

Skal vi snakke med barna?

Traumatiserte flyktnings kommunikasjon med sine barn

Mette Marit Knobelauch Laading

Veileder
Malvern Lumsden

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Forord

Støttespillere i arbeidet med masteroppgaven har vært hovedveileder prosessor Malvern Lumsden ved Universitetet i Agder og biveileder seniorrådgiver Gwyn Øverland ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Leder og kolleger ved min arbeidsplass på Klinikk for psykosomatikk og traumer ved Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF) har også bidratt med hjelp, støtte og oppmuntring, og flyktningforeldrene som ville dele tankene sine og har latt seg intervjuet har muliggjort prosjektet. Forskning og utviklingsavdelingen ved SSHF har bevilget ”frømidler” til støtte til utgifter i forbindelse med intervjuene.

En takk til dere alle.

Takk også til Audun Matthias som har tatt det hele med godt humør.

Innholdsfortegnelse	Side
1. Innledning	8
1.1 Bakgrunn	8
1.1.1 <i>Den sosial kontekst</i>	8
1.2 Hvorfor skal vi snakke med barna?	10
1.2.1.a <i>Barneperspektivet</i>	12
1.2.1.b <i>Foreldreperspektivet</i>	12
1.3 Egen førforståelse	14
1.4 Angående forskningslitteraturen	14
1.5 Definisjoner	15
1.6 Hensikt med undersøkelsen	16
1.6.1 <i>Avgrensning av forskningsspørsmålet</i>	16
1.6.2 <i>Problemstilling</i>	17
1.7 Oppgavens oppbygning	17
2. Posttraumatisk stresslidelse	17
2.1 Diagnosen	17
2.2 Andre implikasjoner	19
2.3 Utvidelse av diagnosen	20
2.4 Diskusjon om diagnosen relevans	20
2.5 Kulturaspektet	20
2.6 Autonome reaksjoner	21
3. Overføring av traumer fra foreldre til barn	22
3.1 Barn av holocaustoverlevende	23
3.2 Barn av krigsveteraner	26
3.2.1 <i>Familieatmosfæren</i>	27
3.2.2 <i>Kommunikasjonsmønstre</i>	27
3.3 Biologisk overføring av traumer	28
3.4 Affektregulering	30
3.5 ”Taushetens sammensvergelse”	31
3.6 Mestringsstrategier	32
4. Utviklings- helse- og sosialpsykologisk teori som grunnlag for drøfting	33

4.1 Utviklingsperspektivet	34
4.2 Salutogenese	35
4.3 Sosial konstruktivisme	36
5. Metode	38
5.1 Innledning	38
5.2 Godkjenning av prosjektet	39
5.3 Skjevheter/bias	39
5.3.1 <i>Utvalg</i>	39
5.3.2 <i>Språk</i>	40
5.3.3 <i>Kultur</i>	40
5.4 Anonymitet i teksten	40
5.5 Utvalg	41
5.6 Kontakt med informanten	42
5.7 Datainnsamling	42
5.8 Informasjon til deltakerne	43
5.9 Lagring av data	43
5.10 Intervjusituasjonen	44
5.11 Analysemetoder	44
6 Resultater	45
6.1 Har du snakket med barna om symptomene?	45
6.1.1 <i>Hvor mange har snakket med barna?</i>	45
6.1.2 <i>Hvem av barna har de snakket med?</i>	45
6.2 Har du tenkt å snakke med barna?	46
6.3 Tror du dine barn har lagt merke til at du plages med noe?	46
6.3.1 <i>Hva har barna merket?</i>	46
6.4 Har dine barn stilt deg spørsmål omkring dette?	47
6.5 Hva er grunnen til at du velger å ikke snakke med barna om dine plager?	47
6.6 Hva er grunnen til at du ville snakke med dem om dine plager?	48
6.7 Hvordan forklarte du symptomene dine?	48
6.7.1 <i>Hvilke ord brukte du?</i>	48
6.8 Hvordan har barna reagert på dette?	49
7. Drøfting	49

7.1 Metodologiske refleksjoner	49
7.1.1 <i>Etiske vurderinger av fordeler og ulemper</i>	49
7.1.1.a <i>Studiens fordeler</i>	49
7.1.1.b <i>Studiens ulemper</i>	50
7.1.2 <i>Gyldighet og pålitelighet</i>	50
7.1.3 <i>Egen rolle som forsker</i>	51
7.1.4 <i>Refleksjoner rundt intervjusituasjonen</i>	52
7.2 Teoretiske refleksjoner	53
7.2.1 <i>Traume og tilknytning</i>	53
7.2.2 <i>Traume og mestringsverktøy</i>	54
7.2.3 <i>Traume og sosialiseringmønster</i>	56
8. Konsekvenser for praksis og videre forskning	58
8.1 Konsekvenser for praksis	58
8.1.2 <i>Barnas alder</i>	59
8.1.3 <i>Foreldrenes inntrykk av hva barna har lagt merke til</i>	59
8.1.4 <i>Foreldrenes argumenter i mot å snakke med barna</i>	59
8.1.5 <i>Foreldrenes argumenter for å snakke med barna</i>	59
8.1.6 <i>Hva skal det snakkes om?</i>	60
8.1.7 <i>PTSD-diagnosen</i>	60
8.1.8 <i>Hva jeg ikke fant</i>	60
8.1.9 <i>Hvordan få foreldrene i tale?</i>	61
8.2 Forslag til videre forskning	61
8.2.1 <i>Tilknytning</i>	61
8.2.2 <i>Hva opplever barna til foreldrene jeg har intervjuet?</i>	61
8.2.3 <i>Familiesamspillet</i>	61
9. Litteraturliste	63
Vedlegg 1. Det praktiske	68
Vedlegg 2. Matrise – rådata fra intervjuene	70
Vedlegg 3. Intervjuguide	76
Vedlegg 4. Informasjonsskriv og samtykke	77

Sammendrag

På grunnlag av en endring i helsepersonelloven i 2010 ble det pålagt at helsepersonell skal sørge for at mindreårige barn får nødvendig informasjon vedrørende foreldrenes sykdom. Helsepersonellet skal samtale med foreldrene om å informere barna og tilby seg å bistå ved behov. Det kunne synes som om det hos foreldre med flyktningbakgrunn var en del motstand mot å snakke med barna, og oppgaven har som hensikt å finne ut hva som kan ligge til grunn for dette. Det ble benyttet kvantitativ forskningsmetode, og 6 foreldre med flyktningbakgrunn og som går til behandling for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ved Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet Sykehus Helseforetak ble intervjuet. Det kom frem at alle trodde barna hadde merket noe til symptomene deres. De som hadde forklart om sine plager gjorde dette for at ikke barna skulle være redde, for å slippe å skjule symptomene og for å bidra til åpenhet generelt i familien. De som ikke ønsket å snakke oppga som hovedårsak bekymring for å overføre sine traumer og symptomer til barna. Tidligere forskning viser at barn lager sin egen historie av det de oppfatter av foreldrenes problemer. Foreldre med PTSD har et høyt symptomtrykk som kan gi seg utslag i reaksjoner som for barn kan være uforståelige. For å minske risikoen for direkte eller indirekte traumeoverføring til neste generasjon er det viktig med fokus på kommunikasjon.

Nøkkelord: barneansvarlig, kommunikasjon, traumeoverføring, PTSD, barn, traumatiserte foreldre, flyktning.

Abstract

Following a 2010 change in the law concerning health service staff, minors are now entitled to receive accurate information about their parents' illness. Medical staff are required to talk to parents about informing the children, and, if needed, to assist them in this task. It appears that there is a certain resistance about talking to their children among parents with refugee backgrounds, and this study's intention is to explore the reasons for this phenomenon. A qualitative method was used to approach the subject, and 6 parents following treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) at the psychiatric clinic of Sørlandet Hospital were interviewed. It was found that all of the parents thought that their children were aware of certain of their symptoms. The parents that had tried to offer explanations of their torments did this in an effort to prevent the children from worrying, to avoid having to hide their symptoms, and to contribute to general openness in the family. Those who did not want to talk to the children stated as a main reason that they were afraid of transmitting their traumas and symptoms to the children. Earlier research has shown that children make their own interpretations based on what they perceive of their parents' problems. Parents suffering from PTSD experience a high level of stress, which can lead to reactions the children cannot comprehend. In order to reduce the risks of direct or indirect transmission of trauma to the next generation it is important to focus on communication.

Key words: communication, intergenerational transmission of trauma, PTSD, children, traumatised parents, refugee

1. Innledning

Denne oppgaven ble til etter at jeg i min jobbsituasjon kjente på noe som minnet om følelsen av å ha sand i skoen etter en tur på stranden. Denne sanden kan man gå videre med, det er ikke smertefullt, men mer et forstyrrende element som ikke lar seg glemme. Slik føltes det da jeg som terapeut og barneansvarlig på en poliklinikk skulle snakke med pasienter og kolleger om de viktige foreldresamtalene om barn som pårørende. Det er ingen tvil om at informasjon til barna er av stor betydning for deres ve og vel, som jeg også kommer inn på i oppgaven, men hvor var foreldrene i dette? Og spesielt de foreldrene som jeg arbeider med, traumatiserte flyktninger fra alle kanter av verden hvor det er krig og forfølgelse. De fleste hadde ingen tradisjon for å innlemme barna i ubehagelige ”voksenproblemer”, akkurat på samme måte som hos etnisk norske inntil nylig. En innstilling som til dels fremdeles er rådende.

”Sandkornene” var foreldreperspektivet. Hva tenker de selv om å skulle formidle noe om sin sykdom til barna, hva vinner de på det og hvordan ser de på om dette virkelig er det beste for barna deres? Dette ønsket jeg å se nærmere på i den hensikt å lettere kunne få disse foreldrene i tale, ikke ved kun å fortelle hva som er best for deres barn, men å kunne relatere det til meninger og tanker andre foreldre har hatt om dette temaet.

1.1. Bakgrunn

1.1.1 Den sosiale kontekst

01.01.2010 trådte det i kraft en lovendring i helsepersonelloven:

Helsepersonelloven § 10a pålegger helsepersonell en plikt til å ivareta det behov for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand (Helsedirektoratet, 2010, s.3).

For å styrke barnas rettigheter ble det også vedtatt en ny bestemmelse i spesialisthelseloven § 3-7a. Denne pålegger helseinstitusjonene å ha barneansvarlig personell som skal kunne holde fokus på, og eventuelt koordinere, oppfølging av pasientenes barn. Det er også, i helsepersonelloven § 25 tredje ledd, åpnet for at taushetsbelagte opplysninger kan gis til personell som skal ivareta barnas behov med mindre forelderens motsetter seg dette (Helsedirektoratet, 2010). Det åpnes allikevel for å kunne gi barnet generell informasjon om tilstand og behandling uten foreldres samtykke. Generell informasjon kan være for eksempel informasjon om at forelderens får hjelp, at ikke barnet kan lastes for situasjonen, muligheten

for å besøke far eller mor hvis barnet vet hvor vedkommende befinner seg, hva behandlingsinstansen kan bidra med og gi råd om hvordan barna best kan mestre situasjonen, eventuelt opplyse om barnegrupper eller lignende.

Forelderens fullmakt trengs hvis det skal gis mer spesifikk informasjon om den aktuelle foreldres konkrete situasjon. Dersom forelderen ikke samtykker i at barnet skal informeres om helsetilstanden skal helsepersonellet som regel være bundet av taushetsplikten. Ettersom et brudd på denne vil kunne føre til økt konfliktnivå i familien kan dette være til skade for barnet i en situasjon hvor det er viktig å støtte opp om familiens samhold. Det vil også gå ut over tilliten til behandlende helsepersonell, og behandlingsalliansen, for eksempel i psykiatrisk avdeling, vil kunne ta skade.

Det vises til FNs barnekonvensjon, som Norge ratifiserte i 2003, hvor det fremgår at foreldre har hovedansvaret for å følge opp barna, men etter ny lov skal helsepersonell være med å styrke deres evne til å påta seg omsorgen. I barnekonvensjonens artikkel 12 står det at barn har rett til å gi uttrykk for sine synspunkt, og at disse skal vektlegges i forhold til alder og modenhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Skal de ha grunnlag for å ha synspunkter, må de også få den informasjon som gjør dette mulig.

Det er nå opprettet barneansvarlige ved hver enhet på Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF). Der er laget en egen prosedyre ved sykehuset vedrørende barn som pårørende. Hensikten med denne er å sikre at barns rettigheter blir ivaretatt når det gjelder informasjon og oppfølging. Her fremgår det at helsepersonell er ansvarlig for å kartlegge om pasienten har barn, og ved innleggelse brukes et eget kartleggingsskjema.

Enhetsleder har det overordnede ansvaret for at det oppnevnes barneansvarlige.

Barneansvarlige skal, overfor helsepersonellet, holde faglig fokus på å samtale med pasienten om å informere barna, øke helsepersonellens kompetanse innen dette feltet, koordinere institusjonens arbeide og eventuelt samarbeide med andre tjenester/instanser. Helsepersonellet bør søke å få foreldrene selv til snakke med barna sine siden disse kjenner barna best, og således la dem utføre sin rolle som foreldre. Skulle noen foreldre finne det vanskelig å ta denne samtalen alene, og det er ønske om det, kan helsepersonell eller barneansvarlig delta i samtalen eller snakke med barna alene. Det vil da være viktig at helsepersonell/barneansvarlig og forelder på forhånd er enige om hva som bør formidles.

Jeg arbeider som fagkonsulent/terapeut ved Poliklinikk for psykosomatikk og traumer og treffer daglig voksne flyktninger med blant annet diagnosen posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Da jeg også er barneansvarlig på klinikken har jeg lagt merke til at det kan synes som om foreldre med flyktning- eller innvandrerbakgrunn har større grad av vansker med å fortelle barna om sine psykiske plager enn etnisk norske foreldre. Dette er også blitt meldt fra andre avdelinger på sykehuset, både innen somatiske og psykiatriske avdelinger. Flere barneansvarlige har tatt kontakt for å drøfte hvordan man best kan samarbeide med mennesker med flyktning- eller innvandrerbakgrunn om å gi barna den informasjon de trenger om foreldrenes sykdom.

Norge er tidlig ute når det gjelder å ha fokus på barn som pårørende, og det ser ut til at det enda ikke har vært tid til å se noe særlig på foreldrenes syn på kommunikasjon med barna. Når det gjelder om det er forskjell på flyktnings og etniske nordmenns synspunkter på saken er det rimeligvis heller ikke mye stoff fra andre studier å finne. Derfor vil denne oppgaven være primært eksplorerende og deskriptiv.

1.2 **Hvorfor skal vi snakke med barna?**

I dette punktet vil jeg se på hvordan det er å være barn i en familie hvor mor eller far er psykisk syke, og ikke se spesielt på traumatiserte flyktninger. Jeg deler inn punktet i to avsnitt og tar for meg henholdsvis barneperspektivet og foreldreperspektivet.

1.2.1.a *Barneperspektivet*

Før het det seg at ”barn skal ses, men ikke høres”. Dette synet på barn har de siste årene endret seg til at barn er kompetente personer som har egne rettigheter. Det er mye fokus på hvordan barn har det, og det viser seg at barn av psykisk syke foreldre har en større risiko for å utvikle psykiske og somatiske sykdommer, følelsesmessige problemer, samt kognitive og interpersonelle vansker enn dem som vokser opp i en familie med voksne med god psykisk helse (Aalbæk & Glistrup, 1997). Det er derfor viktig at de barna som lever i en mer utfordrende familiesituasjon får tilpasset informasjon om foreldrenes tilstand slik at situasjonen kan mestres best mulig.

Barn har, som voksne, behov for å ha en følelse av forutsigbarhet og kontroll i hverdagen, og lager seg mange forklaringer om det de ikke forstår for å oppnå denne kontrollen. Når det gjelder å leve med en psykisk syk forelder vil barn kunne lage seg egne forklaringer på hvorfor mor eller far er lei seg, sint, søvnløs og så videre,

forklaringer som ofte ikke stemmer med virkeligheten. Skyldfølelse, skam, ansvarsfølelse, forvirring, redsel, uforutsigbarhet og tristhet er noen av følelsene barn kan kjenne i en slik situasjon. Det kan også virke inn på barnets sosiale liv, og føre til isolasjon. Noen barn tror det er deres skyld at mor eller far er triste eller sinte og kjenner ansvar for at de skal bli glade igjen, et slags rollebytte. Et ansvar som er alt for tungt og stort å bære for et barn. Andre lever i en forvirrende og uforutsigbar hverdag hvor de mangler den viktige stabiliteten og tryggheten barn trenger (Vik & al., 2002).

Kommunikasjonen i familier hvor en eller begge foreldre er psykisk syke kan være vanskelig. Aalbæk og Glistrup (1997) påpeker at barna kan bli utsatt for direkte påvirkning ved at det involveres i den voksnes symptomer og indirekte ved den sykes evne som forelder som kan gjøre at familiesamspillet påvirkes. Når det gjelder det siste punktet viser forfatterne til Doane et al. (1986) som har funnet at det særlig er ”communication deviance”, avvikende kommunikasjon, som oftest på grunn av manglende evne til å konsentrere seg om emnet, som ser ut til å være av betydning for barnets utvikling. De barn av psykisk syke foreldre som klarer seg dårligst er de som kommer fra familier med mest avvikende kommunikasjonsmønster.

Aalbæk og Glistrup viser også til Billing & Moos (1983) som gjorde en undersøkelse i familier med deprimerte foreldre. De fant der at det var mindre samhold i familien, flere konflikter, medlemmene hadde vanskelig for å uttrykke seg og således dårligere innbyrdes kommunikasjon. De fant også at det ble lagt mindre vekt på den enkeltes utvikling av selvstendighet. Familien som helhet verdsatte felles aktiviteter i mindre grad enn familier uten depressive foreldre.

Barn av foreldre med PTSD-symptomer kan erfare alt det ovennevnte, og i tillegg skremmende symptomer hos foreldrene som for eksempel deres gjenopplevelser av traumatiske hendelser. Det som trigger en gjenopplevelse kan være så mangt, og et eksempel på dette fra egen praksis er en mor på bytur som plutselig i all hast drar barna med seg inn i nærmeste butikk fordi hun har sett en uniformert politi i gata. Barnet skjønner kanskje ikke hva det er eller hvorfor det skjer og kan bli redd. Unngåelsesatferd kan også være vanskelig for barnet å forstå; hvor vil ikke mamma gå på butikken eller pappa tur i skogen? Irritabilitet er et ofte fremtredende symptom, og som kan få barnet til å tvile på om forelderen er glad i dem

Det ser ut til at foreldres diagnose ikke er avgjørende for forstyrrelse av barns psykososiale utvikling, men heller graden og varigheten av symptomene (Price, 2010).

1.2.1. b Foreldreperspektivet

De fleste foreldre ønsker å gjøre det beste for sine barn. Dette gjelder også psykisk syke foreldre. De bekymrer seg for sine barn, og vil gjerne snakke om dette (Aalbæk & Glistrup, 1997). Forfatterne viser til Gelfand og Teti (1990) som har funnet at som regel fungerer en deprimert forelder dårlig. Depresjonens symptomer er blant annet tristhet, nedtrykthet, irritabilitet og manglende interesse for alminnelige aktiviteter. Når krav til foreldrerollen innebærer for eksempel energi, interesse, emosjonell involvering og hengivenhet overfor barnet står dette i skarp kontrast til depresjonssymptomene.

Mange foreldre vil nok være klar over hvor lite de orker, og vil kunne synes det er en lette hvis barnet får forklart hvorfor mor eller far klarer mindre enn andre foreldre. Slik vil de også kunne slippe å finne på unnskyldninger når de avlyser aktiviteter eller lignende. Det vil også være lettere å ta i mot hjelp til familien hvis det er åpenhet rundt de psykiske problemene, som for eksempel samarbeide med barnevernet eller andre instanser.

Forrige punkt startet med vårt samfunns syn på barn i dag. Det er ikke lenge siden barn begynte å bli betraktet som personer med egne subjektive opplevelser, og hvis følelser og refleksjoner ble ”regnet med”. Flyktningforeldre kommer ofte fra land der synet på barn er det samme som det var hos oss for 50-60 år siden.

1.3 Egen førforståelse

En persons reaksjonsmønster i en kontekst har alltid en mening, bevisst eller skjult. Det kan derfor være mange forklaringer og tanker rundt forholdet foreldrene har til sine traumesymptomer og formidling til barna. Det var dette jeg ønsket å få bedre kjennskap til i min intervjuundersøkelse.

Før intervjuene hadde jeg noen idéer om hva som kunne ligge til grunn for en eventuell motstand mot å snakke med barna om sine symptomer. Jeg vil gjøre rede for disse tankene her for så å kunne se dem i lys av funnene fra intervju-undersøkelsen.

De fleste foreldre ønsker å gjøre det som er det beste for barnet, og et argument for å ikke snakke med barna om den voksnes psykiske problemer kan være et ønske om å beskytte dem. Mange tenker kanskje at det beste er å glemme, og for å glemme må det som hendte, eller noe som minner om dette, ikke snakkes om. Foreldrene kan være engstelige for at barna skal bli redde og bekymret hvis de hører om deres psykiske symptomer. Spesielt vil dette gjelde for familier fra kulturer hvor psykiske problemer blir assosiert med å være ”gal” og har lite håp om bedring. De kan også tenke at å snakke med barna om at symptomene er oppstått fordi de har opplevd vonde ting vil minne barna på sine eventuelle egne traumer, og at dette vil ”ødelegge” dem, og gjøre dem triste, redde eller syke.

Andre argumenter kunne være at barna ikke legger merke til at noe er galt eller ikke vil forstå når man prøver å snakke med dem (Myrvoll, Kufås & Lund, 2004).

Skam over å innrømme svakhet, bekymring for å miste status i barnas øyne og tabu forbundet med psykisk sykdom tenkte jeg også kunne spille en rolle i reservasjonen mot samtale med barna. Likeledes tanker om at barna kan bli tatt fra dem hvis det skulle bli kjent, bli satt ord på, at de er syke og ikke er ”gode nok” foreldre.

Mange flyktninger i Norge er muslimer. Det har ikke lyktes meg å finne tall på hvor mange prosent av flyktninger som tilhører islam, men det anslås at det i 2005 var mellom 120 000 og 150 000 muslimer i landet (Wikipedia, 2010). Antallet har antakelig øket siden den gang, og det må kunne antas med rimelig stor sikkerhet at mange av disse er kommet som flyktninger. Skam er en følelse som, følge Kahder (2002) ofte blir benyttet i barneoppdragelsen tilknyttet islam. Latterliggjøring foran familie og venner er et effektivt middel for å lære barnet underkuelse, og brukes for eksempel hvis en gutt skulle vise følelser eller gråte. I tillegg til dette henger mannens ære også sammen med hans evne til å forsørge familien (Kahder, 2002). Når det gjelder menn med PTSD kan det altså være et problem å skulle vise noe som kan tolkes som tegn på svakhet, og det kan være vanskelig å befinne seg i en situasjon hvor man har for stort symptomtrykk til å kunne fungere i jobb.

Vårt samfunns syn på barn i dag er som før sagt vesentlig forskjellig fra tidligere. Det er ikke lenge siden barn begynte å bli regnet som personer med egne subjektive opplevelser, og hvis følelser og betraktninger ble ”regnet med”. Som sagt kommer flyktningforeldre ofte fra land der synet på barn er det samme som det var hos oss for 50-60 år siden, og ser kanskje barnet mer som et objekt.

Mange flyktninger kommer, etter mitt kjennskap, fra kollektivistiske samfunn. Det kan tenkes at de vil se på problemer som tilhørende familien og ikke at barnet som enkeltpersonen vil trenge spesiell informasjon. Kanskje spiller også disse siste momentene inn når det gjelder kommunikasjon med barna.

1.4 Angående forskningslitteraturen

Jeg har søkt etter tidligere forskning vedrørende den spesifikke problematikken jeg ønsker å se på i oppgaven, men jeg har ikke lyktes i å finne mye litteratur om emnet. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har vært kontaktet, likeledes Nasjonal kompetanseenhet for migrasjonshelse (NAKMI) og Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende (Barns Beste). Det ser ut til å være vanskelig å finne litteratur som fokuserte spesielt på kommunikasjonen mellom den aktuelle foreldregruppen og barna.

Jeg har også kontaktet Videncenter for transkulturel psykiatri i Danmark v/Østerskov som videresendte min søknad til senterets bibliotekar. Svaret jeg fikk derfra var at det ikke var lett å finne noe litteratur som passet, men det ble angitt noen referanser. Det dreide seg om tre svenske og en amerikansk undersøkelse som alle omhandlet forskjellige aspekter av traumatiserte foreldres påvirkning på sine barn. Sammendragene viste at barna led under foreldres aggresjon, eksiltilværelsen med traumatiserte foreldre, og sammenheng mellom foreldres PTSD-symptomer og barnas dårlige mestring av stress. Så vidt jeg kunne se var der ikke fokus på kommunikasjonen sett fra foreldrenes ståsted.

I tillegg har jeg vært i kontakt med stiftelsen Centrum '45, som er Nederlands nasjonale institutt for spesialistdiagnoser og -behandling av psykotrauma-lidelser etter forfølgelse, krig og vold (The National institute for specialist diagnostics and treatment of psychotrauma complaints resulting from persecution, war and violence). Van Ee leder der et prosjekt som omhandler overføring av krigstraumer til neste generasjon og innvirkningen på barns utvikling. Dessverre var det ikke mulig å få innblikk i dette prosjektet ettersom resultatene fra undersøkelsen ikke vil bli publisert før tidligst sommeren 2011.

Det finnes derimot ganske mye litteratur som presenterer hvilke reaksjoner som er funnet hos barna til traumatiserte foreldre. Særlig er det forsket på jøder som satt i konsentrasjonsleir under andre verdenskrig og deres barn, og nå i den senere tid, også barnebarn. Dette er

litteratur som vil være relevant for å vise barnas situasjon og de utfordringene de lever med i familien, og som er viktig å fremheve for å understreke behovet for kommunikasjon fra foreldrene til barna.

1.5 Definisjoner

Andregenerasjon

”Second generation” brukes i mye av den engelskspråklige litteraturen om barn av holocaust-overlevende. Solomon (1998), sitert i Wiseman og Barber (2008, side ikke angitt) skriver:”The assumption of all those who use the term second generation, is that it is more than merely a biological marker and that somehow or other trauma of the Holocaust has been transmitted from the survivors to their children”. Der er altså en implikasjon av traumeoverføring i denne betegnelsen. Jeg tar til meg konotasjonen, og velger å bruke min egen norske oversettelse ”andregenerasjon” for denne gruppen.

Diagnose

Kriteriene for diagnosen PTSD (F. 43.1) i diagnoseboken ICD-10 vil bli sitert i masteroppgaven. Denne diagnosen innebærer bl.a. søvnproblemer, irritabilitet, gjenopplevelser, skvettenhet, konsentrasjonsvansker og unngåelse

Flyktning

I oppgaven, som er basert på intervju, vil informantene noen ganger, av praktiske hensyn, bli omtalt som flyktninger selv om det også kan dreie seg om innvandrere eller familiegjenforente. I Vest-Agder, i motsetning til Oslo med sin store innvandrerbefolkning, har de fleste kommet av flyktninglignende årsak (Øverland, 2004).

Informant

Da jeg søker å lære noe om et emne jeg ikke vet så mye om velger jeg å kalle deltakerne i studien for informanter. De gir meg informasjon.

Overlever

Den personen som har overlevd et overveldende og livstruende traume velger jeg å kalle en overlever heller enn et offer.

Pårørende

Barna det er snakk om i denne oppgaven vil bli kalt pårørende til tross for at det kan være misvisende i forhold til hvilken rolle de har overfor foreldrene. Betegnelsen ”pårørende” innebærer i manges oppfatning et aspekt av ansvar overfor pasienten, noe som ikke skal gjelde for barn. Kanskje hadde ”berørte” vært et bedre ord, men jeg velger for enkelthets skyld å benytte meg av benevnelsen pårørende her. Det er denne betegnelsen som brukes i helsepersonelloven.

1.6 Hensikt med undersøkelsen

Jeg vil undersøke hva som kan ligge til grunn for motstanden jeg aner hos flyktningforeldre (hvis denne finnes), og hva som kan bidra til at det blir enklere å informere barna. I den forbindelse ønsker jeg å finne ut hvilke motiv som blir fremholdt hos dem som har snakket eller har til hensikt å snakke med barna, hvordan de forklarer symptomene sine og hvilke ord og forklaringsmodeller de bruker. Dette vil jeg å finne ut mer om ved hjelp av intervjuer med foreldre.

Studien vil kunne være til fordel for både enkeltpersoner, grupper av personer og for samfunnet. Å vite mer om dette vil kunne være med på å lette samarbeidet mellom helsepersonell/barneansvarlige og foreldre med flyktningbakgrunn, og dermed forebygge at barn vokser opp med emosjonelle, kognitive og atferdsmessige vansker knyttet til foreldrenes psykiske problemer.

Da det ikke synes å være mye forskning på traumatiserte foreldre og hva de tenker om å snakke med barna om sine traumer, ønsker jeg også å fokusere på et utforsket felt og bidra til ny kunnskap.

1.6.1 Avgrensning av forskningsspørsmålet

Jeg vil denne undersøkelsen ha hovedfokus på traumatiserte foreldre. Det kommer allikevel til å bli skrevet mye om barn. Grunnen er at det er av stor betydning å få frem hvorfor det er viktig å informere barna. Dette vil jeg gjøre ved å vise til hvilke konsekvenser det å vokse opp i en familie med traumeoverleverer kan få. Av den samme grunn tar jeg også med noe om tilknytning, som det viser seg kan bli komplisert når omsorgspersonen er traumatisert. Jeg tenker at det barna opplever vil ha påvirkning på foreldrene, og således er relevant også i et foreldreperspektiv.

1.6.2 *Problemstilling*

Hvordan er kommunikasjonen fra foreldre med flyktningbakgrunn og PTSD-diagnose til barna vedrørende sine psykiske symptomer?

Spørsmål jeg søker svar på ved bruk av intervju:

Snakker traumatiserte flyktninger til barna om sine psykiske plager?

Hvis de gjør dette – hvorfor, og hva sier de? Hvilke ord og forklaringer bruker de?

Hvis de ikke ønsker å snakke om disse plagene – hva er grunnen til dette?

Har barna lagt merke til noe av det foreldrene sliter med?

Hvordan reagerte de da far eller mor forklarte dem om sine symptomer?

1.7 **Oppgavens oppbygging**

Jeg vil i det følgende presentere diagnosen posttraumatisk stresslidelse og dens konsekvenser for enkeltindividet. Videre går jeg gjennom forskning om overføring av traumer fra foreldre til barn, belyst ved studier av barn av overlevende etter folkemordet på jødene under andre verdenskrig og barn av krigsveteraner. Etter dette vil jeg se på teorier som jeg ønsker å bruke i forbindelse med funnene fra intervjuene, og har valgt utviklings-, helse- og sosialpsykologisk teori, for så introdusere hvordan jeg har håndtert oppgaven metodemessig. Jeg vil så gi en fremstilling av funnene fra intervjuene og drøfte disse, samt metodologiske refleksjoner. Til slutt vil jeg presentere hvilke konsekvenser funnene kan ha for praksis og forslag til videre forskning.

2. **Posttraumatisk stresslidelse**

Jeg vil gi en forholdsvis grundig fremstilling av denne diagnosen og dens implikasjoner ettersom den er et av de tre kriteriene for utvalget av informanter til studien.

2.1 **Diagnosen**

PTSD (Posttraumatic Stressdisorder)-diagnosen ble tatt i bruk i USA i 1980 i forbindelse med erstatningssøksmål og behandling av krigsveteraner og traumeofre etter Vietnamkrigen. Samme år ble den innlemmet i DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association). Symptomer etter krig hadde allerede vært kjent i lang tid, og hatt andre navn som for eksempel "Shell-shock" etter første verdenskrig, "Combat exhaustion" og "Gross stress reaction" etter annen verdenskrig (Lie, 2003).

Symptomene etter interneringer i tysk og japansk fangenskap under andre verdenskrig ble kalt Konsentrasjonsleir-syndrom ("Kz-syndrom").

Forekomsten av PTSD i befolkningen anslås til enhver tid å være ca. 1 % (Store Norske Leksikon /SNL), v/ Malt, 2011).

DSM-III ble utgitt i 1980 og revidert i 1987. Ny utgave, DSM-IV kom i 1994 og ble revidert i 2000. Boken er nå under en enda mer omfattende revidering, og DSM-5 er planlagt utgitt i 2013 (Wikipedia, 2011).

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har et annet klassifiseringssystem, International Classification of Diseases (ICD), som dekker både somatiske og psykiske diagnoser. Etter en lang forhistorie og mange revideringer er den nå oppe i ICD-10 som ble utgitt i 1994 (WHO, 2011). Planen er at denne skal revideres i etterkant av den nye DSM-5. DSM brukes ofte i forskningssammenheng, mens ICD-10 brukes av norske helsemyndigheter (og mange andre). Under følger direkte utskrift fra diagnosesystemet ICD-10, som denne oppgaven bygger på. Lidelsen sorterer under kapittelet "Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser" i ICD-10, 2011:

F43.1 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]

Oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste. Predisponerende faktorer (for eksempel kompulsive eller asteniske personlighetstrekk) eller nevrose i sykehistorien, kan senke terskelen for utvikling av syndromet eller forverring av forløpet, men er verken nødvendige eller tilstrekkelige til å forklare forekomsten. Typiske trekk omfatter episoder der traumet blir gjenopplevd gang på gang i påtrengende minner («flashbacks»), drømmer eller mareritt, med en vedvarende fornemmelse av »nummenhet« og følelsesmessig avflating, distansering fra andre mennesker, ingen respons på omgivelsene, anhedoni og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet. Det foreligger vanligvis en tilstand med forhøyet autonomt alarmberedskap og vaksomhet, økt skvettenhetsreaksjon og søvnløshet. Angst og depresjon er vanligvis forbundet med ovennevnte symptomer og tegn. Ikke sjelden oppstår selvmordstanker. Debuten kommer etter traumet med en latensperiode på fra få uker til måneder. Forløpet er svingende, men bedring kan forventes i de fleste

tilfellene. Hos noen få pasienter kan tilstanden få et kronisk forløp over mange år, med eventuell overgang til en varig personlighetsforandring (F62.0).

Inkl: posttraumatisk stressforstyrrelse

traumatisk nevrose

(KITH, 2011)

2.1. Andre implikasjoner

I tillegg til symptomene nevnt over er det funnet andre trekk hos traumeoverlevende som kan ha stor innvirkning på hverdagen.

Fairbank et al. (2001, s. 67) siterer Dalglish (1993) som undersøkte ”maladaptive belief structures”, uhensiktsmessige livsforestillinger, hos overlevende etter et ferjeforlis. Han fant der at overlevende med PTSD oftere trodde at en serie negative hendelser ville skje i fremtiden enn overlevende uten PTSD.

Lignende negative antakelser om fremtiden fant også Goodman et al. (1993) referert av Fairbank et al. (2001, s. 69): overlevende etter alvorlige traumehendelser blir ofte apatiske, passive, dysforiske og har et sterkt generalisert syn på mangel på egen kontroll over hendelser i fremtiden. Lært hjelpeløshet, som beskrevet av Seligman i Deaux og al (1993, s 216) er ofte et fremtredende trekk. Etter å ha blitt utsatt for en ukontrollerbar traumatisk situasjon mister man troen på at man noen gang, ved egen innsats, vil kunne påvirke utfallet av vanskelige situasjoner senere i livet. Man gir opp fordi det ikke vil nytte å prøve.

Skyldfølelse for å ha overlevd mens familiemedlemmer og venner døde, for å ha drept fiender i krig og for å ikke ha kunnet gjøre noe for å forhindre det som skjedde er en annen byrde mange bærer på. I tillegg opptrer ofte somatisering som et kompliserende symptom.

Rothschild (1998) beskriver at PTSD innebærer at de livstruende hendelsene personen har vært utsatt for fortsetter å sette i gang reaksjoner i kropp og sinn som om hendelsene fremdeles skjer. PTSD kan også utvikles etter å ha vært vitne til livstruende hendelser eller hørt om næres uventede eller voldsomme død. Det angis at hendelser som kan klassifiseres traumatiske er krigshandlinger, seksuelt og fysisk overgrep, bli holdt som gissel eller i fengsel, terrorisme, tortur, natur- eller menneskeskapte katastrofer, ulykker og det å få en diagnose som innebærer livstruende sykdom.

Ikke alle som har vært utsatt for traumatiske hendelser utvikler PTSD. Andelen traumeutsatte som utvikler diagnosen anslås til 5 - 20% avhengig av typen hendelse (Store Norske Leksikon (SNL)/Malt, 2011)

Det er denne lidelsen som påvirker livet til de flyktingene jeg intervjuet, deres pårørende, deres arbeidsforhold og mentale og fysiske tilstand, både dag og natt.

2.2 Utvidelse av diagnosen

Phillips (2010) skriver i en artikkel i *Psychiatric Times* om endringer i DSM-5, den nye utgaven av diagnoseboken som er planlagt utgitt i 2013, og tar spesielt for seg PTSD-diagnosen. Når det gjelder denne er det forslag om å utvide diagnosen til å inkludere også ofre for overgrep i tidlig barndom som ikke oppfyller kravene til PTSD i DSM-IV, men heller utviser symptomer som overlapper dem forbundet med borderline personlighetsforstyrrelse. Gruppen som arbeider med disse endringene vektlegger tre områder: effekt av traumer og uttrykk for psykopatologi hos førskolebarn, hos barn i skolealder og vurdering av et nytt syndrom, *Developmental Trauma Disorder*, en utviklingsforstyrrelse forbundet med traumer i barndommen.

2.3 Diskusjon om diagnosens relevans

Phillips (2010) stiller også spørsmål om det er riktig å kalle dette en diagnose, en sykdom, eller om det er en naturlig reaksjon på tortur og andre traumatiske hendelser, og som sådan ikke kan klassifiseres som en diagnose.

Et av argumentene for diagnosetilnærmingen er de biologiske forandringene som kan finnes hos overlevende med posttraumatisk stress, som for eksempel hyperreakivering av det sympatiske nervesystemet og endret hippocampusvolum, uavhengig av kultur. Det kan også argumenteres at selv om det er en naturlig reaksjon kan det også være en forstyrrelse eller en sykdom. Blir man utsatt for kolerabakterier i drikkevannet er de naturlige følgene å bli dårlig. Da regnes det ikke for en normal tilstand, men en sykdom (Jaranson & al, 2001, s. 255).

2.4 Kulturaspektet

PTSD-diagnosen er omdiskutert også når det gjelder kulturrelevanse. Et av de kritiske punktene går ut på at denne er basert på vestlig ekspertise, og ikke er krysskulturelt anvendelig. Lie (2003) viser til Eisenbruch (1991) som mente at PTSD-diagnosen i DSM III er basert på et vestlig syn på hvordan flyktinger skal uttrykke stress og hvordan det kan

behandles. Han foreslo å heller kalle det for ”cultural bereavement” – ”kultursorg”, slik at traumereaksjonen skulle bli en normal reaksjon i stedet for en psykiatrisk diagnose. Ingen nevner kulturelle forhold i de foreslåtte endringene til DSM-5. Dette til tross for at studier, slik som, nevner Phillips (2010), for eksempel Pedersen et al. (2002) som studerte effekten av politisk vold i Peru i 20 år, kun fant 25% tilstedeværelse av klassisk PTSD hos ofrene de studerte. De fant en høy forekomst av depresjon, angst og andre plager som har lokale navn og hvis betydning ikke enda er oversatt. De konstaterer at DSMs PTSD-diagnose ikke dekker de mentale helseplagene de fant, men at der er symptomer på smerte, lidelse og sorg, så vel som andre kulturelle traumeforstyrrelser og langtidsekveler som ble funnet hos disse overleverne etter traumatiske hendelser. Det bør undersøkes nærmere om depresjon, angst og andre symptomer er effekter etter traumer eller om det er komorbide tilstander. Diagnosen Trauma Disorder NOS (Not otherwise specified) anses heller ikke som tilfredsstillende. PTSD-diagnosen slik den er i dag er kulturavhengig, konkluderer Phillips. I min studie deltar informanter fra flere forskjellige ikke-vestlige land som har fått en PTSD-diagnose. Disse er diagnostisert med standardiserte vestlige kartleggings- og diagnoseverktøy som er i bruk ved SSHF, så som MINI (Mini Internasjonalt Nevro-psykiatrisk Intervju), SCL (Symptom Check List)-90 og PTSS (Posttraumatic Stressyndrom)-16. Til tross for innvendinger mot kulturrelevansen i diagnostisering og diagnose, vil jeg i oppgaven forholde meg til resultatet av kartleggingen som er foretatt på klinikken og den påfølgende angitte PTSD-diagnosen.

2.5 Autonome reaksjoner

PTSD-symptomer inkluderer gjennopplevelser, unngåelsesatferd og hyperaktivering i det autonome nervesystemet (ANS). Hyperaktivering innebærer hjertebank, kaldsvette, rask pust, ujevn hjerterytme, vaksomhet og skvettenhet. Dette fører til søvnforstyrrelser, dårlig matlyst, seksuell dysfunksjon og konsentrasjonsproblemer Rothschild (1998). Denne forskeren kommer nærmere inn på de biologiske faktorene tilknyttet PTSD, og tar for seg nervesystemet som ovenfor også er nevnt av Jaranson.

Det limbiske systemet ligger mellom hjernestammen og -barken. Denne delen av hjernen regulerer overlevelseshatferd og emosjoner. Den inneholder sentre som regulerer autonome funksjoner som åndedrett, blodtrykk og annet, og henger sammen med det autonome nervesystemet som styrer glatt muskulatur og indre organer. Den utøvende delen består av det sympatiske (SNS) og det parasympatiske (PNS) nervesystemet. Disse fungerer som regel i balanse; når det ene er aktivert er det andre uvirksomt. SNS reagerer på stress og svarer med

økt hjerterytme og pust, kald og blek hud, utvidede pupiller og forhøyet blodtrykk. PNS reagerer når vi er avslappet og nedsetter rytme, pust osv.

Det limbiske systemet responderer på livstruende hendelser ved bl.a. å frigjøre hormoner for å forberede forsvarsaksjon, aktivere SNS, som setter oss i stand til flukt eller kamp. Er døden nær eller den traumatiserende trusselen langvarig kan PNS slå inn og vi stivner eller underkaster oss (freeze/submit). En form for dissosiasjon gjør da at redsel og smerte forsvinner. Disse reaksjonene er instinktive og kan således ikke styres med viljen.

Ved PTSD fortsetter ANS å være kronisk aktivert til tross for at trusselen er over. Amygdala lagrer emosjonelle minner og hippocampus hindrer minnet i å bli en del av fortiden. Således fortsetter kroppen å reagere på en fare som ikke lenger er til stede (Rothschild, 1998).

Når vi ser på de mange plagsomme symptomene en PTSD-diagnose innebærer, både kognitive og biologiske, er det ikke vanskelig å forstå at livet kan være vanskelig for den som lider av dette. Mange av symptomene vil være umulige å skjule, og forskjellige strategier tas i bruk for å få hverdagen til å fungere så godt det lar seg gjøre. For de pårørende, spesielt barna, vil det være mange uforståelige reaksjoner å forholde seg til hos mor eller far.

Lie (2003) viste at jo høyere nivå av eksponering til traumatiske hendelser, jo større påvirkning så det ut til å bli på familien.

3. Overføring av traumer fra foreldre til barn

Der er flere studier som viser at psykiske problemer kan overføres fra foreldrene til barna. Da dette også gjelder traumer, som er et av kriteriene for utvalget i min oppgave, ser jeg dette som en nødvendig bakgrunnsinformasjon i oppgaven, og vil bruke en del plass på å utdype temaet.

Det ser ut til å være lite forskning omkring biologisk/genetisk traumeoverføring, men jeg vil allikevel komme noe inn på emnet senere i oppgaven.

Traumeoverføringen dreier seg hovedsakelig om overføring av forskjellige traumesymptomer, som er en form for sekundærtraumatisering, og kan forekomme direkte ved for mye åpenhet rundt det som skjedde og indirekte ved fortielse og hemmelighold rundt symptomer. En følelse av mangel på grunnleggende trygghet og forutsigbarhet ser også ut til å følge barn av traumeoverlevende. Mye av forskningen jeg har funnet innenfor feltet dreier seg om barn av overlevende etter folkemordet på jødene under andre verdenskrig. Det ser ut til å være med

denne spesielle gruppen man begynte å forske på traumeoverføring. Forskning i nyere tid tar også for seg andre folkegrupper.

3.1 Barn av holocaustoverlevende

Prince (1963) mener at symptomene hos jødiske overlevende etter konsentrasjonsleir- internering under andre verdenskrig er alvorlige og mange, som somatisering, paranoiditet, sosial isolering, depresjon, schizoiditet, angst, fobier, patologisk skyldfølelse, sinne, tap av foreldreevne, overinvolvering, identifisering med barna og fysiske plager. I tillegg har de som regel immigrantstatus, de har mistet sine røtter og lever i en fremmed kultur. Han ønsket å se hva dette gjorde med barna deres og intervjuet 20 voksne barn, kalt andregenerasjon av overlevende.

Han oppgir selv at studien er *biased* ettersom deltakerne selv meldte seg til studien, men allikevel fortalte de om mange ulike opplevelser av sin situasjon. Felles var en oppfatning av å ”alltid” ha visst om foreldrenes overlevelseshistorie. De husker ikke når de fikk denne vissheten. ”Det er på et vis medfødt” sier en av informantene. Hos noen av dem hadde historien blitt fortalt direkte, andre hadde bare en vag visshet om en mørk hemmelighet; savnet av en tidligere ektefelle, historier om døde slektninger eller andre hentydninger. Forskjellige typer kommunikasjon mellom foreldre og barn blir beskrevet. En forteller at informasjon kom fragmentert og utviklet seg sakte over tid. ”Det ble ikke skjult, men ble snakket om bit for bit”. Slik ble historien ikke satt i kontekst, men fremsto uoversiktlig. En annen måte å kommunisere på var fornektelse. Det ble fokusert på det som ikke var opplevd i stedet for på det som virkelig skjedde. Noen foreldre ønsket å fortelle sin historie, men klarte ikke å gjøre dette direkte. F.eks. lot de barna overhøre samtaler de hadde med besøkende eller lot skriv ligge slik at barna kunne finne dem. En mor ba barnet lese en spesifikk bok om overlevelse i konsentrasjonsleir, og sa ”det er mitt liv”. Andre kommunikasjonstyper kunne gå ut på vage formaninger som ”du skulle huske dette” uten å spesifisere hva ”dette” var. Å fortelle om en drøm hvor barnet opptrådte i en holocaustsammenheng ble også nevnt, samt at barna noen ganger ble vekket av foreldrenes skrik når de hadde mareritt.

Det kom også frem i undersøkelsen at emosjonelle kvaliteter forbundet med foreldrenes kommunikasjon spente over et vidt spekter: gråt som del av en langvarig sorgprosess, sinne og installering av skyld hos barnet ved å si, hvis barnet for eksempel spurte om å få nye sko, ”tror du vi hadde sko?”. Andre viste at traumene var mestret og sorgprosessen avsluttet. Noen

la særlig vekt på uforutsigbarheten når det gjelder liv og død, andre mest på flukt og overlevelse (Prince, 1963).

Andregenerasjonen beskrev forskjellige reaksjoner knyttet til foreldrenes historie.

Fysisk nummenhet: ”jeg klarer ikke å huske det”, ”jeg kan ikke tro det” eller ” jeg har stengt det ute fra sinnet mitt”. Bak nummenheten gjemte det seg mange følelser, som for eksempel angst for det som ble fortalt. Barnet fikk sine egne mareritt og gjenopplevelser.

Skyld var en følelse som ble rapportert. Det kunne være en irrasjonell skyldfølelse fordi foreldrene hadde lidd, for ikke å ha ”dype nok” følelser knyttet til historien eller å ikke være i stand til å kunne kompensere for foreldrenes lidelser. En hadde også dårlig samvittighet fordi han selv hadde det så bra.

En tredje affekt var **harme** og **irritasjon** når foreldrene tok opp emnet. Ofte var harmen stilet mot verden som hadde latt foreldrene lide.

Andre beskrev **beundring**, **stolthet** og **respekt** overfor foreldrene som hadde vist slik menneskelig styrke.

Det så ut til at andregenerasjonens følelser var svært sterke enten det gjaldt beundring for foreldrenes evne til å overleve eller fordømmelse forbundet med det fornædrende og skamfulle foreldrene hadde blitt utsatt for.

Prince mener fortiden til foreldregenerasjonen påvirker barna både bevisst og ubevisst og styrer deres atferd i nåtiden.

Wiseman og Barber (2008) bruker også termen andregenerasjon til å betegne voksne barn av holocaust-overlevende. I denne studien beskriver andregenerasjonen seg selv som gruppe som har en del felles problemer nettopp fordi de er barn av overlevende. De karakteriserer allikevel seg selv på ulike måter. Noen føler de må anerkjenne foreldrenes lidelser ved å overta dem selv. Gjør de ikke dette vil det være å bagatellisere det foreldrene har gjennomlevd. På den annen side vil det å bekrefte at traumer videreføres til neste generasjon være en anklage mot foreldrene og barna får skyldfølelse Danieli (1984), Felsen (1998) sitert i Wiseman og Barber (2008). Men dette kan også ses på en annen måte; å fornekte videreføring av traumer kan være en del av foreldrenes seier. Neste generasjon gikk fri.

Wiseman og Barber (2008) viser til psykoanalytiske kliniske studier av Freyberg (1980), Gampel (1982/92), Kestenber (1982), Kogan (1995), Pines (1992) og Wardi (1992) der det

blir funnet at hos barn av Holocaust-overleverer fremkommer det ofte et mønster av depresjon, skyldfølelse, aggresjon, problemer med interpersonelle relasjoner, separasjon-individuasjonskonflikter og spørsmål knyttet til identitet. Forskere forbinder som oftest dette med foreldrenes oppfostringsstil. Overleverne ser barna som en kilde til håp og mening, og forventer at de skal gjenoppbygge alt, både samfunn og familie, som gikk tapt under folkemordet, refereres Nadler, Kav-Venaki, og Gleitman (1985) og Russell (1980) i Wiseman og Barbers artikkel. Derfor ble barna overvurdert og overbeskyttet fremholder Jucovy (1992) i samme artikkel. Analyse av klinisk materiale finner tegn til at barnas sensitivitet til foreldrenes lidelser kan føre til skyldbetyngt beskyttelse overfor foreldrene. Å vise aggresjon eller konflikter overfor foreldrene, og ellers i livet, blir et problem fant Wanderman (1976), sitert i Wiseman og Barber. De viser også til Barocas og Barocas (1973) som fant at skyldfølelse for å ha overlevd blir presentert av barna som en uforklart og alltid tilstedeværende følelse. Barna må ikke bare lykkes i sine egne utviklingsmessige behov, men også i foreldrenes urealistiske forventninger om at han eller hun skal kompensere for deres følelse av verdiløshet. Kliniske rapporter foreslår at særlig i ungdomstiden har barna vanskeligheter med å oppnå autonomi, delvis fordi tilknytningen til foreldrene er så fastlåst skriver Jucovi (1992) i Wiseman og Barber. De refererer også til Shirion (1988) som foreslår at dette kunne skyldes at foreldrenes minner om separasjon fra egne foreldre og søsken, noe som betydde tap av kjære, kunne bli reaktivert .

Et metodisk problem kan være utvalget av andregenerasjon. De casestudiene som ble brukt var personer som trengte psykoterapi. Disse kunne ha vokst opp i dysfunksjonelle familier og slik fått skadene de fortalte om. Studier basert på ikke-kliniske eksempler finner ikke det samme. For eksempel sammenlignet Leon et al. (1981), sitert av Wiseman og Barber, et ikke-klinisk utvalg med en matchet gruppe jødiske barn av europeiske utvandrere som flyttet til USA før andre verdenskrig, og fant ingen signifikant forskjell når det gjelder personlighetsfaktorer. Wiseman og Barber viser også til Sagi-Schwartz et al. (2003) som utførte en meta-analyse som konkluderte at det i en ikke-klinisk populasjon ikke ble funnet bevis for at foreldrenes traumatiske holocaust-erfaringer hadde innflytelse på barnas tilpasning. Men allikevel hevder disse barna at der er "noe" som plager dem og skiller dem fra andre. En deltaker, som selv er lege, mener kartleggingsinstrumentene som brukes er feil for å finne ut noe om deres problem, og at dette "noe" heller er måten man forholder seg til andre på, og hvordan man kommuniserer. Dette er mønster som er innlært i samhandling med signifikante andre og medbrakt til voksenlivet.

3.2 Barn av krigsveteraner

Dekel og Goldblatt (2008) har i en artikkel sett på barn i en annen type familier med traumer; familier der fedrene har vært soldater i kamp.

De mener der er forskjellige måter å overføre traumer på. Klinisk observasjon og forskning har vist at traumer også påvirker andre enn det direkte offeret. Også familie, venner og omsorgspersoner blir berørt. Det kan være symptomer som hodepine, pustevansker, intrusive bilder, forhøyet følelse av sårbarhet, vansker med å stole på andre og emosjonell nummenhet. Dekel og Goldblatt viser til at dette er blitt beskrevet som sekundærtraumatisering av Rosenheck og Nathan (1985), sekundært traumatisk stress av Figley (1995), medofferrolle (co-victimisation) av Hartsough og Meyers (1985), sekundæroverlever av Remer og Elliott (1998), traumatisk motoverføring av Herman (1992) og stedfortredende traumatisering av McCann og Pearlman (1990).

Dekel og Goldblatt utførte en litteraturstudie av 17 forskningsprosjekter og 5 vitenskapelige artikler. De så på fedres påvirkning på familien, og satt dette opp i følgende punkter:

1. hvilke fedre som har større tendens til å overføre plager til etterkommerne
2. hva overføres fra fedre til barn
3. hva er overføringsmekanismen
4. hvilke barn er mer sårbare for overføring av PTSD

1. De fant at studiene viste at overføring fant sted i alle familier der far har vært i krigen, og dårligst fungerte familier der far også hadde en PTSD-diagnose.

2. Hva ble overført? Først og fremst emosjonelle plager: en studie finner mer spise- og kommunikasjonsforstyrrelser (Davidson & al., 1989) og mer atferdsproblemer (Jacobsen, Sweeney & Racusin, 1993). Andre finner mer depresjon og angst (Ahmadzadeh & Malekian, 2004). Fedrenes foreldrestil var kjennetegnet av kontrollerende, overbeskyttende og krevende forhold til barna (Davidson & Meller, 2001). Nummenhetssymptom hadde mest negativ innvirkning. Dette medførte nedsatt evne til å interagere med barna og utvikle meningsfulle forhold.

3. De fant både direkte og indirekte overføring. Symptomer som nummenhet, dissosiasjon og angst er direkte overført. Indirekte overføring kan skje ved at barnet vokser opp i en stresset familieatmosfære.

Srouf og Srouf (2005) fant at fedre med PTSD har vanskelig for å *containere* emosjoner, og deres forsøk på å takle smerten leder til projeksjonsmekanismer hvor alvorlige emosjoner som forfølgelse, aggresjon, skam og skyld splittes og projiseres på barna, refererer Dekel og Goldblatt. Resultatet er at barna kan identifisere seg med fars emosjoner og oppfatte disse som egne. Dette kan vanskeliggjøre forming av et eget selv og de kan utvikle symptomer som ligner fars, som sosial isolasjon, skyldfølelse og distansering mener Op en Velde (1998) i Dekel og Goldblatts artikkel.

Cohen, Dekel, Solomon og Lavie (2003), sitert av Deekel og Goldblatt, finner at fars funksjon, når han har PTSD, kan innebærer vansker med å regulere nærhet og distanse til de traumatiske hendelsene og kan føre til problemer med tilknytning og intimitet. Dette kan medføre at fars involvering i daglige rutiner i familien reduseres. Det kan også være vanskelig å regulere avstand/nærhet til barn. Fysisk nærhet, men psykisk avstand, samt vansker med å forstå og forklare dette kan skuffe barna. Far fyller bare delvis sin funksjon. Forvirring i forhold til grenser kan oppstå, og fars rolle kan overføres til mor og/eller barn (Dekel & Goldblatt, 2008).

3.2.1 *Familieatmosfæren*

Symptomer som hyperaktivering, lav frustrasjonsterskel og lav selvkontroll kan føre til verbal og fysisk vold for å løse problemer. Dekel og Goldblatt viser til Taft et al. (2005) som fant at bruk av vold er vanligere hos krigsveteraner med PTSD enn hos dem uten.

3.2.2 *Kommunikasjonsmønstre*

Kommunikasjon om de traumatiske hendelsene og konsekvensene etter dette er sentralt i overføring av bekymring, fortvilelse og stress. Denne kan spenne fra taushet til for mye åpenhet viser Dekel og Goldblatt til hos Ancharoff et al., (1998) og Danieli (1998). I familien kan det være slik at sensitive tema unngås for ikke å forsterke fars problemer.

Kommunikasjonen kan bli indirekte, forvirrende og ambivalent. Barna oppfatter og mottar signaler om fortiden og foreldrenes nåværende atferd, for eksempel ser at en forelder er trist, gråter, og noen ganger ikke fungerer adekvat, men de er ikke i stand til å forstå hva som skjer

fant Op den Velde (1998) i Dekel og Goldblatts artikkel. I andre tilfeller blir kun deler av historien fortalt. Manglende eller delvis viten kan føre til at fantasien tas i bruk for å fullføre historien, og dette kan være enda mer skremmende enn virkelighet. I motsatt fall kan for mye avsløringer gi barnet mye informasjon som ikke er tilpasset deres utviklingsmessige alder og kognitive ferdigheter. Dekel og Goldblatt (s. 285) sier til sist i sin studie at ”Så vidt vi vet, og i følge Daud et al. (2005), er det for øyeblikket ingen empiriske studier som undersøker forholdet mellom kommunikasjonsmønstre i familien og barnas stressfølelse”.

Når det gjelder punkt 4 i studien – hvilke barn er mest sårbare, ble det ikke funnet klare indikasjoner på noen forskjell mellom kjønn, nummer i søskenflokk eller alder.

3.3 Biologisk overføring av traumer

Dette er ikke et tema jeg vil gå dypt inn i siden det er noe på siden av det denne oppgaven handler om. Jeg velger likevel å se kort på det Yehuda et al. (1998) beskriver i kapittel 37 i boken *International Handbook of Multigenerational Legacy of Trauma* (Danieli, 1998) da det er en interessant del av teoriene om traumeoverføring.

Når vi oppfatter fare aktiveres biologiske systemer for at vi skal bli i stand til å flykte eller kjempe (fight-flight-response). Samtidig frigjøres hormonet kortisol, også kalt anti-stresshormonet, for at andre aktiverte funksjoner skal ”slås av” slik at kroppen ikke skades ved kronisitet. Kortisolnivået er således forhøyet ved stress. Ved forlenget stress kan kroppen ”venne seg til” dette, og det fungerer ikke lenger slik det opprinnelig skulle. Det blir liggende på et lavere nivå. Studien viser at kortisolnivået var forskjellig hos overlevende etter holocaust med og uten PTSD. Målingene innbefattet også barn av overlevende med PTSD, og viser at disse faktisk hadde en del ekstremt lave nivåer, lavere enn foreldrene. Dette indikerer at de er spesielt sårbare for stress. Videre undersøkelse viser også at disse barna beskrev symptomer forenelig med PTSD fire ganger så ofte som barn i kontrollgruppen (uten overleverforeldre). Det antas derfor at barn av overlevende er både mer ”biologisk” og psykologisk sårbare for stress (Yehuda & al., 1998).

Schore (2003) fremstiller biologiske følger av traumer i tidlig barndom som årsak til senere PTSD. Han mener at kvaliteten på tilknytningen mellom barn og omsorgsperson har innvirkning på hjernens reguleringsystem. Det ser ut til å være direkte sammenheng mellom trygg tilknytning, utvikling av reguleringsfunksjoner i hjernen og tilpasningsdyktig mental helse, og motsatt, traumatiserende tilknytning gir uhensiktsmessig reguleringsfunksjoner og

mental helse med dårlig tilpasningsevne. Tilknytning av type D (disorganisert/disorientert) er verst for barnet (tilknytningstyper i henhold til Ainsworth & al. (1978)/Main & Solomon (1990) "Strange situation")¹, og assosieres med tidlige traumer. Hjernens utvikling har en kritisk periode fra 0-2 år da den er spesielt utsatt for skade som følge av feilernæring og dysregulering av interpersonelle affektive erfaringer. Skader i dette tidsrommet kan gi dårlig tilpasset evne til å takle stress, og større sårbarhet for reaksjoner til stressrelaterte hendelser. For at trygg tilknytning skal skje må omsorgspersonen evne å regulere barnets affektive aktivering og hun eller han må derfor først og fremst kunne regulere sin egen. Shore viser til Salovey og Mayer (1990) som har funnet at for å opprettholde god mental helse trengs emosjonell intelligens, å kunne prosessere emosjonell informasjon, hensiktsmessig persepsjon og vurdering av egne og andres emosjoner, å kunne uttrykke adekvate emosjoner og regulere dem på en passende måte.

Relasjonelt trauma vil oppstå etter pågående stress i tidlig barndom, for så å medfølge til voksenlivet og føre til psykiske forstyrrelser. Traume påført fra omsorgspersonen vil for en umoden hjerne som enda ikke har utviklet mulighet til å mestre stress være det som sterkest indikerer senere psykopatologi. Hvis ikke trygghet, men fare, blir signalisert fra omsorgspersonen, vil det skade utviklingen av det limbiske system og føre til senere vansker med å tilpasse seg endringer. Barnets hyperaktivering og dissosiering vil kunne legge grunnen for senere PTSD. Andre følger vil være vansker med å uttrykke følelser, tendens til impulsiv atferd, unngåelse av sosiale forbindelser, vansker med egenomsorg og -regulering. APA foreslo i 1994 at det ikke var graden av traumatiske hendelser, men karaktertrekk ved personen, inkludert dennes reaksjoner på traumatiske hendelser, som avgjorde om vedkommende utviklet PTSD eller ei (Schore, 2003).

¹ Ainsworth, Blehar, Walters og Wall definerte i 1978, et etter atferdsekspériment kalt "Strange situation", tre tilknytningstiler mellom barn og omsorgsperson: A. trygg, B. engstelig/ambivalent og C. unnvikende tilknytning (sitert i Deaux, Dane & Wrightsman, 1993).

Main og Solomon foreslo i 1990 en fjerde stil: D. disorganisert/disorientert tilknytning. Disse barna så ut til å mangle strategier for å håndtere stress i "Strange situation"-setting. Main beskriver at omsorgspersonen i dette tilfellet gir barnet signaler om at det er uønsket/skremmer det, samtidig som at barnet er avhengig av denne personens omsorg for å leve opp. Det oppstår en uløselig situasjon for barnet som samtidig både ønsker nærhet og å unngå personen (Wikipedia, 2011).

Schores teori om relasjonelle traumer er interessant fordi den viser en dimensjon som kan forklare hvorfor noen utvikler PTSD etter traume senere i livet, mens andre ikke gjør det, samtidig som den viser hvordan traumer kan overføres til neste generasjon.

Danieli (1998) hevder i oppsummeringskapitlet i *International Handbook of Multigenerational Legacy of Trauma* at multigenerasjonell arv av traumer er et universelt fenomen. Dette baserer hun på de mange undersøkelsene som presenteres i boken, og som tar for seg vidt forskjellige kulturer og former for traumer. Jødeutryddelsen, soldater i Vietnam og på Balkan, etniske konflikter i Afrika og barn av mødre med brystkreft er noen eksempler på dette. Det kan diskuteres om denne overføringen av traumer henger sammen med arv eller sosialiseringsmønstre. Danieli mener at når behandlere i helseapparatet kan bli utsatt for sekundærtraumatisering av å arbeide med traumatiserte, og når funn av lavt kortisolnivå og PTSD-symptomer finnes hos barn av traumatiserte foreldre må det være mer enn kun sosialisering som spiller inn. Men hvordan overføres disse traumene? I boken pekes det på så forskjellige årsaker som molekylær genetik og politiske systemer. Antakelig er det ikke enten-eller, men en kumulativ effekt, mener forskeren.

3.4 Affektregulering

En av de alvorligste årsakene er ikke-integrerte affekter hos foreldrene som internaliseres hos barna (Danieli, 1998). Hun viser i kapittel 9 til et eksempel av Op den Velde (1996): autoritet kan bli et problem hvis foreldre behandler barna på en rigid, autoritær og forlangende måte, og ikke ser deres emosjonelle behov. Barnet kan vanskelig konkurrere med en forelder som har ”bevist” sin moralske overlegenhet i krigen, og vil for alltid være underlegen. Når barnet ikke kan konfrontere sin far som ledd i utviklingen mot voksenlivet kan han søke dette utenfor hjemmet. Barnets trass og motstand mot øvrigheter eller partnere kan ses som en fortsettelse av foreldres motstand eller en måte å gjøre motstanden til sin på.

Det foreldrene ikke deler blir i sin tur vanskelig for barnet å dele med andre. Når foreldre er avhengig av barnets omsorg og kjærlighet eller ikke er i stand til å støtte barnets utvikling kan separasjons-individuasjons-prosessen bli vanskelig, og kan medføre skyldfølelse hos barnet som voksen (Danieli, 1998).

Søviknes (2010) sier at barns ”window of tolerance”, de rammene barnet har for å takle stress uten å bli passiv eller overveldet, er avhengig av to forhold: stor integrativ kapasitet og sikker tilknytning. Ved eksponering for stress smalner rammene for dette ”vinduet”, og barnet får en

lavere terskel for å få følelsesmessige reaksjoner på hendelser som andre ville mestret uten spesielle problemer. Foreldre med PTSD *kan* ha dårligere omsorgsevne enn andre, både på grunn av sitt symptomtrykk og fordi de ikke har overskudd til å samhandle med barna. Barna får kanskje ikke bekreftet sine opplevelser og erfaringer når foreldrene ikke vil eller ikke orker å snakke om problemene. Dette kan føre til tvil om egne følelser, noe som senere kan bli fornektelse – ”mine følelser er ikke ok”.

Får barna en tilpasset forklaring om hvorfor foreldrene i kortere eller lengre perioder har vanskelig for å samhandle vil de kunne få en forståelse for at det ikke er noe galt med deres følelser.

3.5 ”Taushetens sammensvergelse”

Foreldrenes syn på verden blir også overført til barna, både ved taushet og underkommunikasjon og ved for mye avsløringer. I mange av studiene i Danielis bok (1998) fremholdes ”the conspiracy of silence”, taushetens sammensvergelse, som et av elementene i overføring av traumer. De traumatiserte finner ikke de riktige ordene for å fortelle sin traumehistorie og å lage en meningsfull dialog rundt denne.

Brown (1998) fant at der var to slags overlevertaushet; bevisst og ubevisst. Den bevisste var den hvor foreldre unnløt å fortelle hele historien av redsel for selv å bli retraumatisert ved å huske, at de skulle traumatisere sine barn eller at de ikke ville bli forstått hvis de fortalte om sine opplevelser. Den ubevisste taushetens fornektelse, splitting og dissosiasjon og/eller undertrykkelse holder de grusomme hendelsene utenfor oppmerksomheten og gjør dem således ordløse. Begge formene for taushet unngår å kjenne på det psykiske traumet etter tap av kjære og etter frykten for å miste sitt eget liv. Brown viser til Gampel (1992) som beskriver at traumene skaper en ”traumekjerne” som viser seg atferdsmessig som både en forhøyet følelse av intense affekter og en minsket evne til å håndtere og regulere disse affektene. Disse forandringene gjennomtrenger den emosjonelle atmosfæren i familien og har sterk innvirkning på interaksjoner med neste generasjon. Taushet blir en primær mestringsmekanisme.

Major (1996, kap. 12) så på hvilken rolle kommunikasjon rundt fedres krigsopplevelser spilte. Basert på intervju med barna fant hun ikke svar på hva, hvordan eller når det var best for barna å få vite om fedrenes traumehistorie. Barna opplevelser varierte fra de som ønsket far

hadde vært mer åpen til de som synes det hadde vært for mye åpenhet. Noen hadde reagert på at det ble fortalt på en følelsesløs måte, andre synes det hadde vært for mye følelser involvert. Hun fant at det var en positiv sammenheng mellom fars evne til kommunikasjon og hans kapasitet til omsorg. Likeså med den generelle atmosfæren i hjemmet. I de familiene der krigsopplevelsene ikke skulle snakkes om var fars fysiske og psykiske helse en daglig påminnelse om det som hadde hendt, og gjorde det umulig å glemme. Hvis det ikke var kommunikasjon omkring fars fangenskap manglet kommunikasjonen også på andre områder, og ved dårlig kommunikasjon så det til at annet samspill i familien også ble dårlig.

”Taushetens sammensvergelse” finner vi også i større perspektiv; hele samfunn, kulturer og politiske styresett kan fortie det grusomme som har skjedd.

3.6 Mestringstrategier

Danieli presenterer i introduksjonskapitlet i *International Handbook of Multigenerational Legacy of Trauma* fire forskjellige typer tilpasningsstiler hos krigsoverlever-familier. Disse blir kalt ”offerfamiliene”, ”kampfamiliene”, ”nummenhetsfamiliene” og ”de-som-greide-det-familiene”. Familiene er bærere av bevisste og ubevisste verdier, myter og tro som ikke nødvendigvis er de samme som samfunnet eller kulturen de tilhører innehar.

I et intervju i Reform Judaism Magazine (Chaitin, 2003) forklarer Yael Danieli nærmere hva hun mener med disse betegnelse.

”Offerfamiliene” var dominert av depresjon, bekymring og mistillit. Glede ble ansett som frivol luksus, og redsel for neste holocaust førte til at familiemedlemmene klynget seg sammen. Barna ble lært opp til å ikke stole på noen, spesielt ikke på autoriteter. Gjensidig overbeskyttelse mellom foreldre og barn, og bruk av skyldfølelse som kontrollmiddel kjennetegnet familiene.

”Kampfamiliene” ville være det motsatte av ofre. De satt i gang med å mestre livet med nærmest tvangsmessig energi. Selvmedlidenhet og svakhet var forbudt, og stolthet en dyd. Barna ble oppfordret til å stå i opposisjon mot autoriteter utenfor familien.

I ”nummenhetsfamiliene” hadde ofte foreldre mistet ektefelle eller barn under krigen. Hjemmet ble preget av manglende emosjonell og fysisk kontakt og av taushet. Foreldrene var ”livløse” og barna redde for å forestille hva som kunne ha ført til dette. Barna måtte passe

både seg selv og foreldrene, og ofte ble de også passive, fikk dårlig selvbilde og vansker med å tilpasse seg samfunnets normer.

”De-som-klarte-det-familiene” var drevet av drømmene de hadde hatt om sitt fremtidige liv mens de var i fangenskap. Ofte innebar disse drømmene storhet, og etter krigen søkte de sosial status, berømmelse og/eller rikdom. Denne typen familie benektet ofte at holocaust hadde hatt noen innvirkning på dem i det hele tatt. Det viktigste i livet var suksess. Det var i denne gruppen det oppsto flest tragiske hendelser som skilsmisser og selvmord.

Disse familietyper ble av Chaitin (2003) utvidet med ytterligere to kategorier. I sin studie av 20 familier av holocaustoverlevende var det 7 familier som ikke passet inn i Danielis kategorier, og hun la til ”livet-går-videre”- og ”splittede” familier.

”Livet-går-videre-familiene” kjennetegnes av å ikke benekte sin fortid, men heller ikke å fokusere på suksess slik som ”de-som-klarte-det-familiene”. Barna visste en del om det som hadde skjedd, og emnet var ikke tabu. Foreldrene la vekt på å se fremover, og barna anså sine foreldre som ”normale”. De verken fordypet seg i eller unngikk familiens tilknytning til folkemordet.

I de ”splittede” familiene hadde begge foreldrene overlevd holocaust, men brukte forskjellige mestringsstrategier. For eksempel kunne en av foreldrene fokusere på ”å klare det”, mens den andre la vekt på å være et ”offer”. Barna i denne familiekategori ble forvirret av å ha to motsatte mestrings-strategier å forholde seg til.

Chaitin bemerker også at det er stor sannsynlighet for at barnabarna, altså tredjegerasjon, vil fortsette å bære med seg spor etter slektens traumer.

Ved å være oppmerksom på intergenerasjonelle prosesser og hvordan overføring av traumer foregår kan man finne måter å forhindre denne overføringen og dens konsekvenser på.

4. Utviklings-, helse- og sosialpsykologisk teori som grunnlag for drøfting

Oppgaven vil behandles i lys av Løvlie Schibbys teori om selvrefleksivitet og anerkjennelse, Sterns fremstilling av barns utviklingslinjer, Antonovskys salutogenesetenkning og Berger og Luckmanns teori om sosial konstruktivisme.

Både Løvli Schibbye og Stern fokuserer på betydningen av tilknytning for barnets utvikling. Nå er det ikke barna jeg undersøker i denne oppgaven, men jeg tar allikevel for meg et kort avsnitt om disse forskernes tanker for å knytte dem opp mot traumatiserte foreldres symptomer og innvirkningen disse kan ha på barnas utvikling fra tidlig barndom.

Aaron Antonovsky har et forebyggende, mestringsfokustert og helsefremmende perspektiv som jeg tenker er relevant å knytte til både barn og voksnes situasjon.

Berger og Luckmann er sosiologer – noe jeg synes passer inn i en oppgave i psykisk helsearbeid som jo vektlegger et videre samfunnmessig perspektiv på psykisk helse enn det rent individuelle samspill som skjer i et terapirom. Deres teori vil brukes til å se på familieperspektivet.

4.1 **Utviklingsperspektivet**

Løvli Schibbye (2002) mener at barn ofte blir behandlet som et objekt som mottar kunnskap, en passiv mottaker, og med foreldre som subjekter eller aktive formidlere. Hun mener at mellom 18 mnd og 2 år begynner barnet å kunne se seg selv ”utenfra”, det utvikler en gryende selvrefleksivitet. Avgjørende for utviklingen av selvrefleksivitet er god tilknytning, noe som innebærer omsorgspersonens evne til innlevelse og til å tåle og akseptere barnets følelsesuttrykk. Dette kaller hun å være anerkjennende. Anerkjennelse av hverandre som likeverdige innebærer at partene henvender seg til hverandre som subjekt til subjekt. Dette øker selvaktelsen og følelsen av å ha verdi for seg selv og andre.

Hun presenterer i sin bok *En dialektisk relasjonsforståelse* Stern (1985) som fremla en teori om barns selvutvikling basert på utviklingslinjer helt fra fødselen av. Kort fremstilt omfatter hans teori følgende utviklingslinjer:

- Det gryende selvet er når barnet er mellom 0 og 2 måneder. Barnet begynner å registrere hva som skjer i omverdenen ved hjelp av følelsene.
- Mellom 2 og 6 måneder kalles domenet for kjerneselvet. Barnet begynner å skille mellom egne og andres handlinger og affekter.
- I 7 til 15 måneders alder har barnet kommet til domenet for selvsansning. Det innebærer subjektivitet, og barnet erfarer at opplevelser kan deles.

- Det verbale domenet varer fra ca 15 måneder til 3 år. Språket utvikler seg, barnet kan reflektere og symbolisere.
- Fra 3 års-alderen kan barnet lage seg narrativer som inneholder både egne og andres følelser og tanker.

Både hos Løvlie Schibbye og Stern kommer det frem hvor viktig det er med god tilknytning, noe som fordrer at omsorgspersonen har evne til inntoning, tålmodighet, bekreftelse og ikke minst affektregulering.

4.2 Salutogenese

Aron Antonovskys teori om følelsen av sammenheng, Sense of Coherence (SOC), vil brukes for å underbygge prinsippet om at både barn og voksne trenger forutsigbarhet og innsikt i det som skjer rundt dem for å kunne mestre livet best mulig.

I boken *Mestring som mulighet* gir Sommerschild (1998) en innføring i Aaron Antonovsky (1923 -94), professor i medisinsk sosiologi, sin stressforskning. Han utviklet en teoretisk modell bygget på et salutogent (helsefremmende) perspektiv med mål om å lette eller fjerne stressorer. Helse fremstilles som et kontinuum som går fra helt frisk til alvorlig syk. Han mente at alle har iboende ressurser som kan brukes til å overvinne vanskeligheter i hverdagslivet, og finne tilbake til en opplevelse av sammenheng (Sense of Coherence - SOC). Dette innebærer forståelse for situasjonen, tro på at vi har ressurser til å finne løsninger og å finne mening i å gjøre dette. Disse tre punktene kom han frem til etter å ha analysert samtaleene han hadde med jøder som hadde sittet i konsentrasjonsleir under krigen.

Antonovsky selv (1996) forklarer sin teori med en lignelse. Helsevesenet er som heroiske redningsmenn som fisker nesten druknede mennesker opp av strykene i en elv i stedet for å spørre seg hvem eller hva som egentlig dyttet dem ut i elva. Hadde det ikke vært bedre å stoppe dem før de falt i vannet? Men hvis det er slik at i egenskap av å være menneske er vi allerede i den farlige "livs-elva", og ingen har mulighet til å oppholde seg på elvebredden, da må vi heller spørre oss om "hvor farlig er min elv", og "kan jeg svømme"?

Han sier videre at for å forklare hva som kan bevege oss i retning av "frisk-delen" av kontinuumet (som er nevnt i forrige avsnitt) brukte han betegnelsen "Generalized Resistance Resources" (GRR) . Men dette menes en evne mennesket har til å legge til rette for å kunne mestre de iboende stressorer i tilværelsen. Det som var felles med GRR'ene var at de hjalp til

å se at omverdenen har en mening, både kognitivt, emosjonelt og instrumentalt. Han kalte dette en opplevelse av sammenheng, SOC. Dette inkluderer å se mening, å forstå utfordringene og ha tro på at man har ressurser til å mestre situasjonen. Disse bestandelene kan virke kjente, og er nær konsepter som optimisme, livsvilje, selvoppholdelse, tøffhet etc. Men det er den spesielle kombinasjonen av de tre nevnte komponentene, kognisjon, emosjon og instrumentalisme, som gjør teorien unik. Til forskjell fra konsepter som problemløsning, indre følelse av kontroll og annet er SOC ikke kulturavhengig, mener Antonovsky. **Hva** gir en følelse av mening, **hvilken** type ressurs er passende for utfordringen, **hvem** har ressursen (de må være på ”min side”), **hvor mye** informasjon trenger man for å håndtere situasjonen? Antonovsky mener at de uthevede ordene kan byttes ut med det som passer og kan variere fra kultur til kultur, men resultatet blir det samme.

Han sier at SOC formes av erfaring, og det som påvirker dette er balansen mellom konsistens, under- og overbelastning, samt deltakelse i sosialt verdsatte beslutninger. Erfaringene blir formet av sosial status, kultur, av den jobben man utfører og av mange andre faktorer som kjønn, etnisk tilhørighet, genetikk etc.

Å gjøre noe for å mestre en vanskelig situasjon, som å delta i en forening for å styrke arbeidsplasser eller en terapigruppe vil ikke bidra til radikalt å endre SOC, men til å minske skade og øke styrke.

Antonovsky mener instrumentene som måler SOC er krysskulturelt konsistente og pålitelige, men understreker at på det tidspunkt han uttaler dette har de ikke vært utprøvd i ikke-vestlige kulturer.

4.3 Sosial konstruktivisme

Sosial konstruktivisme, som ofte brukes innen pedagogisk teori, tar utgangspunkt i at det man lærer og den kunnskapen man tilegner seg må ses i sammenheng med kulturen, språket og det øvrige fellesskapet et individ tilhører. Språk innbefatter både muntlige og skriftlige uttrykk (Wikipedia, 2011). For egen del vil jeg også legge til kroppsspråk som ofte forsterker, formidler eller uttrykker noe annet enn det som formidles muntlig. Lev Vygotskij (1896-1934), russisk psykolog, mente at barns utvikling skjer i samspill med omgivelsene mer enn som en individuell prosess. Utviklingen skjer gjennom relasjoner, spesielt gjennom samspill

med foreldrene, og kulturell forståelse og kognitiv utvikling kaller han internalisering (Wikipedia, 2011).

Berger og Luckmann (1966/2000) mener at barnets virkelighet for en stor del blir konstruert i familiekonstellasjonen, som anses som arnestedet for primærsosialisering. Medlemmene i familien formidler ”sannheter” som oppfattes og etterleves. Men det er ikke bare barnet som påvirkes. Sosial konstruktivisme bygger på fenomenologien og har en dialektisk tilnærming til menneskets livsverden. Barn og foreldre påvirker hverandre således gjensidig, noe som også skjer på individ og samfunnsnivå. Kunnskapsutvikling skjer hermeneutisk ved dannelsen av tese, antitese og syntese (Berger & Luckmann, 1966/2000). Pål Veiden (2000, s. 9) skriver i forordet på Berger og Luckmanns bok at tre setninger kan oppsummere deres prosjekt: ”Samfunnet er et menneskeskapt produkt. Samfunnet er en objektiv virkelighet. Mennesket er et sosialt produkt”.

Når det gjelder primærsosialiseringen mener Berger og Luckmann (1966/2000) at barn fødes inn i foreldrenes (eller de signifikante andres) objektive verden. (Jeg velger her for enkelthets skyld, og for det passer med perspektivet jeg tar i denne oppgaven, å kalle de signifikante andre for foreldre.) Foreldrene formidler sin objektive virkelighet til barna, basert på sine egne individuelle erfaringer. Dette formidles ikke bare gjennom kognitiv læring, men også emosjonelt. Barnet internaliserer foreldrenes holdninger når identifisering finner sted, og slik oppstår et selv formet etter foreldrenes måte å betrakte barnet på. Individet tilegner seg ”verden”, ikke kun holdninger og normer. Allmenngyldigheten utvides til generell identitet ved at for eksempel atferd får lignende tilbakemeldinger fra forskjellige hold. Det er ikke bare mor som sier man ikke skal søle med maten, men også bror, tante, lærer osv. Identiteten blir da noenlunde den samme uansett hvem man møter. Relasjonen mellom subjektiv og objektiv virkelighet etableres ganske symmetrisk, det som er virkelig på ”innsiden” svarer til det på ”utsiden”. Dette er ikke en statisk tilstand, men gjenskapes kontinuerlig (Berger & Luckman, 1966/2000).

Berger og Luckman mener videre at et barn må klare seg med de foreldrene det har fått, og må forholde seg til deres ”spilleregler”. Det har ikke flere ”verdener” å velge mellom når det vokser opp, men kun en eneste ”Verden”. Denne tilhører primærsosialiseringen og forankres derfor dypt i individet.

Sekundærsosialisering innebærer internalisering av institusjonelle systemer og kommer etter primærsosialiseringen. Den må forholde seg til det som allerede er dannet, og alt nytt må tilpasses det eksisterende. Sekundærsosialiseringen kan endre verdensbildet man hadde internalisert i barndommen, og dens struktur er lettere modifiserbart siden det ikke er ”sannheter”. Jo mer teknikkene som tas i bruk ved sekundærsosialisering kan bygge opp en følelse av kontinuitet mellom de allerede internaliserte holdningene fra primærsosialiseringen, jo mer får de et preg av ”virkelighet”. Miljøet må bekrefte identiteten, den subjektive virkeligheten, om den skal opprettholdes. Kriser kan rokke ved primærsosialiseringen og innebære en ny følelsesmessig identifisering med signifikante andre. Dette opptrer lettest ved en fysisk, så vel som mental atskillelse fra det subjektive samfunnet. Den gamle virkeligheten og de tidligere signifikante andre må gjenfortolkes innenfor de nye rammene. Man husker det som passer inn i den nye fortolkningen og glemmer det andre for å opprette en balanse (Berger & Luckman, 1966/2000).

Nordahl & al (2005) beskriver at som individ fortolker man det som observeres, og slik dannes konstruksjoner av virkeligheten. Disse påvirkes av de oppfatningene som er vanlige innenfor det sosiale fellesskap man lever i og av egne erfaringer. Når det gjelder å forklare atferd viser de til Kurt Lewins (1936) formel fra sosialpsykologien: $A=f(P, O)$. Denne beskriver at atferd (A) er en funksjon (f) av personen (P) og omgivelsene (O). Gjennom intervjuet i oppgaven vil det søkes å få kjennskap til en del av denne skapte virkeligheten.

5. Metode

5.1 Innledning

Kvalitativ metode ble valgt for å kunne utforske og beskrive et fenomen. Ettersom jeg har som mål å være så nøytral som mulig, til tross for at jeg hadde visse antakelser om emnet på forhånd, vil jeg karakterisere undersøkelsen som fenomenografisk heller enn fenomenologisk. Jeg har ikke til hensikt å utforme en teori, men beskrive foreldrenes tanker omkring et tema, og få frem variasjoner i opplevelsen av et fenomen (Kristoffersen, 2010). Da det ser ut til å være forholdsvis lite kunnskap om feltet var det ikke aktuelt å gjøre bruk av kvantitativ metode. Det ville, på grunn av manglende tilgjengelig kunnskap, vært vanskelig å stille de riktige spørsmålene/utsagnene på et skjema som skulle besvares med ja eller nei, eller noen form for skala eller måleinstrument, selv om dette ville gitt meg mulighet til å få med flere

informanter. Jeg er ute etter å vite noe om deltakernes egne forklaringsmodeller, lete etter ny kunnskap, og ønsket derfor å benytte en åpen, induktiv metode. Datainnsamlingen foregikk ved hjelp av semistrukturert intervju med lydopptak og påfølgende transkribering. Mer eller mindre åpne spørsmål ble benyttet for å utforske ukjente fenomener fra et tidligere privat domene – erfaring som ikke nødvendigvis er blitt satt ord på før (Kvale, 1997). Dette innebærer en hermeneutisk tilnærming til emnet hvor nye utsagn kan føre til en utvidet forståelse og en nytt spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009).

5.2 Godkjenning av prosjektet

For å få svar på det jeg ønsket å vite noe mer om ville jeg intervjuer pasienter ved Poliklinikk for psykosomatikk og traumer. Jeg måtte da innhente tillatelse fra Regional etisk komité (REK), samt fra Forsknings- og utviklingsavdelingen (FOU) ved Sørlandet sykehus HF. Første søknad til REK ble sendt elektronisk i september -10. Denne var ikke informativ nok, og det ble bedt om å sende inn ny og fyldigere søknad. Søknaden ble i utfylt stand returnert REK i oktober. Svar fra REK forelå i begynnelsen av desember hvor det fremgikk at søknaden ble forhåndsgodkjent med noen endringer. Endringene gjaldt hvem som skulle kontakte pasientene og hvordan inklusjon skulle skje, lagring av data og forespørsel om forlenget oppbevaring av data. Disse rettelsene ble gjort og returnert REK i februar. Endelig svar på godkjent søknad med rettelser forelå 24.03.11. Jeg fikk også positivt svar på forespørsel om å forlenge tidsfristen for oppbevaring av data frem til 01.06.2016. Dette var blitt bedt om av FOU-avdelingen da de ønsket å kunne ha tilgang til dataene til eventuelle senere forskningsprosjekter. Koblingsnøkkel vil i dette tidsrommet forvaltes av FOU-avdelingen.

FOU-avdelingen ved Sørlandet sykehus Kristiansand skal også godkjenne oppgaver som blir utført ved sykehuset og som inkluderer intervju av pasienter. Dette ble søkt om og prosjektet ble fremlagt for flere representanter for avdelingen 17.12.10. Godkjenning forelå fra SSHF i januar.

5.3 Skjevheter/bias

5.3.1 *Utvalget*

Utvalget er lite, kun 6 personer. Dette er for lite utvalg til å kunne trekke allmenne konklusjoner ut i fra funnene, men nok til å få et bilde av fenomenet som skulle undersøkes. På grunn av oppgavens omfang, ressurser og tidsperspektiv ble ikke utvalget utvidet.

5.3.2 *Språk*

Informantene kom fra forskjellige land hvorav ingen hadde norsk som morsmål. Det var derfor muligheter for at spørsmålene ikke ville bli riktig oppfattet. Det søktes til en viss grad å gjenta svarene, ”er det slik at...”, eller ”mener du at...” for å sikre meg at jeg hadde forstått svaret riktig. Spørsmålet ble gjentatt hvis det syntes meg at informanten ikke oppfattet det spørsmålet var ment å innebære. Det kunne også være vanskelig for informanten å gjøre seg forstått under intervjuet. Det var planlagt å bruke tolk hvis dette var nødvendig, noe det viste seg å ikke være.

Det ble lagt vekt på forsiktighet ved bruk av metaforer og lignende, og på å anvende et enkelt og tydelig språk.

Ikke alle mestret norsk godt nok til å beherske nyanser i språket, og det har derfor vært nødvendig for intervjuer å tillate seg å tolke styrken i en del utsagn.

5.3.3 *Kultur*

Kulturelle forskjeller kan også spille en vesentlig rolle i tolkning av utsagn. Dette er vanskelig å gjøre noe med, men viktig å være klar over. Forståelsen av informantens utsagn er, som ved all kommunikasjon, tolket inn i min egen referanseramme, og da det her dreier seg om helt forskjellig kulturbakgrunn kan meningsforskjellen bli større enn ved samtale med mennesker med samme etniske/kulturelle bakgrunn.

5.4 *Anonymitet i teksten*

Det vil ikke bli opplyst om hvilke land informanten opprinnelig kommer fra. Dette på grunn av at noen folkegrupper ikke har mange medlemmer i regionen, og det ville kunne være mulig å identifisere vedkommende. Alder og antall barn vil heller ikke komme frem. Sitater som brukes i teksten vil kun være gjenkjennelige for informanten.

5.5 Utvalg

Å finne informanter som oppfyller kriteriene i denne undersøkelsen i befolkningen generelt ville vært vanskelig. Selv om jeg skulle ta kontakt med et stort antall mennesker med ikke-nordisk utseende på gata, ville en stor del av dem ikke være flyktninger. Mange ville ikke være traumatiserte, ikke ha barn i den aktuelle aldersgruppen, og få ville nok ha en kjent PTSD-diagnose. Jeg valgte derfor et ikke-sansynlighetsutvalg, og intervjuet 6 pasienter på mitt eget arbeidssted som har en PTSD-diagnose og som har barn mellom 6 og 16 år. Siden informantene alle har vært i Norge i lang tid går jeg ut i fra at det dreier seg om kronisk PTSD (symptomvarighet mer enn 6 måneder), og ikke akutt (oppstart og symptomvarighet mindre enn 6 måneder) (Lie, 2003). Et slikt bekvemmelighetsutvalg samler deltakere i henhold til fastsatte kriterier, og er således styrt av den informasjonen jeg ønsker å oppnå. Samtidig utelukker det utvelgelse av informanter som ikke går til behandling ved klinikken, men som allikevel hadde kunnet oppfylle kriteriene (Jacobsen, 2003).

Jeg arbeider på en poliklinikk som tar i mot mange flyktninger og følgelig er det praktisk å rekruttere informanter fra denne pasientgruppen fremfor å kontakte andre instanser. Ved kontakt med deres respektive behandlere var det mulig å få vite om de oppfylte kriteriene, å ha en PTSD-diagnose så vel som barn i den aktuelle aldersgruppen. Det ble ikke fokusert spesielt på kjønn siden dette ikke inngår som kriterium i oppgaven, men det ville likevel vært interessant å kunne intervju pasienter av begge kjønn. Det er heller ikke satt kriterier for alder eller opprinnelsesland. Alder vil ikke være relevant, og jeg vil i denne studien ikke gjøre noe forsøk på å spesifisere hva som kan være egenartet for den enkelte kultur. Kolleger på klinikken ble forespurt om kort å presentere studien og behov for informanter for sine aktuelle pasienter, og spørre dem om de aksepterer å bli kontaktet for et intervju.

Ettersom utvalget er for lite til å kunne dra noen bastante konklusjoner eller til at funnene har stor overføringsverdi, kunne jeg eventuelt ha valgt en fokusgruppe med informanter fra samme land. Det hadde antakelig vært enklere å få samlet deltakere, eventuelt ved ”snøballmetoden” der den personen som man får kontakt med først spør kjente om de også vil delta. Det hadde slik vært nok med én samling, og vært svært tidsbesparende og praktisk. Dette ble ikke valgt fordi jeg ønsket å få frem flest mulig forskjellige refleksjoner og nyanser. Kanskje hadde en deltaker fra for eksempel Syria andre tanker om temaet enn en fra Sudan eller Bosnia? Hadde jeg brukt en fokusgruppe fra samme opprinnelsesland hadde allikevel

utvalget vært for lite til å kunne si noe om at foreldre fra for eksempel Syria tenker på en viss måte om dette emnet.

Informantene jeg hadde kontakt med kom fra 5 forskjellige land med til dels stor geografisk spredning.

5.6 **Kontakt med informanten**

Informantene ble rekruttert blant kollegers pasienter på Poliklinikk for psykosomatikk og traumer. Jeg presenterte prosjektplanen på et internseminar etter å ha fått tillatelse fra min nærmeste overordnede. Kollegene ble forespurt om å hjelpe til å finne informanter og stilte seg positivt til dette. De som hadde pasienter i målgruppen ville kort forklare hva studien gjelder og levere dokumentet "Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt" til de av pasientene som kunne tenke seg å delta. Disse fikk så beskjed om at studenten ville kontakte dem på telefon i løpet av kort tid slik at det kunne avtales et møte. Det var beregnet at ett møte vil være nok til informasjon, frivillig samtykke og intervju. Tidsrammen var beregnet til ca 1 time, men det vil være mulig å utvide tiden hvis nødvendig.

Klinikkens leder, dr. Birgit Lie, ble forespurt, og hadde en positiv innstilling til prosjektet og til rekruttering fra klinikken.

5.8 **Datainnsamling**

Datainnsamling foregikk ved hjelp av intervju og lydopptak med hver enkelt informant. Det var planlagt at intervjuet kunne gjøres i klinikkens lokaler, og at det ville vare ca 1 time. Det viste seg at av praktiske hensyn til informantene ble intervjuene foretatt på forskjellige steder. Tre av intervjuene foregikk på Poliklinikk for psykosomatikk og traumer på Sørlandet sykehus HF i Kristiansand. Poliklinikkens lokaler er på grunn av plassmangel delt, og det er derfor kontorer både i bygg 1 og i bygg 21. Et av intervjuene fant sted på mitt kontor i bygg 1 og et i resepsjonen i bygg 21 etter stengetid. Et tredje ble gjennomført på et lånt kontor i arbeidstiden i bygg 21. Denne informanten kom rett fra time hos sin behandler og til intervju. Grunnen til at to av intervjuene ble foretatt i bygg 21 var at disse pasientene hadde sine behandlere der og derfor var kjent på stedet. Et intervju fant sted i et ledig klasserom på Universitetet i Agder, Grimstad. De resterende to intervjuene ble gjennomført hjemme hos informantene. Den ene av disse to hadde ingen barn hjemme på intervjutidspunktet. Den andres barn var i hjemmet, men holdt seg borte fra stuen hvor intervjuet foregikk. Ingen

ektefeller eller andre slektninger var heller til stede under intervjuene. De to intervjuene som ble foretatt i hjemmet til informanten var de som hadde den mest naturlige settingen. Ingen av intervjuene på klinikken ble foretatt i samme rom som vedkommende vanligvis oppholdt seg i med sin behandler. Dette tenker jeg var heldig ettersom det således ikke kunne forveksles med eller minne om en pasient-terapeut-setting.

5.9 Informasjon til deltakerne

De informantene som deltok hadde på forhånd fått muntlig og skriftlig informasjon om undersøkelsen fra sine respektive behandlere og sagt seg villige til å bli kontaktet. Det viste seg at samtlige behersket norsk språk godt nok til å bli kontaktet pr telefon for å avtale møtested og -tidspunkt. Det var bestilt kvalifisert tolk fra Noricom Språktjenester AS til en av deltakerne, men denne ønsket å snakke norsk i intervjuet, så tolken ble avbestilt i møtets oppstart. Hvis tolk hadde blitt benyttet ville denne ha blitt forespurt om å oversette informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet setning for setning, samt gitt sitt samtykke til at informasjonen var forstått så godt som denne kunne oppfatte.

Informasjon om undersøkelsen ble presentert for hver deltaker før intervjuet. Den skriftlige informasjonen ble presentert på norsk, og ikke på informantens morsmål, da det for en masteroppgave vil være uforholdsmessig tidkrevende og kostbart å produsere informasjonsskrivet på flere språk. Det ble lagt vekt på frivillighet, mulighet for å trekke seg fra undersøkelsen til et hvert tidspunkt frem til levering av oppgaven, og at deltakelsen ikke på noen måte ville få innvirkning på deres videre behandling ved klinikken. Det ble også opplyst om intervjuers taushetsplikt, om hvordan anonymiteten blir ivarettatt og om hvordan det muntlige og skriftlige materialet ville bli oppbevart og beskyttet mot innsyn. Informantene ble opplyst om at intervjuene ble antatt å vare fra 40 til 60 minutter.

5.10 Lagring av data.

Lydopptakene ble, når de ikke var til transkribering, oppbevart nedlåst i et skap på et låst kontor på Sørlandet sykehus HF (SSHF). Under transkribering ble opptakene lagret innelåst i studentens hjem. Tekst ble oppbevart og behandlet på en passordbeskyttet bærbar PC tilhørende SSHF. Denne sto hjemme hos studenten. Lydopptak ble således ikke oppbevart sammen med teksten ut over transkriberingsfasen. I tillegg ble teksten lagret på SSHFs server. Det er opprettet et spesielt passordbeskyttet område for forskning ved SSHF. Det er kun

studenten som kunne ha tilgang til dokumentet med informantens navn og nummer, og kun nummer ble benyttet ved bearbeiding av teksten.

5.11 Intervjusituasjonen

Intervjuet ble startet med å takke for deltakelsen. Intervjuguiden ble brukt som grunnlag for intervjuet, men det viste seg nødvendig å stille spørsmål innen emnet som ikke var nedtegnet i guiden. I noen av intervjuene var det vanskelig å holde seg til tema fordi spørsmålene ga assosiasjoner til tidligere opplevelser. Intervjuene varte fra 40 - 70 minutter. Det ble noen ganger bemerket ”er vi alt ferdige?” ved intervjuets slutt. Det så ut til at mange savnet å kunne formidle sine tanker rundt et tema som opptok dem. Ingen ga uttrykk for å føle spørsmålene som ble stilt eller situasjonen som ubehagelig.

5.12 Analysemetoder

Jeg har brukt narrativ strukturering i henhold til Hauptert i Flick (2002) for å analysere teksten. Denne ble delt opp i ”betydningsfulle tema” for så å renses for ikke-narrativt innhold. Tema ble rangert og tilknyttet sitater som illustrerer mening. Dette utgjør kjernen i teksten. Videre ble hvert tema analysert lingvistisk og til slutt fortolket opp i mot teksten som helhet. Det ble flere mulige fortolkninger som måtte tas hensyn til.

Jeg startet med å transkribere teksten i sin helhet, også de delene som ikke hadde noen direkte tilknytning til tema. Så tok jeg for meg den transkriberte teksten og så på denne opp i mot de spørsmålene jeg hadde nedtegnet i intervjuguiden, for så å markere alle utsagn med farger i forhold til betydningsfulle tema. Slik ble innholdet som ikke var aktuelt for spørsmålene jeg stilte satt til side. Alle intervjuene ble så sammenstilt i grupperinger svarende til spørsmålene. Ved ny gjennomgang av teksten som var igjen, fant jeg også der informasjon som var relevant for tema i oppgaven, om enn ikke som svar på direkte spørsmål.

Et av spørsmålene viste seg å ikke være helt relevant, nemlig ”hvilke ord brukte du?” (for å forklare symptomene dine). Ingen hadde benyttet seg av spesielle ord for å forklare, så dette kom mer til å dreie seg om måter å tilnærme seg emnet på i stedet.

6. RESULTATER

Funnene anses å være relevante i forhold til studiens formål. De gir innsikt i det temaet jeg ønsket å vite mer om, og gir meg ny viten om området som er undersøkt. Under følger en samlet fremstilling av funnene satt opp sammen med de tilhørende spørsmålene.

6.1 Har du snakket med barna om symptomene?

6.1.1 *Hvor mange oppgir å ha snakket med barna?*

Av de 6 informantene er det 3 som svarer ja og 3 som svarer nei. Det ble stilt utdypende spørsmål rundt dette, noe som viste forskjellig forståelse av spørsmålet. Dette kommer jeg tilbake til.

6.1.2 *Hvem av barna har de snakket med?*

Det kommer frem at de som svarer ja på å ha snakket med barna, har snakket spesielt med de eldste. ”Spesielt de... store”. Det er da i hovedsak snakk om barn som er fra 16 år og oppover. Den yngste av de ”store” er 13. Kun en informant har snakket om sine symptomer til barn som er under denne alderen. Det ser også ut til at jenter oftere blir innviet i problemene enn gutter, selv om guttene i noen tilfeller er eldre: ”...jentene vet det. Ikke han eldste. Han er gutt...”. ”Har tatt en samtale med de... eldste” (jenter). Kjønn var ikke tatt med i beregningen, men dette kom frem i intervjuene.

Når det gjelder de yngre barna til informanter som oppgir å ha snakket med barna sine (den yngste i undersøkelsen er 6 år), kommer det frem uttalelser som ”...jeg sier ikke noe til han yngste i alle fall”, og en informant sier at han har prøvd snakket med den minste, men ”han forstår ikke”.

En av foreldrene, som svarer nei på å ha snakket med barna, oppgir å ha fortalt til sin sønn på i tenårene at han har vært i krig, men ikke at dette henger sammen med hans plager i dag. En annen har valgt å fortelle den eldste at han går til behandling og at han har vært i krigen, men ikke noe om hvorfor og hva som plager ham, kun generelt om det som har skjedd med hans folk i hjemlandet.

6.2 Har du tenkt å snakke med barna?

Foreldrene som har svart nei på spørsmål 1 mener for det meste at de kan snakke med barna når de blir større. Men ikke alle tenker at de vil ta opp dette selv når barna blir voksne:

”kanskje når hun blir voksen”, ”kanskje forteller jeg mer senere når han er voksen”.

Men det er enighet om at større barn vil kunne forstå mer: ”det er bedre når han blir større” og ”de store skjønner mer”. Hva som er stort nok er det forskjellig syn på. En tenker at når de er over 15 år vil de kunne forstå, en annen synes at de må være minst 20 år for at han skal kunne snakke med dem.

6.3 Tror du dine barn har lagt merke til at du plages med noe?

Foreldrene har gjort seg mange tanker om dette. Alle informantene mener at barna nok har merket ”noe”. Flere av foreldrene sier de prøver å skjule sin plager, men tror ikke de har lykkes helt med dette. En forteller at hvis hun skulle prøve å skjule sine symptomer ville allikevel barna se det på ansiktet hennes. En annen sier at ”når man reagerer uvanlig da vet de at man har problemer”. En far forteller at ”...jeg prøver alltid å snakke til ham som om jeg ikke hadde problemer, men han vet jeg har mange problemer”. En annen informant forklarer at: ”Barna er ikke dumme. De merker og spør om hvorfor du er trist, hvorfor du er sånn, men jeg prøver hele tiden å si at alt er greit og bare finne på noe...”. De fleste synes det kan være vanskelig å ikke vise hvordan man har det.

6.3.1 Hva har barna merket?

”Noen ganger sitter jeg bare med tunge øyne og tungt hode”, og ”før var jeg aktiv selv om jeg hadde det vanskelig”, forteller en mor som tenker barna nok har lagt merke til dette. En annen forelder forteller at barna forstår det når han ikke er helt i form eller ”når det er noe galt med meg”. Irritabilitet er et symptom som flere av foreldrene tenker barna legger merke til, andre sier at man ”forsnakker seg”, at man går med et ”trykk” inni seg og plutselig sier noe som er relatert til symptomer/opplevelser uten å ville det. Tretthet, konsentrasjonsvansker, hjertebank og hodepine er andre plagsomme symptomer som foreldrene tenker at barna legger merke til. At far eller mor ofte er triste eller i dårlig humør er andre symptomer som går igjen. Flere av foreldrene forteller også at de noen ganger må gå ut en tur for å slippe unna situasjoner hvor de føler seg irriterte eller sinte pga barnas lek eller støy, men dette tenker de barna ikke legger merke til. En far sier at han noen ganger ikke orker å være sammen med folk, ikke nære venner eller familie en gang, og sønnen har spurt hvorfor han ikke har lyst til å ha besøk.

Søvnproblemer går også igjen som et svært plagsomt symptom for de fleste informantene, men da sover jo barna og foreldrene angir at de antakelig ikke legger merke til at far eller mor sitter mye oppe eller går ut om natten.

Noen foreldre forteller at de har fysiske skader som plager dem i hverdagen.

En vet ikke om barna har merket noe, en annen sier at ”Barna merker noe, men de spør ikke”.

6.4 Har dine barn stilt deg spørsmål omkring dette?

Et av barna har lagt merke til at pappa ikke går på jobb og undrer på om han er syk. Dette har foreldrene bekreftet, men har ikke ønsket å si hva slags plager det er snakk om. En annen har spurt hvorfor pappa er så trist. En far pleier å si at han har vondt i hodet, og forteller at sønnen er hensynsfull og spør: ”Er du i form, pappa? Har du ikke vondt i hodet?” hvis han ønsker hjelp eller vil gjøre noe sammen med sin far. Far tror at han bekymrer seg for hans helse, men synes han (sønnen) virker glad og fornøyd i hverdagen. En annen har spurt far hvorfor han går til legen og hva som skjer der.

En informant angir at barna aldri har spurt om noe vedrørende symptomene.

6.5 Hva er grunnen til at du velger å ikke snakke med barna om dine plager?

Alle foreldrene som oppgir å ikke ha snakket med barna om sine symptomer kan forklare hvorfor de har tatt dette valget, og alle har flere grunner for dette. Noen mener at barna ikke ville forstå fordi det er vanskelig å forklare, og hvis de forteller litt så vil barna spørre mer slik at det blir vanskelig å begrense informasjonen. Hvis de snakker med de større barna vil kanskje de yngre overhøre noe som blir sagt eller de vil få vite noe av søsknene. En annen grunn til å ikke snakke med dem blir oppgitt å være at ”det vil ikke være bra om jeg forklarer om psykiske problemer”. En tenker også at barnet kan bli mobbet på skolen hvis det skulle bli kjent at far har psykiske problemer.

Felles for alle er at de er redde for at barna skal få samme problemer som dem hvis de snakker om sine plager. ”For meg er det bra å fortelle, men ikke for dem” sier en far. ”Barna vokser opp i Norge og her er ikke krig. Jeg vil ikke at gutten får samme problemer som meg”, ”det er en dårlig ting, jeg vil ikke fortelle om det” og ”det kan bli problemer for henne hvis hun vet”, og ”da vil hun begynne å tenke som pappa” uttaler foreldrene. En far sier: ”Jeg får mye vondt når jeg tenker. Jeg vil ikke de skal få det. Det vil bli for tøft for barna”. Problemene de tenker

barna vil få er vonde drømmer, bli redde, bli opptatt av våpen og ville sloss, eventuelt få problemer som voksne, og ”da ville det være min skyld”.

6.6 Hva er grunnen til at du ville snakke med dem om dine plager?

En far sier at ettersom barna merket at han ikke var i form valgte han å forklare hvorfor. Han tenkte også at det var vanskelig å alltid skulle skjule problemene sine, ”man kan gjemme alt, men da vil det oppstå konflikter”. ”Jeg kan ikke skjule alt for de hver dag, og jeg vil ikke at de skal gå å lure på hva som skjer med mamma” sier en mor.

To av foreldrene synes de fikk det verre selv når de så at barna hadde det vanskelig, og dette var medvirkende til at de valgte å snakke med dem.

En far hadde i utgangspunktet ikke tenkt å snakke med barna da han var redd ting skulle bli verre. Noen av hans barn husket hendelser fra krig og flukt og det ville kanskje være best å glemme. Han ble oppfordret av sin lege om å snakke med barna, og valgte å stole på henne. Han sier: ”Jeg fant ut at den beste måten å komme inn på tingene på var å ikke prøve å unngå”.

”Jeg valgte å snakke med dem for at de ikke skulle være veldig redde” forteller en mor som selv hadde hatt en barndom som hun beskriver som utrygg.

6.7 Hvordan forklarte du symptomene dine?

”Det skjer noe med kroppen når jeg blir trøtt eller stressa, og det er ikke farlig. Jeg får medisiner og blir bedre” har en mor forklart barna sine. En far sier han har sagt at han har vondt i hodet når barna merket at han ikke var i form. En annen far har valgt å ta opp noe av det de opplevde under krigen, og ikke bare sine egne symptomer.

6.7.1 Hvilke ord brukte du?

Det kommer ikke frem at noen av foreldrene har brukt spesielle ord eller vendinger, men de har benyttet seg av teknikker for å kunne ta opp vanskelige tema med barna sine.

Å nærme seg det vanskelige litt etter litt, ”å gå rundt i en sirkel som blir mindre og mindre” forteller en far at har fungert bra i hans familie. Han bruker også humor og blander vonde og gode opplevelser slik at det blir en hel historie. ”Jeg prøvde å gå rett på sak, men da var det ikke så interessant å høre”, sier han. Da sa barna at dette var ikke noe moro, og ønsket ikke å

snakke mer om det. ”Så da snakket jeg om de tingene de husker. (...) Jeg gjør sånn at de også skal være med. De skal ikke bare høre og se. Da blir det ikke så kjedelig”. Han ufarliggjør minnene ved å sette dem inn i trygge rammer og gjøre dem til en felles historie. ”På en måte hele tiden prøve å være slik at det ikke blir tungt for dem. Det skal være mest mulig lett for å si at det er noe som har skjedd, men det er lenge siden”. ”De minste tenker ikke så mye over det og er heller ikke så interessert i å høre”, sier han. Disse har ikke opplevd krigen, men har fått muligheten til å delta i familiens historie.

En mor forteller at hun har gått frem på en lignende måte. ”Jeg fortalte ikke direkte det som skjedde, men jeg fortalte litt rundt, og med ord som kan passe til dem”, sier hun, og så satte hun sine symptomer i sammenheng med dette.

6.8 Hvordan har barna reagert på dette?

To av foreldrene forteller at barna er blitt snillere og mer hensynsfulle. ”Han gjør ikke noe galt slik at jeg blir sint når jeg har det dårlig”, sier en far. Andre barn hjelper mer til hjemme og forhører seg om hvordan mor føler seg hvis de skal på bytur eller lignende. En annen forelder sier at nå kan de snakke om alt, ”til og med direkte om ting”. Han synes at barna ser ut til å ha det bedre etter at han pratet med dem.

7. Drøfting

7.1 Metodologiske refleksjoner

7.1.1 Etiske vurderinger av fordeler og ulemper

Pasienter på et sykehus er en spesielt sårbar gruppe da de er plaget med symptomer av forskjellige slag og har krav på helsepersonellens taushetsplikt vedrørende sin situasjon. Flyktninger lever i tillegg i en annen kultur enn den de har vokst opp i, og må ofte streve med å forstå språk, koder, normer og rettigheter. Ofte kommer de også fra krig og er vant med at man ikke alltid kan stole på menneskene rundt seg. Det er av disse årsakene viktig å utvise varsomhet i tilnærmingen til informanten og det bør tilstrebes å gjøre intervju situasjonen så forutsigbar og trygg som mulig.

7.1.1.a Studiens fordeler:

Både barneansvarlige/helsepersonell ved sykehusene og barn av psykisk syke flyktninger vil kunne ha fordeler av bedre kommunikasjon. Det vil gjøre oppgaven lettere for den

barneansvarlige/helsepersonellet, og det vil være med på å forebygge at barna vokser opp med emosjonelle, kognitive og atferdsmessige vansker knyttet til foreldrenes psykiske problemer. Det vil også være en fordel for foreldrene å ikke måtte prøve å skjule/hemmeligholde sine symptomer, og familielivet og hverdagen vil bli enklere.

En annen fordel med intervjuene er at foreldrene fikk muligheten til å få frem sine meninger om emnet i en setting hvor de ikke står overfor en barneansvarlig hvis oppgave er å oppmuntre dem til å samtale med barna. Det vil i en slik situasjon kunne ha vært vanskelig å motsi helsepersonellet, noe som i sin tur kunne hatt innvirkning på det videre forholdet dem i mellom.

Samfunnsmessig vil det være økonomisk fordelaktig at færre barn, unge og voksne vil lide av emosjonelle, kognitive og atferdsmessige problemer.

7.1.1.b Studiens ulemper:

Hvis ikke intervjuet ble utført i en nøytral tone, dvs. ved å få frem at det i denne sammenheng ikke finnes rette eller gale svar, kunne deltakeren føle ubehag ved å måtte argumentere for et synspunkt han/hun står for og som kan oppfattes som å stå i motsetning til intervjuers. Det ble lagt vekt på å bruke minst mulig konfronterende spørsmål, men for å få svar på forskningsspørsmålene må problemsentrerte spørremåter benyttes.

PTSD-symptomer er en del av utvalgsriteriet. Det vil si at informantene har alle opplevd traumatiserende situasjoner som har satt så sterke spor at de fremdeles plages med ettervirkningene. Når familie og PTSD-symptomer er tema for intervjuet ville det kunnet vekke minner om tidligere eller nåtidige vanskelige hendelser, og det ville da være viktig å unngå å åpne opp for traumehistorien eller nåværende relasjonskonflikter i intervjusituasjonen. Traumatiserte flyktninger er ofte, på grunn av sin bakgrunn, en spesielt sårbar gruppe. I tillegg til sine traumatiske opplevelser, har de også måttet flykte fra det de hadde kjært og tilpasse seg en helt ny kultur. Ikke bare har de tapt familie, venner og gjenstander og steder, men også status og fremtidsutsikter de engang hadde.

Å bli et studieobjekt med en mulig påfølgende følelse av frihetsberøvelse kan være et problem, og det er viktig å bøte på dette ved blant annet å gi god informasjon på forhånd og å innhente samtykke (B. Lie, 2003). Hun skriver videre at informanter kan være engstelige for

at resultatene fra undersøkelsen skal misbrukes, stigmatisere en gruppe og bidra til å fremme stereotype fordommer. Det må vises varsomhet i å formidle resultater til politikere og media.

7.1.2 *Gyldighet og pålitelighet*

Utvalget er lite, men anses tilstrekkelig til å gi et bilde av det som ønskes undersøkt.

Informantene kunne svare på det studien ønsker å undersøke ettersom de har symptomer på opplevde traumer, er foreldre til barn i den aktuelle aldersgruppen og har flyktningbakgrunn. De har også gitt meg svar som forteller noe om det jeg ønsket å vite mer om.

For å sikre validitet/troverdighet måtte intervjuer sørge for at informantene fritt kunne formidle sine synspunkter uten å måtte ha i tankene at der finnes riktige og gale svar. Dette ble vektlagt i intervjuets oppstart. De fikk nok tid til å få frem sine meninger og det ble, så langt mulig, forvissnet seg om at spørsmålene og svarene ble korrekt oppfattet. Likeledes måtte intervjuer reflektere over sin egen forforståelse ut i fra tilegnet erfaring og kunnskap både i intervjusituasjonen og ved analyse og tolkning.

Aspekter som kan være med på å sikre reliabilitet/pålitelighet er fokus på hvordan informanten egentlig ordla seg og hva som er intervjuers fortolkning av utsagnet. Likeså fokus på intervjusituasjonen og hva som eventuelt kan ha påvirket betydningsfulle utsagn – og ikke minst hvem som tilla dem betydning (Flick, 2002).

Det må også være fokus på at det dreier seg om en informantgruppe som ikke har norsk som morsmål, befinner seg i en annen kultur enn deres opprinnelige og som bærer på traumer som de fremdeles plages av.

7.1.3 *Egen rolle som forsker*

Ved bruk av kvalitativ forskningsmetode kommer intervjuer og informant nær innpå hverandre. Omsorg for den annens liv er et aspekt som er aktuelt i en slik intervjusituasjon, og jeg vil ta med i betraktningen Løgstrups tanker om å ”holde noe av den annens liv i sin hånd” (Løgstrup, 1991, s. 25). Når vi møtes må vi torde å stole på at den andre vil ta vel i mot oss. Løgstrup mener at denne positive innstillingen ligger i oss, og mistilliten vil først gjøre seg gjeldende når vi har erfart den. Å unngå å gi den andre, informanten, erfaring som vil føre til reservasjon og mistillit må være det overordnede etiske hensyn i en intervjuundersøkelse.

Det må også være fokus på egen rolle som forsker i forhold til nøytralitet og maktrelasjon. Intervju innebærer en assymetrisk maktrelasjon. Intervjuer definerer intervjusituasjon, temaspørsmål og avslutning av intervjuet. Intervjuet kan være manipulerende, og intervjuer har monopol på fortolkningen (Kvale & Brinkman, 2009). Allerede i intervjusituasjonen starter man å fortolke og ut i fra fortolkningen man har gjort, velger man å gå videre på temaet eller å gå over til noe annet. Det er altså intervjuer som styrer. I tillegg har jeg, enten jeg vil eller ikke, latt meg påvirke av vissheten om at informanten har en PTSD-diagnose og hva denne innebærer. Denne kunnskapen kan påvirke mine fortolkninger, og føre til at jeg overser eller feilfortolker utsagn og situasjoner (Kristoffersen, 2010).

Når det gjelder tolkning av resultatene bør det tilstrebes mest mulig objektivitet vedrørende informantens utsagn slik at det ikke blir forskerens forforståelse som avgjør hvilke argumenter som vektlegges. Det må også tas med i betraktningen at jeg kun kan forholde meg til det informantene formidler, og har ingen mulighet til å se hvordan virkeligheten ser ut i familiesituasjonen.

Som ansatt i poliklinikken ville det ha vært mulig å kontakte informanter direkte blant egne pasienter. Dette var ikke ønskelig fordi det ville kunne påvirke den terapeutiske alliansen eller medføre ”pleasing”, å svare det de tror terapeuten ønsker å høre.

Det er også av betydning å være oppmerksom på det faktum at jeg er barneansvarlig på poliklinikken, og således sitter inne med ”fasiten” på spørsmålene. Nøytralitet i forhold til denne rollen var viktig for å få frem ærlige svar fra informantene, og for at intervjuet skulle være en god opplevelse for begge parter.

Jeg har på videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge utført to intervjuundersøkelser, den ene med voksne og den andre med ungdom. Dette har vært lærerikt og spennende, og jeg har sett hvor vanskelig det noen ganger kan være å holde fokus på det som ønskes undersøkt samtidig som spørsmålene skal være så åpne at de får frem aspekter som intervjuer ikke hadde forutsett. Dette er lærdom jeg tok med meg inn i den nye undersøkelsen. Til tross for den tidligere erfaringen sitter jeg igjen også etter denne intervjurunden med tanker om at jeg skulle ha utdypet visse svar, eller kanskje ha spurt noe annerledes for å få frem flere nyanser. Dette er uheldig for undersøkelsen, men positivt i det henseende at jeg igjen har lært mer om intervjuteknikk.

7.1.4 *Refleksjoner rundt intervjusituasjonen.*

Flere av informantene ønsket å fortelle om sitt tidligere liv. Noen fokuserte på nøytrale og gode minner, men ofte ledsaget av sårheten som følger savn og tap. Noen kom inn på traumatiske hendelser de hadde vært utsatt for, og jeg måtte vurdere hvordan å forholde meg til dette i hvert enkelt tilfelle. Det er tydelig at ordtaket ”det hjertet er fullt av renner munnen over med” antakelig kan betegne tilstanden til mange traumatiserte flyktninger. Jeg vil tro at mangel på nettverk spiller en stor rolle her – hvem skal de fortelle om sitt liv til? Hvem vil eller orker å høre? Det ble laget noe rom for å lytte til informantens historie, anerkjenne savnet, lidelsene og også stoltheten over det de hadde klart, men så godt som mulig ble det samtidig hold fokus på intervjuets tema. Det ble også oppfordret til å ta dette opp med sin terapeut. Det var stor forskjell på evnen til å klare å konsentrere seg om et tema, noe som jo også er fremtredende symptom i PTSD.

7.2 **Teoretiske refleksjoner**

Henger overføring av traumer sammen med arv, tilknytningsproblematikk eller sosialiseringmønstre? Eller er det mestringsverktøy som mangler? Kan kommunikasjon fra foreldre med PTSD bidra til å unngå overføring av traumer til sine barn?

7.2.1 *Traume og tilknytning*

Schore (2003) tar for seg påvirkningen foreldrene kan ha på de helt små barna mellom 0 og 2 år. I denne fasen vil det ikke være et alternativ å snakke med barna for å gi dem en mulighet til å mestre situasjonen, men det vil utvilsomt være til fordel for en trygg tilknytning at foreldrene selv er klar over sin situasjon og hva den medfører av komplekse mekanismer som kan ha stor innvirkning på barnas liv. Det vil i sin tur også virke inn på foreldrene hvis ”matching” med barnet vanskeliggjøres og både omsorgspersonen og barnet vil dras inn i en negativ spiral. Det vil antakelig være en drivkraft for traumatiserte foreldre til å søke hjelp for å mestre samspillet med barna hvis de blir informert om følgene deres traumesymptomer kan ha for barnas ve og vel, og betydningen av at tilknytningen gjøres så trygg som mulig. Noe som også vil legge et grunnlag for senere åpenhet og lette kommunikasjonen rundt vanskelige tema når barna blir større.

Løvlie Schibbyes anerkjennelsesbegrep innebærer at omsorgspersonen har innlevelse barnets situasjon og kan akseptere dets emosjoner. Dette er avgjørende for utvikling av barnets

selvrefleksivitet. Traumatiserte har vansker med å *containe* egne følelser, og vil således vanskelig kunne leve seg inn i barnets emosjonelle verden.

I forhold til Sterns teori om barnets utviklingslinjer er der mye som kan gå galt hvis omsorgspersonen lider av PTSD. De minste spedbarna trenger å få dekket sine behov for mat, søvn og trøst. Dette kan være vanskelig for en forelder som er depressiv, engstelig, nummen og følelsesmessig avflatet, og kan føre til at barnet vil utvikle en følelse av at det ikke nytter å si i fra om sine behov. Det samme kan skje hvis det ikke blir møtt i sine spede forsøk på sosialisering i 2-6 måneders alder. Når det blir litt eldre og det subjektive selvstet utvikles, er det i behov av å få avgrenset sine følelser, noe som kan være krevende for en forelder som ikke har integrert sine egne affekter etter å ha vært utsatt for traumatiske hendelser. Ikke bare vil barnet mangle respons på egne følelser, men det kan også integrere forelderens emosjoner forbundet med for eksempel aggresjon, skam eller skyld. Forelderens manglende evne til oppmerksomhet og konsentrasjon kan være til hinder for barnets utvikling av språk og narrativer og føre til identitetsforvirring.

Både hos Løvlie Schibbye og Stern kommer det frem hvor viktig det er med god tilknytning, noe som fordrer at omsorgspersonen har evne til inntoning, tålmodighet og bekreftelse. Dette er egenskaper som foreldre som lider av PTSD kan ha store problemer med å mestre.

7.2.3 *Traume og mestringsverktøy*

Antonovsky (1996) mener at alle har iboende ressurser til bruk i vanskelige situasjoner. Disse ressursene kan brukes for å forebygge uhelse ved å mestre stressorer på best mulig måte. Når det gjelder de traumatiserte foreldrene i oppgaven har jeg ikke kartlagt deres opplevelse av sammenheng og mening i tilværelsen, men jeg tenker allikevel at Antonovskys teori kan anvendes for å se på deres forhold til barna. Det er inneforstått i Helsepersonelloven om plikten til å ivareta barnas behov for informasjon om foreldrenes sykdom, at dette har med mulighet til bedret mestring av deres situasjon å gjøre. De skal ha forutsigbarhet og kontroll uten å måtte danne seg dette på grunnlag av egne fortolkninger av situasjonen. Også foreldrene trenger følelsen av forutsigbarhet og mening. Dette vil vanskelig la seg gjøre hvis hverdagen er preget av fortielser og hemmelighold, og faren for ”å røpe seg” stadig er til stede. ”Noen ting går ut av seg selv uten at du tenker å si det (...)”, beretter en far.

Antonovskys teori inneholder tre komponenter som fremmer mestring. Disse er kognisjon, emosjon og instrumentalisme og skal føre til en følelse av sammenheng i tilværelsen, SOC.

Overført til temaet i oppgaven vil det kunne se slik ut: Man må se meningen (i å snakke med barna), forstå utfordringen (hva de trenger å vite) og ha tro på at man har ressurser til å mestre situasjonen (finne de riktige ordene eller få hjelp til dette). Når foreldrene har klart dette vil en av stressorene i hverdagen være borte, eller i hvert fall minsket. Teorien kan jo også anvendes på andre områder, som for eksempel på deres egen traumehistorie, flukt og kulturskifte.

Jeg har undret meg på hva som menes med ”iboende” ressurs. Er det medfødt eller henger det sammen med primærsosialisering? Sommerschild (1998) bruker ordet ”iboende”, mens Antonovsky selv uttaler at SOC formes av erfaring. Muligens betyr dette at SOC er avhengig av sosialisering, som igjen henger sammen med tilknytning? Og er det da mulig for traumatiserte foreldre med PTSD-symptomer å gjøre seg bruk av dette?

Jeg tenker at for at foreldrene skal kunne danne seg en følelse av sammenheng må de tap de har lidd også kunne tilpasses i deres historie. Brown (1998) beskriver at overleverne etter holocaust hadde lidd både konkrete og emosjonelle tap. Det første består av personer, ting og steder, samt følelsene knyttet til disse. For eksempel muligheten til å besøke foreldrenes grav, arvegods og bilder av familien hører til her. Emosjonelle tap henger sammen med den manglende muligheten til sinnsro. Begge disse formene for tap påvirker også barna deres. Barna mister muligheten å kjenne sin slekts historie og de må leve med foreldrenes uro som ofte gir seg utslag i variabel emosjonell tilpasning. Brown refererer til Winnicott (1965, s. 277) som sier at å være til stede for barna og tilby en forutsigbar ”continuity of being” som passer inn i dagliglivet krever en ikke har påtrengende/intrusive minner om en traumatisk fortid.

Hvis foreldrene skal kunne få forutsigbare reaksjoner fra sine barn, må de først få en følelse av sammenheng i sin egen historie for å kunne formidle denne til sine barn. De kan så i sin tur få en kontinuitet i sin bakgrunn til tross for flukt og tap.

I intervjuene kommer det frem at mange av barna er blitt mer hensynfulle etter at foreldrene har snakket litt med dem om sine plager. De lar far hvile og de spør mor om hun er i form til å bli med på bytur. ”Han gjør ikke noe galt slik at jeg blir sint når jeg har det dårlig”, sier en far, og andre forteller at barna nå hjelper mer til hjemme. Dette høres umiddelbart ut som omtenkssomme barn som hjelper sine foreldre. Brown (1998) tar dette opp i sin artikkel og undrer på om det kan være en annen grunn enn snillhet. Hva om barna er redde for å

frembringe smerte hos foreldrene, og derfor setter egne følelser og hensyn til side? Hun betegner dette ”defensiv omsorg” og i dette ligger mer enn det at barna har omsorg for foreldrene. Målet er å minske foreldrenes angst for å beskytte seg selv mot overveldende affekter han eller hun ikke kan regulere alene. Som regel er ikke barn klar over denne frykten for egen sårbarhet, men fokuserer heller på ekte og innbilte svakheter hos foreldrene. Noen av foreldrene jeg intervjuet forteller at selv om de ikke direkte snakker om symptomer og traumer med barna så har de ”bakveier” de bruker for å formidle informasjon om sin historie. En datter spør sin mor om å fortelle om sin bakgrunn for å kunne skrive hennes historie, noe mor gjør litt etter litt. En far sier han ”bare har fortalt at jeg var med i politisk parti og var soldat” og han sier videre ”Han vet at jeg har opplevd vanskelige ting”. En annen har snakket om ”hva som har skjedd med vårt folk” og at han går til lege, en tredje sier: ”Vi snakker litt om krig (...) han kan lese om det.” ”Det er mange kamerater som kommer på besøk og vi snakker om ting som har hendt” forteller en far som tror barna har hørt litt av dette.

Hvis foreldrene har en formening om at barnet ikke lytter når voksne snakker sammen, eller ikke forstår det som blir sagt, kan det hende at de snakker fritt om det de har opplevd sammen med ektefelle eller venner. Da vil barnet kunne oppfatte alt eller deler av det som blir sagt, og lage seg egne forklaringer på det de hører. Ofte vil det være svært skremmende hendelser som blir snakket om, og barna kan da direkte ”smittes” med de voksnes traumer (Østerskov, 2010).

7.2.4 Traume og sosialiseringsmønstre

Berger og Luckmann(1966/2000) mener sammen med Vygotsky at barns utvikling skjer i samspill med omgivelsene, og spesielt sammen med foreldrene. Primærsosialiseringen skjer i hjemmet og det er der ”sannheten” om livet læres. Hvilken sannhet blir formidlet i en familie der ”taushetens sammensvergelse” råder og følelser benektes og fortrenkes? Hvilket forhold vil foreldrene få til sine barn etter hvert som de vokser opp når forholdet er basert på fortellinger? De foreldrene som ikke vil snakke med sine barn om symptomene de sliter med tenker at de gjør dette til barnas beste. ”For meg er det bra å fortelle, men ikke for dem”, sier en far som egentlig har lyst til å dele sin historie med barna. ”Han vil begynne å tenke som pappa”, ”Jeg vil ikke bruke deres hode til mine problemer”, ”Jeg kan ikke forklare det jeg har opplevd” og ”De må ha fred i hodet” er utsagn fra andre foreldre som ikke vil snakke med barna. De er redde for at barna skal ”smittes” med deres problemer og plages med symptomer som ligner deres egne. Sosial konstruktivisme innehar et element av gjensidig påvirkning

mellom foreldre og barn. Det er ikke bare barna som påvirkes av foreldrene, men også omvendt. Foreldrene formidler sin virkelighet basert på egne erfaringer til barna, barna internaliserer dette og speiler det tilbake til foreldrene. Datteren til en deltaker i min undersøkelse sier at ”det påvirker meg på en måte det du opplevde”.

Basert på funnene til forskere som er presentert i denne oppgaven er det lite trolig at det virkelig er en beskyttelse for barna å bli holdt utenfor det som tar så stor plass i de voksnes liv. Barna merker at det er ”noe”, ”Hvis jeg går hele tiden og skjuler, uansett ser de det på ansiktet mitt”, ”En liten ting kan gjøre meg irritert”, ”Når man reagerer uvanlig da vet (barna) at man har problemer”, er noen av uttalelsene fra foreldrene. Likeså: ”En av dem vet at jeg ikke er helt som normalt” og ”Ho merker at jeg er i dårlig humør og trist og tenker mye...”. Barna lærer at dette ”noe”, som er trist og leit, ikke skal snakkes om. Det blir en sannhet. Når de i sin tur er lei seg har de lært at disse følelsene ikke skal anerkjennes og manglende evne til å håndtere emosjoner og affekt kan bli konsekvensen (Søviknes, 2010). Traumatiserte foreldre har et smalt ”window of tolerance” (se punkt 3.4) og vil få det enda vanskeligere hvis barna også har lav terskel for sterke følelsesmessige reaksjoner, enten det gjelder hyper- eller hypoaktivering. Berger og Luckmann beskriver både kognitiv og emosjonell læring. Den kognitive delen vil i samhandlingen mellom barna og noen av foreldrene i oppgaven gå på at barna spør, men blir møtt med ”jeg prøver hele tiden å si at alt er greit” eller ”jeg tror ikke de vil forstå”, altså får de ikke svar på det de undres på og lærer å ikke spørre. Det er også en av foreldrene som sier at ”de merker, men de spør ikke” og en annen som forteller at barna ”aldri har spurt om noe” vedrørende forelderens symptomer. ”Doble taushetsvegger” kaller Bar-On (1955) det når foreldrene ikke forteller og barna ikke spør (sitert i Brown, 1998, s. 269). Han sier også at hvis en av partene åpner et ”vindu” for å snakke er ofte den andres vindu lukket. Den emosjonelle læringen foregår ved internalisering av foreldrenes affekter, også de benektete. Ofte kan kroppsspråket si noe annet et det som uttrykkes verbalt. Brown (1998, s. 270) referer til Krystal og Niederland(1971) som tar opp hvordan uforklart taushet intensiverer barns fantasi og drømmer og utfyller den ufortalte historien, og ofte med et angstfylt innhold. Fraværet av intergenerasjonell kommunikasjon hindrer allikevel ikke overføring av affekt.

De fleste av foreldrene mener at de kan fortelle barna mer senere: ”Kanskje når ho er voksen”, ” Hvis de er over 20, 25 år, da kan man forklare” og ”Kanskje forteller jeg mer senere når han blir voksen”. I følge Berger og Luckmann er da primærsosialiseringen allerede installert, og

sekundærsosialiseringen vil bygge på det verdensbildet barna allerede har med seg, ikke endre det.

Familier som ikke har måttet flykte fra hjemlandet har ofte et større nettverk, både i form av storfamilie og venner. I en større krets vil det antakelig være vanskeligere å skjule ting som har hendt, og hendelsen vil lettere bli en del av familiehistorien. Ofte har flyktningfamilier et svært lite nettverk, kanskje er det kun kjernefamilien i de tilfellene hvor foreldrene ikke mestrer arbeidslivet. Lies (2003) studie viser at familie og aktivitet/arbeid hadde en positiv effekt på posttraumatiske symptomer uansett nivå av traumatisering. Likeså at sosialt nettverk dempet symptomtrykket. Hun påpeker behovet for å implementere psykososiale tiltak for traumatiserte flyktninger med spesiell vekt på aktivitet og styrking av familien.

Danieli (1998) mener at når behandlere i helseapparatet kan bli utsatt for sekundærtraumatisering av å arbeide med traumatiserte, og når funn av lavt kortisolnivå og PTSD-symptomer finnes hos barn av traumatiserte foreldre må det være mer enn kun sosialisering som spiller inn.

Der finnes studier som viser at foreldrene som er redde for å ødelegge barna hvis de snakker med dem ikke nødvendigvis tar feil. Prince (1963/1985) fant at de barna som hadde fått fortalt foreldrenes detaljerte historier selv ble plaget med mareritt, gjenopplevelser og skyldfølelse. Og dette er et viktig moment i denne oppgaven: flere av foreldrene jeg intervjuet så ikke forskjell på å snakke om sine symptomer og sine opplevelser. Eller de var redde for at hvis de sa noe om symptomene ville dette føre til at de også måtte fortelle hva de hadde opplevd. ”Jeg får mye vondt når jeg tenker. Jeg vil ikke fortelle for det er for tøft for dem”. ”Hvis hun vet hva som skjedde så vil det kanskje plage henne, kanskje begynner ho å drømme”. Dette viser at det er viktig å formidle *hva* de bør snakke med barna om. Og kanskje også hva de *ikke* bør ta opp. Det er også maktpåliggende å ta hensyn til barnets modenhet og forutsetninger for å motta informasjon.

8. **Konsekvenser for praksis og videre forskning**

8.1 **Konsekvenser for praksis**

Ved å være oppmerksom på intergenerasjonelle prosesser og hvordan overføring av traumer foregår kan man finne måter for å minske risikoen av denne overføringen og dens

konsekvenser. Jeg vil i det videre sette punktvis opp funn fra studien jeg ser kan ha betydning for praksis.

8.1.2 *Barnas alder*

I min studie har jeg funnet at ikke alle foreldre har, eller vil, snakke med sine barn om sine traumesymptomer. Både de som har gjort dette, eller som har tenkt å gjøre det senere, er opptatt av barnets alder. Av de foreldrene jeg har intervjuet synes de fleste at barna måtte være store, i hvert fall mer enn 13-14 år, og gjerne eldre, før de kunne samtale med dem om dette temaet. Det er altså avgjørende å bringe dette aspektet inn i samtalen helsepersonell skal ha med foreldre, og ha fokus på tilpasset informasjon i forhold til barnets alder.

8.1.2 *Foreldrenes inntrykk av hva barna har lagt merke til*

Alle foreldrene i undersøkelsen svarer at barna har merket ”noe”. Hvilke symptomer de har lagt merke til varierer, og flere av foreldrene tror barnet engster seg eller er lei seg fordi forelderens er syk. Mange av barna har også stilt spørsmål vedrørende forelderens helse. Å utforske dette sammen med forelderens vil kunne være en introduksjon til samtalen med barna. Det vil også være med på å gjøre samtalen til ”deres egen” og dermed gi en følelse av sammenheng og mening.

8.1.3 *Foreldrenes argumenter mot å snakke med barna*

Alle foreldrene i undersøkelsen formidler at de har gjort seg opp en mening om å snakke med barna, og tatt en avgjørelse til barna beste! Ingen stiller seg likegyldige til temaet. Hovedargumentet for ikke å samtale med barna om sine plager er engstelsen for å overføre traumene og symptomene til barna. Forskingen som er presentert i denne oppgaven viser at ”taushetens sammensvergelse” ikke en god strategi for å beskytte barna mot vonde følelser. Det vil kunne være en fordel å vise til undersøkelser om overføring av traumer og hvilke mekanismer som bidrar til denne for å gi forelderens et bedre grunnlag å vurdere situasjonen på. Likeledes kan det formidles at tilpasset informasjon til barna kan hindre at foreldrenes besvær overtas av neste generasjon.

8.1.4 *Foreldrenes argumenter for å snakke med barna og hvordan det ble formidlet*

De som har snakket med barna er hovedsakelig opptatt av 3 ting som tilsier informasjon: Barna bør få en forklaring på forelderens atferd og symptomer slik at de ikke skal være redde.

Det er vanskelig å skjule hvordan man har det, og derfor bedre for begge parter å snakke om det.

Det fører til mer åpenhet på andre områder og bedre stemning i familien

Foreldrene mente den beste tilnæringsmåten var å snakke generelt rundt emnet, for så å nærme seg sakens kjerne litt etter litt med ord og forklaringsmåter som passet for akkurat deres familie. Det kan være til nytte for helsepersonell å referere til hva andre foreldre i samme situasjon har erfart og hvordan de har gått frem for å snakke med barna.

8.1.5 *Hva skal snakkes om?*

I intervjuene kom det frem at flere av foreldrene ikke så ut til å skjelle mellom å snakke med barna om sine **symptomer** og om sine **opplevelser**. Det vil være av stor betydning å gjøre dette skillet klart for pasienten slik at barna ikke utsettes for alt for mye åpenhet og får fortalt historier som kan føre for eksempel mareritt, angst og aktivering slik som hos forelderen.

8.1.6 *PTSD-diagnosens særtrekk*

PTSD har som vist tidligere i oppgaven et komplekst symptom-bilde. Det er vesentlig å ta hensyn til mangfoldet av symptomer og ikke fokusere kun på for eksempel depresjon eller angst når man skal forsøke å få tak i den enkeltes særegne samtalegrunnlag. Unngåelsesatferd, flash-backs, dissosiasjon eller nummenhet kan også være fremtredende symptomer. Likeledes kan mange ha en følelse av mangel på egen kontroll over fremtiden og ha en følelse av at ”ingenting nytter”.

8.1.7 *Hva jeg ikke fant*

Jeg fant ikke at det var vesentlig forskjell på etnisk norske og foreldre fra andre kulturer og med flyktningbakgrunn når det gjelder å snakke med barna om sine symptomer. Mange av argumentene for ikke å ta denne samtalen med barna var antakelig de samme som norske foreldre kunne ha. I min forforståelse hadde jeg tenkt at noe av motstanden kunne henge sammen med skam over situasjonen, enten forbundet med tabuisering av psykiske lidelser eller religion, men dette kom ikke frem i intervjuene. Dog var der en far som mente at barnet kunne bli ertet hvis det ble kjent at han slet med psykiske problemer og en annen var bekymret for konsekvensene hvis noen skulle tenke at han ikke var god nok forelder. Disse bekymringene tenker jeg også vil kunne gjelde for norske foreldre. ”Kultur” ser altså ikke ut til å være et hinder til å få kontakt med foreldrene.

8.1.8 *Hvordan få foreldrene i tale?*

Foreldrene jeg intervjuet var alle opptatt av å ta godt vare på barna sine. Felles for dem var også krigstraumer opplevelser som er så grusomme at de fleste av oss ikke kan forestille seg hvordan man kan leve videre med slike minner. Jeg tenker at å tilnærme seg temaet å snakke med barna fordrer respekt for foreldrenes opplevelser, fokus på barnas beste og på å gi foreldrene en opplevelse av sammenheng og kontroll ved å inkludere barna i familiens verden.

8.2 **Forslag til videre forskning**

8.2.1 *Tilknytning*

Studier presentert i denne oppgaven har vist at nummenhet hos foreldrene var verst å takle for barna. Dette er spesielt skadelig når de er små og har behov for bl.a. foreldrenes emosjonelle affektregulering for å utvikle stressmestrings-egenskaper. Dette faller litt på siden av oppgavens fokus på å snakke med barna, men er så viktig å huske på for helsepersonell som møter foreldre med PTSD at jeg allikevel tar det med. Tilknytningsproblematikk hos barn av foreldre med PTSD er meg bekjent ikke noe stort tema i helsevesenet. Dette burde etter min mening få større fokus både når det gjelder kunnskap om emnet og forebyggende tiltak for å begrense utviklingsforstyrrelser hos barna.

8.2.2 *Hva opplever barna til foreldrene jeg har intervjuet?*

Det hadde vært spennende å også kunne få innblikk i barnas opplevelser i familiene jeg har vært i kontakt med. Erfarer de det samme som foreldrene tenker de gjør? Hvordan ser de foreldrenes symptomer og historie? Det hadde gjort studien mer verdifull å kunne sette disse perspektivene opp mot hverandre for å se likheter og forskjeller.

8.2.3 *Familiesamspillet*

Å studere den gjensidige påvirkningen mellom foreldre og barn i traumatiserte familier med tanke på sosialiseringsmønstre hadde vært et vesentlig bidrag til å forstå hvordan verden ser ut fra deres ståsted. Ofte møter man bare en av partene, som for eksempel mor hos helsesøster, og barna på skolen, og sjelden har man mulighet til å få kjennskap til hvordan familiemedlemmene fungerer sammen.

Avslutning

Det har vært lærerikt og givende å få innblikk i informantenes tanker om hva de mener er barnas beste når det gjelder å forklare sine egne plager. Da jeg som barneansvarlig på klinikken, før jeg satt i gang med studien, hadde en oppfatning av at det var viktig at foreldrene informerte barna om det de trenger å vite for å mestre situasjonen med en dårlig fungerende mor eller far, er jeg ikke blitt mindre overbevist om betydningen av dette etter å ha fått mer kunnskap om temaet ved gjennomgang av tidligere forskning.

Jeg vil avslutte denne oppgaven med et sitat av Bruno Bettelheim (1979), holocaustoverlever og barnepsykolog, sitert av Danieli (1998, s. 166):

”What cannot be talked about can also not be put to rest; and if it is not, the wounds continue to fester from generation to generation”

9. *LITTERATURLISTE*

Aalbæk, T. & Glistrup, S. (1997). Børn av psykisk syge foreldre. Aarhus Universitet: Psykologisk Institut

Antonovsky, A. (1992). The salutogenic modell as a theory to guide health promotion. Paper based on a presentation at the WHO seminar on Theory in Health Research and Practice, Copenhagen 2-4 September 1992) Nedlastet 07.04.11.

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/11.full.pdf+html>

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966/2000). Den samfunnsskapte virkelighet. Bergen: Fagboklaget

Brown, E. M. (1998). The Transmission of Trauma through Caretaking Patterns of Behavior in Holocaust Families: Re-enactments in a Facilitated Long-term Second-generation Group. *Smith College Studies in Social Work*, 68(3), June 1998.

Chaitin, J. (2003). "Living with" the Past: Coping and Patterns in Families of Holocaust Survivors. *Family Process*, Vol. 42, no 2, 305-22.

Danieli, Y. (1998) *International Handbook of Multigenerational Legacy of Trauma*. New York: Plenum Press

Deaux, K, Dane, F. C. & Wrightsman, L. S. (1993). *Social Psychology in the '90s*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company

Dekel, R & Goldblatt, H. Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American journal of orthopsychiatry* Vol. 78 (3): 281
Jul. 1, 2008

Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement (2008-2009) Ot. Prp. Nr 84. Om lov om endringer i helsepersonell-loven m.m. (oppfølging av born som pårørende)

Fairbank, J. A., Friedman, M. J. & Basoglu, M. (2001). Psychosocial Models. I Gerrity, E, Keane, T. M. & Tuma, F. (Ed), The Mental Health Consequences of Torture. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Flick, U. (2002). An introduction to qualitative research. London: Sage.

Helsedirektoratet (2010). Barn som pårørende. Rundskriv 15-5/2010

Jacobsen, D. I. (2003). Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jaranson, J. M, Kinzie, J. D., Friedman, M., Ortiz, S. D., Friedman, M. J., Southwick, S., Kastrup, M. & Mollica, R. (2001). Assessment, Diagnosis and Intervention. I Gerrity, E, Keane, T. M. & Tuma (Ed). The Mental Health Consequences of Torture. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers

Kahder, N. (2002). Ære og skam. Det islamiske familie- og livsmønster i Danmark og Mellemosten. København: Borgen.

KITH, Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (2011).

<http://finnkode.kith.no/2011/#|icd10|ICD10SysDel|2613495|flow>

Kristoffersen, K. (30.08.2010). Forelesning på Universitetet i Agder, emne ME-504

Kvale, S. (1997). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal norske forlag AS

Lie, B. (2003) The Triple Burden of Trauma, Uprooting and Settlement. Oslo: Unipubavhandling, Faculty of Medicine, University of Oslo

Løgstrup, K. E. (1991). Den etiske fordring. København: Nordisk forlag A.S.

Løvlie Schibbye, A. L. (2002). En dialektisk relasjonsforståelse. Oslo: Universitetsforlaget

Major, E. (1996). War Stress in a Transgenerational Perspective. Norwegian Concentration Camp Survivors and Two Other Resistance Groups and Their Children. Oslo: University of Oslo

Myrvoll, L., Kufås, E. & Lund, K. (2004). Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke mulighet for vekst og redusere belastninger for barn og unge. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, nr.3.36-48. Oslo: Universitetsforlaget

Nordahl, T. & al (2005). Atferdsproblemer blant barn og unge. Teoretiske og praktiske tilnærminger. Bergen: Fagbokforlaget. (kap 1 + 3)

Phillips, J. The cultural dimension in DSM-V: PTSD
Psychiatric Times, (Vo l og no ikke angitt), nedlastet 15.8.10
www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1635720

Price, J. (2010): When a child's parent has PTSD, United States Department of Veterans Affairs
[Http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/pro_child_parent_ptsd.asp](http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/pro_child_parent_ptsd.asp)

Prince, R. M. (1963/1985) Second Generation Effects of Historical Trauma, Psychoanalytic Review (1963), 72: 1 (1985: Spring) p.9

Rothschild, B. (1998). Posttraumatic stress disorder: identification and diagnosis. The Swiss journal of social work, february 1998
<http://www.healing-arts.org/tir/n-r-rotschild.htm>

Schore, A. (2003). Affect Dysregulation and Disorders of the Self. New York: Norton

Sommerschild, H. (1998). (Kapittel mangler). Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Grøholt, G., Gjørnum, B. & Sommerschild, H. (Red). Oslo: Tano Aschehoug

Store norske leksikon, (SNL) (2011): Ulrik Malt. <http://www.snl.no/KZ-syndrom>

Søviknes, I. (02-03.09.2010). Hva vil det si å være traumatisert? Når traumer rammer indirekte. *Barn som pårørende i minoritetsfamilier*. Nasjonal erfaringskonferanse organisert av Barns Beste, Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende.

Veiden, P. (2000). Innledning. Den samfunnsskapte virkelighet. Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966/2000). Bergen: Fagboklaget

Vik, K., Rabbe, A. & Rirud, G. (2002). Sluttrapport for prosjekt Morild. (Utgiver ikke angitt)

WHO (07.05.2011). ICD-10. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Wikipedia (05.05.11). Disorganisert tilknytning
http://en.wikipedia.org/wiki/Attachment_in_children#Disorganized_attachment

Wikipedia (08.05.2011). DSM
http://en.wikipedia.org/wiki/American_Psychiatric_Association

Wikipedia (30.11.10). Islam i Norge
http://no.wikipedia.org/wiki/Islam_i_Norge

Wikipedia (06.04.11). Sosial konstruktivisme
http://nn.wikipedia.org/wiki/L%C3%A6ringsteorien_konstruktivisme

Wikipedia (06.04.11). Vygotsky
http://nn.wikipedia.org/wiki/Lev_Vygotskij

Wiseman & Barber (2008): Echoes of the Trauma. Relational Themes and Emotions in Children of Holocaust Survivors. New York: Cambridge University Press

Østerskov, M. (02-03.09.2010). Hvilke tiltag kan være brukbare i arbeidet med barn i minoritetsfamilier, hvor far eller mor har en psykisk sykdom? *Barn som pårørende i minoritetsfamilier*. Nasjonal erfaringskonferanse organisert av Barns Beste, Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende.

Øverland, G. (2004). Interrupted lives. Ethnic Minority Patients in a Norwegian Psychiatric Ward. Norsk tidsskrift for migrasjonsforskning, nr 2. 127-139. Trondheim: Tapir akademiske forlag

Vedlegg 1. **Det praktiske**

Fremdriftsplanen

Fremdrifteplanen så slik ut ved studieoppstart:

Fase 1. September – november 2010: innhente tillatelse fra REK sør-øst, Forskningsenheten ved Sørlandet sykehus HF og fra overlege Birgit Lie ved Poliklinikk for psykosomatikk og traumer.

Fase 2. November – desember: rekruttere informanter og innhente deres informerte samtykke.

Fase 3. Januar- februar: utføre intervjuer og transkribere disse.

Fase 4. Februar – april: analysere teksten, bearbeide funnene til fremstilling i masteroppgave.

Fase 5. Ferdigstilling av oppgaven 09.05.11.

Det har vist seg at fase 1 og 2 tok en del lenger tid enn beregnet. Det har naturlig nok ført til at fase 3 og 4 er blitt forskjøvet. Først og fremst tok det lang tid å få godkjenning fra REK.

Denne søknadsprosessen skulle ha vært mulig å påbegynne langt tidligere, og det anbefales senere masterkandidater som trenger godkjenning fra REK å starte veiledningsforløpet allerede på slutten av våren året før eksamen skal leveres! Det viste seg også å ta lenger tid enn det var regnet med å få tak i informanter. Det siste intervjuet ble utført i siste halvdel av mars.

Økonomiske utgifter

Etttersom alle informanter opprinnelig kom fra ikke-vestlige land var det beregnet at det kunne være nødvendig med bruk av tolk. Det ble bestilt tolk til en av informantene, men denne ønsket ikke å benytte seg av tilbudet. Da tolken var bestilt måtte det allikevel betales for tiden som var satt av. Det ble innkjøpt en diktafon til bruk under intervjuene. Innkjøpet ble dekket av poliklinikken, og er til felles bruk for alle ansatte. Da en av informantene bodde langt unna og kom ens ærend for intervju, ble utgiftene til transport dekket for vedkommende og for en av de andre informantene som kom med offentlig transport utenom time ved klinikken. Jeg har også satt opp transportutgifter for intervjuer ved hjemmebesøk.

Det er søkt ”Frø-midler” fra SSHF til dekning av tolk og transportutgifter.

Fremlegg av prosjektplanen/veiledning:

Jeg har hatt til sammen 5 fremlegg av prosjektplanen, noe som har vært nyttig i og med at jeg hver gang har fått verdifull tilbakemelding. Under følger oversikt over fremleggene.

- 12.10.10 Universitetet i Agder, klassefremlegg
- 03.12.10 ”Forskningslunsj” Sørlandet sykehus HF
- 07.12.10 Poliklinikk for psykosomatikk og traumer, internseminar,
- 17.12.10 Sørlandet sykehus HF, Forsknings- og utviklingsavdelingen,
- 06.04.11 Universitetet i Agder, klassefremlegg

Jeg har også hatt 4 veiledningsmøter med hovedveileder Malvern Lumsden og 2 med biveileder Gwyn Øverland.

Vedlegg 2. Matrise – råmaterialet fra intervjuene

Spørsmål	Infor- mant	Svar
1. Har du snakket med barna om symptomene?	1	Ja, de vet det. Jentene vet det. Ikke han eldste. Han er gutt og den minste er gutt, men jeg sier ikke noe til han yngste i alle fall./ Hvorfor tankene kommer tilbake har jeg ikke fortalt de./ Jeg forteller ikke hva jeg drømte om natten for jeg vil ikke. (...) Da blir jeg veldig sliten den dagen. Så dette plager meg selv, men jeg forteller det ikke til barna./ (Du har fortalt hvorfor du er trist?) Ja, jeg har fortalt det til dem, så de vet det.
	2	Ja, de vet, spesielt de 2 store. Men han minste også./ Han forstår ikke, jeg kan ikke forklare hva jeg har opplevd./ Det ville ikke være bra om jeg forklarte om psykiske problemer.
	3	Med ho eldste har jeg prøvd noen ganger. Men ho nr 2 var jeg veldig redd for å snakke med./ (Men) etter en prat med legen har jeg tatt en samtale med begge, og det gikk kjempefint. /Jeg snakker med ho eldste om det som på en måte... (som hun husker)
	4	Nei, ikke så mye. Bare at jeg var med i et politisk parti og var soldat./ Nei, jeg har ikke snakket om det (minnene)./ Jeg kan ikke snakke om ting. /Han eldste vet at jeg var i krigen. Han vet at jeg har opplevd vanskelige ting.
	5	Nei, ikke for min egen del som pappa. Jeg har snakket om hva som har skjedd med vårt folk. Ikke så personlig./ Den største vet at jeg går til lege. (... og vet at har problemer etter krigsopplevelser)/ Jeg prøvde å forklare litt for ham (en av de yngre), det er ikke så enkelt som han tror./ Av og til hvis du er i en vanskelig situasjon som presser og presser, du vil se at du gjør som jeg sa at du ikke vil fortelle ditt barn om dette. Særlig ikke med min bakgrunn. Men jeg må fortelle ham fordi han kommer opp i mange problemer
	6	Nei, vi har ikke snakket om det./...vi prøver å ikke si direkte hva som skjedde med meg og hva jeg har opplevd./Nei, vi har ikke sagt det til ho.

	Infor- mant	Svar
2. Har du tenkt å gjøre det?	1	Ikke relevant
	2	(De store skjønner kanskje mer?) ja.
	3	Ikke relevant
	4	Vi snakker litt om krig, men det er bedre når han blir større. Han kan lese om det./ Kanskje forteller jeg mer senere når han blir voksen.
	5	Ja, jeg skal si det, men tenkte jeg vil ikke bruke deres hode til mine problemer. / Hvis de er over 20, 25 år da kan man forklare. Det kan være en god historie for barna på den alderen. Kanskje de håper at det ferdig med krig og sånn. Hvis du forklarer at det skjedde for 10-20 år siden så kan det være ne god historie og de kan høre. For da er det ikke lenger krig. / Når de

		er litt store kan de tenke bedre./ Det er forskjell på en voksen og en ungdom. (Voksen) kan du fortelle helt konkret.
	6	Kanskje når ho var voksen./ Kanskje hvis ho var eldre så ville ho forstå./ (over 14-15 år?)Ja, da kan de forstå.

	Infor- mant	Svar
3. Tror du dine barn har lagt merke til at du plages med noe?	1	Uansett om jeg er trøtt eller sliter med noe så for eksempel står jeg opp om morgenen og sender ham på skolen, og tenker på det ansvaret jeg har som mor. At jeg må uansett presse meg sjøl om jeg orker eller ikke orker, så når han går på skolen legger jeg meg igjen. /(...)de to jentene sier: ”Vi kan hjelpe deg. Du må bare legge deg. Du trenger ikke stå opp”./ For hvis jeg går hele tiden og skjuler, uansett de ser (det) på ansiktet mitt./ Noen ganger sier han lille at A kan vekke ham, og hun sier: ” Hysj, mamma sover, kan du stå opp. Mamma er trøtt”. /Det er sånn at de merker. Noen ganger sitter jeg bare med tunge øyne og tungt hode./ De er veldig redde for det (hjerterbank). Fordi jeg alltid var en aktiv person, uansett om jeg hadde det vanskelig eller ei.
	2	Noen dager forstår han (minste) at jeg kanskje ikke er helt i form./ Han mellomste har lagt merke til at det er noe galt med pappa./ En liten ting kan gjøre meg irritert./ Noen ganger når jeg ikke var i form måtte jeg forklare ham./ Når man (...) reagerer noe uvanlig, da vet de at hun eller han har problemer./
	3	Egentlig var vi ganske flinke til å skjule det for at de ikke skulle merke noe./ Noen ting går ut av seg selv uten at du tenker å si det eller ikke si det. Så kommer det og barna reagerer, hvorfor kom plutselig det?/ De minste tenker ikke så mye over det. Det var en del ting som skjedde med mamma og pappa, men...
	4	Jeg har skader på kroppen./ Og noen ganger sover jeg ikke. /Jeg blir veldig irritert. /Jeg må noen ganger si de må være stille. /Og noen ganger orker jeg ikke være med folk, ikke med venner./ Noen ganger sier min kone at pappa må bare sitte her og hvile seg./ Men de merker uansett litt. Det er mange kamerater som kommer på besøk og vi snakker om ting som har hendt.
	5	(Lurer de på hvorfor du f.eks har vondt hodet eller er trøtt?) Ja./(...)kan det være vanskelig å konsentrere seg?) Ja, det er så veldig vanskelig for meg. /Jeg prøver å ikke vise til barna. Jeg vet ikke om de skjønner eller ei./En av dem vet at jeg ikke er helt som normalt. Tror han skjønner at det ikke er så normalt som jeg snakker med ham av og til. ...jeg prøvde alltid å snakke til ham som om jeg ikke hadde noen problemer fordi han vet jeg har mange problemer.(...) Vil du ha et godt liv, et liv hvor du ikke er redd for livet? (...) Ingen militær og ikke noe politi./ ... det er så vanskelig av og til å ikke si noe./Flere ganger går jeg bort. (...) Jeg går ut og tenker litt og er alene og blir roligere.
	6	Ho merker at jeg noen ganger er i dårlig humør og trist og tenker mye og sånne ting.../De barna de er ikke dumme. De merker og spør: ”Hvorfor er du trist og sånn”, men jeg prøver hele tiden å si at alt er greit.../ I går....var på veldig dårlig humør....Gikk ut og tok en runde. Ingen merket noe hva som skjedde eller hvorfor

	Infor-	Svar
--	--------	------

	mant	
4. Har dine barn stilt deg spørsmål omkring dette?	1	En gang, hun eldste spurte: ”Mamma, kan du fortelle hvordan du opplevde det da du var liten? (...) jeg har lyst til å skrive om deg (...) så sa hun at ”det påvirker meg på en måte den situasjonen du opplevde. Det påvirker meg også.”/ Så var det den hjertebanken jeg hadde og ho var veldig redd fordi medisinen ikke hjalp, og sa: ”Du går bare frem og tilbake og det hjelper deg ikke, så jeg skal finne frem sjøl”. Så gikk hun på nettet og fant spesielt om hjertet.
	2	Ja, de vet når jeg ikke er i form. Han mellomste har lagt merke til at det er noe galt med pappa./ (...) når han vil spørre om noe sier han: ”Har du ikke vondt i hodet, pappa?” /Han bekymrer seg ikke, men han er lei seg./ Når han skal være sammen med meg og prate sier han: ” Er du i form, pappa? Er du ikke trøtt i hodet?”/ han har spurt (hvorfor vondt i hodet), men det var kona som forklarte at pappa fikk problemer etter bilulykken., han fikk sjokk og sånn. Det tar tid å behandle.
	3	Ho eldste spurte om hvorfor vi går til legen og hva som skjer der.
	4	De merker, men de spør ikke./ Han har spurt om hvorfor familien ikke kommer og besøker oss, og da må jeg forklare litt./ Men han eldste vet mer og skjønner mer.
	5	Nei, de har ikke spurt om noen ting.
	6	Ho spør om for eksempel ”hvorfor er du trist” og hvorfor sånne ting.

	Infor- mant	Svar
5. Hva er grunnen til at du velger å ikke snakke med om dine plager?	1	Ikke relevant
	2	For han forstår ikke, jeg kan ikke forklare det jeg har opplevd. Det ville ikke være bra om jeg forklarte ham om psykiske problemer. Han vil ikke forstå det.
	3	Ikke relevant
	4	Onkel ble drept av en bombe. Jeg kan ikke snakke om det. Hvis det er på film er det normalt, men dette var en situasjon som jeg opplevde, og som var veldig vanskelig./ Jeg tror ikke at de vil forstå./ Barna vokser opp i Norge og der er ikke krig. Jeg vil ikke at han skal få samme problemer som meg. /De minnene som kommer til meg, som jeg har opplevd, er ikke lett å snakke om. Jeg får mye vondt når jeg tenker. Jeg vil ikke fortelle om det for det er for tøft for dem. Hvis jeg snakker med den største så kommer kanskje den lille også til å høre det. /Hvis vi forklarer barna er det ikke bra. /Jeg lever med mye vondt på grunn av minnene. Jeg vil ikke de skal få det. Jeg vil de skal gå på skole og ha venner og ikke vite det jeg har opplevd. De må

		ha fred i hodet. Jeg vil ikke at barna skal krige.
	5	Det er en dårlig ting. Det er ikke fint. Jeg vil ikke fortelle./ Da vil de spørre enda mer. Da kommer kanskje han minste og han tror på alt jeg forteller. Han vil komme med flere og flere spørsmål.jeg tenker på barnas alder. /For meg er det bra å fortelle, men ikke for dem./ Jeg skal ikke fortelle noe når han er i den situasjonen og den alderen (tenåring). Jeg tenker han ville få mange problemer i fremtiden. Hvis det skjedde ville jeg tenke at det er min skyld./ Hvis du forteller for en alder under 10 år blir han kanskje redd for sånne ting og får ikke sove. En 14-15-åring du forteller, han er en ungdom og vil prøve alt mulig
	6	Så den egentlige grunnen til at vi bestemte oss for ikke å si, vi diskuterte sammen med kona mi også fant ut det er bedre for ho å ikke vite det korrekte. Vi tenkte på ho først. Hvis hun vet hva som skjedde så kanskje det plager henne, kanskje begynner ho å drømme, kan skje ho blir, kanskje ho får problemer etter dette. Og ja, vi tenkte at det kan bli problemer for henne når hun vet. Du vet når det er et barn og ho skal sove, så kanskje tenker ho på dette. Kanskje får ho problemer pga meg hvis vi forteller. Da vil hun begynne å tenke som pappa. Vi tenkte at vi ikke ville plage ho. Noen ganger hvis for eksempel en nabo eller noen, hvis de vet at jeg noen ganger har noen problemer påvirker det kanskje min datter hvis de kjenner henne på skolen. Da kan ho bli påvirket pga pappaen sin og sånn. Derfor ville vi ikke påvirke henne på en måte. / Det kan kanskje være flaut på skolen og kanskje blir hun mobbet./ Ja. Egentlig jeg synes det var veldig, veldig bra fordi vi ikke påvirket ho. Vi plaget ikke ho. Ho gikk videre med sitt liv. Uansett om jeg har vondt og andre ting. For min del synes jeg det er veldig bra. Men kanskje er det annerledes fra familie til familie. Hvis det hadde vært en annerledes situasjon, en sykdom, da burde ho vite om det. Kanskje kunne vi forklare til ho på en skikkelig måte så hun forsto, men det som jeg har opplevd trenger jeg ikke å forklare detaljert./ du vet, med barn, de har fantasier. De går til sengs og alt rart kommer./ Du kan ikke si til barnet å ikke leke pga reaksjonen, ikke ditt, ikke datt, for da blir det litt tungvint for ho./ Vi bestemte oss (for ikke å snakke) og jeg synes vi har lykkes med dette. Det går kjempebra.

	Infor- mant	Svar
6. Hva er grunnen til at du ville snakke med dem om dine plager?	1	Jeg valgte at de ikke måtte være veldig redde./ De må ikke gå med den følelsen at hva er det som skjer med mamma. At de må gå med spørsmål inni seg selv. /Jeg kan ikke skjule det helt, hver eneste dag for de./ Jeg vil ikke at de skal oppleve det (slik som jeg hadde det da jeg var liten, utrygt). De skal ikke ha det sånn. /Det påvirker meg tilbake når barna sier sånn (at de har det vanskelig) /Jeg vil ikke at de skal oppleve den tingen jeg opplevde./
	2	En voksen som bor sammen med et barn hjemme, barnet forventer at det hele tiden skal få hjelp med alt mulig, men noen ganger når jeg ikke var helt i form måtte jeg forklare ham./ Man kan gjemme alt, men det vil komme konflikt. De har forventninger og jeg måtte forklare slik at de kunne vite./ Det som jeg synes er at når man bor sammen med andre, for eksempel

		familiemedlemmer, er det ikke fornuftig å gjemme alt. Hvis man gjemmer alt kommer det kanskje noe ubehagelig og kanskje konflikter. Når man forteller en del om egne problemer og de vet hva som har skjedd (...) hvor han reagerer noe uvanlig, de vet at han eller hun har litt problemer./Det er vanskelig (å skjule)./Hvis de ikke vet kan det påvirke meg og jeg vil bli mer sint.
	3	Det er ikke så lenge siden de visste ting, de husket ting. De har opplevd det de har gått gjennom (de 2 eldste)./ Før jeg snakket med G var jeg veldig skeptisk og veldig redd for å fortelle ting./ Etter å ha snakket med legen tenkte jeg: ”Hun har erfaring og hun har gjennom alle de ting hun har gjort og alle de bøkene hun har lest... Kanskje det er best å si det”. / Jeg har veldig tillit på en måte (til G). Jeg har fått mye og stoler mye. Jeg vet at det hun sier er veldig viktig. Vi prater, og det er noe som må gjøres. Men selvfølgelig har jeg også tenkt at kanskje tar jeg sjansen også blir det verre. Men uten å gjøre noe vet man ikke hva som skjer.
	4	Ikke relevant
	5	Ikke relevant
	6	Ikke relevant

	Infor- mant	Svar
7. Hvordan forklarte du symptomene dine?	1	Jeg er trøtt. Jeg går på medisiner og blir bedre. /Så fortalte jeg at T sa det ikke var farlig. Det skjer med kroppen når jeg blir kanskje trøtt eller stressa eller noe.
	2 noen ganger når jeg ikke var i form måtte jeg forklare ham. Jeg måtte si at jeg hadde vondt i hodet.
	3	Jeg fant at jeg ikke skal gå direkte på ting, men gå rundt i en sirkel som blir mindre og mindre.
(nei)	4	Noen ganger sier min kone at pappa må sitte her og hvile seg.
(nei)	5	(Benekter)
(nei)	6	Vi har sagt at jeg er syk. Så derfor vet hun at jeg er syk, men hva slags sykdom jeg har og hva som plager meg, har vi ikke sagt til ho.

	Infor- mant	Svar
8. Hvilke ord brukte du?	1	Jeg fortalte ikke direkte det som skjedde, men jeg fortalte litt rundt, og med ord som kan passe til de (og satte symptomene i sammenheng med det)
	2	Hodepine
	3	Så fant jeg ut at den beste måten å komme inn på de tingene på var å ikke å

		<p>prøve å unngå./ Jeg bruker mye konsentrasjon på dem. Også snakker om ting som gjør at det er lett for dem å forstå.</p> <p><i>Bruker du spesielle forklaringer eller spesielle ord?</i></p> <p>Ja</p> <p>Også bruker det, og i tillegg ikke gå rett i saken, men prøve å gå i en sirkel som går hele tiden fra det punktet og inn (tegner spiral innover). Jeg har prøvd å gå rett på saken og da var det ikke så interessant å høre, og det var ”pappa, det var ikke noe moro”. Så jeg snakker om de tingene de husker, eller jeg prøver å si ”hvor mye husker du, hvor mye har det påvirket deg?” Så går jeg i en sånn sirkel. På en måte alle ting tar jeg som noe moro, som om det ikke er alvorlig. Så gjør jeg at sånn at de også skal være med. De skal ikke bare høre og se. Hvis man forteller en historie som er kjedelig sånn går vi rundt og sirkelen blir mindre og mindre også kommer vi til punktet vi skal prate om. Da blir det ikke så kjedelig. Da blir det ikke noen av barna rammet. Å, jeg husker det, det var galt.</p> <p><i>Det kommer litt etter litt?</i></p> <p>Ja. Også snakker jeg, ja husker du det? Også ler vi på en måte. Ja, vi ble jaget. Det var moro. Så husker du at jeg løp og så ramlet jeg der. Og så på en måte hele tiden prøve å være slik at det skal ikke være så tungt for dem. Det skal være mest mulig lett for å si at det er noe som har skjedd, men det er lenge siden.</p> <p><i>Så du ufarliggjør det litt på et vis?</i></p> <p>Ja, det er det.</p>
	4	Ikke relevant
	5	Ikke relevant
	6	Ikke relevant

	Infor- mant	Svar
9. Hvordan har barna reagert på dette?	1	De er veldig snille og greie./ De spør alltid hvis vi skal ut eller noe. De er veldig åpne og sier i fra. (vedrørende angstsymptomer: hun skjønnte at det ikke var farlig og slo seg til ro med det).
	2	Han gjør ikke noe galt slik at jeg blir sint når jeg har det dårlig
	3	Etter det snakker vi om alt./ Nå kan vil til og med snakke direkte om ting./ Etter det så ble det ikke noe ”pappa, jeg vil ikke snakke om det” eller... /Så jeg så etter vi hadde pratet, jeg merker at det går veldig bra egentlig med begge to.
	4	Ikke relevant
	5	Ikke relevant
	(nei)	6

Vedlegg 3. Intervjuguide

Først og fremst takk for at du vil la deg intervjuet til denne undersøkelsen.

Jeg vil gjerne stille deg noen spørsmål som gjelder kommunikasjonen du har med dine barn om de symptomene som plager deg.

1. Har du snakket med dine barn om disse symptomene?

Hvis nei – gå videre

Hvis ja – gå til 6

2. Har du tenkt å gjøre det?

Hvis nei – gå videre

3. Tror du dine barn har lagt merke til at du plages med noe?

Hva da?

4. Har dine barn stilt deg noen spørsmål omkring dette?
5. Hva er grunnen til at du velger å ikke snakke med dem om dine plager?
6. Hva var grunnen til at du valgte å gjøre dette?
7. Hvordan forklarte du symptomene dine?
8. Hvilke ord brukte du?
9. Hvordan har barna reagert på dette?

Vedlegg 4. Informasjonsskriv og samtykke

Traumatiserte flyktninger – kommunikasjon med barna.

15.08.10

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Skal vi snakke med barna?

Hvordan er den verbale kommunikasjonen fra foreldre med flyktning- og traumbakgrunn og til barna vedrørende sine psykiske symptomer?

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å kartlegge hvordan traumatiserte flyktninger kommuniserer med sine mindreårige barn om sine psykiske plager. Bakgrunnen for studien er § 10a i Helsepersonelloven som omhandler helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Grunnen til at nettopp du blir spurt om å delta er at du har blitt henvist til sykehuset fordi du har plagsomme psykiske symptomer etter traumatiserende opplevelser, og du har barn mellom 6 og 16 år. Studien er en masteroppgave til utdanningen Psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder.

Hva innebærer studien?

Studien skal baseres på intervju. Intervjuet ønskes foretatt i klinikkens lokaler, og tidspunkt kan avtales når det passer deg. Du vil få spørsmål om du har informert eller har planlagt å informere dine barn om dine psykiske plager og hvorfor og hvordan du har gjort/vil gjøre dette. Hvis du ikke har eller har planlagt å informere barna ønsker jeg å vite grunnen til at du velger dette.

Mulige fordeler og ulemper

Det du formidler i intervjuet vil ikke ha noen innvirkning på din behandling på klinikken. Dine svar skal kun brukes til å kartlegge kommunikasjonen med dine barn om dette spesielle emnet. Intervjuet vil bli gjennomført i løpet av ca 1 time og kan gjerne foretas i forbindelse med en konsultasjon på klinikken.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Når studien er ferdig våren 2011 vil alle opplysninger bli slettet.

Det skal ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dette vil ikke få konsekvenser for videre din behandling. Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta,

kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at dette påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Mette Marit Laading på telefon 90 79 39 68.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien....

.....

Prosjektdeltaker, dato

Jeg (tolk) bekrefter, så vidt det for meg er mulig, at deltakeren har forstått innholdet i informasjonsskrivet

.....

Tolk, dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

.....

Masterstudent, dato

Kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Kriterier for deltakelse:

Flyktning av begge kjønn med diagnostisert Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) som går i behandling på Poliklinikk for psykosomatikk og traumer, og som er forelder til et eller flere barn mellom 6 og 16 år.

Bakgrunnsinformasjon om studien

01.01.2010 trådte det i kraft en lovendring i helsepersonelloven, § 10a Helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende: ”Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand”. Som en følge av dette ble det opprettet barneansvarlige på hver avdeling på sykehuset. Disse har som oppgave å ha fokus på barnas informasjonsbehov, og denne studien vil forhåpentligvis kunne bidra til å bedre samarbeidet mellom barneansvarlig og foreldre med henblikk på dette.

Tidsskjema

Intervjuene ønskes gjennomført i løpet av høsten 2010 og svarene vil bli bearbeidet i vårsemesteret 2011. Studien vil være ferdig innen juni 2011.

Kapittel B – Personvern

Informantene i denne studien innehar en PTSD-diagnose. Dette vil ikke bli brukt utover prosessen med å samle informanter, men vil bli opplyst ved publisering av studien. Deltakerne vil nummereres, og kun intervjuer vil ha tilgang til å kople nummeret med pasientens navn. Navnelisten vil bli makulert når studien er ferdig.

Relevante sitater fra informantene kan bli brukt, men vil ikke koples til en bestemt person.

Alder, nasjonalitet og lignende opplysninger vil ikke bli registrert.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien har du rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger med mindre disse allerede er inngått i analyser og brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Alle deltakere har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien.

