

# **Barn av psykisk syke foreldre – konsultasjon som metode i det forebyggende arbeidet for førskolebarn**

SKRIFTLIG ARBEID TIL SPESIALITETEN I  
SAMFUNNSPSYKOLOGI

Psykolog Bodil Søvde  
Oppvekstetaten i Arna bydel

## Sammendrag

Gruppen barn av psykisk syke foreldre er en risikogruppe for utvikling av psykiske vansker og sykdom i ungdoms- og voksenalder. De psykologiske og sosiale faktorene som er med og bestemmer barnets psykiske utvikling er beskyttelsesfaktorer hos barnet, foreldrenes evne og utøvelse av psykisk og fysisk omsorg, og andres støttende ivaretagelse av barnet. Barnets opplevelse av kompetanse og mestring, som beskytter det for utvikling av psykiske vansker, kan påvirkes ved at en kjenner til hvilke faktorer som beskytter.

Som samfunnspsykolog innehar en kunnskap og erfaring om beskyttelsesfaktorer, konsekvenser for barna når foreldrene er syke, samt hvordan kvalifisere de profesjonelle omsorgsgiverne rundt barna. Ved hjelp av denne kunnskapen kan vi påvirke barnet, familien og nettverket utenfor familien til å fokusere på forhold som virker fremmede på barnets emosjonelle fleksibilitet og mestringsopplevelse, og dermed reduserer risikoen for utvikling av psykiske vansker hos barna.

# Innholdsfortegnelse

|  |       |
|--|-------|
| 1.0. Innledning.....   | s. 1  |
| 2.0. En beskrivelse av barnegruppen og deres behov   |       |
| 2.1. Psykisk sykdom og forelderrollen.....   | s. 3  |
| 2.2. Hva kjennetegner barna og deres foreldre ?.....                                       | s. 4  |
| 2.3. Foreldrenes omsorgsevne og omsorgssvikt.....  | s. 4  |
| 2.4. Barnas reaksjon på foreldrenes sykdom.....  | s. 5  |
| 3.0. Konsultasjon som metode i det forebyggende arbeidet med barn av psykisk syke foreldre |       |
| 3.1. Konsultasjon som metode.....  | s. 6  |
| 3.2. Utvelgelse av målgruppen.....   | s. 7  |
| 3.3. Forebygging.....  | s. 8  |
| 4.0. Beskrivelse av det forebyggende arbeidet med konsultasjon som metode                  |       |
| 4.1. Arbeidsmetoden.....   | s. 9  |
| 4.2. Pedagogens bekymring.....   | s. 9  |
| 4.3. Tilknytning.....  | s. 10 |
| 4.4. Samarbeidet med foreldrene.....   | s. 11 |
| 4.5. Angst og depressive symptomer hos barnet.....   | s. 12 |
| 4.6. Undervisning til personalet.....  | s. 12 |
| 4.7. Konsultasjon som forebyggende metode.....   | s. 13 |
| 5.0. Diskusjon og konklusjon.....  | s. 14 |
| Referanser.....  | s. 17 |

## **1.0. Innledning**

Gruppen barn av psykisk syke foreldre er i faglitteraturen omtalt som en risikogruppe med inntil 50% sjans for selv å utvikle psykisk sykdom (Førland, 1995). Med risikogruppe menes ett sett av psykiske belastninger som til sammen øker sannsynligheten for psykisk skade (Gjærum, Grøholt, Sommerschild, 1998), (Førland, 1995). Som gruppe har barna en forhøyet risiko for selv å utvikle psykiske vansker og sykdom. Som gruppe er de også i større risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt (Killen, 1994.).

Hvordan bør samfunnspsykologen forstå de faktorer som påvirker barnet og hvordan barnet påvirker omgivelsene? Fra forskning og faglitteratur vet vi at forhold ved barnet, forhold ved familien og kvaliteter ved systemet rundt barnet har betydning. Forhold ved barnet som beskytter er tilknytning til omsorgspersoner, barnets alder og intelligensnivå, mestring og kompetanse hos barnet, samt sosiale ferdigheter (Gjærum et al., 1998). Tilknytningsteori legger stor vekt på barnets erfaringer i de første leveårene. Tilknytningsprosessen er viktig for senere psykisk helse, og forstyrrelser av den kan legge grunnlaget for utvikling av psykiatriske lidelser (Grøholt, Sommerschild, Garløv, 2001). Barn med god tilhørighet som har fått utvikle egen kompetanse og mestringsevne, vil lettere oppfatte seg selv som verdifulle og vil kunne mestre motgang med større motstandskraft (Lande & Lande, 2000).

Tilknytningsteori åpner for at negative forventninger til samspill kan endres gjennom hele livet (Smith & Ulvund, 1999). Derfor blir det alltid mulig å styrke beskyttelsesfaktorene i forhold til stressbelastninger. Denne kunnskapen og forståelsen er vesentlig i arbeidet med å forebygge psykiske lidelser (Weiseth & Dalgard, 2000).

Adekvat foreldrefunksjon karakteriseres ved at foreldrene fremstår som generelt sensitive for sine barns signaler i forhold til deres utviklingsmessige behov. Psykiatrisk syke foreldre er ofte mer opptatt av seg selv og slik mindre responderende i forhold til sine barn (Smith &

Ulvund, 1999). Den andre forelderen, eller andre familiemedlemmer som er tilgjengelige og forpliktet i forhold til barna vil virke beskyttende og positivt på barnas mestringsevne (Lande & Lande, 2000).

Sosiale faktorer som virker beskyttende er alle gode relasjoner utenfor familien. Ytre støttende strukturer som fremmer kompetanse og fremmer en opplevelse av sammenheng i tilværelsen virker beskyttende (Werner & Smith, 1982).

I oppgaven vil jeg skrive om gruppen førskolebarn i barnehagen. Denne gruppen har jeg kjennskap til ved direkte arbeid med barna, og gjennom å veilede og konsultere personalgruppen. Arbeidsmetodikken jeg skisserer i oppgaven er følgelig en måte jeg har valgt å arbeide på med barn med denne type vansker.

Som psykolog i PP-tjenesten er det en av mine oppgaver å kvalifisere systemet rundt et barn til å ivareta barnets behov. En av utfordringene i systemarbeidet er å kvalifisere personalet til å vurdere atferden hos barnet, anvende pedagogiske metoder i arbeidet og understøtte samarbeidet med foreldrene.

Det er min erfaring at foreldrene ofte har stor tillit til personalet i barnehagen. Jeg kan bruke mye tid på å etablere tilsvarende tillitsforhold. I barnehagen møter foreldrene hver dag de voksne, og foreldrene og personalet utveksler jevnlig konkret informasjon om barnas hverdag. Samfunnspsykologen David Fryer (1998) skriver at ikke-profesjonelle hjelpere som tilhører miljøet rundt barnet ofte er mer effektive hjelpere enn profesjonelle hjelpere.

- I kapittel 2 vil jeg beskrive barnegruppen og dens behov med vekt på psykiske kjennetegn ved barna, foreldres omsorgsevne og omsorgssvikt samt hvordan barn kan reagere på foreldres sykdom.

- I kapittel 3 beskriver jeg hvordan konsultasjon som metode er anvendelig i det forebyggende arbeidet.
- I kapittel 4 vil jeg gjennom praktiske eksempler vise hvordan samfunnspsykologen kan bruke konsultasjon som metodikk i det indirekte og direkte arbeidet med å kvalifisere personalet til å ivareta barnets emosjonelle og sosiale behov, ivareta barnets foreldre og klargjøre personalets rolle som profesjonelle omsorgsgivere.

## **2.0. En beskrivelse av barnegruppen og deres behov**

### 2.1. Psykisk sykdom og forelderrollen

Psykisk sykdom hos foreldre kan utarte seg svært forskjellig. Det er ikke slik at hvis mor eller far har en psykisk lidelse vil det få konsekvenser for barnet. Fra forskning på tilknytning vet vi at for at barnet skal utvikle adekvat tilknytning til omsorgspersoner, må omsorgspersonene være sensitive og respondere på barnets utspill (Smith & Ulvund, 1999). Samspillet pågår kontinuerlig mellom barn og omsorgsperson, og danner grunnlaget for tilknytning.

Tilknytning til omsorgspersoner er også viktig for kvaliteten av barnets tilknytning til andre personer, utvikling av selvfølelse, emosjonell fleksibilitet og opplevelse av mestring (Gjærum et al, 1998).

En deprimert person har vansker med å være sensitiv og kan derfor ha vansker med å svare på barnets innspill. Den depressive tilstanden kan få skadevirkninger for barnet når den voksne ikke er klar over at den ikke er sensitiv for barnets innspill. En kan derfor tenke seg at en deprimert person kan være i tilstrekkelig samspill med barnet til at det utvikles en trygg tilknytning. Forskjellen ligger i den voksnes innsikt i egen sykdom (Smith & Ulvund, 1999). Som psykolog må man være oppmerksom på den forhøyede risikoen for psykiske problemer hos barn av deprimerte foreldre. Samtidig må man ikke ta som en selvfølge at foreldrenes

depressive symptomer nødvendigvis innebærer dårligere forelderfungering (TNPF, 2002).

Forhold som at den andre forelder er en god omsorgsperson eller en annen person står barnet nær, kan motvirke psykisk belastning (Svendsen, 1998).

## 2.2 Hva kjennetegner barna og deres foreldre?

Barn av psykiatriske pasienter er mer usatt for utviklingsproblem enn andre. Utviklingsforstyrrelsene kan være kognitive, emosjonelle og atferdsmessige (Svendsen, 1998).

Som gruppe har vi data som viser at førskolebarn strever med konsentrasjonsvansker, separasjonsvansker, redusert initiativ og tilbaketrekking. Barn i skolealder utvikler i større grad atferdsproblemer (Brøyn, 1999).

Deprimerte mødre rapporterer i større grad enn ikke-deprimerte mødre, om problematferd hos sine barn (Knorring, 1996). Det avspeiler muligens en lavere toleranse for barns normal atferd hos deprimerte mødre. Å kunne lese barns følelsesuttrykk krever en viss mental fleksibilitet og åpenhet hos voksne. I konfliktløsning vet vi at ikke-deprimerte mødre i større grad går inn og forhandler med barna om løsninger som begge kan godta. Vi vet også at barn av deprimerte utvikler internaliserte problemer, mens barn av schizofrene utvikler større grad av atferdsproblemer (Førland, 1995).

Ett viktig poeng er at dersom den syke forelder viser fiendtlighet eller sinne mot barnet vil dette ha en markert negativ effekt på barnets fungering.

## 2.3 Foreldres omsorgsevne og omsorgsvikt

Kari Killen (1994) beskriver følgende foreldre funksjoner en kan vurdere foreldres omsorgsevne etter. Det er evnen til å oppfatte barnet realistisk, evnen til å ha realistiske forventninger om de avhengighets- og følelsesmessige behov barnet kan dekke. Evne til å ha realistiske forventninger til barnets mestring og evne til å engasjere seg positivt i samspill

med barnet. Videre er det evnen til å ha empati med barnet og prioritere å dekke barnets mest grunnleggende behov fremfor egne, samt evne til å bære egen lidelse uten å måtte av reagere på barnet.

Killen mener at det er de kognitive og følelsemessige forelderfunksjonene som er de vesentligste foreldre funksjonene. Foreldre må altså kunne forstå og møte barnets behov for kognitiv stimulering og samtidig være en følelsesmessig tilgjengelig og responsiv person for barnet.

Profesjonelle omsorgsgivere bør kunne vurdere foreldres omsorgsevne med grunnlag i punktene som er beskrevet ovenfor, og huske på at om en av forelderen er psykisk syk, kan den andre forelderen og andre nærpersioner gi barnet den kognitive og emosjonelle støtte barnet har behov for.

#### 2.4 Barnas reaksjon på foreldrenes sykdom

Reaksjoner vi kan se på barna er at evne til spontanitet og glede er redusert. De kan virke modne og alvorlige og protesterer mindre. Noen barn blir destruktive, aggressive eller depressive (Brøyn, 1999).

Rapporter tyder på at jenter før pubertetsutviklingen er bedre beskyttet enn gutter, mens gutter er bedre beskyttet gjennom ungdomsårene (Lande & Lande, 2000).

Førskolebarn kan klage over smerter og kroppslige plager. Så godt som alle førskolebarn som er deprimerte, beskriver kroppslige smerter som hodepine, vondt i magen og i brystet (Knorrning, 1996). Frekvensen synker med alderen, men både hos tenåringer og voksne er smerter og andre kroppslige symptom tilstede hos mer enn halvparten. Gutter reagerer oftere med utagerende atferd enn hva jenter gjør (Brøyn, 1999).



### **3.0. Konsultasjon som metode i det forebyggende arbeidet med barn av psykisk syke foreldre**

#### 3.1. Konsultasjon som metode

I psykolog rollen i barnehagen kan det være nyttig å skille mellom veiledning og konsultasjon som teoretiske begreper. I praksis vil rollene kunne gli over i hverandre. Jeg skal illustrere dette med eksempler.

Men først, veiledning blir ofte definert som kompetanseutvikling gitt av samme yrkesgruppe (Gjems, 1995). Når jeg veileder i barnehagen er det en del av psykologtilbudet i bydelen. På det teoretiske nivået blir mitt arbeid vanskelig å definere som veiledningsarbeid fordi prinsippene om at veiledningen skal gis av samme yrkesgruppe brytes.

Slik jeg vurderer arbeidet i barnehagen blir det mer presist å kalle arbeidet for konsultasjon. Den som gir konsultasjon er en ekspert med lengre utdanning, ofte med en annen utdanning (Fjeldstad, 1995). Det konsulenten sier vil ofte oppfattes som rett og riktig dvs. komme med råd og forslag til løsninger på et problem. I ett veiledningsforhold vil veileder være forsiktig med direkte råd og løsninger, men heller prøve å fremme disse hos råde søker selv. I konsultasjon derimot vil målsetningen med konsultasjonen være at den som søker konsultasjonshjelp skal få bedre innsikt, og øke sin kompetanse i hvordan hjelpe sin klient (Fjeldstad, 1995).

Når jeg da arbeider konsultativt i barnehagen er det med to hovedformål; være den profesjonelle hjelperen som vet mer om den forskningsbaserte fagkunnskapen knyttet til et psykologisk problem, og tilføre personalet kunnskapen på en slik måte at de kan bruke den forebyggende i barnegruppen generelt. Ved å vektlegge den forebyggende effekten personalets arbeid har for et barn i en vanskelig livssituasjon, og veilede for barnehagens

tilrettelegging, er jeg med og øker personalets kunnskap om at de kan forebygge for utvikling av psykiske problemer hos dette barnet og for barnegruppen generelt.

Gerald Caplan (1970) fremstiller konsultasjon som en metode hvor den som søker råd skal føle seg kompetent og fornyet etter konsultasjonen. I det ligger det et ansvar hos konsulent for å tilføre radsøker kunnskap, men også bidra til at denne opplever seg i stand til å anvende kunnskapen. I forebyggende arbeid i barnehagen vil jeg si at det er konsulentens ansvar å hjelpe personalet til å anvende kunnskapen som generell kunnskap om barn og dermed blir kunnskapen en del av det naturlige arbeidet i barnehagen. Jeg vil illustrere dette med ett eksempel. En intervensjon jeg ofte anvender med utrygge barn er å la barnet oppleve at en av de voksne i barnehagen har mer tilknytning til barnet enn de andre voksne har. Denne voksne har flere omsorgsoppgaver i forhold til barnet, og de andre voksne kan også referere til denne voksne overfor barnet. Vi lar barna bestemme hvor lenge denne spesielle kontakten skal foregå. Denne kunnskapen bruker personalet også på andre barn, når de ser at barna er utrygge og har behov for ekstra omsorg en periode. For eksempel kan det være i en fase hvor barnet opplever forandringer i familiestruktur.

### 3.2. Utvelgelse av målgruppen

Som psykolog i PP-tjenesten organiserer jeg arbeidet med førskolebarna i samarbeid med foreldre og pedagogisk leder i barnehagen. Forut for enhver sak foreligger det en henvisning. I forkant av henvisningen kan jeg ha hatt en anonym samtale med styrer og pedagogisk leder. Foreldre tar også direkte kontakt med kontoret for en samtale om barnet. I samtalen med foreldrene kommer jeg inn på tema som foreldrenes opplevelse av mestring av egen livssituasjon og tanker om barnets oppvekst.

Når barnet henvises, er det ofte symptomer med barnet som beskrives. Det innebærer at barnet må ha en atferd som bekymrer noen i barnets miljø. I det ligger det at andre barn kan

ha samme atferd eller symptomer uten at det bekymrer noen. Nettopp derfor er arbeidsmetodikken jeg skal skissere viktig fordi arbeidet med å kjenne igjen symptomer hos barn, forståelsen av barns reaksjonsmåter og tilrettelegging for det enkelte barn også vil komme andre barn i barnehagen til gode. For eksempel vil barn som opplever samlivsbrudd, i perioder være ekstra sårbare og ha et ekstra behov for omsorg.

### 3.3 Forebygging

Barn av psykisk syke foreldre er definert som en risikogruppe for selv å utvikle psykisk sykdom (Gjærum et al, 1998). Dette impliserer at idet barnet har en psykisk syk forelder, øker sannsynligheten for at barnet selv kan utvikle symptomer på psykisk sykdom.

I arbeidet med å forebygge for psykisk sykdom er det relevant å skille mellom tre ulike typer forebygging. Primær forebygging innebærer å intervenere før problem eller skjevutvikling oppstår. Sekundærforebygging henspeiler på å intervenere for å redusere forekomsten av, eller forhindre videre skjevutvikling. Og til slutt, tertiær forebygging innebærer intervensjon for å forhindre invalidiserende og kronifiserende ettervirkninger av en sykdom (Caplan, 1964).

I det beskrevne arbeidet i barnehagen tilføres personalet psykologisk kunnskap som gjør at de kan ivareta barnets utviklingsmessige behov på en bedre måte. Konsultasjonen blir gitt med utgangspunkt i kjennskap til det enkelte barns livssituasjon og behov. Barnet er henvist til PPT på grunn av tidlige tegn eller mer stabile tegn på misstilpasning. Målsetningen er gjennom barnehagepersonalet å tilføre barnet noe av den psykiske omsorgen barnet ikke har så god tilgang til gjennom samspeilet med foreldre. På denne måten søker en å forhindre at barnets utvikling skades eller ytterligere forverres. Slik sett er dette sekundærforebygging. Samtidig får personalet gjennom konsultasjonen økte kunnskaper om hvilke betingelser som generelt fremmer trygg utvikling og hva som kan beskytte barn flest i perioder med mer

belastning i livssituasjonen. Forhåpentligvis er denne kunnskapen med på å bedre personalets generelle evne til å ivareta og støtte alle barna i barnehagen. I noen grad kan dessuten personalet klare å formidle sin utvidede kunnskap i samarbeid med de foreldrene som strever. Dersom de samtidig hjelper et barn til bedre tilpasning som også viser seg hjemme, kan foreldrenes opplevelse av egen mestring av omsorgsoppgavene bedres. Dermed kan risikobetingelsene reduseres og ytterligere skjevutvikling kan unngås.

## **4.0. Beskrivelse av det forebyggende arbeidet med konsultasjon som metode**

### 4.1. Arbeidsmetoden

Selve konsultasjonen organiseres utifra hvor vi er i prosessen med barnet og hva som vurderes som hensiktsmessig. Den vanligste situasjonen er at jeg har konsultasjon med styrer og pedagogisk leder. Har barnet spesialpedagogisk hjelp ville det i flere av sakene vært naturlig at også denne hadde deltatt på konsultasjonen.

I de tilfellene hvor jeg samler personalgruppen på avdelingen tar arbeidsmetoden mer form av veiledning eller undervisning. Personalet er kjent med at hensikten med arbeidet er å fremme mestring og egenstyrke hos barnet, samt tilrettelegge for at egenskapene ved barnet får optimale utviklingsvilkår.

### 4.2. Pedagogens bekymring

I oppstarten av konsultasjonsarbeidet med en sak er ofte pedagogens emosjonelle forhold til barnets livssituasjon det første tema som aktualiseres. Personalet har over tid gått med en bekymring og usikkerhet i forhold til barnets hjemmeforhold når foreldrene er psykisk syke. Her blir det min oppgave å formidle kunnskap om hvordan for eksempel affektive lidelser

hos foreldre kan gi symptomatferd hos barna, og hva som kjennetegner mestring eller manglende mestring hos barnet.

For å kunne gi konsultasjon til pedagogisk leder trenger jeg å kjenne til følgende; barnets kognitive fungering i aldersadekvate aktiviteter, barnets emosjonelle fleksibilitet i lek og samspill med andre barn, barnets evne til å tåle frustrasjon, samt hvordan barnet håndterer konfliktsituasjoner.

Jeg trenger også å kjenne til barnets emosjonelle forhold til de voksne i barnehagen, og særlig om barnet viser tilknytningsatferd til voksne og de andre barna. Jeg vil også vite hvordan pedagogisk leder vurderer samspillet mellom barn og foreldre, samt pedagogisk leders tanker om foreldrenes omsorg for barnet.

#### 4.3. Tilknytning

I mange av sakene er ambivalent eller utrygg tilknytning til omsorgspersonene et gjennomgangstema. Fenomenet viser seg i hente-og bringe situasjonene i barnehagen, vansker med å knytte seg til de voksne i barnehagen og barnet bruker vegring og avvisning i lek og samvær med andre. Pedagogens beskrivelse av hvordan hun opplever samspillet mellom barn og foreldre gir meg holdepunkter for hvordan det emosjonelle forholdet mellom barn og foreldre er. I konsultasjonen beskriver pedagogen situasjonene og sammen diskuterer vi alternative måter å tilrettelegge på. Det er mitt ansvar å komme med forslag som sammenfaller med barnets kompetanse, og pedagogens ansvar å prøve ut forslagene i barnehagen.

Utifra de beskrivelsene pedagogen gir, danner jeg hypoteser om barnets tilknytning til foreldre. I mitt videre arbeid med barnet er det viktig for meg å ha denne kunnskapen om barnet for på best mulig måte kunne tilrettelegge tiltakene slik at de passer for dette barnet.

Får jeg informasjon som tilsier at barnet har en emosjonell utviklingsforstyrrelse eller er utviklingshemmet må jeg tilrettelegge tiltakene etter denne hypotesen.

I det videre arbeidet med barnet er det barnets mestringsområder og egenstyrke det fokuseres på. Derfor må jeg også ha kjennskap til barnets kompetanseområder. Pedagoger har den kunnskap vi trenger for å kartlegge sosial/pedagogisk fungering. Min oppgaver blir å fremheve de gode ressursene i barnet, og konsultere personalet i hvordan de kan fremheve barnets ressurser i barnehagedagen. Beskrivelsene av barnet kan da bli; bråkete, den som ødelegger, men snill med mindre barn, et sjarmerende smil osv. Videre vil konsultasjonen omhandle hvordan den voksne kan påvirke barnet til å øke/minske frekvensen av en type atferd, eller også hvordan barnet påvirker den voksnes atferd.

#### 4.4.Samarbeidet med foreldrene

Noen foreldre ønsker ikke kontakt med meg, og begrunner det med at de selv har kontakt med psykolog. Foreldrene underskriver henvisningen og kommer til en første samtale med meg på kontoret. De aksepterer at jeg observerer og gir konsultasjon i barnehagen. Jeg har god erfaring med å invitere disse foreldrene til samarbeidsmøter med pedagogisk leder og støttepedagog for å referere fra mine observasjoner og drøfte problemstillinger knyttet til barnets fungering i barnehagen. Foreldre deltar på disse møtene med kunnskap de har om sitt barn fra hente-bringe situasjonen i barnehagen, det barnet forteller fra barnehagen og foreldrenes forståelse om barnet trives eller ikke trives. De forteller om hvordan barnet fungerer hjemme, og gir eksempler på hvordan de hjemme håndterer en gitt situasjon. Barnehagen kan ofte supplere med lignende funksjonsbeskrivelser og uttrykker at de er svært avhengig av foreldrene som samarbeidspartner. Fryer (1998) sier at ikke-profesjonelle hjelpere som tilhører miljøet er minst like effektive som eksterne hjelpere. I mange tilfeller

også mer effektive. I disse møtene tolker jeg at her er det et gjensidighetsforhold mellom foreldre og barnehage hvor psykologens kompetanse er viktig, men ikke tilstrekkelig.

Psykologen mangler det nære forholdet til foreldrene som skapes fordi den andre voksne (personalet) kjenner barnet personlig.

#### 4.5. Angst- og depressive symptomer hos barnet

Andre tema som er relevante i konsultasjonen er når barnet viser symptomatferd på angst eller depresjon. Da blir det min oppgave som psykolog å kartlegge og vurdere atferden utifra barnets utviklingsnivå, livssituasjon og mestringsevne og prøve ut intervensjoner for å fremme mestring hos barnet. Eksempler på symptomatferd kan være at barnet er redd for lukkede rom eller leken er stereotyp. I konsultasjonen gir jeg råd om hvordan pedagogen kan utfordre barnet ved gradvis å utsette barnet for det barnet vegrer seg for, samtidig ved at barnet opplever at det mestrer situasjonen.

#### 4.6. Undervisning til personalet

Undervisning vil også være en naturlig del av konsultasjonen. Det jeg har erfaring med er å undervise personalet i avdelingsmøter for å øke personalets kompetanse og empati for et barn som ble ansett som vanskelig. Ved å sette barnets livssituasjon i et større perspektiv og se på helheten i barnets liv, opplevdes det lettere å motivere personalet til å se barnets sterke sider og fokusere på dem.

Undervisning om psykiatriske diagnoser og konsekvenser i omsorgsarbeidet for barn var ikke like nyttig. I senere arbeid med de samme personene, har de allikevel hatt bruk for konsultasjon i samme problemstillinger. Jeg tror det er slik fordi noe som er aktuelt akkurat her og nå, er en mer motivert til å lære om, enn hvis en ikke har noe spesielt å knytte kunnskapen til.

#### 4.7. Konsultasjon som forebyggende metode

En av samfunnspsykologens oppgaver er å fremme individets og systemets egenkraft eller empowerment. Ved å gi konsultasjon, være den som innehar kunnskap kan samfunnspsykologen fremme egenkraft hos pedagogen som igjen fremmer pedagogens innlevelse i barnas situasjon og ivaretagelse av foreldrene i forelderrollen. Barnas behov kan tydeliggjøres uten at behovet relateres til foreldrenes atferd eller sykdom. Pedagogen blir tryggere på at selv om barnet er i en spesiell familiesituasjon har barnet behov for den samme opplæringen som pedagogen gir de andre barna på avdelingen. Grensesetting, regler for lek og samspill er like viktig for dette barnet, men en tilpasning er nødvendig. F. eks vil pedagogen være nøye med å forberede et barn på forandringer i barnehagedagen, når denne vet at forandringer for dette barnet er særlig vanskelig. Men pedagogen vil ikke la være å utsette barnet for forandringer, fordi pedagogen vet at det er viktig for barnets mestring av livet at det tåler forandringer.

Ved å bruke kunnskapen om hvordan brudd i relasjoner og labile omsorgspersoner kan gi seg utslag i barnas atferd kan jeg i konsultasjonen, ved at pedagogen beskriver barnet, normalisere barnets atferd. Det får ofte den effekt at pedagogens omsorgsevne utløses spesielt for dette barnet, og at pedagogen føler seg tryggere på at de metoder hun håndterer gjennom sitt yrke er de samme hun skal bruke overfor dette barnet, men tilpasset.

Ved å bruke konsultasjon som metodikk i arbeidet med barna, erfarer jeg at pedagogens holdning til barn og foreldre styrkes positivt ved at pedagogen føler seg tryggere på at det arbeidet hun utfører er det som kreves. I dette ligger også det forebyggende arbeidet; når pedagogen tilføres kunnskap om et tema og opplever at hun mestrer de pedagogiske utfordringene øker sannsynligheten for at pedagogen vil arbeide på samme måte neste gang



hun møter denne type problematikk. Hun vil også kunne innlemme vektlegging av barns mestring og egenstyrke som en måte å arbeide med barn på. Det vil virke forebyggende for god psykisk helse for mange barn. Ved å jobbe forebyggende for at barnet skal tåle frustrasjoner, at det blir ivaretatt med psykisk og fysisk omsorg samtidig som det blir korrigert og satt grenser for, gjør at barnet opplever bedre mestring i barnehagedagen. Mer av barnets atferd vurderes som normalatferd heller enn et resultat av barnets familiesituasjon. Generelt vil jeg si at økt kompetanse i personalgruppen og fokus på barns mestring, fører til holdningsendring til barnet i personalgruppen.

## **5. 0. Diskusjon og konklusjon**

I oppgaven har jeg vist hvordan psykologen ved å arbeide konsultativt, indirekte kan hjelpe barn av psykisk syke foreldre til å øke sin opplevelse av mestring. Økt mestringsopplevelse er den beste ”motgift” vi har mot psykiske lidelser. Det å håndtere stress og vanskelige situasjoner i livet er derfor en god forsikring mot utvikling av psykiske lidelser. Ved å ha kunnskap om hva det innebærer for voksne å ha angst og depresjon, hva en alvorlig psykose innebærer, hva en personlighetsforstyrrelse er og hvilke konsekvenser dette kan ha for barna, kan jeg ved bruk av konsultasjon som metode både videreføre deler av kunnskapen til pedagoger og samtidig bruke den som grunnlag for mine intervensjoner. For å få til konsultasjonen har jeg valgt en metodikk som ligger opp mot det Caplan ville hevdet: øke kompetansen hos rådsøker slik at denne føler seg kompetent og fornyet.

Å si at konsultasjon i barnehagen fører til en bedre psykisk helse for barnet frem mot å redusere risikoen for selv å utvikle psykisk sykdom i voksen alder, er for usikkert å mene noe om. Men det jeg kan gjøre en faglig vurdering av, er at pedagogens arbeid med barnet øker barnets livskvalitet og mestringsevne her og nå. For pedagogen har jeg gjort meg erfaringer på

at økt kunnskap hos denne har ført til økt tro på eget arbeid. På denne måten vil jeg si at konsultasjonen har en forebyggende effekt.

I den fagetiske vurderingen av arbeidet er det to momenter jeg ofte reflekterer over; får barnet den hjelpen det trenger, det vil si er det pedagogisk/psykologiske arbeidet i barnehagen nok til at barnet fortsetter sin normative utvikling? Jeg har flere måter å vurdere dette på; jeg drøfter saker anonymt med Barne-og ungdomspsykiatrien, og da kan jeg også ha med førskolelærer. Jeg foretar egne utredninger slik at jeg har et bedre grunnlag for å vurdere barnets kognitive og mentale funksjonsnivå. Jeg observerer barna selv i barnehagen og jeg snakker med foreldrene om mine observasjoner.

En annen fagetisk vurdering som stadig er fremme er taushetsplikten. Noen foreldre ønsker ikke at barnehagen skal vite at de har psykiske vansker. Noen foreldre har heller ikke selv innsikt i eller benekter at de har psykiske vansker. Andre igjen benekter at deres vansker kan få konsekvenser for barna. Jeg forteller selvfølgelig ikke om de faktiske forhold til barnehagen, men noen ganger blir de psykiske problemene så tydelige for personalet at vi i konsultasjonen samtaler om forelderens atferd som en del av forståelsen av barnets atferd.

I undervisningsarbeid med hele barnehagepersonalet i bydelen har jeg erfart at de som har mest utbytte av undervisningen er de som arbeider med disse problemstillingene her og nå. Dette er svært forståelig for meg som ser hvor fysisk, kognitivt og emosjonelt krevende arbeidsdagen er for personalet. Det har fått meg til å vurdere å opprette konsultasjonsgrupper på tvers av barnehagene hvor personalet arbeider med lignende problemstillinger.

I oppgaven har jeg vist hvordan samfunnspsykologen kan arbeide forebyggende i barnehagen i forhold til gruppen barn av psykisk syke foreldre. Ved å bruke konsultasjon som metode vil tiltakene rette seg mot det identifiserte barnet. I tillegg vil fag- og omsorgskompetansen hos

personalet økes ved at konsulentene har som oppgave at den som mottar konsultasjonen skal føle seg kompetent og fornyet av konsultasjonen. Effekten av konsultasjonen vil da få positive konsekvenser for alle barn i avdelingen. Personalet vil ha et økt bevissthetsnivå i forhold til alle barns psykiske helse, ved å fokusere på erfaringer som fremmer opplevelsen av mestring og emosjonell fleksibilitet hos hvert enkelt barn. For hvert enkelt barn og for barna som gruppe vil den psykiske helsen kunne bedres.

## Referanser

- Brøyne, J.O. (1999). Barn av psykiatriske pasienter. *Spesialpedagogikk*, 4, 20-27.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1970). *The theory and Practice of Mental Health Consultation*. N.Y. Basic Books.
- Fjeldstad, W. (red.). (1995). *Konsultasjon. Modeller og erfaringer*. Tano.
- Fryer, D. (1998). Community Psychology: "Practising what we (don't) teach? *Clinical Psychology Forum*, vol 12.
- Førland, W. (1995). Psykiske lidelser – omsorgsevnen hos voksne, konsekvenser for barna. *Fokus på barn* 21-29.
- Gjems, L. (1995). *Veiledning i profesjonsgrupper*. Universitetsforlaget.
- Gjærum, B., Grøholt, B., Sommerschild, H., (red.). (1998). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Tano Ashehoug.
- Grøholt, B., Sommerschild, H., Garløv, I., (2001). *Lærebok i barnepsykiatri*. Universitetsforlaget.
- Killen, K. (1994) *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Kommuneforlaget.
- Knorrung von, Anne Liis (1996). Depressioner hos barn och ungdomar. *Nord Med* 111:271-274.
- Lande, S.B., Lande, B. (2000). Barns utvikling av motstandskraft og sårbarhet. I L. Weiseth og O. S. Dalgard (red.), *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid* ( s. 81-97). Gyldendal.
- Smith L. & Ulvund S.E. (red.). (1999). *Spedbarnsalderen*. Universitetsforlaget

Svendsen, Eva. (1998). ...og korleis har borna det?. *Embla* nr.1 (fagartikkel)

Veileder i forståelse og behandling av stemningslidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* (2002). Vol. 39, 42-45.

Weisæth, L. & Dalgard, O.D. (red.) (2000). *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Gyldendal.

Werner E.E. og Smith R.S. (1982). *Vulnerable, but Invincible: A study of Resilient Children*. New York: McGraw-Hill Book Company.

