

# Når foreldre blir innlagt med psykose – barnas behov

Siegbrit Andree

Barnas time er et tilbud for barn som har far eller mor innlagt i akutt psykisk helsevern. Her får de snakke med behandlerne og motta informasjon, og de får luftet sine opplevelser, tanker og følelser.

Jeg vil beskrive en behandlingsmodell for akutt psykisk helsevern, ved innleggelse av pasienter med alvorlig sinnslidelse som har ektefelle og barn. Jeg vil bruke et illustrerende, men fiktivt kasus for å belyse følgende problemstillinger:

- Hvorfor er det viktig at hele familien får et behandlingstilbud når en av foreldrene innlegges akutt?
- Hva trenger barna når en av foreldrene er rammet av alvorlig sinnslidelse?

## Den psykotiske opplevelse

Før en person går inn i en psykose, har det som regel vært en periode på dager eller uker der forpsykotiske tegn er fremtredende. Det er vanlig å føle på sterk angst; mange beskriver en redsel for å gå i stykker og bli gal, og de kan plages av uvirkelighetsfølelse og tvil på hvem de er. Etter hvert fremtrer hallusinasjoner, vrangforestillinger og perseptuelle forstyrrelser. Personen kan være overbevist om at symptomene er virkelige, og at de skyldes påvirkninger utenfor en selv. Det er vanlig å ikke være orientert om tid og rom, og ofte beskrives et intenst tankekaos, der fortid og nåtid blandes sammen. Noen opplever ikke å få tenke en tanke ferdig uten at den avbrytes av en strøm av andre tanker. Når personen blir innlagt med akutt psykose, er forvirringstilstanden oftest så sterk at personen har mistet evnen til å klare seg selv, og til å fungere som omsorgsperson for andre.

## Barnas situasjon

Barn til foreldre med for eksempel psykose eller depresjon har forhøyet risiko for forstyrret psykososial utvikling og for emosjonelle, somatiske og sosiale problemer. Hvordan barna preges, vil være avhengig av barnets alder, varigheten av forelderens problemer, innvirkning på barnets hverdag og relasjonen til begge foreldrene.

Det har vært satt i gang ulike prosjekter i Norge og internasjonalt (Bollingmo & Bolstad, 2004; Mevik 1998; Parm, 1996; Skerfving, 1996). Beardslee (2002) har utformet et program for barn som vokser opp med foreldre som sliter med depresjon. Han legger vekt på å behandle familien som en helhet, og at man søker å integrere de ulike opplevelsene av virkeligheten som hvert familiemedlem har. Samtidig gir man informasjon om psykiske lidelser og behandling. Et sentralt mål er å redusere følelser av angst, skyld og skam hos barna, og hjelpe dem til å utvikle andre viktige relasjoner utenfor hjemmet. Programmet, som har dokumentert sin verdi i prospektive studier, er utviklet i USA, men forsøkes implementert også i Norge.

Et australsk prosjekt, *Children of parents experiencing major mental illness*, retter seg mot foreldre som har en psykoselidelse, og som har omsorg for barn under 18 år. Man legger vekt på å finne ut hvilke behov foreldrene mener at barna har i en slik situasjon, og hvilke behov de som foreldre selv har. Også i dette prosjektet betones informasjon til barna om foreldrenes sykdom, forklaringer på

hendelser som er vanskelige for barna å forstå, en tilgjengelig kontaktperson som barna kan snakke med om tanker, følelser og reaksjoner, og at barna får treffe andre barn med liknende oppvekstvilkår (Mevik & Trymbo, 2002)

I Sverige har Källan i Stockholm drevet grupper rettet mot barn som har foreldre med alvorlige psykiske lidelser. I tillegg har man også grupper for den av foreldrene som er syk, samt grupper for ektefelle/samboer (Mevik & Trymbo, 2002)

Det danske prosjektet *Kontakt med børn af psykiatriske patienter*, i Silkeborg, gir tilbud om familiesamtaler om barnas situasjon og hele familiens behov. Et toårig forsøksprosjekt har gitt gode resultater (Ulnits, 2000).

I Norge har organisasjonen Voksne for barn arrangert opplæringsprogrammet *Når mor eller far er psykisk syk*. Her fikk mange kommuner veiledning og innføring i problemområdet. Fagfolkene som ble involvert, har senere vært resurspersoner i kommunene og mellom etatene for familier med psykiske problemer.

## Barnas situasjon ved akutt psykose

Når personen som blir innlagt akutt med alvorlig sinnslidelse, i tillegg er mor eller far, bør behandlerne ifølge Killén (1994) ta stilling til følgende spørsmål:

- Hvordan påvirker foreldrenes sykdom deres oppfattelse av barnet?
- Hvilken virkelighetsoppfattelse formidler foreldrene til barnet, og i hvilken grad er det uforutsigbarhet i foreldrenes atferd?

Inngår barnet i forelderens psykotiske vrangforestilling, må forelderens og barna skjermes fra hverandre, da det ellers kan være risiko for skade på barnet. Barnet kan bli skadet av den syke forelderens atferd eller av at forelderens ikke klarer å yte omsorg. Undersøkelser viser at foreldre som er akutt psykotiske, ikke klarer å møte barnets krav og behov. De preges ofte av dårlig kontaktevne, vag kommunikasjon, egosentrisitet, følelsesavflatethet og mangelfulle kunnskaper om barnas situasjon og behov. Dette kan i sin tur bidra til at barnet får svak tilhørighet til forelderens (Førland, 1995; Oates, 1997). Fars eller mors angst og forvirring er skremmende for barna. De har som oftest opplevd ham eller henne en tid før innleggelsen, og kan fortelle om hendelser som har skremt dem, som rare spørsmål, ideer og tanker, øyne og ansiktsuttrykk som vært fremmede, og uforståelige og uforutsigbare humørsvingninger (Fristorp & Kollarik, 1999; Mevik 1998).

Når mor eller far blir innlagt akutt, har som regel situasjonen i hjemmet blitt uholdbar, og forelderens har kanskje blamert seg offentlig. Å skjerme pasienten fra familien er i denne fasen ofte nødvendig, fordi personen ikke klarer å fungere som mor eller far, og fordi barna må beskyttes fra uheldige opplevelser og minner. Forelderens trenger ro, trygghet og tid til å få begynne behandlingen. Samtidig trenger barna informasjon om hva som skjer.

På vår avdeling har vi innført *Barnas time*, eller barnas informasjons- og spørretime, som et tilbud til barn som har mor, far, søster eller bror innlagt. Her får de snakke med behandlerne, mottar informasjon og får luftet sine opplevelser, tanker og uro. De får tilbud om å se seg om i avdelingen. Hvis den pårørende er på et lengre opphold, er det ikke uvanlig at barna kommer igjen til både to og tre samtaler. Alle barn får tilbud om å komme tilbake til samtaler også etter at pasienten er utskrevet. To sykepleiere med videreutdanning innenfor området leder disse samtaler, og jeg har bidratt med veiledning.

## Kasuspresentasjon

Lene kommer til oss på avdelingen en kveld, to uker før jul. Hun er samme dag blitt henvist av sin fastlege i hjemkommunen. Lene ankommer i ambulanse med minstemann på to år i fanget, ektefellen Lars og fastlegen. Hun er en 35-årig kvinne som har vært gift i ti år, med tre barn på 2, 7 og 12 år. Både Lene og hennes mann er i fast arbeid. Hun har tidligere ikke mottatt behandling i psykisk helsevern.

### Innleggelsen

Lene er overbevisst om at noen er ute etter å skade henne og barna. Hun dro derfor i dag til barnas skole der hun ønsket å hente hjem de to eldste. Dette ble avverget av en lærer som forstod at Lene ikke var som hun skulle, og kontaktet ektemannen. Ifølge Lars har Lene de senere dagene vært aggressiv, tidvis oppfarende mot ham og barna. Han har prøvd å resonnerer med Lene om hennes ideer og tanker, men Lene er skråsikker på at hun og barna er i livsfare. Under samtalen skifter hun hyppig tema. Det ene minuttet er hun 80 år, og neste minuttet kryper hun sammen i fosterstilling og forteller at hun skal fødes. Hun snakker med hviskende stemme, og spør hele tiden om det er greit å hviske, da det er visse ting man ikke bør snakke om. Hun hører stemmer som sier slemme ting til henne, er sterkt angstpreget og klamrer seg til personellet.

Lars opplyser at Lene har spist lite, og nesten ikke sovet på en uke. Han sitter med minstemann i fanget, og overveldes av gråt i perioder under samtalen.

Lene blir innlagt med skjerming til rommet. Medikamentell behandling iverksettes med en gang i form av intramuskulær medisinerings, samt angstdepnende medisin.

Lars og minstemann drar tilbake til hjemmet sammen med fastlegen. Det blir avtalt at jeg som ansvarlig behandler kontakter ektefellen for videre avtale og informasjon neste dag.

De første dagene ligger Lene stort sett i sengen, og er svært redd, vrerger øynene og klarer ikke å samtale. Hun er ikke orientert for tid og rom, og har hørsels- og synshallusinasjoner. Hun er forvirret og springer flere ganger ut i gangen uten klær. Hun er mistenksom mot personalet, og har tanker om at de vil skade henne. Som hennes faste behandler foretar jeg bare korte besøk hos Lene, da det er tydelig at hun blir urolig hvis jeg blir for lenge. Lene kan i korte stunder fortelle at hun savner barna sine, og at hun er urolig for dem, særlig minstemann.

Behandlingen rettes inn mot søvn, ro og avskjerming. Jeg har hatt en samtale med ektefellen dagen etter innleggelsen, og senere hatt kontakt flere ganger per telefon. Barna får via far tilbud om Barnas time allerede dagen etter mors innleggelse. Det er foreløpig bare ektefellen som besøker Lene på rommet hennes. Våre samtaler med ham på avdelingen dreier seg fremfor alt om å forklare tilstanden til hustruen, og hvordan opplevelsene den siste tiden har påvirket familien. Lars er fortvilet, redd, lei seg og føler at tilværelsen er snudd på hodet, og han får en egen kontaktperson han kan forholde seg til.

Vi er hjelpelige med langtidssykemeldning av ektefellen, for å sikre hjemmesituasjonen. Dessuten diskuterer vi hvordan slekt og venner kan stille opp for familien nå, og sikrer at helsestasjonen bidrar med vurdering av avlastning og hjelp.

### Barnas time

Etter en uke kommer Lenes to eldste barn til avdelingen for å delta på Barnas time. De har fått en egen konvolutt adressert til dem personlig. Barna samtaler alene med sykepleierne som leder barnas time. Etterpå skal de sammen med pappa og minstemann få treffe mamma en kort stund, samt få omvisning på avdelingen. I samtale med barna forklares det på en enkel måte at mamma er syk og

trenger behandling, hvordan sykdommen arter seg, hvorfor man blir syk, og at det ikke er deres skyld at mamma er dårlig. Man prøver å se på forskjellen mellom somatisk og psykisk sykdom, og at psykisk sykdom handler om tanker og følelser. Barna kommer med mange eksempler på tanker, og kan fortelle om merkelige drømmer de selv har hatt. «Mammas sykdom er som en rar drøm som hun drømmer mitt på dagen!», «Det er kaos i mammas hode med mange tanker som slåss om plassen!» «Mamma trenger hvile for at en tanke skal kunne få være der alene i hodet hennes!»

Barna har verken fått treffe mamma eller snakket med henne på telefonen, fordi vår vurdering er at barna kan bli redde, og at det vil være vanskelig for dem å se mor i en så forvirret tilstand. De har en del spørsmål omkring dette. Gutten lurer på om det er gitter for vinduene på mammas rom. Barna gis rom til å luften sine opplevelser, tanker og funderinger. Jenta kan fortelle at mamma har hatt så rare øyne. Hun liker ikke det, og ønsker at vi skal hjelpe mamma å få tilbake sine gamle øyne. Gutten forteller at mamma har oppført seg rart den siste tiden, og ikke latt ham og hans søsken gå ut, da hun mente de kunne bli skadet. Den dagen mor ble innlagt, sprang hun rundt på skolen og sa rare ting, og det synes barna er litt flaut og trist.

Barna synes det er trist at pappa er lei seg. De trygges på at behandlerne på avdelingen prater med pappa jevnlig, og passer på mamma. Hun har det bra og kommer til å bli frisk. Det kan ta tid, men barna skal få komme tilbake og prate med personalet i Barnas time flere ganger.

Barna snakker også om julen som snart er her, og lurer på om det er lov å feire jul når mamma er syk: «Kan vi glede oss, eller blir det feil mot mamma nå som hun er dårlig?». Vi blir enige om at barna og pappa skal komme til samtale sammen om noen dager, og da skal man legge en plan for hvordan julefeiringen skal foregå, der både glede og sorg kan få rom.

## Mellomfasen

Det har nå gått tre uker, og Lene har blitt overflyttet til en mindre skjermet avdeling. Hun regnes ikke lenger som psykotisk, og sover og spiser godt. Lene er hektisk og pågående i å ville skrives ut for å kunne begynne i jobb. Hennes paranoide beredskap er høy, og hun føler at vi konspirerer mot henne. Hun liker ikke medisinen, og innrømmer at hun har lurt på om vi putter narkotika eller sovemedisin i medisinen hennes. Noen ganger tenker hun at kanskje alt er et gigantisk skuespill, der hele avdelingen er iscenesatt på grunn av henne. Samtidig er hun i perioder bunnløst redd, mest for at det skal skje familien hennes noe, eller at hun aldri skal utskrives.

Lene kan etter hvert fortelle om tiden på arbeid før innleggelsen, der hun følte at medarbeiderne snakket negativt om henne. Hun mener også at personalet på barnas SFO har sagt at hun er en dårlig mor. Lene sliter med dårlig samvittighet overfor barna for at hun nå er syk. Vi begynner å få litt sammenheng i Lenes bakgrunnshistorie. Det har vært to hektiske år med flytting, barnefødsel og høy arbeidsbelastning. En nær slektning er blitt akutt kreftsyk. Lene har aldri likt julen, da hun har triste minner fra julefeiring med alkoholisert far.

Et mål i mine samtaler med Lene er å prøve å få henne til å forstå at hun trenger behandling, både for sin egen del og fordi hun har ansvar for tre barn. Barna trenger en mor som er til stede og klarer å gi omsorg og nærhet. Alliansebygging med Lene er viktig, og å skape en følelse av trygghet, tillit og forutsigbarhet. Ektefellen blir her en viktig støttespiller, ikke minst når Lene enkelte ganger truer med å skrive seg ut på minuttet.

Vi prøver å danne oss et bilde av hvordan familien har hatt det i tiden før innleggelsen, og hvilke forhold som kan ha bidratt til det psykotiske gjennombruddet. Gjennom Barnas time får vi også økt innsikt i barnas situasjon. I samråd med far vurderer vi henvisning til psykisk helsevern for barn, men konkluderer med ikke å gjøre det. Tilsvarende velger vi ikke å kontakte barnevernet.

Familien er på besøk hos mor en gang i uken. Barna er godt kjent i avdelingen, og vet hvem som er mammas behandlere og pappas samtalekontakt. Barna har vært to ganger på Barnas time. Vi feirer bursdag i avdelingen for et av barna der familien har fått et rom for seg selv.

## Utskriving

Lene har nå vært hos oss i to måneder. Hun kan føre lengre samtaler, og har fin øyekontakt. Ansiktsmimikken er ikke lenger tilstivnet, men kroppsholdningen er sammensunken og tung, og hun vurderes som å være deprimert. Hun har fortsatt perioder med lammende angst, særlig om morgenen. Tar hun en spasertur, kan hun oppleve kaos og konsentrasjonsvansker. Planlagt utskrivning er om to uker, og hun har hatt permisjoner hjemme i enkelte helger. Lene forstår nå at hun trenger ro og hvile, og er innstilt på å være sykemeldt ut over våren og sommeren. Vi skisserer hvordan hun bør arbeide etter sommerferien, med forsiktig oppstart med maksimalt en til to dager i uken.

I våre samtaler forsøker vi å forstå hvilke omstendigheter som har bidratt til psykosen. Vi snakker om mestring av hverdagen, og hvordan hun kan lytte til varselstegn på overbelastning. Hun er svært engstelig for at hun ikke skal makte omsorgen for barna. Det er smertefullt for henne å oppleve at minstemann nå henvender seg mer til pappa – kanskje hun har mistet evnen til nærhet og kontakt med barna? Også etter utskrivelsen blir dette et viktig tema i våre samtaler, som fortsetter en gang i uken frem til sommeren, med avtale om forlengelse ut over høsten ved behov.

Psykoseteamet er et oppfølgingstilbud etter utskrivning. Her får pasienten og familien en kontaktperson som bistår i forhold til den kommunale oppfølgingen. Lene og familien har allerede blitt kjent med psykoseteamet, og det er avtalt dato for første hjemmebesøk etter utskrivning. Det gjøres avtaler med kommunehelsetjenesten om oppfølging, blant annet ved at helsesøster vil ha kontakt med barna.

Vi fra avdelingen formidler tydelig til familien at vi ønsker å være et lavterskeltilbud, og de kan ta kontakt med oss når de ønsker. Vi håper at familien skal få med seg en følelse av helhet, der tiden etter utskrivning er like viktig som tiden da mor var innlagt.

Lene og familien har truffet hverandre en gang i uken, og i de siste helgene har hele familien vært sammen på en overnattingsbolig i tilknytning til sykehuset. Dette har fungert tilfredsstillende, men ved en anledning bestemte hun seg brått for å bli med familien hjem, og hadde en vond krangel med Lars om dette. Barna syntes den høyrøstede diskusjonen mellom mamma og pappa var ekkel og ubehagelig, og snakket om dette i Barnas time etterpå. De ga uttrykk for at de ble skremt av mamma som plutselig begynte å pakke sammen saker. De trengte hjelp med å sette ord på hva som skjedde, og å trekke paralleller til tidligere ubegripelige hendelser i hjemmet før innleggelsen.

Dette var en urolig fase for alle i familien: «Enn om mamma ikke blir frisk?» Tenk om mamma blir syk igjen etter at hun kommer hjem, hva gjør vi da?»

Barna skal en siste gang på Barnas time før mamma skrives ut, og har fått tilbud om å komme tilbake etter at mamma har kommet hjem, hvis de skulle ønske det. Barna har fått beskrevet planene for den fremtidige kontakten mellom mor og avdelingen. Målet er å skape oversikt og gi trygghet.

Da Lene skrives ut, er hele familien til stede. Vi fra avdelingen legger vekt på en god avslutning på innleggelsesfasen, der de som har mulighet fra avdelingen, er til stede.

## Diskusjon

En grunntanke bak vår behandlingsmodell er at vi i avdelingen ikke bare møter en pasient, men også et familiemedlem som er mor/far eller samboer/ektefelle. Samtidig har barna rett til å bli sett atskilt fra foreldrene. Vi skal handle ut fra både barnas og foreldrenes beste.

Vår erfaring er at begge foreldrene opplever det som avlastning og støtte at barna inviteres inn i behandlingen. Forelderen som er syk, sliter ofte med dårlig samvittighet og har vansker med å forklare sin sykdom for barna. Også ektefellen har behov for informasjon og oppfølging, og strever ofte selv med følelser av angst, sorg, håpløshet og skam.

Ved å gi hvert familiemedlem rom for å uttrykke tanker, følelser og behov fremmes familiens kapasitet og samhold. Slik kan vi kanskje forhindre et sammenbrudd i familien. Vi håper dessuten at vi ved å styrke familien kan redusere risikoen for tilbakefall og ny innleggelse. Stierlin (1997), fremholder tre viktige grunnholdninger i en slik tilnærming: løsningsorientering, ressursorientering og brukerorientering.

Mange fremhever betydningen av samtaler om foreldrefungering ved innleggelse (Førland, 1994; Glistrup, 2004; Killén, 1994; Mevik, 1998). Det å ha ansvar for barn og daglig oppleve at man ikke mestrer ansvaret, kan i seg selv bidra til sykdomsutvikling. Våre pasienter kjenner en sterk uro for sine barn og for familiens ve og vel.

Beardslee (2002) har dokumentert god effekt av å gi informasjon til familien, ikke minst fordi det retter oppmerksomheten også mot barnas situasjon. Familierettet arbeid er viktig fordi at langvarig psykisk sykdom kan redusere foreldrenes omsorgsevne, det vil si evnen til å ta hånd om barna og skape gode oppvekstforhold, både fysisk og psykisk. Barn trenger voksne som bekymrer seg for hvordan de har det i barnehagen og på skolen, og som ser hva de formidler av følelser og behov i hverdagen. Ifølge barnevernsloven er vi i helsevesenet forpliktet til å bistå barn som har det vanskelig (se også Grøsfjeld, 2004, for en diskusjon av vårt fagetiske ansvar).

Et mål med Barnas time er at de skal få et eget rom der de kan få snakke om det de synes er viktig, uforståelig og rart. Vi ønsker å redusere belastningen på barna, og normalisere følelser de har: «Tenk, mange andre barn har fortalt og følt akkurat det du forteller og føler nå.» Gjennom alminneliggjøring kan vi redusere tabu, skyld og skam.

Det er viktig at barna får informasjon om situasjonen og forelderens sykdom, slik at de kan forstå hva som skjer, på egne vilkår og med egne ord. Dessuten gir disse samtale oss et innblikk i barnas behov. Etter vår oppfatning har vi i psykisk helsevern for voksne både en sentral rolle og et stort ansvar når det gjelder å fange opp barna når far eller mor blir innlagt.

Siegbrit Andree  
Psykiatrisk akuttavdeling, post 1  
Sykehuset Namsos, 7800 Namsos  
Tlf 74 21 56 86  
E-post siegbrit@online.no

## Referanser

- Beardslee, W. (2002). *Out of the darkened room. When a parent is depressed: Protecting the children and strengthening the family*. Boston: Little, Brown and Company.
- Bollingmo & Bolstad (2004). *Barn av psykisk syke foreldre. Hva er gjort for å ivareta barn og familier? En foreløpig kunnskapsoversikt med referanse til bøker, artikler, rapporter, prosjekter og nettsteder*. Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for helse- og sosialfag.
- Fristorp, L., & Kollarik, P. (1999). *Overlevelsesbok for deg som har en psykisk syk forelder: OBS! Også for voksne*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Førland, W. (1994). *Psykiske lidelser – omsorgsevnen hos voksne, konsekvenser for barna*. NOPUS – RA presse og informasjon.
- Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet ... har de vondt av*. Oslo: Pedagogisk Forum.
- Grøsfjeld, M.-B. (2004). *Pasientens barn – psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 41, 900–906.
- Killén, K. (1994). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Mevik, K. (1998). *Møte med galskap – om pårør-ende og psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Mevik, K., & Trymbo, B. E. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Oates, M (1997). *Patients as parents: the risk to children*. *British Journal of Psychiatry*, 170 (suppl. 32), 22–27.
- Stierlin, H. (1997). *Seminar om familierapii Oslo*.
- Ulnits, J. (2000). *Prosjekt barndommen*. *Socialrådgiveren* 8/2000, s. 6–9.