OSLOMET

Masteroppgave

Master i psykisk helsearbeid

Mai 2020

«Et reguleringsperspektiv på psykisk helsearbeid med barn som er pårørende av en forelder med psykisk lidelse»

Kandidatnavn: Astrid Bye
Emnekode: MAPSD5900

Antall studiepoeng: 30 stp

Fakultet for helsevitenskap

Sammendrag

Barn som pårørende av en forelder med psykisk lidelse er i risikogruppen for selv å utvikle psykiske vansker senere i livet. I denne teoretiske oppgaven tar jeg utgangspunkt i et konstruert kasus hvor psykisk helsearbeider møter Åsa og hennes familie til en familiesamtale. Åsa observeres å ha utfordringer med regulering av egen aktivering, og har ulike vansker knyttet til skolearbeid og konsentrasjon. Å møte barn som pårørende kan være utfordrende for psykisk helsearbeider som til daglig arbeider med voksne. Videre vil oppgaven belyse og drøfte vansker knyttet til kasus ut fra et teoretisk perspektiv. Det valgte sentrale perspektivet er et såkalt ”reguleringsperspektiv”, med begreper som reguleringsstøtte, toleransevindu og selvregulering som sentrale begrep.

Et reguleringsperspektiv kan ha betydning for hvordan man forstår og hjelper barn i en slik situasjon. For psykisk helsearbeider i møte med barnet som er pårørende vil det i dette perspektivet blant annet være viktig å vektlegge evne til egen refleksjon og øke evne til selvregulering. Bevisstgjøring av egen regulering av aktivering vil også stå sentralt. Samtidig vil samarbeid og veiledning av kollega kunne være hensiktsmessig om psykisk helsearbeider har behov for det. Når psykisk helsearbeider innehar kompetanse på barn som pårørende, samt ulike risikofaktorer, vil dette kunne skape forståelse for å hjelpe Åsa. Det utledes videre noen implikasjoner av reguleringsperspektivet for informasjon og åpenhet ovenfor barnet og familien. I oppgaven vil flere aspekter i familiesamtalen drøftes, samt at det blir drøftet hvordan bevisstgjøring kan fremme regulering hos psykisk helsearbeider. Det drøftes videre hvordan et perspektiv i så måte kan bidra til å øke barnets opplevelse av mening og sammenheng. Det påpekes imidlertid at det er viktig med en god differensialdiagnostisk vurdering som grunnlag for å jobbe ut fra et reguleringsperspektiv.

Nøkkelord: reguleringsstøtte, reguleringsperspektiv, toleransevinduet, reguleringssystem, selvregulering, barn som pårørende, psykisk helsearbeider

Abstract

Child as next of kin of a parent with mental health disorder has risks of developing mental challenges. This theoretical thesis is based on a constructed case. A Mental Health worker meets Åsa and her family in a family conversation. Åsa is observed to have various challenges with her regulation concerning her schoolwork and concentration. Mental health workers who, on a daily basis work with adults, may feel it challenging to meet Åsa as a child next of kin. Furthermore, the thesis will discuss and highlight difficulties related to the case from a theoretical perspective. This theoretical thesis based on a regulatory perspective includes central terms as regulation support, tolerance window and self-regulation.

A regulatory perspective will be discussed to have an impact on how the Mental Health worker can understand and further help Åsa in such a situation. I will further discuss the importance of the Mental Health worker to emphasise the ability to self-reflect and self-regulate. This awareness raising of regulation and activation will be meaningful. At the same time, the need of cooperation and guidance from a colleague may be appropriate for the Mental Health worker. The discussion involves the Mental Health worker having competence on the topic child as next of kin, and the different risks in order to develop an understanding to help Åsa. Furthermore, some implications are derived from the regulatory perspective for information and openness regarding the family. In the thesis, several aspects of the family conversation will be discussed. It is also discussed how a perspective in this way can help to enhance the child´s experience of meaning and resilience. However, it is pointed out that a good differential diagnostic assessment is important as a basis for working from a regulatory perspective.

Keywords: regulation support, regulatory perspective, the window of tolerance, regulatory system, self-regulation, child as next of kin, mental health worker

Forord

Det er nesten litt vemodig å tenke på at masteroppgaven nå er levert. Fire år på videreutdanning på deltid er snart over, og jeg sitter igjen med mange gode minner fra OsloMet. Å skrive masteroppgaven har vært utfordrende, spennende og lærerikt, men har også latt meg kjenne på både frustrasjon og mestringsfølelse. Det har vært spennende å møte mange veiledere og studenter med ulike erfaringer. Jeg ser tilbake på de siste årene med et smil.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Dag Øystein Nordanger. Takk for gode innspill, råd og støtte. Jeg setter umåtelig pris på din kompetanse, veiledning og erfaring. Dette har vært en lærerik og utfordrende prosess, og du har gitt meg stor motivasjon for å skape fremdrift i oppgaven.

Tusen takk til Bente, Camilla og May for gjennomlesing, korrektur og et kritisk blikk på oppgaven. Dere har vært til stor hjelp og støtte. Tusen takk til kollegaer, venner, familie og samboer for støttende ord og oppmuntring gjennom denne prosessen. Dere har gitt meg håp når jeg ikke helt hadde troen selv. Jeg er heldig som har dere.

Oslo, 15.05.20, Astrid Bye

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING 1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA. 5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING. 5
1.3 AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING. 6
1.4 OPPGAVENS HENSIKT OG RELEVANS FOR PSYKISK HELSEARBEID. 6
1.5 OPPGAVENS AVGRENSNING. 7
1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING. 8

2.0 METODE 9
2.1 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE. 9
2.2 BESKRIVELSE AV METODEN. 10
2.3 LITTERATURSØK. 10
2.4 STYRKER OG SVAKHETER. 11

3.0 TEORETISK TILNÆRMING 13
3.1 SELVREGULERING. 13
3.2 REGULERINGSSTØTTE OG REGULERINGSPERSPEKTIV. 14
3.3 TOLERANSEVINDUET. 15
3.4 HJERNEUTVIKLING FREMMES AV TRYGGE RELASJONER OG ERFARINGER. 16
3.5 Å BRUKE SEG SELV SOM REGULERENDE VERKTØY. 18
3.6 FAMILIEMODELLEN. 19

4.0 KONSTRUERT KASUS: ÅSA ER BARN SOM PÅRØRENDE 21

5.0 ET REGULERINGSPERSPEKTIV 23
5.1 HVORDAN FORSTÅ ÅSA I LYS AV ET REGULERINGSPERSPEKTIV? 23
5.1.1 Kartlegging av bakenforliggende årsaker 24
5.2 HVA TRENGER ÅSA I LYS AV ET REGULERINGSPERSPEKTIV? 25
5.2.1 Sansestimulerende erfaringer 27
5.2.2 Hjelp til å forstå egne reaksjoner 27
5.3 VIKTIGHETEN AV Å SELV VÆRE REGULERT. 28
5.3.1 Stress kan dysregulere 29
5.3.2 Frykt kan dysregulere 31
5.3.3 Kognitive selvinstruksjoner 31
5.4 HVORDAN SKAPE RELASJON TIL ÅSA I LYS AV ET REGULERINGSPERSPEKTIV? 33
5.4.1 Å være bevisst egen atferd 34
5.5 HVORDAN KAN INFORMASJON VÆRE REGULERENDE? 35
5.5.1 Informasjon for å kunne forstå og stille spørsmål 36
5.5.2 Familien trenger felles informasjon 37
5.5.3 Ved mangel på informasjon 38
5.6 FAMILIEMODELLEN SOM MØTESTED I LYS AV ET REGULERINGSPERSPEKTIV. 38
5.6.1 Foreldresamarbeid 39
5.6.2 Anerkjenne følelser 40
5.6.3 Kommunikasjonsevner og dialog med helsesykepleier 41
5.7 HVORDAN KAN KOMPETANSE HOS PSYKISK HELSEARBEIDER VÆRE REGULERENDE? 42
5.7.1 Kompetanse på seg selv 42
5.7.2 Reguleringsstøtte av kollega 43
5.7.3 Kjenne egne grenser 44
5.7.4 Faglig og etisk kompetanse 45

6.0 AVSLUTNING 46

1.0 INNLEDNING

Helsedirektoratet (2017) presiserer at dersom barn som er pårørende ikke blir ivaretatt, eller blir møtt med manglende innsikt og forståelse kan dette ha negativ innvirkning på barnets hverdag, sosiale liv, samt barnets utvikling. *Barn som pårørende* defineres som barn som er under 18 år og er barn av pasienten (Pasient- og brukerettighetsloven, 1999, § 1-3). Denne gruppen barn og unge har en økt sårbarhet for utvikling av lidelse (Bergem, 2018, s. 17). Det er økt risiko og belastning for barn som er pårørende. Belastningene kan utløse praktiske, sosiale og følelsesmessige utfordringer for barnet. Barn som vokser opp med en forelder med psykisk lidelse har høyere risiko for å utvikle egne emosjonelle, sosiale eller atferdsmessige problemer (Haugland, Trondsen, Gjesdahl, & Bugge, 2015, s. 13). Hele 410 000 barn i Norge lever med en eller to foreldre med psykisk lidelse og belasning av ulik grad. Dette er 37,3 prosent av alle barna i Norge og dette utgjør en stor risikogruppe med barn som opplever belastninger (Torvik & Rognmo, 2011). Denne gruppen barn trenger ivaretakelse og har nå et større fokus enn tidligere (Haugland, Bugge, Trondsen, Gjesdal, 2015, s. 15).

Det er høye politiske ambisjoner rundt forebygging av barn med psykisk syke foreldre. Samtidig er det flere utfordringer ved å hjelpe og støtte barn (Halsa & Aubert, 2016). Det er kjent at barn med foreldre som har opplevd psykiske utfordringer har en forhøyet risiko for å ha helsemessige utfordringer med tanke på både psykisk, fysisk, sosialt eller emosjonelle forhold (Helgeland, 2012, s. 185-187; Falkov, 2012, s. 23-24). De senere årene har det vokst fram et nytt perspektiv som gjerne omtales som et ”reguleringsperspektiv”, som også regnes å ha en anvendelse i arbeid med barn som pårørende (Nordanger & Braarud, 2017). Nordanger og Braarud har vært sentrale i arbeidet av å fremme dette perspektivet i Norge. Reguleringsbegrepet viser til den betydningen man i dag mener ”reguleringsstøtte” har for barns utvikling, dvs. at deres tilstander blir regulert av en omsorgsperson (Nordanger & Braarud, 2017, s. 23-24). Toleransevinduet er en sentral modell innen dette perspektivet, da den gir en visuell illustrasjon av hva slik regulering handler om og hva som er reguleringspersonens oppgave for å hjelpe barnet til å vie sin oppmerksomhet øke fokus og læring innenfor sin optimale aktivering. Dette fordrer blant annet at alle grunnleggende behov er tilfredsstilt (Nordanger & Braarud, 2017, s. 39-40). Et reguleringsperspektiv vil kunne bidra til bevisstgjøring og refleksjon om hvordan reparere eller bearbeide barns erfaringer,

eller kaste lys over hvordan man skal kunne kompensere for de erfaringene som har manglet i barnas liv (Nordanger & Braarud, 2017, s. 23-24). Dette fordi regulerende erfaringer antas å styrke og utvikle områder og nettverk i hjernen som hjelper oss å reguleres oss, områder som blant annet inkluderer frontallappene og hippokampus. Nordanger og Braarud (2017, s. 64-65) referer til disse regulerende områdene og nettverkene som «Reguleringssystemet». Det vil være av betydning for familien og barnet som pårørende når psykisk helsearbeider innehar flere perspektiver, samt utviser forståelse for deres sårbare livssituasjon (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238).

Dette fokuset på betydningen av reguleringsstøtte for barns utvikling vil jeg i det videre referere til som ”et reguleringsperspektiv». Dette har blitt et sentralt perspektiv for barn som opplever belastninger i oppveksten. Små barn er helt avhengige av å få hjelp til å regulere sine grunnleggende funksjoner og sine affekter. Dette kan være reguleringsstøtte gjennom å roe ned fra gråt, mette en sulten mage eller å for eksempel få barnet til å sovne. Som omsorgsperson for et barn er dette en av de viktigste oppgavene en har. Det er omsorgspersonene som skal være barnets reguleringssystem og hjelpe barnet når det er hyperaktivert eller hypoaktivert. Barn trenger beskyttelse for stimuli som er sterke og omsorgsperson har som oppgave å veilede og støtte barnet når reaksjoner og følelser oppstår (Nordanger Braarud, 2017, s. 64-65). Ved at omsorgspersonen griper inn når barnet opplever frykt eller frustrasjon, og får barnet trygt og rolig igjen, vil barnets reguleringssystem og strukturene styrkes. Med denne støtten og erfaringer utvikler barnet gode metoder for hvordan stress og ubehag reguleres ved senere anledninger (Haugland & Nordanger, 2015, s. 162-163).

I følge pasient-og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) skal loven bidra til at tillitsforhold fremmes mellom psykisk helsearbeider og pasient. Dette kan gjøres på flere ulike måter, og i denne oppgaven vil tillitsforhold skapes i en familiær kontekst gjennom barnet som pårørende. Jeg vil bidra til å kaste lys over barnets utfordringer og viktigheten av psykisk helsearbeider sin evne til selvregulering. Jeg vil se om et reguleringsperspektiv vil kunne ha nytteverdi i form av nye erfaringer hos barn som er pårørende i møte med psykisk helsearbeider. Psykisk helsearbeider møter barnet som er pårørende av sin forelder med psykisk lidelse gjennom en familiesamtale med verktøyet *Familiemodellen* av Falkov (2012).

Barn som pårørende er sårbare, og det er viktig å kunne se nytten av et resiliensperspektiv (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 11-13).

Det er flere eksempler på dette med barn som opplever belastninger, og belastningen kan være av ulik grad. Barn kan kjenne på et ansvar ovenfor den syke foresatte, og dette kan for mange oppleves som en belastende situasjon å være i (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3). For barnet som pårørende kan det også være utfordrende når barnet kjenner på emosjonell omsorg for sin forelder. I hovedsak er det barnet som trenger denne emosjonelle støtten i sin utvikling av regulering. Barn som pårørende kan oppleve å få mindre, eller ingen bekreftelse og støtte. Dette kan være vanskelig for barnet på flere måter. Denne mangelen på støtte og bekreftelse er gjenkjennbar uavhengig av landegrense. Barn med omsorgsroller når mor eller far har en psykisk lidelse, kan bli sårbare barn, og har også et behov for anerkjennelse (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3; Bath, 2015, s. 8). I følge Mazzucchuelli & Ralph (2019) kan foreldres atferd i mange tilfeller kunne assosieres med utviklingen av barnets evne til selvregulering. Denne utviklingen av barn som opplever belastninger har fått mer fokus etter at lovendringen i 2010 i Norge ble dannet. Lovendringen oppsto for å kunne se og følge opp denne gruppen med barn som pårørende i enda større grad (Helsepersonelloven, 1999, §10a). Fram til i dag er det mye forskning på barn som pårørende. Det er mye forskning som utføres på dette temaet og fagfeltet har behov for denne forskningen (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3). Ivaretaking av barn som pårørende er i forbedring, men det tar tid og er i bevegelse av en positiv retning (Haugland et al., 2015, s. 15). I følge Svalheim og Steffenak (2016, s. 3) ønsker ofte barnet selv forebyggende tiltak. Det anbefales å tilby familiene forebyggende familiefokuserte intervensjoner. Betydningen av familieperspektivet og samarbeid er essensielt i møte med mennesker med psykiske lidelser (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 15).

Falkov (2012, s. 23) beskriver at belastninger som lidelse i en familie vil påvirke en families helse og relasjoner. Foreldre med psykiske utfordringer kan kjenne på følelser som frykt, stigmatisering og diskriminering. Bekymringer for at lidelsen og de utfordringene som disse vanskene fører med seg, er arvelig betinget, kan komme til uttrykk og bli en belastning for foreldrene som igjen overføres til barnet. Dette kan føre til at barnets atferd kan endres og bli problematisk (Falkov, 2012, s. 40-42). Det er mange faktorer som spiller inn på barnets risiko. Genetisk disposisjon, biologi, familiefungering, tilknytning og samspill vil kunne ha innvirkning på barnets sosiale og emosjonelle utvikling. Det er ikke alle psykiske lidelser som

vil rokke med barnets risiko for psykiske lidelser. Graden av lidelsen har sammenheng med risikofaktorene (Helgeland, 2012, s. 185-187). Mange kan også ha økt risiko for utfordringer på skolen. Disse risikofaktorene vil kunne være tilstede uavhengig av alder og generasjon (Falkov, 2012, s. 23-24). Ved å være bevisst på viktigheten av motoverføringer av reguleringens betydning vil helsepersonell kunne ha muligheten til å skape grunnlag for forebygging og økt resiliens som motstandsdyktighet hos barnet (Falkov, 2012, s. 40-42). Den salutogene tilnærmingen kan brukes som et teoretisk grunnlag for det helsefremmende arbeidet (Antonovsky, 1996).

En viktig bakgrunn for reguleringsperspektivet er forskning på nevrobiologi innen traumefeltet og utviklingspsykologi. Nevrobiologi øker forståelsen av nevrale konsekvenser av traumatisk stress. Mens forskning innen utviklingspsykologien gir en forståelse av hvordan miljøet rundt oss påvirker hjernens utvikling (Nordanger & Braarud, 2017, s. 24). Psykisk helsearbeider som er bevisst miljøets påvirkning og påvirkningen av traumatisk stress vil i stor grad inneha forståelse for hvorfor bakgrunnen til barnets vansker og belastning. Kompetansen viser oss hvordan tidligere erfaringer påvirker individets evne til både håndtere og regulere stressbelastninger (Nordanger & Braarud, 2017, s. 24). Ifølge Bath (2015, s. 6-9) beskrives tre prinsipper som lar seg gjelde for psykisk helsearbeider i arbeide med barn med belastninger; trygghet, relasjoner og coping. Coping beskriver Bath (2015, s. 6-9) som på norsk forstås som en krysning av begrepene mestre, håndtere eller å takle. De vil også kunne skape utgangspunktet som bygger opp resiliens hos barnet som er pårørende av en forelder med psykisk lidelse (Bath, 2015, s. 6).

Barn som pårørende av en forelder med psykiske vansker har økt sjans for konfliktsamspill, svekket foreldrefungering og omsorgssvikt. Samtidig er det mange barn som klarer seg bra. Dette kalles resiliens eller motstandsdyktighet. Resiliens avhenger av flere ulike faktorer innad i familien, hos barnet selv, i ens nettverk og samfunnet generelt (Falkov, 2012). Foreldres lidelse vil i ulik grad kunne påvirke foreldrerollen og barns oppvekstmiljø. En diagnose vil i seg selv ikke kunne si noe om ens evne til familiesamspill, omsorgskapasitet eller foreldrefungering (Haugland et al., 2015, s. 13). Disse stressbelastningene oppleves og håndteres ulikt for barn som pårørende. Opplevelse av mening og sammenheng er en faktor som kan være med å avgjøre hvordan barnet forstår og bearbeider hendelsene. Begripelighet står som kjernen i definisjonen, og det omfatter hvordan en som individ opplever en hendelse

som kan være inngripende av ulik grad. Begripelighet har sammenheng med hvordan individet selv opplever hva som er kognitivt forståelig, og strukturert i en sammenheng som tydelig informasjon. Ved lav begripelighet vil individet selv tolke stimuli som støy, eller som noe kaotisk, uorganisert, tilfeldig eller uforståelig. En person med høy begripelighet vil kunne plassere slike hendelser i en forståelig sammenheng (Antonovsky, 2012, s. 39-40).

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Etter å ha studert psykisk helsearbeid på deltid over flere år og samtidig jobbet innen samme fagfelt er det mange refleksjoner og emner som skaper engasjement hos meg. En av disse er forebygging av psykiske lidelser, betydning av regulering, salutogenese, utvikling– og resiliens og hva psykisk helsearbeider kan bidra med i møte med den andre, både med tanke på kompetanse og selvregulering. Det er mange fenomener og begreper som griper meg. Når jeg i arbeidslivet har sett hvordan en psykisk lidelse utvikler seg og hvordan enkeltmennesket ser ut til å lide, vil jeg bidra til å styrke de unge som vokser opp i dag.

Jeg vil være med på å ha muligheten til å utgjøre en forskjell, være en trygg og tillitsfull samtalepartner, og bidra til at tankemønster, utvikling og verdighet fremmes i en salutogen retning der utviklingen av toleransevinduet forekommer. Derfor har jeg i denne oppgaven valgt å ta for meg barn som pårørende av en foreldre med psykisk lidelse og hvilke utfordringer dette kan føre med seg for barnet i denne situasjonen.
For en tid tilbake ble jeg introdusert denne modellen kalt ”Familiemodellen” av Falkov (2012), gjennom et emne på OsloMet. Denne modellen brukes innen familie-fokusert praksis, og har som mål å skape åpenhet innad i familien og ivaretagelse av alle familiemedlemmene. Det er i denne konteksten jeg møter barnet som pårørende. Ved å benytte denne modellen i en helsefremmende kontekst i sammenheng med andre verktøy, gis det mulighet for å kunne forstå samspillet mellom individet og miljøet over tid. Familiemodellen vil kunne fremme en ytterligere forståelse av hvordan en familie og i denne sammenheng, barnet, påvirkes ved alle aspekter (Falkov, 2012, s. 75-87). Med dette som bakgrunn vil jeg rette fokuset mot hva psykisk helsearbeiders rolle innebærer og videre drøfte dette med utgangspunkt i kasus.

1.2 Presentasjon av problemstilling.

Hvilke implikasjoner kan et reguleringsperspektiv ha for psykisk helsearbeider sin rolle og tilnærming ovenfor barn som er pårørende av en forelder med psykisk lidelse?

1.3 Avgrensing av problemstilling.

For å avgrense problemstillingen har jeg valgt å konstruere et kasus. Et kasus skaper en inngående beskrivelse av konteksten (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011, s. 230). Et reguleringsperspektiv skaper forståelse for barn som opplever belastninger, og i den anledning har jeg laget et kasus som vil spisses spesifikt mot gitte utfordringer for barnet som pårørende. Utfordringer ved ulike aspekter rundt familiesamtalen skaper engasjement og diskusjon hos meg som psykisk helsearbeider. Det er flere refleksjoner det er verdt å ta med seg i møte med Åsa som er barn som pårørende. For meg vil det derfor være naturlig å diskutere problemstillinger som kan påvirke psykisk helsearbeider sin rolle, samtidig som et reguleringsperspektiv skaper implikasjoner for psykisk helsearbeider sin rolle. Det fiktive kasus, som blir fyldigere presentert senere, handler om Åsa som er 11 år. Lærerne på skolen forteller at hun fremstår sint og er mer ukonsentrert enn tidligere. Mor er innlagt for behandling innen psykisk helsevern. Teamet planlegger en familiesamtale slik at Åsa, mor og far kan få mulighet til å skape forståelse og åpenhet innad i familien. Hele kasus presenteres i kapittel 6.

1.4 Oppgavens hensikt og relevans for psykisk helsearbeid.

Hensikten med oppgaven er å drøfte hvordan et reguleringsperspektiv har innvirkning på barn som pårørende av foreldre med psykisk lidelse og hvilke implikasjoner dette gir for psykisk helsearbeider. Selvregulering vil kunne by på utfordringer hos psykisk helsearbeider i det psykiske helsearbeidet. Refleksjoner og bevisstgjøring rundt egen regulering vil være et relevant bidrag til fagfeltet rundt barn som pårørende (Bergem, 2018, s. 232). Bevisstgjøring av effekten av å regulere seg selv og videre inneha kompetanse på at affektene kan overføres jeg vil videre være styrkende i møte med barn som pårørende. Egen evne til refleksjon og vissheten om at det er naturlig å bli hyperaktivert vil være et verktøy å ha med seg i arbeidet som psykisk helsearbeider (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56-57). I oppgaven står dette sentralt i arbeidet med mennesker, og i et reguleringsperspektiv vil dette også kunne bidra til effekt hos barnet som pårørende. Videre vil jeg se på hvordan helsearbeider vil reflektere over egen tilnærming, samtidig som bevisstgjøring av toleransevinduet vil kunne benyttes for å styrke psykisk helse hos barnet som er pårørende. Rammene og konteksten er at psykisk helsearbeider møter barnet som pårørende i en familiær kontekst, gjennom familiemodellen. Dette vil resultere i at jeg vil ta med meg min forforståelse, kompetanse og refleksjon fra oppgaven, videre ut i arbeidet som psykisk helsearbeider. Relasjonskompetanse og etiske

utfordringer samt utvikling av disse vil gjennom denne oppgaven stå sentralt. Dette håper jeg kan bidra til økt forståelse og at jeg er enda bedre rustet i møte med barn med ulike opplevelser i nær familie. Jeg vil videre øke min kompetanse for å kunne bidra til å fremme barns psykiske helse.

1.5 Oppgavens avgrensning.

Oppgaven vil ikke omhandle en spesifikk diagnose, men vil omfatte utfordringer hos barnet som pårørende. Foreldres lidelse og situasjon vil kun diskuteres i den grad det vil ha betydning for barnet. For meg er psykisk helsearbeid et vidt begrep og i denne sammenheng vil ikke foresattes bestemte diagnose ha innvirkning på hvordan jeg som psykisk helsearbeider møter barnet i den sårbare situasjonen som pårørende. For å skape variasjon i språket vil jeg kunne bruke ulike benevnelser for psykisk lidelse; som psykisk utfordring, vansker eller psykisk lidelse. Reguleringsperspektivet vil sette rammene for utfordringer hos barnet som pårørende og innvirkning hos psykisk helsearbeiders arbeid. Dette er hovedområdet i oppgaven og videre i drøftingsarbeidet.

I avdelingen pasienten er innlagt benyttes familiemodellen aktivt som et verktøy i samtale med familien. Familiemodellen vil kun være møtestedet der helsearbeider møter barnet. Jeg vil orientere kort om familiemodellen, forklare viktige holdepunkter, og hva dette kan bidra til. Dette for å kunne avgrense og holde fokus på et reguleringsperspektiv, og tilnærmingen i samtale med barnet som pårørende, også når foreldre er tilstede. I oppgaven har foreldre gitt samtykke til å ivareta det mindreårige barnets behov for informasjon, nødvendig oppfølging og veiledning som samsvarer med barnets forutsetninger (Helsepersonelloven, 1999, §10a).

Oppgaven vil inneholde en salutogen tankegang der Opplevelse Av Sammenheng (OAS) vil være et langsiktig mål i arbeidet med bevisstgjøring av reguleringen. OAS innebærer begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 38-39). OAS som salutogent begrep har sammenheng med resiliens som motstandsdyktighet. I denne oppgaven fordrer refleksjon rundt bevisstgjøring av regulering som vil kunne bidra til motstandsdyktighet hos barn som pårørende som frykter egne psykiske vansker. Helsefremming er for meg et viktig og aktuelt tema som jeg ønsker å ta med meg og praktisere ytterligere. For å kunne avgrense oppgaven, vil jeg presisere at en av barnets foreldre er innlagt innen spesialisthelsetjenesten, der det også vil være barneansvarlig

helsepersonell (Spesialisthelsetjenesteloven §3-7a). Den andre forelden vil i denne oppgaven ha fravær av psykisk lidelse.

1.6 Oppgavens oppbygging.

Innledningsvis introduseres tankene bak temaet, sentrale begreper, behov for avgrensninger, hensikten og rammene for oppgaven. Metodekapittelet presenterer metoden jeg benyttet og faglitteratur, forskningsartikler, søk og faglige vurderinger for valg av forskningsartiklene for arbeidet, samt kildekritikk på både artikler, bøker og annen litteratur jeg anser som relevant. Teoridelen presenterer litteraturen av reguleringsperspektivet og viktige etiske og faglige holdepunkter innen psykisk helsearbeid og betydningen av dette. Teorien inneholder litteratur som videre vil kaste lys over problemstillingen og det aktuelle temaet. Den teoretiske tilnærmingen drøftes videre opp mot med erfaringer fra psykisk helsearbeid supplert empiri. Drøftingskapitlet åpner med å beskrive barnet som pårørende sine utfordringer og hva dette har å si for videre samtale og arbeid i lys av et reguleringsperspektiv. Drøftingen vil videre blant annet inneholde drøfting av flere etiske og relasjonelle utfordringer i møte med barn som pårørende. Jeg vil deretter drøfte utfordringer som kan oppstå for psykisk helsearbeiders situasjon, forståelse og rolle. Avslutningsvis legger jeg frem en konklusjon hvor oppsummering av drøftingen kort vil besvare selve problemstillingen.

2.0 METODE

I følge Malterud (2017, s. 36-40) representerer en metode beskrivelsen av fremgangsmåter for å kunne fortolke utfordringer gjennom kunnskapsutvikling. Ordet *metode* betyr *veien til målet.* Dette skaper en forventning om å kunne definere hva målet er (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 140). Metoder vil kunne omfatte et stort spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstmateriale for å finne, skape og drøfte innhold til oppgaven (Malterud, 2017, s. 36-40. Denne teoretiske oppgaven vil presenteres i en struktur inspirert av IMRAD-modellen. I norsk sammenheng er først og fremst psykologene Dag Ø. Nordanger og Hanne C. Braarud som har lansert det jeg i denne oppgaven refererer til som et reguleringsperspektiv. I boken *Utviklingstraumer* (Nordanger og Braarud, 2017) setter de sammen kunnskap fra nevrobiologi, utviklingspsykologi og traumepsykologi på en måte som de kaller en «ny traumepsykologi», hvor nettopp reguleringsperspektivet står sentral i dette «nye». Boken blir derfor naturlig nok en særlig viktig kilde i denne masteroppgaven. Jeg ble introdusert for perspektivet gjennom videreutdanningen på OsloMet. Jeg supplerer det teoretiske også med andre sentrale aktører på feltet, deriblant Harold Bath (2015) og Susan Hart (2017). Utover dette har jeg utforsket aktuelle databaser etter relevant litteratur, slik det fremgår nedenfor.

2.1 Bakgrunn for valg av metode.

Oppgaven er en teoretisk oppgave. I tillegg inneholder oppgaven empiri som vil belyse problemstillingen med supplerende og støttende empiri for drøfting av teorien. Oppgaven er i så måte inspirert av litteraturstudie. Med dette som bakgrunn har jeg valgt å ha med kapitlet om metode for at søkene og bakgrunn for søkene skal tydeliggjøres. Jeg har valgt å søke etter aktuell forskning som vil kunne kaste lys over et reguleringsperspektiv av kasus. Oppgaven inneholder forskning som allerede er skrevet og dokumentert (Jesson, Matheson & Lacey, 2011, s. 9). Jeg vil med det blant annet anvende allerede gjennomført kvalitativ og kvantitativ forskning for å belyse problemstillingen. Jeg har vært gjennom flere prosesser etter empirisk data for å utforske ulike databaser. Oppgaven består av relevant faglitteratur, pensumlitteratur fagartikler og forskning som jeg vil bearbeide, fortolke og drøfte videre i denne oppgaven. Med utgangspunkt i det temaet jeg har valgt, ville det vært utfordrende å gjøre et forskningsarbeid, sett på flere etiske aspekter. Det å observere samtale med barn involverer flere etiske aspekter, samtidig som kan det være utfordrende at foreldre godtar slike

undersøkelser eller eventuelle intervjuer. Samtidig kan det også oppstå etiske dilemmaer i et intervju av fagpersoner hvor jeg stiller kritiske spørsmål. Jeg kunne endret problemstilling og oppgave og formet det til en kvalitativ eller kvantitativ oppgave. Gjennom et konstruert kasus ønsket jeg å undersøke flere aspekter av et reguleringsperspektiv og implikasjoner for psykisk helsearbeiders rolle. Jeg valgte derfor å holde meg til problemstillingen da temaet engasjerer meg, og teorien skaper mening i de faglige og etiske situasjonene jeg selv har erfart. I pensum har vi begrepene reguleringsstøtte, toleransevindu og selvregulering som jeg ønsket å utforske nærmere. Utgangspunktet i den aktuelle teorien og det nye perspektivet om regulering, er bakgrunnen for valget om å skrive en teoretisk oppgave.

2.2 Beskrivelse av metoden.

Det teoretiske perspektivet drøftes også med nyere aktuell forskning og egne erfaringer i møte med barn som pårørende. Både faglitteratur og selvvalgt pensum, samt forskningsartikler er benyttet for å kunne belyse oppgaven og besvare på problemstillingen. I lys av min sykepleiefaglige utdannelse og yrkesetikk, vil oppgaven naturligvis bære preg av mitt faglige ståsted og forforståelse. Jeg vil ikke beskrive direkte pasientcase eller direkte samtaler. Kasus er konstruert. Dette for å ivareta den enkeltes personvern og taushetsplikten.

2.3 Litteratursøk.

Problemstillingen jeg har valgt søker etter forståelse og bevisstgjøring. Med dette som bakgrunn har jeg valgt forskning som både omhandler barn som pårørende med en forelder med psykisk lidelse, men også hvordan psykisk helsearbeider kan utvikle sine evner i dette arbeidet. Dette valgte jeg for å inneha et bredere perspektiv og videre fange opp mangfold og nyanser. For at forskningen ville være aktuell for oppgaven, hadde jeg satt meg flere inklusjonskriterier før jeg søkte i de ulike databasene. Kriteriene for litteratursøk presenteres punktvis:

- Artikler under 10 år, helst nyere
- Fagfellevurdert
- Skriftspråk engelsk, norsk, dansk eller svensk

I litteratursøket viser jeg hvordan jeg har funnet fram til empiri som vil kunne belyse problemstillingen ytterligere (Dalland, 2012, s. 68). I søkeprosessen utforsket jeg hvilke søkeord som ville gi aktuelle svar i søkemotorene. For å komme fram til valgte artikler

utviklet flere søk til å bli komplekse. Dette både i form av sammensetninger med ord, ved å huke av for ”explore” og finne nøkkelord for søkene. Dette kom av at jeg ble inspirert av metoden litteraturstudie (Jesson, et al., 2011, s. 26).

Jeg har benyttet meg av søkemotorene medline, oria, cinahl, psychinfo og eric og google schoolar. Jeg har brukt både engelske og norske søkeord som omhandler temaet: *child of impaired parents, health personnel, attitude of health personnel, self-control, children of parents with mental health issues, the family model, young people, psychology, falkov, family focused practice, profession, children, mental health.*
resiliens, barn og *psykisk syke foreldre, barn som pårørende*, *foreldre med psykisk lidelse, barneansvarliges rolle og helsepersonell.*

2.4 Styrker og svakheter.

"Kildekritikk er metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann" (Dalland, 2012, s.67). I hovedsak har jeg benyttet primærkilder i søket etter aktuell litteratur (Dalland, 2012, s. 86). Det har likevel hendt at jeg benyttet sekundærkilder, som ved bruk av Bøe og Thomassen (2007) ved etisk forståelse fra teoretikerne Levinas og Løgstrup. Sekundærkilder har jeg til tross for dette forsøkt å begrense. Ved å bruke sekundærkilder kan det oppstå feiltolkninger eller unøyaktighet i referansene. Disse utfordringene kan oppstå når andre forfattere sin tolkning av litteraturen kan videreføres (Dalland, 2012, s. 86).

Bakgrunnen for valg av forskning er for at jeg skal kunne hente ut erfaringsbasert informasjon, både fra innenfra- og utenfraperspektivet. Valgte artikler mener jeg kan bidra til å skape dybde, skildre opplevelser og sammenhenger. Jeg er ute etter både hermeneutikken som foreligger ved kvalitativ forskning, samt data som forekommer ved kvantitativ forskning. Ved å ikke utelukke verken kvalitativ eller kvantitativ forskning mener jeg at jeg kan få en ytterligere dybde og forståelse i drøfting og forståelse av problemstillingen.

Styrker med metoden er at jeg skriver ut i fra et konstruert kasus som henter opp tråder som har sammenheng med teori, empiri og situasjoner fra praksis. Det tydeliggjør også hvorfor denne gruppen med barn som pårørende er viktig, men også bakgrunnen for at barn som pårørende trenger mer forebyggende kompetanse hos psykisk helsearbeider. Jeg finner det

som en styrke å ha deler av empiri og pensum med nyere årstall. På denne måten ser jeg på denne teoretiske oppgaven som aktuell for videre arbeid med barn som pårørende.
Det kan være en svakhet at i en teoretisk oppgave kan mye bli styrt av egne interesser og engasjement. Denne risikoen har jeg arbeidet med for å være bevisst i løpet av prosessen av denne oppgaven. Engasjement vil på flere måter være positivt, men det kan forekomme utfordringer hvis oppgaven totalt styres av det. Med denne bevisstgjøringen har jeg rettet meg mot aktuell teori og forskning som understøtter bakgrunnen til engasjementet. For meg personlig har det gjort utslag i form av å ha skapt et enda større personlig engasjement for temaet.

3.0 TEORETISK TILNÆRMING

3.1 Selvregulering.

Selvregulering forklarer ens evne til å styre eller å kunne kontrollere sine følelser og andre tilstander. Små barn har ikke evnen til å regulere seg selv, og de er helt avhengige av å få hjelp til å regulere sine funksjoner og sine følelser. Som omsorgsperson for et barn er dette en av de viktigste oppgavene en har, og denne støtten til å regulere, kalles reguleringsstøtte. Barn trenger beskyttelse fra stimuli som er sterke og omsorgspersonen har som oppgave å veilede og støtte barnet når reaksjoner og følelser oppstår (Haugland & Nordanger, 2015, s. 162-163).

Nordanger og Braarud (2017, s. 40) skriver at det er omsorgspersonene sin oppgave å bidra til å være barnets reguleringssystem. Når omsorgspersonen griper inn dersom barnet opplever frykt eller frustrasjon, og evner å få barnet trygt og føle seg rolig igjen, vil disse strukturene i reguleringssystemet kunne styrkes. Barnet utvikler med dette gode metoder og erfaringer for hvordan stress og ubehag vil kunne reguleres. Dette fordrer evnen til selvregulering (Haugland & Nordanger, 2015, s. 162-163).

Å ha evne til selvregulering handler om selvkontroll og det å kunne overstyre seg selv. For psykisk helsearbeider vil det være nyttig å være bevisst dette for ens egen del, og for de en møter på i løpet av arbeidsdagen. Selvregulering handler videre om å ta styring over egne tanker, følelser og atferd (Kraft, 2014, s. 12-13). Prefrontal korteks er en del av frontallappene i hjernen, og denne delen er av avgjørende betydning for følelsesmessig stabilitet. Prefrontal korteks bidrar til at tankene kan forandre følelsene, og gir mennesket evnen til selvrefleksjon (Hart, 2017, s. 65-66). Samtidig er det vanlig at mennesker daglig kjenner på stress eller hyperaktivering. Stress kan kjennes som både positivt og negativt. Positivt stress kan oppstå dersom en person er involvert i mye som gir en glede eller for eksempel har mye å gjøre i en jobb en selv liker. Negativt stress kan oppstå dersom en er for sen til en avtale eller at man gruer seg til noe nytt som skal skje (Kraft, 2014, s. 18). Denne stressresponsen er en nyttig menneskelig respons. Ved stress forbereder kroppen seg på å kjempe eller flykte, og dette kommer som følge av økt aktivering av det sympatiske nervesystemet og deretter øker utskillingen av stresshormon i blodet. Dette kan blant annet resultere i muskelspenninger,

tyngre pust og psykisk mer årvåkenhet for å følge med på det som skjer rundt en (Kraft, 2014, s. 18).

3.2 Reguleringsstøtte og reguleringsperspektiv.

Nyfødte barn trenger reguleringsstøtte for å kunne opprettholde en optimal reguleringstilstand. Eksempelvis roe ned fra gråt, rytme for søvn/våken tilstand, sult/metthet og kroppstemperatur. Den refleksive fungeringen, eller kapasiteten omsorgspersoner har til å forstå, organisere og ta imot og stå i barnets tilstander og opplevelser, lager mening for barnet og på denne måten aksepteres organiseringen av barnets indre liv. God regulering de første ukene kan bidra til at barnet har et tydelig skille på dag og natt. Når barnet er i sonen for optimal aktivering vil det bety at barnet er i sitt toleransevindu. Ved å dekke barnets grunnleggende behov vil også det sosiale potensialet utforskes. Det nyfødte barnet vil nå kunne rette oppmerksomheten mot andre mennesker (Nordanger & Braarud, 2017, s. 39-40).

Reguleringsstøtte er en viktig stimulering for hjernen. Det er på denne måten hjernens nettverk utvikler seg og dermed styrkes. Nettverkene som ikke stimuleres vil være understimulert (Nordanger & Braarud, 2017, s.52). Sosial, emosjonell, motorisk og fysiologisk stimulering vil være viktig stimulering. God reguleringsstøtte gjennom denne stimuleringen vil kunne skape motivasjon for sosialt samspill og evner til læring (Nordanger & Braarud, 2017, s.53-54). Når barnets hjerne blir stimulert av nevnte punker over, kan dette også bidra til å skape regulerende erfaringer. Barns utvikling er avhengig av regulerende erfaringer fra sine omsorgspersoner eller profesjonelle som barn har regelmessig kontakt med. Det er viktig å møte barnet ut fra en felles forståelse. Når voksne eller profesjonelle skal være gode regulatorer vil evnen å kalibrere seg ha betydning. Gjennom denne kalibreringen kan den voksne eller den profesjonelle klare å la være å gjøre uvaner som dysregulerer barn. Dette grunnet normale menneskelige tendenser eller antakelser som ligger grunnleggende i ens kultur og faglige bakgrunn (Nordanger & Braarud, 2017, s. 142-144).

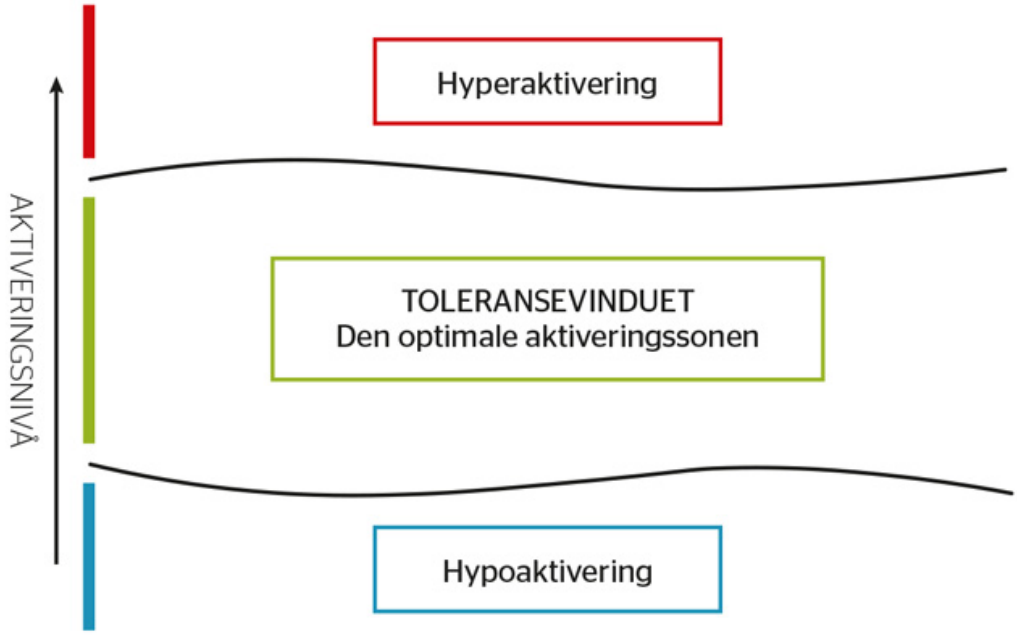
Et viktig begrep for å kunne forstå den regulerende omsorgen, er emosjonell investering. Nordanger & Braarud (2017, s.41-42) formidler at emosjonell investering innebærer beskyttelse, kjærlighet og trygghet. Emosjonell investering handler om i hvilken grad omsorgsgiver uttrykker positive følelser ovenfor barnet, glede, begeistring og respekt for barnets individualitet og behov, samt tydelig glede av foreldrerollen for det enkelte barn.

Relasjonen kan beskrives som en gjensidig forelskelse. Ved normale omstendigheter vil omsorgsatferden komme intuitivt og naturlig når man blir forelder. Sensitiv og responderende atferd vil kunne avhenge av den gode refleksive fungeringen. Dette avhenger av at foreldre eller omsorgspersonen oppfatter at barnet trenger reguleringsstøtte. Komplekst samspill mellom egen indre tilstand og atferd inklusive barnets indre tilstand og atferd, og det å forstå at mentale tilstander kan være tvetydige og endres med tiden (Nordanger & Braarud, 2017, s. 41-42). I et utviklingspsykologisk perspektiv vil erfaringer av at samspillet kan repareres sammen med en regulerende omsorgsperson, kunne gi opplevelse av mestring (Nordanger & Braarud, 2017, s. 43-44). Barnets tidlige omsorgspersoner er med på å skape et personlighetsfundament. Dette bidrar til at barnet senere vil være i stand til å inngå i mange andre mellommenneskelige relasjoner (Hart, 2017, s. 18).

3.3 Toleransevinduet.

Toleransevinduet er en visuell illustrasjon av hva regulering og reguleringsstøtte handler om. Aktiveringsnivå som hyperaktivering og hypoaktivering kan skape reaksjoner hos barnet, og aktiveringen er enten for høy eller for lav. Hos eldre barn kan reaksjoner på hyperaktiveringen komme til uttrykk gjennom uro, aggresjon, utagering og kaosfølelse. Ved hypoaktivering kan reaksjoner som fjernhet, tomhet og nedstemthet fremkomme hos barnet. Når barnet er midt imellom disse to, altså i toleransevinduet, er aktiveringen optimal og barnet kan være oppmerksomt tilstede. Reguleringssystemet kan for barnet være underutviklet, da blir det vanskelig for barnet å komme seg tilbake til toleransevinduet (Nordanger & Braarud, 2017, s. 64-65).

God omsorg handler om å bistå barnet tilbake i toleransevinduet når barnet er utenfor den optimale sonen. Når nevrobiologiske skjevutvikling har oppstått hos utviklingstraumatiserte barn vil deres toleransevindu være smalt. Når det nevrale reguleringssystemet er underutviklet vil alarmreaksjoner kunne oppstå ved ulike situasjoner (Nordanger & Braarud, 2017, s.84-85).



Figur 1 Illustrasjon av hvordan toleransevinduet forstås i sammenheng med hyperaktivering og hypoaktivering. (Hentet fra "Utviklingstraumer," av Nordanger & Braarud, 2017, s. 38. Copyright © 2017 Vigmostad & Bjørke AS. Gjengitt med tillatelse.

3.4 Hjerneutvikling fremmes av trygge relasjoner og erfaringer.

Reguleringsstøtten fra omsorgspersonen har stor betydning for hjernens utvikling (Hart, 2017, s. 19). Når barnet får reguleringsstøtte vil hjernen få muligheter til å utvikle seg og sitt reaksjonsmønster slik den er tillært (Nordanger & Braarud, 2017, s. 54-55). Nære relasjoner vil ha stor innflytelse på hjernens utvikling i barndommen (Hart, 2017, s. 19; Bath, 2012, s. 8). Manglende tilknytning til omsorgsperson kan resultere i alvorlige og permanente personlighetsmessige skader. Tilknytningen mellom omsorgsperson og spedbarn kan hjelpe barnet til å føle seg trygt (Hart, 2017, s. 121-122).

Et opplevd traume vil påvirke hjernestammens utvikling (Bath, 2015, s. 9). Hjernestammen kalles for overlevelseshjernen og denne delen styrer helt grunnleggende funksjoner. Det limbiske system kalles for emosjonshjernen og som ordet sier, styrer denne delen av hjernen grunnleggende følelser som for eksempel frykt, sinne og lyst. Denne delen av hjernen styrer også tilknytningsatferden (Hart, 2017, s. 53-57). Neokorteks kalles for logikkhjernen og her ligger områdene for språk, bevissthet, vår evne til å resonnere og viljestyrte motoriske handlinger. Den fremre delen av korteks, det ytre laget av hjernen, er ikke ferdig utviklet før etter tyveårene (Nordanger & Braarud, 2017, s. 54-55).

Hjernen vår har evnen til å forandre seg og formes gjennom erfaringer. Utover dette blir hjernen mindre fleksibel med årene. De dypeste delene av hjernen er mindre formelig. Dette kan ha betydning for hvilken bistand og hjelp barn med ulike erfaringer kan nyttiggjøre seg (Nordanger & Braarud, 2017, s. 55-57). Optimal utvikling av funksjoner av korteks har som forutsetning av hjernestamme og limbiske funksjoner også er godt utviklet. Utviklingen skjer nedenfra og oppover og primært vil utviklingen videre skje fra høyre mot venstre. Korteks bidrar til å regulere aktiviteten i lavere del av hjernen. Dette fører til at tanker eller fortolkninger i en situasjon også kan påvirke vårt følelsesliv. Dersom vi er stresset styres vi fra hjernestammen, av affekt og overlevelsesinstinkter. I slike situasjoner kan vi ha mindre evne til å bruke korteks, og det blir vanskeligere å benytte tankekraften, med forhøyet aktiveringsnivå. Dette skaper forståelse for hvordan barns erfaringer har forstyrret utviklingen nedenfra og opp, og dermed et mindre funksjonelt grunnlag for regulering av affekt og andre tilstander (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56-57; Hart, 2017, s. 61-65).

Når hjernens alarmsentral oppdager og kjenner igjen truende opplevelser er amygdala raskt ute med å sende signaler til hypothalamus, deretter ut til hjernestammen og binyremargen og videre ut i kroppen. Adrenalinet forbereder kroppen til å stå imot det kroppen opplevde som truende (Nordanger & Braarud, 2017, s. 58-61). Om trusselen varer vil det sendes signal til binyrebarken om å skille ut stresshormonet kortisol. Slik opprettholdes stressaktiveringen mot trusselen over tid (Hart, 2017, s. 56). Den økte stressaktiveringen med økt kortisol vil øke blodsukkeret for å kunne gi mer næring til reaksjonsevnen og den økte aktiveringen. Når barn eller psykisk helsearbeider kjenner seg stresset vil dette kunne gi negative konsekvenser for ens evne til å regulere affekt (Nordanger & Braarud, 2017, s. 58-61). Disse delene av hjernen samarbeider for å skape denne evnen til enten forsvare oss eller flykte (Hart, 2017, s. 56-57). Det at dette skjer så raskt er for at vi skal overleve. Måtte vi tenke gjennom disse reaksjonene kunne det blitt for sen reaksjon. Alarmsystemet vårt fungerer som et reguleringssystem som har potensial til å både regulere og modulere alarmsituasjoner (Nordanger & Braarud, 2017, s. 58-61). Når et barn føler seg utrygt i relasjon til andre over tid, kan dette oppleves som et relasjonelt traume. Dette kan føre til at den naturlige hjerneutviklingen forstyrres. Det kan oppstå forandringer i hjernen som kan føre til at barnet fremtrer med en upassende atferd (Bath, 2015, s. 6).

3.5 Å bruke seg selv som regulerende verktøy.

Det største potensialet for å skape endring fordrer vår evne til å stå imot uvaner eller ukultur en selv har tillært seg. For å være en god regulator trenger den voksne å sette på et filter som skiller på ting vi burde og ikke burde i nærheten av barn. Samtidig ligger våre menneskelige tendenser i kultur eller ukultur. Dette er vaner eller uvaner som gjerne ikke bevisst (Nordanger & Braarud, 2017, s. 143). Dersom voksne bevisstgjør eller kalibrerer oss kan vi bidra til å unngå praksis som dysregulerer, men heller regulere barn i ønsket retning. Hjerneområdene hvor barns reguleringsvansker ligger, antas å respondere på annen form for stimulering enn språklig. Et reguleringsperspektiv vil kunne se gjennom væremåten og sette fokus i retning av det aktuelle problemet. Dette er krevende arbeid som fordrer ytterste spisskompetanse. Det innebefatter individets toleranse mot krefter i en selv og der betvinge de naturlige responser (Nordanger & Braarud, 2017, s. 143).

Regulerende omsorg foregår også utenfor terapirommet, og den terapeutiske intervensjon starter i det første møtet. Intervensjonen og kommunikasjonen vil bestå av mer enn ”kun” språket. Barnet trenger å bli møtt med kompetanse rundt dette (Nordanger & Braarud, 2017, s. 150-153). Barnet trenger voksne for å få speilet sine følelser. Denne speilingen har betydning for barnets psykologiske utvikling, der barnet blir kjent med egne følelser og lærer om seg selv. Speiling mellom foreldre og barnet bidrar til at barnet føler seg trygt (Bergem, 2018, s. 43-44). Følelser kan speiles indirekte. Dersom helsearbeider ikke er klar over dette vil sjansene for at møtet ikke går som det skal være større. Høyt stressnivå vil kunne redusere tilgangen til reguleringskapasiteten vår (Nordanger & Braarud, 2017, s. 150-153). Samregulering fordrer den voksne til å ta ansvar og regulere barnets følelser. Følelsene våre kan påvirkes gjennom vår egen tankekraft. Dette skjer i frontallappen, hvor tankene kan påvirke affektene hos voksne. Gjennom reguleringsstøtte kan en nær relasjon hjelpe barn med å bygge dette over tid. Hver gang barnet erfarer å få reguleringsstøtte, hjelper den voksne barnet med å regulere sine følelser. De voksne kan gjøre dette på en god måte når de føler seg trygge, men det kan oppstå vanskeligheter dersom den voksne føler seg truet eller stresset. I slike situasjoner kan det være utfordrende å klare å holde sitt eget affektnivå nede, for hvis en selv er dysregulert kan en heller ikke hjelpe andre. Det er krevende å holde seg regulert i alle situasjoner man møter. Ved å anerkjenne hvor avgjørende egen regulering kan være, vil det kunne bidra til å støtte barnet. Det er hensiktsmessig å inneha kompetanse på når barnet

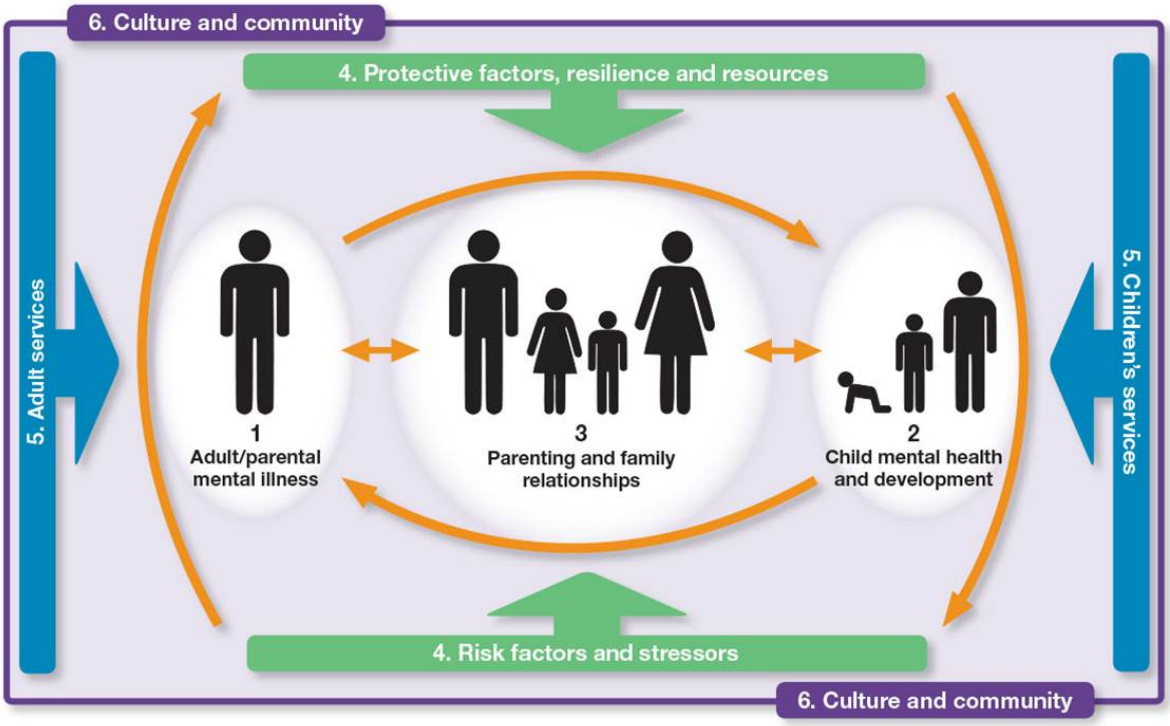
kjenner seg truet, kan også barnets væremåte forandres (Nordanger & Braarud, 2017, s. 150-153).

Faglig kunnskap og forståelse er viktig. Kompetansen om oss selv er også viktig. Derfor kan det være avgjørende å ha et reflektert forhold til triggere for ulike affekter i eget liv og ha et reflektert forhold til disse og hvordan de henger sammen med egen fortid, nåværende livssituasjon og personlighetsmessige sider. Samtidig som man reflekterer over hvordan dette kan påvirke vårt samspill med barn og unge. Egen fortid kan virke dysregulerende og alle har sine individuelle sårbarheter fra erfaringer. I arbeidet med barnets utfordrende atferd kan man også møte på den følelsesmessige smerten som ligger bak. Voksne trenger også reguleringsstøtte for å kjenne på trygghet, fungere godt og ha utvikling. Trygge rammer og regulerende kollegaer kan bidra til å se bak barnets atferd når en selv kjenner seg ustødig følelsesmessig. Det er avgjørende at arbeidsplassen støtter og oppfordrer til selvrefleksjon, via veiledning eller kollegastøtte (Nordanger & Braarud, 2017, s. 155-156). Det kan også være til hjelp å diskutere med kollega ved praktiske situasjoner (Bergem, 2018, s. 217).

Det er nervesystemets medfødte struktur som bidrar til utviklingen av hvilke typer interaksjon vi kan ha med omgivelsene. Disse erfaringene en gjør seg bidrar til å forandre strukturen. Erfaringer former nervesystemet til hver enkelt (Hart, 2017, s. 16). Nervesystemet vil derfor kunne endres av miljøpåvirkninger som igjen bestemmer mulighetene. Arv og miljø virker sammen i utviklingen av nervesystemet (Hart, 2017, s. 16). Det er slik at hvert individ kan ha ulik reaksjon på de samme stress-stimuliene, samtidig har miljøets påvirkning ulik effekt på hjerneutviklingen (Hart, 2017, s. 16).

3.6 Familiemodellen.

Familiemodellen av Falkov (2012) er et samtaleverktøy som legger til rette for å kunne skape et oversiktlig rammeverk og en systematisk tilnærming i praksis. Modellen legger vekt på å utforske de enkeltes behov i en familiær kontekst. Når modellen brukes i sammenheng med andre modeller og verktøy kan vi etter hvert få mulighet til å forstå flere faktorer et individ og miljøet rundt er i samhandling med over tid.



Figur 2 Illustrasjon av familiemodellen der de 6 ulike domenene presenteres. (Hentet fra "The Family Model Handbook: An integrated approach to supporting mentally ill parents and their children", av Falkov, 2012, s. 87. Copyright © 2012 Pavilion Publishing and Media.

Psykisk helsearbeid åpner for flere perspektiver og metoder. Det innebærer alle mulige arbeidsformer og videre tiltak, samt tilnærminger som kan bidra til å skape bedring av menneskets psykiske helse. Psykisk helsearbeid omhandler mange fokusområder og samtidig som et begrep for den praktiske og faglige bakgrunnen i møte med mennesker. Brukerperspektivet vil i stor grad ha innvirkning på hvordan psykisk helsearbeid utarter seg. Ved å være bevisst dette vil det være mulig å utforme måter å jobbe på som har effekt (Bøe & Thomassen, 2007, s. 16-17). De fire sentrale etiske prinsippene bidrar til å skape et grunnlag i den etiske tilnærmingen sammen med begreper som verdighet, anerkjennelse og omsorg. Samt mellommenneskelige holdepunkter fra Levinas og Løgstrup som fordrer det etiske grunnlaget med fokus på nærhet og distanse. Sammen vil dette generere videre holdepunkter for kommunikasjon, relasjoner, tillit og trygghet (Bath, 2015, s. 6-9). Evnen til å stille kritiske etiske spørsmål og refleksjon vil kunne fordre et godt psykisk helsearbeid (Bøe & Thomassen, 2017, s. 54-55).

4.0 KONSTRUERT KASUS: ÅSA ER BARN SOM PÅRØRENDE

Barnets mor er lagt inn på en avdeling for spesialpsykiatri for behandling og oppfølging. Mor har vært innlagt tidligere, men dette var for ti år tilbake. Mor har fått tildelt primær- og sekundærsykepleier, en behandler og lege som skal følge henne opp etter individuell behandling. Far fungerer som begge foreldre hjemme i denne tentative perioden og kjenner godt til at mor trenger støtte og bistand fra sykehus. Far vet ikke hva han skal fortelle datteren, eller hvor mye. Det har sjelden vært snakket om at mor kan virke annerledes i perioder. Far syns det er vanskelig å snakke om dette og vil ikke at datteren skal misforstå. Far er også redd for å gi feil informasjon om mor. Den 11 år gamle datteren, Åsa, har fått fortalt at mor bor et annet sted en periode. Åsa har nevnt for læreren sin på skolen at hun tror det er hennes skyld at mor har det vanskelig.

Far ser at Åsa trekker seg tilbake når hun er hjemme, og er mye på rommet sitt. Åsa har ved flere tilfeller både på skolen og hjemme hatt vanskelig for å konsentrere seg. Dette er observert av både lærer og foreldre. Læreren ser at Åsa blir lettere frustrert fordi hun ikke behersker skolerelaterte utfordringer med en gang. Hun har formidlet til læreren at hun syns det er vanskelig å sette seg med leksene. Hvis Åsa setter seg med skolearbeid på skolen, har læreren lagt merke til at Åsa bare sitter og stirrer ut av vinduet, og virker fjern i kontakten. Åsa har vært i samtale med BUP, hvor hun utredes for ADHD grunnet oppmerksomhetsvansker og varierende økning av aktivering utenfor toleransevinduet. Mor forteller psykisk helsearbeider at Åsa kan synes det er vanskelig å åpne seg og at hun er sensitiv på nye voksne hun ikke kjenner. Mor er derfor skeptisk til et møte der Åsa skal delta.

Etter kort tid på sykehuset tilbys mor en familiesamtale der både mann og barn kan delta. Mor er usikker om dette vil være gunstig for Åsa, og om Åsa vil bli skremt om hva som egentlig skjer med mor. Primærsykepleieren som også er psykisk helsearbeider har en tett dialog med mor, og de har fått en god og trygg behandlingsallianse. Psykisk helsearbeider har fortalt at en familiesamtale ofte vil kunne skape åpenhet i familien og samtidig vil Åsa få informasjon som er tilpasset henne. Mor stoler på helsearbeideren, og de har fått en god behandlingsrelasjon. Moren som pasient har fortalt at Åsa er glad i musikk og rytmer. Primærsykepleieren er engasjert i familien og ønsker at familien skal kunne snakke åpent om

hvordan de alle har det i denne perioden nå som mor er innlagt. Primærsykepleieren forbereder seg på å gjennomføre denne familiesamtalen, men hun kjenner at hun er spent og at fokuset rettes mot Åsa. Mor har samtykket til familiesamtalen, og hun håper det kan ha betydning for Åsa sin situasjon framover.

Avdelingen benytter seg av en modell som kalles ”Familiemodellen”. Primærsykepleieren går igjennom og ser på både risikofaktorer og beskyttende faktorer for familien isolert, men også for Åsa som er barn som pårørende. Primærsykepleieren er klar over at Åsa kan ha vanskelig for å følge med. Hun ønsker derfor å forhøre seg meg en god kollega for å få veiledning til hvordan forberede seg best mulig slik at samtalen kan ha positiv innvirkning i lys av et reguleringsperspektiv. Psykisk helsearbeider vil gjøre det hun kan for at Åsa er i sitt toleransevindu når tilpasset informasjon gis i familiesamtalen.

5.0 ET REGULERINGSPERSPEKTIV

For å belyse problemstillingen vil jeg i det følgende drøfte og reflektere først hvordan man ut fra et reguleringsperspektiv kan forstå Åsa sin situasjon, før jeg deretter går inn på hva Åsa kan trenge i lys av et reguleringsperspektiv. Videre viktigheten av å selv være regulert, og relasjonens og informasjonens betydning for regulering av Åsa. Avslutningsvis vil jeg gå inn på familiesamtalen som møtested for barn som pårørende, og hvordan personlig og faglig kompetanse hos psykisk helsearbeider kan være en faktor i lys av et reguleringsperspektiv.

5.1 Hvordan forstå Åsa i lys av et reguleringsperspektiv?

Åsa er økende frustrert den siste tiden. Dette kan tyde på at hun ikke er i sitt toleransevindu og kan være for høyt aktivert (Nordanger & Braarud, 2017, s. 38). Dette kan gi en forklaring på at Åsa ikke har full konsentrasjon og at hun opplever at situasjonen er belastende. Reguleringssystemet til Åsa kan ha behov for flere støttende erfaringer for å kunne videreutvikles både gjennom tankene og følelsene. Med denne reguleringstøtten kan etter hvert Åsa sin evne til selvregulering gradvis bygges opp (Nordanger & Braarud, 2017, s. 48-49). Selv om Åsa reagerer og ofte kjenner seg sint og frustrert, derav hyperaktivert, vil det kunne ifølge Nordanger og Braarud (2017, s. 38-40), kunne bli vanskelig for barnet og reguleres direkte til toleransevinduet med en gang. Samtidig er Åsa i en alder der hun i økende grad blir i stand til å holde oppmerksomheten og blant annet dempe nevral bakgrunnsstøy. Utviklingen hos Åsa vil styrke ferdighetene som involverer følelsene i ulike situasjoner. Korteks er nå i utvikling slik at Åsa også lærer seg å vurdere situasjoner fremfor å reagere med impuls (Hart, 2017, s. 154).

Åsa er oppvokst med en forelder med psykiske vansker. Dette kan ha ført til at Åsa kjenner på belastninger som kan være bakgrunnen for at hun reagerer med sinne og frustrasjon (Haugland & Nordanger, 2015, s. 165-166). Det faktum at læreren har observert at Åsa kan virke fjern, og stirrer ut av vinduet, kan være et tegn på at hun er utenfor sitt toleransevindu og er hyporegulert (Nordanger & Braarud, 2017, s. 38-40). Åsa sine sterke reaksjoner kan være hennes alarmsentral som gir signaler som fører til alarmreaksjoner som raskt vil kunne oppstå ved stressende situasjoner (Hart, 2017, s. 56). Det kan også være at Åsa kjenner seg hyperaktivert ved en gitt situasjon som har oppstått, noe som er helt normalt og menneskelig.

Dette kan kjennetegnes ved sterk uro, aggresjon, utagering, impulsivitet og kaosfølelse når hyperaktivering oppstår (Nordanger & Braarud, 2017, s. 84-85). Det er observert at Åsa har utfordringer med skole og skolearbeid som skal gjennomføres, og det er tydelig at dette er situasjoner hun selv ikke behersker å regulere egen aktivering. Åsa kan i slike tilfeller ha behov for reguleringsstøtte. Når Åsa får den reguleringsstøtten hun trenger vil hun gjennom erfaring kunne utvikle egen evne for å selv kunne regulere seg nærmere toleransevinduet. Når Åsa er mellom hyperaktiveringen og hypoaktiveringen er hun i det såkalte toleransevinduet. Dette skaper oppmerksomt nærvær og bidrar til at Åsa kan fokusere og konsentrere seg i situasjoner hun har behov for dette (Nordanger & Braarud, 2017, s. 38)

Toleransevinduet kan også utvides. Spennet for den optimale aktiveringssonen kan være ulikt, og ved reguleringsstøtte fra en trygg relasjon kan dette spennet bli bredere. Et smalt toleransevindu kan medføre at Åsa distraheres eller hyperaktivert/hypoaktivert i større grad enn om hennes toleransevindu hadde vært bredere. Ved et bredt toleransevindu kan barn ha høyere terskel før en blir f.eks hyperaktivert (Nordanger & Braarud, 2017, s. 38). Dette formes gjennom erfaringer, og for barn som er oppvokst med forelder med psykisk lidelse kan det være utfordringer med reguleringsstøtten og foreldres egen selvregulering. Foreldrene kan kjenne på frykt for at Åsa har økt risiko for lidelse, eller bekymringer for at lidelsen kan bli en belasting for familien, som følelsesmessig overføres til Åsa (Falkov, 2012, s. 40-42). På den ene siden kjenner Åsa igjen hvordan foreldrene opptrer når de er bekymret og redde. Åsa på sin side kan kjenne denne overføringen av bekymring og frykt. For eksempel at det blir anspent og det ikke virker som noen vet hva de skal si. Det kan være at Åsa merker at foreldrene holder tilbake i frykt for at hun skal vite det samme som de. På den annen side vil det ifølge Åsa sin hjerneutvikling og hennes erfaringer være helt naturlig å bli sint, irritabel eller innesluttet i lys av et reguleringsperspektiv. For Åsa kan det oppleves belastende å kjenne på et ansvar og bekymring ovenfor mor (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3).

5.1.1 Kartlegging av bakenforliggende årsaker.

Når Åsa har ulike utfordringer med regulering og opprettholdelse i eget toleransevindu kan det komme av flere årsaker. For å forstå Åsa ut fra et reguleringsperspektiv vil det være nyttig å kartlegge og dermed utelate ulike bakenforliggende årsaker (Nordanger & Braarud, 2017, s.121). Konsentrasjonsproblemene som er observert på skolen og hjemme kan bunne i en utviklingsforstyrrelse eller ha en diagnose som trenger ytterligere oppfølgning og behandling.

Å tilrettelegge for kartlegging av Åsa sin evne til forståelse og konsentrasjon, vil kunne gi ytterlige informasjon om vurderinger videre. Det at Åsa har begynt en utredning for ADHD bidrar til at hun får en diagnostisk vurdering. Det kan også komme fram andre plager som kan være vanskelig for henne. Det kan være hemmende for Åsa dersom hun for eksempel ser dårlig eller har svekket hørsel. Eller at hun har lese-og skrive vansker som kan blant annet kan relateres til skolearbeidet. Dette fordrer en god differensialdiagnostisk vurdering (Nordanger & Braarud, 2017, s. 124-126). Et reguleringsperspektiv åpner for flere refleksjoner i samarbeidet med barn som pårørende, pasienter og kollegaer, og samtidig har jeg erfart at denne åpenheten skaper forståelse for hvordan menneskets tilknytning og utvikling utfolder seg. Denne kritiske tilnærmingen til et reguleringsperspektiv åpne opp for å se hele mennesket, og samtidig muligens bidra til å støtte Åsa til eventuell videre utredning og behandling.

5.2 Hva trenger Åsa i lys av et reguleringsperspektiv?

Åsa som er barn som pårørende vil ha behov for følelsesmessig og praktisk støtte både i hverdagen og ellers i situasjoner som kan oppleves utrygge (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3). I følge Bergem (2018, s. 43) kan dette være en konsekvens av psykisk lidelse, da speilingen av følelser kan oppleves vanskelig for både mor og barn. Åsa kan i slik situasjon bli mindre opptatt av å bli kjent med egne følelser, og dermed ikke bli kjent med sitt eget indre liv. Dette kan føre til at det blir vanskeligere for Åsa å kjenne igjen, akseptere og håndtere vanskelige følelser (Bergem, 2018, s. 43-44). Svekket psykososial fungering og atferdsproblematikk kan forekomme i sammenhengen med foreldres psykiske lidelse (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3). På bakgrunn at dette ser jeg viktigheten av å vite hvordan hjernen utvikler seg og hvilke situasjoner som igjen kan kunne skape stress. På denne måten vil et reguleringsperspektiv skape bevisstgjøring slik at psykisk helsearbeider forstår Åsa i møte med henne som barn som pårørende. Åsa sin hjerne, som alle andres, former seg gjennom erfaringer i hele barndommen. Når hjernen er ferdig utviklet i slutten mot tyveårene vil hjernen bli mindre formelig slik den tidligere har vært. Dette kan ha betydning for hvilken bistand Åsa med sine erfaringer kan nyttiggjøre seg og videre hvordan hun forstår sammenhenger (Nordanger & Braarud, 2017, s. 55-57). Hjernen former seg ved erfaringer (Hart, 2017, s. 16), og med denne kunnskapen vil jeg som psykisk helsearbeider bidra til å skape et trygt rom for samtale. Når neokorteks bidrar til å regulere de lavere delene av hjernen betyr det at refleksjoner eller tankene i en situasjon igjen kan ha innvirkning på vårt

følelsesliv, noe som gjelder alle i rommet under samtalen som pågår (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56-57).

Når psykisk helsearbeider retter fokus mot Åsa sin forståelse og ens evne til problemløsning vil det kunne bidra til å styrke ressursene til Åsa (Halsa & Aubert, 2016). Åsa trenger fremdeles hjelp til få veiledning og støtte når hun selv kjenner på reaksjoner av følelsene som kommer (Nordanger & Braarud, 2017, s. 48). Åsa kan ikke noe for dette selv, og det er foreldrenes oppgave å være der for henne gjennom oppveksten og være hennes reguleringssystem, slik Nordanger og Braarud (2017) beskriver. Om Åsa opplever frykt eller frustrasjon og i slike situasjoner får reguleringsstøtte av mor eller far, slik at hun føler seg trygg og rolig igjen, vil Åsa sin evne til regulering styrkes.
Åsa har vært i samtale med BUP og er i utredning for ADHD, og dette er noe psykisk helsearbeider kan motivere og rose Åsa til å fortsette med. I møtet med Åsa har psykisk helsearbeider muligheter for å gi familien omsorg og trygghet i arbeidet videre. Faktorer som tidlig intervensjon, samt riktig og langsiktig oppfølging kan bidra til å forebygge utvikling av både adferds-, sosiale- og psykiske vansker hos Åsa (Helsedirektoraret, 2007). Når psykisk helsearbeider er klar over at nevnte faktorer er viktige for Åsa, kan psykisk helsearbeider ha mulighet til å reflektere og øke sin kompetanse. God omsorg handler om å bistå barnet tilbake i toleransevinduet når barnet er utenfor den optimale sonen (Nordanger & Braarud, 2017, s. 84-85). Samtidig er det viktig at Åsa kjenner at hun blir tatt på alvor (Bergem, 2018, s. 62). Når psykisk helsearbeider har kunnskaper om toleransevinduet gir det mulighet for å kunne forstå Åsa på en bedre måte. Ved å være klar over tegn og symptomer på hypoaktivering og hyperaktivering, gir dette psykisk helsearbeider en indikasjon for å kunne bidra til å regulere barnet (Nordanger & Braarud, 2017, s. 38).

Psykisk helsearbeider vil ved bruk av *Familiemodellen* skape rom for åpenhet og ha en ikke-dømmende tilnærming. Det kan på en måte være vanskelig å skape dette når det er omsorgspersonens oppgave å regulere barnet. Å få høre dette kan være vanskelig for foreldre. Helsearbeider vil derfor ikke rette pekefinger, men heller velge å informere slik at alle i rommet forstår informasjonen som gis (Falkov, 2012). Samtidig vil en ikke-dømmende psykisk helsearbeider kunne skape opplevelse av at vi står sammen (Duncan, 2012, s. 163). Når Åsa opplever vonde følelser som opptrer og ukonsentrert atferd, vil fremdeles foreldrenes tilnærming ha stor betydning. Viktigheten av at dette formidles foreldrene vil kunne fordre en

videre utvikling av Åsas regulering og toleransevindu. Åsa kan ha behov for å lære seg ulike verktøy i samspill med foreldrene. Familiesamtalen kan være en arena der familien og psykisk helsearbeider ser på Åsa sine ressurser for videre utvikling.

5.2.1 Sansestimulerende erfaringer.

I lys av et reguleringsperspektiv ville det vært hensiktsmessig å starte familiesamtalen med en form for sansestimulering. Sansestimuli tilpasset Åsa kan være verdifullt både for utvikling av selvregulering, men også i etableringen av trygghet i møte med psykisk helsearbeideren (Nordanger & Braarud, 2017, s. 161-163). Åsa kan ha behov for å reguleres til sitt toleransevindu i starten eller i løpet av familiesamtalen. Som moren har nevnt, liker Åsa rytmer og musikk. Det kan være en ide å ha en rytmebasert lek, som for eksempel en klappelek tilpasset Åsa sitt utviklingstrinn. Rytmebaserte leker kan ha en sanseintegrerende effekt, som igjen kan virke regulerende. En klappelek trenger ikke vare lenge, men likevel kunne gi regulerende effekt for Åsa. Det vil si at denne type sansestimulering kan ha en regulerende effekt her og nå i samtalen, og dette vil kunne gi Åsa erfaringer med å regulere seg inn til sitt toleransevindu (Nordanger & Braarud, 2017, s. 161-162). Erfaringene Åsa gjør seg knyttet til klappeleken, kan øke Åsa sin bevisstgjøring. Denne bevisstgjøringen kan føre til at også Åsa selv oppsøker sansestimuleringen og benytter det som et verktøy når kun kjenner at hun har behov for det (Nordanger & Braarud, 2017, s. 163). Slike sansestimuleringer kan også gjøres på skolen sammen med lærer eller i hjemmet. Ved å innføre denne type sansestimuleringen som en rutine i hverdagen, i samarbeid med familien, kan Åsa gjøre seg gode erfaringer. Erfaringer på både hvordan hun på egen hånd kan bidra til bedre konsentrasjon og samtidig lette på frustrasjon hun ser ut til å kjenne på.
Dette kan gi Åsa en form for trygghet i rutinene. Samtidig kan både Åsa og familien ha behov for dette som et verktøy som kan brukes hjemme, i sammenheng med lekser, eller at Åsa lærer ulike egne regulerende virkemidler som hun kan benytte på skolen. Det kan være et fortrinn om disse sansestimuliene inkluderes på skolen og i hjemmet samtidig, en klappelek kan gjøres i korte avbrekk i skoletiden, og vil i sum kunne være av betydning for Åsa sin utvikling til varig reguleringskapasitet (Nordanger & Braarud, 2017, s. 163).

5.2.2 Hjelp til å forstå egne reaksjoner.

Åsa har behov for å forstå seg selv, slik alle mennesker har. Hvis Åsa ikke får en forklaring på egne reaksjonsformer, kan hun seg lage en identitet rundt hvorfor hun reagerer slik hun

gjør. For å påvirke dette, vil det være viktig at Åsa skaper en sammenheng og mening av egne reaksjoner. Derfor vil det være viktig å gi Åsa forutsetninger for å forstå egen atferd gjennom det psykoedukative (Noranger & Braarud, 2017, s. 172-173). Det finnes flere verktøy og metaforer for å forklare barn hvorfor reaksjoner og atferd er som de er. Blant disse, er toleransevindu-modellen et verktøy som kan benyttes og introduseres i møte med Åsa. Toleransevindu-modellen skaper mulighet for at Åsa forstår sammenhengen av egen atferd og reaksjoner (Nordanger & Braarud, 2017, s. 180-181). Se illustrasjon av *toleransevinduet* s. 16. Hvis Åsa ikke forstår forklaringen eller er uenig, vil det kunne være demotiverende for Åsa. Dette tydeliggjør at gode forklaringer kan være av avgjørende betydning for Åsa sin utvikling. For Åsa kan det være trygt å vite at hennes reaksjoner er naturlige i hennes situasjon, og er ment for å beskytte henne (Nordanger & Braarud, 2017, s. 174). Toleransevindu-modellen vil kunne være et godt verktøy i direkte dialog med Åsa. Modellen forklarer reguleringsvanskene og kan skape mening og forståelse hos Åsa. Når Åsa forstår hjelpen kan det bli enklere for henne å delta i samarbeidet om egen utvikling. Toleransevindu-modellen gir mulighet til å illustrere utfordringene hos Åsa som igjen kan relatere seg til hypoaktiverings-kurven eller hyperaktiverings-kurven. Dette kan bidra til å lette på følelser som skam, da det vil kunne gi en forklaring på reaksjonene som forekommer (Nordanger & Braarud, 2017, s. 182).

5.3 Viktigheten av å selv være regulert.

Barn trenger å vite at noen bryr seg (Bergem, 2018, s. 209). Når psykisk helsearbeider som er barneansvarlig i utgangspunktet har en genuin interesse for feltet barn som pårørende og har en oppriktig interesse for det familie-fokuserte arbeidet, vil dette i seg selv føre til trygghet i møte med Åsa (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 11-12). Det kan oppleves både meningsfullt og krevende. Til tross for at denne interessen i møte med Åsa som barn som pårørende, er det noen barneansvarlige som mener at de ikke er flinke nok i rollen sin og ønsker mer kurs og opplæring for å utvikle seg og bli enda tryggere i møte med barnet og familien (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 11-12). Når helsepersonell er klar over sine forpliktelser overfor barn som pårørende, og samtidig kan psykisk helsearbeidere kjenne seg fremmedgjort i situasjoner der samhandling med barn forekommer. Om helsepersonell mangler kunnskap og erfaring i å prate med barn, kan dette bidra til en følelse av vegring hos helsearbeideren (Reedtz & Lauritzen, 2015, s. 233).

Erfaringsmessig kan vegring oppleves som stress, og dette stresset kan overføres til både Åsa og familien slik at de også kjenner på stress eller en form for aktivering. Dette stresset hos psykisk helsearbeider kan på en side redusere tilgangen til egen reguleringskapasitet (Nordanger & Braarud, 2017, s. 150-153). På den annen side kan stress i arbeidssituasjonen føre til at en jobber mer effektivt. Dersom helsearbeideren vegrer seg for å snakke med Åsa eller hennes familie, kan det være et tegn på at psykisk helsearbeider har behov for veiledning relatert til egen praksis. Veiledning kan føre til økt kompetanse hos den enkelte (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 15). Mer tid til familiefokusert arbeid, kompetanse rundt kommunikasjon med barn og ønsket om at alle i personalgruppen øker fokus på barn som pårørende er felles utfordringer som barneansvarlige ofte kjenner på. Ved å jobbe med dette vil flere barn som pårørende føle seg ivaretatt og ha en forebyggende effekt for flere (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 9). Denne kommunikasjonen og kompetansen i møte med Åsa vil også kunne utfordre psykisk helsearbeider sin evne til selvregulering.

5.3.1 Stress kan dysregulere.

Et reguleringsperspektiv er perspektiv som peker pilen tilbake på oss selv, og vi kan ikke regulere andre hvis vi er dysregulert selv (Nordanger & Braarud, 2017, s. 155-156). Dette synliggjør viktigheten av at psykisk helsearbeider også kan trenge reguleringsstøtte for å møte Åsa på en hensiktsmessig måte. Psykisk helsearbeider eller andre voksne kan også ha behov for reguleringsstøtte for å kunne kjenne på trygghet, god fungering og utvikling. Trygge rammer og regulerende kollegaer kan bidra til å se bak barnets atferd dersom en selv kjenner seg ustødig følelsesmessig. Det er avgjørende at arbeidsplassen støtter og oppfordrer til selvrefleksjon, via veiledning eller kollegastøtte (Nordanger & Braarud, 2017, s. 155-156). Psykisk helsearbeider kan også kjenne seg hyperaktivert, og ved å reflektere og fortolke så kan også følelsene og aktiveringen reguleres. Dette fordrer at psykisk helsearbeider selv har personlig erfaring av selvregulering. Til tross for evne til selvregulering kan det oppstå stressende situasjoner, dersom aktiveringen vedvarer vil hjernestammen og stresset ta over slik at reguleringen hos psykisk helsearbeider kunne bli vanskelig å regulere (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56-57). Det vil alt i alt være fruktbart å kunne nyttiggjøre seg av selvregulering inn til eget toleransevindu. Når psykisk helsearbeider opplever aktivering eller følelsen av stress, kan dette være gjenkjennbart av de andre i rommet. Dette er grunnet det sosiale behovet som kan bidra til hverandres stress (Hart, 2017, s. 19). I en stressende sammenheng eller ved opplevelse av stress, vil det på en side være en kunst å evne å regulere seg selv ved bruk av egne tanker i korteks som kan regulere denne økte aktiveringen. Stresset

kommer av at hjernestammen reagerer av affekt eller overlevelsesinstinkter. På den annen side kan vi ha mindre evne til å bruke korteks i en stressende og høyt aktivert situasjon. Mange kan kjenne på dette som om tankekraften ikke lengre er tilstede (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56-57).

Psykisk helsearbeider vil dra nytte av personlige evner til regulering, refleksjon, relasjon og kompetanse, og videreutvikle dette i arbeidet med å forstå Åsa sin atferd (Nordanger & Braarud, 2017, s. 150-153). Kontrollen av egen regulering kan være en utfordring når vi som mennesker påvirkes av hverandre. Det er helt typisk at vanskene Åsa har vil kunne få foreldre, lærere eller psykisk helsearbeider til å reagere med responser som rettes mot atferden, som for eksempel når Åsa blir sint eller ukonsentrert. På et vis vil det være helt normalt å reagere med menneskelige reaksjoner som kan bidra til å dysregulere fremfor å regulere. På et annet vis vil det største potensialet for endring hos Åsa, ifølge Nordanger og Braarud (2017, s. 143), ligge i omsorgspersonens og psykisk helsearbeiders evne til å stå imot denne påvirkningen som vil at vi som mennesker skal reagere. Når reguleringen påvirkes av mer enn det språklige vil naturlige kommunikasjonsevner som øyekontakt og kroppsspråk stå sentralt (Nordanger & Braarud, 2017, s. 143-146). Psykisk helsearbeider bør med dette inneha kompetanse og trygghet i møte med familien og være bevisst egen evne til å kommunisere (Hoadley, Smith, Wan & Falkov, 2017, s. 192-193). Om Åsa er stresset kan hun også ha vanskeligheter med å oppfatte hva som sies. Derfor vil reguleringsperspektivet bidra til at psykisk helsearbeider skal kunne tilegne seg å se gjennom væremåten og fokusere på Åsa sin bakenforliggende utfordring. For profesjonelle og for omsorgspersoner vil dette være en egen kompetanse som vil evne å stå imot sterke krefter som jobber imot, og med dette betvinge helt naturlige responser (Nordanger & Braarud, 2017, s. 143-146).

Når psykisk helsearbeider er bevisst sine triggere for ulike affekter i sitt liv og samtidig reflekterer over hvordan de henger sammen med egen fortid, situasjonen som er nå og spekter av egen personlighet, vil summen av dette utgjøre kompetansen på oss selv. Disse faktorene henger sammen med hvordan psykisk helsearbeider reflekterer med barnet som pårørende. Vår egen fortid bærer med seg ulike erfaringer som igjen kan virke dysregulerende. Selv om mange erfaringer kan være bearbeidet, kan også barnets utfordrende atferd føre til at psykisk helsearbeider møter på den følelsesmessige smerten som ligger bak (Nordanger & Braarud, 2017, s. 155-156).

5.3.2 Frykt kan dysregulere.

Psykisk helsearbeidere kan være redde for å gjøre feil. Noen er også redde for å gi barnet ytterligere belastning ved å si eller gjøre noe galt (Bergem, 2018, s. 217). Denne frykten kan skape en naturlig dysregulering. Ansatte som til daglig arbeider med voksne, kan kjenne på mangelen av faglig kompetanse til å vurdere barns utviklingsbehov. Å grue seg og være redd for å snakke med barna kan øke den enkeltes stressnivå som kan overføres til Åsa. Helsearbeiderne forteller også at de unngår å utforske barnets problematikk da det blir for vanskelig for helsearbeideren å forholde seg til barnets aktuelle situasjon (Halsa & Aubert, 2016). Denne indre dysreguleringen vil ikke kunne være helsefremmende, men det å ta i bruk en kollega vil her kunne være til nytte. Det er forventet at helsearbeideren vurderer foreldrenes evne til å opprettholde barnets livskvalitet. Litteraturen viser likevel ikke noe om helsearbeiderens evne og trygghet til å faktisk være familie-fokusert i møte med familien (Maybery, Goodyear & Reupert, 2012, s. 141). Det er forståelig at det nå blir utfordrende å møte familien, og at ens selvtillit og trygghet i møte med en familie med ulike utfordringer kan gjøre en enda mer utrygg. Hver enkelt av oss har ulike erfaringer ved å møte barn som pårørende i en slik situasjon, og for meg vil tryggheten i et slik samspill være sentral, noe Maybery et al. (2012, s. 141) bekrefter. Gode holdninger, kunnskap og skjønn kreves, i tillegg til selvsikkerhet og troen på seg selv og andre (Maybery et al., 2012, s. 141). Godt samarbeid mellom foreldre og psykisk helsearbeider, samt en grunnleggende tillit vil være avgjørende i arbeidet. Psykisk helsearbeider som jobber med egen selvregulering vil nå kunne øke egen oppmerksomhet til andre. Nå kan psykisk helsearbeider vise at de evner å lytte til behov, i form av å bruke tid til å skape en relasjon med foreldre (Halsa & Aubert, 2016).

5.3.3 Kognitive selvinstruksjoner.

Alle kan oppleve høy aktivering. Når det oppstår hos psykisk helsearbeider vil det kunne påvirke og redusere tilgangen til reguleringskapasiteten vår (Nordanger & Braarud, 2017, s. 150-153). For at psykisk helsearbeider skal forsøke å ta kontroll og regulere egen aktivering, kan en forberede seg med en øvelse for egen kognitiv tilstedeværelse. For ved hjelp av korteks, den tenkende hjernen, kan en roe ned det limbiske system som innehar følelsene og deretter roe ned naturlige stressresponser i hjernestammen. For å fremme egen selvregulering kan en benytte seg av kognitive selvinstruksjoner. Det kan være nyttig å si til seg selv eller tenke setninger som f. eks: ”Hva er det verste som kan skje?” eller ”Verden går ikke under grunnet min prestasjon” (Nordanger & Braarud, 2017, s. 145). Ved å arbeide med egen selvregulering gjennom veiledning med kollega eller med hjelp av gitte kognitive

selvinstruksjoner, vil psykisk helsearbeider legge til rette for å være regulert, trygg og forberedt til familiesamtalen (Nordanger & Braarud, 2017, s. 150-153). I følge Bath (2015, s. 7) er det når Åsa føler seg trygg, det er da en relasjon kan oppstå. Dette fordrer at psykisk helsearbeider møter familien med respekt (Bergem, 2018, s. 210).

Det faglige- og etiske skjønnet helsepersonell innehar, er med på summen av den helhetlige vurdering og kunnskap hos den enkelte (Førde, Nortvedt, Pedersen & Hem, 2017, s. 41-43). For at psykisk helsearbeider skal utøve riktig handling i situasjoner, vil den etiske kompetansen være en forutsetning. Det etiske skjønnet vurderes ofte ut fra de fire sentrale prinsippene i helseetikken. Et godt skjønn og gode helsefaglige vurderinger vil spille en stor rolle i møte med pårørende, og det vil nå være lettere å forsøke å forstå og se hver enkeltes behov. Faglig etisk skjønn vil i stor grad avhenge av psykisk helsearbeiders følsomhet og evne til å oppfatte, fortolke ulike inntrykk – samtidig som kunnskap, erfaring og verdier legger grunnmuren for ens evne til å kunne håndtere egnefølte følelsesmessige reaksjoner (Førde et al., 2017, s. 44-45).
Det kan være en utfordring at følsomhet og evne til empati er ulik hos hver enkelt av oss. Evnen til empati er en egenskap hos den enkelte, ikke en integrert del av psykisk helsearbeiders kompetanse (Førde et at, 2017, s. 45). Ubevisste følelser og ubevisste motiver hos psykisk helsearbeider vil ha en sentral del i arbeidet med psykisk helse. Det vil være en faktor for psykisk helsearbeiders problemforståelse og en bakgrunn for løsningene som velges. I en situasjon der psykisk helsearbeider reagerer negativt følelsesmessig på pårørendes beskrivelse, krisereaksjoner eller forventninger, kan dette ha innvirkning på pasientens situasjon. Hvis dette oppstår, kan psykisk helsearbeider ende med å avvise pårørende dersom helsepersonell selv ikke erkjenner disse følelsene og bearbeider egne reaksjoner på egen hånd. Psykisk helsearbeider vil ha nytte av bevisstgjøring og evne til refleksjon rundt egne og andres følelsesmessige reaksjoner. Med dette som et verktøy kan psykisk helsearbeider komme seg styrket ut av selvreguleringen og unngå å agere på uheldig måte. Usikkerhet som møtes med ydmykhet er en forutsetning for etisk praksis for psykisk helsearbeid. Samarbeid mellom kollegaer og å løfte hverandre opp, ved å være hverandres reguleringsstøtte vil også fordre hver enkeltes evne til å kunne bidra til å regulere barn som pårørende i familie-fokusert samtale. For når toleransen for ulike synspunkter er tilstede øker kvaliteten av praksis (Førde et al., 2017, s. 52).

5.4 Hvordan skape relasjon til Åsa i lys av et reguleringsperspektiv?

Løgstrup (Bøe & Thomassen, 2007, s. 65-68) formidler at i ethvert møte oppstår en naturlig tillit og at dette hører menneskelivet til. Det vil likevel ikke alltid være slik. I situasjonen med Åsa vil hennes belastning som barn som pårørende gjøre situasjonen utfordrende da denne tilliten bør utvikles og etableres. Tillit er en forutsetning for samtale med Åsa. Helsepersonell bør snakke med Åsa ut fra hennes alder og modenhet, og bruker ord hun kan forstå. Å la Åsa få rom til å snakke spontant om sine opplevelser og erfaringer vil skape tillit og trygghet i samtalen. Det er viktig at helsepersonell lytter til barnet og videre følger opp i samtalen. På denne måten blir Åsa sitt perspektiv tydelig. Helsepersonell bør kunne hjelpe barnet til å forstå og sette ord på hendelser og reaksjoner de kjenner på. Det er viktig å anerkjenne barnets følelser. Samtidig som helsepersonell bør også utvise respekt dersom barnet ikke ønsker å snakke. Å presse barnet til å prate kan virke mot sin hensikt (Helsedirektoratet, 2017). Psykisk helsearbeider skal i disse tilfeller kunne se den andres grenser og ha respekt for dette (Bøe & Thomassen, 2007, s. 182-191).

Forutsetninger for barnet vil være at psykisk helsearbeider kan ta seg god tid, anerkjenne barnets følelser og være ærlig i familiesamtalen (Bergem, 2018, s. 232). Tidspress i avdelingen som påvirker psykisk helsearbeider kan uheldigvis skape en opplevelse av mangel på empati når psykisk helsearbeider møter familien og barnet som pårørende. På den andre siden vil det være fruktbart når hjelperen formidler og utviser en fornemmelse om at en har god tid (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 231-234). Dette kan utfordre psykisk helsearbeiders evne til selvregulering og dette vil også kunne prege møtet med Åsa. Empatievnen setter psykisk helsearbeider i stand til å kunne berøres følelsesmessig og moralsk av andre menneskers livssituasjon. Empatievnen hos psykisk helsearbeider bidrar til å forstå hvilke hensyn som blir prioritert når valg skal tas (Førde et al., 2017, s. 45). Begrepet validering skaper grunnlaget for skapelsen av empati mellom mennesker. Validering vil si å bekrefte den andre akkurat som den en er, med alle ens opplevelser. Åsa skal derfor kunne kjenne på at hun er seg selv, med sine følelser og reaksjonsmønstre. På denne måten kan psykisk helsearbeider validere Åsa for å kunne skape et samarbeid som kan være fruktbart i et helsefremmende samarbeid. Et godt samarbeid kan bestå i å lytte til, og forsøke forstå den andres følelsesmessige tilstand, men også at psykisk helsearbeider kjenner etter egne følelser i situasjonen. Om psykisk helsearbeider selv har hatt belastning i sin oppvekst eller har opplevd

relasjonsvansker kan det oppstå utfordringer for psykisk helsearbeider i relasjon til Åsa (Skårderud et al., 2015, s. 186-187).

5.4.1 Å være bevisst egen atferd.

Bøe og Thomassen (2007, s. 198-199) forklarer at relasjonen er et mål i seg selv. I lys av et reguleringsperspektiv vil det være avgjørende å skape en god relasjon. Dette er en utslagsgivende faktor for positiv endring for Åsa sin regulering av atferd (Nordanger & Braarud, 2017, s. 170). Psykisk helsearbeider kan derfor med fordel forberede seg på å lytte, observere og være bevisst eget kroppsspråk i møte med Åsa. Dette på bakgrunn av at mor har fortalt at Åsa er sensitiv på voksne. Åsa vil i stor grad legge merke til psykisk helsearbeider sin fremtredelse. Dette involverer aspekter som hvordan den voksne presenterer seg, høflighet stemmeleie og toneleie, og den voksnes kroppsspråk (Bath, 2015, s. 7). Åsa har behov for å bli møtt med kompetanse rundt intervensjonen. Følelser kan også speiles indirekte. Ved ikke å være bevisst dette i møte med Åsa vil sjansene for at møtet ikke går som det skal, være større. Dette utenfra-perspektivet genererer en profesjonell forståelse i møtet med Åsa. Når psykisk helsearbeider i tillegg anvender innenfra-perspektivet vil dette kunne bidra til å forstå Åsa fra hennes ståsted (Bøe & Thomassen, 2007, s. 81-83). Når psykisk helsearbeider innehar disse perspektivene, vil dette også kunne fordre en styrende prosess for Åsa selv og hennes utvikling. Ifølge Bøe og Thomassen (2007, s. 81-83) vil innenfra-tenkning være grunnleggende i målet om bedring og utvikling i både et etisk og et terapeutisk perspektiv.

Å ha troen på Åsa, og vise et personlig engasjement og initiativ vil kunne gi opplevelsen av noe meningsfylt (Bøe & Thomassen, 2007, s. 182-191). I følge Bøe og Thomassen (2007, s. 20) kan etiske aspekter gjennom møte mellom mennesker oppleves som virksomt ved psykisk helsearbeid. Forskningen av Maybery et al. (2012) beskriver at helsearbeiderens atferd er betydningsfull i møte med Åsa. Å være bevisst egen tilnærming i møte med Åsa, som å unngå og undervurdere Åsa sine tanker eller gjennom måten psykisk helsearbeider snakker til barnet (Bergem, 2018, s. 62). Psykisk helsearbeider får erfaring gjennom å møte Åsa og familien. Denne erfaringen vil være gunstig å ha med seg videre. Mer erfaring og opplæring om barn som pårørende og familie-fokusert opplæring vil ha et positivt utfall (Maybery et al., 2012). Når psykisk helsearbeider står i en familiesamtale med Åsa og hennes familie vil helsearbeiders holdninger og samspill med Åsa også ha forutsetninger for å utvikles i en

helsefremmende retning. Helgeland (2012, s. 187) beskriver at å åpne en dialog med barnet om erfarte følelser og hendelser, bidrar til at barnet opplever å bli sett og forstått.

Utvikling av hjernen og opplevelse av nære relasjoner kan på en side ha sammenheng med hvordan hvert enkelt individ sine belastninger former opplevelsen av mening og sammenheng (Antonovsky, 1996). Betydningsfulle relasjoner kan ha effekt når det kommer til målet om å skape bedring hos Åsa. Nå vil elementer som likeverd, gjensidig anerkjennelse og et personlig engasjement være viktig i etableringen av en god relasjon (Bøe & Thomassen, 2007, s. 182-187). Samtidig vil evnen til å håndtere egne personlige utfordringer bidra til et lavere stressnivå for å kunne hjelpe den andre på en bedre måte (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238). I følge Løgstrup (Bøe & Thomassen, 2007, s. 65-68) vil handlingen av barmhjertighet nå sitt mål ved selve handlingen. I lys av denne etikken, vil et hvert menneske handle godt i møte med et annet. Men, uten engasjement hos psykisk helsearbeider vil det være muligheter for at Åsa ikke kjenner seg sett gjennom samtalen. For å utføre et godt psykisk helsearbeid velges ofte barneansvarlige helsearbeidere i spesialisthelsetjenesten med bakgrunn av sitt engasjement og genuine interesse, vil dette på sin side fordre trygghet og rom for at alle parter, inkludert Åsa, kjenner seg sett (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 11-12).

5.5 Hvordan kan informasjon være regulerende?

Følelsene våre kan reguleres gjennom egne tanker i frontallappen (Nordanger & Braarud, 2017, s. 150-153). Psykisk helsearbeider og foreldre kan hjelpe barn med å bygge dette. Når Åsa har fått informasjon tilpasset seg, kan dette bidra til å være regulerende i seg selv. Denne tilpassede informasjonen bidrar til at Åsa også kan skape en opplevelse av mening og sammenheng av situasjonen. I lys av dette vil informasjonen kunne ha en forebyggende effekt ved at Åsa sin OAS har mulighet for å øke (Antonovsky, 1996). Når Åsa trygges og får informasjon, og veiledning vil det skape muligheter for at familiens tilliten øker til psykisk helsearbeider. Å kunne fremme sosial trygghet og samtidig ivareta respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd vil være sentrale holdepunkter ved pasientens innleggelse (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

Barn henter og hører ofte delvis informasjon dersom det prates over hodet på barnet. Barnet kan på denne måten etablere sin egen forståelse, som igjen kan skape engstelse for barnet. I arbeidet med Åsa som har en forelder som lever med psykisk lidelse vil det være

hensiktsmessig å se positive holdepunkter. En families behov for støtte og hjelp kan være ulik (Haugland et al., 2012, s. 11-13). Det virker som at Åsa ikke fått tilstrekkelig informasjon tilpasset henne, angående mors tilstand og innleggelse. Det viser seg derfor at Åsa har behov for riktig og tilpasset informasjon om mors lidelse, og hva dette har av konsekvenser for seg selv, foreldrene og familien. Dette kan i mange sammenhenger ha en regulerende effekt i seg selv. Bergem (2018, s. 62-63) presiserer at barn trenger å få informasjon forandringene og det som skjer, og det bør formidles som de er. Ved å gi Åsa svar på hennes spørsmål og gi henne informasjon som er tilrettelagt hennes alder og modenhet, vil dette kunne bidra som en støttende faktor (Haugland et al., 2012, s. 11-13). Åsa vil kunne slippe å tenke og bekymre seg i like stor grad og vil samtidig kunne føle seg inkludert. Det er helt vanlig å kjenne på følelser som skam og ensomhet (Haugland et al., 2012, s. 11-13). Informasjon kan i dette perspektivet virke som en regulator. Foreldrene holder tilbake informasjon ettersom de ikke vet at Åsa som barn forstår mye. Det er tydelig at foreldrene heller ikke vet at Åsa trygges på å få riktig og rett informasjon tilpasset hennes modenhet (Helsedirektoratet, 2017). Dette kan for Åsa være regulerende og hun slipper å være redd og bekymret. Det kan bidra til å hjelpe Åsa til å få muligheten til å erfare å regulere seg selv gjennom tankene. Ifølge Nordanger & Braarud (2017, s. 56-57) kan tankene og fortolkningene Åsa gjør seg, bidra til å påvirke hennes følelsesliv. Når Åsa sine tanker inneholder trygghet og informasjon kan dette ha positiv effekt på hennes aktivering og videre regulering. Åsa kan i familiesamtalen kjenne seg trygg på at hun får nødvendig informasjon (Bergem, 2018, s. 63). Stress kan ha stor innvirkning på Åsa sin opplevelse. Stresset styrer oss fra hjernestammen, av affekt og overlevelsesinstinkter. For Åsa kan den høye aktiveringen eller dette stresset kunne føre til at hun har mindre evne til å bruke den tenkende og fortolkende delen av hjernen (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56-57). Dersom Åsa kjenner på denne høye aktiveringen som igjen kan skape forstyrrelse av utviklingen over lengre tid, skaper det belastning som kan gjøre det utfordrende å regulere affekt (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56-57).

5.5.1 Informasjon for å kunne forstå og stille spørsmål.

Som psykisk helsearbeider vil det være viktig å lytte og reflektere over Åsa sine spørsmål, og respondere på eventuelle tanker Åsa har i ulike situasjoner. På denne måten kan Åsa sine følelser bekreftes og misforståelser rettes opp. Dette legger til rette for et bedre hverdagsliv og økt mestring både for Åsa og familien (Haugland et al., 2012, s. 11-13). Dersom familien ikke forstår hverandre kan det oppstå misforståelser. Misforståelser vil kunne hindre informasjon

og kontakt mellom pasienten og familien (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). Derfor vil det være av stor hensikt å være åpen og la alle få tid til å ta del i samtalen (Falkov, 2012). Selv om mor har gitt sitt samtykke som åpner for at informasjon rundt pasienten kan formidles videre til pårørende, er taushetsplikten hos psykisk helsearbeider tilstede, men utvidet slik at pårørende kan få informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3).

Når Åsa tidligere ikke har fått direkte informasjon har det ført til at hun har isolert seg følelsesmessig og kjent at det er hennes egen skyld at mor er syk. Det at Åsa nå informeres og at det åpnes for at hun selv kan stille spørsmål vil skape gode rammer for Åsa sin videre regulering og trygghet i samspillet med familien. Når Åsa får denne informasjonen direkte, vil følelser som engstelse og frykt kunne unngås (Helgeland, 2012, s. 187). Bergem (2018, s. 114) formidler at Åsa ikke har behov for alle detaljer, men hun trenger tilstrekkelig informasjon for å kunne forstå det som skjer i familien. Det som sies til Åsa skal være sant og man skal være åpen og ærlig. For psykisk helsearbeider vil det også nå ha betydning å reflektere over temaet en skal informere barnet om. På denne måten unngår man å bli overrasket over egne følelser i samtalen med Åsa (Bergem, 2018, s. 115).

5.5.2 Familien trenger felles informasjon.

Informasjonen kan gi foreldrene veiledning i å snakke med Åsa og ta del i hennes indre verden. Da kan foreldrene kjenne seg trygge på at Åsa tåler informasjonen de gir, og at samtalene de har vil være positive for Åsa sin helse. Når foreldrene tar del informasjonen som gis Åsa, kan dette være en form for reguleringsstøtte. Informasjonen bearbeides av Åsa sine tanker og fortolkninger. Erfaringene Åsa gjør seg, kan være en støtte for å regulere sine egne følelser (Nordanger & Braarud, 2017, s. 150-153).

Familiesamtaler kan også bidra til å forebygge følelsen av skam og skyldfølelse (Helgeland, 2012, s. 187) som støttes opp av Halsa og Aubert (2016). Det er fruktbart når psykisk helsearbeider utviser åpenhet i møte med pårørende (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2015, s. 138). Dette er positiv gevinst for arbeidet med barn som pårørende. Det utviser betydning for viktigheten av hvordan en møter Åsa i sin situasjon. Det å sette inn forebyggende tiltak i tide, vil bidra til å forhindre at Åsa utvikler problemer (Halsa & Aubert, 2016). Dette fordrer et fungerende familiesamarbeid. For når familiesamarbeidet fungerer, vil foreldresamarbeidet være avgjørende for det forebyggende arbeidet for Åsa (Halsa & Aubert, 2016). Det kan være utfordrende for psykisk helsearbeider å la alle komme til ordet, eller å se hver og en, derfor vil det være gunstig å kunne fungere som en ordstyrer. Samtidig vil målet i

samtalen være at Åsa kjenner seg som en del av familien igjen. Når familiesamtalen bidrar til at alle parter i familien får informasjon, vil familiesamtalen kunne skape sammenheng og mening for hvert enkelt familiemedlem. Helsepersonell skal til enhver tid overholde taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Åpenhet og informasjonen i familiesamtalen vil kunne ha en salutogen, altså helsefremmende effekt, som kan bidra til at hvert medlem opplever større forståelse og sammenheng. Dette kan øke individets resiliens som i økt OAS (Antonvsky, 1996).

5.5.3 Ved mangel på informasjon.

I familiesamtalen får Åsa anledning til å formidle sine meninger og synspunkter. Åsa deltar i familiesamtalen, og ønsker få informasjonen hun trenger (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999 §4-4). Åsa sin mestringsevne og støtten fra nettverket rundt vil spille en rolle for barnets motstandsdyktighet og sårbarhet. Dette samspillet kan ha innvirkning på barnets psykososiale helse (Helgeland, 2012, s. 185-187). Ved liten informasjon kan barn reagere med overinvolvering. Som i denne situasjonen, tar Åsa stort ansvar for følelser som de andre i familien kjenner på. Hun trekker seg tilbake og holder seg for seg selv på rommet. Dette kan være et tegn på bekymring når hun ikke har fått denne informasjonen hun trenger. Åsa grubler mye på om hun også kan bli syk. Dette kan ha en innvirkning på hennes evne til å regulere seg, siden hennes bekymring for seg selv og sine nærmeste er stor (Helgeland, 2012, s. 185-187). Når far unngår å informere Åsa, kan det være fordi han har gode intensjoner om å skåne henne (Bergem, 2018, s. 211). Samtidig ønsker også barnet å skåne foreldrene (Bergem, 2018, s. 215). Barn som lever i vanskelige omsorgssituasjoner kan ha et lavere funksjonsnivå enn alderen tilsier. Ved å være bevisst dette i forkant av møtet med barnet, kan informasjonen tilpasses den enkelte. Modenhet, alder og utviklingsnivå spiller en rolle for samtalens forløp fra psykisk helsearbeiders side. Det er derfor fruktbart å tilrettelegge for hvordan informasjonen skal formidles slik at Åsa forstår. I slike situasjoner vil psykisk helsearbeiders evne til å utvise sensitiv vurdering av barnets kognitive og språklige fungering være av betydning. Tilpasning av kommunikasjon vil på denne måten kunne være hensiktsmessig når psykiske helsearbeider er klar over barns utfordringer med foreldres psykiske lidelse (Helgeland, 2012, s. 185-187).

5.6 Familiemodellen som møtested i lys av et reguleringsperspektiv.

Familiemodellen skaper rom for sammenheng og bidrar til å fokusere på den enkeltes unike egenskaper som åpner for tanken om individuelle behov (Falkov, 2012, s. 153-155). Det vil

dermed være nyttig å inneha et familie- og nettverksperspektiv. Det kan bidra til at familien kommuniserer bedre med hverandre, som igjen kan fordre trygghet i familien og fremme forutsetningene for Åsa sin utvikling (Bergem, 2018, s. 231). Helsearbeideren bør inneha positive forventninger i forkant av møte med barnet som pårørende og i tankesettet rundt den familie-fokuserte praksisen (Mazzucchuelli & Ralph, 2019, s. 133). Dette støttes av Bath (2015, s. 7) som formidler at barn har behov for positive opplevelser i møte med voksne. Å involvere barn i familiens situasjon og lidelse kan være utfordrende, men det er også nødvendig, sett fra et forebyggende resiliens-perspektiv med fokus på bedring og helse. I lys av familiemodellen skal den familiefokuserte praksisen som utføres være en ikke-dømmende prosess (Hoadley et al., 2017, s. 184). Familiesamtalen med foreldrene, Åsa og psykisk helsearbeider gir rom for trygghet. Psykisk helsearbeider gir Åsa mulighet for å bli sett og møtt med sine utfordringer (Hart, 2017, s. 220). Samspillet fordrer en gjensidig relasjon mellom Åsa og psykisk helsearbeider, der den psykiske helsearbeideren står med ansvaret i familiesamtalen (Hart, 2017, s. 221). Å inneha kompetanse, erfaring og forståelse for den enkeltes spesielle behov, er nødvendig i arbeidet med Åsa. For å kunne lykkes med denne familie-fokuserte praksisen, vil blant annet profesjonell samhandling og en utvikling av felles verdier veie tungt. Det å lære Åsa å bli bevisst sine følelser, forstå foreldres problem og finne aktuelle mestringsstrategier kan være forebyggende tiltak for barn av foreldre med psykisk lidelse (Halsa & Aubert, 2016, s. 68-69).

5.6.1 Foreldresamarbeid.

Kalkylen av familiemodellen er å møte hverandre i en ikke-dømmende setting, hvor ingen skal gi hverandre skyld. Modellen oppnår god effekt i den familiefokuserte samtalen når alle får samme informasjon, både familien og psykisk helsearbeider. Med utgangspunkt i familiemodellen vil målet om en realistisk og gjennomsiktig samtale med åpen kommunikasjon kunne oppstå (Hoadley et al., 2017, s. 187-191). Helsearbeideren bør bevisst egen evne til å kommunisere med Åsa og familien. Dette vil i stor grad påvirke familiens kapasitet for en felles forståelse. Sammen vil dette fordre en ytterligere forståelse rundt Åsa og hennes utvikling av selvregulering. Helsearbeiders egenskaper til å formidle informasjon rundt familiemodellen, vil ha en effekt på familiens opplevelse av denne måten å gjennomføre en familiesamtale på (Hoadley et al., 2017, s. 192-193).

Foreldresamarbeid er et ledd i det forebyggende arbeidet med barn (Halsa & Aubert, 2016, s. 82). For det første er det et komplisert felt hvorpå helsearbeiders kompetanse stadig utfordres

ved nye familier med nye problemer og behov. Det å presse foreldre for å få barna til å delta, vil kunne bli utfordrende dersom foresatte mener forebyggingen har liten verdi. For det andre vil fokus på godt foreldresamarbeid, tillit og opprettelse av en relasjon mellom foreldre og helsearbeidere være grunnleggende (Halsa & Aubert, 2016, s. 82). Dette kan på flere måter sees på som et forebyggende tiltak, som igjen vil bidra til å forhindre at barnet utvikler problemer (Halsa & Aubert, 2016). Samtalen mellom psykisk helsearbeider og mor i forkant, kan skape motivasjon til familiesamtalen. Dette vil gi mulighet for å trygge foreldrene, og heller kunne skape positive forventninger. Psykisk helsearbeider bør jobbe for å unngå å sette barnet i noen form for lojalitetskonflikt ovenfor foreldrene (Bergem, 2018, s. 215). Helsearbeideren skal i denne situasjonen bidra til å skape et trygt rom hvor familiens medlemmer skal være åpne og ærlige med hverandre. Ifølge Hart (2017, s. 228) kan det oppstå lojalitetskonflikt for Åsa dersom foreldrene er negative til familiesamtalen. For Åsa kan det bli vanskelig å åpne seg, uten at foreldrene bidrar endre denne negative holdningen til familiesamtalen. Det kan være lettere for Åsa å åpne seg når foreldrene samarbeider mot en felles opplevelse av bedring (Hart, 2017, s. 228).

Tilnærmingen gjennom familiemodellen fokuserer på empati og forståelse hos alle parter i familien, og målet blir også at foreldre forstår mer av Åsa sin opplevelse. Barn får med seg mye mer enn det voksne tror (Bergem, 2018, s. 211). Foreldens lidelse kan påvirke evnen til å være foreldre og dermed ha en faktor i interaksjonen med Åsa. Familiemodellen skaper rom for å illustrere familiens risikofaktorer og styrker, samt hver enkelt av familiens medlem og deres kvalitet og utfordringer. På denne måten skrives dette ned, enten på et whiteboard eller papir for å skape forståelse blant alle som er med i samtalen. Dette skaper et visuelt bilde av hvordan familien er sammensatt som en helhet med sine utfordringer og relasjoner (Hoadley et al., 2017, s. 184-185).

5.6.2 Anerkjenne følelser.

Reguleringsstøtte gjennom samtale og egen erfaring vil kunne skape et trygt rom (Haugland & Nordanger, 2015, s. 165-166). Åsa er avhengig av at hun blir møtt med innsikt og ivaretagelse. Uten disse faktorene vil opplevelsen av familiesamtalen kunne ha negativ innvirkning i Åsa sin hverdag og i hennes liv (Helsedirektoratet (2017). Når psykisk helsearbeider er bevisst kan en forberede seg med refleksjoner i forkant. Dette fordi kunnskap og refleksjoner rundt Åsa og familiens situasjon vil kunne skape en åpen dialog, som igjen vil åpne for trygghet for alle parter (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 9). Åsa kan ha tanker om

skam, og forklaringer på lidelse og symptomer hos mor kan bidra til å forhindre eller minske disse tankene (Bergem, 2018, s. 63). Når helsearbeideren fokuserer på å unngå at Åsa skal kjenne på følelsen av stigma og skam, vil det forhåpentligvis være mindre belastende og lettere å åpne seg opp (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 9). Dette er følelser Åsa og hennes foreldre kan kjenne på i slik situasjon, men også på grunn av familiemedlemmet som er innlagt. For å kunne bidra til å unngå, og videre anerkjenne følelsene stigma og skam, er det viktig at psykisk helsearbeider møter familien ved å alminneliggjøre psykiske lidelser og ved å skape åpenhet fra første stund (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 9). Halsa & Aubert (2016) formidler at skam og skyld vil være følelser som kan utfordre Åsa sin regulering negativt. På en side vil anerkjennelse av Åsa sine følelser bidra til å støtte familien og derfor virke regulerende (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 9). Når psykisk helsearbeider anerkjenner familien og deres utfordringer vil det videre skape løsninger og erfaringer knyttet til reguleringsstøtte for Åsa. På den annen side kan foreldrene få veiledning og rådføring til å bidra ytterligere slik at Åsa selv kan få erfaringer til å regulere aktiveringen i sitt toleransevindu.

5.6.3 Kommunikasjonsevner og dialog med helsesykepleier.

Psykisk helsearbeider og helsepersonell generelt har et spesielt ansvar ovenfor barn som er pårørende av forelder med psykisk lidelse. Jobben med å møte barnet og gi Åsa den informasjonen hun har behov for, er viktig for barnets videre utvikling (Bergem, 2018, s. 230). Informasjonen som gis favner kommunikasjonsevner som å lytte til individets behov og skape en arena for trygg relasjon som er gunstig for barnet. Kompetanse hos helsearbeidere kan tilegnes gjennom veiledning og erfaring og gjennom systematisk arbeid over tid (Halsa & Aubert, 2016, s. 86). Det anbefales å tilby familiene familiefokuserte intervensjoner. Dette inkluderer møter med samtaler som har forebyggende effekt på utvikling av problemer hos barn, men også styrker foreldrekompetansen. Betydningen av familieperspektivet og samarbeid er kvaliteter i møte med mennesker med psykiske lidelser (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 15). På en side kan familiesamtalen åpne for at Åsa trenger samarbeid med helsesykepleier på sin skole for oppfølging og bli ivaretatt av helsepersonell. Det er lovpålagt at helsepersonell skal samarbeide med annet helsepersonell for å kunne ivareta barnets beste (Helsepersonelloven, 1999). Helsesykepleier kan i dialog med barneansvarlig og foresatte samarbeide for å observere og kartlegge ulike utfordringer hjemme og på skolen. Et samarbeid om tiltak som tidlig intervensjon, samt riktig- og langsiktig oppfølging kan bidra til å forebygge utvikling av både adferds-, sosiale- og psykiske vansker hos barn som pårørende

(Helsedirektoratet, 2007). Dette samarbeidet kan på mange måter fremme åpenhet rundt følelser i samtaler og derav kunne ha en selvregulerende effekt over tid. Dette vil kunne være forebyggende i seg selv. På den annen side kan det oppleves skremmende for Åsa å åpne seg til flere samtidig. Det kan derfor være av betydning å bli trygg på en instans sammen med familien, før en tar dette i fellesskap og åpner dialog med helsesykepleier eller BUP. Psykisk helsearbeiders kommunikasjonsevner vil være av betydning av familiens opplevelse av familiesamtalen (Hoadley et al., 2017, s. 192-193).

5.7 Hvordan kan kompetanse hos psykisk helsearbeider være regulerende?

I lys av et reguleringsperspektiv kan vedvarende lav terskel for å bli hyporegulert være et symptom på at det nevrale reguleringssystemet kan være noe underutviklet (Haugland et al., 2012, s. 11-13). Slike tegn kan være en styrke for psykisk helsearbeider å ha med seg, og det er ikke gitt at Åsa sitt nevrale reguleringssystem er underutviklet, men det kan bidra til å skape et bilde av Åsa sine utfordringer. Når psykisk helsearbeider innehar denne kompetansen vil det gi en forståelse av hvorfor Åsa reagerer. Ved å møte Åsa gjennom flere familiesamtaler, og gi Åsa og familien verktøy og trygge samtalerom til å håndtere det høye aktiveringsnivået er det muligheter for at situasjonen bedres. Et reguleringsperspektiv kan bidra til at psykisk helsearbeider kan forstå Åsa i en større sammenheng. Ved å samtidig inneha et salutogent resiliensperspektiv vil psykisk helsearbeider se Åsa i lys av disse perspektivene (Haugland et al., 2012, s. 11-13). Når psykisk helsearbeider innehar flere perspektiver, vil dette være av betydning for Åsa og familien (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238). Dette forutsetter at psykisk helsearbeider ikke ser seg blind på andre synspunkter og problemstillinger.

5.7.1 Kompetanse på seg selv.

Arbeid med barn avhenger av at psykisk helsearbeider har evne til etisk refleksjon (Halsa & Aubert, 2016). Dersom psykisk helsearbeidere er usikker angående kommunikasjon med barn, bør den enkelte søke veiledning hos barneansvarlig eller andre kollegaer for å kunne videreutvikle egne evner (Helsedirektoratet, 2017). Med erfaringer fra praksis ser jeg at barn som selv ser den gode relasjonen mellom psykisk helsearbeider og foreldre, har lettere for å åpne seg og ha tillit til denne personen. Samtidig så er det ikke alle mennesker eller psykisk helsearbeidere som har tilstrekkelig sensitivitet til å kunne fange opp den andres følelsesmessige behov. Nedlatende og bedrevitende holdninger, eller liten evne til å vise

interesse for den hjelpetrengende kan være uheldig. Det kan være gunstig å gripe inn og påpeke dette ovenfor kollega (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 231-234).

Psykisk helsearbeiders situasjon kan være med på å påvirke ens mentale tilstedeværelse. Store belastninger eller utfordringer i eget liv, kan ha innvirkning på hvordan en får vært tilstede for Åsa og familien. Om en har det bra i livet vil evnen til å være fullt og helt tilstede forbedres. Det å ta tak i egne utfordringer vil derfor være nyttig. Når en selv har bearbeidet egne livserfaringer, vil dette senere kunne bli en ressurs i form av egen erfaring av regulering av aktivering i møte med mennesker i sårbar situasjon (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 231-234).

Psykisk helsearbeiders evne til å reflektere over egen praksis og å være åpen og kapabel til å sette ord på egne styrker og svakheter, uten å kritisere seg selv, vil kunne bidra i utviklingen til bedre selvregulering. Videre så er det viktig å ha styrke til å be om hjelp og støtte fra kollegaer. Tilbakemeldinger og refleksjoner på egen praksis vil kunne utvikle egen kompetanse (Mazzucchuelli & Ralph, 2019, s. 133). I følge Bergem (2018, s. 216) kan det være situasjoner der det er naturlig at psykisk helsearbeider kjenner en form for innvendig motstand i forkant av familiesamtalen. Ved slike tilfeller kan det å reflektere over egne tanker, og bakgrunnen til tankene, være hensiktsmessig. Det kan også være nyttig også her, å innlede en samtale med kollega. Det å sette ivaretagelsen av barnet som en prioritet er viktig (Bergem, 2018, s. 216).

5.7.2 Reguleringsstøtte av kollega.

I en avdeling i spesialisthelsetjenesten vil psykisk helsearbeider ha gode muligheter for å søke veiledning hos kollega. Dette fordrer tillit i relasjonen til kollega, og av egen erfaring, at det er rom for å spille hverandre gode ved å evaluere og rådføre hverandre i arbeidsmiljøet. Et godt arbeidsmiljø som skaper tillit vil kunne fordre kompetanseheving. Tilliten blant kollegaer vil kunne bidra til å utvikle selvregulering hos psykisk helsearbeider i form av diskusjon og veiledninger (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238). Det er flere psykisk helsearbeidere som oppfatter sin egen kompetanse til å være begrenset til voksnes psykiske helse (Reedtz & Lauritzen, 2015, s. 233). Det kan derfor være nyttig for flere på arbeidsplassen å åpne opp for diskusjon av familiesamtaler og evaluering av gjennomføringer. For det første burde psykisk helsearbeider ha tillit til at kollega gir konstruktiv veiledning uten å såre eller bryte ned den andre. For det andre kan dette være krevende for den det gjelder i frykt for å bli såret eller følelsesmessig bli brutt ned (Aubert & Bakke, 2008, s. 144).

Til tross for at psykisk helsearbeider kan ha ulik innstilling i forbindelse med å søke veiledning vil alle mennesker ha ulik sårbarhet og ulike regulering. I lys av et reguleringsperspektiv kan det være fruktbart at psykisk helsearbeider er klar over ulikhetene og er menneskelig i psykisk helsearbeiders tilstedeværelse i samtale og evne til selvregulering (Aubert & Bakke, 2008, s. 144).

Ved veiledning mellom psykisk helsearbeidere, fordrer det at psykisk helsearbeider åpner opp for egne svakheter og sårbarheter. Dette fordrer at kollega som skal veilede også tar imot dette, da aktiveringen kan påvirkes, og videre støtter opp den andre (Aubert & Bakke, 2008, s. 144). På denne måten kan begge to lære av veiledningen og sammen komme sterkere tilbake med nye refleksjoner, slik at den indre roen og reguleringen er mer stabil i toleransevinduet. Dette krever trygghet og åpenhet av både den som søker veiledning og gir veiledning. For å kunne lære gjennom veiledning, er verdighet sentralt. Det er viktig å både beholde sin egen verdighet og la andre bevare verdigheten sin. Samtidig vil anerkjennelse være et grunnlag for erkjennelse, slik Bae og Waastad (Aubert & Bakke, 2008, s. 144) beskriver ”Erkjennelse handler om å gå i seg selv og ta inn sider ved seg selv som kanskje ikke er så behagelig” (Aubert & Bakke, 2008, s. 144). Når psykisk helsearbeider verdsetter mennesket vil det ha en støttende effekt i relasjonen. Denne egenskapen vil kunne oppleves som en varm aksept og er virkningsfull (Duncan, 2012, s. 164).

5.7.3 Kjenne egne grenser.

Kunnskapen rundt risiko og belastning hos barn og unge er stor. Dette fordrer en viss forventning når psykisk helsearbeider, møter barn som pårørende i en familiær situasjon. Selv med forventinger til psykisk helsearbeider, er det ikke alltid evnen til gjennomføring for å hjelpe og støtte barnet strekker helt til (Halsa & Aubert, 2016). Psykisk helsearbeider har også behov for å bli ivaretatt. Faren for å bli utbrent er tilstede når man jobber i personlig krevende eller stressende situasjoner over tid. Utbrenthet kan forekomme dersom en strekker seg for langt i forhold til egne grenser (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238). En annen utfordring kan være kapasitet, mange kan kjenne seg overbelastet med arbeid, og at de derfor ikke har energi til å identifisere og støtte barnet som pårørende (Reedtz & Lauritzen, 2015, s. 233). Ønsket om å være til hjelp bør kunne balanseres med behovet for å sette grenser for seg selv. Om en ikke får dette til, kan det være utfordrende å bevare engasjementet og overskuddet som er avgjørende for å utføre en god jobb. Dette kan føre til at det er Åsa og familien det går utover. En balanse mellom omsorgen for andre og rom for egenomsorg fremmer utholdenhet i

yrket over tid (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238). Den enkelte psykisk helsearbeider har selv ansvar for å ivareta seg selv. Denne ivaretakelsen fremmer overskuddet for å kunne være en god hjelper for barn som pårørende over tid. For å forebygge slitasjen i en krevende jobb som innebefatter krevende liv, er det noen holdepunkter som kan være lønnsomt å ta med seg. Humor i arbeidet med kollegaer kan brukes som mestring og spenningsutløsning (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238).

Når psykisk helsearbeider er bevisst på grunnleggende faktorer som egen restitusjon og får nok søvn, vil dette fremme egen evne til selvregulering. Det vil også fremme egen mestring av stress eller aktivering som forekommer i hverdagen. Stressmestringsmetoder kan være aktuelt for å takle eller regulere både tanker og følelser. Det kan være hensiktsmessig å bruke egen evne til refleksjon og bruke egne kollegaer for støtte i sin situasjon (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238). Psykisk helsearbeider har godt av å kjenne på opplevelsen av personlig vekst, modning og berikelse av eget liv. Dette kan skape selvtillit hos psykisk helsearbeider, samtidig som evner til selvregulering kan styrkes. Når disse faktorene er til stede hos psykisk helsearbeider, vil det kunne gi muligheten til å gi Åsa reguleringsstøtte (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238).

5.7.4 Faglig og etisk kompetanse.

Det er mange situasjoner som oppstår i arbeidslivet innen psykisk helse, der en som yrkesutøver ikke har et konkret svar på hvordan situasjonene skal løses. I slike situasjoner kreves mer enn kun den teoretiske tyngden (Gjerberg, Lillemoen, Førde & Molewijk, 2017, s. 321-322). Det å kunne reflektere over egne handlinger, tanker og følelser, vil i mange situasjoner være nyttig. Samtidig kan det bidra til å regulere seg selv (Nordanger & Braarud, 2017, s. 56-57). En økt etisk kompetanse vil kunne ha positiv effekt på både pasienter og ansatte på den gitte arbeidsplassen. Liten oppfølging av etiske dilemmaer vil kunne medføre blant annet utbrenthet og moralsk stress blant de ansatte (Gjerberg et al., 2017, s. 323). I vanskelige kliniske situasjoner er det ikke alltid kun én riktig løsning. For å ta gode beslutninger vil refleksjon kunne bidra til hva som er godt før og under gjennomføringen av en handling, og dette fordrer også en faglig utvikling. Ved ikke å bruke refleksjonen som et verktøy til bedre handlingsgjennomføring, kan det utvikles utfordringer i problemforståelsen. Faglig og etisk refleksjon kan i etterkant bidra til økt kompetanse og mulighet for å komme seg videre (Førde, Nortvedt, Pedersen & Hem, 2017, s. 52).

6.0 AVSLUTNING

For å forstå Åsa sin atferd gjennom et reguleringsperspektiv, kan det også fordre økt refleksjon og bevissthet på selvregulering hos psykisk helsearbeider (Nordanger & Braarud, 2017 s. 84-85). Psykisk helsearbeiders evne til å heve kompetanse på hvordan reguleringsstøtte virker på Åsa, og samtidig viktigheten av å være i toleransevindu, gir økt forståelse som vil kunne være fruktbart i møte med Åsa (Nordanger & Braarud, 2017, s. 38-40). En god differensialdiagnostisk vurdering er viktig for å jobbe ut fra et reguleringsperspektiv. Forståelsen av Åsa sine belastninger og tidligere erfaringer, og samtidig kunne vedkjenne seg tegn på hypoaktivering og hyperaktivering vil kunne være styrkende for at psykisk helsearbeider kan bidra til reguleringsstøtte for Åsa (Hart, 2017, s. 56). Når Åsa får reguleringsstøtte og veiledes til toleransevinduet sitt, vil den optimale aktiveringssonen igjen skape oppmerksomhet (Nordanger & Braarud, 2017, s. 48-49). Åsa kan benytte seg av sansestimulering som en regulator. Denne sansestimuleringen kan med god hensikt innføres som en rutine både hjemme og på skolen (Nordanger & Braarud, 2017, s. 161-163). Toleransevindu-modellen vil også være av betydning når Åsa kan forstå bakgrunnen til egne reaksjoner (Nordanger & Braarud, 2017, s. 183). Psykisk helsearbeiders tilstedeværelse, både verbalt og fysisk, samt evne til kommunikasjon vil skape trygghet i møte med Åsa (Hoadley, et al., 2017, s. 192-193; Bath, 2015, s. 7). Kompetanse på samtale med barn som pårørende, og kompetanse på hjerneutvikling vil bidra til å hindre følelsen av vegring hos psykisk helsearbeider (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 11-12; (Reedtz & Lauritzen, 2015, s. 233). Dette kan ha en salutogen virkning på utviklingen hos Åsa (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 9).

Når Åsa får reguleringsstøtte gjennom veiledning og informasjon gir det Åsa en mulighet til å selv forstå sammenhengen av hvorfor mor har det vanskelig. Denne forståelsen kan bidra til at situasjonen skaper opplevelse av mening. Denne individuelle opplevelsen og erfaringen av mening og sammenheng kan bidra til at Åsa danner en egen forståelse av situasjonen (Halsa & Aubert, 2016, s. 68-69). Denne opplevelsen av OAS vil tilstrebes i håp av å øke Åsa sin resiliens, som for eksempel for å være bedre rustet og motstandsdyktig mot eventuelle psykiske plager eller vansker senere i livet (Antonovsky, 1996).

Implikasjoner for psykisk helsearbeiders rolle og tilnærming vil i hovedsak være å evne å jobbe med selvregulering for å holde seg regulert, og øke etisk og faglig kompetanse. For når psykisk helsearbeider kjenner seg dysregulert, hjelper det ikke å regulere andre (Nordanger & Braarud, 2017, s. 155-156). Slik påvirkes vi av hverandre, og derfor vil kollegaveiledning og tillit til kollega ha betydning i arbeidet med barn som pårørende (Hart, 2017, s. 19). Det vil være hensiktsmessig å stille opp med veiledning til kollegaer. Dette samarbeidet mellom kollegaer og å være hverandres reguleringsstøtte vil også fordre hver enkeltes evne til å kunne bidra til å regulere barn som pårørende i familie-fokusert samtale (Førde et al., 2017, s.52). Det kan være avgjørende at psykisk helsearbeider har selvtillit i møte med familien og barnet som pårørende (Maybery et al., 2012, s. 141). Dette fordrer at psykisk helsearbeider utviser og bevarer trygghet og ro i møte med familien (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238). Samtidig vil refleksjoner på egen praksis og kollegaveiledning også kunne utvikle egen kompetanse (Mazzucchuelli & Ralph, 2019, s. 133). Ved at psykisk helsearbeider anvender kompetansen på seg selv for å regulere egen aktivering, vil kunne bidra til at familiesamtalen med barn som pårørende gir erfaring som er verdifull i arbeidet videre. Familiesamtalen skal kunne bidra til åpenhet i familien, samt lik og tilpasset informasjon (Falkov, 2012). Dette vil i seg selv kunne være en regulerende faktor, der Åsa kan forstå at følelsene av skyld og skam er helt normalt med hennes belastninger (Haugland et al., 2012, s. 11-13). Åpenhet og økt kompetanse om regulering og samspill i dialogen med Åsa, vil styrke erfaringer og sammenheng for både Åsa selv og den psykiske helsearbeideren (Maybery et al., 2012, s. 143). Åsa trenger tillit og forståelse for sin situasjon. Dette grunnlaget for empati hos psykisk helsearbeider vil utvise respekt og imøtekommenhet (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 231-234).

Å anvende et reguleringsperspektiv med en kritisk tilnærming, vil unngå å utelukke anvendelsen av flere perspektiv. Det å inneha flere perspektiv og ha en kritisk tilnærming til ulike perspektiv kan bidra til å se situasjonen fra flere sider (Thuen & Dyregrov, 2016, s. 235-238). En reflekterende holdning til et reguleringsperspektiv kan åpne for flere muligheter for barnet som pårørende til forelder med psykisk lidelse. Gjennom denne oppgaven sitter jeg igjen med refleksjoner rundt reguleringsperspektivet og regulerende verktøy som jeg vil ta med meg i fremtidige møter med barn som er pårørende, pasienter og kollegaer. Denne bevisstgjøringen av egen aktivering og eget toleransevindu kan skape utfordringer og kunne gi erfaringer det er verdt å ha med seg videre.

LITTERATURLISTE

Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion.* Oxford University Press, 11(1), 11-18.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aubert, A-M. & Bakke, I. M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse – Nøkler til forståelse og rom for læring.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bath, H. (2015). The three pillars of traumawise care: Healing in the other 23 hours. *Reclaiming Children and Youth,* 23(4), 44-46.

Bergem, A. K. (2018). *Når barn er pårørende.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bøe, D.T. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk.* Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Duncan, B. (2012). *Bli en bedre terapeut.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Falkov, A. (2012). *The family model handbook: An integrated approach to supporting mentally ill parents and their children.* East Sussex: Pavilion Publishing and Media.

Førde, R., Nortvedt, P., Pedersen, R. & Hem, M. H. (2017). Skjønn, usikkerhet og ydmykhet I psykiske helsetjenester. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s.41-53). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R. & Molewijk, B. (2017). Systematisk refleksjon over etiske problemstillinger. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 320-353). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 185-201). Oslo: Abstrakt forlag.

Halsa, A. & Aubert, A.-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. *Fokus på familien 44* (1), 2016, 67-88. https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06

Hart, S. (2017). *Den følsomme hjernen.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugland, B. S. M., Bugge, K. E., Trondsen, M. V. & Gjesdal, S. (Red.). (2015). *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 13-23) Bergen: Fagbokforlaget

Haugland, B. S. M. & Nordanger, D. Ø. (2015). Utviklingstraumer som forståelsesramme for tiltak for barn av rusmisbrukere. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdal (Red.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 159-170). Bergen: Fagbokforlaget

Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (Red.). (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag.

Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

Hoadley, B., Smith, F., Wan, C. & Falkov, A. (2017). Incorporating Children and Young People´s Voices in Child and Adolescent Mental Health Services Using The Family Model. *Social Inclusion 5* (3), 2017, 183-194. DOI: 10.17645/si.v5i3.951

Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011) *Doing Your Literature Review: Traditional and Systematic Techniques.* London: Sage publications.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* 4.utg. Oslo: Abstrakt forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kraft, P. (2014). *Selvregulering: Om endring av atferd og vaner i det moderne samfunnet.* Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget.

Maybery, D., Goodyear, M. & Reupert, A. (2012). The family-focused mental health practice questionnaire. *Archives of Psychiatric Nursing 26* (2), 135-144. https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.apnu.2011.09.001

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi.* Bergen: Fagbokforlaget

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61

Torvik, F. A & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser.* Rapport 4. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Thuen, F. & Dyregrov, K. (2016). Krevende liv, krevende jobber. I K. Underlid, K. Dyregrov & F. Thuen (Red.), *Krevende livserfaringer og psykisk helse (s. 231-238).* Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Reedtz, C. & Lauritzen, C. (2015). Å se og ivareta barn av psykisk syke foreldre. Utfordringer i psykisk helsevern for voksne. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdal (Red.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 229-237). Bergen: Fagbokforlaget