvikling av vansker hos barn av psykisk syke gjennom et resiliensfremmende arbeid. Hvert kapittel avsluttes med en avsluttende kommentar.

*Kapittel 2* skal gi en fremstilling av psykiske lidelser. For å begrense meg i mangfoldet av slike lidelser vil det fokuseres på depresjon og schizofreni som to av de mest vanlige psykiske lidelsene som kan gi negative konsekvenser for barna. Når begrepet psykiske lidelser og barn av psykisk syke blir brukt i oppgaven, er det disse to lidelsene det refereres til. Deretter skal jeg drøfte ulike forklaringsmodeller til psykiske lidelser, som vil ha betydning for hvordan man velger å hjelpe barn av psykisk syke. Drøftingen vil ende i en multiteoretisk tilnærming som teoretisk rammeverk for denne oppgaven.

*Kapittel 3* skal omhandle hvilke konsekvenser det å være barn av psykisk syke kan føre til, og hvordan dette påvirker deres hverdag. I tillegg til å redegjøre for forskning som viser dokumenterte effekter, skal jeg også ta for meg hvordan barn selv opplever det å ha en psykisk syk forelder. Jeg skal også ta for meg ulike kumulative risikofaktorer som ofte følger slike psykiske lidelser, og som dermed kan være med å utdype bildet for hvordan psykiske lidelser kan påvirke barna.

I *Kapittel 4* går jeg over til å svare på første del av problemstillingen som omhandler resiliens. Kapitlet skal starte med en avklaring av begrepsbruket resiliens på norsk, før begrepet skal defineres. Jeg skal videre drøfte hva som egentlig menes med å klare seg bra, for så å se på resiliensforskning. Kauai-undersøkelsen skal presenteres som et viktig bidrag til å rette fokuset mot barn av psykisk syke. Det skal også trekkes frem sentrale resiliensfaktorer som kan fungere som holdepunkter for hvordan man kan hjelpe disse barna. De mest avgjørende og betydningsfulle resiliensfaktorene sosial kompetanse, mestringstro, foreldreomsorg, støttende signifikante andre og venner skal så utdypes nærmere.

I *Kapittel 5* skal jeg presentere Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng som en forklaringsmodell. Denne kan bidra med forståelse til hvorfor de ulike resiliensfaktorene fører

til at noen klarer seg bra. Dette skal jeg gjøre ved å knytte teorien opp mot de ulike resiliensfaktorene.

I *Kapittel 6* skal jeg gå over i siste del av problemstillingen, nemlig det forebyggende arbeidet for barn av psykisk syke. Dette kapittelet skal fokusere på hvordan man kan identifisere barn som har foreldre med psykiske lidelser, slik at man har mulighet til å hjelpe de som har ekstra belastninger i hverdagen. Jeg skal gå nærmere inn på vanskene disse barna kan utvikle, hvilke mestringsstrategier barna bruker, og hvilke kjennetegn man kan finne hos foreldre som kan gi indikasjoner på at alt ikke helt er som det skal.

*Kapittel 7* skal omhandle mer konkret hva læreren kan gjøre for å hjelpe barn av psykisk syke. Jeg skal se nærmere på hvordan læreren kan ta utgangspunkt i de ulike resiliensfaktorene slik at han/hun kan forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn av psykisk syke.

I *Kapittel 8* avsluttes oppgaven med en oppsummering av de viktigste punktene. Til slutt følger en litteraturliste som kan kvalitetssikre dette arbeidet, samt veilede leseren til utdypende lesing.

## **1.3 Begrepsavklaring**

Mødre med psykiske lidelser har spilt en stor rolle i forskningen om konsekvenser for barna i slike familier, både i forhold til risiko og resiliens (Rutter, 1990; Borge, 2008). Det innebærer at oppgaven min også vil bære preg av dette. Jeg velger derimot å bruke begrepet *foreldre* og *forelderen* når det ikke konkret kommer frem at det er mødrene forskningen viser til, eller hvorvidt en eller begge av foreldrene har vansker. Dette på grunn av man stadig mer har blitt bevisst på at det kan være far eller mors betydning for barnet som kan være avgjørende faktor for barnas utfall (Ahlgreen, 2001).

## **1.4 Avgrensninger**

Fokuset i denne oppgaven ligger på barn av psykisk syke og hvordan læreren kan drive med et forebyggende resiliensfremmende arbeid for disse barna. Dette betyr at jeg fokuserer på barna som er i risiko, de barna som opplever hverdagen sin som belastende, men enda ikke har utviklet eller fått alvorlige konsekvenser. Barn av psykisk syke som opplever så store og alvorlige problemer i familien at omplassering av barnevernet er eneste utvei, vil dermed ikke

belyses i denne oppgaven. Dette betyr at jeg ikke går inn i rollen til andre hjelpeinstanser, som er nødvendig når barnas vansker blir for kompliserte for læreren å håndtere. Da fokuset er på barna, vil jeg heller ikke ha mulighet til å gå inn i hvordan man kan hjelpe foreldre som trenger behandling. At foreldrene får hjelp og behandling vil dog være en del av å redusere risikoen for barna, men når barna først lever under slike belastende forhold finnes det resiliensfremmende tiltak som læreren kan bidra med, og som jeg dermed skal fokusere på. Det finnes derimot ulike intervensjonsprogram og hjelpeorganisasjoner som kan være aktuelle for barn av psykisk syke, som for eksempel ”Voksne for Barn”, ”PMTO,” og ”Barnas Time.” Dette er systemrettede tiltak, som inkluderer både barn og foreldrene som er rammet av en lidelse, og som har vist god effekt (blant annet Ogden, 2009; Haukø & Stamnes, 2009; Psykisk helse i skolen, 2011a/b). Selv om det ikke fokuseres på i oppgaven, kan det være viktig å være klar over at slike tiltak og andre hjelpeinstanser finnes, slik man har mulighet til å hjelpe barn som har det vanskelig på best mulig måte.

I tillegg vil fokuset i oppgaven ligge på det å leve og bo med foreldre med psykiske lidelser, slik at det er denne risikofaktoren som får all oppmerksomhet. Det betyr imidlertid ikke at andre faktorer som kjønn, IQ og sosioøkonomisk status ikke vil ha innvirkning på barna, men på grunn av oppgavens omfang har jeg ikke mulighet til å gå nærmere inn på dette.



## 2 Psykiske lidelser

Det finnes to diagnosesystemer som kan brukes på å identifisere og definere psykiske lidelser. Den ene er *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), som forvaltes av American Psychiatric Association (APA). Den andre er *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), som forvaltes av Verdens Helseorganisasjon (WHO). Begge disse diagnosesystemene erkjenner at det er vanskelig å gi en definisjon på psykisk lidelse, da dette er et begrep som skal dekke mange ulike tilstander. Fra et generelt perspektiv kan man derimot definere psykiske lidelser som mentale og atferdsmessige mønstre som avviker fra kulturelle og sosiale normer, og som fører med seg belastning og lidelse. Man må da være klar over at dette innebærer en bred samling av ulike lidelser, som kan skyldes forskjellige årsaker, og kan dermed også gi forskjellige uttrykk og konsekvenser (ICD-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000).

Det er også vanskelig å si noe nøyaktig om prevalensen for psykiske lidelser, da det finnes store variasjoner i kriterier for diagnostisering av slike lidelser (Cleaver, Unell & Aldgate, 2000). Tallene som blir redegjort for her er derfor noe usikre, men de beste antagelser som er hentet ut fra tilgjengelig litteratur. Blant annet viser en rapport som er utarbeidet av Nasjonalt Folkehelseinstitutt at det siste året har 410.000 barn (37,3 %) en eller to foreldre med en form for psykisk lidelse i Norge. Av disse vil 260.000 (23,1 %) ha en forelder som lider av en moderat eller alvorlig lidelse som kan gi uheldige konsekvenser for barna (Torvik & Rognmo, 2011). Disse tallene stemmer overens med beregninger fra utlandet. For eksempel er det rapportert fra Nederland en prosentandel på 35,6 % (Boel mfl., 2001, i Torvik & Rognmo, 2011), og 23 % i Australia som har foreldre med psykisk lidelse (Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear & Crase, 2009). Det er også viktig å huske på at det nok finnes store mørketall, blant annet fordi mange vegrer seg for å søke hjelp på grunn av skamfølelsen som ofte følger med en psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011).

Psykiske lidelser blir ofte kategorisert etter hvorvidt det er snakk om en mild, moderat eller alvorlig lidelse (Scheid & Brown, 2010). Det betyr at det ikke er alle psykiske lidelser som er like alvorlige og fører til like stor risiko for barna (Torvik & Rognmo, 2011). Denne oppgaven fokuserer på de lidelsene som kan gå ut over den daglige funksjonen og utviklingen til barna. To av de mest vanlige formene for psykiske lidelser som kan påvirke barna negativt, er depresjon og schizofreni (ICD-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000).

## 2.1 Depresjon

Depresjon kan være en svært alvorlig og belastende lidelse. Den preges ofte av nedsatt stemningsleie og kognitive forstyrrelser, som kan komme både snikende og ganske akutt (Kringlen, 2008). Den kan også oppstå i form av tilbakevendende enkeltepisoder, eller som vedvarende forstyrrelser i stemningsleie (ICD-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000). Depresjon eksisterer nemlig på et kontinuum hvor man blir klassifisert etter alvorlighetsgrad og varighet. Den mildeste formen er en mild depresjon som de fleste av oss vil oppleve en eller flere ganger i løpet av et livsløp, og oppstår gjerne som følge av en stressende opplevelse. Dette kan blant annet føre til en følelse av nedstemthet i en kortere periode (Brent & Weersing, 2008). I den andre enden av kontinuumet finnes en mer alvorlig og kronisk grad av depresjon, som kjennetegnes blant annet av en nedstemt og irritabel sinnsstemning, manglende evne til å oppleve glede, sosial tilbaketrekking, følelse av verdiløshet, lav selvfølelse, nedsatt motivasjon, suicidale tanker og/eller annen adferd som svekker den hverdagslige fungeringen. Somatiske plager kan også være et tegn på depresjon, hvor flere har beskrevet hodepine, magesmerter og vonde ledd som tilbakevendende symptomer (ICD-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000). Alt dette vil naturligvis ha en innvirkning på hverdagen og muligheten til å leve et normalt liv. Hverdagslige aktiviteter som å lage frokost og følge barna til skolen kan plutselig føles overveldende (Skerfving, 2005).

Depresjon anslås til å være en av den mest vanlige og hyppige psykiske lidelsen blant befolkningen, og risikoen for en eller annen gang i livet å utvikle et depressivt syndrom er 20 % hos menn og 40 % hos kvinner (Kringlen, 2008). For moderat og alvorlig depresjon er tallene noe mindre. Man fant blant annet i en amerikansk undersøkelse en prosentandel på 18 % (Kessler, mfl., 1994), som stemmer overens med en befolkningsundersøkelse gjort i Oslo, hvor prevalensen var 17,8 % (Kringlen, 2008). For fruktbare kvinner og hvor flere trolig vil få barn, er prevalensen 8 % (Stein, Ramchandani & Murray, 2008). Verdens Helseorganisasjon har anslått at depresjon er den psykiske lidelsen som forårsaker flest sykdomsbelastede leveår, da det er en kronisk og tilbakevendende lidelse (WHO, 2012). Heldigvis finnes det ulike former for behandling og tiltak som kan iverksettes slik at det er flere som vil ha mulighet til å få hjelp (Brent & Weersing, 2008).

## 2.2 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som blir sett på som et stort helseproblem. De fleste pasienter som blir innlagt på psykiatriske sykehus har denne diagnosen. Risikoperioden for å utvikle denne lidelsen ligger mellom 15-45 år, og prevalensen regnes til å være 1,4 – 4,6 pr 1000 (Puckering, 2004; Kringlen, 2008). I Norge får ca. 600 personer diagnosen schizofreni hvert år (Kringlen, 2008).

I de to ulike diagnosemanualene blir schizofreni definert noe ulikt, men de enes likevel om en rekke symptomer. Symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger er vanlig (ICD-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000). Fantasi og virkelighet blandes sammen, og individer som har schizofreni går ofte inn i sin egen verden, en verden som ikke henger sammen med virkeligheten som de fleste andre oppfatter den (en psykose) (Kringlen, 2008). Slike hallusinasjoner og vrangforestillinger kan for eksempel dreie seg om å høre lyder og stemmer som er truende og kommanderende, illusjoner om å bli forfulgt, eller at andre styrer tankene dine. Man kan også bli usammenhengende, springene og ha stor latenstid i tale (ICD-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000). Videre har man funnet at evnen til selvstendig viljeshandlinger hos mennesker med schizofreni kan være ødelagt, og dermed kan de oppfattes som svært passive, initiativløse, og vise lite emosjonelle uttrykk (Kringlen, 2008). Kognitiv svikt kan også være vanlig, og innebærer blant annet vansker med oppmerksomhet, konsentrasjon og kort- og langtidsminne (Hollis, 2008). Dette er symptomer som naturligvis vil vanskeliggjøre og redusere den normale fungeringen, og symptomer som kan fremstå veldig skremmende for menneskene, og spesielt barna rundt.

Som vi ser innebærer schizofreni en rekke forskjellige symptomer, men det er viktig å huske på at symptomene vil variere fra individ til individ. Sammen med alvorlighetsgrad, varighet og ressurser kan det være avgjørende for hvordan individet fungerer i det daglige og hvordan det vil påvirke barna (Kringlen, 2008).

## 2.3 Forklaringsmodeller

Både arv og miljø vil ha noe å si for utviklingen av en psykisk lidelse. Det finnes ulike forklaringsmodeller som tar for seg dette, og som vil ha stor innflytelse på hvilke holdninger man har til familien til psykisk syke. Dette vil igjen påvirke hvordan man velger å gå inn for å hjelpe og støtte disse familiene (Lefley, 1996).

### **2.3.1 En biogenetisk tilnærming**

Det finnes blant annet en biogenetisk modell som tar for seg at psykiske lidelser er en medfødt arvelig lidelse. Denne modellen har i dag mye empirisk støtte fra forskning på områder som epidemiologi, nevrologi og genetikk. Disse indikerer at det finnes biologiske mekanismer som er involvert i både schizofreni og depresjon (Lefley, 1996). Teoretikere innenfor denne tilnærmingen er blant annet opptatt av arvesystemet, og prosesser i hjernen hvor overføring av signaler mellom nerveceller kan være forstyrret. Ulike miljøfaktorer kan være med å påvirke, men har mindre betydning i denne tilnærmingen. Da det er enkelte gener og arvesystemet som er i fokus, vil tiltak og behandling i hovedsak være medikamentelt (Haugen, 2008a). Dette kan indikere at hvis man skal gå inn og hjelpe og støtte familier hvor foreldre har depresjon eller schizofreni, vil en slik tilnærming rette søkelyset på individet som har vanskene. Men hva med menneskene og miljøet rundt individet? Er det en slik tilnærming som er med på å bidra til at barna kan falle mellom to stoler og komme i skyggen av sine foreldres lidelse? Vektlegging på miljøforholdene rundt kan føre til at man får øynene opp for barn av psykisk syke, og dermed kan forebygge vansker før det eventuelt er for sent.

### **2.3.2 En sosiokulturell tilnærming**

Sosiokulturell tilnærming er en forklaringsmodell som i hovedsak fokuserer på miljømessige faktorer (Haugen, 2008a). Her ser man på familie som en integrert helhet, bestående av selvstendige individ som påvirkes av og selv påvirker miljøet rundt seg (Lefley, 1996). Man er interessert i helheten som individet vokser opp i, hvor samspillet mellom individet og miljøet er vesentlig. Psykologen Bronfenbrenner (1979) har lansert en modell hvor han tar for seg ulike systemer som vil mediere psykiske lidelser. Dette er blant annet systemer som familie, venner, skole, arbeidsplass, nabolag og samfunnet man vokser opp i. For eksempel kan det å leve i dagens samfunn, preget av en «jegg-generasjon» som vektlegger individualitet i stedet for fellesskap, føre til at man definerer sitt selvverd ut ifra personlige prestasjoner. Når man opplever nederlag vil dette kunne reflektere egen utilstrekkelighet, som kan føre til en opplevelse av livet som meningsløst, og dermed føre til utvikling av depresjon. De ulike systemene påvirker hverandre og kvaliteten på relasjonene disse systemene har til hverandre vil være av betydning. Tiltak eller intervensjon innenfor denne tilnærmingen vil fokusere på å avdekke eventuelle negative relasjoner mellom systemene (Haugen, 2008a). Da denne tilnærmingen nesten utelukkende fokuserer på miljømessige faktorer, vil dette kunne bidra til

at alle individene i familien blir tatt hensyn til. Det vil si man kan fokusere på hvordan relasjonen mellom foreldre og barn blir påvirket når mor eller far har en psykisk lidelse. Men er det bedre å skifte fokus fra kun individuelle egenskaper, til miljømessige forhold? Ved å åpne opp for et systemperspektiv, kan man få øynene opp for hvordan det å ha en mor eller far med en psykisk lidelse vil påvirke barna. Men kan det ikke være like viktig å se på hvilke egenskaper barna besitter, og hvordan disse virker inn på foreldrenes lidelse? Hvordan kan for eksempel ferdigheter innen sosial kompetanse og barnets mestringstro virke inn på samspillet mellom barnet og den psykisk syke forelderen, og hvilken effekt kan dette ha på barnet? Dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven (jfr. 4.4.1 & 4.4.2). Bronfenbrenners modell har blitt betegnet som overfladisk, nettopp fordi den ikke tar hensyn til individuelle egenskaper (Haugen, 2008a).

### **2.3.3 En læringsteoretisk tilnærming**

En læringsteoretisk tilnærming dreier seg om at ugunstige og uheldige læringserfaringer kan føre til ulike lidelser (Lefley, 1996). Hvis man selv har opplevd rollemodeller som er lite sensitive, er passive og irriterte, kan man gjennom klassisk og operant betinging, lære seg u hensiktsmessig adferd som kan kjennetegne flere psykiske lidelser (Haugen, 2008a; Lefley, 1996). Tiltak innenfor denne teoriretningen vil være å avlære uønsket atferd, samtidig som man er nødt til å erstatte det med mer hensiktsmessig atferd (Haugen, 2008a). Dette innebærer først og fremst å finne frem til hva som igangsetter og forsterker denne atferden. Hva er det som fører til at mor trekker seg tilbake og er trist hele tiden? Har hun opplevd noe i det siste som kan forklare hennes atferd? Ved å stille slike spørsmål kan man se likhetstrekk med den sosiokulturelle tilnærmingen, fordi man må se utenfor det enkelte individet og på systemene rundt for å se på hva som kan forårsake atferden. I begge tilnærmingene er altså fokuset på miljømessige forhold, og på denne måten kan man få øynene opp for barna i familier med psykiske lidelser. Man kan for eksempel se at det er flere påvirkningsfaktorer som kan føre til ulike konsekvenser for barna. Blant annet finnes det kumulative faktorer som ofte følger en psykisk lidelse, og som vil ha betydning for barnas utvikling. Jeg kommer nærmere inn på dette senere i oppgaven (jfr. 3.4).

### **2.3.4 En psykologisk tilnærming**

Det finnes en psykologisk tilnærming som fokuserer både på individuelle og miljømessige faktorer; diatase-stress modellen. Denne modellen tar for seg at man kan ha en medfødt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser, en arvebettinget diatase. Og sammen med en erfaring som er preget av stress, for eksempel et dødsfall, kan denne genetiske disposisjonen føre til utvikling av en psykisk lidelse. Dersom individet ikke har en slik disposisjon fra før, kan en miljømessig diatase likevel etableres hvis en hendelse er stressende nok (Haugen, 2008b; Lefley, 1996). Denne modellen tar altså høyde for at både miljømessige og genetiske faktorer har mye å si for utviklingen av ulike lidelser. Men den har noen begrensninger, da miljøfaktorene stort sett dreier seg om tap av noe kjært (Haugen, 2008b). Og hva da med de ugunstige læringserfaringene?

### **2.3.5 Stressmestring–sårbarhetsmodell, en multiteoretisk tilnærming?**

Disse ulike forklaringsmodellene representerer hver sin tilnærming til forståelse av depresjon og schizofreni. De har hvert sitt fokus, hvor det som i hovedsak skiller dem er fokuset på individuelle faktorer og miljømessige forhold. Men må det være enten eller? Kan man ikke sammenfatte de ulike teoriretningene til en syntese? Er det mulig med en slik multiteoretisk løsning?

Weisæth (2000:17) presenterer en modell (vedlegg 1) for utvikling av helse og sykdom som setter viktige begreper i sammenheng, og som jeg derfor mener integrerer disse ulike tilnærmingene til en multiteoretisk retning. Han snakker om stressmestring-sårbarhetsmodellen. Denne modellen viser hvordan sykdom oppstår hos individer hvor mestring av stress svikter og sårbarhet foreligger. Psykiske lidelser utvikles etter et komplekst samspill mellom arv og miljø, hvor både genetisk disposisjon, uheldige miljøpåvirkninger, uheldige læringserfaringer (perpetuerende faktorer), og ulike beskyttelsesfaktorer vil ha noe å si. Forebygging kan iverksettes mot et eller flere av trinnene i modellen, for eksempel fjerning/reduisering av risikofaktorer, samtidig som man fremmer ulike ferdigheter hos barnet. Dette kan være en nyttig modell å bruke, spesielt for de arenaene hvor man skal planlegge hvordan man kan forebygge vansker og dermed legge grunnlag for positiv utvikling hos barn. Det er mye som kan gjøres for å legge til rette for trygghet, trivsel og gode sosiale relasjoner, og dermed bidra til positiv utvikling hos barn av psykisk syke (Berg, 2005).

## 2.4 Avsluttende kommentar

I hvilken grad genetiske disposisjoner og miljømessige faktorer vil føre til utvikling av en psykisk lidelse vil dog variere i forhold til den psykiske lidelsen det er snakk om (Lefley, 1996). Schizofreni vil være mer arvebettinget (Hollis, 2008), mens depresjon vil i større grad avhenge av miljømessige faktorer (Brent & Weersing, 2008). Likevel er det ikke tvil om at arv og miljø har noe å si for begge lidelsene, og kunnskap om ulike forklaringsmodeller vil kunne gjøre det lettere å hjelpe og støtte de familiene som trenger det (Lefley, 1996). Jeg velger derfor å ta utgangspunkt i stressmestrings-sårbarhetsmodellen som en multiteoretisk tilnærming som både tar hensyn til individuelle egenskaper, miljømessige forhold og læringserfaringer. Slik kan jeg videre drøfte hvilke konsekvenser psykiske lidelser hos foreldre får for barna, og hvordan man kan støtte og lette hverdagen til dem som trenger det. En slik tilnærming medfører at man kan ta hensyn til ulike ressurser og faktorer på ulike plan, og dermed har man mulighet til å hjelpe barn fra flere ulike hold.

## 3 Konsekvenser for barna

I den senere tid har man stadig fått øynene opp for at barn av psykisk syke ofte lider under foreldrenes sykdom (Leverton, 2003). Og som vi har sett kan det å ha en forelder med en psykisk lidelse være en ganske vanlig livsbelastning (jfr. 2). Det finnes nå mye litteratur om hvilke følger denne belastningen kan få for barna. Forskning viser at mange barn av psykisk syke klarer seg dårligere, enn barn som bor og vokser opp sammen med foreldre uten slike lidelser (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). Blant annet har man funnet at barn av foreldre med psykiske lidelser har omkring en fordoblet sjanse til å få en rekke negative konsekvenser, sammenlignet med barn som ikke har foreldre med slike lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). Dette kan skyldes den spesifikke lidelsen, eller andre kumulative faktorer som kan følge en psykisk sykdom, som for eksempel å bli utsatt for omsorgssvikt og mishandling. Noen barn vil altså kunne oppleve hyppige negative hendelser i hverdagen som følge av foreldrenes lidelse, som i sum kan gi en vedvarende og negativ belastning på barna. Mens andre vil kunne oppleve alvorlige enkelthendelser som isolert sett vil kunne føre til et ugunstig utfall for barna. Heldigvis har man tall i dag som viser at de fleste barn av psykisk syke ikke opplever alvorlige konsekvenser som for eksempel mishandling, men dessverre likevel opplever det svært belastende. Men da psykiske lidelser kan dekke svært ulike tilstander kan man ikke behandle barna av psykisk syke som en ensartet gruppe (Torvik & Rognmo, 2011). Selv om det finnes generelle faktorer som gjør at noen barn blir mer sårbare enn andre, vil konsekvensene barna kan få blant annet variere ut ifra hvilken psykisk lidelse det er snakk om (Leverton, 2003). Jeg skal derfor nå gjøre et gjenbesøk med de to ulike psykiske lidelsene.

### 3.1 Depresjon

Depresjon hos foreldre har blitt assosiert med en rekke ugunstige utfall for barna, blant annet fare for selv å utvikle depresjon, sosiale og emosjonelle vansker, relasjonsvansker og oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker. Jeg kommer nærmere inn på de mest vanlige vanskene senere i oppgaven (jfr. 6.1). Forskning som er gjort på dette området er preget av stor overensstemmelse, slik at det er veldig få som nå setter spørsmålsteget ved resultater som sier at barn blir negativt påvirket av deres forelders depresjon (Goodman & Gotlib, 1999). Blant annet viser en metaanalyse at 61 % av barn av alvorlig deprimerte foreldre vil utvikle en



psykisk lidelse (Lavoie & Hodgins, 1994, i Beardslee m. fl., 1998). Bekkhus, Rutter, Barker & Borge (2011) viser derimot til forskning som tilsier at dette gjelder for depresjon hos mødre, da en slik lidelse vil gjøre det vanskelig for mor å vise omsorg for barnet. Det er kanskje ikke rart at en mor som er absorbert i seg selv, opptatt av sine egne tanker, og er urolig og nedstemt, ikke ser barnet og dermed ikke gir barnet den oppmerksomheten og lydhørheten som barnet trenger. Studien MoBa av Folkehelseinstituttet (Bekkhus mfl., 2011), støtter dette da man fant at selv om en mor har vært deprimert under graviditeten, så var det den postnatale effekten av depresjon som var avgjørende for barnets helse og utvikling. Altså samspillet etter fødselen mellom mor og barn er avgjørende.

De negative effektene av å ha en mor med depresjon er altså godt dokumentert. I en undersøkelse gjort av Shaw, Bell og Gilliom (2000) kommer det frem at mødre som er passive og lite lydhøre ovenfor barna sine går inn i et tvingende samspill med barna, hvor barna reagerer med å slutte å søke etter morens oppmerksomhet. Forskning har vist at slik usikker tilknytning og dårlig tilpasning til miljøet i tidlig alder, kan trolig være avgjørende for negativ effekt i senere tid (Carlson, Stroufe & Egeland, 2004). Man har videre funnet at skolebarn har større vansker på skolen, mindre sosial kompetanse, mindre selvfølelse, dårlige relasjoner til jevnaldrende, selvmordstanker og større atferdsvansker, enn barn av mødre uten psykiske lidelser (Goodman & Gotlib, 1999). Det har også vist seg at barn i skolealder har en tendens til å få større og mer langvarige konsekvenser av stress, enn småbarn (Masten, Best & Garmezy, 1990). Man ville kanskje tro at fordi eldre barn er mer modne, klarer de å bearbeide og reflektere over følelsene knyttet til dette på en bedre måte. Men da resultatene viser at større barn får større konsekvenser, kan dette dreie seg om at økt forståelse rundt depresjon kan føre til økt forståelse rundt alvorligheten en slik lidelse innebærer. Dette kan innebære at stressfaktoren oppleves større enn den er, og dermed føre til alvorligere konsekvenser (Masten, mfl., 1990).

På grunn av symptomene depresjon fører med seg har flere antatt at foreldre med en slik lidelse vil være dårlige rollemodeller, og dermed føre til vansker i de sosialkognitive evnene hos barna sine (jfr. 2.3.3) (Goodman & Gotlib, 1999). Begrepet sosialkognisjon er vanligvis brukt på evnen til å prosessere sosiale hint og hvordan man kan løse mellommenneskelige problemer og utfordringer (Walker & Downey, 1990), og som vi senere skal se er en del av sosial kompetanse (jfr. 4.4.1). En studie gjort av Beardslee, Shultz og Selman (1987) viser derimot at det ikke finnes noen signifikant sammenheng mellom depresjon hos foreldre og

barnas sosialkognitive evner. I en annen studie gjort av Pelligrini og kollegaer (1986, i Walker & Downey, 1990) sammenlignes tre grupper barn: barn av foreldre med depresjon som har klart seg bra, barn av foreldre med depresjon som ikke har klart seg bra, og barn av foreldre uten psykiske lidelser. Her fant man, overraskende nok, at de barna med foreldre med depresjon som hadde klart seg bra, viste signifikant bedre sosialkognitive evner enn de to andre gruppene. Disse resultatene indikerer derfor at for noen barn vil det å ha en risikofaktor som en forelder med en psykisk lidelse føre til økt sosial kognisjon, og ikke omvendt (Walker & Downey, 1990).

Kan dette bety at det å ha foreldre med psykiske lidelser øker problemløsningsevnene hos noen barn? Selv om en metaanalyse viser at forekomsten av positive følelser daglig medierer bedring av stress (Ong, Bergeman, Bisconti & Wallace, 2006), har det faktisk vist seg at møte med motgang kan fremme ulike ferdigheter som gjør at man mestrer hverdagen bedre (Davydov mfl., 2010) Trolig kan dette skyldes at barna i slike familier er nødt til og hankses med ulike mellommenneskelige problemer og utfordringer i forhold til foreldrenes lidelse, hvor de da lærer og tilegner seg ferdigheter som gir mer effektive og kompetente løsninger (Walker & Downey, 1990). Man skulle tro at det ville vært en fordel for barns utvikling og helse å vokse opp i et miljø som var preget av lite motgang og stress, men kanskje dette fører til en ekstra sårbarhet når en stressende hendelse først forekommer? Hvis det å ha en forelder med psykisk lidelse kan føre til utvikling av ferdigheter som gjør at man mestrer ulike stressende hendelser lettere, kan det å ikke oppleve noen form for stress føre til at man ikke utvikler slike ferdigheter. Og dermed er man ikke godt nok rustet når en stressende hendelse først finner sted. Men samtidig har vi sett at det å bli utsatt for en stressende hendelse, som det å ha foreldre med psykiske lidelser, kan føre til en rekke negative konsekvenser for barna. Dette kan indikere at en individuell balansegang kan være det beste for barns utvikling. Davydov og kollegaer (2010) påpeker nettopp at en balanse mellom positive og negative erfaringer i oppveksten er avgjørende for god psykisk helse.

Dette innebærer at ikke alle barn av deprimerte foreldre lider under deres foreldres sykdom. Jeg synes derfor det er viktig å påpeke at selv om flere studier konkluderer med at barn av foreldre med depresjon har større sjanse for å utvikle vansker, er dette en konklusjon som bygges opp av ulike resultater (Radke-Yarrow, Nottelmann, Martinez, Fox & Belmont, 1992). Ulike studier viser nemlig ulike resultater på forekomst av vansker hos disse barna, hvor resultatene varierer med alt fra 8 % (Keller mfl., 1986, i Radke-Yarrow, mfl., 1992) til 74 %

(Hammen, Gordon, Burge, Adrian, Jaenicke & Hiroto, 1987). Dette viser at selv om sannsynligheten er større for selv å få vansker ved å ha foreldre med depresjon, vil dette variere veldig fra barn til barn. Hvilke konsekvenser barna vil få avhenger både av kumulative faktorer og resiliens, som jeg kommer tilbake til senere i oppgaven (jfr. 3.4 & 4).

## 3.2 Schizofreni

Forskning viser at over 50 % av kvinner med schizofreni har barn (Seeman, 2004). Disse barna er ofte mer nedstemte, aggressive, ensomme, har færre sosiale relasjoner, mindre sosial kompetanse og større oppmerksomhetsvansker, enn barn som ikke har psykisk syke foreldre. De har også en forhøyet risiko for selv å utvikle schizofreni (Hans, Auerbach, Styr, & Marcus, 2004). I tillegg har vi sett at foreldre med schizofreni opplever ofte en realitetsbrist og forstyrret kommunikasjon (jfr. 2.2) som, i mangel på andre omsorgsgivere, kan føre til at barnet får lite bekreftelse på egen opplevd virkelighet (Heyerdahl, 2000). Det å bli dratt inn i forelderens vrangforestillinger kan gjøre barnet skremt, redd og forvirret (Skerfving, 2005), som igjen kan stille barna overfor et paradoks: forelderens som skal gi barnet nærhet og trygghet er årsak til barnets frykt (Mørch, 2002). Med en slik belastende hverdag, er det kanskje ikke rart skandinavisk forskning viser at 16,2 % av barn av mødre med schizofreni selv utviklet denne lidelsen, og 21 % utviklet andre former for lidelser (Seeman, 2004). En amerikansk longitudinell studie gjort av Ott, Roberts, Rock, Allen og Erlenmeyer-Kimling (2002) viser at det derimot ikke gjelder for alle. I denne studien ble 123 barn først intervjuet i en alder av 9 år, og igjen som voksne i en alder av 32 år. Resultatene viste at 76 hadde ikke fått noen form for psykiatrisk diagnose, 38 av dem hadde en alvorlig affektiv lidelse, og ni av dem hadde schizofreni.

Som med depresjon trodde man at schizofreni hos foreldre ville påvirke barnas sosialkognitive evner. Tidligere har nemlig undersøkelser vist at barn av schizofrene har hatt større tilpasningsvansker enn barn av foreldre med depresjon. Dette kan trolig skyldes at schizofreni ofte er en mer sosialt svekkende lidelse enn depresjon, og kan derfor ha større negativ effekt på foreldrenes oppdragelsesevner (Walker & Downey, 1990). Barn av foreldre med schizofreni har altså ikke foreldre som i like stor grad kan fungere som rollemodeller, og kan dermed gi barna begrensede muligheter til å erverve sosialkognitive ferdigheter. Resultatene i undersøkelsen til Walker og Downey (1990) viser derimot at det ikke er en signifikant sammenheng mellom foreldre med schizofreni og barnas sosialkognitive evner.

Om noe viste også denne undersøkelsen at noen av barna av foreldre med schizofreni klarte seg bedre på flere av oppgavene enn barna med foreldre uten psykiske lidelser. I tillegg til at barn av foreldre med psykiske lidelser kan ha utviklet gode problemløsende ferdigheter, kan en annen årsak være at barna har funnet andre rollemodeller som har kompensert for de eventuelle manglende ferdighetene til foreldrene. Altså at barna har lært seg sosialkognitive ferdigheter fra andre enn foreldrene. Kan for eksempel jevnaldrende barn og lærere være kilde til slik læring? Jeg skal gå nærmere inn på betydningen av signifikante andre senere i oppgaven (jfr. 4.4.4).

Disse ulike undersøkelsene viser at barn av foreldre med depresjon og schizofreni har større sannsynlighet for å utvikle ulike former for vansker. Man må altså være klar over at disse barna vil være en risikogruppe som det er viktig å ta tak i. Selv om resultatene viser at det er langt i fra alle som vil utvikle vansker, er det likevel mange som kan oppleve det svært belastende. Det er derfor viktig å se og høre på disse barna. Dessverre viser det seg at barnas egen opplevelse av å ha foreldre med psykiske lidelser er fraværende fra mye litteratur.

### **3.3 Barnas egen opplevelse**

Som vi har sett vet man mye om effekten på barn av psykisk syke, men mye av forskningen ser ut til å ha ignorert barnas perspektiv (Mordoch & Hall, 2002). Selv om man vet mye om hvilke konsekvenser slike lidelser kan få, finnes det et behov for en mer beskrivende fremstilling av hvordan det oppleves for barna å håndtere en psykisk lidelse hos foreldre (Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2004).

Det finnes foreløpig noen få kvalitative studier på området. Blant annet fant man i en undersøkelse hvor man intervjuet voksne barn, at flere har skyldfølelse for foreldrenes lidelse (Marsh & Dickens, 1997, i Mordoch & Hall, 2002). Andre forteller at de nettopp ble beskyldt av deres syke forelder for å være ansvarlige for lidelsen fordi de hadde sagt eller gjort noe feil (Ahlgreen, 2001). I en undersøkelse gjort av Stallard og kollegaer (2004), intervjues 26 barn i alderen 6 til 17 år. Her er det imidlertid viktig å ta hensyn til at utvalgsstørrelsen i denne undersøkelsen er veldig liten, og det kan dermed være vanskelig å generalisere til andre barn og situasjoner. Man kan likevel få et subjektivt innblikk i hvordan det kan være for noen barn å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser, og dermed også rette fokuset mot deres behov og ønsker. I denne undersøkelsen kommer det frem at flere av barna syntes det var

viktig med informasjon om foreldrenes psykiske helse, men at slik informasjon manglet. Om dette var fordi foreldrene selv ikke ville innrømme at de hadde en psykisk lidelse, eller fordi de trodde de beskyttet barna, varierte fra familie til familie. Det kan likevel antyde et behov for å undersøke hvordan man kan få til bedre kommunikasjon mellom foreldre og barn. Barna uttrykte et ønske om å få en forståelse rundt hvorfor foreldrene ble syke (var det for eksempel noe barna selv hadde gjort som forårsaket det?), forståelse rundt symptomene (hvorfor er mor lei seg hele tiden eller hvorfor stirrer far stadig i veggen?), og hvilken hjelp foreldrene kan få. Det var derimot også barn som ikke ønsket å få informasjon om foreldrenes lidelse. Dette skyldtes en frykt for at informasjonen ville gjøre mer skade enn godt. Her igjen vil åpen kommunikasjon være viktig, samtidig som man tar hensyn til barnas behov. Et annet punkt som kom frem i denne undersøkelsen, var da barna ble spurt om hva som bekymret den mest med foreldrenes lidelse. De fleste svarene dreide seg om helsen til foreldrene, og ikke om barnas egen helse og deres sannsynlighet for selv å bli syke i fremtiden (Stallard mfl., 2004). Dette synes jeg er veldig interessant, da vi har sett hvor alvorlige konsekvenser det å ha foreldre med psykiske lidelser kan føre til. Dette kan gi en indikasjon på hvor viktig det er å fange opp disse barna, da de selv ikke alltid ser deres behov for hjelp og støtte. Flere barn har også rapportert at de får en skamfølelse og føler forlegenhet ovenfor foreldrenes psykiske lidelse, og vil helst ikke at noen andre skal vite om det. I tillegg til at barna selv ikke spør etter og vil ha hjelp, kan dette føre til at man unngår mest mulig kontakt med andre, og vennskap og andre sosiale relasjoner blir dermed begrenset (Cleaver mfl., 2000).

Barn av psykisk syke kan også oppleve psykologisk tap og sorg. Slike reaksjoner knyttes opp til opplevelsen av at selv om foreldrene er fysisk til stede, vil de kunne være emosjonelt fraværende (Miller, 1996). Disse reaksjonene kan forverres av den sykliske naturen av psykiske lidelser. Det å stadig se og oppleve korte glimt av den friske forelderen i gode perioder, som tydeliggjør tapet av den friske forelderen, vil kunne komplisere sorgprosessen for barna (Mordoch & Hall, 2002). Da schizofreni er en kronisk og alvorlig lidelse vil mange tilbringe store deler av sin sykdomsperiode på psykiatriske sykehus eller andre institusjoner. Dette innebærer at foreldreomsorgen for barna blir hindret (Stromwall & Robinson, 1998). Her vil utfallet for barnet bero mye på mulighet for støtte av andre omsorgspersoner rundt, men det bli likevel naturlig nok rapportert at barna opplever tapet av den ene forelderen som stort (Seeman, 2004).

Barn av psykisk syke opplever også andre former for tap. Disse barna ofrer nemlig mye av sin egen barndom ved å føle ansvar for foreldrene og fungere som omsorgspersoner for dem (Mordoch & Hall, 2002). De kan være redde for at den syke forelder skal falle helt fra hverandre hvis han/hun ikke passes på (Ahlgreen, 2001). Men må det være negativt for barna å få rollen som omsorgsgiver? Mevik (1998) poengterer at rollen som omsorgsperson kan føre til vekst for barnet dersom barnet blir sett, tatt på alvor og anerkjent for det arbeidet han/hun gjør. Barnet kan utvikle evne til å vise hensyn og omsorg, som er viktige egenskaper for menneskers utvikling. Men samtidig hvis man lever med en forelder som på grunn av sin lidelse ikke kan se og bekrefte barnet, vil barnet kanskje ikke få den anerkjennelsen han/hun trenger for å kunne ha nytte av rollen som omsorgsgiver. I tillegg kan barna ta på seg langt mer ansvar enn det som er vanlig for aldersgruppen (Grinde, 2004). Barna kan ta på seg oppgaver som de ikke har forutsetninger for å mestre, slik at de ofte vil oppleve en følelse av nederlag. Å føle at en ikke strekker til kan ha negativ effekt på selvfølelsen, som igjen kan føre til negative og depressive tanker (Hammen, 2003). Men igjen har det vært lite forskning på hvordan barna selv erfarer den rollen, noe som kunne vært viktig for å belyse denne drøftingen. Det vrirler derimot av motstridende argumenter for hvordan man tror barna opplever dette og hvilken effekt det har på dem. Noen forskere hevder at barna opplever at de tar over foreldrerollen og ofrer sine egne behov. Mens andre sier at selv om barna får mye ansvar, ser de ikke på seg selv som omsorgspersoner for sine egne foreldre (Gladstone mfl., 2006). I en undersøkelse fant man derimot at det var foreldrene med en psykisk lidelse som opplevde at barna hadde tatt over deres rolle, og ikke barna selv (Aldridge & Becker, 2003).

Det å ha foreldre med psykiske lidelser kan være en stor belastning for mange barn, og innebærer mange kompliserte prosesser og konsepter det kan være vanskelig å få tak på. Men dette gjelder igjen ikke for alle. Det vises blant annet til forskning hvor flere barn, til tross for mors lidelse, hadde en kjærlig og god relasjon til mor (Seeman, 2004). I tillegg til å se på de dokumenterte effektene det å ha psykisk syke foreldre innebærer, kan man ved å inkludere barnas opplevelser, få alternative og kanskje til og med motstridende forklaringer og beskrivelser av hva det vil si å bo og leve med foreldre med psykiske lidelser. Slik kan man få tak i hele rekkevidden av hva dette vil innebære for barnet.

## 3.4 Kumulative risikofaktorer

Redegjørelsen ovenfor viser at det ikke er tvil om at barn av foreldre med psykiske lidelser er vesentlig mer sårbare for å utvikle vansker, enn barn av foreldre som ikke er psykisk syke. Men som vi har sett varierer tallene på forekomst av vansker, samtidig som barna opplever deres foreldres lidelse på forskjellige måter. Finnes det andre faktorer som gjør at noen barn utvikler vansker og opplever det mer belastende enn andre? En risikofaktor opptrer sjelden alene, slik at det finnes ulike kumulative faktorer som følger den spesifikke lidelsen (Goodman & Gotlib, 1999). De kan både være genetiske og miljømessige, og kan være årsaken til økningen av psykopatologi hos barn. Det kan blant annet dreie seg om grad av arvelighet, ekteskapelige vansker, foreldreomsorg og alvorlighetsgrad (Kringlen, 2008).

### 3.4.1 Grad av arvelighet

Flere familie-, tvilling-, og adopsjonsstudier av foreldre med depresjon støtter opp under den biogenetiske modellen for utvikling av psykiske lidelser (jfr. 3.2.1), da man har funnet genetiske relasjoner mellom foreldrenes lidelse og barnas vansker (Beardslee mfl., 1998). Mer spesifikt viser disse studiene at desto nærmere man er i slekt, desto større sjanse for selv å utvikle psykiske vansker. Blant annet kan barn av deprimerede mødre arve DNA som øker sårbarheten for selv å utvikle depresjon med 25 % sjanse (Goodman & Gotlib, 1999). Andre tall viser en arvelighet helt opp mot 48 % (Leverson, 2003). På samme måte kan barn arve andre egenskaper og kvaliteter som kan øke risikoen for utviklingen av depresjon; temperament, blyghet, lav selvfølelse og dårlige mestringsstrategier. For eksempel kan det å være blyg og ha lav selvfølelse føre til unngåelse av spesifikke miljøer. Å bli mer tilbaketrukket og ikke få et helhetlig eller korrekt bilde av verden rundt seg, kan resultere i fordomsfulle og forvrengte perspektiver som kan gi en annen virkelighetsoppfatning enn hva andre har. Dette vil kunne resultere i alt for mange erfaringer av stressende og negativ art slik at man utvikler depresjon (Goodman & Gotlib, 1999). Forskning som er gjort i forhold til schizofreni har vist at arveligheten kan være så høy som 83 % (Hollis, 2008). Men også her varierer tallene. De fleste forskere vil nok derimot være enige om å akseptere en arvelighet på minst 30-45 % (Kringlen, 2008). Den relativt høye arveligheten skyldes trolig at det finnes mangfoldige gener som sammen fører til en mottakelighet for den schizofrene fenotypen (Kringlen, 2008; Hollis, 2008).

Men hva innebærer disse store variasjonene? Hvorfor viser tallene noen ganger svært store sjanser for selv å utvikle en psykisk lidelse, mens andre ganger vil det være mindre sannsynlig? I tillegg til at de ulike lidelsene blir definert ulikt i de ulike diagnosemanualene, innebærer det at det må finnes andre faktorer som også spiller en betydelig rolle for effekten på barna. Som vi har sett viser forskning nemlig at det ikke bare finnes en genetisk påvirkning, men at også familiemiljøet har en betydning (jfr. 2.3.2, 2.3.3 & 2.3.4). Altså det komplekse samspillet mellom genetiske- og miljømessige faktorer har mye å si for utviklingen av en slik lidelse (Beardslee mfl., 1998). Disse studiene bidrar til en dypere forståelse av hva det faktisk innebærer å arve en sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser, samtidig som de store variasjonene viser at arv har langt i fra alt å si for hvorfor noen barn utvikler vansker. Andre miljømessige faktorer vil også spille en betydelig rolle (Kringlen, 2008), noe som støtter opp under mitt forslag om den multiteoretiske tilnærmingen (jfr. 2.3.5).

### **3.4.2 Ekteskapelig fungering**

Forskning på relasjonen mellom psykiske lidelser og ekteskapelig fungering har vist at ekteskapet kan påføre barna store negative konsekvenser hvis relasjonen mellom foreldrene i hovedsak består av negative interaksjoner og konflikter. Resultater fra forskning viser at det er større sjanse for ugunstige utfall hos barn av skilte foreldre med psykiske lidelser, enn foreldre som har en psykisk lidelse, men som ikke er skilt (Beardslee mfl., 1998). Det at foreldre skiller seg kan tyde på at ekteskapet ikke fungerte og var preget av konflikter, slik at konflikter og psykiske lidelser hos foreldre har større negativ effekt på barna, enn psykiske lidelser alene. I andre undersøkelser som er gjort av pasienter som har utviklet schizofreni, har man funnet at de ofte har vokst opp i et miljø preget av kommunikasjonsforstyrrelser, fiendtlighet og kritikk, både mellom foreldre og barn-foreldre. Dette kan tyde på at slike negative sider ved miljøet kan være en del av årsaken til den psykotiske adferden til pasientene (Kringlen, 2008). Flere longitudinelle studier har også vist at de negative konsekvensene det fører med seg å bo med familiekonflikter og foreldre med psykiske lidelser, vil vedvare over tid hos barna (Beardslee mfl., 1993, Hammen mfl., 1990, i Beardslee mfl., 1998). Dette stemmer overens med en oppfølgingsstudie gjort av Rutter og Quinton (1984). De fant at to tredjedeler av barn av psykisk syke, ikke lenger hadde sosiale eller emosjonelle vansker etter 4 år, når familien besto av harmoniske relasjoner mellom foreldre. I en undersøkelse gjort av Rutter, Yule, Quinton, Rowlands, Yule og Berger (1975)



fant man at interaksjoner mellom foreldre som var preget av konflikter og irritabilitet er mer skadelig for barna enn selve den psykiske lidelsen.

Konflikter og kommunikasjonsforstyrrelser kan altså ha store negative effekter på barna. Å mangle en partner å dele foreldrerollen med, som man har vansker å snakke med, og som man ikke klarer å samarbeide med, kan føre til en reduisering av foreldrenes oppdragelsesevner. Forskning viser blant annet at deprimerte voksne som har konfliktfylte relasjoner, trekker seg emosjonelt bort fra partner og barn (Kvello, 2010). Dette betyr at forstyrrelser i ekteskapet sammen med en psykisk lidelse kan føre til reduisering av foreldrenes evner til å gi den støtte til barna som de trenger for å mestre hverdagen og dens motgang (Beardslee mfl., 1998). Jeg skal nå gå inn på hvilke evner det er snakk om.

### **3.4.3 Foreldreomsorg**

Foreldrenes helse og personlighet preger i stor grad hvordan de oppdrar barnet. Viktige personlighetstrekk som vil få konsekvenser for omsorgen til barnet er blant annet deres ansvarlighet, sensitivitet, kontaktevne, tillit, selvbilde, frustrasjonsterskel, initiativ og emosjonell stabilitet. Dessverre rammes mange av disse ved en psykisk lidelse (Kvello, 2010). Forskning gjort på foreldre med moderate og alvorlige former for psykiske lidelser viser at de i samspill med barna er mer negative, mindre sensitive og lydnhøre, samt dekker barnas behov mindre, enn foreldre uten slike lidelser (Beardslee mfl. 1998; Kochanska & Aksan, 2004). Dette betyr altså at forelderens evne til å engasjere seg positivt, og opprettholde en god følelsesmessig tilknytning til barna kan bli begrenset (Gordon, Hammen, Adrian, Jaenicke, Hiroto & Burge, 1989; Haukø & Stamnes, 2009). For eksempel kan en mor som er deprimert ikke være i stand til å glede seg over barnet, engasjere seg positivt i det eller delta i barnets aktiviteter. Barnet kan da mangle en voksen som ser dens behov, som viser empati, som er oppmuntrende og støttende, som hjelper barnet med lekser, og følger opp barnet på skolen. Å bli oversett på denne måten skaper lett redsel, utrygghet og uforutsigbarhet hos barnet. Hvordan lidelsen påvirker foreldrefungeringen vil altså ha mye å si for barnets utvikling. En moderat og alvorlig psykisk lidelse blir ofte altoppslukende, og kan føre til at forelderens har nok med å håndtere lidelsen. Man har ikke nok overskudd til positiv samhandling med barnet og man trekker seg bort fra omgivelsene (Haukø & Stamnes, 2009). Hvorvidt dette skyldes et behov for å skjerme seg selv, andre eller begge deler kan diskuteres, men forskning viser at foreldrene ser på seg selv som inkompetente. De har ikke tro på at de

kan påvirke barnas utvikling på en positiv måte, og blir da irriterte og fiendtlige i interaksjon med andre (Goodman & Gotlib, 1999). Da er det kanskje ikke rart at man trekker seg bort fra omgivelsene sine. I en undersøkelse hvor man var ute etter mødrenes subjektive erfaring av hvordan deres psykiske lidelse ville påvirke barna, viste det seg at de fleste mødre mente det største problemet var vansker med å disiplinere barna (Mowbray, Oyserman & Ross, 1995).

Da schizofreni innebærer en psykotisk tilstand, hvor man har en annen virkelighetsoppfatning enn menneskene rundt, kan dette føre til at forelderen med denne lidelsen trekker barnet inn i sin virkelighetsoppfatning, og tillegger barnet egenskaper som han/hun egentlig ikke har. Forelderen kan da oppfatte barnet belastende og krevende, og behandle det deretter (Killén, 2009). Dette kan altså innebære at nedsatt foreldreomsorg hos foreldre med psykiske lidelser kan påvirke deres evne til å hjelpe, støtte og oppdra barna og deres utvikling. Selv om dette i seg selv ikke trenger å føre til en psykisk lidelse hos barnet, kan det likevel gjøre hverdagen til barnet mye vanskeligere enn for andre barn (Ahlgreen, 2001).

En psykisk lidelse kan altså føre med seg symptomer som gjør at det kan være vanskelig for foreldrene å oppfatte og ivareta barnet og dens behov. I tillegg kan foreldre som selv har foreldre med en form for psykisk lidelse, ikke ha fått den omsorgsfullhet og støtte et barn trenger, og dermed ikke lært seg de oppdragelsesevnene det er viktig å overføre videre (jfr. 2.3.3) (Hammen, 2003). Det er vanskelig å gi noe videre som en selv ikke har opplevd. Men det er likevel ikke så enkelt. Hvis vi ser tilbake til de ulike forklaringsmodellene har vi sett at ja; miljømessige faktorer utenfor barnet har betydning for utvikling av vansker. Men jeg har også påpekt viktigheten av individuelle egenskaper hos barnet (jfr. 2.3.2). Undersøkelser viser blant annet at barn av deprimerte mødre er vanskeligere å ha med å gjøre enn barn som ikke har foreldre med en psykisk lidelse (Beardslee mfl., 1998). Men er det slik at alle barna av deprimerte mødre har et likt temperament? Det fremstår lite sannsynlig at alle barn av deprimerte mødre har et vanskelig temperament; at de blir raskt irriterte og har et høyt motorisk aktivitetsnivå (Smith & Ulvund, 2006). I stedet kan man tenke at det å ha en psykisk lidelse, som blant annet kan føre til svekkede oppdragelsesevner, kan videre føre til at barnet oppleves vanskelig. Selv om barn vil ha ulikt temperament, vil dette nemlig kunne forsterkes og opprettholdes av foreldres manglende disiplinering (Ogden, 2009). Dette kan i stedet for indikere en resiprok relasjon, hvor svekkede oppdragelsesevner kan føre til svekket sosial kompetanse hos barna, som igjen kan bringe frem negativ kommunikasjon fra foreldrene.

Altså er det viktig å ikke bare se på foreldrenes oppdragssevner, men også hvordan de henger sammen med og samspiller med egenskaper hos barnet (jfr. 2.3.5).

### **3.4.4 Alvorlighetsgrad**

Alvorlighetsgraden av den psykiske lidelsen hos foreldrene har også noe å si for risikoen for barnas psykopatologi. Dette dreier seg både om varighet på lidelsen, antall episoder og hvorvidt en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse. Dette er viktig å ta hensyn til da man ofte glemmer å gradere den psykiske lidelsen, og slike nyanser er viktig for å kunne vurdere barnas utviklingsmuligheter (Kvello, 2010). Noen barn vokser opp i familier som konstant er preget av sosial isolasjon, stress, kaos, konflikter og lengre sykehusopphold, mens i andre opptrer forelderens sykdom kun i korte perioder og uten å forstyrre familiens liv nevneverdig (Holm, Møller & Perl, 2002). Ikke overraskende viser undersøkelser at en alvorlig og kronisk depresjon hos foreldrene, vil utgjøre en større risikofaktor for barna enn en mildere form (Beardslee mfl., 1998; Holm mfl., 2002). Man har også funnet et mønster i forhold til at desto flere symptomer foreldereren har, desto større er risikoen for at foreldereren utøver omsorgssvikt, mishandler og/eller utnytter barna sine (Cohen, Hien, & Batchelder, 2008). I tillegg viser det seg at det er en sammenheng mellom alvorlighetsgrad og hvor mye innsikt man har i sin egen sykdom. Foreldereren med en mild psykisk lidelse viser mer innsikt i sin sykdom, er i bedre stand til å ta vare på barnet, og skjærmer barnet mot negative symptomer knyttet til sin lidelse (Kvello, 2010). Barn som i tillegg lever med en eller to foreldre med psykiske vansker, vil være mer sårbar enn barn som har to foreldre hvor kun den ene har en lidelse. Dette fordi den andre foreldereren vil kunne fungere som en støtte og ta det meste av ansvaret for barnet når det er nødvendig (Cleaver mfl., 2000; Puckering, 2004). Samtidig kan det være lurt å huske på at selv om det er en mor eller far i familien som tilsynelatende takler partnerens sykdom, vil denne foreldereren også påvirkes av lidelsen.

## **3.5 Avsluttende kommentar**

Disse ulike risikofaktorene kan alle være med på å påvirke barnas psykopatologi, men selv om bare en av disse faktorene vil kunne gi uheldige utfall for barn (Rutter, 1990), vil summen av disse utgjøre en større trussel (Beardslee mfl., 1998). Disse ulike kumulative risikofaktorene indikerer likevel at det ikke er selve den spesifikke psykiske lidelsen som vil ha størst innvirkning på barns utvikling, men den effekten lidelsen har på relasjonen mellom

foreldre og barn, og deres fungering som vil påvirke barna mest (Masten, mfl., 1990). Blant annet konstaterte psykiateren Bleuler, da han fulgte 184 barn av foreldre med schizofreni i en periode på 20 år, at selv om man har funnet arvelighet hos mennesker med schizofreni, er det likevel de vanskelige omstendighetene som barna vokser opp under som gjør at denne lidelsen blir belastende for barna (Bleuler, 1974). Og da psykiske lidelser ofte følges av slike kumulative faktorer er det kanskje ikke rart at barn av psykisk syke har større sannsynlighet for selv å utvikle vansker. Men vi har også sett at det finnes mange barn som klarer seg bra til tross for at de har foreldre med en psykisk lidelse, slik at å leve med en psykisk lidelse i familien er ikke ensbetydende med negative konsekvenser for barna. Jeg skal nå gå over til å svare på første del av problemstillingen min, som nettopp dreier seg om de barna som mestrer motgang bedre enn andre.

## 4 Resiliens

For å utvikles må mennesker kontinuerlig tilpasse seg det komplekse og stadig forandrende miljøet de befinner seg i. Noen ganger vil denne tilpasningen gå nokså problemfritt, hvor individet bruker sine ferdigheter til å tilpasse seg miljøet, og miljøet støtter individet. Andre ganger fungerer det derimot ikke. Det kan skyldes at det finnes utfordringer i miljøet som blir for store, for eksempel foreldre som har/utvikler psykiske lidelser, at individets evner til å tilpasse seg miljøet ikke strekker helt til, eller begge deler (Jenkins, 2008). Noen barn klarer seg derimot bra til tross for den betydelige belastningen det kan være å ha foreldre med psykiske lidelser, og det er dette som kalles resiliens (Kvillo, 2010).

### 4.1 Definisjon

Resiliens er oversatt fra det engelske begrepet *resilience*, og kom blant annet som et alternativ til begrepene ”løvetannbarna” og de ”usårbare barna”. Dette fordi de sistnevnte kan gi et inntrykk av at barna ville tåle alle mulige påkjenninger (Kvillo, 2010), og begrepene ivaretar ikke det faktum at alle barn vil under noen omstendigheter være mer sårbare enn andre. Resiliens dreier seg om på hvilke områder barnet klarer seg bra til tross for å ha opplevd motgang, og hvilke resiliensfaktorer som fører til den positive tilpasningen i akkurat den sammenheng (Olsen & Traavik, 2010). Flere forskere påpeker nemlig at selv om et barn er resilient i en sammenheng kan han/hun likevel utvikle vansker som konsekvens av en annen type belastning (Rutter, 1990; Waaktaar & Christie, 2000; Borge, 2008).

Resiliens er et komplekst konsept og det finnes flere definisjoner av resiliens som varierer mellom de ulike teoretikerne på området. Den nåværende brede bruken av begrepet har vært et tema for mye diskusjon de seneste årene, nettopp på grunn av sine tvetydige definisjoner. Noen har for eksempel forsket på resiliens som en individuell egenskap (Ong, mfl., 2006), mens andre ser på resiliens som en prosess eller kraft som driver en person gjennom motgang (Richardson, 2002). En av de fremste resiliensforskerne er Michael Rutter (Rolf, Masten, Cicchetti, Nuechterlein & Weintraub, 1990; Luthar, 2003; Olsen & Traavik, 2010), og han definerer resiliens slik:

”Resilience, the term used to describe the positive pole of the ubiquitous phenomenon of individual difference in people’s responses to stress and adversity” (Rutter, 1990:181).

Resiliens innebærer altså individer som blir utsatt for en eller annen form for belastning i livet, men som likevel klarer å komme tilbake til utgangspunktet de hadde før denne belastningen. Rutter (1990) vektlegger videre at resiliens dreier seg om en prosess hvor ulike mekanismer opererer både før, underveis og etter et møte med stressende situasjoner. Å være et resilient individ refererer altså ikke til en fastsatt egenskap, men til et fenomen som beskriver ulike trekk ved og rundt en person, i en type sammenheng. Andre viktige bidragsyttere støtter seg til denne forståelsen av begrepet resiliens. Blant annet skriver Luthar (2003) at resiliens ikke er en fastsatt egenskap som kan måles, men en prosess og et fenomen som stammer fra positiv tilpasning til tross for opplevd motgang. Dette stemmer også godt overens med Mastens (2001) definisjon av begrepet. Hun skriver at resiliens er en prosess som karakteriseres av gode utfall hos mennesker til tross for ulike alvorlige trusler mot deres utvikling. I arbeidet med resiliens benytter også Borge (2008) seg av Rutters definisjon, og bruken av begrepet resiliens i denne oppgaven vil dermed også bygge på denne forståelsen.

## 4.2 Hva innebærer det å klare seg bra?

Men hva vil det egentlig si å være resilient og klare seg bra? Hva innebærer det å ha en positiv tilpasning og utvikling til tross for å ha en forelder med psykisk lidelse? Vil et barn som har vokst opp med en mor med schizofreni og som har utviklet emosjonelle vansker, men likevel gjør det faglig godt på skolen, ha klart seg bra? Svaret på dette kan avhenge av om man skal karakterisere resiliens ut i fra ytre forhold, som for eksempel gjennomført skolegang og antall venner, eller indre karakteristikker som følelse av egen velvære (Masten, 2001). Waaktaar og Christie (2000) påpeker at kriteriene for resiliens varierer fra studie til studie, men de vanligste er fravær av psykiatrisk diagnose, evne til å være i jobb/skole og selvrapportert fungeringsnivå. Selvrapportert fungeringsnivå innebærer at det å klare seg bra vil variere fra individ til individ og ut ifra hvilke forutsetninger man har. Ola, med sin eneforsørgende mor med schizofreni, kan synes at det å komme seg opp om morgenen og møte på skolen, vil tilsi at han har klart seg bra. Kari, med sin mor med depresjon, kan derimot synes hun har det bra fordi hun får gode karakterer på skolen, har et godt forhold til sin far, og har mange venner.

Men for å vite hva som menes i denne oppgaven om barn som har klart seg bra, synes jeg det er viktig at det finnes noen konkrete holdepunkter. Kriterier som både inneholder indre og ytre forhold til resiliens kan være gunstige, for både å ivareta det subjektive aspektet med hva

det vil si å ha det bra, samtidig som man tar hensyn til ytre forhold som peker på dagens samfunnsmessige krav. For å oppsummere kan man altså si at hvis barn av psykisk syke har unngått alvorlige vansker, fungerer og trives på skolen, og selv opplever at de har god livskvalitet, har de klart seg bra og utviklet seg til resiliente individ.

## **4.3 Resiliensforskning**

I mange år har resiliens vært et uforklarlig konsept som har blitt lagt til side. Men gjennom forskning på ulike risikofaktorer ble man raskt mer nysgjerrig på de individuelle forskjellene i barnas utvikling. Man fikk en forståelse for at de ulike faktorene som var involvert kunne ha mye å si for forebyggende tiltak og intervensjon (Rutter, 1990). Roten av resiliensforskning kan spores tilbake til midten av 1900-tallet da man begynte å forske på barn av foreldre med schizofreni (Luthar, 2006). Både forskere og folk flest regnet med at det ville gå dårlig med barn som vokste opp med foreldre med en slik alvorlig psykisk lidelse. Samtidig kjente de fleste også barn som klarte seg bra. Det kom derimot sjelden gode forklaringer på hvorfor noen barn unngikk negative konsekvenser. Man visste rett og slett ikke hvorfor noen barn var resiliente (Borge, 2008). Følgelig ble det interessant å se på de faktorene som bidro til barnas positive utvikling (Luthar, 2006). En viktig undersøkelse som er sentral i forhold til dette og som er med på å rette fokuset mot barn av psykisk syke, er Kauai-undersøkelsen (Borge, 2008).

### **4.3.1 Kauai-undersøkelsen**

Kauai-undersøkelsen er en sentral studie innen resiliensforskning. Dette er en langvarig oppfølgingsundersøkelse av resiliens hos barn, hvor fokuset var å beskrive hva som kjennetegnet de risikobarna som mot alle odds klarte seg bra. Kauai-studien var det første eksempelet på direkte resiliensforskning (Borge, 2008). Forskerne Werner og Smith (2001) fulgte opp 698 barn som ble født i 1955 på øya Kauai i staten Hawaii, gjennom 40 år. Selv om studien er gammel blir den fortsatt referert hyppig til i litteraturen om resiliens.

Hawaii ble tatt som utgangspunkt for undersøkelsen da det på den tiden ble regnet som mer krevende å vokse opp der enn i middelklassen i USA, blant annet på grunn av dårligere økonomiske forhold. 30 % av de 698 barna som var med i studien ble regnet som risikobarn da de blant annet levde i kronisk fattigdom, hadde foreldre med lav formell utdanning, hadde

lite stabilitet i familien, alkoholiserede foreldre, og opplevde vold eller annen form for omsorgssvikt. 4 % av barna hadde også foreldre med depresjon og schizofreni. To tredjedeler av barna som opplevde fire eller flere av disse risikofaktorene utviklet alvorlige lære- og atferdsvansker i alder av ti år, og/eller hadde et kriminelt rulleblad og psykiske vansker i en alder av 18 år. Dette betyr at en tredjedel av disse høy-risiko barna klarte seg bra til tross for de ulike risikofaktorene (Werner & Smith, 2001).

Werner og Smith (2001) fant en rekke individuelle, familie- og miljømessige karakteristikk, som gikk igjen hos de resiliente barna. På barneskolen ble det rapportert at disse barna kom godt overens med klassekameratene, hadde mange gode venner, og hadde bedre resonnerings- og leseevner enn barna som utviklet vansker. I tillegg ble det rapportert at de resiliente barna hadde flere kreative hobbyer som ga dem mye glede, og en grunn til å være stolte av seg selv i den stressende hverdagen. Da elevene fullførte videregående skole, hadde de utviklet et positivt selvbilde og en følelse av kontroll over livet sitt. Dette førte til at de hadde en mer ansvarsfull og mestringsorientert holdning til livet enn de andre risikobarna. I tillegg hadde alle disse barna vokst opp i hjem som var preget av nære bånd med minst en omsorgsperson, enten en forelder, søsken eller besteforeldre. Hverdagen besto av faste rutiner og regler som måtte følges, og mange hadde en favorittlærer som rollemodell. Dessverre viste undersøkelsen at dette ikke gjaldt barna som hadde mødre med schizofreni og alvorlig depresjon. Disse barna utviklet store mestringsproblemer og atferdsvansker, og viser hvor belastende psykiske lidelser hos foreldre kan være.

Derimot så hadde et fåtall av barna i denne studien foreldre med psykiske lidelser, slik at man bør være forsiktig med å generalisere disse resultatene over til andre barn av psykisk syke. I tillegg fokuserer denne undersøkelsen på et komplekst miljø med mange risikofaktorer, slik at de barna som hadde foreldre med psykiske lidelser levde også blant annet i kronisk fattigdom og hadde foreldre med lav formell utdanning. Dette kan indikere at resultatene ovenfor ikke er representative for andre barn av psykisk syke som ikke har flere av disse risikofaktorene. Videre sier ikke denne studien noe om de resiliensfaktorene man fant hos barna i risiko som klarte seg bra, er like de faktorene man fant hos barna som også klarte seg bra, men som ikke var i risiko. Er det noe spesielt med de resiliente barna, eller er det generelle faktorer som vil bidra til positiv utvikling hos alle barn? Denne studien kan likevel være et viktig bidrag i å rette søkelyset mot barn av psykisk syke, og gi oss noen holdepunkter for hvilke faktorer som kan hjelpe disse barna. Nyere litteratur om ulike resiliensfaktorer stemmer godt overens med



de funnene man fant i denne studien. Jeg skal nå gå nærmere inn på de ulike resiliensfaktorene.

## 4.4 Resiliensfaktorer

Resiliensfaktorer er altså faktorer som kan modifisere den negative effekten stress og motgang kan ha på mennesker, og kan være med på å forebygge vansker hos barn av psykisk syke (Luthar, 2006). I forbindelse med en intervensjonsstudie har Waaktaar, Christie, Borge og Torgersen (2004) identifisert ulike resiliensfaktorer, som også går igjen i mye av litteraturen. Individuelle faktorer som fremmer resiliens er blant annet naturlig robusthet, sosial kompetanse, intelligens, kommunikasjonsferdigheter, og andre personlige egenskaper som mestringstro (*self-efficacy*) og kreativitet. Gode foreldreegenskaper i minst en av foreldrene, eller adekvate og stabile foresatte (andre omsorgspersoner), er avgjørende familiefaktorer. Støttende jevnaldrende er blant de viktigere miljøfaktorene som bidrar til resiliens hos barn og ungdom (Waaktaar mfl., 2004). Masten (2001) påpeker at disse faktorene inneholder de samme ingrediensene som er nødvendig for normal utvikling. Det kan derimot være viktig å tenke på at disse faktorene ikke alltid er like vanlige for barn av psykisk syke. Et barn som vokser opp med en forelder med schizofreni er kanskje ikke vant til foreldre å ha gode samtaler med, som involverer seg i skolearbeidet, trøster når barnet er lei seg eller gir barnet konsekvenser når han/hun har vært ute for lenge. Det er derfor viktig å fokusere på disse faktorene slik at barn av psykisk syke kan få den hjelpen de trenger.

Forskere har derimot blitt kritisert for å produsere for lange lister med resiliensfaktorer. Selv om det er viktig å få kunnskap om disse faktorene, er det også nødvendig å begrense seg da man umulig kan ta for seg alle i et forebyggende resiliensfremmende arbeid (Luthar, 2006). Siden jeg i et av de siste kapitlene av oppgaven skal fokusere på hvordan man kan bruke resiliensfaktorer i et forebyggende arbeid, skal jeg avgrense meg til sosial kompetanse, mestringstro, foreldreomsorg, jevnaldrende, og støttende signifikante andre. Dette er resiliensfaktorer som kan forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn av psykisk syke. Det er altså faktorer som er svært innflytelsesrike på barns utvikling, og det i stor grad er mulig å påvirke (Luthar, 2006). Å forebygge vansker hos barn av psykisk syke fra flere hold gjennom disse individuelle, familie- og miljømessige faktorene, er i tråd med den multiteoretiske tilnærmingen jeg tar utgangspunkt i (jfr. 2.3.5).

#### 4.4.1 Sosial kompetanse

Fordi mennesker er sosiale individ, så er den individuelle resiliensfaktoren sosial kompetanse noe av det viktigste barn skal lære seg gjennom oppveksten (Borge, 2008). Pedagogen Ogden (2009) definerer sosial kompetanse som kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig for mennesker å vedlikeholde sosiale relasjoner. Dette innebærer at et individ har prososial adferd (er vennlig, høflig og hjelpsom), i tillegg til å ha evne til selvregulering. Selvregulering dreier seg om bevisst å styre og kontrollere sider ved egne tanker, handlinger og motivasjon (Elliot & Fryer, 2009). Man skal også ha ferdigheter i forhold til problemløsning (sosial kognisjon), kunne ta andres perspektiv, og tenke kritisk. En undersøkelse viser hvordan barn som blant annet har problemløsningsferdigheter var mindre aggressive og impulsive, og mer tålmodige og selvstendige, enn barn som ikke hadde slike ferdigheter (Shure & Aberson, 2005). Med andre ord dreier sosial kompetanse seg om hvordan barn er i stand til å mestre og tilpasse seg sine omgivelser, samt ha mulighet til å påvirke sitt sosiale miljø (Ogden, 2009).

I tillegg til å ha mulighet til å tilpasse seg sine belastende omgivelser, er sosial kompetanse viktig for at barn av psykisk syke skal kunne etablere kontakt med andre og utvikle vennskap. Følelsen av å være sosial kompetent vil også ha noe å si for hvordan man har det med seg selv, da denne følelsen avhenger i stor grad av om man føler seg akseptert og respektert av andre (Ladd, 2005). Garmezy (1983) snakker om mestringsferdigheter (*coping*) som evnen til å bearbeide og motvirke negative virkninger av stress og motgang. Og det viser seg at når man går dypere inn i hvilke mestringsferdigheter dette dreier seg om, ligner det veldig på de ferdighetene som gjelder for sosial kompetanse (Ogden, 2009). Kauai-undersøkelsen viste også at de barna som klarte seg bra, hadde prososiale egenskaper som fremmet positive følelser og reaksjoner hos omsorgspersonene (Werner & Smith, 2001). Forskning viser at sosial kompetanse kan fungere som en faktor mot stress og belastning fordi det fører til bedre psykisk helse, og reduserer og forebygger sosiale og emosjonelle vansker (Sørli, Hagen & Ogden, 2008). Dette sier Ogden (2009) kan henge sammen med at sosial kompetanse er selvforsterkende gjennom følelsen av sosial mestringsferdigheter og positive tilbakemeldinger fra omgivelsene. Barna blir dermed motivert til å forsøke å opprettholde gode relasjoner. Sosial kompetanse kan da være en viktig resiliensfaktor å fremme hos barn av psykisk syke som kan ha en ekstra belastende hverdag, og som selv er i risiko for å utvikle blant annet sosiale og emosjonelle vansker.

Omsorgsfulle voksne og venner er store bidragsytere til utvikling av sosial kompetanse. Her vil de voksnes oppdragelsesmetoder, hvordan de begrunner sine reaksjoner, og fungerer som rollemodeller ha mye å si. Barna utvikler sosial kompetanse gjennom å observere og delta i samarbeid og forhandlinger med andre voksne og barn. På denne måten lærer de seg å tolke signaler fra omgivelsene, løse problemer, og regulere og tilpasse egen atferd for å ivareta egne behov og interesser (McCollum & Ostrosky, 2008). Som vi har sett kan foreldre som er belastet med en psykisk lidelse ha nedsatte oppdragelsesevner, noe som kan begrense deres funksjon som rollemodeller (jfr.3.4.3). Dette kan bety at noen barn kan ha begrensede muligheter til å utvikle sosial kompetanse da interaksjon med den psykisk syke forelderen kan være hemmet. Effekten på barna av psykisk syke vil dog variere ut ifra om det er en eller begge foreldrene som har en lidelse, og hvorvidt man har noen andre å støtte seg til. Undersøkelsen som viste at det å ha foreldre med psykiske lidelser kan føre til økt sosialkognisjon (jfr. 3.1 & 3.2) kan også indikere dette. Betydningen av en signifikant annen og hvordan han/hun kan fremme sosial kompetanse hos barn av psykisk syke skal jeg komme tilbake til senere i oppgaven (jfr. 4.4.4 & 7.4).

Det er viktig å være bevisst på at sosial kompetanse knyttes til normer og forventninger om hva som er sosialt verdsatt i det miljøet man befinner seg i. Dette betyr man alltid vil være kompetent i forhold til noen eller noe, og vil dermed variere med barnas alder, hvor de oppholder seg og hvem de samhandler med. For at sosial kompetanse skal gi positive resultater må relasjonene være preget av at partene utfyller hverandre og anerkjenner hverandres bidrag til relasjonen (Ogden, 2009). Dette innebærer at forventninger til barnets kompetanse vil variere ut ifra om det er snakk om i hjemmet eller på skolen. Dette er det ikke sikkert alle er bevisst, da man ofte tar for gitt at barna har tilegnet seg de sosiale ferdighetene som kreves for å mestre og tilpasse seg elevrollen (Arnesen, Ogden & Sørli, 2008). Foreldre med psykiske lidelser kan stille andre krav og ha andre forventninger enn hva barnet vil møte på skolen. En alenemor med depresjon kan forvente at barnet skal ta seg av husholdningen; lage middag, vaske klær og passe på lillesøster, mens mor må fokusere på å bli frisk. Mens en far med schizofreni ikke stiller noen krav til barnet, gir ikke barnet innetider eller følger ikke opp regelbrudd. Dette kan gjøre det ekstra vanskelig for barn av psykisk syke å finne seg til rette og tilpasse seg skolens hverdag, noe det kan være viktig for læreren å ta hensyn til. Uansett har vi sett at å jobbe med sosial kompetanse kan bidra til at barn av psykisk syke kan få bedre selvfølelse, oppleve mestring, utvikle gode vennskap med jevnaldrende, klare seg bra i møte med stress, redusere og forebygge emosjonelle- og atferdsvansker, og utvikle bedre

psykisk helse. Sosial kompetanse er dermed en viktig resiliensfaktor som kan bidra til å forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn av psykisk syke, og kanskje gi dem en lettere hverdag. Men en viktig del av sosial kompetanse er også hvordan du selv opplever den. Det er med andre ord ikke tilstrekkelig at andre oppfatter barnet som sosial kompetent, hvis ikke barnet tror på det selv. Det er dette som kalles mestringstro (Bandura, 1997).

#### 4.4.2 Mestringstro (self-efficacy)

Mennesker har i alle år strevd etter å kontrollere sine liv. Ved å påvirke miljøet rundt og ta egne valg, ønsker man å være med på å bidra til hvilken retning livet skal ta. Å ha evner som kan påvirke forhold som er viktig for menneskers livskvalitet, styrker troen på egne krefter og muligheter for måloppnåelse (Bandura, 1997). Et sentralt fenomen som står i spissen for slik tenkning er psykologen Banduras *self-efficacy*. Han definerer *self-efficacy* som: «...beliefs in one`s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments” (Bandura, 1997:3).

Det finnes flere ulike oversettelser av dette begrepet, blant annet selvtilit, selvbilde og forventning om mestring (Bandura, 1997). Jeg velger å oversette begrepet til mestringstro da jeg mener denne begrepsbruken ivaretar definisjonen til Bandura på best mulig måte. Selvtillit og selvbilde blir for universelle begrep som ikke fanger opp alle de viktige aspektene ved mestringstro (Bandura, 1997), samtidig som forventning om mestring lett kan forveksles med begrepet *outcome expectancy*. Dette begrepet dreier seg om hvilke forventninger man har til utfallet av handlingene man har gjort, altså konsekvensene er i fokus. *Self-efficacy* innebærer derimot en tro på at ens egne ferdigheter er gode nok til å kunne organisere og iverksette handlinger som fører til mestring, altså prosessen er i fokus. Å ha tro på at ens ferdigheter kan føre til mestring har vist seg å være et sentralt aspekt ved resiliens. Blant annet viste Kauai-undersøkelsen at barna som klarte seg bra, også hadde en vilje til å klare seg bra. De ønsket å planlegge deres fremtid og sette seg mål (Werner & Smith, 2001), noe som er vanskelig å gjøre hvis du ikke har tro på at du kan klare det. For hvorfor skal du sette deg mål hvis du tror det ikke er gjennomførbart? Det er nettopp dette mestringstro handler om.

Å ha tro på egen mestring vil gi forskjellige utfall i forhold til hvilke mål man setter seg, hvor mye innsats man legger i forsøket på å nå disse målene, og i hvilken grad man klarer å prestere. Det vil også påvirke hvilke tankemønstre man har, hvordan man vil takle miljømessige krav, og sist men ikke minst hvor utholdende og resilient man vil være i møte

med motgang. I tillegg vil mestringstro være situasjonsavhengig, noe som innebærer at man kan ha høy mestringstro i en sammenheng, men lav i en annen. (Bandura, 1997). For eksempel vil et barn med en forelder med schizofreni kunne tenke at han har de ferdighetene som skal til for å bidra i huset hjemme, men ikke det som skal til for å få seg venner på skolen. Det viser seg også at de som har tro på sine ferdigheter ofte har flere venner og opplever mindre avvisning fra jevnaldrende, enn barn som tviler på seg selv (Bandura, 1997). Alt dette tyder på at mestringstro er en viktig del av menneskers helse og utvikling og vil derfor kunne spille en betydelig rolle for barn av psykisk syke.

Bandura (1997) mener at det finnes ulike kilder til hvordan mennesker utvikler troen på egen mestring: egne mestringserfaringer, andres mestringserfaringer, tilbakemeldinger og formidlinger av andre til barnet, og fysiologiske og emosjonelle reaksjoner. Han påpeker at enhver type påvirkning vil foregå gjennom en eller flere av disse kildene.

Den største kilden til mestringstro er tidligere erfaringer, fordi det kan gi pålitelig informasjon om hvorvidt man har det som skal til for å oppnå mestring. Når et barn har gjort seg en erfaring, vil barnet først tolke og evaluere denne erfaringen, og så vurdere sin egen kompetanse som følge av den tolkningen barnet nettopp gjorde. Hvis barnet da opplever suksess, vil barnet sannsynligvis tro han/hun kan mestre en lignende oppgave igjen. Hvis barnet derimot opplevde nederlag, er det stor sjanse for at barnet ikke tror han/hun kan oppnå mestring i en tilsvarende situasjon senere. Det er viktig å presisere at det er den subjektive tolkningen som er av betydning. Det er ikke hva alle andre mener og tror, men barnets egne tolkninger av sine prestasjoner som vil påvirke hans/hennes mestringstro. Barnets egne tolkninger av erfaringer kan derimot bli påvirket av å bli sammenlignet med andres erfaringer, som er en annen kilde til utvikling av mestringstro. I mange sammenhenger vil nemlig ikke et resultat bety noe før man vet om man har gjort det dårligere eller bedre enn andre. Slik kan det å gjøre det bedre enn andre øke ens mestringstro, mens det å bli utkonkurrert av andre kan minke mestringstroen. En tredje kilde til utvikling av mestringstro er gjennom verbal tilbakemelding og formidling fra andre. Det er lettere å ha tro på egen mestring hvis en person som har betydning for barnets liv viser tillit til barnets evner, enn tviler på dem. Den fjerde og siste kilden som Bandura mener vil påvirke menneskers mestringstro er fysiologiske og emosjonelle reaksjoner. Når man vurderer sine egne ferdigheter og evner vil man i stor grad forholde seg til emosjonelle og fysiologiske reaksjoner. Å oppleve frykt og anspenhet i situasjoner kan bli tolket som et tegn på nederlag, mens glede og opprømtet kan føre til økt

tro på egen mestring (Bandura, 1997). Å ta utgangspunkt i disse fire faktorene kan være fruktbart for å sette inn tiltak som kan styrke barnas mestringstro. Da resiliensfaktorer er viktig for barns utvikling, kan styrking av mestringstro være en del av et forebyggende resiliensfremmende arbeid for barn av psykisk syke som kan ha behov for ekstra hjelp og støtte.

Hvordan påvirker så mestringstro barnets resiliens? Masten og kollegaer (1990) skriver at høy mestringstro kan fungere som en resiliensfaktor ved at man blir motivert til å forsøke å tilpasse seg i møte med motgang, i stedet for å bli passiv og gi opp. Man kan ha opplevd lignende opplevelser tidligere hvor man har lært seg ferdigheter eller effektive strategier til å håndtere vanskelige situasjoner. Resiliente barn kan dermed møte situasjoner mer forberedt, i kraft av deres økte selvtillit fra den forrige situasjonen. Dette kan altså føre til økt mestringstro som kan forsterke videre handling og fremme god helse. Barn av psykisk syke opplever ofte at de ikke har innflytelse på omgivelsene rundt seg. Flere har blant annet fortalt at de opplever å være i skjebnens hånd (Mørch, 2002), slik at å fremme mestringstro hos disse barna kan være viktig for å klare å tilpasse seg motgangen de møter. Man har videre funnet at mødre med depresjon som er tilbaketrukket og dermed gir lite stimuli til sine barn, har hatt en negativ effekt på barnas mestringstro (Luthar, 2006). Mestringstro er nemlig sterkt påvirket av hvordan voksne oppmuntrer eller begrenser barnets muligheter for selvstendighet (Bandura, 1997). Foreldreomsorg vil altså ha betydning for barn av psykisk sykes utvikling som resiliente individ.

#### **4.4.3 Foreldreomsorg**

Viktigheten av god foreldreomsorg har lenge vært anerkjent som en betydningsfull familiemessig faktor for barn av psykisk syke (Luthar, 2006). Men hva er god foreldreomsorg? Ifølge Killén (2000) dreier dette seg om en prosess hvor foreldrene engasjerer seg i barnet samt gir fysisk og følelsesmessig omsorg og beskyttelse. Det handler om å dekke fysiske og følelsesmessige behov slik at barnet føler seg trygt og ivaretatt. Dette innebærer et komplekst sett med ulike handlinger og atferd, som vil bli påvirket av ulike faktorer, som psykiske lidelser (Kendler, Sham & MacLean, 1997). Da disse handlingene vil variere fra kultur til kultur (Killén, 2009), kan man stille spørsmål ved om det finnes noen universelle funksjoner som er viktigere enn andre. Masten og kollegaer (1990) påpeker det faktum at gode og effektive foreldre bør ikke karakteriseres av bestemte kriterier, men

hvorvidt de klarer å lette utviklingen til et spesielt barn, i en spesiell kultur og kontekst. Men ifølge Killén (2009) vil dette innebære at man likevel kan identifisere ulike kvaliteter hos foreldre som vil ha større betydning enn andre for barnets utvikling og helse. Hvilke kvaliteter er det da som kan være med på å bidra til utviklingen av resiliens hos barn av psykisk syke?

Mye tyder på at det er de kognitive og følelsesmessige foreldrefunksjonene som er viktigst, da det er underforstått at alle er avhengig av omsorg og kjærlighet for å overleve (Killén, 2009). Blant annet viser resultatene fra Kauai-undersøkelsen at de barna som hadde en positiv utvikling hadde foreldre som viste mye omtanke og omsorg (Werner & Smith, 2001). Annen resiliensforskning viser at det er bedre kvalitet i det samspillet med foreldrene hos de barna som klarer seg bra, enn hos de barna som utvikler større vansker (Waaktaar & Christie, 2000). Et slikt samspill er preget av empati og anerkjennelse, hvor man ser barnet gjennom dens øyne og behov (Brooks, 2005). Vi har sett at svekket foreldreomsorg kan være en stor risikofaktor for barn (jfr. 3.4.3), slik at det kanskje ikke er rart at det motsatte vil ha positiv effekt. Omsorg, anerkjennelse og støtte kan altså være med å bidra til utvikling av resiliens hos barn av psykisk syke.

Selv om man har funnet mye som tyder på at de emosjonelle foreldrefunksjonene har stor betydning, kan det også se ut som at de praktiske funksjonene kan fungere som resiliensfaktorer for barn av psykisk syke. Det viser seg at det finnes større grad av orden og system i de familiene hvor barna utvikler resiliens (Dougherty, Klein & Davila, 2004). I disse familiene har man funnet at det er tydelige grenser for ansvarsfordeling mellom foreldre og barn, og man har tydelige forventninger, regler og konsekvenser som blir fulgt opp. I tillegg er hverdagen preget av forutsigbarhet hvor man har faste tider for måltider, og faste rutiner på aktiviteter som lekser og legging (Waaktaar & Christie, 2000). I Kauai-undersøkelsen kom det også frem at regler og struktur hang sammen med senere positiv utvikling hos barna (Werner & Smith, 2001). Men hvordan kan slike regler påvirke resiliens? Ved å ha regler som man forventer at barna skal følge sender man ut et signal om visse forventninger til barna. Ved å stille krav til at barna skal følge regler og rutiner sier man altså man forventer at barna har evner til å gjøre nettopp dette. Kan ikke slike positive forventninger til barnet gi barnet en følelse av at noen tror på dem og dermed styrke deres egen selvtillit? Som vi har sett er det viktig at andre har tro på deg for at du skal kunne utvikle en tro på deg selv (jfr. 4.4.2). I tillegg kan det å følge regler utløse mer positive tilbakemeldinger som igjen kan styrke selvbilde (Borge, 2008). Regler og rutiner kan da være viktige faktorer som kan bidra til at

barn av psykisk syke kan få den selvfølelsen og selvtilliten de trenger til å ta fatt på hverdagens utfordringer.

I tillegg til å være omsorgsfull, støttende, og ha regler og rutiner for barn av psykisk syke, har forskning vist at foreldrene må være autoritære. De må være bestemte og konsekvente i grensesetting, samt ha en viss kontroll og tilsyn over hvor barna befinner seg (Hetherington & Elmore, 2003; Luthar, 2006). Slik foreldreomsorg har i tillegg til å redusere og forebygge atferdsvansker, fremmet andre kompetanse ferdigheter som er viktig for utviklingen av resiliens (Luthar, 2006). Men kan ikke foreldrenes kontroll og tilsyn gå utover barnas selvstendighet? Undersøkelser viser at når mødre støtter barnas utforskende og autonome atferd, i motsetning til kontroll og begrensninger, kan dette føre til mestringsfølelse, økt innsats, sosial kompetanse og selvregulering (Luthar, 2006). Disse ulike resultatene kan indikere at en gylden middelvei mellom det å utøve kontroll og tilsyn av barna sine, samtidig som man støtter og oppmuntrer til selvstendighet, kan bidra til å fremme resiliens hos barn av psykisk syke.

Dessverre kan en forelders psykiske lidelse gjøre hverdagen til barna veldig komplisert, og føre til at det i kortere eller lengre perioder kan være utfordrende for foreldrene å stille opp for barna (jfr. 3.4.3). Men kan andre støttespillere som venner og lærere bidra med de samme kvalitetene som er viktig i foreldreomsorgen, når barna er i en situasjon hvor foreldrene ikke kan? Jeg skal nå gå over til miljømessige resiliensfaktorer og se hvilken rolle signifikante andre og venner kan spille for barn av psykisk syke.

#### **4.4.4 Støttende signifikante andre**

”Den glede man deler med andre blir dobbelt så stor, og den sorg man deler med andre blir halvparten så tung,” (Olsen & Traavik, 2010:62), er et ordtak som godt forklarer hva det innebærer å ha noen å støtte seg til. Uttrykket de signifikante andre stammer fra sosialpsykologen Mead, og referer blant annet til viktige mennesker rundt oss som bidrar til utvikling og god helse (Mead, 1934). Når en forelder på grunn av sin psykiske lidelse ikke lenger kan fungere som en signifikant annen, er det viktig med sosial støtte og hjelp fra andre (Frønes, 2002). Sosial støtte fra signifikante andre er nemlig en av den mest vesentlige miljømessige resiliensfaktoren som kan moderere effekten av motgang (Rutter, 1990). Sosial støtte har blitt operasjonalisert på flere måter, men dreier seg i hovedsak om at individet



opplever å være akseptert, elsket, anerkjent og respektert (Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987).

I en undersøkelse gjort av Rutter (1990) fant man at hvis barnet hadde et godt forhold til en av foreldrene, kunne man redusere sjansen for å utvikle vansker. Årsaken til dette kan være at tryggheten av det å ha en god relasjon til en av foreldrene kan føre til økt selvfølelse og selvspekt hos barnet, som barnet trenger for å ta fatt på hverdagen sin. Barn er altså avhengig av å ha minst en voksen de stoler på, som kan gi dem ubetinget støtte og kjærlighet (Brooks, 2005). Kauai-undersøkelsen viste at det å ha støttende personer rundt seg, som viste tillit til barna, førte til at barna fikk en tro på seg selv som gav dem støtte til å takle senere utfordringer i voksenlivet (Werner & Smith, 2001). I tillegg vil det at en annen omsorgsperson stiller opp når en forelder er syk, kunne føre til at rutiner i hverdagen forblir de samme, og dagligdagse aktiviteter blir opprettholdt. Dette vil innebære en forutsigbarhet som gjør at barna har noe fast og trygt å forholde seg til (Almvik & Ytterhus, 2004). Denne personen har også mulighet til å forklare lidelsen på en god måte, slik at barnet får en større forståelse rundt sykdommen, som igjen kan føre til en ekstra trygghet (Luthar, 2006). For hvordan kan man forvente at barnet skal forstå hva som foregår når mor sier at hun blir forfulgt, hvis ingen kan forklare det for barnet?

En longitudinell studie har også vist at å ha et godt og kjærlig forhold til sine søsken kan minske sjansen for emosjonelle vansker i møte med motgang (Gass, Jenkins & Dunn, 2007). Annen forskning viser at bare det å ha søsken, uavhengig av kvaliteten på relasjonen, vil kunne fungere som en beskyttende faktor for barn som opplever svært stressende situasjoner (Lockwood, Gaylord, Kitzmann, & Cohen, 2002). Selv om du ikke har en god relasjon til din bror eller søster, kan det å vite at du ikke er alene i en vanskelig og stressende situasjon gi deg en følelse av tilhørighet og trygghet i en ellers uforutsigbar hverdag. Det viser seg at også et godt forhold til besteforeldre har samme effekt (Jenkins & Smith, 1990). Besteforeldre er stort sett omsorgsfulle og støttende ovenfor deres barnebarn, og vil ofte involvere seg i barnebarnas hverdagsliv. Dette kan fungere som en form for erstatning for foreldres manglende sensitivisering (Luthar, 2006). Flere av informantene i studien til Almvik og Ytterhus (2004), som undersøker barn av mødre med psykiske vansker og deres hverdagsliv, vektlegger også spesielt relasjonen til besteforeldre som viktig. Det kan se ut som når mor eller far ikke kan bidra til trygghet og struktur i hverdagen, kan andre familiemedlemmer kompensere for foreldrene og bidra til en god hverdag for barna. I tillegg kan det at besteforeldre eller andre

nære støttende familiemedlemmer kjenner foreldrene og problematikken rundt den psykiske lidelsen, gjøre at barna kan slappe av i deres nærvær ved å slippe å late som om alt er bra (Almvik & Ytterhus, 2004).

Nå har vi sett at det finnes signifikante andre i barns liv som kan bidra til at barn klarer seg bra til tross for at de har foreldre med psykiske lidelser. Kan lærere fungere som en signifikant annen og bidra med utvikling av resiliens? Relasjoner utenfor familier vil ha stor betydning for barns utvikling (Frønes, 2002), og lærere som tilbringer mye tid sammen med barna burde derfor ha store muligheter til å bidra til at barn av psykisk syke kan få en mindre belastende hverdag. Hvorvidt og hvordan en lærer kan bli en signifikant annen for barn av psykisk syke vil ha mye å si for utvikling av resiliens. Dette kan dermed være en viktig del av et forebyggende resiliensfremmende arbeid for disse barna, som jeg derfor kommer nærmere inn på senere i oppgaven (jfr. 7.2).

#### **4.4.5 Venner**

Barn har positiv effekt av å være sammen med jevnaldrende og gode venner (Jenkins, 2008). Studier viser at det å ha minst en venn vil gi positive konsekvenser for barnas utvikling (Vitaro, Boivin & Bukowski, 2009). I tillegg viser forskning at det er stor forskjell på barnas utvikling i forhold til å ha en venn eller ingen venner, men ingen forskjell om man har en eller flere venner (Parker & Seal, 1996). Dette kan tyde på at det er kvaliteten på vennskapet som er av betydning. Men hva vil det å være en venn innebære? Først og fremst vil begrepet venn innebære en gjensidig positiv relasjon mellom to mennesker. Det finnes nok flere som sier at de har venner, men hvor den andre parten ikke anser dem som venn på samme måte. For at venner skal ha en positiv effekt på barnas utvikling innebærer dette altså et gjensidig forhold hvor det finnes et slags følelsesmessig bånd mellom to eller flere parter (Ladd, 2005). Men hvilke egenskaper er viktige for å utvikle et slikt gjensidig forhold? Det kan være vanskelig å gi en objektiv definisjon på hva en venn er, da dette stammer fra et subjektivt synspunkt. Ulike individ vil kunne sette pris på ulike kvaliteter ved en person som kan være avgjørende for å ville etablere et vennskap. Man kan kanskje likevel finne noen egenskaper som vil gå igjen. I en kvalitativ studie beskriver barn ærlighet, snillhet, tillit, god å snakke med, og hjelpsom som viktige egenskaper en venn må ha (Almvik & Ytterhus, 2004). Dette er egenskaper som går igjen i andre barns beskrivelser (Vitaro mfl., 2009), og er derfor egenskaper som kan ha avgjørende betydning for barn av psykisk syke og deres utvikling.

I en longitudinell studie fant man at barn som gikk i første klasse og som opplevde hyppige konflikter hjemme, dro nytte av å ha venner som støttet dem under den vanskelige tiden (Criss, Pettit, Bates, Dodge & Lapp, 2002). Gode venner kan gi god støtte og modifisere upassende adferd som utagering og aggresjon, da foreldre som er under stress ofte ikke irttesetter og disiplinere barna sine. Blant annet kan venner gi positive reaksjoner som latter og smil, samt verbale tilbakemeldinger som kan forsterke og fremme prososial atferd (Ogden, 2009). På denne måten lærer barna seg de ferdighetene som kreves for å kunne samhandle positivt med andre (Luthar, 2006). I tillegg vil konflikter være en del av et vennskap, og dette kan ha positiv effekt så lenge de ikke blir for store og tar overhånd. Barna lærer blant annet å fremme egne behov, å ta hensyn til andre, samt andre konfliktløsningsferdigheter som kan hjelpe barna i utfordrende situasjoner (Ladd, 2005). Ved å ha venner kan altså barn av psykisk syke utvikle evner som kan hjelpe dem til å takle motgang og stress, og som dermed er viktig for deres utvikling som resiliente individ.

Selv om barn nok er enige om at det er viktig å ha venner, kan det være forskjell i hvorfor de synes det er viktig. En kvalitativ undersøkelse (Garley, Gallop, Johnston & Pipitone, 1997) viste at det var stor variasjon i forhold til om man valgte å snakke med vennene sine om sin forelders lidelse eller ikke. Noen syntes det var godt å snakke med andre om det, mens andre mente det ikke hadde noen hensikt. Blant annet var det en gutt som sa: «I'm not uncomfortable about talking about it, but I don't find it necessary to talk about it because it doesn't make me feel a whole lot better» (Garley, mfl., 1997:101). Dette kan gi et innblikk i hvordan venner vil ha forskjellig betydning for ulike individ, og barn av psykisk syke vil "bruke" vennene på ulike måter. For noen kan det å ha venner fungere som en resiliensfaktor fordi man kan lufte bekymringer og tanker og dermed dele byrden sin med noen andre. For andre vil det å støtte seg til en venn innebære felles interesser og aktiviteter, som for en periode gir avstand fra den vanskelige hverdagen hjemme. Å ha noen å støtte seg til og være sammen med kan føre til positiv velvære hos disse barna som er nødt til å håndtere ulike stressende hendelser hjemme. Til tross for å oppleve motgang kan det å ha venner føre til et mer positivt syn på seg selv (Bagwell, Newcomb & Bukowski, 1998). Da man velger venner ut ifra hvilke kvaliteter en selv verdsetter, kan man kanskje tenke at man selv må inneha kvaliteter som andre verdsetter. I tillegg har man funnet at sosial avvisning har hatt sammenheng med blant annet utvikling av schizofreni (McFadyen-Ketchum & Dodge, 1998, i Luthar, 2006). Fokus på positive relasjoner kan være ekstra betydningsfullt for barn av foreldre med schizofreni som allerede har en ekstra sårbarhet for selv å utvikle denne lidelsen.

Samlet sett viser forskning at det å ha minst en venn vil være en stor ressurs i forhold til å ha et positivt velvære (Vitaro mfl., 2009), og som vi har sett kan dette føre til at man blir bedre rustet til å takle motgang. Å ha fokus på positive relasjoner kan derfor være et viktig bidrag i et resiliensfremmende arbeid for barn av psykisk syke.

## 4.5 Avsluttende kommentar

For å oppsummere rundt disse resiliensfaktorene kan man si at de i hovedsak bygger på relasjoner. Ønske om å høre til og oppleve anerkjennelse og respekt av mennesker man bryr seg om, er et grunnleggende behov for alle individ. Sterke og støttende relasjoner kan dermed være avgjørende for å utvikle og opprettholde resiliens (Luthar, 2006), enten om det er ved å etablere slike relasjoner med voksne og jevnaldrende, eller om man utvikler sosial kompetanse og mestringstro gjennom dem. Men det gjenstår fortsatt mye i å forstå resiliens. Blant annet kan det være viktig å fokusere mer på Rutters (1990) prosesser. Han understreker at det er disse prosessene som er avgjørende for å forstå hvordan og hvorfor noen klarer seg bedre enn andre i møte med motgang. Rutter (1990) påpeker videre at det er først når man får en forståelse rundt dette at man kan bruke kunnskapen til å forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn som er ekstra utsatte. Selv om det er over to tiår siden Rutter gjorde seg selv og andre bevisst på disse prosessene, har det vært lite fremgang i forhold til å se viktigheten av dem. Forskere fortsetter å fokusere på selve faktorene men ikke på hvorfor og hvordan disse faktorene fører til positive utfall hos barn (Luthar, 2006). Overfor har jeg forsøkt å se på *hvordan* disse resiliensfaktorene kan føre til at barn av psykisk syke utvikler resiliens. Men resiliens er et komplekst fenomen som innebærer ulike sammenflettete prosesser. Det er mange faktorer som kan assosieres med resiliens, og for å få en dypere forståelse for også *hvorfor* disse faktorene fører til at noen barn klarer seg bedre enn andre vil jeg foreslå en forklaringsmodell. Denne skal jeg prøve å knytte opp til de ulike resiliensfaktorene, og dermed bidra til en dypere forståelse om hvordan man kan forebygge risikoen for utviklingen av vansker hos barn av psykisk syke.

# 5 Forklaringsmodell- En opplevelse av sammenheng

En forklaringsmodell som kan bidra med forståelse til hvorfor disse ulike resiliensfaktorene fører til at noen klarer seg bra kan være den israelske professoren Antonovskys teori: *Sence of coherence* (SOC), som på norsk blir oversatt til en opplevelse av sammenheng (Blant annet Berg, 2005; Borge, 2008). En opplevelse av sammenheng er et sentralt begrep i forhold til Antonovskys beskrivelse av hva som gjør at noen mennesker klarer seg bra i møte med både psykiske og fysiske påkjenninger, og dreier seg i hovedsak om tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2000).

## 5.1 Begripelighet

Med begripelighet mener Antonovsky (2000) at man oppfatter miljøet rundt seg som forståelig, ordnet, strukturert og sammenhengende. Dette innebærer at informasjonen man får ikke er kaotisk, tilfeldig eller uforklarlig, men den må være noe man klarer å begripe og forstå. Det man opplever og erfarer må passe inn i en sammenheng. Dette betyr at de barna som har foreldre med depresjon eller schizofreni kan klare seg bra ved å nettopp sette foreldrenes lidelse i en sammenheng. Det å oppleve at en forelder utvikler en psykisk lidelse kan være veldig stressende og skape kaos og uorden i en tidligere forutsigbar hverdag. Hvilke faktorer kan bidra til at barna likevel klarer å gjøre denne nye situasjonen til noe forståelig? Resiliensfaktorer som støttende signifikante andre kan bidra til at barna får satt lidelsen i en sammenheng. Det å ha mennesker rundt seg som har holdt fast på rutiner, samtidig som de har forklart barna på en god måte hva som skjer med for eksempel mor som har utviklet schizofreni, kan gjøre det hele mer begripelig. En viktig del av begripelighet vil da være å ha en tillitsfull relasjon og åpen kommunikasjon med en signifikant annen. Barna må kunne stille spørsmål og få den informasjonen de trenger for å få en forståelse rundt situasjonen, samt ha en hverdag preget av faste regler og rutiner. Dette gjør at verden blir mer forutsigbar og lettere kan begripes (Antonovsky, 2000).

## 5.2 Håndterbarhet

Denne komponenten dreier seg om selv å tro at man har de ressurser som kreves for å kunne håndtere og hankses med de krav man blir stilt ovenfor i hverdagen. Med ressurser menes både egne ferdigheter som man har kontroll over, og ressurser som kontrolleres og kan gis av andre man har tillit til. Hvis man har en sterk følelse av håndterbarhet vil man ikke føle seg som et offer, men man vil kunne se på seg selv som en person som vil ha mulighet til håndtere de vanskelige situasjonene man møter (Antonovsky, 2000). Man vil kunne se løsninger på problemer, som kanskje andre finner håpløse (Borge, 2008). Altså når et barn opplever en situasjon hvor en forelder blir syk, vil barnet som ser situasjonen som håndterbar gå inn i situasjonen med et større mot enn andre. Faktorer som bidrar til at man opplever en situasjon som håndterbar, kan da være mestringstro og sosial kompetanse. Hvis man har erfart mestring tidligere, og vet man har det som skal til for å kunne oppleve mestring igjen, kan man oppleve at de stressende hendelsene man møter er noe man kan håndtere. I stedet for å gi opp eller trekke seg tilbake, kan barn av psykisk syke fokusere på å jobbe med strategier de tror kan bidra til å gjøre hverdagen mindre belastende både for en selv og familien. I tillegg vil det å være sosialt kompetent innebære evner til å mestre og tilpasse seg miljøet rundt seg. Slik kan sosial kompetanse som en resiliensfaktor bidra til en opplevelse av at livet kan håndteres. Man fokuserer da kanskje mer på å finne løsninger på problemene, i stedet for å se vanskelighetene det å ha foreldre med psykiske lidelser kan innebære. Å inneha ferdigheter som gjør det mulig for individer å tilpasse seg og mestre hverdagen sin, kan føre til en følelse av å kunne håndtere egen hverdag (Antonovsky, 2000).

## 5.3 Meningsfullhet

Meningsfullhet dreier seg om en opplevelse av at livet gir mening, og at situasjoner har betydning. Dette innebærer at de problemene og stressende hendelsene man møter, ønsker man å engasjere seg i og forsøke å gjøre noe med (Antonovsky, 2000). Hvilke faktorer kan bidra til at livet gir mening? For i det hele tatt å oppleve meningsfullhet kan det være avgjørende å føle seg betydningsfull. For hvordan kan man oppleve at livet gir mening, hvis man ikke har en følelse av at man selv er verdt noe? Å få bekreftelse fra signifikante andre og gode venner kan bidra til en positiv selvfølelse. Gode venner og signifikante andre kan også være med på å gi barna erfaringer som vil bety noe for dem. Barn av psykisk syke som har gode venner og får bekreftelse fra andre som betydningsfulle individ, kan se betydningen og

viktigheten av å gjøre situasjonene så gode som mulig, både for seg selv og resten av familien. Det sosiale miljøet kan altså være med på å skape livsopplevelser som betyr noe for én og dermed gi en følelse av meningsfullhet (Antonovsky, 2000).

## 5.4 Avsluttende kommentar

Det er viktig å påpeke at Antonovsky utviklet begrepet opplevelse av sammenheng under sitt arbeid med voksne kvinner som hadde sittet i konsentrasjonsleir, men likevel klarte seg bra. Dette innebærer at begrepet er utarbeidet for voksne. Borge (2008) hevder at dette ikke passer like bra for barn og unge, fordi de ikke har rukket å ha den samme livserfaringen, og vil dermed ikke være på samme kognitive og emosjonelle nivå. Å ikke være kognitivt eller emosjonelt moden nok til å kunne sette ord på denne følelsen, eller forstå hvorfor den er så viktig som den er, innebærer da ikke at man ikke kan ha en *opplevelse* av sammenheng? En nå voksen mann forteller blant annet at han husket godt sine mange forsøk som barn på å skape sammenheng og få en forståelse av hvorfor hans mor hadde det så dårlig (Wilbrandt, 2002). Ved å knytte de ulike resiliensfaktorene opp mot en slik forklaringsmodell, kan man få en dypere og bedre forståelse av hva disse faktorene innebærer og hvorfor de kan bidra til at barn av psykisk syke får en mindre belastende hverdag. Et barn som forstår den sammenhengen hun/han befinner seg i; som kan håndtere, mestre og påvirke ulike utfordrende situasjoner, finne mening i det som skjer rundt han/henne, samt får en forståelse rundt det som først kan fremstå veldig forvirrende, har gode forutsetninger for å kunne utvikles positivt til tross for å ha foreldre med psykiske lidelser (Skerfving, 2005). Ved å se sammenheng mellom Antonovskys teori og de ulike resiliensfaktorene, har jeg lagt til rette for at jeg i siste kapittel av oppgaven nettopp kan drøfte og argumentere for hvordan læreren kan fremme disse resiliensfaktorene. Slik kan læreren bidra til at barn av psykisk syke kan få en opplevelse av sammenheng og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna.

## 6 Identifisere barn av psykisk syke

For å hjelpe barn som har ekstra behov for støtte, er det avgjørende å fange opp disse barna i tide. Hvordan skal man så identifisere barn av psykisk syke slik at man kan forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna? Viktige punkter man kan ta med seg i denne prosessen kan først og fremst være å kartlegge de barna som er i en risikosituasjon, som i dette tilfelle vil være barn av psykisk syke. I neste steg kan det være lurt å se på hvilke vansker det å ha psykisk syke foreldre kan føre til. I tillegg, hvis man skal kunne fremme og sikre elevers utvikling og helse, er det også viktig å kartlegge og danne seg et bilde av de ulike kumulative risikofaktorene (Ogden, 2009). Det er viktig å få tak i alle disse faktorene slik man kan tilpasse tiltak og forebyggende arbeid ut ifra hvert enkelt barns forutsetninger (Olsen & Traavik, 2010). Da jeg har belyst dette i de foregående kapitlene, kan det være en hjelp til lærere som vil identifisere barn av psykisk syke. Ved å kjenne til de ulike risikofaktorene og atferd som kan indikere at noe er galt, har man nemlig mulighet til å hjelpe de barna som trenger det. Det finnes ulike kartleggingsverktøy som kan benyttes, blant annet selvrapporteringskjemaer og sosiometriske tester (Ogden, 2009), men grunnet oppgavens omfang har jeg ikke mulighet til å gå nærmere inn på dette.

I de foregående kapitlene så vi at barn av psykisk syke selv er i fare for å utvikle ulike vansker. Da jeg vil fokusere på forebyggende resilienfremmende arbeid, innebærer det derimot å jobbe med tiltak før ulike alvorlige vansker har utviklet seg, altså før trinnene *psykiske plager og lidelser* i stressmestring-sårbarhetsmodellen (vedlegg 1). Men ved å se litt nærmere på for eksempel sosiale og emosjonelle vansker kan man kjenne igjen noe av atferden som kan signalisere at barnet ikke har det bra og dermed bør få varselampene til å lyse. Ved å identifisere elevene som er i risiko har man større mulighet til å ta tak i problemene før de kan få store konsekvenser.

### 6.1 Sosiale og emosjonelle vansker

Det blir i dag brukt en rekke begreper på barn og unge som av en eller annen grunn utvikler vansker. Begrepet atferdsvansker og sosiale og emosjonelle vansker blir ofte brukt om hverandre (Haugen, 2008a). I dette kapitlet blir betegnelsen sosiale og emosjonelle vansker brukt, da den tar for seg at vanskene kan være både av utagerende og innagerende natur. Begrepet atferdsvansker kan fort rette oppmerksomheten på vansker av utagerende karakter. I



dette tilfelle vil sosiale og emosjonelle vansker være en fellesbetegnelse som inkluderer begrepet atferdsvansker.

Da sosiale og emosjonelle vansker kan dreie seg om vansker som kommer til uttrykk på flere forskjellige måter og i ulike grader, vil det finnes flere definisjoner som tar for seg de spesifikke vanskene. Men en overordnet definisjon kan likevel være: ”en uhensiktsmessig og relativt varig atferdsform som vanskeliggjør læring, trivsel og sosiale relasjoner” (Haugen, 2008a:28). De uhensiktsmessige atferdsformene kan da være av sosial/utagerende art eller av emosjonell/innagerende art. Uansett hvilken form det uttrykkes gjennom vil det innebære at barn av psykisk syke kan få vansker med å fungere optimalt i hverdagslivet.

### **6.1.1 Utagerende vansker**

Utagerende vansker er sosiale vansker som kan signalisere at barn befinner seg i risiko for å utvikle alvorlige problemer, og kan dermed være et kjennetegn på barn av psykisk syke. Utagerende vansker blir av Ogden (2009) definert som atferd som bryter med skolens regler, normer og forventninger. Denne atferden vil hemme undervisnings- og læringsaktiviteter, slik at elevenes læring og utvikling vil vanskeliggjøres. I tillegg vil slik atferd hemme positiv samhandling med andre, og kjennetegnes av atferd som forstyrrer resten av klassen. En amerikansk undersøkelse, som tok for seg hvilken type atferd barn av psykisk syke hadde i skolealder før de selv utviklet psykiske lidelser, viste at disse barna hadde dårligere sosial fungering, kom ofte i konflikter med jevnaldrende, og hadde vansker med å håndtere emosjoner (Dworkin mfl., 1993). Følgende kan altså være kjennetegn på barn av psykisk som kan være i behov av forebyggende tiltak; avbrytelser, bråk, uro, masing, lav frustrasjonsterskel, ikke gjøre som man blir bedt om, ikke høre etter på beskjeder, protester, irritasjon, konsentrasjonsvansker og nedadgående faglige prestasjoner (Ogden, 2009: Kvello, 2010). Utagerende vansker er i tillegg mer vanlig hos gutter enn hos jenter (Ogden, 2009).

### **6.1.2 Innagerende vansker**

Haugen (2008a) definerer innagerende vansker som en affektiv reaksjonsform som utgjør et misforhold mellom den reaksjonen man hadde forventet og den miljøbegivenheten som inntraff. I tillegg har man ofte en generell sinnstilstand som avviker fra normalen. Slike emosjonelle vansker kan dreie seg om forhold som depresjon, angst og tilbaketrekking. Barn av psykisk syke kan uttrykke dette gjennom å foretrekke å være alene, nekte å snakke, være

passive, gråte mye, og være nedstemte (Ogden, 2009). I tillegg kan de vise liten interesse for aktiviteter som før var lystbetonte, være trøtte og energiløse, og ha vansker med konsentrasjon (Berg, 2005). Den samme amerikanske undersøkelsen som nevnt i avsnittet over, viste også at disse barna kan fremstå som følelsesmessig utflatede i det daglige liv (Dworkin mfl., 1993). Altså at de stort sett fremstår ganske uttrykksløse. Dette kan føre til en ”usynlighet” da de ikke gjør mye ut av seg, og ikke skaper problemer for andre (Grinde, 2004), samtidig som mange også blir klassifisert som late og giddeløse på grunn av deres manglende innsats (Berg, 2005). I tillegg mestrer ofte barn med innagerende vansker skolefaglige utfordringer bedre enn sosiale (Ogden, 2009), slik at de ikke blir like lett oppdaget som barn som både gjør det dårlig faglig sett og skaper mye uro i timene. Men dette betyr absolutt ikke at de ikke trenger like mye hjelp. Når barn av psykisk syke som tidligere ikke har hatt vansker med konsentrasjon, plutselig ikke klarer å sitte i ro og lese en bok, er det et varselsignal det er viktig å ta på alvor, og ikke skal avskrives som dovenskap (Berg, 2005). Innagerende vansker finner man i stort sett lik grad både hos jenter og gutter (Haugen, 2008a).

### **6.1.3 De ”friske” barna**

Jeg synes også det er viktig å påpeke at barn av psykisk syke ikke alltid viser og uttrykker at de har ulike former for vansker. De kan fremstå som om de har det bra, men det betyr ikke at de ikke strever med indre lidelse, som ikke synes så godt for det blotte øye (Luthar, 2006).

Barn av psykisk syke kan nemlig forsøke å skjule at det finnes et problem, ved å bli ekstra flinke og snille. Hvis for eksempel lidelsen er tabubelagt i familien, kan barnet ha innbilt seg at det er hans/hennes skyld at problemene har oppstått (Grinde, 2004). Ved å være snill og flink kan barnet tenke at dette vil kompensere og gjøre opp for problemene han/hun har skapt. Eller tenke at hvis hun/han bare tar oppvasken, går ut med søpla, og gjør alle leksene sine vil problemene hjemme forsvinne. Disse barna blir ofte oppfattet som friske og snille barn som er godt tilpasset de ulike arenaene de befinner seg i. De mestrer det de går inn for å gjøre ved å bruke kunnskapene sine. Dette er barn det kan være utrolig vanskelig å oppdage, da de ikke viser tegn på at noe skulle være galt. Likevel kan de ha noen trekk som gjør at man kan kjenne dem igjen. Det viser seg nemlig at barn av psykisk syke ofte unngår konflikter og trekker seg fra sosial kontakt nettopp for å unngå problemer. De kan også undertrykke negative følelser, smile ved anledninger hvor andre barn ville ha vist sinne, og holde seg mye

hjemme fra skolen fordi de vil passe på mor eller far som er syk (Grinde, 2004). Dette kan være et godt eksempel for hvor viktig det er å ta hensyn til hvert enkelt individ og være klar over at barn av psykisk syke kan ha store vansker selv om det tilsynelatende ikke synes.

## 6.2 Mestringsstrategier

Utviklingen av slike sosiale og emosjonelle vansker kan på lik linje som utvikling av andre spesifikke psykiske lidelser forstås ut ifra de ulike forklaringsmodellene (jfr. 2.3) (Haugen, 2008a). I tillegg utvikler barn av psykisk syke ulike strategier for å takle foreldrenes lidelse, som kan være en forklaring på hvorfor noen reagerer og handler slik de gjør. Å ha kjennskap til disse strategiene kan føre til en bedre forståelse rundt hva vanskene dreier seg om, og man kan dermed fange opp barna som trenger ekstra oppfølging. Disse strategiene kan blant annet deles inn i unngåelsesstrategier og korrigeringsstrategier (Almvik & Ytterhus, 2004).

Unngåelsesstrategiene dreier seg om at en bevisst unngår å oppsøke vanskelige situasjoner. Ved å være mye borte fra hjemmet og finne steder der en kan være alene, skaper barna et rom hvor de prøver å holde avstand til tankene og følelsene sine. Slik kan de slippe å forholde seg til foreldrenes lidelse (Grinde, 2004). Å lage bråk og ikke gjøre som man blir bedt om, kan være en form for unngåelsesstrategi. Når barn av psykisk syke bryter regler kan det være for å ta fokuset bort fra det som egentlig er problemet, og dermed skape avstand fra det som er vanskelig hjemme. Det å frembringe uro i klassen kan være et forsøk på å føre oppmerksomheten til foreldrene over på noe annet, da barnet kan tro at så lenge man ikke fokuserer på problemene forsvinner de av seg selv. Ved å trekke seg tilbake fra omgivelsene kan også barn av psykisk syke ta avstand fra det vanskelige hverdagslivet hjemme og dermed skjerme seg selv for en periode. Slik kan de glemme problemene for et øyeblikk og få et lite pusterom. Ved å benytte seg av slike unngåelsesstrategier kan altså barn av psykisk syke forsøke å få avstand til deres belastende hverdag.

En korrigeringsstrategi innebærer at et barn aktivt går inn for å prøve å endre en vanskelig situasjon. Barna prøver å ta ansvar for å endre de stressende hendelsene de møter i hverdagen for å hindre mer uro i familien. Dette kan føre til mye ros, men de blir dessverre sjelden møtt med forståelse for den smerten de har, men ikke viser (Almvik & Ytterhus, 2004). Når de tilsynelatende ”friske” barna tar på seg mer ansvar, melder seg frivillig til å ta oppvasken, og gjør alle leksene sine, kan dette være et forsøk på å korrigere sin belastende hverdag. Barna

ønsker ikke å skape mer problemer enn de som allerede finnes, og prøver dermed i stedet å gjøre alle til lags. Strategiene som barna bruker for å forsøke å håndtere foreldrenes lidelse kan altså være med på å forklare hvorfor barn av psykisk syke ofte kan fremstå urolige, bråkete, tilbaketrukne, stille og/eller veldig flinke og ansvarsfulle.

Disse kjennetegnene og strategiene kan hjelpe oss å kjenne igjen barn av psykisk syke som trenger ekstra hjelp og støtte. Samtidig vil man nok trenge mer informasjon for å få en oversikt over situasjonen barna befinner seg i. Dette kan blant annet gjøres gjennom direkte samtaler med barn og foreldre. Barn er derimot stort sett veldig lojale overfor sin egen familie. Dette kan bety at det kan være vanskelig å få informasjon i direkte samtale med dem. Hvis man har observert atferd og hendelser som gir bekymring, og derfor spør barna om hvordan det går hjemme, vil ofte barnet svare at det går helt fint (Grinde, 2004). Hvis man allerede har en magefølelse på at noe er galt kan det være lurt å ta en samtale med foreldrene for å få mer informasjon. Selv om de ikke sier noe direkte, kan måten de sier det på, eller det de ikke sier, likevel gi en pekepinn på at noe og eventuelt hva som kan være galt.

### **6.3 Samtaler med foreldre**

Når man har oppdaget barn som kan være i risikozonen for å utvikle vansker kan det være lurt å ta kontakt med foreldre og ha en samtale med dem. Selv om foreldre ikke vil innrømme at de har problemer i familien som skyldes en psykisk lidelse, kan likevel det foreldrene sier gi indikasjoner på at alt ikke er som det skal. Kvello (2010) har skrevet en sjekklister som nettopp tar for seg samtalekarakteristika hos foreldre med psykiske lidelser som kan indikere mulige alvorlige konsekvenser for barnas utvikling. Jeg synes det er viktig å påpeke, igjen, at det er langt ifra alle som vil lide under deres foreldres psykiske lidelse, da det er flere faktorer som vil kunne ha avgjørende effekt på barna. Selv om man vet at barna har en forelder med depresjon betyr det ikke at barnet ikke har det godt. Punktene som blir beskrevet under vil forhåpentligvis være en hjelp til å skille de barna av psykisk syke som fungerer greit, kontra de som ikke har det bra.

Kvello (2010) skriver at et tegn kan være når foreldre ikke holder fokus i samtalen på barnet, men stadig refererer til seg selv. Foreldrene viker unna temaet om at barnet kan ha en form for vanske, eller i verste fall benekter det helt. Når de først snakker om barnet er det for å tillegge dem negative egenskaper eller skylden for negative hendelser. En skamhetsfølelse som ofte

følger en psykisk lidelse, kan føre til at noen foreldre ikke er ærlige om at de eller andre familiemedlemmer har en lidelse, eller i hvilken grad den påvirker barnet. For foreldre vil barna være det mest dyrebare de har, slik at det kan være vanskelig å innrømme at det er noe med foreldrene selv som fører til at barnet ikke har det godt. Dette kan føre til at foreldrene rett og slett ikke fremstiller seg som ansvarlige for barnets utvikling (Kvello, 2010).

Hvis man spør om utviklingen til barnet, for eksempel om Kari alltid har vært tilbaketrukket og stille, eller Per alltid har vært aktiv og urolig, kan det hende at foreldrene ikke klarer å gi et konkret svar på dette. Et tegn kan nemlig være at foreldrene ikke klarer å gi detaljerte eller troverdige fremstillinger om barnets utvikling (Kvello, 2010). Dette kan skyldes at lidelsen har ført til at foreldrene ikke har hatt mulighet til å følge opp barnet i stor grad, slik at de rett og slett ikke vet. Eller at vrangforestillingene til forelderen med schizofreni fører til forklaringer som ikke henger sammen med virkeligheten. For eksempel kan den syke forelderen uttrykke ubegrunnet frykt for barnet fordi han/hun tror at noen overvåker dem og er ute etter å ta barnet. Et annet tegn kan være at foreldrene indikerer at barnet har blitt en slags omsorgsperson for dem (Kvello, 2010). Barnet kan da som vi har sett, ta på seg mer ansvar enn hva modenhet og alder tilsier at barnet skal klare (jfr. 3.3).

## 6.4 Avsluttende kommentar

De negative følgene barna kan få gjelder ikke utelukkende for barn av psykisk syke, men også for barn som lever under andre typer risikofaktorer. Likevel kan de ulike handlingene, reaksjonene, strategiene, samt samtalen med foreldre kanskje gi mer konkrete holdepunkter for hvordan man skal fange opp barn av psykisk syke som trenger ekstra støtte. Og selv om barna blir redegjort for under ulike kategorier, vil barna i samme kategori ikke være en ensartet gruppe. De er sårbare individ, hvor alle har forskjellige vansker som kommer til uttrykk på forskjellige måter, og de har dermed også ulike behov. Mange barn er imidlertid født mer aktive eller mer sjenerte og forsiktige enn andre, uten at dette egentlig representerer en vanske. Man bør derfor være litt forsiktig før man setter et problemstempel på barna, og huske på at det finnes et normalområde som barna vil bevege seg innenfor. Her må man nok ta hensyn til både alder, egenskaper ved barnet, og hvilke forutsetninger barnet har. Dette kapitlet er langt ifra en fullstendig oversikt over hvordan man kan identifisere barn av psykisk syke. Den kan likevel være en hjelp til å fange opp disse barna, slik at læreren kan fremme resiliens og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn av psykisk

syke. Innsikt i resiliens og hvor viktig resiliensfaktorene er vil kunne bidra til effektiv hjelp til barn som har behov for ekstra støtte og hjelp i hverdagen. Ved å gjøre barna i stand til å takle motgang kan man nettopp forhindre at mange pådrar seg permanente vansker (Borge, 2008). Jeg skal nå gå over til det resiliensfremmende arbeidet i skolen og lærerens rolle.

# 7 Resiliensfremmende arbeid i skolen – lærerens rolle

Det finnes stor enighet innenfor anvendt forskning at når man arbeider med ulike risikogrupper er det mer hensiktsmessig og effektivt å fremme resiliens så tidlig som mulig, og drive med resiliensfremmende forebygging, i stedet for å implementere ulike former for behandling når store vansker allerede har oppstått (Luthar, 2006). For å kunne gjøre dette må man rette fokus på de forhold som det er mulig å påvirke, noe jeg har gjort ved å trekke frem de viktigste resiliensfaktorene. Forskning på resiliens har nemlig vært med på å endre fokus i forhold til tiltak og intervensjon. Nå fokuserer man ikke bare på reduisering av risiko, men også på å fremme ulike faktorer som er viktig for positiv utvikling (Masten, 2001). Flere forskere argumenterer for at effekten av å redusere og forebygge vansker hos barn, er størst når man kombinerer det med å fremme kompetanse hos barnet (Weissberg, Kumpfer & Seligman, 2003). Å fremme ulike ferdigheter og ressurser hos barn vil hjelpe dem i å tilpasse seg tilfredsstillende under belastede forhold, samt redusere sannsynligheten for fremtidige belastninger (Sandler, 2001). Som vi ser kan et forebyggende resiliensfremmende arbeid derfor være gunstig i arbeid med barn av psykisk syke.

## 7.1 Skolens mandat

I opptrappingsplanen for psykisk helse sier regjeringen at det skal drives med forebygging der det er mulig (St.prp. nr 63, 1997-1998). Og da barn tilbringer store deler av hverdagen sin på skolen, er dette en arena der forebyggende arbeid bør settes inn. Mye av grunnlaget for barnas senere liv legges nemlig i skolen (Berg, 2005). Både Rutter (1990) og Werner og Smith (2001) skriver at det å ha positive opplevelser og erfaringer på skolen kan minke effekten av en stressende hverdag hjemme. De sier imidlertid ingenting om hva positive opplevelser innebærer, noe som kan være vanskelig å operasjonalisere da det vil variere fra individ til individ. Det kan dreie seg om å være på en ny arena som kan gi nye muligheter til opplevelse av mestring på andre områder enn hva hjemmet kan. Eller at skolen er et "tilfluktssted" hvor man møter venner man kan ha positive erfaringer sammen med, i motsetning til de stressende erfaringene man møter hjemme. Uansett hva positive opplevelser vil si for barna, kan det indikere at skolen har mye å bidra med for barn av psykisk syke. Men er det skolens oppgave

å drive med resiliensfremmende arbeid? Hva med foreldrene som i bunn og grunn har hovedansvaret for å oppdra barna sine?

Barneloven § 30 (nr 7, 1981) fastsetter at barnet har krav på omsorg og omtanke fra de som har foreldreansvaret. De skal gi barnet forsvarlig oppdragelse og sikre at barnets fysiske og psykiske helse blir ivaretatt. Jeg fokuserer som tidligere nevnt ikke på de barna som har foreldre som ville mistet foreldreomsorgen (jfr. 1.4). Men som vi har sett kan de barna som opplever deres foreldres lidelse som belastende, ha foreldre som har ulike utfordringer med foreldreansvaret (jfr. 3.4.3). Og da alle barn kommer fra forskjellige hjem med ulike forutsetninger, kan det være fornuftig at de møtes på en felles arena som skolen. Slik kan de sikres individuell hjelp og støtte, ved at muligheten for positiv utvikling ikke bestemmes av hvilke forutsetninger man har. Målene som er formulert i den generelle delen av skolens læreplan, Læringsplakaten, sier noe om barnas helse, velvære og psykiske utvikling. Målene sier blant annet at barna skal ha mulighet til å medvirke og ta valg i forhold til sin egen skolehverdag, samt utvikle kritisk tenkning, identitet og sosial kompetanse. De sier også at skolen skal sikre at arbeids- og læringsmiljøet fremmer både helse, trivsel og læring hos barna (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004). Slik resiliens blir definert og drøftet i denne oppgaven, kan målene ovenfor tyde på at det finnes politiske føringer som ilegger skolens mandat å drive med resiliensfremmende arbeid i skolehverdagen. Slik at svaret på spørsmålet mitt ovenfor blir: ja, det er skolens oppgave å drive med resiliensfremmende arbeid. Og da barn av psykisk syke ofte kommer fra et belastet hjem, vil kanskje skolens mandat fremstå enda viktigere. Ved å drive resiliensfremmende arbeid, vil skolen kunne være en positiv motvekt til barnets hverdag hjemme. Og som boken til Killén (2000) tar utgangspunkt i; forebygging er alles ansvar.

Målene i skolens læreplan gir derimot ikke noen konkrete føringer for hvordan man skal nå dem. Dette kan indikere at fokuset på barnas helse, trivsel og læring på skolen i dag foregår mer indirekte og usystematisk, og avhenger mye av barnas forutsetninger og motivasjon, samt lærerens kompetanse og interesser. Men da vi har sett hvor viktig resiliens kan være for barn av psykisk sykes positive utvikling og helse, burde ikke dette være et større satsningsområde i skolen med klare planer og mål? Blant annet påpeker Ogden (2009) at det mangler en nasjonal fagplan for sosial kompetanse som konkretiserer felles mål, forslag til aktiviteter, materiell, undervisningsopplegg og evalueringsformer. Å ha slike konkrete planer for et resiliensfremmende arbeid i skolen, kan føre til en legitimering av tid og ressurser. I tillegg



kan det sikre at barnas positive utvikling ikke blir avgjort av tilfeldigheter, som for eksempel lærerens kompetanse og interesser. Slik kan man kvalitetssikre barnas læring og utvikling. Vi har også sett at resiliens ikke dreier seg om usedvanlige faktorer, men om vanlige faktorer som vil bidra til alle barns utvikling (jfr. 4.4). For meg innebærer dette et mer positivt og optimistisk syn på mulighetene som finnes til å hjelpe barn som har ekstra behov for støtte, fordi vi allerede vet en masse om disse faktorene. Det er likevel viktig å påpeke at kunnskap om resiliensfaktorer ikke nødvendigvis i seg selv fører til effektiv forebygging. Rutter (1990) påpeker at det er en lang vei å gå fra et globalt faktornivå, og til å vite hvordan for eksempel sosial støtte skal beskrives og manipuleres inn i en konkret intervensjon. Min oppgave blir derfor å drøfte og argumentere for hvordan man konkret kan arbeide med disse faktorene. Altså hvordan man kan drive med forebyggende arbeid i skolen som kan fremme en positiv utvikling hos barn av psykisk syke.

For at skolen imidlertid skal kunne gjøre noe på det forebyggende området, må de som jobber der være bevisst på hva som må til for å hjelpe barn av psykisk syke. I tillegg har vi sett at sterke og støttende relasjoner er avgjørende for å utvikle resiliens (jfr. 4.5), slik at læreren er dermed en nøkkelperson i denne sammenhengen. I den følgende delen skal jeg derfor drøfte hvordan læreren kan bli en støttende signifikant annen og jobbe med resiliensfaktorene sosial kompetanse, mestringsstro, og vennskap, hos barn av psykisk syke. Dette vil være i tråd med de skolepolitiske føringene, ettersom vi tidligere har sett at disse resiliensfaktorene nettopp vil fremme barnas helse, utvikling og trivsel. Gjennom å arbeide med disse faktorene kan læreren være med på å bidra til at barn av psykisk syke oppnår en følelse av sammenheng, og dermed bidra til forebygging av risiko for utvikling av vansker hos disse barna (jfr. 5). Og ved å ta utgangspunkt i en multiteoretisk tilnærming (jfr. 2.3.5) kan barnas helse og utvikling bli påvirket fra flere ulike hold.

Tiltakene som blir drøftet under kan fungere som retningslinjer som lærere kan implementere i forhold til de ulike kompetansemålene i de ulike klassetrinnene. Aktivitetene bør skreddersys de individuelle barna, slik at selv om det drøftes konkrete forslag i oppgaven, er det viktig at lærere er kreative og gjerne utvikler disse forslagene for å møte barnas individuelle behov. Selv om mitt fokus er på barn av psykisk syke, vil et resiliensfremmende forebyggende arbeid i skolen kunne lette ethvert barns utvikling (Masten, mfl., 1990). Drøftingen nedenfor vil være preget av tiltak som også kan være gjeldene for en hel klasse, men samtidig være ekstra gunstig for barn som er spesielt utsatt. Tiltak som er rettet mot hele

klasser kan også føre til at man unngår stigmatisering av barn av psykisk syke som er i risiko for å utvikle vansker.

## 7.2 Den signifikante lærer

Læreren vil utgjøre en stor rolle i hverdagen til barna på skolen, og har dermed stor mulighet til å bidra til barnas positive utvikling. Flere studier viser hvordan det å ha oppmerksomme, omsorgsfulle, engasjerte, forventningsfulle, og støttende lærere fører til at elevene utvikler gode og trygge relasjoner med de voksne. Dette kan føre til at barn av psykisk syke utvikler seg til resiliente individ (Blant annet Rutter, 1990; Freiberg, Stein & Huang, 1995; Hamre & Pianta, 2001; Criss mfl., 2002). Lærere kan altså gjøre en stor forskjell i barnas liv. Jeg synes det imidlertid er viktig å påpeke at lærere ikke skal behandle. Behandling av eventuelle sosiale og emosjonelle vansker er helsetjenestenes ansvar (Berg, 2005). Men det betyr ikke at lærere ikke kan bidra på andre viktige områder. I tillegg til å være fagformidlere, kan lærere styrke og fremme ferdigheter som er viktig for mestring og kompetanseheving gjennom å være veiledere og medmennesker for barna (Olsen & Traavik, 2010).

Læreren kan altså fungere som en signifikant annen for barn som av en eller annen grunn ikke har foreldre som kan ta den rollen. For barn av psykisk syke kan dette være spesielt viktig da foreldrenes lidelse kan innebære at de ikke kan stille opp for barna på lik linje som før. Men som vi har sett har man klart å identifisere varme, ømhet, støtte, trygghet og struktur som viktige kvaliteter ved foreldreomsorg (jfr. 4.4.3). Dette er kvaliteter en lærer kanskje også kan bidra med for å bli en signifikant annen for barn av psykisk syke. Barn som føler at de blir verdsatt vil kunne internalisere disse kvalitetene og bli mer motivert til å jobbe seg gjennom utfordringer og vanskeligheter de møter i hverdagen (Cefai, 2008). Dette kan føre til at barnet utvikler en selvfølelse som kan bidra til at han/hun vil tåle de påkjenninger en slik lidelse kan innebære (Berg, 2005). En undersøkelse av Veland (2011) viser at barn av psykisk syke ofte føler at de har dårlige relasjoner til både lærere og medelever. Dette indikerer at de barna som har størst behov for en god relasjon til lærerne faktisk har de dårligste relasjonene. Varme, ømhet og støtte fra lærer er altså ekstra viktig for barn av foreldre med psykiske lidelser.

Men hva legges i varme, støtte og ømhet? Selv om dette er viktige begrep kan det være lettere å møte barn i vanskelige situasjoner, hvis man har noen konkrete holdepunkter å forholde seg til. Å vise omsorg og respekt er nok noe de fleste lærere allerede gjør, men man er kanskje

ikke like bevisst på akkurat hva man foretar seg. Samtidig kan det finnes konkrete handlinger som har vist seg å ha bedre effekt enn andre. Barn av psykisk syke kan også ha mistet noe av tilliten til foreldrene, på grunn av uforutsigbarheten en slik lidelse kan innebære. Dette kan føre til at barnet kan ha problemer med å stole på andre voksne, som for eksempel en lærer. Tillit er avgjørende for å skape en god relasjon (Gelso & Fretz, 2001), slik at hvis læreren skal ha mulighet til å bli en signifikant annen for barn av psykisk syke, er det viktig at læreren investerer mye tid og krefter på å bygge tillitsfulle relasjoner (Cefai, 2008). Men hva konkret kan en lærer gjøre for å bygge opp varme og støttende relasjoner med barn av psykisk syke?

### **7.2.1 Se og bekrefte barnet**

Det er viktig at barnet opplever seg sett og bekreftet som et verdig menneske. Barnet må oppleve at læreren forsøker å forstå hvordan han/hun har det (Berg, 2005). Dette kan høres ut som et tidskrevende arbeid, da en lærer i dag kan ha opp til 30 elever i en klasse. Det kan fremstå umulig å skulle "se" alle, samtidig som man skal rekke å komme igjennom planen for dagen. Imidlertid er ikke barn av psykisk syke alle. Og det skal ikke så mye oppmerksomhet til fra lærerens side før disse barna kan oppleve å ha blitt sett. Et lite klapp på skulderen, blikkontakt, et smil i forbifarten, og en samtale om hva barnet interesserer seg i, kan være nok (Berg, 2005). Selv om dette kan fremstå som selvsagt for mange, kan det likevel være viktig å bevisstgjøre hvor viktig det faktisk er. For barn av psykisk syke som ikke får slik bekreftelse hjemme, kan dette nemlig være viktige grep som kan bidra til at barnet opplever at læreren oppriktig bryr seg. I andre tilfeller vil derimot et blick og smil ikke være nok. Hyppig ros og positive tilbakemeldinger kan da være et alternativ for noen. Uansett form, kan opplevelse av støtte, nærhet, oppmerksomhet og oppmuntring være en viktig motvekt mot negative tanker og dårlig selvfølelse (Berg, 2005). Hvis man har elever som har ekstra behov for dette nettopp på grunn av deres belastende hverdag, kan det dermed være viktig å bruke mesteparten av tiden til å bygge opp en god relasjon, og la det faglige aspektet ligge for en liten periode. Lærer og pedagogisk psykologisk rådgiver Berg (2005) påpeker nemlig at hvis man ikke klarer å få en trygg relasjon til en elev, hjelper det lite om man er en dyktig fagperson. Læring som skal få positiv og varig betydning skjer nemlig bare gjennom gode mellommenneskelige relasjoner.

En annen måte å se barn av psykisk syke på kan være gjennom å fokusere på deres styrker og interesser. Dette kan fungere som gode motivasjons- og mestringsfaktorer og virke positivt

inn på barnas selvoppfatning og utvikling, og kan dermed være resiliensfremmende for utsatte barn (Olsen & Traavik, 2010). Enten dette dreier seg om husdyr, dinosaurer, biler, fotball, ballett, eller musikk, kan man implementere dette i de ulike arbeidsoppgavene til barna, slik at aktivitetene blir mer meningsfulle for dem. At læreren tar utgangspunkt i noe som barnet bryr seg om og interesserer seg i, kan sende et signal til barnet om at barnet betyr noe. Å føle seg betydningsfull på lik linje med de andre barna i klassen som ikke har en forelder med psykisk lidelse, kan gi barnet positiv selvfølelse. Dette kan igjen føre til at barnet tilpasser seg hverdagens påkjenninger uten større problem (Brooks, 2005). Ved å se og bekrefte positivt kan lærere bli en signifikant annen for barn av psykisk syke som kan ha ekstra behov for en trygg og stabil voksenperson.

### **7.2.2 Samtale med barnet**

For å utvikle en god relasjon og bli en signifikant annen for barn av psykisk syke, kan det også være viktig for læreren å tilbringe litt mer sosial tid sammen med barnet. På skolen er fokuset ofte på det faglige, slik at en lett glemmer det sosiale aspektet som er viktig mellom lærer og elev (Cefai, 2008). Dette betyr selvfølgelig ikke at timene skal gjøres om til sosiale sammenkomster, men at man kan investere litt ekstra tid til samtale med barnet. Den viktigste formen for støtte til barn som lever med en uforutsigbarhet som det å ha en psykisk syk forelder kan være, er å ha noen å snakke med (Holm, mfl., 2002). For et barn som kun har en forelder med depresjon å forholde seg til hjemme, kan den ekstra tiden hvor læreren tar seg tid til å lytte til barnet være utrolig verdifull. Det å ha noe eget med læreren, for eksempel faste samtaler som er unike og spesielle for akkurat det barnet, kan gi barnet en opplevelse av at læreren viser interesse og bryr seg. Berg (2005) poengterer at dette er det viktigste en lærer kan bidra med, og slik kan læreren bli en signifikant annen for barn av psykisk syke (Daniel & Wassel, 2004).

Det å leve med foreldre med psykiske lidelser kan gi barnet en skamfølelse, spesielt hvis det ties i hjel. Det å bli gjort usynlig kan være en veldig vond opplevelse. I tillegg hvis barna vet at de voksne rundt er klar over hvilken situasjon barna er i, og likevel later som ingenting, kan det oppleves som et stort svik. Å ikke snakke om lidelsen til foreldrene betyr ikke at problemene vil forsvinne av seg selv. Skamfølelsen til barnet kan også forsterkes, da barnet kan tenke at det må være noe alvorlig galt med foreldrene når ingen våger å prate om det (Berg, 2005). Det å bruke tiden man har med barnet til å samtale om hvordan forelderens

lidelse har påvirket barnet i dag, kan signalisere at dette er et tema det er greit å snakke om, og ikke noe å skamme seg over. Læreren kan utdype at alle har sitt å stri med, og dermed vise forståelse for at noen dager vil det være vanskelig for eksempel å levere lekser og oppgaver i tide. Men samtidig bør man kanskje ikke fokusere for mye på den belastende effekten foreldre med psykiske lidelser kan ha på barn. Da kan barnet fort både bli sett på, og se på seg selv som et offer i eget liv, med lært hjelpsløshet som konsekvens (Olsen & Traavik, 2010). I stedet for at barnet alltid får spørsmål rundt det som er vanskelig for dem, kan man vinkle samtalene til noe positivt. Ved å sette fokus på ressurser og muligheter kan læreren kanskje bidra til å snu barnets vanskelige situasjon til noe de kan lære av. Når har barnet det bra? Hva er spesielt med denne dagen i forhold til de andre dagene? I tillegg kan man ved å snakke om barnets ønsker og drømmer for fremtiden, og hvordan man med små og realistiske steg kan nærme seg disse, bidra til at barnet opplever at livet har mening og at det finnes måter man kan håndtere det på (Olsen & Traavik, 2010). Som vi har sett var det flere barn som ikke var opptatt av deres egne konsekvenser, men mest fokusert på hvordan det kom til å gå med den psykisk syke forelderen (jfr. 3.3). Å prate med barna om mulighetene som finnes til å hjelpe foreldrene, kan være med på å uttrykke håp og dermed skape trygghet (Beardslee, 2002).

Det at foreldrenes lidelse ties i hjel, av foreldrene selv og andre rundt, kan føre til at mange barn utvikler skyldfølelse. Hvis det ikke er noen som snakker med dem om hvorfor mor eller far oppfører seg rart, vil barns egosentriske tankemåte fort føre til at de skylder på seg selv (Beardslee, 2002). Som vi har sett viser undersøkelser at barn ofte ikke får, men ønsker informasjon om deres foreldres lidelse (jfr. 3.3), slik at det kan være gode grunner til at en utenforstående bør påta seg den rollen (Ahlgreen, 2001). Men er dette noe læreren kan hjelpe til med? Familieterapeut og psykiater Cooklin (2004) sier at flere som arbeider innen psykisk helsearbeid vegrer seg for å snakke med barn, fordi de ikke kjenner barna godt. Da lærere tilbringer mye tid sammen med barna, sitter de i en posisjon hvor de i hvert fall har grunnlaget for å kunne snakke med barna om dette. Cooklin (2004) sier videre at det å være vennlig, omsorgsfull, respektfull, og snakke til barna som mennesker med rett på egne tanker, er de viktigste og mest nødvendige kvalifikasjonene den voksne må ha. Dette kan indikere at hvis læreren har blitt en signifikant annen for barnet, en som barnet stoler på, kan læreren være mer enn god nok til å snakke med barnet om forelderens lidelse. Læreren kan sette seg inn i hva depresjon eller schizofreni innebærer, snakke med barnet om hva som kan forårsake slike lidelser, og fokusere på at dette absolutt ikke skyldes noe barnet har gjort. Det kan være viktig å påpeke at samtalen med barnet må være preget av en dialog, og ikke en monolog (Cooklin,

2004). Med andre ord skal læreren ikke bare redegjøre og fortelle barnet om de ulike lidelsene, men også prøve å finne ut av hva barnet allerede vet, og hvordan han/hun forstår og opplever det som skjer med mor eller far. Dette kan føre til at barnet klarer å differensiere seg fra forelderen og får en forståelse for at han/hun ikke har skyld i alt som skjer hjemme (Beardslee, 2002), samtidig som barnet får lov til å føle det barnet faktisk føler. Det har nemlig vist seg at flere barn har indre konflikter ved på den ene siden å føle stor varme for den syke forelderen, men på den andre siden være sint for at forelderen har gitt dem en belastet hverdag (Ahlgreen, 2001). Da kan de være godt for barnet å vite at det er lov å være sint.

Det er imidlertid viktig å huske på at alle barn er forskjellige slik at det for noen kan være vanskelig å snakke med læreren om ømfintlige tema. Dette innebærer å ta hensyn til hvert enkelt barns behov og tilpasse tempoet i forhold til hva barnet ønsker. I tillegg må man ta hensyn til barnets alder. En 7-åring vil forstå morens ”rare” atferd på en helt annen måte enn en 14-åring (Beardslee, 2002). Noen barn kan ha behov for å prate om helt andre ting, før man etter hvert kommer inn på foreldrenes lidelse. Schultz og Raundalen (2008) råder til å snakke om vanskelige tema på samme måte som man åpner en Farris. Man skal gjøre det langsomt og forsiktig, og ta litt og litt om gangen. I tillegg finnes det nok mange barn som ikke orker å snakke om foreldrenes lidelse. Da er det viktig at læreren tar hensyn til dette og sier at han/hun godtar at barnet ikke vil snakke nå, men at han/hun er der for barnet når barnet er klar. Det er uansett viktig for læreren å ikke gi seg (Olsen & Traavik, 2010). Andre barn kan derimot ha et stort behov for å snakke fritt om hva som plager dem hjemme. Man må altså tilpasse seg etter barnets alder og behov, noe læreren har gode muligheter til å gjøre etter hvert som han/hun blir kjent med barnet.

Flere studier viser at det å lære barn om sine foreldres psykiske lidelse kan være med på å redusere vansker hos barn og dermed fremme en resilient utvikling (Sandler, Wolchik, Davis, Haine & Ayers, 2003; Cooklin, 2004; Delaney & Staten, 2010). Men hvorfor har samtaler slik positiv effekt? Å få en større forståelse rundt slike lidelser og at det ikke er barnas skyld, kan fremme en selvtillit som er viktig for å håndtere hverdagens utfordringer. Barn tåler og kan mestre smertefulle erfaringer såfremt de gis mulighet til å forstå smerten (Mevik & Trymbo, 2002). Å gi barna informasjon og forståelse rundt noe som kan fremstå skremmende og uforklarlig, kan skape en oversikt og dermed større trygghet hos barnet. Samtidig kan det gi barna de verktøyene de trenger for å dra nytte av ressurser rundt dem (Delaney & Staten,

2010). Barnet kan for eksempel se at jevnaldrende kan være gode personer å støtte seg til og snakke med. Barnet er altså avhengig av signifikante andre som kan gi mening til hendelser i livet deres (jfr. 5.3), særlig med det som ikke er så lett å forstå (Lande, 2000). For i det hele tatt å ha mulighet til å mestre og takle ulike situasjoner er det avgjørende å ha et så klart bilde som mulig av hver enkelt situasjon (Antonovsky, 2000).

### **7.2.3 Støtte barnets mestring**

Det er også viktig med en god balanse mellom kompetanse og utfordringer i miljøet, samtidig som man har tilgang til nødvendig støtte og veiledning (Olsen & Traavik, 2010). Vygotsky (1978) sitt konsept om barnets nærmeste utviklingssone tar for seg dette. Han hevder at en person som kjenner barnets evner godt, kan fungere som et støttende stillas for barnet. Det gjøres ved å gi barnet akkurat nok støtte slik at han/hun klarer å mestre en oppgave og aktivitet alene. Å ha mulighet til å mestre innebærer dermed å utvikle en relasjon med noen som tror på barnet og støtter det i sin utvikling (Daniel & Wassel, 2004). Barn av psykisk syke kan som vi har sett være i underskudd av støtte og veiledning hjemme, slik at lærerens bidrag kan være desto viktigere for disse barna (jfr. 3.4.3). Å få mulighet til å mestre og fokusere på det barnet kan klare, kan være oppløftende for barn hvor fokuset ofte er på det negative ved å ha foreldre med psykiske lidelser. Mestringsopplevelser og gode relasjoner vil danne et godt grunnlag for resilient utvikling for de barna som har det litt vanskeligere enn andre (Olsen & Traavik, 2010). Forskning viser også at en av de mest effektive strategiene for barn som ikke har troen på seg selv, er å sikre at barna opplever daglig mestring (Thompson, 2006). Å fungere som støttende stillas og gi barna muligheter til å mestre, kan dreie seg om små tiltak som for eksempel å senke fagkravene, tilrettelegge prøver, og avkorte skoledagene. Det kan være dette som skal til for at barn av psykisk syke skal orke å fortsette å gå på skolen. Skolen kan være det ene stedet hvor alt er tilnærmet normalt, og hvor man ser hvilke muligheter det å mestre faktisk kan føre til (Cleaver mfl., 2000).

Det å være en signifikant annen for barn av psykisk syke kan altså føre til at barna får en følelse av nærhet og trygghet til læreren, som kan fremme positiv utvikling og helse. Disse barna kan ha vokst opp i et miljø som er preget av uforutsigbarhet og utrygghet, og kan dermed ha et stort behov for en signifikant lærer. Ved å vise at læreren verdsetter barnet for hvem barnet er, og ved å skape forståelse rundt barnets situasjon, kan læreren bidra til at barnet opplever sitt miljø som forståelig, ordnet og strukturert. Som vi har sett er en slik

begripelighet en del av å oppleve en hverdag som gir mening og sammenheng, og barna kan dermed ved hjelp av den signifikante læreren utvikle seg til resiliente individ (jfr. 5). Men man må også være klar over at det finnes grenser for hvor mye en god relasjon klarer å kompensere for vansker i andre relasjoner (Luthar, 2006). Dette kan tydeliggjøre viktigheten av å fremme flere resiliensfaktorer. En annen viktig faktor som kan gi barn av psykisk syke en opplevelse av sammenheng og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker, er vennskap.

## **7.3 Rom for utvikling av vennskap**

Som vi har sett vil venner være en resiliensfaktor som kan bidra til at barn av psykisk syke får en positiv utvikling, til tross for den risikoen en slik lidelse fører med seg (jfr. 4.4.5). Læreren kan være med på å tilrettelegge for muligheter til at slike vennskap utvikles og opprettholdes i en skolehverdag (Bierman & Powers, 2009).

### **7.3.1 Gi rom for samarbeid**

En måte å gjøre dette på er å skape et miljø i klasserommet hvor man gir både formelle og uformelle anledninger for elevene å bli godt kjent med hverandre. Blant annet vil det å la elevene jobbe i små grupper, hvor de kan hjelpe hverandre, gi barn av psykisk syke mestringsopplevelser de kan dele med andre. Slik kan de styrke deres relasjoner med de andre i klassen. I tillegg kan det å gi aktiviteter hvor barna er nødt til å samarbeide, og som krever ulik kompetanse for å gjennomføres, føre til at barna blir avhengig av hverandres styrker for å lykkes (Cefai, 2008). Dette kan dog også ha negativ effekt, noe jeg kommer tilbake til under avsnittet om mestringsstro (jfr. 7.5). Forskning viser at i de klasserommene hvor man tillater hyppige interaksjoner mellom barn, og hvor de oppfordres til å jobbe sammen om ulike oppgaver, har barna mindre sannsynlighet for å bli isolert eller avvist av deres klassekamerater, samt har større sannsynlighet for å utvikle flere og mer stabile vennskap (Wentzel, 2009). Å arbeide i grupper kan da være viktig for at barn av psykisk syke skal ha mulighet til å utvikles som resiliente individ. En norsk studie av Paulsen & Bru (2008) viser også at barn som lider av depresjon foretrekker å jobbe i grupper fremfor å jobbe individuelt. Dette kan det være nyttig å vite, da det kan indikere at de barna med foreldre med psykiske lidelser som trekker seg tilbake fra omgivelsene og tilsynelatende ikke ønsker kontakt med andre (jfr. 6.1.2), ikke vil noe annet enn å være sammen med andre. Det å jobbe sammen kan



føre til at man ser verdien av det sosiale samspillet og mulighetene det gir til å få seg venner (Paulsen & Bru, 2008), og kan derfor være viktig for læreren å fokusere på hos barn av psykisk syke.

En annen ide kan være å ha en gjennomgående regel i klassen at barna alltid skal gå til medelevene sine etter hjelp først, og kun gå til læreren når de andre barna ikke kan hjelpe (Cefai, 2008). Da tenker jeg at det imidlertid er uhyre viktig å ha skapt et miljø hvor det er ok å spørre om hjelp, og hvor man verken blir sett på som dum eller masete. Et barn som ikke klarer å ta tankene bort fra mor som bare ligger i sengen, eller far som nettopp har blitt innlagt på psykiatrisk sykehus, kan ha behov for å spørre etter hjelp eller få beskjeder gjentatt flere ganger enn andre. Da kan det være spesielt viktig å ha medelever som stiller opp, og at barnet opplever klasserommet som et trygt sted å være. Men hva med de barna som ikke ønsker å ha så mye kontakt med medelever i frykt for at andre skal få vite om deres foreldres lidelse? Ved å ikke spørre om hjelp kan det tilsynelatende se ut som de klarer seg bra, og barna kan da fort bli glemte. Et alternativ kan derfor være at når noen elever er ferdig med oppgavene sine, kan de tilby seg å hjelpe andre elever som ikke er ferdig. På denne måten kan man sikre seg at barn av psykisk syke får den hjelpen de trenger, samtidig som man skaper et støttende fellesskap (Cefai, 2008). Slik kan barn av psykisk syke også få større mulighet til å se verdien av vennskap. I tillegg vil det å hjelpe sine medelever gjøre at disse barna får mulighet til å lære bort sine egne nyervervede ferdigheter til andre. Dette kan føre til en enda mer selvstendig utførelse av oppgaven (Meichenbaum & Biemiller, 1998), som igjen vil kunne føre til økt mestringstro. Brooks (2005) påpeker at en av de mest effektive måtene å fremme selvstendighet på er nettopp gjennom å gi barn mulighet til å hjelpe andre. Hvis læreren gir mulighet til dette, vil det kunne signalisere en tillit og tiltro til barn av psykisk syke, som kan være det som skal til for at disse barna etter hvert våger å ta initiativ til å utvikle relasjoner. En metaanalyse av samarbeidslæring viser hvor positivt det er for elever å jobbe i grupper, hjelpe hverandre og samarbeide på skolen. Den viser blant annet at disse barna har fått økte akademiske prestasjoner, økt motivasjon, sosial kompetanse, og selvfølelse, samt utviklet gode vennskap. Forfatterne påpeker at det trolig ikke finnes en annen type undervisningsstrategi som har så mange positive utfall (Johnson, Johnson & Stanne, 2000). Å samarbeide og jobbe i grupper med andre barn, kan altså være spesielt viktig for å fremme resiliens hos barn av psykisk syke, og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna.

### 7.3.2 Fokus på vennskapelige egenskaper

Barn av psykisk syke kan ha et stort behov for ekstra tiltro, da de ofte mangler selvtilliten og selvfølelsen de trenger for å se på seg selv som en verdig venn for andre. Dette kan føre til manglende motivasjon og mot til å ta kontakt med andre barn. Da kan det være lurt å snakke med barnet om egenskaper de fleste barn setter pris på i et vennskap (Daniel & Wassel, 2004). Vi har sett at det finnes en rekke egenskaper som stort sett de fleste barn mener er viktige kvalifikasjoner hos en venn (jfr. 4.4.5), slik at man kan påpeke dem som kan være aktuelle for det gjeldende barnet. Men hva hvis barn av psykisk syke på grunn av deres mangler selvtillit, synes at de bare har negative egenskaper? Da kan det være nyttig å ta utgangspunkt i de mindre åpenbare karakteristikkene hos barnet og fremheve dem som gode sider. For eksempel hos et mer tilbaketrukket og stille barn kan man fokusere på hvor viktig det er med en god lytter. Hos det mer urolige og utadvendte barnet kan man fokusere på at det er viktig å stille opp for andre og fremme egne meninger man tror på (Daniel & Wassel, 2004).

Å gi rom til utvikling av vennskap i klasserommet kan føre til at barn av psykisk syke får gode erfaringer og opplevelser på skolen som kan bidra til deres positive utvikling (Cefai, 2008). Dette fordi venner som betyr noe for barnet og kan støtte barnet i vanskelige situasjoner, kan gi barn av psykisk syke en følelse av mening i livet, som igjen er viktig for utviklingen av resiliens (jfr 5.3). Viktigheten av venner har ført til at mange forskere har sett behovet for ulike intervensjoner som går direkte på utvikling av vennskap. De fleste av disse intervensjonene er programmer som fokuserer på utvikling av sosial kompetanse, da dette er avgjørende for å kunne utvikle og opprettholde et vennskap (Bierman & Powers, 2009). Barn av psykisk syke kan vise behovet for utvikling av sosial kompetanse på ulike måter. For eksempel kan et barn som er tilbaketrukket og innadvendt mangle både selvtillit og evner til å kommunisere og samhandle effektivt med andre. Barn som er mer utagerende kan skremme bort jevnaldrende (Daniel & Wassel, 2004). For å håndtere stressende situasjoner og tilpasse seg hverdagen, kan altså barn av psykisk syke ha behov for utvikling av sosial kompetanse. Jeg skal derfor gå nærmere inn på hva læreren kan gjøre for å fremme sosial kompetanse hos disse barna.

## 7.4 Sosial kompetanse

Selv om sosial læring ikke er et nytt tema i skolen, er det et område hvor det forventes mye, men undervises lite (Ogden, 2009). Det er spesielt viktig for barn av psykisk syke at det legges til rette for læring og utvikling av sosial kompetanse på skolene, da de fort kan bli stengt ute fra det sosiale fellesskapet (jfr. 4.4.1). Dette kan føre til lav selvoppfatning, utagering eller innadvendt atferd som ytterste konsekvens. Dessverre hevdes det at flere lærere kommer med innvendinger mot en prioritering av sosial kompetanse i skolehverdagen (Olsen & Traavik, 2010). Her vises det til at lærerne har nok med de oppgavene de allerede har, og verken har nok tid eller kompetanse på området. Men hvem er det da som skal sikre barnas sosiale kompetanse? Barn av psykisk syke som ikke har fått mulighet til å erverve slik kompetanse hjemmefra (jfr. 4.4.1), kan ha ekstra behov for nettopp å lære dette på skolen. Ogden (2009) argumenterer for at man ikke må undervurdere lærernes kompetanse, og heller ikke ha manglende forståelse for den betydning sosial læring faktisk har på skolen. Vi har sett at sosial kompetanse er en viktig del av å fungere og klare seg bra. I tillegg viste undersøkelsene om sosialkognitive evner (jfr. 3.2) at lærere nettopp kan være kilde til slik læring for barn av psykisk syke. Dette betyr at skolen er godt egnet for å arbeide med sosial kompetansestyrking, spesielt for disse barna. Og nettopp fordi lærerens evne til å motivere og oppmuntre til prososial atferd og problemløsningsferdigheter er viktig for barnas utvikling og psykiske helse, er det viktig at trening av slike ferdigheter blir prioritert (Dalgard, 2000). For å forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn av psykisk syke, er det altså viktig at læreren fokuserer på sosial kompetanse i skolen.

Det finnes en rekke programmer som har som mål til å forbedre barns sosial kompetanse. Både "ART," "PMT," "Zippys venner," "Du og jeg og vi to," og "PALS" er programmer som har vist god effekt, men som innebærer arbeid på systemnivå. De er både tids- og ressurskrevende da de blant annet krever omfattende opplæring, kvalifisert supervisjon av utførelsen, og kliniske ferdigheter (Utdanningsdirektoratet, 2007; Ogden, 2009; Gundersen & Moynahan, 2010). Det finnes likevel elementer og teknikker i disse programmene som jeg på bakgrunn av drøftingen overfor mener en lærer kan gjøre i det daglige. Slik kan læreren styrke barns sosial kompetanse, og dermed bidra til å fremme resiliens hos barn av psykisk syke. Det er disse elementene jeg derfor skal fokusere på her. Det kan likevel være nyttig for skoler å vurdere om programmene er noe de kan bruke ressurser på, da flere av dem har vist god effekt på både sosial kompetanse, og sosiale og emosjonelle vansker (Ogden, 2009; Gundersen &

Moynahan, 2010). Et fokus på etablering av kompetanse som kan gjøre individet i stand til å møte sosiale krav kan være like viktig som å fokusere på den konkrete vansken (Gundersen & Moynahan, 2010). Når man skal fremme sosial kompetanse hos barn av psykisk syke kan følgende områder være viktige å fokusere på: prososiale- og problemløsningsferdigheter, tydelige regler og forventninger, og positive og negative konsekvenser (Utdanningsdirektoratet, 2007; Ogden, 2009).

#### **7.4.1 Prososiale- og problemløsningsferdigheter**

Problemløsningsferdigheter innebærer evne til å stoppe opp og tenke gjennom ulike løsninger før man reagerer. Forskning viser at det å ha mulighet til å se flere måter å løse problemer på, kan føre til en fleksibilitet som er viktig for å tilpasse seg vanskelige og utfordrende situasjoner, som for eksempel det å ha foreldre med psykiske lidelser (Shure & Aberson, 2005). Ved å ha problemløsningsferdigheter kan altså barn av psykisk syke se på foreldrenes lidelse som en utfordring som kan håndteres, i stedet for en stressfaktor som må unngås. Barna kan for eksempel se at det finnes grep de kan gjøre, at det finnes venner de kan være med, og lærere de kan prate med, som kan føre til at de får en god hverdag til tross for deres forelders lidelse. De vil kunne ta kontroll over sitt eget liv, i stedet for å la livet ta kontroll over dem, og dermed ha mulighet til å utvikles til resiliente individ (Shure & Aberson, 2005). I tillegg er trening av slike problemløsningsferdigheter ofte i fokus i både sosial kompetansetreningsprogrammer og andre forbyggende program som går direkte på spesifikke lidelser (Swearer, Givens & Frerichs, 2010; Delaney & Staten, 2010), og kan derfor være viktig for barn av psykisk syke som selv er i risiko for utvikling av vansker. Man har videre funnet at disse barna også kan ha vansker med å kode og lese informasjon fra omgivelsene. Dette kan føre til at de reagerer på ugunstige måter, og kan dermed også påvirke deres prososiale ferdigheter (Bushman & Peacock, 2010). For eksempel kan et barn med en deprimert mor oppleve at det å bli dultet i av andre barn i gangen på vei inn til klasserommet, er en bevisst fiendtlig handling mot han/henne på grunn av hennes syke mor. Barn av psykisk syke fokuserer ofte selektivt på den potensielle fiendtlige intensjonen av en handling. Dette selv om det ikke fantes noen annen hensikt enn at barnet ble tilfeldig dultet av andre barn som ville skynde seg inn (Reivich, Gillham, Chaplin & Seligman, 2005; Bushman & Peacock, 2010). Hvorvidt dette skyldes at barnet har dårlig selvfølelse og dermed er preget av negative tankemønstre (jfr. 4.4.2), eller om barnet ikke har lært seg den kompetansen som kreves for å fungere sosialt (jfr. 4.4.1), vil variere. Det kan likevel indikere at å arbeide med prososiale- og

problemløsningsferdigheter er viktig for barn av psykisk syke, slik at de har mulighet å tilpasse seg til sin belastende hverdag.

En måte å fremme slike ferdigheter hos barn av psykisk syke, er å fokusere på dem i ulike aktiviteter og oppgaver i løpet av skoledagen. Man kan bruke ulike bøker eller historier som enten direkte eller indirekte fokuserer på verdier som for eksempel respekt, anerkjennelse, og tilgivelse (Cefai, 2008). Eller man kan ta utgangspunkt i virkelige erfaringer. Ved å ta utgangspunkt i naturlige og virkelige situasjoner øker sannsynligheten for at barna lærer relevant atferd som kan brukes i andre omgivelser (Utdanningsdirektoratet, 2007). Hvis for eksempel et barn med en psykisk syk forelder har tolket en tilfeldig handling fra et annet barn som ondsinnet, og dermed havnet i en konflikt, kan dette være et aktuelt tema å ta opp. Det er viktig å skape en diskusjon i etterkant sammen med barna. Kan det hende at det var en misforståelse? Hvordan kunne man handlet annerledes? Slike sosiale fortellinger og erfaringer kan altså bli brukt til å snakke om hensiktsmessige reaksjoner på ulike sosiale situasjoner som kan være vanskelige. Dette vil gi trening i både prososiale- og problemløsningsferdigheter, som vi har sett er viktig for barn av psykisk syke (jfr. 4.4.1). Både lærere og barna kan komme med forslag til hva som kan være konstruktive måter å gå frem for å løse konflikter på (Cefai, 2008). Det er viktig at læreren tar hensyn til alle forslagene som kommer opp i diskusjonene. Tullete kommentarer kan ignoreres, men barna må føle at de blir tatt på alvor, selv om de reagerte uhensiktsmessig i en situasjon. Ved å sitte inne med kunnskap om hvordan barn av psykisk syke kan reagere, kan læreren vise den forståelsen og respekten som trengs for å komme frem til den beste løsningen i fellesskap (Bushman & Peacock, 2010). Flere studier har vist en positiv effekt på barnas sosial kompetanse etter en implementering av slike sosiale fortellinger i skolehverdagen (Mandal-Blasio, Sheridan, Schreiner & Ladner, 2009). Jeg synes det likevel kan være fornuftig å trå forsiktig frem. Det å involvere hele klassen når problemene ikke gjelder alle, kan føre til at saken blir verre. Barn av psykisk syke kan allerede føle at de er annerledes enn de andre barna, slik at det kan være viktig å ikke la dem i tillegg føle seg uthengt av andre, og dermed oppleve å bli latterliggjort (Ogden, 2009). Hvis meningen er at hele klassen skal lære noe ut av en situasjon som bare gjaldt et par stykker, kan et alternativ være for læreren å ta opp en fiktiv hendelse, som kan ligne på situasjoner disse barna kan kjenne seg igjen i. På denne måten unngår man at de blir hengt ut, samtidig som man kan komme frem til gode løsninger sammen.

Forskning viser at ulike programmer for å trene opp problemløsningsferdigheter og prososial atferd, fører til økning av ønsket atferd og en reduisering av uønsket atferd (Kazdin, Bass, Siegel & Thomas, 1989; Eyberg, Nelson & Boggs, 2008), men at slike programmer dessverre ikke alltid har langvarig effekt (Beelmann, Pfingsten & Lösel, 1994; Lösel & Beelmann, 2003). Det kan derfor virke fornuftig og viktig for læreren å implementere dette i skolehverdagen, slik at det blir en fremgangsmåte læreren bruker, om ikke daglig så kanskje ukentlig, i klasserommet. I stedet for at det er teknikker som brukes i tidsavgrensede programmer hvor man mister effekten etter en tid, kan læreren sørge for å gjøre dette som en del av hverdagen, og dermed opprettholde og vedlikeholde den gode effekten man har sett det har gitt. På denne måten kan barn av psykisk syke lære seg ferdigheter som vil hjelpe dem til å takle motgang og dermed utvikles til resiliente individ.

#### **7.4.2 Tydelige regler og forventninger**

For at barn av psykisk syke skal ha mulighet til å vite hvordan de skal handle og reagere i ulike situasjoner, er det viktig med klare og tydelige regler for hva som er akseptabel og ikke akseptabel atferd. Disse barna kan møte andre krav i skolen enn hva de er vant til hjemme (jfr. 4.4.1), slik at lærere må være tydelige på hvilke forventninger de har til barna, samtidig som de sikrer seg at de har forstått informasjonen som gis. Å forstå hvilke regler som gjelder hvor, kan bidra til at barn av psykisk syke klarer å tilpasse og regulere atferden sin i ulike sosiale situasjoner (Utdanningsdirektoratet, 2007). Å forstå regelen er en forutsetning for å følge den (Holden, 2010). En ide kan derfor være at barna selv får være med på å utvikle regler og normer i en klasse. Selvfølgelig finnes det regler som alle lærere og barn er pliktet til å følge. Det finnes likevel andre regler og normer hvor man har mulighet til å være mer fleksibel, og dermed kan danne sammen. Reglene blir dermed ikke tvunget på barna, men noe de selv får være med å bestemme. Forskning viser at det å la barn få være med og ta valg som vil påvirke dem selv, kan føre til en avtagende effekt av sosiale og emosjonelle vansker (Kern mfl., 1998; Jolivette, Stichter & McCormick, 2002), i tillegg til at det fremmer en form for personlig verdi som trolig fører til økt motivasjon for å følge opp valget (Mandal-Blasio mfl., 2009). Å la barna være med å bestemme deler av skolehverdagen sin gjennom utarbeidelse av regler, kan derfor være et viktig resiliensfremmende arbeid som kan forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn av psykisk syke.

Da barn av psykisk sykes daglige liv ofte kan være preget av uorden og uforutsigbarhet, kan de ha et stort behov for regler som kan gi forutsigbarhet og struktur i hverdagen. Forskning viser at klasserom som er preget av god organisering og struktur, vil ha god effekt på barn som kan ha forskjellige utfordringer i relasjonen med sine foreldre (Brody, Dorsey, Forehand & Armistead, 2002). Å ha regler og rutiner i skolen som skaper tydelige forventninger kan være med på å dempe stress og bekymring hos barna, ved at de gir dem en viss kontroll over hva som skal skje (Krause & Stryker, 1984). Å oppleve en situasjon hjemme hvor mor eller far utvikler en psykisk lidelse kan snu opp ned på hverdagen til barna i familien, hvor rutiner og regler kanskje ikke lenger er som de var. Da kan det være ekstra viktig at barna vet hva de skal forholde seg til, i hvert fall på en arena av livene deres. Ved at læreren har forventninger til barna og stiller krav til at regler er noe som skal følges, kan det føre til en selvfølelse og selvtillit som vil bidra til deres utvikling som resiliente individ (jfr. 4.4.3).

### **7.4.3 Positive og negative konsekvenser**

En viktig del av å ha og utarbeide regler, er å få konsekvenser både for når man holder dem, og når de brytes. For at barn av psykisk syke skal ha mulighet til å utvikle sosial kompetanse er det viktig at de lærer at ulik atferd vil få ulike konsekvenser (Brooks, 2005). Sosial kompetanse kan nemlig fremmes gjennom positiv oppmerksomhet, ros, og tap av privilegier (Thompson, 2006; Ogden, 2009; Friman, Volz & Haugen, 2010).

Positiv tilbakemelding og oppmuntring er ofte den mest virkningsfulle formen for konsekvens. Forskning viser at å rose barn for positiv atferd er mer effektivt enn å irettesette negativ atferd (Ogden, 2009). Slike oppmuntringer og tilbakemeldinger kan signalisere at man anerkjenner og verdsetter barna, og kan dermed være verdifullt for barn av psykisk sykes selvfølelse og resiliens. Man signaliserer at barna er gode nok, og at man setter pris på dem, samtidig som det får dem til å føle seg kompetente og fylt av mestringsglede. Når barna føler seg verdsatt og anerkjent, samt får støtte fra signifikante andre, er det mindre sannsynlighet for negativ atferd (Brooks, 2005). Dette kan være viktig for barn av psykisk syke som kan komme fra hjem hvor de ikke har fått slik bekreftelse av foreldrene (jfr. 3.4.3). Forskning viser derimot at mange lærere roser lite, og at de tror de roser mer enn hva de faktisk gjør (Ogden, 2009). Å fokusere på ros og drøfte konkrete eksempler på hvordan det kan gjøres, kan derfor tydeliggjøre viktigheten av ros, og bidra til å fremme sosial kompetanse hos barn av psykisk syke.

Hvordan man velger å rose og hva man roser, kan ha stor effekt på hvordan barn av psykisk syke ser og opplever seg selv. En undersøkelse viser at det er forskjell på å si ”så fantastiske resultater, du er utrolig smart som fikk til dette,” og å si: ”så fantastiske resultater, jeg ser at du har jobbet hardt” (Ravens 1976, i Dweck & Master, 2009). Her vektlegges to forskjellige aspekter ved barnet som kan få ulike konsekvenser. Å kommentere innsatsen kan ved første øyekast fremstå som en god måte å vise at suksess er noe som kan oppnås ved innsats. Noe det også gjør i de fleste tilfeller (Pajares, 2009). Slik kan man sende ut et signal om at hvis barnet jobber hardt, kan barnet oppleve mestring selv om han/hun kommer fra mer belastende forhold enn andre barn. Men man må være klar over at det kan føre til at barnet får dårligere selvfølelse, da en slik tilbakemelding kan signalisere at barnet må jobbe hardt for i det hele tatt å klare noe. Det viser seg nemlig at innsats og evner ofte blir sett på som kompenserende for hverandre. Altså desto høyere innsats, desto lavere evner, og desto høyere evner, desto lavere innsats (Graham, 1990). Men er det da bedre å rose evnene til barnet? Dette kan føre til at barnet tenker at suksess beror på barnets intellektuelle nivå (Pajares, 2009). Hvis barn av psykisk syke skal utvikle en god selvfølelse kan det være viktig at han/hun opplever at han/hun har det som skal til for å kunne håndtere sin belastende hverdag (jfr 5.2). Etter en slik tilbakemelding kan barnet nettopp tenke dette, men også at han/hun slipper å legge ned så mye innsats, noe som kan være motsatt av hensikten med tilbakemeldingen (Graham 1990). Fordi selv om barnet kan få økt selvfølelse, vil man kanskje ikke at barnet skal tenke at han/hun slipper å jobbe hardt for å oppnå resultater. For hva skjer den dagen barnet møter motgang som han/hun ikke takler? Den dagen en mor utvikler depresjon, kan det være viktig at barnet vet at ved å gjøre en innsats kan barnet få en god hverdag til tross for forelderens lidelse. Dette tyder på at det er viktig for læreren å være klar over hva hun roser, hvorfor hun roser, og hvilken effekt dette kan ha på barn av psykisk syke. Man skal selvfølgelig ikke slutte å oppmuntre og rose barna, men man må være klar over at en velmenende handling kan føre med seg usikre, og til og med negative konsekvenser (Graham 1990). Kanskje et alternativ kan være å rose selve resultatet ved å si ”så fantastiske resultater, alt er riktig.” Ogden (2009) påpeker at ros fungerer best når den er spontan, men på bakgrunn av drøftingen ovenfor, kan man i tillegg til slike spontane tilbakemeldinger også gi tilbakemeldinger som man har reflektert litt mer rundt. På denne måten kan det være større sannsynlighet for at læreren gjennom positive tilbakemeldinger kan bidra til at barn av psykisk syke føler seg verdifulle, og får økt selvfølelse. Slik kan de få den selvtilliten og motivasjonen de trenger for å ha mulighet til å håndtere den belastende hverdagen de lever i.



I tillegg til å rose ønsket atferd har man sett at det kan være virkningsfullt å redusere uønsket atferd gjennom tap av privilegier (Ogden, 2009). Hva som oppleves som et tap vil variere fra individ til individ, men det er viktig at læreren ser muligheter for endring hvis det viser seg at konsekvensene ikke har ønsket effekt (Brooks, 2005). Med barn av psykisk syke som ofte ikke har så mange venner på skolen, og for eksempel foretrekker å isolere seg (jfr. 6.1.2), kan det være lite poeng i å gi kortere friminutt når det faktisk viser seg at barnet ønsker å være inne alene. Dette kan bidra til at barnet fortsetter med den uønskede atferden, da det fører til en positiv konsekvens for han/henne. Her må læreren tilrettelegge for barnas individuelle behov, alt etter hvilke utfordringer barna har, og hva som interesserer dem. Da vi har sett hvor viktig det er med signifikante andre og utvikling av vennskap for barn av psykisk syke (jfr. 4.4.4 og 4.4.5) kan det i dette tilfelle være viktig at barnet nettopp er ute med andre jevnaldrende. Samtidig må man ta hensyn til at barnet kanskje ikke vil få noe ut av å bli tvunget til å være ute i friminuttet, hvis det uansett blir til at barnet går rundt alene.

Det kan være viktig å påpeke at tap av privilegier alene, ikke vil ha den effekten man håper på. Ved kun å gi barnet en negativ konsekvens, er det ikke sikkert at barnet automatisk vil vite hva han/hun skal gjøre for å handle riktig. Vi har sett at å komme fra et hjem som er preget av en psykisk lidelse, kan føre til at barna i disse familiene blant annet kan få svekket sosial kompetanse, nettopp fordi de ikke har hatt de rollemodellene som kreves for å lære slike ferdigheter (jfr. 3.4.3). Da trenger de ikke bare vite hva de ikke skal gjøre, men også hva de skal gjøre annerledes. Dette betyr at å kombinere tap av privilegier med positiv oppmerksomhet for ønsket atferd, kan være en riktig løsning for barn av psykisk syke. Slik kan de lære atferd som bidrar til at de kan tilpasse seg omgivelsene rundt. For eksempel, i tillegg til å miste et privilegium, kan læreren fortelle og forklare barnet hva han/hun skal gjøre for å få tilbake det privilegiet, og gi ros og bekreftelse når barnet har vist den ønskede atferden. Fordelen med dette er at da bestemmer barnet selv lengden og utfallet av konsekvensen (Friman mfl., 2010), og som nevnt tidligere vil det å gi barnet et valg være viktig for deres positive utvikling. Litteraturgjennomgangen av Friman og kollegaer (2010) viser at det finnes lite forskning som tar for seg effekten av kun tap av privilegier. Det finnes derimot forskning som anbefaler og viser effekt på barn ved bruk av en slik kombinasjon (Eaves, Sheperis, Blanchard, Baylot & Doggett, 2005). Altså forutsigbarhet, struktur og tydelige voksne vil være viktige faktorer som spesielt barn av psykisk syke vil ha godt av. Det å kombinere både varme og støtte med disiplinering og konsekvenser har nemlig vist seg å være en kritisk resiliensfaktor (jfr. 4.4.3) (Beardslee, 2002).

De ulike fremgangsmåtene som har blitt drøftet ovenfor, er fremgangsmåter som går igjen i de ulike sosiale kompetansetrenings programmene (Ogden, 2009; Shriver & Allen, 2010; Gundersen & Moynahan, 2010), uansett om de er laget for foreldre, barn eller skoler. Dette kan dermed indikere at det er snakk om felles grunnleggende teknikker som sannsynligvis er de mest avgjørende for barns utvikling og helse. Ulik forskning viser nemlig til at sosial kompetansetrening for barn med sosiale og emosjonelle vansker har vært like effektiv som andre intervensjoner og tiltak (Fodstad & Matson, 2009). Jeg har derfor forsøkt å drøfte og argumentere for hvordan en lærer kan bruke de ulike teknikkene daglig i skolehverdagen. Jeg har forsøkt å vise at barn som opplever deres foreldres psykiske lidelse som en belastning, men har signifikante lærere som kan legge til rette for utvikling av sosial kompetanse, kan bidra til å forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna. Ved å utvikles som resiliente individ, kan barna ha større muligheter til å håndtere eventuelle vanskelige situasjoner de møter, og dermed få en mindre belastende hverdag gjennom å oppleve at livet har en sammenheng. Det er derimot viktig at barna selv tror at de har det som skal til for å mestre hverdagen, altså at de har tro på egen mestring.

## **7.5 Mestringstro**

Barn med ulike vansker har ofte mistet troen på seg selv og sine evner (Fodstad & Matson, 2009). Barn av psykisk syke har blant annet ofte vansker både med det sosiale og det faglige, og det å gå på skolen kan derfor gi dem kontinuerlig nederlag. Barna kan også bruke mye krefter på å skjule at noe er galt, slik at de ikke har overskudd til selv å ta initiativ til å oppleve mestring. Disse barna kan også oppleve at det er deres skyld at forelderen er syk, og at de ikke kan innvirke positivt på forelderens helse. Dette kan føre til at barna mister troen på seg selv. Mennesker som tror at det de gjør ikke har noen nytte, kan ofte dvele ved deres manglende evner, og se på vanskene deres som større enn de egentlig er. Men hvis læreren fremmer mestringstro kan barna se på seg selv i et mer positivt perspektiv, og dermed se på vanskene sine som utfordringer i stedet for uløselige problem. I stedet for å gi opp, vil mennesker med mestringstro forsøke ulike løsninger og strategier for å oppnå mestring. Slik kan de erstatte den lærte hjelpsløsheten som preger mange individ som lever i en utsatt livssituasjon (Bandura, 1986). Samtidig vil det å takle ulike utfordringer bidra til at man kan vokse med motgang, og takle stress på en mer positiv måte senere i livet (Olsen & Traavik, 2010). En stor longitudinell undersøkelse viste at en avgjørende resiliensfaktor for barn med

deprimerte mødre, var at selv om barna visste at de ikke kunne helbrede mors lidelse, fant de likevel andre ting de kunne foreta seg, som for eksempel å delta i ulike fritidsaktiviteter (Beardslee, 2002). Og selv om man utvikler mestringstro i for eksempel en skolefaglig sammenheng, vil dette kunne overføres til andre situasjoner (Bandura, 1986). Dette betyr at barn av psykisk syke kan ha godt av å utvikle en tro på seg selv i skolen. Slik kan de ta tak i deres eget liv, og dermed ha store muligheter til å utvikles til resiliente individ.

Heldigvis finnes det mye man kan gjøre for å fremme mestringstro hos barn av psykisk syke. Læreren har et stort ansvar og en stor mulighet til å påvirke og fremme faktorer som kan bidra til at disse barna utvikler en større tro på seg selv. Undersøkelser viser nemlig hvordan barns mestringstro økte betydelig under påvirkning fra undervisning (Zimmerman, 2000), og fremhever da hvilken påvirkningskraft læreren faktisk har. For hvordan skal barna kunne ha tro på seg selv hvis ingen andre har det? Ved å ta utgangspunkt i de tidligere nevnte kildene (jfr. 4.4.2) finnes det flere måter en lærer kan påvirke barnas mestringstro på.

### **7.5.1 Egne mestringserfaringer**

For at barn av psykisk syke skal kunne fungere på best mulig måte er det viktig at de både har ferdighetene som skal til for å mestre, og troen på at de klarer å bruke disse ferdighetene på en effektiv måte. Barnas egne tolkninger av tidligere mestringserfaringer blir da en stor kilde til hvordan barna tror de kan mestre fremtidige oppgaver (Bandura, 1986). Det er viktig at læreren er klar over dette slik at han/hun kan gjøre barna oppmerksomme på deres tidligere prestasjoner. Læreren kan bruke en eventuell fremgang eller tilbakegang i barnets progresjon til å snakke med barna om hva endringene skyldtes, og hva man kan gjøre for å opprettholde eller fremme suksess igjen (Pajares, 2009). Å se at man har mulighet til å legge inn mer innsats, endre strategier og/eller spørre etter hjelp for å oppnå mestring, kan føre til at barn av psykisk syke danner et positivt mestrende bilde av seg selv.

For at barn av psykisk syke skal ha noen tidligere mestringserfaringer og se tilbake på, er det først og fremst viktig at de får oppleve mestring. Altså for at barna skal kunne oppleve seg selv som kompetente individ som har tro på egne evner, er det avgjørende at de får oppgaver som er tilpasset deres forutsetninger (Berg, 2005). Det er nemlig slik at "if the track is tough and the hill is rough, thinking you can just ain't enough" (Silverstein, 1974, i Pajares, 2009:127). Jeg synes imidlertid det er viktig å påpeke at det ikke trenger å være snakk om faglige oppgaver, men andre situasjoner som også kan gi barna mestringsfølelse. Som vi har

sett kan det å gi rom for utvikling av vennskap, bidra til at barn av psykisk syke øker troen på dem selv og deres evner (jfr. 7.3). Uansett hva læreren velger å gjøre må han/hun tilpasse aktivitetene og oppgavene til barnas individuelle behov slik at barna kan oppleve mestring uavhengig av hvilken bakgrunn man har. Men vil det å oppleve mestring ha samme effekt uansett hvilke oppgaver det er snakk om? Det er viktig at barna får oppgaver som er utfordrende og de må jobbe litt med for å klare. Barn må altså forberedes på at livet vil by på utfordringer, og at det er viktig å jobbe for å hankses med de utfordringene man møter. Slik kan barna lære å bruke de ressurser og ferdigheter de har til å utvikles positivt, til tross for foreldrenes lidelse som preger hverdagen deres (Hundeide, 2003). Barna skal ikke bare oppleve mestring, men oppleve mestring gjennom oppgaver og situasjoner som i første omgang kan virke vanskelige for dem. Ved hjelp av læreren som et støttende stillas kan man bidra til å bygge opp et positivt selvbilde hos barn av psykisk syke som kan føre til en evne til å tåle livets påkjenninger (Berg, 2005).

Men kan det være så enkelt som bare å fokusere på barnas tidligere mestringserfaringer for å fremme mestringstro hos disse barna? Bandura (1986) påpeker at det tvert om er mange faktorer som vil ha betydning for hvorvidt man får økt mestringstro av å se på tidligere erfaringer. Barn av psykisk syke som har vansker faglig og sosialt vil være avhengig av starthjelp for å oppleve mestring. Men hvordan vil det hjelpe å se tilbake på suksess på situasjoner hvor man fikk hjelp til stort sett det meste? Da kan man naturlig nok tenke at årsaken til mestringen skyldtes ytre faktorer og ikke egne ferdigheter. I tillegg, hvis læreren fokuserer på alle mestringserfaringene, inkludert de oppgavene som var lette for barnet, trenger ikke dette å ha noe å si for barnets mestringstro. Når oppgavene er lette, krever de nemlig ikke mye for å mestres. Og ved å fokusere på disse oppgavene kan læreren sende ut et signal til barnet at det er på dette nivået barnet ligger. Brooks (2005) påpeker at å fokusere på de oppgavene som sender ut et realistisk, men optimistisk syn på barnas evner, kan bidra til å forsterke barn av psykisk sykes selvfølelse og mestringstro. Det å fokusere på utfordrende oppgaver kan gi barna økt mestringstro nettopp fordi disse oppgavene krever en del. Det kan kanskje fremstå som om det er små grep som skal til, men for å fremme mestringstro er det altså flere faktorer som læreren må ta høyde for. Når læreren fokuserer på barnets egen fremgang og hva som har ført til slik suksess, er det altså viktig at han/hun er reflektert over hvilke mestringserfaringer som skal belyses, slik at læreren kan være med å bidra til at barn av psykisk syke utvikler en tro på seg selv og sine evner.

## 7.5.2 Andres mestringserfaringer

Som vi har sett er det ikke bare egne mestringserfaringer som kan bidra til å utvikle mestringstro, men også andres mestringserfaringer (jfr. 4.4.2). (Bandura, 1986). Dette innebærer å sammenligne seg selv med andre mennesker, og kan være spesielt gjeldende på skolen da man begynner å bli målt og vurdert for sine prestasjoner. Barn av psykisk syke vil møte mange jevnaldrende som vil ha andre og kanskje bedre forutsetninger enn dem selv, noe som kan påvirke deres mestringstro. Dette kan det være viktig for læreren å være bevisst på, slik at han/hun kan forhindre at en slik sammenligning vil få uheldige konsekvenser for disse barnas opplevelse av seg selv.

Da sammenligning kan føre til senket mestringstro, kan det være viktig for en lærer å legge opp til at det finnes elever som er sammenlignbare med hverandre. Dette innebærer at barn av psykisk syke, som ikke har hatt mulighet til å oppleve stor grad av mestring, bør få mulighet til å sammenligne seg med andre som ligger på samme nivå. Ved å se at man har mulighet til å oppnå det samme som andre, kan nemlig føre til en tro på at man kan klare det selv. Samtidig som det å se andre mestre, mens man selv opplever nederlag, kan føre til lav mestringstro (Bandura, 1986). Å la elevene jobbe i grupper som er delt inn etter deres nivå kan være en måte å gjøre det på, og som vi tidligere har sett kan ha mange positive konsekvenser for barn av psykisk syke (jfr. 7.3.1). Men det kan også få negative følger. Bandura (1997) påpeker nemlig at å sortere barna i grupper etter evner kan senke mestringstro hos de gruppene som har det laveste nivået. Dette kan skyldes at læreren automatisk vil forvente mindre av disse gruppene, og dermed heller ikke gi dem mulighet til faglig utvikling. Barn av psykisk syke som ofte har vansker både faglig og sosialt, kan dessverre ofte bli plassert i disse gruppene. Og da disse barna ofte har mistet troen på seg selv og sine evner, kan de ha ekstra behov for positive forventninger og tiltro av andre, slik at det å bli plassert i slike grupper kan være en lite gunstig løsning for dem. Bandura (1986) sier derfor at å sette sammen barn med ulik kompetanse kan være det som skal til for at barna kan øke sin mestringstro. Å ha forskjeller mellom barna kan føre til at de bruker hverandre til å få hjelp på de områdene de selv sitter fast. Slik kan barn av psykisk syke lære av de feilene de gjør og dermed ha mulighet til å utvikles til resiliente individ (Brooks, 2005).

Men kan man sammenligne seg selv med andre på andre områder enn bare evner og kompetanse? Si at du stort sett får de samme karakterene som en annen elev i klassen. Denne eleven kommer derimot fra et hjem hvor foreldrene lever godt sammen, med stabile inntekter

som gir familien god økonomisk trygghet, bor i et stort hus i et trygt område av byen, og har mange venner å leke med. Du bor derimot sammen med din mor som lider av depresjon, far er ute av bilde, men besteforeldre hjelper til med praktiske løsninger iblant. På grunn av din mors lidelse, er inntekten skral, og du har blitt ganske tilbaketrukket da du helst ikke vil at mange skal vite om din syke mor, og du har derfor heller ikke så mange venner. Du har derimot utviklet en god relasjon til læreren som har hjulpet deg mye i forhold til det faglige. Vil da barnet med en forelder med depresjon tenke at hvis det andre barnet klarer denne oppgaven, så vil han/hun også det fordi de stort sett får samme karakter? Ifølge Bandura (1986) vil personlige karakteristikk ha mer å si for hvorvidt man får økt mestringstro, enn prestasjoner og kompetanse. Altså barna beskrevet ovenfor vil trolig ikke få økt mestringstro av å sammenligne seg selv med hverandre, fordi de er forskjellige. Men kan det derimot tenkes, at hvis de to stort sett har fått samme karakter, vil barnet som har en mer belastet hverdag hjemme kunne få økt selvfølelse og mestringstro, nettopp fordi han/hun har klart det samme som en som egentlig har et bedre utgangspunkt? Sammensetning av de ulike gruppene kan som vi ser være en vanskelig oppgave, som innebærer at læreren må kjenne elevene sine godt. Det kan se ut som at barn av psykisk syke kan dra nytte av å sammenligne seg med andre barn som er forskjellige fra dem, både i forhold til kompetanse og personlige karakteristikk. Ved å være bevisst hvilken effekt slike sammenligninger kan ha, kan altså læreren være med på å bidra til at barn av psykisk syke kan få en ny og/eller forbedret tro på seg selv.

En annen måte andres mestringserfaringer kan påvirke barn av psykisk sykes mestringstro på, er gjennom bruk av gode modeller. Gjennom sin atferd og demonstrerte tenkemåter, kan modeller nemlig formidle kunnskap, og lære barna strategier og ferdigheter som kan være viktige i møte med utfordringer (Bandura, 1997). Et eksempel på en god modell er en lærer eller en annen elev som ikke bare viser hva han har gjort riktig, men også hva han har gjort galt, og videre hva han kan gjøre for å rette det opp igjen. Det er også viktig at modellen forklarer hvilke strategier han bruker og dermed hvordan han kommer frem til løsningen. Gode modeller tar seg tid til å vise og forklare hvordan det er mulig å oppleve suksess (Pajares 2009). Schunk og Hanson (1985; 1989) viser at slike *coping* modeller har større sannsynlighet for å fremme selvtillit og mestringstro, enn *mastery* modeller som reagerer på nederlag som om de aldri feiler. Hvis læreren i en klasse fokuserer på å være en *coping* modell for disse barna, kan han/hun fremme en holdning om at feiling er noe man kan lære av, samt at man kan overkomme vanskeligheter gjennom målrettet innsats og positive tanker.

Slik kan barn av psykisk syke se feil som muligheter til læring, i stedet for som en indikator på at de er mislykkede personer (Brooks, 2005). For barn av psykisk syke som ofte kjenner seg igjen i at livet kan by på motgang, kan slike gode modeller derfor være viktig for å fremme deres mestringstro. Barn som ikke har egne erfaringer med å mestre, kan altså lære seg strategier og ferdigheter for å mestre vanskeligheter, og dermed ta aktiv del i sitt eget liv.

### **7.5.3 Tilbakemeldinger fra andre**

Barn av psykisk syke som ofte føler seg annerledes enn andre barn, er både utsatte, oppmerksomme, og vare for tilbakemeldinger og overbevisninger fra omgivelsene. Slike tilbakemeldinger er veldig viktige da andres syn er med på å utvikle barnas syn på seg selv (Pajares, 2009). Det betyr at gjennom sine verbale utsagn har læreren mulighet til enten å svekke eller forsterke barn av psykisk sykes syn på egen mestring.

Tilbakemeldinger som er ærlige, troverdige, aktuelle, hyppige og konkrete på hva som var bra og/eller dårlig, og som viser at det finnes en positiv vei videre, vil kunne oppmuntre og forsterke barnas videre arbeid (Pajares 2009). Barn av psykisk syke kan ha ekstra behov for tilbakemeldinger som nettopp viser at selv om man møter motgang og utfordringer i livet, finnes det mye man kan gjøre for å klare seg bra og overkomme disse utfordringene. Lærere som gjentatte ganger formidler til barna at de vet at de kan klare det, formidler en tro på barna som de trenger for å ha tro på seg selv (Pajares 2009). Bandura (1986) fremhever derimot at det er avgjørende at tilbakemeldingene er av realistisk karakter. Barn av psykisk syke kan nemlig være ekstra sårbare for tilbakemeldinger da de kanskje ikke har fått den bekreftelsen de trenger hjemmefra. Når barna da først får den på skolen kan dette være vanskelig å tro på. Her kommer viktigheten av læreren som en signifikant annen inn, og hvordan man som lærer da har store muligheter til å øke barns selvfølelse og tro på egen mestring. Som vi har sett vil en signifikant lærer kunne skape en relasjon med barnet som er preget av tillit, og dermed bidra til at barna tar til seg den tilbakemeldingen de får på skolen. Innvirkningen slike tilbakemeldinger kan ha vil nemlig være avhengig av mottakerens tillit til den som gir den (Bandura, 1986). Da jeg allerede har drøftet dette (jfr. 7.2 og 7.4.3), avslutter jeg bare med å poengtere hvor viktig det kan være for barn av psykisk syke å få positiv og realistisk tilbakemelding og ros, slik at barna kan utvikle en like positiv tro på seg selv. Undersøkelser viser hvordan slike tilbakemeldinger førte til økt mestringstro blant elever (Schunk, 1983), og kan dermed være avgjørende for barn av psykisk sykes utvikling som resiliente individ.

## 7.5.4 Fysiologiske og emosjonelle reaksjoner

Mennesker er delvis avhengig av deres fysiologiske og emosjonelle tilstand når de skal vurdere sine egne evner, og slike reaksjoner vil derfor kunne være med å påvirke mestringstro i negativ eller positiv retning (Bandura, 1986). Barn av psykisk syke kan ha opplevd mye nederlag, både hjemme og på skolen, som kan ha gitt dem emosjonelle reaksjoner som tristhet og angst. Møte med lignende situasjoner kan da fremkalle de samme reaksjonene, da barna vil forbinde nettopp disse reaksjonene med nederlaget de opplevde tidligere. Barna assosierer da reaksjonene til deres manglende evner, og vil dermed senke deres mestringstro (Bandura, 1986). Men hva skjer når barn av psykisk syke møter en situasjon hvor de har opplevd negative følelser tidligere? Da barna vil koble den negative følelsen til det som var årsaken til reaksjonen, nemlig nederlaget, kan de bli redde for flere nederlag. Dette kan føre til at de utfører ulike selvhemmende strategier for å unngå å få slike negative følelser igjen. Blant annet kan barna legge inn minimalt med innsats i situasjoner hvor de ikke tror de har mulighet til å lykkes (Pajares, 2009). For det er vel tross alt mindre pinlig å si at du ikke klarte det fordi du ikke forsøkte, enn fordi du rett og slett ikke fikk det til? Den fjerde måten læreren kan hjelpe barn av psykisk syke til å øke sin mestringstro, blir da å redusere stressende følelser som angst og negative emosjonelle reaksjoner, samt korrigere eventuelle misoppfatninger om hva de ulike reaksjonene vil si (Bandura, 1997). Det blir da viktig for læreren å gjøre skolen til et godt og lite stressende sted for barna å være. Dette kan blant annet gjøres ved å bli en signifikant annen for barna, og fremme sosial kompetanse og vennskap i skolen. Da jeg allerede har drøftet dette (jfr. 7.2, 7,3 & 7,4) går jeg ikke dypere inn på det her.

For å korrigere eventuelle misoppfatninger rundt de ulike reaksjonene, kan det være viktig for læreren å hjelpe barn av psykisk syke til å lære å kjenne sine egne reaksjoner. Dette innebærer å lære barna at når de opplever følelser som angst, kan de ta kontakt med læreren, for å diskutere denne følelsen. Hvis barna av ulike årsaker ikke er fortrolig med å snakke om egne følelser, kan et alternativ være å gjøre det skriftlig (Pajares, 2009). Slik kan barn av psykisk syke bli bevisst på de reaksjonene de har og hvorfor de reagerer som de gjør. Angst og tristhet er helt normale reaksjoner, som de fleste vil oppleve i møte med utfordringer og nederlag. Dette er det viktig for læreren å formidle (Bandura, 1997). Den signifikante lærer kan ta en samtale med barna om det de har skrevet, slik at både læreren og barna kan få en forståelse rundt hvorfor barna opplever situasjonen stressende. Læreren kan gjøre barna bevisst på sine selvhemmende strategier, og komme med forslag til andre strategier som kan gi barna



opplevelse av mestring (Pajares, 2009). Læreren kan altså hjelpe barn av psykisk syke til å få en forståelse rundt at deres reaksjoner er vanlige, og lære barna å ta i bruk mer effektive strategier som kan føre til mestring.

Mestringstro kan føre til at barn av psykisk syke kan se på seg selv i et mer positivt perspektiv, og dermed se på forholdene de kommer fra som utfordringer i stedet for uløselige problem. Ved å fremme mestringstro hos disse barna, kan læreren omdanne barnas bekymringer til håp. Til dette er det avgjørende at læreren har den informasjonen og det verktøyet han/hun trenger for å hjelpe barn av psykisk syke. Jeg har prøvd å bidra til den prosessen, ved å argumentere for noen konkrete forslag det kan være fornuftig for lærere å fremme og jobbe med. Slik kan barn av psykisk syke utvikle en tro på seg selv som mestrende individ. Hvis man har erfart mestring tidligere, og vet man har det som skal til for å kunne oppleve mestring igjen, kan man gå inn i vanskelige situasjoner med større mot enn før. Dette kan gi barn av psykisk syke en følelse av at de kan håndtere sin egen hverdag, og dermed være med på å gi dem en opplevelse av sammenheng (jfr 5.2). Ved å fremme mestringstro kan læreren dermed være med på å forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna.

## **7.6 Avsluttende kommentar**

Som stressmestrings-sårbarhetsmodellen viser vil samspillet mellom resiliensfaktorene og stresset barnet opplever være avgjørende for barnas utvikling (jfr. 2.3.5). Jeg har forsøkt å drøfte og argumentere for at ved å drive et resiliensfremmende arbeid i skolen, med utgangspunkt nettopp i en slik multiteoretisk tilnærming, har læreren mulighet til å forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn av psykisk syke fra flere hold. Ved å utvikle gode relasjoner til både lærere og jevnaldrende, utvikle en tro på egne evner og ressurser, samt utvikle kompetanse til å kunne tilpasse seg omgivelsene, vil barna kunne ha mulighet til å håndtere, mestre og påvirke ulike utfordrende situasjoner. Barna vil finne mening i det som skjer rundt dem, og dermed få en opplevelse av at livet har en sammenheng. Dette har vi sett kan gi gode forutsetninger for barn av psykisk syke til å utvikles til resiliente individ.

Ved å fremme og implementere disse ulike resiliensfaktorene i en skolehverdag, på en like naturlig måte som man arbeider med det faglige aspektet, kan læreren bidra til at barna får en positiv utvikling til tross for å ha foreldre med psykiske lidelser. Almvik og Ytterhus (2004) sin undersøkelse viser at når foreldre får psykiske lidelser, er det viktig at resten av

hverdagslivet på skolen fungerer som normalt. Å fortsette store deler av sitt liv som normalt, og fortsatt gjøre ting for sin egen del, kan hjelpe barn av psykisk syke til å takle det som er vanskelig. Å drive forebyggende resiliensfremmende arbeid i skolen betyr ikke at en trenger å innføre nye ansvarsområder, men det er viktig at lærere sitter med holdninger og atferd som viser en helsefremmende tankegang (Berg, 2005). Det å jobbe med blant annet sosial kompetanse og mestringstro bør ikke bli sett på som ekstra arbeid, men som en naturlig del av å undervise barn. En lærer kan være en signifikant annen for barn av psykisk syke gjennom daglig å fokusere på barnas styrker, ved å tro på dem og gi dem støtte. Ved å fokusere på dette i det daglige arbeidet med barn og unge, kan læreren bidra til at barn av psykisk syke kan få en oppvekst med mange gode opplevelser.

Berg (2005) påpeker også at hvis en elev har brukket benet, er det naturlig å forvente mindre av denne eleven i perioden han/hun humper rundt med krykker og gips. Man forstår at eleven er mindre aktiv, har det vondt, at benet må gro i sitt eget tempo, og tilfriskningen dermed tar den tiden den trenger. Det er viktig at dette også gjelder for psykiske vansker. Barn som strever med ulike vansker vil bruke tid på å bli bra igjen. Det å leve med en forelder med psykisk lidelse kan være en stor belastning, som kan være i barnas liv en lang periode. Det er viktig å ta en dag av gangen. Resiliens er ikke en fremtredelse av et plutselig superbarn, men det er en hard og langsom prosess, hvor man gradvis overvinner ulike hinder og mestrer ulike utfordringer (Beardslee, 2002). Dette innebærer at det resiliensfremmende arbeidet læreren gjør i skolen, stort sett ikke vil vise seg i forbedrede resultater der og da. Men det vil være en god hjelp til at barna kan utvikles til sterke og selvstendige individ, slik at de vil være bedre rustet til å takle motgangen deres videre liv fører med seg. Ved å ha kunnskap om resiliens og hvordan man kan fremme resiliensfaktorer hos barn av psykisk syke, kan læreren gjøre en forskjell i barnas liv, selv om de ikke ser resultatene selv. "We must not, in trying to think about how we can make a big difference, ignore the small daily differences we can make which, over time, add up to big differences that we often cannot foresee" (Thompson, 2006:421).

Det er viktig å huske at selv om drøftingen rundt det resiliensfremmende arbeidet kan fremstå idealistisk, og man grunnet manglende tid og ressurser tenker at det er umulig å gjennomføre og følge opp i praksis, har jeg ikke hevdet at dette vil gå problemfritt, og man ikke møter andre utfordringer underveis. Ved å fokusere på resiliensfremmende arbeid peker jeg på faktorer som *kan* gjøre hverdagen til barn av psykisk syke lettere. Dette innebærer at selv om

oppmerksomheten er rettet mot resiliensfaktorer og resultatene kan indikere en rosenrød hverdag for barna, betyr det ikke at læreren ikke møter på problemer, eller at forebyggende arbeid ikke vil ha sine begrensinger. Westheimer (1998) påpeker blant annet at når man arbeider og retter søkelyset på en sak, vil andre områder mørkne. Det betyr derimot ikke at de ikke er der. I tillegg vil et resiliensfremmende arbeid i skolen ikke være en garanti for at barna utvikler resiliens. Som vi har sett, vil de mest resiliente individene kunne utvikle vansker hvis motgangen blir for stor (jfr. 4), men det betyr langt i fra at et forebyggende arbeid ikke er viktig for å hjelpe de barna i tilfellene det faktisk fungerer. I min oppgave har jeg måttet begrense meg til ulike emner, og kan dermed ikke ta høyde for alt. Men ved å rette søkelyset mot barn av psykisk syke og resiliens, håper jeg å være med å bidra til å opplyse et tema som lenge har vært et område i mørke, og dermed bidra til at disse barna kan få en lettere hverdag.

## 8 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg prøvd å gi en god, og reflektert fremstilling av kunnskap som kan være praktisk nyttig både for skolen og Pedagogisk Psykologisk Tjeneste i arbeid med barn av psykisk syke. Dette har jeg prøvd å gjøre gjennom å svare på problemstillingen: **Barn av psykisk syke og resiliens: Hva er resiliens og hvordan kan læreren fremme resiliens og dermed forebygge risikoen for utvikling av vansker hos disse barna?**

For å belyse denne tematikken startet jeg med å redegjøre for ulike psykiske lidelser. Både depresjon og schizofreni kan gi negative konsekvenser for barn av foreldre med slike psykiske lidelser. Det finnes ulike forklaringsmodeller som tar for seg årsaker til hvorfor noen utvikler slike vansker. Jeg argumenterte for at hvis man skal få tak i hvordan man på best mulig måte kan hjelpe barn av psykisk syke, kan det være fornuftig å ta utgangspunkt i en multiteoretisk tilnærming. Stressmestrings-sårbarhetsmodellen kan nemlig utvide synet slik at man får øynene opp for også barna i disse familiene, og dermed se hvordan man på best mulig måte kan hjelpe dem. Modellen inkluderer både biologiske, psykologiske, sosiologiske og læringsteoretiske tilnærminger, som kan bidra til at barn av psykisk syke kan få den nødvendige hjelpen de trenger, fra flere hold. Og dessverre er det mange barn som vil trenge slik hjelp da forskning viser at disse barna har større sannsynlighet for å selv utvikle alt fra spesifikke psykiske lidelser til andre sosiale- og emosjonelle vansker. Hvordan den psykiske lidelsen påvirker barnet vil blant annet være avhengig av kumulative faktorer som grad av arvelighet, alvorlighetsgrad, foreldreomsorg og ekteskapelige fungering. Men tross den risikoen en forelders psykiske lidelse og de kumulative faktorene utgjør for barna, er det flere barn som klarer seg bra. Hva som gjør at noen mestrer motgang bedre enn andre kan forstås med fenomenet resiliens.

Etter en gjennomgang av psykiske lidelser og hvilke konsekvenser dette vil ha for barna, svarte jeg på første del av oppgavens problemstilling ved å ta for meg fenomenet resiliens. Resiliens er en prosess som fører til at mennesker har en positiv utvikling til tross for opplevd motgang. Ulike resiliensfaktorer kan forklare hvorfor noen barn klarer seg bedre enn andre. Et viktig bidrag til resiliensforskningen er Kauai-undersøkelsen, hvor man fant at slike faktorer ville ha betydning for barnas utvikling og helse. Denne studien kan også være med på å rette søkelyset mot barn av psykisk syke, og gi noen konkrete holdepunkter for hvilke faktorer som kan spille inn for å hjelpe disse barna. De avgjørende resiliensfaktorene har i denne oppgaven

blitt fremstilt som sosial kompetanse, mestringsstro, foreldreomsorg, støttende signifikante andre og venner. I tillegg har mitt fokus i oppgaven vært å drøfte hvorfor slike faktorer fører til at noen klarer seg bedre enn andre, og ikke bare at de gjør det. Jeg kom derfor med et forslag om en forklaringsmodell som kan bidra til å øke denne forståelsen, nemlig en opplevelse av sammenheng. Ved å drøfte hvordan de ulike resiliensfaktorene kan være med å bidra til nettopp en slik opplevelse av sammenheng, la jeg grunnlaget for siste del av oppgaven min. Der har jeg drøftet og argumentert for hvordan læreren kan fremme de tidligere nevnte resiliensfaktorene for å bidra til at barn av psykisk syke kan få en opplevelse av sammenheng og utvikle seg til resiliente individ.

For å begynne å svare på denne siste og praktiske delen av problemstillingen min om hvordan man kan forebygge vansker hos barn av psykisk syke, er det først viktig å identifisere de barna som er i risiko. Jeg gikk derfor først inn på sosiale og emosjonelle vansker, og ulike mestringsstrategier barn av psykisk syke ofte benytter seg av. Deretter fokuserte jeg på samtalekaraktistika hos foreldrene som kan indikere mulige alvorlige konsekvenser for barnas utvikling. Dette ga noen konkrete holdepunkter for hvordan man kan fange opp barn av psykisk syke som trenger ekstra oppfølging. I det siste kapittelet i oppgaven drøftet og argumenterte jeg for at skolen kan bidra med mye i forhold til barns utvikling og helse, og er dermed et gunstig sted å drive et resiliensfremmende arbeid. Jeg viste at læreren får en avgjørende rolle i å fremme resiliens hos barn av psykisk syke. Ved å se og bekrefte barna, snakke med dem om foreldrenes lidelse og støtte barnas mestring, kan læreren bli en signifikant annen for barn av psykisk syke, og dermed bidra til å skape en forståelse rundt barnas situasjon. Å gi rom for at barna kan etablere vennskap gjennom å legge opp til samarbeid og fokusere på vennskapelige egenskaper, kan føre til at barna får gode opplevelser på skolen og dermed får en følelse av mening i livet. Læreren kan bidra til at barn av psykisk syke kan ha større mulighet til å håndtere vanskelige situasjoner som de møter gjennom å fokusere på områder som prososiale- og problemløsningsferdigheter, tydelige regler og forventninger, samt positive og negative konsekvenser. Ved å la barna oppleve mestring, gjøre dem oppmerksomme på tidligere utfordrende mestringsopplevelser, være en god coping modell som gir konstruktive tilbakemeldinger, og gjøre skolen til et lite stressende sted å være, kan læreren fremme en tro på barna som gjør at de får en tro på seg selv til å gå inn i situasjoner med større mot en tidligere. Gjennom å oppleve at man kan håndtere, mestre og påvirke den utfordrende situasjonen man lever i, finne mening i det som skjer rundt seg, samt få en forståelse for det som først kan fremstå svært forvirrende, kan man få en opplevelse av

sammenheng. Dette kan gi barn gode forutsetninger for å kunne utvikles positivt til tross for å ha foreldre med psykiske lidelser og dermed få en lettere og forhåpentligvis bedre hverdag.

Oppsummert kan man altså si at selv om man lever under belastende forhold, finnes det ulike resiliensfaktorer man kan fremme for å forebygge risikoen for utvikling av vansker hos barn av psykisk syke. De mest betydningsfulle resiliensfaktorene som har blitt fremlagt i denne oppgaven bygger i hovedsak på relasjoner. Uansett om det er snakk om å etablere relasjoner med voksne og jevnaldrende, eller lære å utvikle sosial kompetanse og mestringstro gjennom slike relasjoner, kan altså sterke og støttende relasjoner være avgjørende for å utvikle og opprettholde resiliens. Det jeg da synes er litt interessant å nevne og avslutte med er at vi har sett at det finnes mange forebyggende programmer og tiltak som retter seg mot hva lærere og foreldre kan gjøre for å hjelpe barn av psykisk syke. Men da vi har sett hvor viktig relasjoner er for utviklingen av resiliens, kan det nesten virke overraskende at det er et stort mangel på forebyggende programmer som fokuserer på utvikling av nære og omsorgsfulle relasjoner mellom lærere og elever. Dette kan være et viktig element for den fremtidige resiliensforskningen å fokusere på.

# Litteraturliste

- Ahlgreen, Birgitte, (2001): *Usynlige unge – en bog om børn og unge med psykisk syge forældre*, København: Hans Reitzels Forlag
- Aldridge, Jo & Saul Becker, (2003): *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals*, Storbritannia: The Policy Press
- Almvik, Arve & Borgunn Ytterhus, (2004): *Ualminnelig alminnelighet – barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*, Rapportserie, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Trondheim: Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet
- Antonovsky, Aaron, (2000): *Helbredets Mysterium*, 1. Utgave, 9.opplag, København: Hans Reitzels Forlag
- Arnesen, Arne, Terje Ogden & Mari-Anne Sørli, (2008): *Positiv adfærd og støttende læringsmiljø i skolen*, Fredrikshavn: Dafolo Forlag
- Bagwell, Catherine L., Andrew F. Newcomb, & William M. Bukowski, (1998): Preadolescent Friendship and Peer Rejection as Predictors of Adult Adjustment, I: *Child Development*, Vol 69, Nr 1, s. 140-153
- Bandura, Albert, (1986): *Social foundations of thought & action: A social cognitive theory*, New Jersey: Prentice Hall, Upper Saddle River
- Bandura, Albert, (1997): *Self-efficacy – The Exercise of Control*, New York: W.H. Freeman and Company
- Barneloven, (1981, nr 7): *Lov om barn og foreldre*, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, LOV-1981-04-08-7, URL: <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19810408-007.html#30>
- Beardslee, William R., Lynn H. Schultz & Robert L. Selman, (1987): Level of social-cognitive development, adaptive functioning, and DSM-III diagnoses in adolescent offspring of parents with affective disorders: Implications of the development of the capacity for mutuality, I: *Developmental Psychology*, Vol 23, Nr 6, s. 807-815

- Beardslee, William R., Eve M. Versage & Tracy R.G. Gladstone, (1998): Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years, I: *American Academy of child and adolescent psychiatry*, Vol 37, Nr 11, s 1134-1141
- Beardslee, William R., (2002): *Out of the Darkened Room - When a Parent Is Depressed: Protecting the Children and Strengthening the Family*, Boston: Little, Brown and Company
- Beelmann, Andreas, Ulrich Pfingsten & Friedrich Lösel, (1994): Effects of Training Social Competence in Children: A Meta-Analysis of Recent Evaluation Studies, I: *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol 23, Nr 3, s. 260-271
- Bekhus, Mona, Michael Rutter, Edward D. Barker & Anne I.H. Borge, (2011): The role of pre- and postnatal Timing of Family Risk Factors on Child Behavior at 36 months, I: *Journal of abnormal child psychology*, Vol 39, Nr 4, s 611-621
- Berg, Nina B. J., (2005): *Elev og menneske – Psykisk helse i skolen*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bierman, Karen L. & C. J. Powers, (2009): Social Skills Training to Improve Peer Relations, I Kenneth H. Rubin, William M. Bukowski & Brett Laursen (red): *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups*, New York: The Guilford Press
- Bleuler, Manfred, (1974): The offspring of schizophrenics, I: *Schizophrenia Bulletin*, Vol 1, Nr 8, s. 93-107
- Borge, Anne I. H., (2008): *Resiliens: risiko og sunn utvikling*, 4. opplag, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brent, David & V. Robin Weersing, (2008): Depressive disorders in childhood and adolescence, I Michael Rutter, Dorothy Bishop, Daniel Pine, Steven Scott, Jim S. Stevenson, Eric A. Taylor & Anita Thapar (red): *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5. Edition, Oxford: Blackwell Publishing
- Brody, Gene H., Shannon Dorsey, Rex Forehand & Lisa Armistead, (2002): Unique and Protective Contributions of Parenting and Classroom Processes to the Adjustment of



African American Children Living in Single-Parent Families, I: *Child Development*, Vol 73, Nr 1, s. 274-286

Bronfenbrenner, Urie, (1979): *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Cambridge: Harvard University Press

Brooks, Robert B., (2005): The Power of Parenting, I Sam Goldstein & Robert B. Brooks (red): *Handbook of Resilience in Children*, Boston MA: Springer Science + Business Media, Inc

Bushman, Bryan & Gretchen G. Peacock, (2010): Problem-Solving Skills Training – Theory and Practice in the School Setting, I Gretchen G. Peacock, Ruth A. Ervin, Edward J. Daly III & Kenneth W. Merrel (red): *Practical Handbook of School Psychology – Effective Practices for the 21<sup>st</sup> Century*, New York: The Guilford Press

Carlson, Elisabeth A, Alan L. Stroufe & Byron Egeland, (2004): The Construction of Experience: A Longitudinal Study of Representation and Behavior, I: *Child Development*, Vol 75, Nr 1, s. 66-83

Cefai, Carmel, (2008): *Promoting Resilience in the Classroom – A Guide to Developing Pupils' Emotional and Cognitive Skills*, London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Cleaver, Hedy, I. Unell, & Jane Aldgate, (2000): *Children's needs-parenting capacity: The impact of parental mental illness, problem alcohol and drug use, and domestic violence on children's development*, London: The Stationery Office

Cohen, Lisa R., Denise A. Hien, & Sarai Batchelder, (2008): The Impact of Cumulative Maternal Trauma and Diagnosis on Parenting Behavior, I: *Child Maltreatment*, Vol 13, Nr 1, s. 27-38

Cooklin, Alan, (2004): Talking with children and their understanding of mental illness, I Michael Göpfert, Jeni Webster & Mary V. Seeman (red): *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families*, Second Edition, Cambridge: Cambridge University Press

- Criss, Michael M., Gregory S. Pettit, John E. Bates, Kenneth A. Dodge, & Amie L. Lapp, (2002): Family Adversity, Positive Peer Relationships, and Children's Externalizing Behavior: A Longitudinal Perspective on Risk and Resilience, I: *Child Development*, Vol 73, Nr 4, s. 1220-1237
- Dalgard, Odd S., (2000): Strategier og virkemidler, I Lars Weisæth og Odd S. Dalgard (red): *Psykisk helse – Risikofaktorer og forebyggende arbeid*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Daniel, Brigid & Sally Wassel, (2004): *The School Years: Assessing and Promoting Resilience in Vulnerable Children 2*, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
- Davydov, Dmitry M., Robert Stewart, Karen Ritchie & Isabelle Chaudieu, (2010): Resilience and mental health, I: *Clinical Psychology Review*, Vol 30, Nr 5, s. 479–495
- Delaney, Kathleen R., & Ruth Staten, (2010): Prevention Approaches in Child Mental Health Disorders, I: *The Nursing Clinics of North America*, Vol 45, Nr 4, s. 521-539
- Dougherty, Lea R., Daniel N. Klein, & Joanne Davila, (2004): A Growth Curve Analysis of the Course of Dysthymic Disorder: The Effects of Chronic Stress and Moderation by Adverse Parent–Child Relationships and Family History, I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 72, Nr 6, s. 1012–1021
- DSM-IV-TR, (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth edition, Text revision, Arlington VA: American Psychiatric Association
- Dweck, Carol S & Allison Master, (2009): Self-Theories Motivate Self-Regulated Learning, I Dale H. Schunk & Barry J. Zimmerman (red): *Motivation and Self-Regulated Learning: Theory, Research and Applications*, New York: Routledge Taylor & Francis Group
- Dworkin, Robert H., Barbara A. Cornblatt, Ruth Friedmann, Lucy M. Kaplansky, Julie A. Lewis, Anthony Rinaldi, Carol Shilliday, & Lexie Erlenmeyer-Kimling, (1993): Childhood Precursors of Affective vs. Social Deficits in Adolescents at Risk for Schizophrenia, I: *Schizophrenia Bulletin*, Vol 19, Nr 3, s. 563-577

- Eaves, Susan H, Carl J. Sheperis, Tracy Blanchard, Laura Baylot & Anthony Doggett, (2005): Teaching Time-Out and Job Card Grounding Procedures to Parents: A Primer for Family Counselors, I: *The Family Journal*, Vol 13, Nr 3, s. 252-258
- Elliot, Andrew J & James W. Fryer, (2009): Self-Regulation of Achievement Goal Pursuit, I Dale H. Schunk & Barry J. Zimmerman (red): *Motivation and Self-Regulated Learning: Theory, Research and Applications*, New York: Routledge, Taylor & Francis Group
- Eyberg, Sheila M., Melanie M. Nelson & Stephen R. Boggs, (2008): Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behavior, I: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Vol 37, Nr 1, s. 215–237
- Fodstad, Jill C., & Johnny L. Matson, (2009): Major Depression, I Johnny L. Matson (red): *Social Behavior and Skills in Children*, New York: Springer Science+Business Media
- Freiberg, H. Jerome, Thomas A. Stein, & Shwu-yong Huang, (1995): Effects of a Classroom Management Intervention on Student Achievement in Inner-City Elementary Schools, I: *Educational Research and Evaluation*, Vol 1, Nr 1, s. 36-66
- Friman, Patrick C., Jennifer L. Volz & Kimberly A. Haugen, (2010): Parents and School Psychologists as Child Behavior Problem-Solving Partners – Helpful Concepts and Applications, I Gretchen G. Peacock, Ruth A. Ervin, Edward J. Daly III & Kenneth W. Merrel (red): *Practical Handbook of School Psychology – Effective Practices for the 21<sup>st</sup> Century*, New York: The Guilford Press
- Frønes, Ivar, (2002): *De likeverdige – Om sosialisering og de jevnaldrendes betydning*, 3. Opplag, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Garley, Diane, R. Gallop, N. Johnston & J. Pipitone, (1997): Children of the mentally ill: a qualitative focus group approach, I: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol 4, Nr 2, s. 97–103
- Garnezy, Norman, (1983): Stressors of childhood, I Norman Garnezy & Michael Rutter (red): *Stress, coping, and development in children*, New York: McGraw-Hill Book Company

- Gass, Krista, Jennifer Jenkins, & Judy Dunn, (2007): Are sibling relationships protective? A longitudinal study, I: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol 48, Nr 2, s. 167-175
- Gelso, Charles J & Bruce R. Fretz, (2001): *Counseling Psychology*, Second edition, London: Wadsworth Publishing Co Inc, Cengage Learning
- Gladstone, Brenda M., Katherine M. Boydell & Patricia McKeever, (2006): Recasting research into children`s experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience, I: *Social Science & Medicine*, Vol 62, Nr 10, s. 2540-2550
- Goodman, Sherryl H. & Ian H. Gotlib, (1999): Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission, I: *Psychological Review*, Vol 106, Nr 3, s. 458-490
- Gordon, David, Constance Hammen, Cheri Adrian, Carol Jaenicke, Donald Hiroto, & Dorli Burge, (1989): Observations of Interactions of Depressed Women With Their Children, I: *The American Journal of Psychiatry*, Vol 146, Nr 1, s. 50-55
- Graham, Sandra, (1990): Communicating Low Ability in the Classroom: Bad Things Good Teachers Sometimes Do, I Sandra Graham & Valerie Folkes (red): *Attribution Theory: Applications to Achievement, Mental Health, and Interpersonal Conflict*, Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc,
- Grinde, Eva, (2004): Symptomer hos små og store barn, I Eva Grinde: *Barn av psykisk syke-informasjonshefte*, Oslo: Rådet for psykisk helse
- Gundersen, Knut K., & Luke Moynahan, (2010): Trening av sosial kompetanse, I Svein Eikeseth & Frode Svartdal (red): *Anvendt atferdsanalyse – teori og praksis*, 2. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hammen, Constance, David Gordon, Dorli Burge, Cheri Adrian, Carol Jaenicke, & Donald Hiroto, (1987): Maternal affective disorders, illness, and stress: Risk for children`s psychopathology, I: *The American Journal of Psychiatry*, Vol 144, Nr 6, s. 736-741

- Hammen, Constance, (2003): Risk and Protective Factors for Children of Depressed Parents, I Suniya S. Luthar (red): *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, Cambridge: Cambridge University Press
- Hamre, Bridget K. & Robert C. Pianta, (2001): Early Teacher–Child Relationships and the Trajectory of Children’s School Outcomes through Eighth Grade, I: *Child Development*, Vol 72, Nr 2, s. 625-638
- Hans, Sydney L., Judith G. Auerbach, Benedict Styr, & Joseph Marcus, (2004): Offspring of parents with schizophrenia: Mental disorders during childhood and adolescence, I: *Schizophrenia Bulletin*, Vol 30, Nr 2, s. 303-315
- Haugen, Richard (2008a): Hva er sosiale og emosjonelle vansker? I Richard Haugen (red): *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*, Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Haugen, Richard (2008b): Emosjonelle vansker i form av angstlidelser og stemningslidelser: Hvordan kommer de til uttrykk? I Richard Haugen (red): *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*, Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Haukø, Britt H. & John H. Stamnes, (2009): *Barnas Time – En temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*, Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Hetherington, E Mavis & Anne Mitchell Elmore, (2003): Risk and Resilience in Children Coping with Their Parents` Divorce and Remarriage, I Suniya S. Luthar (red): *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, Cambridge: Cambridge University Press
- Heyerdahl, Kristin, (2000): Omsorgssvikt, I Lars Weisæth & Odd S. Dalgard (red): *Psykisk helse – Risikofaktorer og forebyggende arbeid*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Holden, Børge, (2010): Språk, regelstyring og bevissthet, I Svein Eikeseth & Frode Svartdal (red): *Anvendt atferdsanalyse - teori og praksis*, 2. utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Hollis, Chris, (2008): Schizophrenia and allied disorders, I Michael Rutter, Dorothy Bishop, Daniel Pine, Steven Scott, Jim S. Stevenson, Eric A. Taylor & Anita Thapar (red): *Rutter`s Child and Adolescent Psychiatry*, 5. Edition, Oxford: Blackwell Publishing
- Holm, Per, Bjarne Møller & Birger Perlt, (2002): Liv med psykisk syge forældre - en introduktion, I Per Holm, Bjarne Møller & Birger Perlt (red): *Når mor eller far er psykisk syg 2 – En artikkelsamling*, København: Socialt Udviklingscenter SUS
- Hundeide, Karsten, (2003): Guided Interaction in the Classroom, I Anne Arnesen (red): *The Resilient Child: How coping and resilience promote and develop the capacity to learn*, Oslo: The Norwegian Educational Therapist Association
- ICD-10 (1992): *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneve: World Health Organization
- Jenkins, Jennifer & Marjorie A. Smith, (1990): Factors Protecting Children Living in Disharmonious Homes: Maternal Reports, I: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol 29, Nr 1, s. 60-69
- Jenkins, Jennifer (2008): Psychosocial Adversity and Resilience, I Michael Rutter, Dorothy Bishop, Daniel Pine, Steven Scott, Jim S. Stevenson, Eric A. Taylor & Anita Thapar (red): *Rutter`s Child and Adolescent Psychiatry*, 5. Edition, Oxford: Blackwell Publishing
- Johnson, David W., Roger T. Johnson & Mary Beth Stanne, (2000): Cooperative Learning Methods: A Meta-Analysis, URL: <http://www.tablelearning.com/uploads/File/EXHIBIT-B.pdf>, Lesedato: 28.02.2012
- Jolivet, Kristine, Janine P. Stichter & Katherine M. McCormick, (2002): Making Choices, Improving Behavior, Engaging in Learning, I: *Teaching Exceptional Children*, Vol 34, Nr 3, s. 24-29
- Kazdin, Alan E., Debra Bass, Todd Siegel & Christopher Thomas, (1989): Cognitive-Behavioral Therapy and Relationship Therapy in the Treatment of Children Referred for Antisocial Behavior, I: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 57, Nr 4, s. 522-535

- Kendler, Kenneth S., Pak Chung Sham & Charles J MacLean, (1997): The determinants of parenting: an epidemiological, multi-informant, retrospective study, I: *Psychological Medicine*, Vol 27, Nr 3, s. 549-563
- Kern, Lee, Christina M. Vorndran, Alexandra Hilt, Joel E. Ringdahl, Barry E. Adelman & Glen Dunlap, (1998): Choice as an Intervention to Improve Behavior: A Review of the Literature, I: *Journal of Behavioral Education*, Vol 8, Nr 2, s. 151-169
- Kessler, Ronald C., Katherine A. McGonagle, Shanyang Zhao, Christopher B. Nelson, Michael Hughes, Suzann Eshleman, Hans-Ulrich Wittchen, & Kenneth S. Kendler, (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey, I: *Archives of General Psychiatry*, Vol 51, Nr 1, s. 8-19
- Killén, Kari, (2000): *Barndommen varer i generasjoner – Forebygging er alles ansvar*, Oslo: Kommuneforlaget AS
- Killén, Kari, (2009): *Sveket 1- Barn i risiko- og omsorgssviktssituasjoner*, Oslo: Kommuneforlaget AS
- Kochanska, Grazyna & Nazan Aksan, (2004): Development of Mutual Responsiveness Between Parents and Their Young Children, I: *Child Development*, Vol 75, Nr 6, s. 1657 – 1676
- Krause, Neal & Sheldon Stryker, (1984): Stress and well-being: The buffering role of locus of control beliefs, I: *Social Science and Medicine*, Vol 18, Nr 9, s. 783-790
- Kringlen, Einar, (2008): *Psykiatrici*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvello, Øyvind, (2010): *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ladd, Gary W., (2005): *Children's Peer Relations and Social Competence – A Century of Progress*, New Haven: Yale University Press

- Lande, Solveig Bugge, (2000): Stress- og traumerelaterte lidelser hos barn og unge, I Lars Weisæth & Odd S. Dalgard (red): *Psykisk helse – Risikofaktorer og forebyggende arbeid*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lefley, Harriet P. (1996): *Family caregiving in mental illness*, Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Leverton, Tessa J., (2003): Parental psychiatric illness: the implications for children, I: *Child and adolescent psychiatry*, Vol 16, Nr 4, s. 395-402
- Lockwood, Rebecca L., Noni K. Gaylord, Katherine M. Kitzmann, & Robert Cohen, (2002): Family Stress and Children's Rejection by Peers: Do Siblings Provide a Buffer? I: *Journal of Child and Family Studies*, Vol 11, Nr 3, s. 331-345
- Luthar, Suniya S., (2003): Preface, I Suniya S. Luthar (red): *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*, Cambridge: Cambridge University Press
- Luthar, Suniya S., (2006): Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades, I Dante Cicchetti & Donald J. Cohen (red): *Developmental Psychopathology, Volume 3: Risk, Disorder, and Adaption*, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc
- Lösel, Friedrich & Andreas Beelmann, (2003): Effects of Child Skills Training in Preventing Antisocial Behavior: A Systematic Review of Randomized Evaluations, I: *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol 587, Nr 1, s. 84-109
- Mandal-Blasio, Rebecca, Karen Sheridan, George Schreiner, & Tra Ladner, (2009): Challenging Behaviors, I Johnny L. Matson (red): *Social Behavior and Skills in Children*, New York: Springer Science + Business Media
- Masten, Ann S., Karin M. Best & Norman Garmezy, (1990): Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity, I: *Development and Psychopathology*, Vol 2, Nr 4, s. 425-444
- Masten, Ann S, (2001): Ordinary Magic – Resilience Processes in Development, I: *American Psychologist*, Vol 56, Nr 3, s. 227-238



- Maybery, Darryl J., Andrea E. Reupert, Kent Patrick, Melinda Goodyear & Lin Crase, (2009):  
Prevalence of parental mental illness in Australian families, I: *The Psychiatrist*, Vol  
33, Nr 1, s. 22-26
- McCollum, Jeanette A, & Michaelene M. Ostrosky, (2008): Family Roles in Young  
Children`s Emerging Peer-Related Social Competence, I William H. Brown, Samuel  
L. Odom & Scott R. McConnel (red): *Social Competence of Young Children – Risk,  
Disability & Intervention*, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co
- Mead, George H., (1934): *Mind, Self, & Society: from the Standpoint of a Social Behaviorist*,  
Chicago: The University of Chicago Press
- Meichenbaum, Donald & Andrew Biemiller, (1998): *Nurturing independent learners: helping  
students take charge of their learning*, Cambridge: Brookline Books
- Mevik, Kate, (1998): *Møte med galskap: om pårørende og psykiatri*, Oslo: Tano Aschehoug
- Mevik, Kate & Bjørg E. Trymbo, (2002): *Når foreldre er psykisk syke*, Oslo:  
Universitetsforlaget
- Miller, Frederick E., (1996): Grief Therapy for Relatives of Persons With Serious Mental  
Illness, I: *Psychiatric Services*, Vol 47, Nr 6, s. 633-637
- Mordoch, Elaine & Wendy A. Hall, (2002): Children living with a parent who has a mental  
illness: a critical analysis of the literature and research implications, I: *Archives of  
Psychiatric Nursing*, Vol XVI, Nr 5, s. 208-216
- Mowbray, Carol T., Daphna Oyserman, & Scott Ross, (1995): Parenting and the Significance  
of Children for Women With a Serious Mental Illness, I: *Journal of Mental Health  
Administration*, Vol 22, Nr 2, s. 189-200
- Mørch, Bente, (2002): Projekt Tæt/Væk, I Per Holm, Bjarne Møller & Birger Perlt (red): *Når  
mor eller far er psykisk syk 2 – En artikkelsamling*, København: Socialt  
Udviklingscenter SUS
- Ogden, Terje, (2009): *Sosial kompetanse og problematferd i skolen*, 2. utgave, Oslo:  
Gyldendal Norsk Forlag AS

- Olsen, Maila I. & Karen Marie Traavik, (2010): *Resiliens i skolen: Om hvordan skolen kan bidra til livsmestring for sårbare barn og unge. Teori og tiltak*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Ong, Anthony D., Cindy S. Bergeman, Toni L. Bisconti, & Kimberly A. Wallace, (2006): Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life, I: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 91, Nr 4, s. 730-749
- Ott, Salome L., Simone A. Roberts, Donald A. Rock, Julie L. Allen, & Lexie Erlenmeyer-Kimling, (2002): Positive and negative thought disorder and psychopathology in childhood among subjects with adulthood schizophrenia, I: *Schizophrenia Research*, Vol 58, Nr 2-3, s. 231-239
- Pajares, Frank (2009): Motivational Role of Self-Efficacy Beliefs in Self-Regulated Learning, I Dale H. Schunk & Barry J. Zimmerman (red): *Motivation and Self-Regulated Learning: Theory, Research and Applications*, New York: Routledge Taylor & Francis Group
- Parker, Jeffrey G. & John Seal, (1996): Forming, Losing, Renewing, and Replacing Friendships: Applying Temporal Parameters to the Assessment of Children's Friendship Experiences, I: *Child Development*, Vol 67, Nr 5, s. 2248-2268
- Paulsen, Erik & Edvin Bru, (2008): Preferred social organization of learning formats among pupils experiencing different kinds of internalizing problems in secondary school, I: *Emotional and Behavioural Difficulties*, Vol 13, Nr 4, s 259-273
- Psykisk helse i skolen (a): URL: <http://www.phis.no/default2.asp?id=1207>, Lesedato: 05.11.11
- Psykisk helse i skolen (b): URL: <http://www.phis.no/visartikkel.asp?id=2469>, Lesedato: 05.11.11
- Puckering, Christine, (2004): When a parent suffers from an affective disorder: effect on the child, I Michael Gøpfert, Jeni Webster & Mary Seeman (red): *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*, Second edition, Cambridge: Cambridge University Press

- Radke-Yarrow, Marian, Editha Nottelmann, Pedro Martinez, Mary B. Fox & Barbara Belmont, (1992): Young children of Affectively ill Parents: A Longitudinal Study of Psychosocial Development, I: *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol 31, Nr 1, s. 68- 77
- Reivich, Karen, Jane E. Gillham, Tara M. Chaplin, & Martin E.P. Seligman, (2005): From Helplessness to Optimism: The Role of Resilience in Treating and Preventing Depression in Youth, I Sam Goldstein & Robert B. Brooks (red): *Handbook of Resilience in Children*, New York: Springer Science+Business Media, Inc
- Richardson, Glenn E, (2002): The Metatheory of Resilience and Resiliency, I: *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 58, Nr 3, s. 307-321
- Rolf, Jon, Ann S. Masten, Dante Cicchetti, Keith H. Nuechterlein, & Sheldon Weintraub, (1990): Part III: Competence under adversity: individual and family differences in resilience, I Jon Rolf, Ann S. Masten, Dante Cicchetti, Keith H. Nuechterlein, & Sheldon Weintraub (red): *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, Cambridge: Cambridge University Press
- Rutter, Michael, Bridget Yule, David Quinton, Olwen Rowlands, William Yule & Michael Berger, (1975): Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: III – Some Factors Accounting for Area Differences, I: *British Journal of Psychiatry*, Vol 126, Nr 1, s. 520-533
- Rutter, Michael & David Quinton, (1984): Parental psychiatric disorder: Effects on children, I: *Psychological Medicine*, Vol 14, Nr 4, s. 853-880
- Rutter, Michael (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms, I Jon Rolf, Ann S. Masten, Dante Cicchetti, Keith H. Nuechterlein, & Sheldon Weintraub (red): *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, Cambridge: Cambridge University Press
- Sandler, Irwin, (2001): Quality and Ecology of Adversity as Common Mechanisms of Risk and Resilience, I: *American Journal of Community Psychology*, Vol 29, Nr. 1, s. 19-61
- Sandler, Irwin, Sharlene Wolchik, Caroline Davis, Rachel Haine & Tim Ayers, (2003): Correlational and Experimental Study of Resilience in Children of Divorce and

- Parentally Bereaved Children, I Suniya S. Luthar (red): *Resilience and Vulnerability: Adaption in the Context of Childhood Adversities*, Cambridge: Cambridge University Press
- Sarason, Barbara R., Edward N. Shearin, Gregory R. Pierce, & Irwin G. Sarason, (1987): Interrelations of Social Support Measures: Theoretical and Practical Implications, I: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 52, Nr 4, s. 813-832
- Scheid, Teresa L. & Tony N. Brown, (2010): Approaches to mental health and illness: Conflicting definitions and emphases, I Teresa L. Scheid & Tony N. Brown (red): *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, Second edition, Cambridge: Cambridge University Press
- Schultz, Jon-Håkon & Magne Raundalen, (2008): Krisepedagogikk: Når krisen oppstår, I Richard Haugen (red): *Barn og unges læringsmiljø 3 – med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*, Kistiansand: Høyskoleforlaget
- Schunk, Dale H., (1983): Progress Self-Monitoring: Effects on Children's Self-Efficacy and Achievement, I: *Journal of Experimental Education*, Vol 51, Nr 2, s. 89-93
- Schunk, Dale H. & Antoinette R. Hanson, (1985): Peer Models: Influence on Children's Self-Efficacy and Achievement, I: *Journal of Educational Psychology*, Vol 77, Nr 3, s. 313-322
- Schunk, Dale H. & Antoinette R. Hanson, (1989): Influence of Peer-Model Attributes on Children's Beliefs and Learning, I: *Journal of Educational Psychology*, Vol 81, Nr 3, s. 431-434
- Seeman, Mary V. (2004): Schizophrenia and motherhood, I Michael Gøpfert, Jeni Webster & Mary Seeman (red): *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*, Second edition, Cambridge: Cambridge University Press
- Shaw, Daniel S., Richard Q. Bell & Miles Gilliom, (2000): A Truly Early Starter Model of Antisocial Behavior Revisited, I: *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol 3, Nr 3, s. 155-172

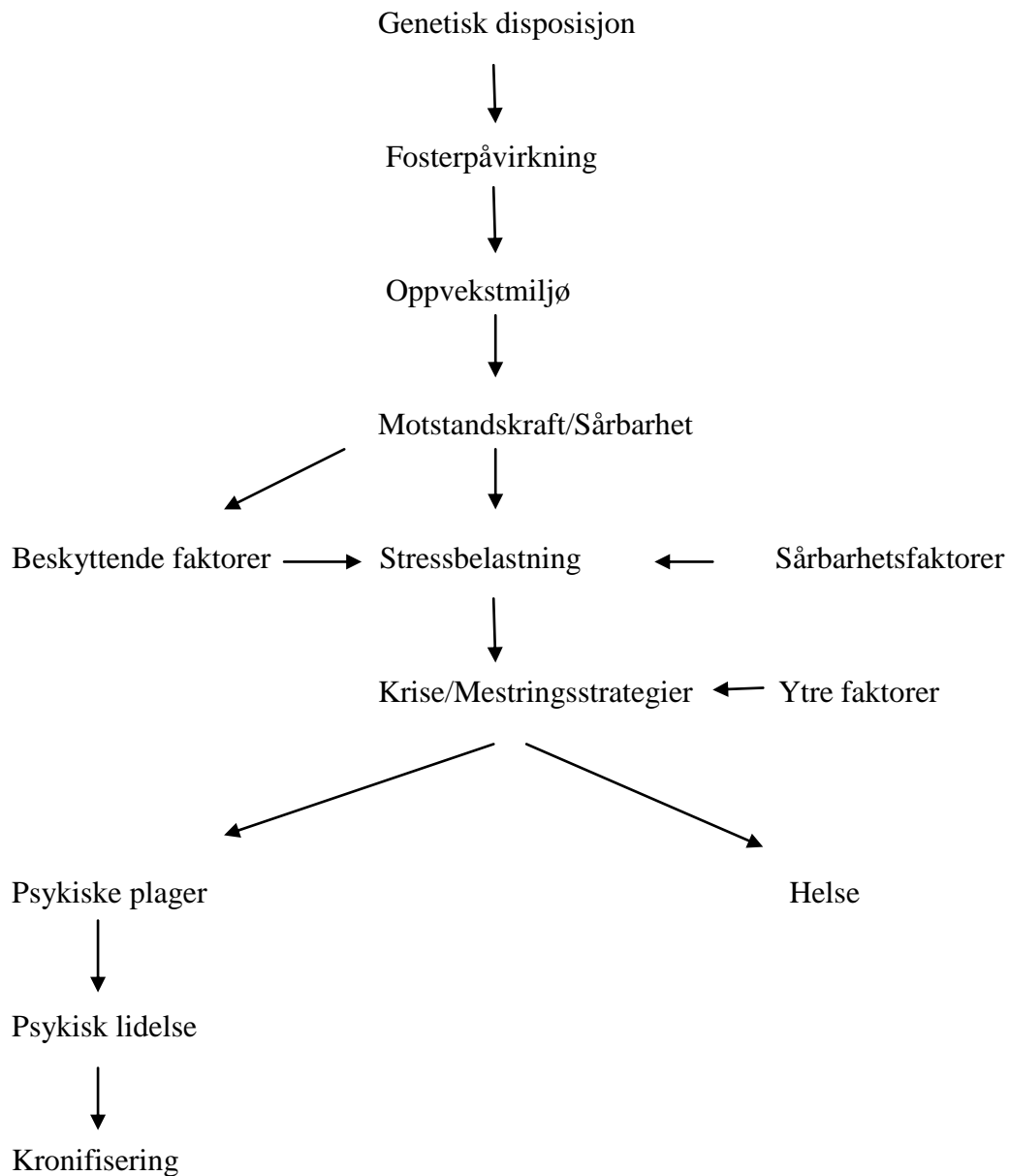
- Shriver, Mark D. & Keith D. Allen, (2010): Parent Training – Working with Families to Develop and Implement Interventions, I Gretchen G. Peacock, Ruth A. Ervin, Edward J. Daly III & Kenneth W. Merrel (red): *Practical Handbook of School Psychology – Effective Practices for the 21<sup>st</sup> Century*, New York: The Guilford Press
- Shure, Myrna B., & Bonnie Aberson, (2005): Enhancing the Process of Resilience through Effective Thinking, I Sam Goldstein & Robert B. Brooks (red): *Handbook of Resilience in Children*, New York: Springer Science+Business Media, Inc
- Skerfving, Annemi, (2005): *At synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykisk sjuka föräldrar*, Stockholm: Författaren och Förlagshuset Gothia AB
- Smith, Lars & Stein Erik Ulvund, (2006): *Spedbarnsalderen*, 3. opplag, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Stallard, Paul, Phillip Norman, Sarah Huline-Dickens, Emma Salter & Jan Cribb, (2004): The effects of Parental Mental Illness upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children, I: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol 9, Nr 1, s. 39-52
- Stein, Alan, Paul Ramchandani & Lynne Murray, (2008): Impact of parental psychiatric disorder and physical illness, I Michael Rutter, Dorothy Bishop, Daniel Pine, Steven Scott, Jim S. Stevenson, Eric A. Taylor & Anita Thapar (red): *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5. Edition, Oxford: Blackwell Publishing
- St.prp. nr. 63, (1997-1998): *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Stromwall, Layne K. & Elisabeth A.R. Robinson, (1998): When a family member has a schizophrenic disorder: Practice issues across the family life cycle, I: *American Journal of orthopsychiatry*, Vol 68, Nr 4, s. 580-589
- Swearer, Susan M., Jami E. Givens & Lynae J. Frerichs, (2010): Cognitive-Behavioral Interventions for Depression and Anxiety, I Gretchen G. Peacock, Ruth A. Ervin, Edward J. Daly III & Kenneth W. Merrel (red): *Practical Handbook of School Psychology – Effective Practices for the 21<sup>st</sup> Century*, New York: The Guilford Press

- Sørлие, Mari-Anne, Kristine Amlund Hagen, & Terje Ogden, (2008): Social Competence and Antisocial Behavior: Continuity and Distinctiveness Across Early Adolescence, I: *Journal of Research on Adolescence*, Vol 18, Nr 1, s. 121-144
- Thompson, Rosemary A., (2006): *Nurturing Future Generations: Promoting Resilience in Children and Adolescents Through Social, Emotional and Cognitive Skills*, New York: Routledge, Taylor & Francis Group
- Torvik, Fartein A. & Kamilla Rognmo, (2011): *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*, Rapport 2011:4, Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Utdannings- og forskningsdepartementet, (2004): Rundskriv F-13/04, *Dette er kunnskapsløftet, Kultur for læring*, Oslo
- Utdanningsdirektoratet, (2007): *Utvikling av sosial kompetanse: Veileder for skolen*, URL: [http://www.udir.no/PageFiles/35221/Veil\\_Sos\\_kompetanse.pdf](http://www.udir.no/PageFiles/35221/Veil_Sos_kompetanse.pdf)
- Veland, Jarmund, (2011): Klarer skolen å inkludere de sosialt sårbare elevene? I Unni V. Midthassel, Edvin Bru, Sigrun K. Ertesvåg & Erling Roland (red): *Sosiale og emosjonelle vansker: Barnehagens og skolens møte med sårbare barn og unge*, Oslo: Universitetsforlaget
- Vitaro, Frank, Michel Boivin & William M. Bukowski (2009): The Role of Friendship in Child and Adolescent Psychosocial Development, I Kenneth Rubin, William M. Bukowski & Brett Laursen (red): *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups*, New York: The Guilford Press
- Vygotsky, Lev S, (1978): *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*, Cambridge Massachusetts: Harvard University Press
- Waaktaar, Trine & Helen J. Christie, (2000): *Styrk sterke sider: Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*, Oslo: Kommuneforlaget AS
- Waaktaar, Trine, Helen J. Christie, Anne I. Borge & Sverre Torgersen, (2004): How can Young People's Resilience be Enhanced? Experiences from a clinical Intervention Project, I: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol 9, Nr 2, s. 167-183

- Walker, Elaine F. & Geraldine Downey, (1990): The effects of familial risk factors on Social-Cognitive Abilities in children, I: *Child Psychiatry and Human Development*, Vol 20, Nr 4, s. 253- 267
- Weissberg, Roger P, Karol L. Kumpfer & Martin E. P. Seligman, (2003): Prevention That Works for Children and Youth: An Introduction, I: *American Psychologist*, Vol 58, Nr 6/7, s. 425-432
- Weisæth, Lars, (2000): Sentrale begreper og definisjoner, I Lars Weisæth & Odd S. Dalgard (red): *Psykisk helse – Risikofaktorer og forebyggende arbeid*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Wentzel, Kathryn R., (2009): Peers and Academic Functioning at School, I Kenneth H. Rubin, William M. Bukowski & Brett Laursen (red): *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups*, New York: The Guilford Press
- Werner, Emmy E & Ruth S. Smith, (2001): *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery*, Ithaca New York: Cornell University Press
- Westheimer, Joel, (1998): *Among School Teachers - community, autonomy and ideology in teachers' work*, New York: Teachers College Press
- WHO: *Verdens Helse Organisasjon*: URL:  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/), Lesedato: 12.01.2012
- Wilbrandt, Jens, (2002): Billeder fra min barndom, I Per Holm, Bjarne Møller & Birger Perlt (red): *Når mor eller far er psykisk syk 2 – En artikkelsamling*, København: Socialt Udviklingscenter SUS
- Zimmerman, Barry J, (2000): Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn, I: *Contemporary Educational Psychology*, Vol 25 Nr 1, s. 82-91

# Vedlegg 1

## Stressmestrings-sårbarhetsmodellen:



(Figur 1.2: Weisæth, 2000:17)