

BBABAC-5-22V Bacheloroppgave med forskningsmetode

Å vokse opp med psykisk syke foreldre –

En litteraturstudie



**Universitetet
i Stavanger**

Det samfunnsfaglige fakultet

Bachelor i barnevern

Stavanger – Mai, 2022

Kandidat: 5163

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	3
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	3
1.2	<i>Problemstilling</i>	5
1.3	<i>Avgrensing</i>	5
1.4	<i>Begrepsavklaring</i>	6
1.4.1	<i>Forebygging</i>	6
1.4.2	<i>Kommunikasjon</i>	6
1.4.3	<i>Barn som pårørende</i>	6
1.5	<i>Formål</i>	7
2.0	TEORETISK REFERANSERAMME	8
2.1	<i>Risikofaktorer</i>	8
2.1.1	<i>Psykisk syke foreldre</i>	8
2.1.2	<i>Parentifisering</i>	9
2.2	<i>Beskyttelsesfaktorer</i>	10
2.2.1	<i>Resiliens og mestring</i>	10
2.2.2	<i>Viktigheten av relasjoner</i>	11
2.3	<i>Stigma: Goffman</i>	12
2.4	<i>Maslows behovspyramide</i>	13
3.0	METODE	14
3.1	<i>Metodevalg</i>	14
3.2	<i>Litteraturstudie som metode</i>	14
3.3	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterium</i>	15
3.4	<i>Datainnsamling</i>	16
3.4.1	<i>Flytskjema</i>	18

3.5	<i>Kildekritikk</i>	19
3.6	<i>Funn av litteratur</i>	19
3.7	<i>Analyse av funn</i>	21
3.7.1	<i>Analyse ved hjelp av temaer</i>	22
3.8	<i>Studiens troverdighet</i>	26
4.0	DISKUSJON AV FUNN	27
4.1	<i>Individuelle forskjeller, vi er alle unike individ</i>	27
4.2	<i>Barn kan skape sine egne sannheter</i>	27
4.3	<i>Hemmelighetsholding og stigma</i>	28
4.3.1	<i>Skjerming versus åpenhet</i>	29
4.4	<i>Bevissthet om sin rolle som barn og foreldres rolle som voksne omsorgspersoner</i> 30	
4.5	<i>Behovet for relasjoner og støtte</i>	31
4.6	<i>Hvordan kan man vurdere barns konsekvenser av sin risikofylte situasjon?</i>	32
5.0	AVSLUTNING	34
5.1	<i>Videre forskning</i>	34
	LITTERATUR	36

1.0 INNLEDNING

I dette kapitlet presenteres bakgrunn for valg av tema, problemstilling, bacheloroppgavens avgrensninger, begrepsavklaring og formål med oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barn og unge av foreldre med psykiske vansker defineres som en risikogruppe. Alle som jobber med barn og unge har ansvar for å identifisere de barna som er i risiko, og sørge for nødvendig hjelp og oppfølging. Regjeringen besluttet i 2007 å satse på at barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre skal fanges opp og sikres hjelp og langsiktig oppfølging. I kommunenes veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge står det at barn av foreldre med psykisk sykdom er i risiko for å utvikle kognitive, emosjonelle og atferdsmessige forstyrrelser. Det trekkes frem viktigheten av foreldres psykiske helse og sosiale livssituasjon som sentralt for barnas psykiske helse og fungering. Barnevernet er en viktig instans for å sette inn forebyggende hjelpetiltak for barnet når omsorgssituasjonen hjemme blir påvirket av foreldrenes psykiske helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Videre ser man at 40% av foreldre til barn under barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) plages av depresjon eller angst (Bufdir, 2008).

Torvik og Rognmo skriver i sin rapport om barn som pårørende til foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk at omkring 410 000 barn har foreldre med en psykisk lidelse. I tillegg er det ca. 90 000 barn som har foreldre som misbruker alkohol. Disse tallene overlapper, altså finnes det noen foreldre som både lider av psykisk sykdom og alkoholmisbruk. Et mer riktig tall blir at omtrent 450 000 barn under 18 år har foreldre som er psykisk syke eller misbruker alkohol (Torvik & Rognmo, 2011). Funnene til Torvik og Rognmo viser at dette temaet er viktig, da det handler om hverdagen til mange barn. Som fremtidig barnevernspedagog, som skal verne om barn, syns jeg dette er viktig å forske videre på.

Innenfor psykiske lidelser skiller man mellom milde, moderate og alvorlige lidelser. Milde psykiske lidelser kan for eksempel være mild sosial angst eller fobier, som kan være plagsomme for foreldrene, men ikke vil gå utover daglig fungering som omsorgsperson. Moderate psykiske lidelser omhandler lidelser som medfører selvmordstanker, gjentatt voldsbruk, begrenset arbeidsevne eller begrenset fungering på minst to av følgende

livsområder: sosialt liv, parforhold, hushold og arbeid. For eksempel kan vi se ut i fra diagnostiske kriterier at alle personlighetsforstyrrelser gir svekket funksjonsevne.

Eksempel på alvorlige lidelser er psykoser og bipolare lidelser, i tillegg kan andre lidelser betegnes som alvorlige om de fører til seriøse selvmordsforsøk, arbeidsuførhet eller vesentlig begrenset arbeidskapasitet, gjentatt voldsbruk eller at man ikke fungerer i nevnte roller i mer enn 30 dager per år. Tallene viser da at ca. 260 000 barn har foreldre med moderat til alvorlig psykiske lidelser. Dette omhandler barn av foreldre med psykiske lidelser som går utover daglig fungering og som da kan gå utover barnet (Torvik & Rognmo, 2011).

For å gi en bedre oversikt over antall barn av foreldre med milde, moderate og alvorlige psykiske lidelser har jeg organisert tallene i en tabell.

Tabell 1

	Antall barn	Prosent av barn
Antall barn av foreldre med oppdaget psykisk lidelse	410 000	37,3%
Antall barn av foreldre med moderat til alvorlig psykisk lidelse	260 000	23,1%
Antall barn av foreldre med alvorlig psykisk lidelse	115 000	10,4%

Tall hentet fra Torvik og Rognmo (2011).

I Helsepersonelloven av 02.07 1999 nummer 64 (hpl.) § 10 a. Står det at helsepersonell plikter å bidra til å ivareta mindreårige barn som er pårørende til foreldre. De skal blant annet ivareta behovet for nødvendig oppfølging og informasjon som mindreårige kan ha som følge av at for eksempel foreldrene er pasient med psykisk sykdom. De skal avklare om pasienten har mindreårige barn eller søsken samt deres informasjons- eller oppfølgingsbehov (Helsepersonelloven, 1999, § 10a).

Bergem (2018) skriver at barn og unge som pårørende finner ulike strategier for å håndtere hverdagen med for eksempel psykisk syke foreldre i form av unngåelsesstrategier og korrigeringsstrategier. Unngåelsesstrategier handler om at de forsøker å skjule

omstendighetene hjemme. Barna trenger også en pause fra det hjemme og vil trekke seg bort, gjerne på rommet sitt eller andre måter. Barn som er pårørende til alvorlig psykisk syke foreldre har også en tendens til å flytte ut tidligere enn jevnaldrende. Korrigeringsstrategier handler om å aktivt prøve å løse opp i de vanskelige situasjonene. Eksempelvis å ta «voksenansvaret» hjemme ved å gjøre husarbeid, passe yngre søsken osv. Andre barn velger å snakke med andre eller søke hjelp når belastningene hjemme blir for store. Ved å for eksempel snakke med en lærer eller venn, eller å søke hjelp fra profesjonelle hjelpeinstanser som barnevernet (Bergem, 2018, s.58-59). Dette er altså strategier barn selv bruker for å bedre sin hverdag. Som fremtidig barnevernspedagog er jeg interessert i hvordan barn opplever sin hverdag når de har foreldre med psykiske helseproblemer.

1.2 Problemstilling

Å ha fokus på hva som gir økt risiko for barnet og hva som gir beskyttelse når barn vokser opp med psykisk syke foreldre tror jeg kan være med på å hjelpe barn som opplever dette. Den endelige problemstillingen ble derfor:

«Hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer kan man identifisere i barns opplevelser av å vokse opp med psykisk syke foreldre?»

1.3 Avgrensning

Fokuset i denne oppgaven ligger på barna som vokser opp med psykisk syke foreldre og deres opplevelser. Mye forskning jeg har kompt over inkluderer somatisk syke foreldre og foreldre som lider av rusavhengighet. Jeg syns det er bra at psykiske lidelser likestilles med somatiske- og ruslidelser i disse artikkelene, men praktisk sett er det ikke rom for dette i denne bacheloroppgaven med tanke på tidsrom og omfang. Noen mennesker med psykiske lidelser lider også av rusavhengighet (Torvik & Rognmo, 2011), men i denne oppgaven har jeg valgt å fokusere hovedsakelig på psykiske lidelser. Jeg vil også i størst grad fokusere på barnets opplevelser og noe på forelderens, siden jeg tror forelderens opplevelse av barnet har betydning for barnet og hvordan de påvirkes av forelderens sykdom. Gjennom søkeprosessen fant jeg mye forskning på tjenesteyterens perspektiv og vil derfor ikke ha fokus på dette perspektivet, omfanget av oppgaven gir heller ikke rom for å se i stor grad på alle tre gruppers perspektiver.

1.4 Begrepsavklaring

I dette kapitlet vil jeg klargjøre noen begrep som jeg syns er relevante til temaet i oppgaven.

1.4.1 Forebygging

Hole (2014) tar for seg forebyggingsbegrepet og ser på forskjellen på forebygging versus helsefremming. Helsefremming handler om utviklingen av levekår som minimerer sjansen for risikofylte forhold, mens forebyggingen handler om å minimere risikoen som er til stede for å unngå at et problem utvikler seg. Slik jeg tolker det i lys av denne bacheloroppgaven så vil man prøve å forebygge at et problem manifesterer seg når du allerede er i den risikofylte situasjonen av å ha en psykisk syk forelder.

1.4.2 Kommunikasjon

Det store norske leksikon definerer kommunikasjon som «det å formidle og dele ideer og informasjon, for eksempel ved hjelp av språk» (Allott, 2019).

Ruud (2021) skriver om grunnleggende prinsipper i kommunikasjon med barn og unge. Hun trekker frem barnekonvensjonen, helsepersonelloven og barnevernloven og det faktum at barn har rettigheter til å bli hørt i situasjoner som angår dem, og til å medvirke i sin situasjon. Barn evner å formidle hvordan de har det og trenger noen som lytter og hjelper dem å forstå situasjonen de er i. Man kan ha mange ulike typer samtaler med barn. De kan være formelle, uformelle, planlagte eller uplanlagte. Barn kan kommunisere verbalt med ordene sine og nonverbalt med for eksempel kroppsspråk (Ruud, 2021).

1.4.3 Barn som pårørende

Bergem skriver at barn som pårørende er en gruppe barn og unge som har økt sårbarhet. Barn defineres som pårørende når én av foreldrene, et søsken eller annen nær omsorgsperson blir syk eller skadet, har et rusproblem eller en funksjonsnedsettelse. Barn som er etterlatte når en forelder eller søsken dør er også betegnet som pårørende (Bergem, 2018, s.18). Derav kan vi betegne barn med psykisk syke foreldre som barn som pårørende.

1.5 Formål

Formålet med denne bacheloroppgaven er å undersøke barns opplevelse av å ha foreldre med psykiske lidelser. Hvordan påvirkes de og hvilke faktorer er viktige og beskyttende for å unngå negative virkninger? Jeg tror det er viktig å få mer kunnskap på dette feltet for at hjelpeapparat bedre kan hjelpe disse familiene som lider av psykiske lidelser. Det er også høyst sannsynlig å møte disse familiene når man jobber i det barnevernfaglige feltet, da psykisk sykdom rammer så mange mennesker.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I dette kapitlet vil jeg ta for meg relevant faglig kunnskap for å belyse problemstillingen «Hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer kan man identifisere i barns opplevelser av å vokse opp med psykisk syke foreldre?».

2.1 Risikofaktorer

«En risikofaktor definerer vi som en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtida» (Gjertsen, 2013, s.43). Kvello (2015) beskriver risikofaktorer som faktorer som gir økt sjanse for at personer utvikler sosiale og/eller psykiske vansker. Han nevner også det at samme vansker kan være et resultat av utviklingsgangene og det at samme risikofaktor kan gi ulike resultater. Det er vanskelig å forutse barnets utvikling med kjennskap til deres risiko- og beskyttelsesfaktorer. Hvor lenge man er utsatt for risiko, når i livet risikoen opptrer er avgjørende, og når i livet symptomene av utsatt risiko kan forekomme er uvisst.

Eksempler på risikofaktorer er dårlige økonomiske kår, kriminalitet, mishandling eller at foreldre har psykiske lidelser (Borge, 2018, s.31).

Gjertsen (2013) deler opp eksempler risikofaktorer i miljørelaterte faktorer på samfunnsnivå, lokalsamfunn og gruppenivå og individrelaterte faktorer. Risikofaktorer som sosial ulikhet blir kategorisert som samfunnsnivå, mobbing blir kategorisert på lokalsamfunnsnivå og overgrep/mishandling på gruppenivå, som f. eks familie eller sosialt nettverk. I individrelaterte faktorer bruker han eksempler som lav selvfølelse og manglende evne til mestring (Gjertsen, 2013, s.231).

2.1.1 Psykisk syke foreldre

Som nevnt er det å ha psykisk syke foreldre er en risikofaktor for barn. Å vokse opp med en deprimert mor kan for eksempel føre til utrygghet hos barnet, da det kan hende moren ikke klarer å være til stede med mimikk, berøring og blikk. Dette oppleves som uforutsigbart for barnet og det utvikles en utrygg tilknytning. Barnet kan begynne å unngå blikkontakt, bli trøtt og døsig, mangle utvikling av lyder og kan vegre seg for nærhet og samspill. Andre barn kan bli urolige, gråte mye eller lukke seg inne og sove (Moen, 2012, s.36-37).

Depresjon hos foreldre kan bli en byrde for barna. Dette gjelder spesielt når de psykiske problemene er av alvorlig grad, varer lenge eller stadig vender tilbake. Lidelsen kan påvirke foreldreferdighetene med å gi vansker med struktur i hverdagen og grensesetting. Foreldre med depresjon kan bli passive, ettergivende, fraværende følelsesmessig eller få svekket evne til å gi barn svar på deres behov og signaler. Barn av foreldre med alvorlig depresjon har også forhøyet risiko for å selv utvikle psykiske problemer. Det er ikke alltid tilfellet at barn av psykisk syke foreldre selv får problemer, men det er et faktum at mange barn får det vanskelig når en eller begge foreldre er deprimerte (Berge & Repål, 2015, s. 201).

Torvik og Rognmo (2011) skriver at barn med psykisk syke foreldre har en høyere risiko for å bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep eller å selv utvikle psykiske lidelser. Risikoen avhenger av flere faktorer, blant annet hvor alvorlig lidelsen til foreldrene er. Selv om litteratur viser at de fleste barna klarer seg bra, er det en risiko. Torvik og Rognmo skriver videre at forskningen på dette feltet er av varierende kvalitet og det kan være vanskelig å vite om problemene som oppstår kan skyldes foreldrenes vansker eller andre faktorer som påvirker barnet (Torvik & Rognmo, 2011).

2.1.2 Parentifisering

«I familier med psykisk syke omsorgspersoner vil barna være utsatt for press for å gå inn i foreldrerolle eller venninne/-vennerolle overfor den syke» (Sølvberg, 2011, s.146).

Parentifisering omhandler situasjoner der barnet får store omsorgsoppgaver, eksempelvis når mor eller far er for syk til å ta seg av omsorgsoppgavene. Om omsorgsoppgavene er av avgrenset varighet og barnet får støtte fra andre, så kan det å få store omsorgsoppgaver også være positivt ved å gi selvrespekt og interpersonlig sensitivitet. Det er dog fare for destruktiv parentifisering om barnet får såpass store omsorgsoppgaver som ikke samsvarer med alder eller modenhet og barnet ikke mottar støtte eller anerkjennelse for innsatsen. Den destruktive parentifiseringen kan ha flere uheldige virkninger på barnet. Eksempelvis kan det gå utover evnen til å få venner, skolegang og selvfølelse samt gi selvutslettende og overansvarlige personlighetstrekk. Det betegnes også som «tapt barndom». Denne tapte barndommen kan skape lengsel og frykt for barnerollen det ikke fikk være i. Det å ha for store omsorgsoppgaver for alderen vil føre til at barnet opplever å ikke mestre, dette kan gi følelsen av avmakt eller lengsel hos barnet (Sølvberg, 2011, s.136). Som nevnt i innledningen bruker

noen barn håndteringsstrategier for å løse vanskelige situasjoner hjemme, og noen brukte det å ta ansvar i hjemmet som en slik strategi for å håndtere situasjonen (Bergem, 2018, s.59).

2.2 Beskyttelsesfaktorer

Beskyttelsesfaktorer omfatter både genetiske, biologiske, mentale, miljømessige og sosiale faktorer. Disse faktorene omtales som beskyttelsesfaktorer først når de har dempende effekt på risikofaktorene en kan utsettes for (Kvelling, 2015). Borge (2018) skriver for eksempel om nettverk av venner og fritidsaktiviteter som beskyttende faktorer. Det fører til økt sosial kompetanse som videre bidrar til økt selvtillit som beskyttende faktor hos barnet. Hun trekker frem viktigheten av jevnaldrende (Borge, 2018, s.60).

Gjertsen (2013) skriver at «det er i ferd med å skje et perspektivskifte når det gjelder forståelse og hjelp til utsatte barn» (Gjertsen, 2013, s.230). Man bytter ut problemperspektivet med resiliensperspektivet. Fokus på hvilke faktorer som fremmer positiv utvikling gir nye metoder og tiltak for å hjelpe utsatte barn. Man kan hjelpe dem å utvikle tro på mestring av risikoen. Styrker man barns sosiale, kognitive og atferdsmessige evner, blir de mindre sårbare (Gjertsen, 2013, s.230). Jeg tolker dette slik at om man styrker barns beskyttende faktorer, som for eksempel sosiale og kognitive evner som Gjertsen nevner, så kan man hjelpe barna med å bli mindre sårbare for risikoen de blir utsatt for.

2.2.1 Resiliens og mestring

Resiliens kan bety motstandskraft, utholdenhet, seighet eller robusthet. Et resilient barn er et barn som fungerer godt, til tross for opplevd alvorlig risiko (Borge, 2018, s.11). Borge (2018) skriver at halvparten av dem som blir eksponert for risiko utvikler alvorlige psykiske problemer. Krig, terror, katastrofer, sosial nød, omsorgssvikt og psykologisk mishandling er alle eksempler på alvorlig risiko. Jeg vil videre se på hvilke faktorer eller egenskaper som skaper et resilient barn, som oppnår mestring til tross for motstand i form av risiko. Sølvsberg (2011) skriver at «mestringserfaring fungerer som «vaksine» mot sammenbrudd ved livets påkjenninger» (Sølvsberg, 2011, s.63). Jeg tolker dette som at det å oppleve mestring gjør at man blir sterkere og takler vanskelige situasjoner bedre.

Borge (2018) beskriver mestring (coping på engelsk) som resiliens basert på læring og som et virkemiddel for å oppnå resiliens. Mestring er å gjøre noe med en situasjon, mens resiliens er evnen en har (Borge, 2018, s.28). Alderen er en viktig faktor med tanke på mestring, jo yngre en er jo mer avhengig er en av trygge støttepersoner for å oppnå mestring. I tillegg spiller følgende evner en stor rolle med tanke på resiliens; evnen til å snakke for seg selv, evnen til vennskap med jevnaldrende, nysgjerrighet på sykdommen og motstandsevne mot å la seg oppsluke av sykdommen og konsekvensene av den (Støren, 2011, s.63). For at et barn skal oppleve mestring må de erfare at de kan noe og oppgavene må være tilpasset muligheten for at de skal klare dem (Gjertsen, 2013, s.237).

2.2.2 Viktigheten av relasjoner

Lauveng (2020) skriver at mennesket er et sosialt vesen som har behov for nettverk. Samtidig er behovet forskjellig hos den enkelte, noen har behov for et stort nettverk mens for andre er nære relasjoner litt mindre viktig. Noen trives med å være alene mye av tiden og noen tåler dette mindre bra. Vi vet også at mange mennesker som lider av psykiske sykdommer er ensomme. Den psykiske sykdommen kan være årsaken til ensomheten, men ensomhet kan også være årsaken til psykisk sykdom, de blir syke av mangelen på gode og støttende relasjoner (Lauveng, 2020, s. 167-168).

Gjertsen (2013) skriver om mestringens vilkår hvor det er en grunnleggende ressurs å ha minimum én nær fortrolig person. Det vil være avgjørende for barnet å ha et gjensidig samspill med en omsorgsperson de første leveårene. Samtidig kan stabile nære relasjoner senere i livet kompensere for mangler fra tidlig barndom. Videre er viktigheten av en trygg familie, dette kan erstattes av andre stabile voksne. I tillegg vil familiens omgangskrets, barnets relasjoner til barnehage/skole og/eller fritidsaktiviteter og de felles verdier og normer hos de voksne gir mening for barnet. Slik jeg tolker dette er relasjoner viktige for å oppnå mestring som fører til oppnåelse av resiliens.

2.3 Stigma: Goffman

Stigma omhandler å avvike fra miljøets sosiale spilleregler. Samfunnet setter opp måter å kategorisere mennesker på og bestemmer hvilke egenskaper som oppfattes som normale og naturlige for medlemmene av samfunnet. I ulike sosiale miljø vil det være forventninger til hvilken kategori menneske man finner i det bestemte miljø. Etablerte spilleregler i miljøet gjør at vi uten å tenke over det, vet hvordan vi skal forholde oss til de menneskene vi forventer å møte i ulike miljø og kontekster. Vi mennesker putter andre mennesker i bås, eksempelvis kun på basis av deres utseende. Vi støtter oss til førsteinntrykk og forvandler dem til normative forventninger. Dette gjør vi mennesker uten selv å være klar over det, fordi vi har forhåndsforestillinger om hvordan en skal være. Ser man nærmere på en person, kan den personen vise seg å skille seg ut fra disse forventningene. For eksempel kan personen vise seg å være ond eller farlig, og dermed reduseres fra å være et helt alminnelig menneske, til et nedvurdert menneske. Å få dette stempelen som nedvurdert innebærer et stigma, av og til blir det også kalt en svakhet, brist eller et handicap (Goffman, 2014, s.43-44). Vi kan altså si at å bli stigmatisert er å bli stemplet som noe avvikende fra samfunnets forventninger.

Man kan også skille mellom det stigmatiserte individ som tar for gitt at hans særpreg er kjent eller om han går ut ifra at det ikke er kjent eller umiddelbart blir lagt merke til. Førstnevnte blir referert til som den miskrediterede og den andre er den potensielt miskrediterede.

Man kan også skille mellom tre former for stigma. Den første handler om kroppslige ufyseligheter i form av misdannelser. Den andre formen for stigma handler om karaktermessige feil hos personen. For eksempel å være av dominerende karakter eller å være viljesvak. Mennesker holder fast i disse karaktermessige egenskapene ut i fra kjennskapet til den det gjelder sin fortid. For eksempel om personen har en fortid med psykisk sykdom, fengselsopphold eller rusmisbruk så kan en oppleve å bli dømt for dette fordi noen har forventninger til hvordan du er, du blir stigmatisert. Den tredje formen for stigma handler om slektsbetinget stigma, for eksempel religion, rase og nasjon. Disse kan overføres fra generasjon til generasjon og familien kan bli merket i samme grad (Goffman, 2014, s.45-46). Jeg tolker dette som at den tredje formen for stigma kan omhandle å bli satt i samme bås som alle andre som innehar samme religion som deg, eksempelvis om man er muslim og blir stemplet som radikal av den grunn.

2.4 Maslows behovspyramide

Den amerikanske psykologen Abraham Maslow utviklet humanistisk psykologi, som handler om menneskets egenskaper og evner og behov for selvrealisering. Gjennom humanistisk psykologi ligger grunnlaget for behovsteorien til Maslow. I en pyramideform illustrerer Maslow menneskers ulike behov. Maslow mente at å ha det nederste behovet i trekanten dekket ville skape motivasjon hos mennesket til og videre realisere seg gjennom å dekke behovene på de høyere nivåene i pyramiden. Maslow mente at behov både påvirker og styrer vår atferd og har brukt dette som grunnlag i sin behovsteori. Det laveste behovet er grunnleggende, og må dekkes før man kan dekke behov som ligger i høyere nivå i pyramiden. Det grunnleggende behovet handler om å tilfredsstille det man trenger for å holde seg i live, blant annet å dekke sult og tørst. For eksempel når en kjenner på sult, så har man ikke mange andre interesser enn å få dekket sultbehovet. Når de grunnleggende behovene er dekket dukker det opp nye behov. Men om behovet ikke blir tilstrekkelig dekket mente Maslow at det kunne påvirke menneskets atferd og en vil bruke all energi på det som mangler, og utviklingen mot andre behov blir borte (Gjørund og Huseby, 2010, s.104-105).

Maslows behovspyramide blir også kalt behovshierarki. I bunnen av pyramiden finner man de fysiologiske behovene som mat, drikke og søvn. Videre finner man behovet for trygghet, i form av trygge omgivelser og regler og rutiner. Et steg opp er behovet for kjærlighet og tilknytning, det å ha noen som vi er glad i og noen å høre til. Videre opp pyramiden illustrerer Maslow behovet for å bli akseptert og respektert. Når alle disse behovene er dekket dukker behovet for å realisere seg selv, som er toppen av pyramiden. Dette handler om å videreutvikle muligheter for seg selv samt evnene våre (Gjørund og Huseby, 2010, s.106).

3.0 METODE

I dette kapitlet presenterer jeg metodevalg og utførelsen av metoden. Dalland (2020) beskriver metoden som redskapet man velger for å undersøke forskningsspørsmålet. Metoden handler dermed om hvordan man innhenter data som skal benyttes til å svare på forskningsspørsmålet på best mulig måte.

3.1 Metodevalg

Metoder som kan benyttes er kvalitativ metode i form av for eksempel intervjuer eller observasjoner, kvantitativ metode i form av for eksempel spørreundersøkelser (Dalland, 2020, s. 53-55). Om en for eksempel skal forske på hvor mange brukere er fornøyde med et hjelpetiltak, så må en bruke kvantitativ metode og tallfeste hvor mange. Skal en forske på brukernes subjektive meninger og opplevelser om hvorfor de er fornøyde med hjelpetiltaket, må en bruke kvalitativ metode. Som en huskeregel kan man kalle forskere som benytter seg av kvalitativ metode for «tolkere» og forskere som benytter seg av kvantitativ metode for «tellere» (Dalland, 2020, s.56).

3.2 Litteraturstudie som metode

Som metode i min bacheloroppgave har jeg valgt kvalitativ metode i form av litteraturstudie. Støren (2013) beskriver en litteraturstudie som studien av litteratur som allerede er undersøkt og skrevet om virkeligheten av artikkelforfatterne. Innholdet i en litteraturstudie er kunnskap som eksisterer og som er presentert i artikler som man finner ved å søke i databaser (Støren, 2013, s. 16-17).

Det finnes ulike typer litteraturstudier. En systematisk litteraturstudie vil gå gjennom alt materiale en kommer over i søkeprosessen og rapportere alle steg, mens en narrativ litteraturstudie vil ikke være like omfattende. (Aveyard, 2018, s.16-18). Jeg har valgt å systematisere søkene mine slik som en systematisk studie, men har en mer narrativ tilnærming til hvor mange artikler jeg går igjennom i sin helhet. Dalland (2020) skriver at i valg av metode må man ta vurderinger om hva som er tidsmessig realistisk.

Som fremtidig barnevernspedagog vil barnets perspektiv alltid veie høyt for meg. Derfor var det å undersøke allerede eksisterende forskning det beste valget for å belyse min

problemstilling, da jeg selv ikke har mulighet til å intervju barn fordi ifølge det sosialfaglige fakultets retningslinjer er jeg ikke tillat dette. En kvantitativ tilnærming ville ikke belyst forskningsspørsmålet mitt på en god måte, siden jeg er ute etter å undersøke unike opplevelser og skildringer av det å vokse opp med psykisk syke foreldre.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Inklusjons- og eksklusjonskriterium brukes for å snevre inn søket slik at man ikke får for mange artikler og omhandler hvilke krav til søkeord en bruker og hvilke krav en stiller til litteraturen (Støren, 2013, s.37).

Jeg har valgt følgende inklusjonskriterium for å snevre inn søket og ikke få opp for mange irrelevante treff. Eksempelvis har jeg satt Norsk og Engelsk språk som et kriterium slik at jeg ikke bruker tid på å avfeie utenlandske artikler som jeg ikke har evnen til å lese. Svenske og danske artikler kunne også inkluderes, men jeg opplevde veldig få treff på disse språkene.

Inklusjonskriterium:

- Artiklene er fra de siste seks år
- Artiklene er fagfellevurderte
- Artiklene har hovedvekt på psykiske lidelser
- Artiklene har hovedvekt på barnas perspektiv
- Artiklene er har Norsk eller engelsk språk

Mine eksklusjonskriterier handler om hvilke faktorer jeg ikke ville at mine valgte artikler skulle inneholde eller ha for stort fokus på. For eksempel ville jeg ikke bruke artikler som i størst grad satte søkelys på barn som pårørende til foreldre med somatiske lidelser eller rusavhengighet, siden denne bacheloroppgaven har fokus på barn som pårørende til psykisk syke foreldre. Jeg har også valgt å ekskludere artikler som kun undersøker tjenesteytneres perspektiv. Da jeg som fremtidig barnevernspedagog ønsker å se barnet og familiens perspektiv.

Eksklusjonskriterium:

- Artikkelen er eldre enn seks år
- Artikkelen er ikke fagfellevurdert
- Artikkelen har hovedvekt på somatiske lidelser eller rusavhengighet
- Artikkelen har hovedvekt på tjenesteyterens perspektiv.

3.4 Datainnsamling

Jeg vil i dette underkapittelet presentere hvordan jeg utførte søkeprosessen for å finne data til denne litteraturoppgaven.

Søk 1:

Jeg valgte å starte med et norsk søk på Oria, da dette var en database som var godt kjent for meg og følte trygg å bruke. Datoen var 03.02.22.

Å gjøre et enkelt søk ga veldig mange treff, og majoriteten av dem var ikke relevante til min oppgave. Jeg valgte derfor å velge avansert søk, så jeg kunne legge til søkeord og avgrense søkene med tilpasningene Oria tilbyr. Jeg utvidet med å velge å søke i norske fagbibliotek i stedet for å kun søke i biblioteket på UIS, valgte å søke etter artikler samt krysset av på fagfellevurderte tidsskrift i tilpasningene. Søkeordene jeg først la til var «barn av psykisk syke foreldre», dette ga et treff på 184 artikler. For å avgrense ytterligere la jeg til en linje og la til søkeordene «oppdragelser ELLER oppvekst». Ved å bruke «eller» mellom ordene så finner Oria artikler som bruker et av ordene. Jeg valgte å legge til disse ordene da jeg vil fokusere på hvordan oppvekst med psykisk syke foreldre påvirker barna. Søket ga 81 treff. For å finne artikler som viser hvordan barna blir påvirket av sine foreldres psykiske sykdom så la jeg til enda flere søkeord, «konsekvenser ELLER virkninger» i en linje og «barn ELLER unge ELLER pårørende». Dette ga 58 treff. Deretter gikk jeg gjennom alle titler og/eller sammendrag og huket av på de som jeg mente var relevant til problemstillingen og temaet i oppgaven. 56 artikler ble ekskludert, to ble lest i sin helhet og ingen ble inkludert i oppgaven.

Neste steg var å utføre et søk på databasen Idunn, som også var godt kjent for meg. Jeg tenkte det var lurt å se om jeg fikk opp annen litteratur her. Datoen var 14.02.22. Jeg opplevde å få mindre treff, så søket ble ikke like spesifikt og avgrenset som søket i Oria. Søkeordet jeg valgte var «psykisk syk forelder» og «barn OR unge OR pårørende». Jeg avgrenset til forskningsartikler fra februar 2015 til februar 2022, for å få litt mer å velge mellom. Dette

søket ga 40 treff. Videre leste jeg gjennom tittel og/eller sammendrag og ekskluderte 36 artikler da de ikke var relevante til problemstillingen. Fire artikler ble lest i sin helhet og en av artiklene ble inkludert i oppgaven.

Søk 2:

I mitt andre søk valgte jeg å foreta et søk på engelsk, da jeg tenkte det var gunstig å se på internasjonale artikler også, i tillegg til at jeg opplevde at skandinavisk forskning også ble publisert på engelsk. Dette søket foregikk også på Oria avansert søk 08.02.22. I tillegg til avgrensingene jeg brukte i søk 1 i Oria, så la jeg til at artiklene skulle være fra de fem siste år. Jeg valgte å søke «Children of parents with mental illness». Jeg fikk flere tusen treff, så valgte å legge til flere søkeord; «children OR youth», «next to kin», «resilience» og «mental illness». Dette ga 299 treff. Jeg leste over alle titler og/eller sammendrag og valgte å ekskludere 292 artikler. Jeg leste de resterende syv artiklene i sin helhet og ekskluderte ytterligere fem artikler. To artikler ble inkludert i min bacheloroppgave.

I likhet med søk 1 så utførte jeg også nå et søk i Idunn. Datoen var 28.02.22. Dette søket ble også utført på engelsk. Søkeordet jeg brukte var «parents with mental illness». Avgrenset til forskningsartikler fra 2016-2022. Kun en artikkel ble lest i sin helhet, de resterende 25 ble ekskludert etter abstrakt lesning av tittel og overskrift. Ingen av artiklene ble brukt i denne oppgaven.

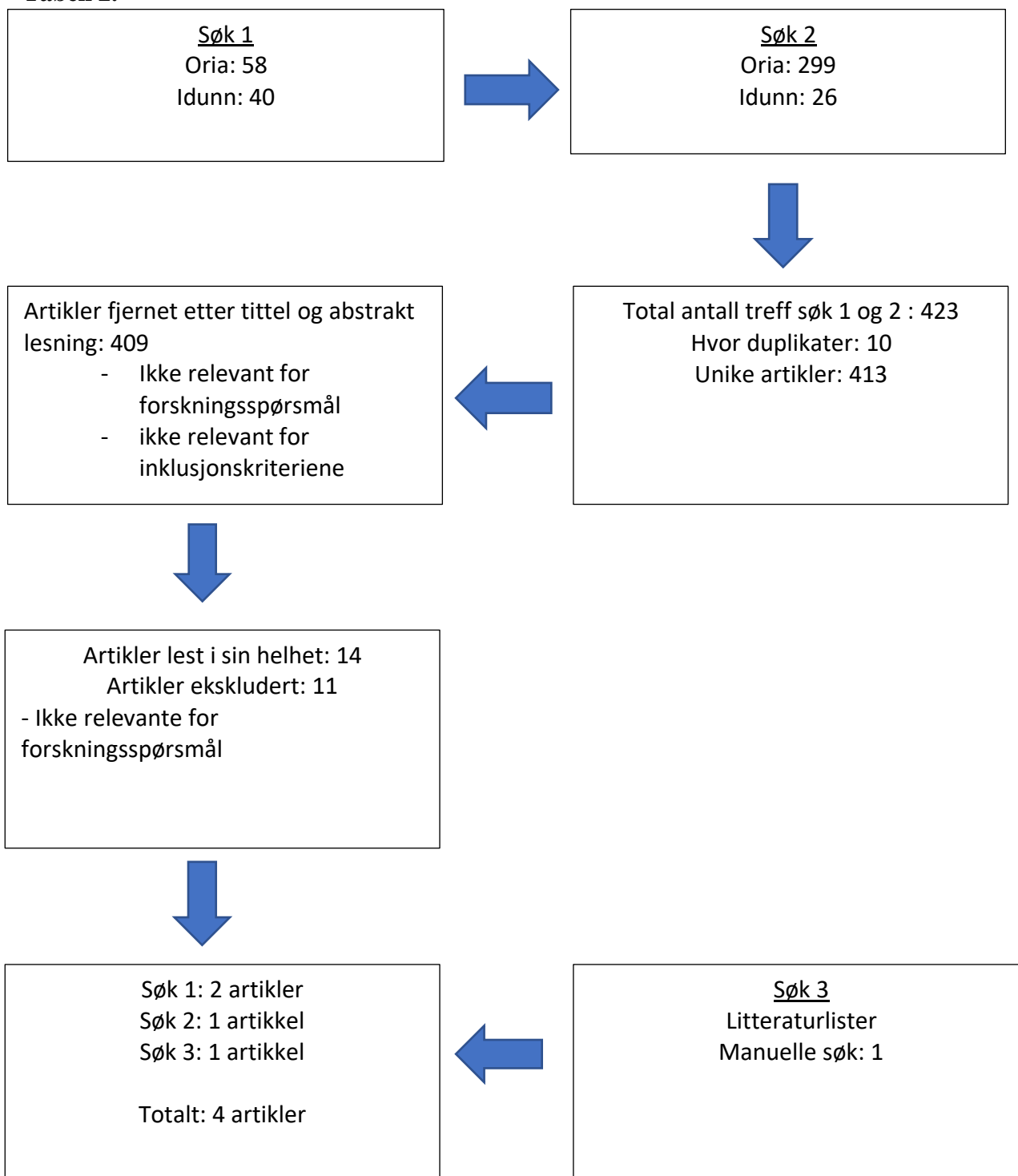
Søk 3:

Mitt tredje søk var et manuelt søk, datoen var 28.02.22. Jeg oppdaget når jeg leste gjennom artikler og referansene deres at det var mye spennende å hente her. Jeg gikk gjennom de tre artiklene jeg satt igjen med etter søk i Idunn og Oria og så på referanselistene. Her fant jeg flere kilder som var nyttige i tillegg til at jeg fant tre forskningsartikler som jeg leste i sin helhet, dobbeltsjekket at var fagfelleverdert og ikke eldre enn 6 år gammel. En av artiklene møtte mine kriterier og ble inkludert i oppgaven.

3.4.1 Flytskjema

Jeg har laget et flytskjema for å illustrere forløpet fra litteratursøk til mitt endelige utvalg av artikler.

Tabell 2.



3.5 Kildekritikk

Kildekritikk består av to sider. Først må man finne litteratur som på best måte kan belyse problemstillingen til oppgaven, dette er søkeprosessen. Den andre siden handler om å gjøre rede for litteraturen en har anvendt. Kildegrunnlaget i oppgaven må være godt begrunnet og beskrevet. Hvorfor og hvordan (Dalland, 2020, s.143-144).

Aveyard (2018) presenterer seks spørsmål for å trigge kritisk tenkning;

Hvor ble informasjonen funnet, hvordan vet man at informasjonen er av god kvalitet, når ble dette skrevet, hva er hovedfunnene, hvem har skrevet dette og hvorfor har det blitt skrevet (Aveyard, 2018, s. 72-73). Dataet i denne bacheloroppgaven har blitt funnet via. Databasene Oria og Idunn, og informasjonen er av god kvalitet fordi den kommer fra fagfelleverderte artikler. I tillegg er artiklene ikke utdaterte, da de er fra de siste 6 år. Jeg har også søkt opp alle forfatterne og undersøkt hvem de er, og hva hensikten med artikkelen er. Når jeg hadde valgt mine fire artikler, sendte jeg disse til veileder for godkjenning.

3.6 Funn av litteratur

Jeg har valgt å presentere mine funn i en tabell for å få bedre oversikt. Aveyard (2018) skriver at det å bruke en oversiktstabell er en nyttig måte å organisere funnene og det er hjelpsomt å ha et overblikk over alt på en plass (Aveyard, 2018, s.89).

Det hendte tilfeldig at $\frac{3}{4}$ av litteraturen brukt i min bacheloroppgave er på engelsk. Som nevnt valgte jeg å også utføre engelske søk, da jeg oppdaget at det var mange relevante artikler om tema på engelsk og dette utvidet horisonten betraktelig. Engelsk er også et språk jeg behersker godt og trives med.

I tabellen på neste side presenteres data som ble funnet i søkeprosessen.

Tabell 3.

Artikkel tittel:	1) "Informing children of their parent's illness: A systematic review of intervention programs with child outcomes in all health care settings globally from inception to 2019"	2) "Experiences of having a parent with serious mental illness: An interpretive metasynthesis of qualitative literature"	3) "Young adults' childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness"	4) «Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer»
Forfattere og Utgivelsesdato:	Charlotte Oja, Tobias Edbom, Anna Nager, Jörgen Månsson & Solvig Ekblad, 26. Mai 2020	Anna Kallquist & Martin Salzmann-Erikson, 13. Mai 2019	Stefan Nilsson, Lisa Gustafsson & Margaretha Jenholt Nolbris, 2015.	Astrid Halså & Anne-Marie Aubert, 14. april 2016
Hensikt:	Finne evidensbaserte konsepter som vises effektive i intervensjonsprogrammer hvor en informerer barn om sine foreldres sykdom.	Undersøke opplevelsen til voksne som har vokst opp med foreldre med alvorlig psykisk lidelse	Undersøke unge voksnes opplevelse fra når de deltok i støttegrupper når de levde med foreldre med psykiske lidelser	Evaluere tiltaket «du er ikke den eneste» som er et forebyggende tiltak for barn og unge som har opplevd psykiske helseplager hos en av foreldrene sine
Metode:	Litteraturstudie med bruk av 21 kvantitative og 11 kvalitative publikasjoner	Kvalitativ metasyntese Av 14 kvalitative publikasjoner	Kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervjuer med ni respondenter	Kvalitative intervjuer og fokusgrupper samt kvantitative evalueringsskjema og spørreundersøkelser
Relevans til problemstillingen:	Mye nyttig om barns opplevelse som pårørende til psykisk syke foreldre. Både barna og foreldrenes perspektiv	Voksenperspektivet etter å ha vokst opp med foreldre med psykiske lidelser	Nyttig kunnskap som belyser problemstillingen. Viktigheten av støtte og dialog rundt problemene.	Tar opp viktige tema som belyser problemstillingen. Har med både barnas og foreldrenes perspektiv

3.7 Analyse av funn

For å analysere mine funn har jeg tatt utgangspunkt i Noblit og Hare (1988) sin syv-trinns analyseprosess, som Malterud (2017) presenterer i sin bok. Hun presenterer analysetrinnene med sin egen utdyping og oversatt til dagens forskningsvirkelighet (Malterud, 2017, s.78). Trinn en i analyseprosessen omhandler å formulere problemstilling og søkestrategi og gjennomføre litteratursøk. I trinn to gjennomgår man litteratursøket og utvikler inklusjons- og eksklusjonskriterium, ekskluderer duplikater og lager en oversikt over disse. I trinn tre nærleses inkluderte studier i fulltekst for å finne resultater som utgjør grunnlaget for datamaterialet i denne oppgaven. Disse trinnene er utført.

Jeg har nå kommet til trinn fire i prosessen, som handler om å organisere materialet i tema som går igjen i de ulike artiklene for å få oversikt. Jeg har derfor nærlest alle artiklene og notert ned sentrale tema og sammenlignet disse på tvers av artiklene. Jeg kom frem til 4 hovedtema. Videre har jeg organisert temaene i en tabell hvor jeg har notert hvilke artikler som inneholder tema.

Tema 1: Skyldfølelse og hemmelighetsholding

Tema 2: Rollebytte og et for stort ansvar

Tema 3: Behovet for relasjoner og støtte

Tema 4: Behovet for informasjon og kommunikasjon

Tabell 4.

Hovedtema:	Artikkelnummer:
Skyldfølelse og hemmelighetsholding	1, 2, 3, 4
Rollebytte og et for stort ansvar	2, 3, 4
Behovet for relasjoner og støtte	1, 2, 3, 4
Behovet for informasjon og kommunikasjon	1, 2, 3, 4

3.7.1 Analyse ved hjelp av temaer

Trinn fem – syv i Noblit og Hare (1998) sin analyseprosess oversatt av Malterud (2017) omhandler å oversette studiene til hverandre ved systematisk gjennomgang og organisering av resultattekst med de beslektede temaer, gi en selvstendig forståelse av funnene samt utdype og begrunne meningsinnholdet for å skape resultatene av forskningen (Malterud, 2017, s.79). Jeg tar inspirasjon av denne metoden ved å skrive funnene mine fra hver artikkel organisert under de ulike hovedtema jeg har kommet frem til.

Skyldfølelse og hemmelighetsholding

Aubert og Halså (2016) skriver i sin artikkel om viktigheten for barn å møte andre som er i samme situasjon. Dette gir større forståelse for sin egen situasjon og gjør at de blir fratatt skyldfølelse. Nesten alle foreldrene til barna som deltok i støttegruppen mente av barna på forskjellig vis fikk bearbeidet sin skyldfølelse av å delta. Skyldfølelsen barna kunne oppleve var blant annet på grunn av dårlig samvittighet fordi de hadde lite samvær med forelderen som var syk. Denne gutten fikk gjennom støttegruppen nok informasjon til å kunne forstå den syke forelderen bedre, og derav minske skyldfølelsen. Andre kunne tro at de var årsaken til problemet, som for eksempel en jente på 8 år som trodde moren ble innlagt fordi jenta hadde kikhoste og holdt moren våken om natta. Deltakelsen i støttegruppen bidro til at hun forsto at det ikke var hennes feil moren ble innlagt, i følge faren hennes. Det vises gjennom barnas stemme også at skyldfølelse er noe som preger dem og at å få delta i støttegrupper hjelper dem å bli fratatt denne følelsen av skyld. Jeg ser at å bli fortalt at de ikke har skyld i foreldrenes sykdom gir lettelse og en mindre byrde for barna. Også det å møte andre barn i samme situasjon gir rom for å bearbeide skyldfølelsen.

I Nilsson, Gustafsson og Nolbris (2015) sin artikkel finner jeg også at barn som har vokst opp med psykisk syke foreldre preges av skyldfølelse. Noen av disse unge voksne menneskene reflekterer tilbake på barndommen og har gått i mange år med følelsen av at sykdommen var deres skyld. De har lært at sykdom ikke er noens skyld ved hjelp av støttegrupper. En respondent forteller at venner har trodd det var deres skyld at h*n en gang ikke følte seg bra, og med denne kunnskapen kunne h*n fortelle dem at det ikke er noens skyld at noen er syke. Andre respondenter forteller om skammen ved å ha psykisk syke foreldre. Hvordan de holdt det skjult fra venner på skolen som om det var en stor hemmelighet de bar på. De var redde

for at samtalen skulle være en «varselklokke» om de fortalte det til ansatte på skolen, og synes det var bra at ingen, verken venner eller ansatte på skolen visste om situasjonen deres.

I Oja et al. (2020) sin artikkel kommer det også frem viktigheten av en støttegruppe som en trygg base for å prate om det som barna har holdt hemmelig. Det å øve på å snakke om det gjorde at det ble lettere å utvide kretsen og fortelle flere om situasjonen. Viktigheten av å få et trygt sted å snakke ga barna en følelse av lettelse. Barna fryktet å få samme sykdom som foreldrene, de følte seg skyldige i situasjonen. Intervensjonene gjorde at de følte seg trygge og situasjonen deres ble mer normalisert av å møte andre i lignende situasjoner.

Källquist og Salzmänn-Erikson (2019) sine respondenter forteller også om følelsen av skam og skyld. Noen opplevde å være flau over foreldrene. Barna holdt situasjonen hemmelig for å ikke miste venner eller skuffe familien. Frykten for å møte fordommer gjorde at sykdommen ble holdt hemmelig og ønsket om å beskytte forelderen var stort. Noen av barna ble fortalt av hovedsakelig foreldrene å ikke snakke om sykdommen med mennesker utenfor familien, og å fortelle andre ble sett på som å være illojal. Det førte til at noen av barna følte skyld om de snakket med andre utenfor familien om sykdommen, det ble en blanding av skyldfølelse og lettelse å fortelle andre. Det går også igjen hos de fleste i denne artikkelen at barna følte det var deres skyld at foreldrene var syke eller at de hadde forverret sykdommen på en eller annen måte eller at de ikke klarte å få foreldrene til å føle seg bedre. Følelsen av skyld og skam fulgte også med flere inn i voksenlivet.

Rollebytte og et for stort ansvar

Aubert og Halså (2016) refererer til Aldridge og Becker (2003) når de skriver at barn av foreldre med psykiske lidelser ofte føler seg ansvarlige for foreldrenes problemer og tar på seg rollen som unge omsorgspersoner. Dermed er et av målene til støttegruppen å redusere risikofaktorer som blant annet å ha et for stort ansvar. I Nilsson et al. (2015) Sin artikkel finner jeg eksempler på opplevelser av rollebytte, hvor barnet opplevde å alltid måtte bekymre seg for forelderen og ta ansvar for hva som skjedde i hjemmet. Noen fortalte også om hvordan de vokste opp tidligere enn andre.

Källquist og Salzmänn-Eriksons (2019) artikkel belyser i større grad enn de andre hvordan opplevelsen av å vokse opp med psykisk syke foreldre kan føre til rollebytte i hjemmet. Jeg finner flere eksempler av tilfellet. En respondent forteller at moren ikke ville bli plaget så hun

og søsknene måtte selv ta ansvaret av å gjøre seg selv klare for skolen om morgenen. Det kommer også frem at barn tok vare på forelderen og yngre søsken. De følte selv at de hadde mer kontroll over sin hverdag enn det forelderen hadde. Et annet eksempel viser at søsken tok turer i å vokte over forelderen og brukte hverandre som støtte.

Det kommer også frem i artikkelen at ansvaret for å ta vare på forelderen forsetter inn i voksenlivet for noen av informantene, som førte til skyldfølelse, sinne og isolasjon fra sitt eget sosiale liv. En respondent forteller at han ikke kan ha et forhold, fordi all energien hans blir brukt på å ta vare på sin mor.

Behovet for relasjoner og støtte

Et sted hvor støtte gis, og man kan møte og skape relasjoner med andre i lignende situasjoner ble sett på som verdifullt for barna. Det å ha noen en klarte å fortelle tankene sine til ble tilført barna på grunn av støttegruppen (Aubert og Halså, 2015).

Det kommer frem i Nilsson et al. (2015) sin artikkel at flere respondenter har problemer med å stole på voksne. En forteller at voksne ikke hører på h*n, en annen sier at man ikke kan regne med voksne og en tredje forteller at voksne ikke støtter h*n. Å delta i støttegrupper ga en følelse av fellesskap, de følte de var sammen med andre som forsto dem og følte seg trygge og mindre alene. Møtene i støttegruppene hjalp også flere å motta videre støtte. Lederne av støttegruppen ble også sett på som viktige. Viktigheten av å møte voksne de kunne stole på og være komfortable rundt vises i artikkelen. Flere som hadde deltatt i støttegruppen som barn trengte fortsatt støtte senere i livet, i form av terapi, støtte på jobb eller av en lærer på skolen. Jeg ser på det som bra at flere barn lærte at man kunne stole på voksne og fikk evnen til å ta i mot støtte.

I Källquist og Salzmann-Eriksson (2019) sin artikkel kommer det frem at flere respondenter opplevde vansker med å ha en god relasjon til sine foreldre, delvis på grunn av sykdommens negative påvirkning på foreldrenes oppførsel og foreldrerolle. Noen opplevde å ha en nær relasjon til foreldrene i gode sykdomsperioder som forverret seg ettersom sykdommen forverret seg. Det kom også frem at i familier som ikke hadde skilt seg så fikk barn økt beskyttelse og mer normalitet på grunn av den friske forelderen. Økt beskyttelse og normalitet kunne også vises hvor en fikk støtte fra andre familiemedlemmer, eksempelvis besteforeldre. Også naboer, lærere og venner ble sett på viktige personer som ga støtte. Helsesektoren var

også støttende for enkelte. En beskriver at det var enklere å ivareta forelderen når helsesektoren ga støtte og at det føltes bra å diskutere følelsene sine med dem. Støttegrupper viste seg også her å være hjelpsomme til å forstå sykdommen og bli fratatt skyldfølelse. Også i denne artikkelen beskriver respondentene at det var godt å møte andre i lignende situasjoner og at lederne av støttegruppene var voksne de kunne stole på. Flere respondenter beskriver også hvordan terapi hjalp dem. En forteller at terapi hjalp å forstå at moren hadde vært deprimert og ble med det fratatt skyldfølelse og følte lettelse. En annen forteller at å få snakke med en lege sammen med familien var positivt. Videre finner jeg at relasjoner generelt, både med forelder, venner eller intime relasjoner kunne være vanskelig i voksen alder etter en barndom som pårørende til psykisk syke foreldre.

Behovet for informasjon og kommunikasjon

Jeg finner at økt informasjon og det å snakke om situasjonen sin gjorde at barna fikk hjelp til å forstå. Barnas misoppfatninger ble avvist og de fikk med dette bearbeidet sin skyldfølelse. Mer åpen kommunikasjon som et resultat av deltakelse i støttegrupper gjorde det lettere å snakke i forskjellige settinger. Både privat med profesjonelle, med venner, med foreldrene, familie og utvidet nettverk. Det ble sett på som essensielt for barna å kunne snakke om situasjonen med familien, dette ble lettere for dem gjennom kommunikasjon i andre arenaer (Oja et al., 2020). I Oja et al. (2020) sin artikkel finner man også foreldrenes fordeler av å delta i støttegrupper, hvordan de lærer å bedre forstå barnet sitt og kunne derav hjelpe dem bedre. Også foreldre trengte økt kunnskap om sin sykdom.

I Källquist og Salzman-Eriksson (2019) sin artikkel kjente flere barn seg igjen i hverandre i følelsen av at noe ikke stemte med forelderen, men de visste ikke om eller forsto sykdommen til foreldrene. De hadde ikke fått tilstrekkelig informasjon eller noe informasjon om sykdommen og klarte dermed ikke å skille forelderen og sykdommen fra hverandre. Det var først når de møtte venners foreldre at de forsto at forelderen var annerledes. En respondent forteller om mangel på informasjon om sykdommen, og om en hendelse der moren var innlagt på sykehuset uten at det var gitt informasjon om når hun kom tilbake. Det kommer også frem fra respondenter at foreldre og annen familie skjulte sykdommen. Følelsen av isolasjon og å være forvirret var tilstede hos flere. Respondentene som nå er unge voksne beskriver at de i tenårene oppdaget mer informasjon om mental helse og derav klarte de bedre å forstå sin barndom og foreldrenes sykdom. De klarte blant annet å separere forelderen fra sykdommen.

Barn opplever også å bli undervurdert i hvor mye de kan forstå. I Nilsson et al. (2015) sin artikkel finner jeg et eksempel av en respondent som sa at voksne ikke trodde at respondenten kunne forstå hva situasjonen deres handlet om. De trodde de var for unge og derfor snakket heller ikke respondenten med noen om situasjonen sin. En annen respondent fortalte at å få kunnskap om psykisk helse i støttegrupper førte til at de bedre kunne håndtere sin hverdag. Mangelen på informasjon om situasjonen de levde i førte til følelsen av annerledeshet. En respondent forteller om en situasjon der moren var for syk til at respondenten kunne bo med henne, men mer informasjon enn det ble ikke fortalt. Da kan et barn sitte igjen med mange spørsmål, og blant annet skylde på seg selv og bekymre seg for forelderen.

Viktigheten av å bli gitt informasjon og ha samtaler om hva sykdommen går ut på gir svar til barna og gjør at de slipper å leve med usikkerhet om sitt liv. I Halså og Aubert (2016) sin artikkel kommer det frem at et barn fikk større forståelse og svar på hvorfor han ikke kunne ha vanlig samvær med sin far. Barnet fikk for eksempel vite at faren ofte lå og sov fordi han var syk, og kunne dermed forstå sin far bedre. Det kommer også frem i artikkelen at barna fikk en arena for å snakke, og oppdaget at det var mennesker de kunne fortelle om sine tanker og følelser til. Gjennom samtaler i støttegruppene lærte barna også om sine rettigheter som barn (Aubert og Halså, 2016).

3.8 Studiens troverdighet

Eksempelvis har Aubert og Halså (2016) skrevet at spørreundersøkelsene som deltakerne(barna) i støttegruppen svarte på ble delt ut i slutten av gruppen. Dette mener de kan ha påvirket svarene til barna i frykt for at de ble gjenkjent. Dette kan igjen påvirke min bacheloroppgave om resultatene jeg drog ut fra denne artikkelen har blitt påvirket. Jeg har tolket allerede tolket data som har sine begrensninger. Innledningsvis presenterte jeg tall på hvor mange barn som har foreldre med psykiske helseproblemer, disse tallene er fra 2011 og er dermed over 10 år gamle. Dessverre fant jeg ikke noe nyere tall. Jeg vil også presisere at funnene i denne oppgaven er et fåtalls menneskers opplevelser og det finnes nok mange barn med ulike opplevelser enn disse.

4.0 DISKUSJON AV FUNN

I dette kapittelet vil jeg på best mulig måte drøfte problemstillingen «Hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer kan man identifisere i barns opplevelser av å vokse opp med psykisk syke foreldre?» med hjelp av mine funn og faglig kunnskap. Jeg tar utgangspunkt i de fire tema jeg har kommet frem til i analysen, og drøfter rundt disse.

4.1 Individuelle forskjeller, vi er alle unike individ

Jeg vil presisere at alle barn er unike individ som påvirkes forskjellig. Med varierende ressurser og evner til å benytte seg av disse. Som nevnt er enkelte barn mer resilient enn andre, og har mer beskyttende faktorer. Samtidig vil alvorlighetsgraden av sykdommen til foreldre variere fra person til person og de kan også ha varierende perioder med økt eller reduserte symptomer. Enkeltes omsorgsevner påvirkes mer av sykdommen enn andre (Torvik & Rognmo, 2011). Det at omsorgspersonen også påvirkes i forskjellig grad tenker jeg har en positiv eller negativ påvirkning på barnet med tanke på hvilken grad forelderen påvirkes av sin sykdom. Siden sykdomsgrad og barnets ressurser og miljø varierer fra familie til familie og person til person så er det ikke godt å si hvordan barnet påvirkes uten å se på det enkelte individ og deres situasjon. To barn i lignende situasjoner med for eksempel psykotiske foreldre, kan ha to helt ulike hverdager med tanke på hvilke ressurser (beskyttende faktorer) de har rundt seg, som nettverk, kognitive ferdigheter og så videre. Derfor syns jeg resiliensbegrepet er så interessant, at et barn som opplever mye motstand kan klare seg godt, når det på papiret kanskje ser ut som de ikke burde det.

4.2 Barn kan skape sine egne sannheter

Gjennom arbeidet mitt med analysen så jeg mer og mer at denne skyldfølelsen som går igjen hos majoriteten av de pårørende barna henger sammen med for lite informasjon om foreldrenes sykdom. Nilsson et al. (2015) får for eksempel belyst det at barn blir undervurdert, de får ikke tilstrekkelig informasjon om foreldrenes sykdom fordi voksne ikke tror de vil forstå. Da ser jeg viktigheten av å trekke frem begrepet kommunikasjon. Ruud (2021) poengterte som nevnt innledningsvis, at barn evner å formidle hvordan de har det, men i noen tilfeller trenger de hjelp til å forstå sin situasjon. Jeg tenker at det faktum at barn ikke får informasjon om sin situasjon og hjelp til å forstå den i større grad enn noen kanskje evner, fører til at barn kan sitte igjen med for eksempel opplevelsen av at foreldrenes sykdom er

deres skyld. Det kom frem i Aubert og Halså (2016) sin artikkel at et barn pådro seg selv skylden i at moren ble innlagt på sykehuset, selv om det egentlig skyldes mors psykisk diagnose. Dette er et eksempel på hvordan barn kan skape sine egne sannheter når de ikke får nok informasjon. Hvis barna fikk informasjon og en arena for å fortelle om sin situasjon kunne kanskje slike dårlige følelser vert unnlatt eller minsket, tenker jeg. Det viser seg som nevnt i analysen at majoriteten av forskningen brukt i artiklene kom frem til at barna fikk bearbeidet sin skyldfølelse i støttegrupper, hvor de fikk delt sine tanker og fikk informasjon om situasjonen sin. Jeg vil også trekke frem Maslows behovspyramide og behovet for anerkjennelse. Viktigheten av at barnet får anerkjent sine følelser for videre motivasjon til personlig vekst og selvrealisering (Gjøsund og Huseby, 2010). Hvordan skal barn få anerkjent sine følelser om man ikke prater med dem om vanskelige situasjoner, i tro om at de uansett ikke forstår?

Jeg tenker at det er vanskelig å vite hvor mye informasjon er passelig å gi det enkelte barn og derfor er det viktig at barn har nære voksne som kjenner dem godt som kan ta denne vurderingen. Vi mennesker er unike, forskjellige individ. Noen barn er mer robuste enn andre, noen er mer resilient og noen har mindre ressurser eller beskyttende faktorer enn andre. Noen bruker sin risikofylte situasjon til å komme styrket ut av den, mens andre blir mer plaget. For lite informasjon kunne føre til at barnet skylder situasjonen på seg selv. På den andre siden tror jeg for mye informasjon kan føre til forvirring hos barnet, om de ikke får hjelp til å bearbeide den. Uansett utfall trenger barn å få alderstilpasset informasjon og hjelp til å bearbeide og forstå den, tenker jeg. For eksempel mener jeg at man kan si ting på en forenklet måte. I stedet for å si at mamma er deprimert så kan man si at mamma har vonde tanker som gjør at hun er litt lei seg og sover ekstra mye i denne perioden. I tillegg tror jeg det er viktig å presisere at det er ingen sin feil at mamma er syk. Det kom også fram i artikkelen til Nilsson et al (2015) at dette var noe en av respondentene lærte i støttegruppen og tok med seg videre, at det ikke var noen sin skyld når noen er syke.

4.3 Hemmelighetsholding og stigma

Jeg vil bruke Goffman (2014) sin teori om stigma for å belyse tema om hemmelighetsholding. For slik jeg viste i analysen så opplevde flere barn at sin hjemmesituasjon skulle være hemmelig fra familiens side. Kallquist og Salzmänn-Erikssons (2019) skriver i sin artikkel at barn holder foreldrenes sykdom skjult i frykt for å møte fordommer, bli skjøvet bort, bli

latterliggjort eller fordi de vil beskytte forelderen. For å fortelle at forelderen er syk vil gi dem et stempel, et stigma. Barnet kan også få stempelet som barnet av for eksempel en psykotisk mor. Det kan altså være samfunnet rundt og de normer det innehar som forårsaker stigmatisering av mennesker og gjør at man vil holde ting skjult. På den andre siden så finnes det mange ulike miljø, og hva som er 'normalt' eller vanlig kan variere etter hvilke fysiske steder man befinner seg eller ulike personer man omringer seg med. I innledningen presenterte jeg tall fra Torvik og Rognmo (2011) sin rapport som viste at om lag 40% av barn har en forelder med en diagnostiserbar psykisk lidelse. Jeg tenker at hvis familier holder psykiske lidelser hemmelig så kan det føre til at det ikke normaliseres, og blir derav sett på som et stigma av samfunnet rundt. Det positive med å holde situasjonen sin hemmelig kan da være å slippe unna fordommer og stigmatisering, mens det negative vil være at flere føler seg alene i sin situasjon. Det blir litt som en ond sirkel i mine øyne. Stigmatiseringen fører til hemmelighetsholding, og å holde det hemmelig fører til at mennesker ikke har kunnskap om hvor normalt det er å ha psykisk sykdom i familien, og det sees derfor på som et stigma.

4.3.1 Skjerming versus åpenhet

Det kan også diskuteres rundt skjerming versus åpenhet med barna. Det vises i mine funn at flere av barna opplevde å få lite informasjon om sykdommen til foreldrene, og laget derav egne sannheter om at de for eksempel var skylden i sykdommen. Kvello (2015) skriver i sin bok at dømmekraften til psykisk syke mennesker rammes i takt med hvor alvorlig sykdomsgraden er og at det derfor finnes foreldre som ikke forsøker å skjerme barna sine, og kan for eksempel dra barnet inn i sine vrangstillinger eller paranoide oppfatninger. Jeg tenker at det derfor finnes positive og negative sider ved både å være åpen med barnet og å skjerme det ved å ikke gi tilstrekkelig informasjon. Jeg tenker det burde være foreldrenes ansvar å bedømme i hvilken grad sitt barn har evner til å ta inn informasjon, men når deres dømmekraft blir påvirket av sykdom så tenker jeg at dette er en av grunnene til at det er risikofullt for barn å leve med psykisk syke foreldre. Kvello (2015) presiserer også at psykisk sykdom hos foreldrene ikke betyr at barnet derav får problemer. Det er stor forskjell i hvilke diagnoser man kan ha, og graden av disse arter seg forskjellig hos ulike mennesker. En annen faktor er hvor alene den syke forelderen er. Om de har en partner eller et sosialt nettverk er en beskyttende faktor. Dette vises igjen i Källquist og Salzman-Eriksson (2019) sin artikkel, hvor en respondent fortalte at den friske forelderen ofte var redningen, også besteforeldre, naboer og lærere. Kvello (2015) skriver at om den friske forelderen har et godt samspill med

barnet og er psykisk og sosialt velfungerende, så er dette en veldig god beskyttende faktor for barnet. Jeg tenker at om den friske forelder er i bildet så vil det hjelpe om de tar et større ansvar hjemme i de verste periodene til den syke forelder for å minske belastningene på barnet.

Man kan også se på dette fra et kulturelt perspektiv hvor familierollene kan være forskjellige og at det finnes mange som utfører omsorg og oppdragelse, ikke bare foreldre. I dagens samfunn er også barnehagen blitt omtalt som en del av oppdragelsen. Foreldre leverer barna sine i barnehagen med forventning om bistand i oppdragelsen og omsorgen av barna (Kvello, 2012). Jeg tenker at dette kan være til støtte for barnet og avlastning for den syke forelder. Barnehage et jo også et tiltak barnevernet bruker for å hjelpe familier. Sosial- og helsedirektoratet (2007) sin veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene står det at eksempler på hjelpetiltak barnevernet setter i gang er barnehage, besøkshjem og andre foreldrestøttende tiltak som avlastning i hjemmet. Kvello (2015) skriver at en utfordring for barnevernet er når psykisk syke foreldre sin sykdomsgrad svinger, og derav svinger deres bekymring for barnet når det i perioder har det bedre enn i andre perioder. Jeg tenker at det da blir utfordrende å ta en vurdering om familien trenger hjelpetiltak eller ikke.

4.4 Bevissthet om sin rolle som barn og foreldres rolle som voksne omsorgspersoner

I funnene mine var det også barn som selv holdt situasjonen sin hemmelig for å beskytte foreldrene fra stigma siden foreldrene avviker fra det samfunnet mener er en vanlig forelder. Her kan man også se på dette fra en annen vinkel. Det at barn tar på seg rollen som beskytter for foreldrene, er kanskje naturlig for noen barn, spesielt de som har kvaliteter ved seg i form av ekstra omsorg for andre. Men jeg tenker det kan være godt for barn å få informasjon om rollene i familien. Det at det ikke er barnet sitt ansvar å beskytte forelder, men omvendt. Men når er det et for stort ansvar for barnet? Sølvberg (2011) skriver som nevnt i teorien, at for store omsorgsoppgaver kan føre til avmakt eller lengsel, siden barnet ikke opplever å mestre oppgavene. På den andre siden kan det å ta ansvar bli brukt som en korrigeringsstrategi for å bedre hverdagen sin og løse opp i vanskelige situasjoner (Bergem, 2018). Slik jeg tolker det kan det å ta ekstra ansvar som barn føre til mestring og håndtering av situasjonen sin, eller opplevelser som kan føre til dårlige følelser som avmakt. Ansvar tilpasset det enkelte individs ferdigheter vil dermed være avgjørende, tenker jeg, det kan være

både positivt og negativt! Eksempelvis så tenker jeg at det ikke ville vært normalt eller alderstilpasset om et barn på seks år selv sto opp, smøret matpakke og dro på skolen uten hjelp av eldre omsorgspersoner. Ville barnet tatt på seg dette ansvaret om de allerede hadde noen som tok seg av oppgaver som foreldrene ikke evnet å gjøre når de var for syke?

4.5 Behovet for relasjoner og støtte

Sølvberg (2011) skriver at barnet har behov for støtte og anerkjennelse når de utfører omsorgsoppgaver. Jeg tenker at dette også viser behovet for relasjoner som beskyttende faktor, for å motta denne anerkjennelsen og støtten når foreldrene er preget av sykdom. Enten av andre omsorgspersoner som besteforeldre eller øvrig familie eller andre mennesker som kan være viktige for barnet. Oja et al. (2019) skrev i sin artikkel at med hjelp av intervensjonsgrupper lærte foreldre å forstå sine barn bedre. Jeg tenker at dette er positivt for relasjonen og for at foreldrene bedre kan støtte sine barn og anerkjenne deres følelser når de får hjelp til å bedre forstå dem. Det kom også frem i Halså og Aubert (2015) sin artikkel at når barna fikk informasjon i støttegrupper, så kunne de bedre forstå sine foreldre. Jeg tolker det slik at både foreldre og barn trenger støtte i situasjonen for å forstå hverandre bedre. I Maslows behovspyramide kan vi se at behovet for anerkjennelse ligger høyt og må være dekket for å oppnå selvrealisering og personlig vekst. Det sosiale behovet illustreres også i Maslows behovspyramide, det å føle tilhørighet og ha noen å være glad i (Gjøsund og Huseby, 2010). I Källquist og Salzmänn-Erikssons (2019) artikkel viste det seg at ensomhet var et symptom barn følte når de vokste opp med psykisk syke foreldre. En respondent fortalte om å føle seg alene og annerledes fra andre «normale» mennesker. Det kom frem i majoriteten av artiklene at å delta i støttegrupper og møte andre i like situasjoner ga en følelse av tilhørighet. De fikk møte andre og se at de ikke var alene, at de følte seg annerledes før de fikk møte andre i lignende situasjoner. Jeg tenker at Goffmanns (2014) teori om Stigma også treffer disse barna, de stigmatiserer seg selv fordi de mener de er annerledes eller «uvanlige».

Jeg tenker at hva man tenker er normal familiedynamikk varierer fra familie til familie. For eksempel så kan en være vandt med å ta vare på foreldre og småsøsken, siden det er slik man alltid har hatt det. Det å få kunnskap om sin rolle i familien tror jeg kan være nyttig. Det vil nok ha noe å si om forelderen har vært syk hele livet til barnet eller om det er noe nyoppstått, hvor barnet merker en endring. Plutselig slutter mamma eller pappa å lage middag eller passe på at barnet blir lagt på den vanlige leggetiden. Er det noen andre som stiller opp hvis barnets

behov ikke blir dekket, eller påtar barnet seg dette ansvaret? Som nevnt i teorikapittelet så kan det føre til parentifisering om barnet får et for stort ansvar og om omsorgsoppgavene blir for store. Er oppgavene utført uten støtte kan det føre til avmakt og lengsel, og såkalt destruktiv parentifisering (Sølvberg, 2011). Derfor tenker jeg det er en beskyttende faktor å ha andre relasjoner for å motta støtte for å enten unngå å få et for stort ansvar, eller hjelp til å mestre oppgavene barna påtar seg. I Kallquist og Salzmann-Erikson (2019) sin artikkel var det en respondent som sa at ansvarsfølelsen for mor vedvarte inn i voksenlivet og førte til sinne, skyldfølelse og isolasjon fra sosiale aktiviteter med venner. Dette viser at risikoen av å ha en psykisk syk forelder kan gi negative virkninger som påvirker livet lenger enn kun i barndommen, tenker jeg.

4.6 Hvordan kan man vurdere barns konsekvenser av sin risikofylte situasjon? Det er som sagt viktig å se det enkelte barn, siden barn påvirkes i ulik grad av samme og lignende situasjoner. Kvello (2015) har laget en sjekklister som kan brukes til vurdering av hvilke konsekvenser psykiske lidelser har for barnets livskvalitet og utviklingsmuligheter (s. 211). Her står det blant annet at barnet påvirkes hvis de føler skyld og ansvar for den voksnes psykiske helse eller om andre personer ikke får gitt omsorg til barnet på grunn av foreldrenes psykiske helse. Et annet punkt handler om i hvilken grad barnet trekkes inn i foreldrenes psykiske helse, for eksempel om barnet dras inn i vrangforestillinger eller blir brukt for mye som trøst. Om barnet får informasjon og om de lar seg trygge av at foreldrene blir ivaretatt av helsepersonell eller deres sosiale nettverk brukes også til å vurdere barnets situasjon. Det står også at man kan vurdere hvor langvarig de dårlige periodene er versus de gode tidsperiodene hos omsorgspersonene og hvorvidt de dårlige periodene kommer brått på, slik at en ikke rekker å planlegge hvordan barnet skal ivaretas i løpet av denne perioden. Slik jeg tolker dette så bør man gjøre en sammensatt vurdering av overnevnte punkter for å finne ut om barnets utviklingsmuligheter og livskvalitet har eller kan få konsekvenser av foreldrenes psykiske lidelser. Det finnes gjerne barn som har nok beskyttelsesfaktorer, som for eksempel et godt sosialt nettverk som fører til at barnet ikke blir påvirket av disse punktene. Kvello (2015) nevner også at konsekvensen for barnet ved depresjon hos mor er mest alvorlig i løpet av barnets første fem leveår, fordi tilknytning, selvbilde emosjonsregulering og emosjonsregister er ekstra sterk i løpet av disse årene. Slik jeg tolker dette så er tidsperspektivet også viktig når man ser på barns opplevelser av å vokse opp med psykisk syke foreldre. Både når i

oppveksten foreldrene var syke og hvor lengde og hvorvidt sykdommen vendte tilbake i perioder.

5.0 AVSLUTNING

Formålet med oppgaven var å undersøke barns opplevelser av å ha psykisk syke foreldre med forskningsspørsmålet «hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer kan man identifisere i barns opplevelser av å vokse opp med psykisk syke foreldre?». Det jeg i størst grad kommer frem til ved risikoen av å ha psykisk syke foreldre er denne skyldfølelsen mange barn føler, samt at informasjon ofte var nøkkelen til bedre forståelse av sine foreldre og sine dårlige følelser. Viktigheten av et nettverk og gode relasjoner viste seg også å være beskyttende, for eksempel for å unngå ensomhet og parentifisering, og for å oppnå mestring. Altså henger denne skyldfølelsen sammen med behov for informasjon, og risikoen barn utsettes for ved å ha et for stort ansvar kan reduseres av å ha gode relasjoner og støtte.

Jeg tenker man må se på det enkelte barns følelser og meninger om sin situasjon, og ikke kun på selve situasjonen barnet er i. Det er viktig å erkjenne følelsene til barnet og hvordan de opplever sin situasjon, uansett hvor mye eller lite belastninger de opplever så viser det seg at barn takler ting forskjellig og har ulike beskyttende faktorer som jeg tror er nøkkelen til å komme best ut av sin risikofylte oppvekst.

5.1 Videre forskning

Norske myndigheter vil ha økt satsting på dette feltet i form av langsiktig oppfølging for barna og økt forskningsaktivitet (Bufdir, 2008).

Jeg foreslår videre forskning på hvordan barn påvirkes i ulik grad av samme risiko, som Kvello (2015) nevnte i sin bok hvordan man kan forutse og forebygge negativ utvikling på grunn av risikofaktoren av å ha psykisk syke foreldre, jeg tror økt kompetanse på dette feltet er viktig! Samt å ha fokus på barns styrker og beskyttelsesfaktorer for å lære barn å bruke disse verktøyene i sin risikofylte situasjon.

Jeg vil også anbefale å intervju flere barn og få deres stemme mer opp og frem! Samtidig syns jeg det var nyttig å se unge voksnes perspektiv etter de har vokst opp med psykisk syke foreldre og deres evne til å reflektere rundt barndommen sin. Økt forskning på hvordan barn blir undervurdert og hvordan snakke med dem, for hvor mye forstår barn egentlig om sin situasjon? Jeg tenker at videre forskning på dette emnet, om barns evner til å forstå sin situasjon og hvordan de kan oppleve å bli undervurdert hadde vært veldig interessant, samt hvordan helse- og sosialarbeidere og andre voksne kan på best mulig måte snakke med og gi

informasjon til barn. Som nevnt under kapittelet om studiens troverdighet så har jeg brukt tall som viser antall barn av foreldre med psykiske lidelser som er over 10 år gamle. Jeg tenker at å få oppdaterte tall er en god idé for videre forskning.

LITTERATUR

Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social care*. Open University Press

Allott, N. (2019, 30. Mai). Kommunikasjon. Det store norske leksikon.

<https://snl.no/kommunikasjon>

Berge, T. & Repål, A. (2015). *Lykketyvene*. (5.utg.). Aschehoug ***Kapittel 12, 16 Sider**

Bergem, A.K. (2018). *Når barn er pårørende*. Gyldendal Akademisk ***Kapittel 1 og 2, 48 sider**

Borge, A.I.H. (2018). *Resiliens – risiko og sunn utvikling*. (3.utg). Gyldendal

Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (BUFDIR). (2008). *De usynlige barna: barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*. Bufdir.no

[https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Bufetat De usynlige barna 2009.pdf?_gl=1*_3phbes*_ga*_MTA4OTkyMjI5MC4xNTcxMjA4NTc2*_ga_E0HBE1SMJD*_MTY1MDUyNzAzNy41LjAuMTY1MDUyNzAzNy4w](https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Bufetat%20De%20usynlige%20barna%202009.pdf?_gl=1*_3phbes*_ga*_MTA4OTkyMjI5MC4xNTcxMjA4NTc2*_ga_E0HBE1SMJD*_MTY1MDUyNzAzNy41LjAuMTY1MDUyNzAzNy4w) ***32 sider**

Dallan, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg). Gyldendal Akademisk ***272 sider**

Gjertsen, P.Å. (2013). *De usynlige barna*. Fagbokforlaget ***Kapittel 1 og 8, *60 sider**

Gjørund, P. & Huseby, R. (2010). *Psykologi 1: Mennesket i utvikling*. Cappelen Damm ***10 sider**

Goffman, E. (2014). *Stigma*. (2.utg). Samfundslitteratur

Halsa, A & Aubert, A.M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. *Fokus på familien*, 2016-04-14 (1), p.67-88. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.0807-7487-2016-01-06>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer: en innføring*.
Universitetsforlaget

Kallquist, A. & Salzman-Erikson, M. (2019). Experiences of Having a Parent with Serious Mental Illness: An Interpretive Meta-Synthesis. *Journal of child and family studies*, 2019-05-13, Vol.28 (8), p.2056-2068. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1007/s10826-019-01438-0>

Kvello, Ø. (Red.). (2012). *Oppvekstmiljø og sosialisering*. Gyldendal Norsk forlag AS

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner*. (2.utg.). Gyldendal Akademisk ***Kapittel 3 og 5, 70 sider**

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid*. (3.utg.). Universitetsforlaget ***Kapittel 10, 12 Sider**

Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode – I medisin og helsefag*. Universitetsforlaget ***Kapittel 10, 10 sider**

Moen, G.L. (2012) *Barns møte med psykisk lidelse: en datters historie*. (2.utg.). Cappelen Damm Akademisk ***Kapittel 1, 20 sider**

Nilsson, S., Gustafsson, L. & Nolbris, M.J. (2015). Young adults' childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness. *Journal of Child Health Care*. 2015, Vol. 19(4), 444-453. <https://doi.org/10.1177%2F1367493513519296>

Oja, C., Edbom, T., Nager, A., Månsson, J. & Ekblad, S. (2020). Informing children of their parent's illness: A systematic review of intervention programs with child outcomes in all health care settings globally from inception to 2019. *PLOS ONE*, 2020-05-01, Vol.15 (5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233696>

Ruud, A.K. (2021). *Hvorfor spurte ingen meg?: Kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner*. (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS ***Kapittel 1 og 2, 30 Sider**

Sosial- og helsedirektoratet. (2007, mars). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Regjeringen.no https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/is-1405_14898a.pdf ***76 sider**

Støren, I. (2013). *Bare søk!* (2.utg.). Cappelen Damm Akademisk ***71 sider**

Sølvberg, H.A. (2011) *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende – Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Gyldendal Akademisk ***Kapittel 2,3,4,8, 50 sider**

Torvik, F.A & Rognmo, K./Nasjonalt folkehelseinstitutt. (Juni 2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Fhi.no <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf> ***50 sider**

*** Selvvalgt pensum: 827 Sider**