

Kandidatnummer: 7116

BSOBAC 3 – Bachelor med forskningsmetode

Bacheloroppgave

Å vokse opp med foreldre som er psykisk syke



Universitetet
i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Bachelor i sosialt arbeid

Universitetet i Stavanger Mai 2022

Kandidatnummer: 7116

Antall ord: 10849

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	4
1.3 Begrepsavklaringer	5
1.3.1 <i>Psykisk helse</i>	5
1.3.2 <i>Psykisk sykdom/lidelser</i>	5
1.3.3 <i>ROP-lidelse</i>	6
1.3.4 <i>Risiko</i>	6
1.4 Formål med oppgaven	7
2.0 Faglig kunnskap	8
2.1 Tilknytningsteori.....	8
2.2 Resiliens.....	9
2.3 Beskyttelses og risikofaktorer.....	10
2.4 Omsorgssvikt	13
2.5 Barn som pårørende	14
2.6 Lovendring	14
3.0 Metode	16
3.1 Valg av metode	16
3.2 Litteraturstudie som metode	16
3.3 Søkeprosessen.....	17
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
3.5 Analyse ved hjelp av oversiktstabell	18
3.6 Studiens troverdighet	20
4.0 Presentasjon av funn	22
5.0 Drøfting av funnene	25
5.1 Forskningsspørsmål- Hvordan forebygge risiko hos barn med psykisk syke foreldre?	25
5.1.1 <i>Mangel på informasjon til barna</i>	25

5.1.2	<i>Gruppetilbud</i>	25
5.1.3	<i>Tabubelagt</i>	26
5.2	Forebyggende arbeid.....	26
5.2.1	<i>Tidlig forebyggende intervensjon</i>	27
5.2.2	<i>Helsepersonelloven</i>	27
5.3	Forskningsspørsmål - Er det sammenheng mellom det å være pasient og å ha en forelder med en psykisk lidelse?	28
5.4	Forskningsspørsmål - Hvordan forhindre at barn blir pårørende?.....	30
5.4.1	<i>Kunnskap og kompetanse som profesjonell</i>	30
5.5	Hvordan blir barna påvirket av foreldrene?	31
5.6	Foreldrefungering	32
6.0	Avslutning	33
7.0	Litteraturliste	35

1.0 Innledning

Barn og unge er hele tiden i utvikling og er derfor veldig sårbare for alt som skjer rundt dem. Noen barn er mer motstandsdyktige til det som skjer rundt dem og kan tåle opplevelser og miljøer som vil være tungt for andre barn og håndtere. Det finnes ulike faktorer som er med på å påvirke oppveksten til barna. En av faktorene som spiller en stor rolle i oppveksten til barna er foreldrene. Dersom foreldrene til barna er syke kan dette oppleves som en risikofaktor for barna og gi konsekvenser for barnas psykiske helse. Det å vokse opp med foreldre som er psykisk syke kan gi belastninger for barna. De er i utgangspunkt ikke behandlingstrengende, men oppveksten til barna vil være preget av flere risikofaktorer (Halsa & Aubert, 2016, s. 68).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har alltid vært nysgjerrig på utviklingen av barn og unge og gjennom studiet hadde vi undervisning om dette. Det er mye som kan påvirke utviklingen og oppveksten, blant annet risiko- og beskyttelsesfaktorer. Dette gjorde meg mer interessert for barns psykiske helse og fikk meg til å tenke på at en av faktorene kan være å vokse opp med foreldre med en psykisk sykdom. Dette ville jeg lære mer om. Jeg ville finne mer kunnskap om dette temaet og det er nettopp derfor det ble temaet for denne oppgaven.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Et stort antall barn og unge i Norge opplever å bo sammen med foreldre som er psykisk syke, men hvordan påvirker dette barnas psykiske helse? Dette er noe som har fått større oppmerksomhet de siste årene og jeg vil gjerne tilegne meg mer kunnskap om dette temaet.

Problemstillingen min blir derfor: Hvordan blir barnas psykiske helse påvirket av foreldre som er psykisk syke?

Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg noen forskningsspørsmål jeg ønsker å svare på underveis i oppgaven. Disse er:

- Hvordan forebygge risiko hos barn med psykisk syke foreldre?
- Er det sammenheng mellom det å være pasient og å ha en forelder med en psykisk lidelse?
- Hvordan forhindre at barn blir pårørende?

Det første spørsmålet har jeg lurt på helt siden jeg fant problemstillingen min. Det er stort fokus på å hjelpe pasienter med psykiske lidelser, men jeg lurte på hvordan det påvirket barna og at de også kan trenge hjelp. Forebygging er viktig da dette kan føre til at en unngår skade og sykdom. Den andre spørsmålet syns jeg var spennende da jeg lurte på om det å være pasient kunne sees i sammenheng med det å ha forelder med psykiske lidelser og hvordan dette påvirket hverandre. Det tredje spørsmålet fikk jeg da jeg leste meg opp på temaet og skjønnte hvor mange barn som er omsorgsgivere.

1.3 Begrepsavklaringer

Jeg har valgt å ha med en begrepsavklaring for å definere noen relevante begreper som vil bli brukt ofte i denne oppgaven. Disse begrepene avgrensner problemstillingen jeg har valgt.

1.3.1 Psykisk helse

Psykisk helse blir definert på ulike måter. En definisjon som er mye brukt i Norge beskriver psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (Andersen, 2021).

Helsen vår sier noe om hvordan vi har det, om vi er friske eller syke. Vi skiller mellom fysisk og psykisk helse, men disse påvirker hverandre. Den fysiske helsen handler om den kroppslige helsen. Den psykiske helsen handler om psyken, tankene og følelsene våre. Det handler om det som skjer inni oss. Alle har en psykisk helse og den kan bli påvirket på både godt og vondt (Steigum, 2021). Det å ha god psykisk helse kan forstås på forskjellige måter, men det handler kort fortalt om å ha det bra med seg selv. Å ha fravær av psykiske lidelser styrker den psykiske helsen.

1.3.2 Psykisk sykdom/lidelser

En psykisk lidelse handler om at tilstanden tilfredsstillter kriteriene i det internasjonale diagnosesystem (Lande, 2000, s. 11). Det er forskjell på det å ha psykiske lidelser og psykiske plager. Det er viktig å skille mellom psykiske lidelser som kan ha en funksjonsnedsettelse og psykiske plager som de fleste mennesker i perioder vil oppleve (Lande, 2000, s. 12). Psykiske plager er tilstander som oppleves av og til, men ikke alltid. Det kan oppleves som belastende, men ikke i stor nok grad til at det blir stilt en diagnose.

Psykiske lidelser er sykdommer som påvirker tankene og følelsene våre. Tilstanden er så belastende at det blir stilt en diagnose. Det å være psykisk syk påvirker livskvaliteten og reduserer funksjonen i dagliglivet. Personer med psykiske lidelser opptrer forskjellig, noen kan fungere relativt godt i hverdagen, mens andre kan falle ut av arbeidslivet. Å være psykisk syk vises ikke på samme måte som om man har brukket en fot. Mange som har fått en diagnose på at de har en psykisk lidelse, vil ikke nødvendigvis oppfattes som syk for andre (nhi, 2021). De vanligste lidelsene er angstlidelser og depresjon.

1.3.3 ROP-lidelse

Det er ofte en sammenheng mellom det å ha en ruslidelse og en psykisk lidelse. Begrepet rus og psykisk lidelse, forkortet til ROP, blir brukt om personer som har minst to selvstendige lidelser samtidig, både en psykisk lidelse og en ruslidelse (Evjen & Øiern, 2018, s. 24). Det å ha en ruslidelse og en psykisk lidelse fører for mange til funksjonsnedsettelse med konsekvenser for seg selv, men kan også gi konsekvenser for pårørende og nettverk. Mange i denne gruppen faller utenfor behandlingstilbudene og må vente lengst på behandling. Flere blir avvist, da personer med ROP-lidelser stiller store krav til samhandling på tvers av avdelinger og etater (Evjen & Øiern, 2018, s. 24).

1.3.4 Risiko

Det finnes ulike definisjoner av begrepet risiko. Risiko handler om noe ubehagelig, noe vi gjerne ønsker å unngå. Risiko kan forstås som fare, tap, påkjenninger eller ansvar avhengig av hvilken sammenheng det brukes i. Det finnes ulike typer risiko og det kan karakteriseres på mange måter som for eksempel alvorlighetsgrad, dose, om typen risiko er akutt eller kronisk eller om risiko er spesifikt relatert til alder, kjønn, intelligens, omgivelser og mer (Borge, 2018, s. 68).

Man kan dele risiko inn i tre grupper: individuell risiko, familiebasert risiko og samfunnsmessig risiko. Individuell risiko handler om at samme type risiko kan virke forskjellig inn på det enkelte barnet, da alle barn er forskjellige. Temperament, personlighet og biologiske forhold som genetikk, alder og kjønn er eksempler på individuell risiko. Alle barn, uansett om de har høy eller lav IQ, er sårbare for risiko og stress. Barns temperament og personlighet kan påvirkes ved at for eksempel ekstrem sjenerthet kan skape sosial isolasjon og videre øke faren for å utvikle psykiske problemer (Borge, 2018, s. 70).

Familiebasert risiko handler om de voksne og dere foreldrerolle. Helseproblemer, alkoholmisbruk, disharmoniske ekteskap, hyppige alvorlige krangler, mangler evnen til å oppdra og sette grenser for barna, omsorgssvikt og mishandling er eksempler på denne typen risiko. (Borge, 2018, s. 72). Dette er risikofaktorer som kan oppstå i hverdagen. Over lengre tid blir det en belastning som kan føre til negative virkninger. Familierisiko er sammensatt, komplisert og varierer med miljø og kulturbakgrunn (Borge, 2018, s. 72).

Samfunn og kultur preget av fattigdom representerer en form for samfunnsmessig risiko for flere barn (Borge, 2018, s. 73). Naturskapte og menneskeskapte katastrofer utgjør en type samfunnsmessig risiko. Terrorangrep, skyteepisoder og ulykker med utslipp fra atomkraftverk er eksempler på menneskeskapte katastrofer. Ras, flom, skogbrann, jordskjelv og vulkanutbrudd er eksempler på naturskapte katastrofer. Stor fattigdom er en risiko for mange familier og påvirker barns oppvekstkår. Dersom vi tenker på forekomsten av barn med psykiske forstyrrelser, skaper det å vokse opp i en storby mer risiko enn det å vokse opp på landet. Disse forskjellene handler mer om at det er flere problemfylte familier i byene enn på landet. Det er altså familierisikoen som gir utslag, ikke byen (Borge, 2018, s. 74).

1.4 Formål med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å få frem hvordan den psykiske helsen til barn blir påvirket av å ha foreldre som er psykisk syke. Dette temaet er noe som har fått større oppmerksomhet de siste årene og det er blitt et viktig tema og snakke om. Som sosionom er det viktig å ha kunnskap og kjennskap til hvordan barna blir påvirket og hvordan en kan forebygge dette.

2.0 Faglig kunnskap

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg teori jeg mener er relevant for å svare på problemstillingen min. Jeg skal bruke Bowlby's tilknytningsteori fordi den fremhever hvor viktig tilknytningen mellom barn og foreldre er de første leveårene for at barnet skal få en normal utvikling.

2.1 Tilknytningsteori

Begrepet tilknytning er først og fremst knyttet til Bowlby's navn. Tilknytningsteorien er i hovedsak John Bowlby's verk og består av tre bind. Den første er tilknytning som handler om hvorfor og hvordan barn og omsorgspersoner former tilknytningsrelasjoner. Den andre er separasjon som handler om hva som opprettholder relasjonene og hvordan partene responderer på separasjon. Den siste er tap og handler om konsekvensene av tap (Standal, 1989, s. 35).

Det er de første leveårene barnet utvikler grunnleggende trygghet og tilknytning til foreldre eller andre omsorgspersoner (Killen, 2012, s. 118). Barnet bruker omsorgspersonen som en trygghet og når dette fungerer som det skal, spiller det en positiv rolle for barnets utvikling. Dersom barnet opplever at omsorgspersonen er pålitelig og tilgjengelig vil barnet utvikle en dyp opplevelse av selvtillit og det å bety noe. Selv der barnet opplever stress og motgang vil barnet ha en mer generell tro på seg selv. Men dersom omsorgspersonen ikke er tilgjengelig, vil det være større sannsynlighet for at barnet utvikler utrygghet og angst for nære relasjoner. Disse barna vil mer engstelige, usikre og avhengige. Det viktigste i Bowlby's teori er ikke tilstedeværelsen av eller styrken på tilknytningen, men kvaliteten av tilknytningen (Standal, 1989, s. 38-39).

Ifølge teorien om tilknytning knytter barn seg til sine omsorgspersoner uansett hvordan de blir behandlet. Mennesker er utviklet slik at man må tilknytte seg andre for å overleve.

«Indre arbeidsmodeller» er et begrep innenfor teorien som handler om at barnet utvikler seg gjennom tilknytning og får erfaringer. Tilknytningsprosessen er viktig for senere psykisk helse, og forstyrrelser av prosessen kan legge grunnlaget for utvikling av psykiske lidelser (Grøholdt.m.fl., 2015, s. 22). De primære tilknytningsrelasjonene utvikler seg de første fem leveår så et nært forhold mellom barn og foreldre er særlig viktig (Lande, 2000, s. 85).

Det blir skrevet om forskjellige reaksjonsmønstre, og de er: Trygge, avvisende, ambivalente og disorganiserte.

Den trygge handler om at barnet bruker moren som en trygg base for utforskning. Barnet viser tegn på savn etter moren ved atskillelse og aktiv glede ved gjenforening. Den avvisende handler om at barnet er interessert i å utforske, men søker sjeldent til trygg base. Ved atskillelse reagerer barnet lite og viser få tegn på engstelse og ved gjenforening er barnet mer opptatt av lekene. Barnet holder generelt avstand til moren. Det ambivalente reaksjonsmønsteret handler om at barnet er engstelig over å komme inn i rommet og lar seg ikke engasjere av å leke. Ved atskillelse blir barnet urolig og ved gjenforening veksler barnet mellom å søke kontakt og å være sint og avvisende. Barnet lar seg heller ikke trøste av moren. Det siste reaksjonsmønsteret er disorganisert. Her oppfører barnet seg forvirret og bevegelsene er kantete og stopper ofte på halvveien. Barnet kan vise frykt overfor moren og viser ingen tegn på tilknytningsstrategi (Grøholdt.m.fl., 2015, s. 24).

Hva er det som fører til at noen barn utvikler trygg tilknytning mens andre barn vokser opp med relasjoner som er utrygge? Faktorer som fremmer dette, er samsvaret mellom god psykisk helse hos foreldre og trygg tilknytning hos barnet. Alvorlig depresjon hos en av foreldrene øker barnets risiko for at tilknytningen blir usikker. Selv om det å ha foreldre som er psykisk syke er det enkelte som er i stand til å skjerme samspillet med barnet og ivareta den nære kontakten (Grøholdt.m.fl., 2015, s. 25).

2.2 Resiliens

Resiliens, også kalt motstandsdyktighet, handler om barns evne til å klare seg godt til tross for mange odds mot seg. Det handler om å være god på å tilpasse seg til vanskelige situasjoner eller forhold (Kvello, 2015, s. 242). Resiliens er knyttet til risiko. Til tross for tung risiko får barna en normal utvikling. Det er mange barn som klarer å leve under forhold som er vanskelige uten å få varige psykiske skader. Resiliens reduserer risiko for utvikling av psykiske og sosiale vansker hos personer som er stress- og risikoutsatte (Kvello, 2015, s. 243).

Egenskaper ved barnet som påvirker resiliens er biologiske faktorer. Høy intelligens hos barnet og positivt selvbilde kan motvirke utvikling av atferdsforstyrrelser. Ellers er viktige egenskaper som utadvendt, åpenhet og følelsesmessig stabilitet viktig for å styrke resiliensen.

Sosial støtte og det å ha et godt forhold til foreldre og søsken øker også evnen til å motstå og komme seg etter alvorlige belastninger (Grøholdt.m.fl., 2015, s. 262). Når barnets beskyttelsesfaktorer er så sterke at de forhindrer alvorlig problemutvikling, har en oppnådd resiliens.

2.3 Beskyttelses og risikofaktorer

For å styrke resiliensen finnes det ulike faktorer. Dette kalles beskyttelsesfaktorer og er det samme som resiliensfaktorer. Det reduserer effekten av risiko.

I boken *Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid* (2000) skrevet av Lars Weisæth og Odd Steffen Dalgard (red.) blir det det inn i tre kategorier som handler om hvilke forhold som øker barns motstandskraft mot å utvikle psykiske lidelser, altså beskyttelsesfaktorer.

Den første kategorien handler om de individuelle forholdene. Her er det temperament, alder og kjønn, intelligens, sosiale ferdigheter og opplevelse av kontroll som spiller inn.

Temperament handler om en tilbøyelighet hos barnet slik at en kan regulere atferden sin i forskjellige situasjoner som vekker følelser. Dette kommer som regel til uttrykk allerede i spedbarnsalderen og er som oftest genetisk betinget, men kan også påvirkes av miljøet (Lande, 2000, s. 83). At et barn har lett temperament er en beskyttelsesfaktor ved at det fremmer utvikling av et positivt samspill mellom barnet og omgivelsene. Høy intelligens virker beskyttende da dette hjelper barnet til bedre å forstå og mestre utfordringer. Sosiale ferdigheter og evnen til å komme overens med andre er også faktorer som virker beskyttende (Lande, 2000, s. 84).

Den andre kategorien handler om familieforhold. Relasjonen mellom barnet og foreldrene er viktig, men relasjonen mellom foreldrene spiller også inn. Støttende foreldre og gode relasjoner mellom barn og foreldre virker støttende. Å ha foreldre som støtter hverandre og som kan samarbeide er også viktig for barn. Det å ha søsken og andre familiemedlemmer tilgjengelig kan gi en følelse av tilhørighet (Lande, 2000, s. 85).

Den siste kategorien handler om forholdene utenfor familien, slik som venner og skolen. Alle gode relasjoner som barnet utvikler utenfor familien, vil være med på å gi barnet sosiale faktorer som er beskyttende. Trivsel på skolen og gode skolepresentasjoner er beskyttende faktorer for barn som vokser opp under vanskelige forhold. Da blir skulking, risiko for

ungdomskriminalitet og det å droppe ut av skolen redusert, mens utdanning og karriere i yrkeslivet blir fremmet (Lande, 2000, s. 86).

Risikofaktorer handler om forhold som øker faren for at personer utvikler psykiske vansker. Det er ikke alltid risikofaktorer vises i barns atferd i øyeblikket de utsettes for dem, ofte vises de ikke på barn før mot slutten av barnehagealder (Kvello, 2015, s. 246-247). Faktorer som øker risikoen kan være miljømessige forhold, slik som påvirkning fra familie og nære venner. Omsorgssvikt, mishandling eller utnyttelse er eksempler på dette. Andre eksempler på risiko kan være at barnet er utviklingsforsinket, har lavt intellektuelt nivå, vanskelig for å etablere vennskap og at en eller flere av de primære omsorgspersonene til barnet har psykiske lidelser. Foreldres psykiske lidelser er en sentral risikofaktor som kan ha stor påvirkning på barns utvikling og trivsel (Lauritzen, 2018, s. 369). Det er et samspill mellom risiko- og beskyttelsesfaktorene. Det å ha faktorer som beskytter reduserer risikofaktorene.

Nedenfor har jeg tatt utgangspunkt i Kvello (2015) sine risiko- og beskyttelsesfaktorer og laget en tabell med de faktorene jeg mener er relevante for denne oppgaven. Slik som i Kvello (2015) står faktorene med sin opprinnelige nummerering.

Tabell 1:

Risikofaktorer ved barnet	Risikofaktorer ved omsorgspersonene
4. Barnet er eller har vært preget av irritabilitet, impulsivitet eller konsentrasjonsvansker. Dette kan f.eks. være knyttet til mangelfull/skadelig omsorgsutøvelse.	17. En eller flere av de primære omsorgspersonene til barnet har eller har hatt psykiske vansker/lidelser.
5. Barnet er eller har vært sky, sosialt tilbaketrekkende og fremstår som generelt utrygt. Dette kan være knyttet til mangelfull/skadelig omsorgsutøvelse.	18. De primære omsorgspersonene har selv vokst opp med omsorgssvikt, mishandling, seksuelle overgrep, utnyttelse eller vold.
6. Barnet har eller har hatt psykiske vansker eller psykiske lidelser.	19. En eller flere av omsorgspersonene har eller har hatt rusmiddelmissbruk.

7. Barnet er eller har vært utsatt for omsorgssvikt, mishandling, seksuelle overgrep og/eller utnyttelse.	22. Det er et høyt, langvarig konfliktnivå i familien og/eller mellom slekt.
8. Barnet har etter fireårsalderen hatt vanskeligheter med å etablere aldersadekvate vennskap.	23. Nåtidig eller tidligere vold i familien.
9. Barnet har vært utsatt for mobbing av minst ett års varighet, og/eller mobber andre.	25. Omsorgspersonene er ikke i studier eller i ordinært arbeid og/eller har vanskelig med å innfri sine økonomiske forpliktelser.
10. Brudd i relasjoner til personer som sto barnet nær, f.eks. tap av omsorgspersoner.	26. Familien er stigmatisert eller sosialt isolert.
15. Barnet har flyttet tre eller flere ganger i alderen 1-18 år. Brudd i nærmiljø, barnehage og skole.	30. Samlivsbrudd mellom foreldrene.
	31. Barnet har eller har hatt steforeldre.

(Kvello, 2015, s. 250-252)

Tabell 2:

Beskyttelsesfaktorer ved barnet	Beskyttelsesfaktorer ved omsorgspersonene
33. Barnet har aldersadekvat eller bedre fungering/ferdigheter (kognitiv/språklig, atferd/moral, emosjonelt, sosialt og motorikk og at barnet har gode mestringsstrategier).	38. Omsorgspersonene har god omsorgsutøvelse.
34. Fra tiårsalderen av: Barnet karakteriseres av optimisme, positivt selvbilde, anses som lett å like og er sosial av natur.	39. Foreldrene er i utdanning/jobb og har ordinær eller bedre fungering og ordinært eller bedre sosialt nettverk.
35. Barnet har venner/tilhører et sosialt fellesskap, som er prososiale	41. Barnet har jevnlig tilgang til voksne, i tillegg til de foresatte som investerer mye tid, har mange positive emosjoner for barnet og har god omsorgskompetanse.

36. Fra åtteårsalderen: Barnet har en hobby/fritidsaktiviteter og får utviklet sine talenter og opplever mestring	42. Omsorgspersonene engasjerer seg positivt i hvordan barnet har det og samarbeider god med hverandre.
37. Barnet tilpasser seg godt til barnehage/skole og innordner seg rutiner, er sosialt inkludert og godtar grensesetting.	

(Kvello, 2015, s. 253)

Foreldres psykiske lidelser er en sentral risikofaktor som kan ha stor påvirkning på barns utvikling og trivsel (Lauritzen, 2018, s. 369).

2.4 Omsorgssvikt

Omsorgssvikt er en situasjon som innebærer en risiko for barnet. Det innebærer manglende evne hos barnets omsorgspersoner til å møte barnets behov. Det handler også om mangel på tilsyn av barnet og dette kan resultere i alvorlig skade for barnets helse og utvikling (Grøholdt.m.fl., 2015, s. 275). Foreldrenes egne oppvekstvilkår spiller inn på hva slags foreldre de selv blir. Flere av de foreldrene som ikke gir god nok omsorg til barna sine, har selv hatt dårlig omsorg. Dette kan være en av årsakene til omsorgssvikt. Barn av foreldre med psykiske lidelser har større sannsynlighet for å bli utsatt for omsorgssvikt.

De psykiske problemene hos omsorgssviktfamilier blir ofte overskygget av andre problemer så de blir sjeldent erkjent.

Å bli utsatt for omsorgssvikt kan prege utviklingen og føre til konsekvenser senere i livet.

Kvello (2015) skriver at man kan dele omsorgssvikt inn i fire grader etter hvor alvorlig det er.

Den første graden er alvorlig og her får barnet lite varme og kjærlighet periodevis.

Utviklingen til barnet er noe forsinket. Den neste graden er meget alvorlig og her får barnet for lite varme og kjærlighet. Foreldrene har svake omsorgsferdigheter og utviklingen til barnet går langsomt. Videre kommer graden svært alvorlig. Barnet er ofte overlatt til seg selv og foreldrene viser emosjonell fraværenhet overfor barnet. Til sist kommer graden særdeles alvorlig og her er foreldrene mentalt fraværende. Hygien til barnet er dårlig og det er ofte sykt og har flere infeksjoner (Kvello, 2015, s. 319).

Det finnes ulike former for omsorgssvikt og det kan være både psykisk og fysisk. Det kan for eksempel være psykiske eller fysiske overgrep og seksuelle overgrep. Barn av foreldre med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser kan også være utsatt for omsorgssvikt.

Omsorgssvikt kan ha alvorlige konsekvenser for barnet. Det kan gi konsekvenser for hjernens utvikling, barnets tilknytning til foreldre og utvikling av psykopatologi hos barn. Jo mer alvorlig omsorgssvikten er, desto større er sannsynligheten for psykiske forstyrrelser i voksen alder (Killen, 2012, s. 58-59).

2.5 Barn som pårørende

Det er vanskelig å vite hvor mange barn som er pårørende. Barn i Norge utgjør omtrent en femtedel av befolkningen. I boken *Barn som pårørende* skrevet av Anne Kristine Bergem blir det skrevet at ifølge mulitiserstudien om barn som pårørende er 200 000 av voksne pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste foreldre til barn under 18 år. 29 000 pasienter i psykisk helsevern har barn under 18 år, og 5000 pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er foreldre med omsorg for barn under 18 år. Det er flere voksne som kun mottar hjelp i kommunen hvor de bor, og er derfor ikke registrert i spesialisthelsetjenesten. Noen mottar ikke tjenester i det hele tatt (Bergem, 2018, s. 16-17).

Men når er barn pårørende? Vi sier at barn er pårørende når en av foreldrene eller omsorgspersonen blir syk eller skadet. Når en av foreldrene dør blir barnet også pårørende eller etterlatte. (Bergem, 2018, s. 18). Blir en av foreldrene satt i fengsel er barnet også pårørende. I lovverket er barn som pårørende beskrevet, og lovbestemmelsen gjelder for mindreårige barn under 18 år og gjelder både biologiske barn, stebarn, fosterbarn, adoptivbarn og andre. Søskene under 18 år omfattes også av begrepet (helsepersonelloven, 1999).

2.6 Lovendring

I Lov-2-juli-1990 om helsepersonell (helsepersonelloven) §10a blir det skrevet at det er helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre eller søsken. I 2010 ble helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende gjort tydeligere. Etter denne endringen skal helsepersonell som yter helsehjelp til voksne pasienter avklare om pasienten har mindreårige barn. I tillegg skal helsepersonellet ivareta det behovet for informasjon og oppfølging mindreårige barn kan ha som følge av at foreldrene er psykisk syke (Lauritzen, 2018, s. 368).

I 2018 ble det gjort en lovendring og bestemmelsen ble utvidet til også å gjelde mindreårige barn som pårørende til søsken med psykisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom eller skade eller rusmiddelavhengighet. Målet med dette er at det raskt skal bli satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i stand til å mestre situasjonen og å forebygge problemer (Helsedirektoratet, 2018). Loven handler altså om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta behovet for nødvendig oppfølging mindreårige barn som pårørende kan ha. Etter den nye lovendringen gjelder det ikke bare når forelderen til barnet er pasient, men også når søsken til barnet er pasient.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Vilhelm Aubert har beskrevet metode som «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, er med i arsenalet av metoder*» (Dalland, 2020, s. 53).

Dalland (2020) viser til at metoden er redskapet vårt når vi skal undersøke noe og den hjelper oss til å samle inn informasjonen vi trenger til undersøkelsen. Vi må velge en bestemt metode som egner seg best til å belyse problemstillingen på en best mulig måte (Dalland, 2020, s. 53). En annen beskrivelse av metode er å følge en viss vei mot et mål. En må da beskrive denne veien og gjøre rede for de valgene som et tatt underveis mot målet (Dalland, 2020, s. 56).

Det finnes flere ulike metoder å bruke, men det gjelder å velge den som passer best til problemstillingen eller spørsmålet en har. De vanligste metodene er kvantitativ metode, kvalitativ metode og litteraturstudie. I en kvantitativ metode får en data i form av målbare enheter som tall og prosenter. I en kvalitativ metode fanger en opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2020, s. 54). Kvalitative data kommer vanligvis til uttrykk i form av tekst. I en litteraturstudie handler det om å bruke andres forskning og studier, og annen relevant litteratur.

Når en skal velge metode er det flere momenter som spiller inn. En kan si at det er problemstillingen som styrer metodevalget, og det viktigste er å finne en metode som kan gi best mulig data for å belyse problemstillingen en har valgt. Andre momenter som har betydning for metodevalget er tiden en har på seg og metodeferdighetene en har (Dalland, 2020, s. 193).

3.2 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven. I en litteraturstudie brukes det allerede eksisterende kunnskap som er presentert i artikler. Denne hentes ved å søke i en database (Støren, 2013, s. 17). Dette betyr at litteraturstudien ikke skaper ny kunnskap, men man systematiserer kunnskapen som allerede eksisterer ved å søke den, samle den, vurdere den og til sist sammenfatte den. Kunnskapen en snakker om er den du finner i vitenskapelige artikler (Støren, 2013, s. 17).

For å få svar på problemstillingen min kom jeg fram til at denne metoden passet best. Det finnes mye litteratur på temaet jeg har valgt og ved bruk av litteraturstudie som metode får jeg en god oversikt over tema og kan samle inn deler av litteraturen som er relevant for problemstillingen min. Jeg kunne ha brukt både kvalitativ og kvantitativ metode, men mener at litteraturstudie belyser problemstillingen på best mulig måte. Ettersom oppgaven handler om barn og psykisk helse ville det ikke vært forsvarlig å bruke kvalitativ metode. Det ville vært vanskelig å komme i kontakt med informanter/brukere og det er ikke lov å intervju barn.

3.3 Søkeprosessen

For å finne fram til artiklene brukte jeg Oria som database. Søkene ble gjennomført fra 28. januar 2022 til 25 februar 2022. Jeg brukte denne databasen da jeg synes den hadde bra og relevante utvalg av artikler som passet min problemstilling. Jeg har brukt søkeordene «barn med psykisk syke foreldre», «psykisk syke foreldre», «psykiske lidelser, foreldre», «barn som pårørende» og «psykiske problemer, foreldre».

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å avgrense søket brukes det inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette gjøres for å ikke få opp for mange artikler når du søker. De to første artiklene fant jeg under søkeordet «barn med psykisk syke foreldre». Jeg avgrenset søket mitt til kun artikler fra de siste 5 årene og fikk da opp 108 treff. For å få best mulig oversikt så jeg raskt gjennom resultatene og ut ifra overskriftene valgte jeg ut 4 artikler jeg tenkte kunne være relevante. Videre klikket jeg inn på dem og så at bare 2 av de var fagfelleverderte, og fikk da utelukket resten. For å finne den siste artikkelen avgrenset jeg søket til artikler fra 2010 og frem til 2021. Dette gjorde jeg fordi jeg ikke fant flere relevante og fagfelleverderte artikler fra de siste 5 årene. Jeg fant den siste artikkelen med en gang etter dette søket. Artikkelen lå øverst og jeg klikket innpå den fordi overskriften var relevant. Jeg leste sammendraget og da den hørt relevant ut leste jeg hele artikkelen og sto da igjen med 3 artikler. Nedenfor står artiklene jeg har valgt å bruke i min oppgave:

1. Halså, A. & Aubert, A-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske problemer. *Fokus på familien*, Vol 44 (1), s. 67-88.

2. Kommissrud, K., Soderstrom, K., Halsaa, L. & Halsaa, A. (2019). «Jeg er ikke noe offer for mamma». *Fokus på familien*, Vol 47 (2), s. 82-101.
3. Kallander, E. (2010). Skjulte unge omsorgsgivere. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 7 (3), s. 206-216.

Den første artikkelen valgte jeg fordi den er innom flere temaer som jeg skriver om i denne oppgaven, blant annet om det å redusere risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer og det å skape forebyggende tiltak. Den svarer på spørsmålet mitt «hvordan forebygge risiko hos barn med psykisk syke foreldre?». Grunnen til at jeg valgte den andre artikkelen var for å se om det var en sammenheng mellom det å være pasient og å ha en foreldre med rus- eller psykisk lidelse. Den tredje artikkelen valgte jeg da den handler om barn som pårørende. Den kan gi et innblikk i hvordan det å være barn som pårørende kan påvirke den psykiske helsen deres. Det blir skrevet om at belastende omsorgsoppgaver for barn ofte påvirker barnas utvikling og livskvalitet. Alle disse artiklene er relevante for min problemstilling da de svarer på forskningsspørsmålene.

3.5 Analyse ved hjelp av oversiktstabell

Jeg valgte å lage en oversiktstabell for å få en bedre oversikt over artiklene opp mot hverandre. En oversiktstabell hjelper til med å sortere funnene og oppsummere alt i ett dokument. Det gir bedre oversikt over likheter og forskjeller mellom artiklene og gjør det lettere å sammenligne dem. I tillegg vil jeg finne sentrale temaer som blir tatt opp i de ulike artiklene og kan da se om det er temaer som går igjen eller som skiller seg ut mellom de forskjellige artiklene. (Aveyard, 2019, s. 137).

Tabell 3:

Forfatter og år	Tittel	Formål	Metode	Deltakere	Sentrale tema
Astrid Halså & Anne-Marie Aubert, 2016	Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske problemer	Skape varige forebyggende tiltak.	Det ble brukt ulike metoder i undersøkelsen. Kvantitativ metode: spørreskjema. Kvalitativ metode: intervju. Fokusgruppeintervjuer.	Spørreskjema til foreldre. Intervjuer med noen utvalgte barn og foreldre: 6 foreldre og 4 barn. I fokusgruppeintervjuene var det 19 deltakere som var fra barnevern, skolehelse-tjeneste og psykisk helsetjenester for voksne eller som hadde lederfunksjoner i de tre samarbeidende tjenestene.	Psykiske helseproblemer, forebyggende tiltak, foreldreskap, kompetansebygging.
Kristin Kommisrud, Kerstin Söderström, Lillian Halsaa &	«Jeg er ikke noe offer for mamma»	Bedre forståelse av ungdommens perspektiv som pasient og barn som	Kvalitativ metode: intervjustudie.	9 jenter i alderen 17-23 år.	Familiefokusert praksis, barn som pårørende, pasient og pårørende, kompetanse,

Astrid Halså, 2019		pårørende – hvordan hjelpetjenester kan forbedres.			psykisk helsevern.
Ellen Kat. Kallander, 2010	Skjulte unge omsorgsgivere	Se nærmere på behovet for å få en tydeligere helsepolitisk respons overfor pårørende barn med psykisk syke foreldre.	Litteraturstudie. Systematiske søk på anerkjente databaser.		Barn som omsorgsgivere, kunnskapsutvikling, risiko for den psykiske helsen til barn.

3.6 Studiens troverdighet

Relabilitet og validitet er begreper som er viktig når det kommer til om studien og funnene er til å stole på. Relabilitet, også kalt pålitelighet, handler om at det arbeidet du har presentert er til å stole på (Dalland, 2020, s. 58). Validitet, også kalt troverdighet, handler om hvor sikre vi er på at det er samsvar mellom våre funn og den virkelige verden. Å gjøre rede for relabiliteten og validiteten er med på å vurdere om det er til å stole på.

Dalland (2020) skriver at det finnes to sider ved kildekritikk. Den ene siden handler om å finne frem til den litteraturen som passer best til din problemstilling, og det kan også kalles kildesøking eller litteratursøking. Den andre siden handler om å redegjøre for den litteraturen du har brukt i oppgaven. Oppgavens troverdighet er avhengig av at den som skriver oppgaven må kunne beskrive og begrunne hvorfor en har valgt den type litteratur en har valgt. En skal sjekke at opphavet til kilden er troverdig (Dalland, 2020, s. 143).

Reliabiliteten og validiteten i denne oppgaven er avhengig av om litteraturen jeg har brukt er gyldig og til å stole på. Jeg vil si at i denne oppgaven har jeg vært grundig med å finne artikler. Jeg brukte Oria som database og inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne

artikler som passet problemstillingen min best. Det endte med at jeg fant tre artikler som alle sammen var fagfellevurdert. Jeg var kildekritisk og fant relativt nye artikler som alle var postet på Idunn, som er Universitetsforlagets digitale plattform for fag- og forskningstidsskrifter. Alle artiklene hadde tema som passet bra til problemstillingen min.

4.0 Presentasjon av funn

For å presentere artiklene velger jeg å skrive et sammendrag av hver av de tre utvalgte forskningsartiklene.

Artikkel 1: Halsa, A. & Aubert, A-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske problemer. *Fokus på familien*, Vol 44 (1), s. 67-88

Sammendrag: Denne artikkelen handler om å skape varige forebyggende tiltak for barn med psykisk syke foreldre. I 2001 ble det startet et prosjekt som ble kalt «du er ikke den eneste». Det var kommunene Asker og Bærum og sykehuset Vestre Viken som startet et tilbud for barn og unge som har opplevd det å ha foreldre med psykiske helseplager. Barna skulle få informasjon om psykisk sykdom og snakke om sine erfaringer sammen med andre i lignende situasjoner.

Målene med dette var å redusere risikofaktorene og heller styrke barnas beskyttelsesfaktorer som barns forståelse og bedre barns relasjon til foreldre (Halsa & Aubert, 2016, s. 72). Prosjektperioden utløp, men de to kommunene og sykehuset Vestre Viken fikk etablere gruppene som et permanent tilbud. De bestemte seg også for å gi tilbud til familier som hadde behov for andre typer hjelp og støtte.

Som metode bruker de resultatene fra denne studien i Asker og Bærum og resultatene drøftes i lys av internasjonal litteratur. Det ble brukt flere metoder i undersøkelsen. Først ble det laget et spørreskjema til foreldrene og det ble gjort kvalitative individuelle intervjuer med noen utvalgte barn og foreldre. Fordelen med spørreskjema er at alle informantene svarer på de samme spørsmålene, mens med intervju kan en få et mer utdypende svar fra informantene (Halsa & Aubert, 2016, s. 73). Det ble også gjort fokusgruppeintervjuer mellom kommunene og oppdragsgiver. Dette er en god metode og bruke når deltakerne har felles erfaringer.

Det som ble funnet etter denne undersøkelsen var at foreldrene vurderte gruppetilbudet positivt. De mente at barna fikk bedre forståelse for foreldrenes situasjon. Barna hadde fått kunnskap om psykisk sykdom og fått dele tanker og erfaringer med andre barn i

samme situasjon. Av barna var det 90% som mente at gruppetilbudet hadde hjulpet. De fortalte at det å møte andre i samme situasjon hadde stor betydning. De fikk også bearbeidet skyldfølelsen som flere av barna satt på.

Det er lovpålagt at helsepersonell fanger opp og hjelper barn til foreldre med psykiske helseproblemer. Etter denne undersøkelsen blir det konkludert med at forebyggende arbeid i slike situasjoner er positivt, men det kan også være flere utfordringer. Det er flere barn som ikke fanges opp av tilbudet eller som takker nei. Det er nok ikke alle som vil benytte seg av et gruppetilbud, så det er viktig at det finnes andre alternative tjenester til de som trenger noe annet.

Artikkel 2: Kommisrud, K., Soderstrom, K., Halsaa, L. & Halsaa, A. (2019). «Jeg er ikke noe offer for mamma». *Fokus på familien*, Vol 47 (2), s. 82-101

Sammendrag: Denne artikkelen handler om unge jenters erfaring i den doble rollen som pasient og pårørende. De er pasient i psykiske helsevern, samtidig som de har en foreldre med rus- eller psykisk lidelse (Kommisrud et al., 2019, s. 82). Formålet med artikkelen er å få en bedre forståelse av ungdommens perspektiv som pasient og barn som pårørende.

Som metode ble det brukt intervju med 9 jenter i alderen 17-23 år. De hadde minst en forelder med rus- og/eller psykiske helseproblemer, og de hadde avsluttet kontakten med BUP senest to år før intervjuene (Kommisrud et al., 2019, s. 87). Intervjuene gikk på det å være barn som pårørende, erfaringer med hjelpeapparatet og BUP. Det blir også skrevet at utvalget består kun av jenter, så det er mulig at funnene ville vært annerledes om også gutter hadde deltatt. (Kommisrud et al., 2019, s. 88).

Funnene viser belastninger knyttet til det å ha en forelder med rus- eller psykisk lidelse. Det er bare to av jentene som beskriver en tydelig sammenheng mellom disse belastningene og utviklingen av egne vansker (Kommisrud et al., 2019, s. 94). Da de andre jentene ble spurt om deres egne psykiske vansker hadde sammenheng med foreldrenes vansker ble de uklare og benektende. Her er de nok påvirket av hvordan foreldrene har forholdt seg til belastningene og hva de forklarte og ikke forklarte.

Artikkel 3: Kallander, E. (2010). Skjulte unge omsorgsgivere. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 7 (3), s. 206-216

Sammendrag: Denne artikkelen handler om barn som omsorgsgivere. Formålet med artikkelen er å se nærmere på behovet for en tydeligere helsepolitisk respons overfor pårørende barn med psykisk syke foreldre (Kallander, 2010, s. 206). For å kunne øke forståelsen for unge omsorgsgivere og å kunne gi nødvendig oppfølging kreves det kunnskap. Storbritannia skiller seg positivt ut når det gjelder kunnskapsutvikling og det har spredd seg til flere kontinenter. Artikkelen argumenterer for at den britiske forskningen kan representere et viktig kunnskapsfundament i Regjeringens offentlige satsing (Kallander, 2010, s. 206).

Som metode blir det gjort systematiske søk på ulike databaser. Det ble brukt både norsk og internasjonal forskning. I de norske undersøkelsene ble det vist at barna ofte ble overlatt til seg selv i å lære å mestre utfordrende situasjoner hjemme. Videre ble det vist at barna bekymret seg mye og hadde vanskelig for å konsentrere seg på skolen. Gjennom de internasjonale undersøkelsene ble det vist at over 66% av barna prøvde å hjelpe og oppmuntre foreldrene når de var deprimerte (Kallander, 2010, s. 210). Det ble også vist at selv om foreldre mottok hjelp og støtte, kunne de likevel være avhengig av barnas umiddelbare omsorg.

Internasjonal forskning viser at barn som er pårørende er utsatt for å få belastede omsorgsoppgaver der behandling og helsetjenester er utilgjengelig for den forelder som trenger hjelp. Barn er særlig utsatt når foreldrene verken får den hjelpen de trenger eller tett oppfølging. Storbritannia har en mye tydeligere helsepolitisk respons enn Norge og de andre nordiske landene. De har et solid fundament for et kunnskapsperspektiv (Kallander, 2010, s. 212). Forståelsen for at pårørende barn kan ha behov for nødvendig oppfølging er fellestrekket mellom den britiske og norske forståelsen. Det blir konkludert med at belastende omsorgsoppgaver for barn ofte går på bekostningen av barnas utvikling og livskvalitet (Kallander, 2010, s. 213).

5.0 Drøfting av funnene

I denne delen av oppgaven skal jeg diskutere funnene.

5.1 Forskningsspørsmål- Hvordan forebygge risiko hos barn med psykisk syke foreldre?

Med utgangspunkt i artikkel 1, forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske problemer, ble det gjort funn som svarer på forskningsspørsmålet som handler om hvordan man kan forebygge risiko hos barn med psykisk syke foreldre. For å forebygge risikofaktorene til barna må man styrke beskyttelsesfaktorene. Å gi barn informasjon om psykisk sykdom, en bedre forståelse og bedre barns relasjon til foreldre er faktorer som beskytter. Gruppetilbud er en god metode for barna til å møte andre barn i samme situasjon, dele erfaringer og tanker.

5.1.1 Mangel på informasjon til barna

Funnene i artikkel 1 viser at informasjon rundt den psykiske helsen til foreldre kan bidra til at barn får en bedre forståelse for situasjonen og en bedre relasjon i familien. Artikkelen viser viktigheten av det å gi informasjon til barna, snakke sammen og dele følelser og tanker. Bowlby sin forskning handler om at barn merker og følger foreldrenes følelser. Barn har behov for å forstå hva de opplever uten å føle skyld og skam. Da er det viktig å gi informasjon til barnet og snakke om foreldrenes psykiske helse. Dette er ikke alltid like lett for foreldrene og da kan foreldrene få hjelp til å forklare barnet hva som er galt og hvordan de kan håndtere vanskelige situasjoner og forstå hva som skjer. Almvik og Ytterhus sier at informasjon om foreldrenes psykiske helse er viktigst for at barna skal ha en forståelse og å kunne avklare og øke sin bevissthet rundt sin egen situasjon (Almvik & Ytterhus, 2004, s. 72). Barn trenger kunnskap om hvordan foreldrenes psykiske lidelse virker inn på deres måte å reagere på og deres oppførsel. (Mevik & Trymbo, 2002, s. 58).

5.1.2 Gruppetilbud

Ifølge artikkelen er det vanligste forebyggende tiltaket for barn og unge, psykopedagogiske grupper. Funnene fra artikkelen viser at både barna og foreldre mener gruppetilbudet hadde hjulpet og er dermed med på å forebygge risiko hos barna. Det å få barn til å dele erfaringer med andre i samme situasjon kan fungere som et forebyggende tiltak. Flere barn fra artikkelen sa også at de fikk bearbeidet skyldfølelsen de satt med. Flere barn med psykisk syke foreldre kjenner på en skam- og skyldfølelse. Dette er ofte fordi de har for lite informasjon om

foreldrene og situasjonen. Barn av foreldre med psykiske lidelser sitter ofte med mange spørsmål og kan lure på om foreldrene er triste på grunn av barnet eller om barnet har gjort noe feil. Det er også vanlig å føle skam over at foreldrene er annerledes enn andre sine foreldre.

5.1.3 Tabubelagt

Psykisk helse er ikke noe mange snakker om og blir ofte sett på som et tabubegrep. Flere voksne sliter med tabuet som handler om tilstanden og situasjonen foreldre kan være belastet med. Barna oppdager at det er tabu lenge før de kan forstå ordet og kan da oppleve skam og skyld om de snakker om det. Å redusere tabuer som handler om foreldrenes situasjon er ofte det første skrittet for å hjelpe barn med å bearbeide sine opplevelser (Killen, 2013, s. 194). I boken «når foreldre er psykisk syke» av Mevik og Trymbo (2002) er det tatt med flere sitater fra mennesker de har snakket med. En av mødrene angret på at hun ikke snakket med barna om sykdommen og sa: «Jeg tror at mange ting kunne blitt annerledes hvis det hadde vært mer åpenhet om min lidelse» (Mevik & Trymbo, 2002, s. 59).

Noen barn klarer seg bra til tross for en vanskelig oppvekst. Som skrevet i teoridelen har flere barn evnen til å tilpasse seg til vanskelige situasjoner. Barn kan vokse opp med psykisk syke foreldre uten å få varige psykiske skader selv. De har ofte flere beskyttelsesfaktorer enn risikofaktorer som gjør at effekten av risiko blir redusert. Dette fører til at de blir resilient, som jeg i teoridelen beskriver som det at barn får en normal utvikling til tross for tung risiko. Har barna de egenskapene som trengs og den sosiale støtten som er nødvendig så bidrar dette til at de ikke trenger å komme negativt ut av det å ha foreldre som er psykisk syke.

5.2 Forebyggende arbeid

Psykiske lidelser kan forebygges og det er viktig med behandling for å redusere konsekvensene (Torvik & Rognmo, 2011, s. 6). Forebyggende arbeid handler om å hindre at noe skjer. Forebyggende tiltak settes inn før sykdom eller når et klinisk høyt symptomnivå har oppstått. Behandling er tiltak som settes inn etter at sykdom har oppstått. Barn som vokser opp med foreldre som er psykisk syke, er i utgangspunktet ikke behandlingstrengende, men ofte er de preget av en rekke risikofaktorer (Halsa, 2012, s. 153). Den beste forebyggingen for barn er at foreldrene får den behandlingen de trenger slik at de friskner til. Derfor er det viktig

at det finnes tilgjengelig behandlingstilbud for disse foreldrene. Men psykiske lidelser kan være langvarige og det kan skje tilbakefall uansett behandling.

For det om det ikke alltid er lett å se et klart skille mellom dem, kan man skille mellom selektiv og indikert forebyggende arbeid. Selektiv forebygging handler om å tidlig identifisere risikofaktorene og å hindre at problemer utvikler seg videre og det er denne type forebygging man forsøker så godt man kan å bruke. Indikert forebygging handler om å redusere og hindre konsekvenser av problemer som allerede har oppstått (Killen, 2013, s. 96).

Grøholt (2015) skriver at viktige egenskaper hos barnet som styrker resiliens er utadvendthet, varme, kontroll, følelsesmessig stabilitet og åpenhet. Sosial støtte er også en viktig faktor. Barn som opplever et godt forhold til foreldre, søsken, familie, og opplever at deres praktiske og emosjonelle behov blir ivaretatt har økt sannsynlighet for å utvikle resiliens. Sosial støtte fra noen som har opplevd samme traume, eller er kjent med traume kan også bidra til dette (Grøholt, 2015, s. 261-262). Her kan vi trekke inn funnene fra artikkel 1, om at gruppebehandling kan være nyttig.

5.2.1 Tidlig forebyggende intervensjon

Som skrevet tidligere handler forebygging om å hindre at noe skjer. Konsekvensene barn kan få av å vokse opp med psykisk syke foreldre blir ofte ikke synlige før i ungdomsalderen. Ungdomstiden kan være en risikosituasjon for sårbare barn og unge. Det er på denne tiden det er fare for at negative erfaringer fra oppveksten kommer til syne og forsterkes. For å unngå dette kan sette inn innsats før problemene har oppstått. Tidlig intervensjon kan bidra til å redusere risikofaktorene til et barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Tidlig intervensjon blir ofte knyttet til barnets alder, men kan også bety tidlig i forhold til behov. Et eksempel på forebyggende intervensjon hos eldre barn kan være deltakelse i psykoedukative grupper for barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. (Halsa, 2012, s. 152).

5.2.2 Helsepersonelloven

Lovendringen kan fungere som en beskyttelsesfaktor med at barna skal bli sett og hørt. Den skaper en trygghet ved at barna har rett til å bli sett og ivaretatt når de viktigste personene i livet ikke lenger kan forventes å fungere optimalt i foreldrerollen. (Lauritzen, 2018, s. 368). Kvello (2015) mener at barn som blir sett klarer seg best.

Helsepersonelloven §10a kan ses i sammenheng med FNs-konvensjonens artikkel 3, «barnets beste», og artikkel 12, «barns rett til å bli hørt». Barnets beste handler om at alle tiltak som blir gjort og beslutninger som blir tatt skal være til barnets beste. Poenget er å understreke barns menneskeverd og menneskerettigheter, og at disse skal være like sterke for barn som for voksne (Ytterhus, 2012, s. 30-31). For å klare å gjøre det som er til barnets beste er det viktig å vite hva barnet tenker og føler om situasjonen. Her kommer artikkel 12 inn, om barnets rett til å bli hørt. Hva som er til barnets beste, må avgjøres etter at barnets syn er tatt i betraktning (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 47). Retten til å bli hørt omfatter både at barnet får uttale seg, at det blir lyttet til, og at det barnet sier blir tatt hensyn til (Sandberg, 2008, s. 99). For at gjennomføringen av barnets rett til å bli hørt skal, er det lagt noen krav. For at barnet skal forstå situasjonen, må en gi det nok og forståelig informasjon. Barnet skal få kunne uttale seg om det de selv synes er relevant og ikke presses til å snakke om de ikke vil. Det blir lettere for barnet å føle at her er det trygt å snakke hvis det er trygge omgivelser.

Jeg tenker at barnehage og skole har også noe å bidra med når det kommer til dette temaet. Barn av psykisk syke har ofte ustabile forhold hjemme og har behov for normalitet og gode opplevelser i hverdagen, og dette skal de kunne få på skolen og i barnehagen.. I tillegg er det viktig at de ansatte i barnehage og på skole har kunnskap om psykisk helse og det å vokse opp med foreldre som har psykiske lidelser. Det er de som er rundt barna hele dagen og hvis de har rett kunnskap og kompetanse kan de kanskje merke de utsatte barna, og deretter hjelpe dem.

5.3 Forskningsspørsmål - Er det sammenheng mellom det å være pasient og å ha en forelder med en psykisk lidelse?

I artikkel 2, «jeg er ikke offer for mamma», ble det funnet resultater som viser en belastning knyttet til det å ha en forelder med psykisk lidelse. Alle jentene i undersøkelsen hadde minst en forelder med rus og/eller psykiske helseproblemer, og jentene hadde selv vært pasient og i kontakt med BUP. Tre av fire barn som får behandlingstilbud fra BUP beskrives å ha «avvikende psykososiale forhold», som ofte betyr belastninger eller problemer på foreldresiden (Kommisrud et al., 2019, s. 83).

En av jentene fra studien forteller om en sammenheng mellom foreldrenes problemer og det hun selv slet med. Hun forteller om det å være barn som pårørende, uten å selv bruke begrepet:

Jeg begynte jo å slite ganske mye når jeg gikk på ungdomsskolen, fordi jeg har hatt en veldig vanskelig barndom, først og fremst. Fordi mamma og pappa ikke har klart å samarbeide, og fordi pappa da har vært syk i perioder (s. 89).

Som funnet av resultatene i studien var det bare to av ni jenter som beskriver en tydelig sammenheng mellom belastningene og det å slite selv. Da de andre jentene ble spurt om dette ble de uklare og benektende. Dette viser at det kan være en sammenheng mellom det å være pasient og å ha en forelder med en psykisk lidelse, men ikke nok til å kunne argumentere for at det alltid er en sammenheng.

Hvordan barn som lever med foreldre med psykiske lidelser blir påvirket, er avhengig av blant annet barnets alder, den andre forelderen og deres nettverk. De barna som er små når foreldrene blir syke, har mindre intelligens og er svært sensitive eller sårbare er spesielt i fare. (Killen, 2013, s. 90). Kari Killen skriver at ifølge nye studier blir det vist at 50% av barn til foreldre med psykiske lidelser kommer til å oppleve en depresjon innen slutten av ungdomsårene (Killen, 2013, s. 90). Dette er amerikanske tall, men det er viktig at vi erkjenner alvoret for barn som lever med psykisk syke foreldre.

I tabell 1 tok jeg for meg Kvello sine risikofaktorer. Han nevner risikofaktorer ved omsorgspersonene og dette kan trekkes inn her. Nummer 17 i tabell 1 er «En eller flere av de primære omsorgspersonene til barnet har eller har hatt psykiske vansker/lidelser». Her kommer det frem at det å ha foreldre som er psykisk syke kan øke risiko for selv å utvikle psykiske lidelser.

I dag er det ingen tvil om at det er en sammenheng mellom psykisk lidelser hos foreldre og psykiske forstyrrelser hos barn. Sammenhengen har hittil vært påvist å ha moderat styrke og vært lite spesifikk. Ifølge Kari Killen (2013) fant Rutter og Quinton ut i 1984 at barn av psykiatriske pasienter hadde en økt forekomst av alvorlige følelsesmessige forstyrrelser, og mest utsatt var barn av foreldre med personlighetsforstyrrelser (Killen, 2013, s. 83).

5.4 Forskingsspørsmål - Hvordan forhindre at barn blir pårørende?

Som funnet i artikkel 3, skjulte unge omsorgsgivere (2010), tar barn av psykisk syke på seg belastede omsorgsoppgaver. I artikkelen kommer det frem at barn ofte ble overlatt til seg selv i utfordrende situasjoner hjemme og at de ofte var mye bekymret og hadde dårlig konsentrasjon. Flere av barna prøvde å hjelpe foreldrene når de var deprimerte (Kallander, 2010, s. 210). Funnene i denne artikkelen peker i retning av et behov for en enda tydeligere helsepolitisk respons. Her kan vi trekke inn lovendringen som skjedde i 2010. Lovendringen gjorde at helsepersonellets plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende ble gjort tydeligere. De skal også gi barna den informasjonen og oppfølgingen de trenger. Artikkelen er fra 2010 og samme år skjedde lovendringen. Vi har i dag en lov som skal ta vare på de unge som er pårørende, ikke bare til foreldre, men også til søsken. For å klare dette må helsepersonellet utvikle kunnskapen sin også, slik som Storbritannia.

Tilknytningsproblemer er størst for små barn. Skolebarn har høyest risiko for atferdsforstyrrelser, spesielt gutter. Mens jenter i skolealder har høyest risiko for angst og tilbaketrekning. Voksne som har vokst opp med psykisk syke foreldre beskriver at oppveksten er preget av skam, skyldfølelse, ensomhet og usikkerhet. Flere barn føler seg ansvarlige for foreldrenes problemer og tar på seg rollen som unge omsorgspersoner. (Halsa, 2012, s. 152). Det er viktig at barn forstår at det alltid er den voksnes ansvar å passe på barn, og ikke omvendt.

5.4.1 Kunnskap og kompetanse som profesjonell

Som skrevet i artikkel 3 kreves det kunnskap for å kunne gi den oppfølgingen pårørende barn trenger. For å kunne hjelpe foreldre og barn i slike situasjoner må det kunnskap og kompetanse til. Dette henger litt i sammen med det å gi informasjon til barna. For at barna skal få den informasjonen de trenger må de profesjonelle vite hva de snakker om. De må ha kunnskap om blant annet ulike psykiske lidelser, forebyggende arbeid, utviklingen til barna og ikke minst hvordan man kommuniserer med barn. Kunnskap om barns utvikling er viktig da man kan tilpasse kommunikasjonen til barnets utviklingsmessige nivå. Å gi barn informasjon på samme måte som man ville gitt en voksen informasjon fungerer ikke. Man må forklare det på en måte som er tilpasset til barn. Masse informasjon og bruk av vanskelige ord kan få barna til å føle seg overveldet. Dette kan videre føre til at barna kan føle seg stresset og tenke at de ikke skjønner noe.

Mevik og Trymbo (2002) har snakket med flere mødre som forteller om hvordan angsten begrenser dem til å være der for barna sine og et sitat fra en av mødrene er:

«Jeg synes det har vært vanskelig å snakke om min angst. Og her må fagfolk inn. De må hjelpe oss til hvordan vi skal snakke om det. Hvis jeg hadde fått mer hjelp til å skjønne hvorfor jeg hadde angst, kunne jeg vært mer forberedt (s. 63).

Her ser vi at moren mener at det å få hjelp av noen profesjonelle med rett kunnskap og kompetanse kunne ha hjulpet henne til å både snakke om angsten, men også å forstå den selv. For å kunne hjelpe barna er det ikke bare de som trenger informasjon, men hele familien. For det om foreldre er psykisk syke trenger det ikke å påvirke barna negativt. Hvis foreldrene får behandling og familien snakker sammen og hjelper hverandre gjennom det, kan barna klare seg godt til tross for situasjonen.

5.5 Hvordan blir barna påvirket av foreldrene?

Barn og unge som har symptomer på psykisk lidelse, har gjerne vanskelige livssituasjoner eller belastende livshendelser som en del av sin oppvekst. (Lande, 2000, s. 81). Det å ha foreldre med psykisk lidelse kan sees på som å være belastende, spesielt i barndommen. Å ha foreldre som er psykisk syke kan påvirke barnet allerede før det er født. Depresjon, angst eller stress for eksempel i forbindelse med katastrofer under svangerskapet kan ha varig negativ innflytelse på det ufødte barnet. Det kan øke risikoen for kognitive og emosjonelle vansker og atferdsvansker hos barn (Grøholdt.m.fl., 2015, s. 273).

Å ha foreldre som er psykisk syke påvirker barn på mange måter. Det kan påvirke hvordan de tilknytter seg til mennesker i senere tid. Her kan vi trekke inn tilknytningsteorien til Bowlby som jeg skrev om i teoridelen. Teorien sier at barn knytter seg til sine omsorgspersoner uansett hvordan de blir behandlet. Foreldre med psykiske lidelser klarer ikke alltid å gi barn den omsorgen de trenger og da kan relasjonen og tilknytningen mellom forelder og barn bli utrygg. Dersom tilknytningsprosessen blir forstyrret er det større sannsynlighet for at barnet utvikler psykiske lidelser og angst for nære relasjoner. Dette påvirker barnet senere i livet. Dette samsvarer med funnene i artikkel 2 som viser en sammenheng mellom det å ha en forelder med psykisk lidelse og utviklingen av egne vansker.

Videre kan det føre til at barna stadig går rundt og bekymrer seg. I boken «barn som pårørende» (2012) skriver Aase Sundfær om en oppfølgingsstudie av 31 kvinner med

rusproblemer og barna deres. Kvinnene og barna ble fulgt opp på fem tidspunkt frem til barna var 25 år. «Hvem skal passe på mamma hvis jeg flytter? Eva var redd for hva som kunne skje hvis hun flyttet fra dem. Barn i familier med rus og psykisk sykdom gjør ofte en stor innsats for familien sin gjennom barndom, ungdom og voksenliv» (Sundfær, 2012, s. 107). Her kommer det fram at Eva som har vært pårørende til foreldrene gjennom hele oppveksten, bekymrer seg for hva som kan skje når hun flytter fra dem. Flere barn med psykisk syke foreldre er redd for å bli tatt fra foreldrene sine, eller redd for å bli slik som foreldrene.

På den andre siden blir ikke barn alltid påvirket negativt av å ha syke foreldre. Selv om barn som lever med foreldre med psykiske lidelser har større risiko for å oppleve negative utfall, er det en stor variasjon mellom enkeltindivider. Mange klarer seg bra til tross for en utfordrende livssituasjon. Å ha foreldre som er psykisk syke kan oppleves som en stor belastning for barnet uten at det fører til varige problemer. Her kan vi trekke inn teorien om resiliens. Barn er flink til å tilpasse seg og har en evne til å klare seg til tross for vanskelige forhold. Flere barn får en normal utvikling til tross for tung risiko.

5.6 Foreldrefungering

Foreldre som er psykisk syke er ofte mer opptatt av seg selv og blir derfor mindre responderende i forhold til barna (Lande, 2000, s. 85). De er for opptatt av sine egne behov til å kunne se barnets behov og leve seg inn i barnets situasjon. Å være deprimert begrenser foreldrenes foreldrefunksjoner og evnen til å engasjere seg positivt i barnet sine følelser og opplevelser. Barnet kan ofte bli sett på som en belastning og forstyrrer den foreldrefunksjonen som handler om å se barnet (Killen, 2013, s. 85).

Det å være syk fører ikke nødvendigvis til at du blir en dårligere forelder, men foreldreferdighetene kan svekkes om man blir alvorlig syk. Det kan føre til dårligere familiefungering og mindre oppfølging av barna, som videre kan lede til omsorgssvikt og mishandling (Lauritzen, 2018, s. 368). Når det gjelder hvilket funksjonsnivå personen har, er det store forskjeller mellom de ulike psykiske lidelsene. Samme diagnose kan også oppleves ulikt for mennesker som har den. Det varierer også hvor alene den psykisk syke er når det kommer til å oppdra barnet. Som skrevet i teoridelen kan det å ha familie eller et sosialt nettverk som hjelper fungere som beskyttelsesfaktorer (Kvelling, 2015, s. 198).

6.0 Avslutning

Psykiske lidelser har vært tabubelagt og barn av psykisk syke har lenge vært usynlige. Det er ikke før i de senere årene at barn av foreldre med psykiske lidelser har blitt mer synlige. Det blir mer forsket på og skrevet om i media. Vi må få vekk tabuet rundt psykisk helse og skape en åpenhet til å kunne snakke om det. Mødre sier selv at om de hadde snakket med barna om sykdommen hadde det kunne hjulpet hele familien.

Det å ha foreldre som har psykiske lidelser kan påvirke barna på flere måter. Det kan føre til blant annet konsekvenser av utviklingen til barna, at barna selv utvikler psykiske lidelser, omsorgssvikt eller påvirke hvordan barn tilknytter seg til personer senere i livet. Men det er ikke alle barn som blir påvirket negativt og får konsekvenser i senere tid. Det er store forskjeller mellom enkeltindivider. Mange klarer seg bra på grunn av resiliens. De har gode egenskaper og nok beskyttelsesfaktorer til at de får en normal utvikling til tross for risikoen de er utsatt for.

Gjennom artiklene jeg fant, og brukte fikk jeg svar på forskningsspørsmålene som jeg skrev om i starten av oppgaven. Funnene fra den første artikkelen viser at informasjon rundt den psykiske helsen til foreldre kan skape en bedre relasjon i familien. Gruppetilbud er et av de vanligste tiltakene og bidrar til at barna kan få dele erfaringer med andre i lignende situasjoner. Funnene fra den andre artikkelen viser at det å ha psykisk syke foreldre kan oppleves belastende og det vises en sammenheng mellom det å ha foreldre med psykiske lidelser og psykiske forstyrrelser hos barn. Funnene fra den tredje artikkelen viser at det å ha nok kunnskap og en lov som beskytter barn av psykisk syke kan forhindre at barn blir pårørende.

Psykiske lidelser kan forebygges og behandles. Den beste forebyggingen for barn er at foreldrene får den behandlingen de trenger. Utenom dette kan tidlig forebyggende intervensjon bidra til å redusere risikofaktorene til de barna som vokser opp med psykisk syke foreldre. Helsepersonelloven §10a skal bidra til at barn med psykisk syke foreldre skal få den oppfølgingen de trenger. Den kan sees i sammenheng med barnets beste og barns rett til å bli hørt.

For å klare å hjelpe foreldre og barn i situasjoner der foreldrene er psykisk syke, er det viktig med kunnskap og kompetanse hos de profesjonelle og voksne. Dette henger sammen med det å gi informasjon til barna. Har de profesjonelle den rette kunnskapen og gir den videre på en måte som er tilpasset til barn, så kan de føre til at barna får en bedre forståelse for situasjonen.

7.0 Litteraturliste

Almvik, A. & Ytterhus, B. (2004). *Ualminnelig alminnelighet – barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Trondheim. NTNU.

Andersen, A, J, W. (2021, 11. august). *Psykisk helse*. Store norske leksikon.

https://sml.sn.no/psykisk_helse *1 side

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4. utgave). McGraw-Hill Education: Open University Press

Bergem, A, K. (2018). *Når barn er pårørende*. Gyldendal ***Kap. 1, 23 sider**

Borge, A, I, H. (2018) *Resiliens – risiko og sunn utvikling* (3. utgave). Gyldendal ***Kap. 3, 24 sider**

Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS. ***272 sider**.

Evjen, R., Kielland, K, B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4. utgave). Universitetsforlaget.

Grøholdt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Halsa, A. & Aubert, A-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske problemer. *Fokus på familien*, Vol 44 (1), s. 67-88.

<https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06> ***21 sider**

- Halsa, A. (2012) Foreldre som velferdsaktører – forebyggende arbeid for barn i risiko I Haugland, B, S, M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K (red.), *Barn som pårørende* (s. 150-170). Abstrakt forlag ***Kap. 8, 20 sider**
- Kallander, E. (2010). Skjulte unge omsorgsgivere. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 7 (3), s. 206-216.
<https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2010-03-03> ***10 sider**
- Killen, K. (2012). *Sveket: Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. (4. utgave). Kommuneforlaget ***Kap. 2 og 5, 77 sider**
- Killen, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. (3. utgave). Kommuneforlaget ***Kap. 8 og 14, 30 sider**
- Kommisrud, K., Soderstrom, K., Halsaa, L. & Halsa, A. (2019). «Jeg er ikke noe offer for mamma». *Fokus på familien*, Vol 47 (2), s. 82-101.
<https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/10.18261/issn.0807-7487-2019-02-02> ***19 sider**
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk ***Kap. 5 og 7, 50 sider**
- Lande, S, B & Lande, B. (2000) Barns utvikling av motstandskraft og sårbarhet I Weisæth, L & Dalgard, O, D (red.), *Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid* (s. 81-97). Gyldendal ***Kap 6, 16 sider**
- Lauritzen, C. (2018). *Barn som pårørende*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 15 (4), s. 368-373.
<https://www-idunn-no.ezproxy.uis.no/doi/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-10> ***5 sider**
- Mevik, K. & Trymbo, B, E. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Universitetsforlaget. ***Kap. 4, 55 sider**

Nhi (2021, 11. oktober). Psykiske helseproblemer.

<https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/psykiske-helseproblemer/> *1 side

Sandberg, K. (2008). Barns rett til å bli hørt I Høstmølingen, N., Kjørholt, E.S. & Sandberg K. (Red.), *Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge* (4. utg). (s. 98-130). Oslo: Universitetsforlaget

Standal, B, M. (1989). *Bowlby's tilknytningsteori: et alternativt utgangspunkt for barnevernet?* Masteroppgave. Universitetet i Bergen. Institutt for klinisk barnepsykologi *71 sider

Steigum, J, B. (2021, 6. desember). *Hva er psykisk helse?* Nasjonal digital læringsarena.

<https://ndla.no/nb/subject:1:54b1727c-2d91-4512-901c-8434e13339b4/topic:2:cc71327e-7405-403d-b700-ab512c8617fb/resource:7f0d67e2-6475-4b60-9771-462b35872807> *1 side

Støren, I. (2013). *Bare søk: praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (3. utgave).

Cappelen Damm AS. *71 sider

Sundær, A. (2012) «Hvem skal passe på mamma hvis jeg flytter?» I Haugland, B, S, M.,

Ytterhus, B. & Dyregrov, K (red.), *Barn som pårørende* (s. 107-130). Abstrakt forlag

*Kap. 6, 23 sider

Torvik, F, A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller*

alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser (Rapport 2011: 4). Nasjonalt

folkehelseinstitutt [https://www.researchgate.net/profile/Fartein-](https://www.researchgate.net/profile/Fartein-Torvik/publication/235704885_Barn_av_foreldre_med_psykiske_lidelser_eller_alkoholmisbruk_Omfang_og_konsekvenser/links/09e41512c755be5fec000000/Barn-av-foreldre-med-psykiske-lidelser-eller-alkoholmisbruk-Omfang-og-konsekvenser.pdf)

[Torvik/publication/235704885_Barn_av_foreldre_med_psykiske_lidelser_eller_alkoholmisbruk_Omfang_og_konsekvenser/links/09e41512c755be5fec000000/Barn-av-foreldre-med-psykiske-lidelser-eller-alkoholmisbruk-Omfang-og-konsekvenser.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fartein-Torvik/publication/235704885_Barn_av_foreldre_med_psykiske_lidelser_eller_alkoholmisbruk_Omfang_og_konsekvenser/links/09e41512c755be5fec000000/Barn-av-foreldre-med-psykiske-lidelser-eller-alkoholmisbruk-Omfang-og-konsekvenser.pdf) *3

sider

Weisæth, L. (2000) Sentrale begreper og definisjoner I Weisæth, L & Dalgard, O, D (red.),

Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid (s. 3-24). Gyldendal *Kap 1, 21

sider

Ytterhus, B. (2012) Hva er et «påførende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid
I Haugland, B, S, M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K (red.), *Barn som påførende* (s. 18-
43). Abstrakt forlag ***Kap. 2, 25 sider**

Selvvalgt pensum: 839 sider