

# ARBEIDSNOTAT

## Psykisk sykdom kan ha konsekvenser for foreldrefunksjonen og barnas situasjon

Intervensjonsmuligheter

Brit Helen Haukø  
John H. Stamnes

Høgskolen i Nord-Trøndelag  
Arbeidsnotat nr 257

Steinkjer 2013



# **Psykisk sykdom kan ha konsekvenser for foreldrefunksjonen og barnas situasjon**

**Intervensjonsmuligheter**

**Brit Helen Haukø  
John H. Stamnes**

Høgskolen i Nord-Trøndelag  
Arbeidsnotat nr 257  
ISBN 978-82-7456-691-0  
ISSN 1501-6285  
Steinkjer 2013



# Psykisk sykdom kan ha konsekvenser for foreldrefunksjonen og barnas situasjon

## Intervensjonsmuligheter

**I denne studien forsøker vi å si noe om hvilke konsekvenser psykisk sykdom hos foreldre kan ha for barna. Det blir forsøkt forklart ut i fra Lazarus stress- mestringsteori. Avslutningsvis presenteres Barnas Time (BT) som et forebyggende alternativ. Arbeidet er tenkt som et bidrag for å vise en måte for å forebygge belastninger og skader hos barna**

### 1.0 Innledning

Allerede i 1925 konkluderte Pierre Janet med at mental sykdom påvirket det sosiale livet innenfor familien (Rutter & Quinton, 1984).<sup>1</sup> Til tross for vansker med å påvise kausalitet mellom foreldrenes psykiske sykdom og utvikling av psykisk sykdom hos barna, mente han allerede den gangen at det var tilstrekkelig kunnskap til å hevde at man så en klar økning av problemer hos barn med psykisk syke foreldre. Under siste verdenskrig påviste Downes (1942) en forbindelse mellom kronisk fysisk og psykisk sykdom hos et familiemedlem og økt frekvens av sykdom hos de andre familiemedlemmene. Buck & Laughtons (1959) forsøkte å forfølge funnene ved å stille spørsmål ved om en ektefelle (spouse) med psykisk lidelse (psychoneurosis) ville ha en ugunstig (unfavourable) innvirkning på helsen til partneren og barna. Konklusjonen de kom fram til, viste en økning av alle typer av *«physician- treated*

---

<sup>1</sup> Pierre Janets bok Psychological Healing, Vol. 1, s. 426- 427 ser dessverre ut til å være tapt for utlån. Derfor refereres det her til Rutter 1984.

*illness*» hos barn av mødre med psykisk sykdom. Imidlertid fant de ikke samme tendens dersom far var psykisk syk. Clausen & Yarrow (1955) argumenterte for at mental sykdom hos en eller begge foreldrene medførte endring i både struktur, funksjon og dermed stress for resten av familien.

Utallige epidemiologiske studier har dokumentert at psykisk sykdom hos en eller begge foreldrene kan ha svære konsekvenser for barnas helse (Glaser, 2002; Goodman & Gotlib, 1999; Hall, 2004; Halligan, Murray, Martins, & Cooper, 2007; Oyserman, et al., 2000; Oyserman, Bybee, Kahng, 2004; Reupert & Maybery, 2007; Skjerfving, 1996; Vik, 2001; Wang & Goldschmidt, 1994). Kildedokumentasjon er overveldende, og man finner lite forskning som bestrider den. Ask, Torvik & Rognmo (2011, s. 5) angir i sin rapport at 115000 barn i Norge mellom 0 og 18 år har minst en forelder med alvorlig psykisk lidelse, noe som samsvarer med funn fra bl.a. Sverige og Danmark.

Dersom begge foreldrene er psykisk syke, øker risikoen for sykdom hos barna. Det er grunn til å anta at to av tre med psykisk syk mor eller far vil utvikle psykiske problemer, og en av tre får alvorlige problemer (Rutter & Quinton, 1984). En svensk studie viste at barna til psykisk syke hadde nesten tre ganger så høy risiko for psykiske diagnoser og nesten fordoblet dødsrisiko i forhold til barn i andre familier. De fant også forhøyet risiko for narkotika eller alkoholrelaterte diagnoser, selvmord og selvmordsforsøk (Skjerfving, 2005). Barn av psykisk syke har også et høyere forbruk av helsetjenester enn de som ikke har syke foreldre. Beardslee (1998a) hevdet at når barnet til den psykisk syke er 20 år, er det omtrent 40 % sjans for at det vil oppleve en episode med svær depresjon. Videre tilføyer han at barn fra hjem med psykisk syke foreldre, oftere opplever funksjonelle vansker, økt tendens til skyldfølelse, interpersonlige vansker, problemer med hengivenhet (attachment), ekteskapelige problemer, problemer med å oppdra egne barn, og økt tendens til å overføre egne vansker til sine barn igjen.

Forskningsresultatene fra ulike studier av barn med psykisk syke foreldre, viser klart at sykdommen kan redusere evnen til å ta seg av barna (Axelsson- Östman & Johansen, 1995; Beardslee, 1998a.b.c; Gurian, 2003; Hart & Brassard, 1987; Rutter & Quinton, 1984). Problemer for barnet kan starte allerede under svangerskapet når mor har depresjon, med lav fødselsvekt, prematuritet, og fødselskomplikasjoner som konsekvens (Grote, Bridge, Gavin, Melville, Lyengar, Kato, 2011; Neggers, et al., 2006).

Mange barn tilbringer mye av sin tid sammen med mor, og derfor er hennes sykdom alvorlig. Det er verd å merke seg at statistisk utvikler kvinner depresjon dobbelt så ofte som menn, og depresjon er vanligst når kvinnen har barn hjemme. Dette siste kan skyldes at kvinner er mer involvert i oppdragelsen enn menn. Imidlertid er det viktig å være tydelig på at det ikke er likhetstegn mellom psykisk sykdom og dårlig foreldrefungering. Psykisk sykdom er ikke noe statisk, og problemene kan variere over tid. Noen klarer foreldreoppgavene godt, tross sin sykdom. Risikofaktorene betyr heller ikke at foreldre ikke ønsker det beste for barna sine, men at sykdommen kan medføre en ufrivillig og utilsiktet svikt i foreldrefungeringen. Dersom foreldrene er for mye styrt av sine egne følelser og behov, svekkes lett evnen til å være til stede på en god, spontan og sensitiv måte, i forhold til hva barna trenger. Som andre foreldre er også foreldre med psykisk sykdom bekymret for sine barn (Nordenhof, 2005; Stenbak, Møller & Børjesson, 2005). Wang & Goldschmidt (1994) hevder at foreldrene både er bekymret for barna, og at de ønsker profesjonell hjelp til familien for å kunne snakke bedre sammen. Fedre er også en viktig del av familien, og psykisk sykdom hos dem vil også kunne virke inn på barnas situasjon og helse.

Psykisk sykdom kan medføre at den syke ikke klarer å opprettholde en adekvat følelsesmessig tilknytning til barnet. En som er psykisk syk, kan ha nok med egen sykdom og lite energi til overs. Den syke kan ha redusert evne til å forstå alvoret i situasjonen. Tilstanden resulterer i mindre og dårligere emosjonell kontakt for barnet, tap av en sikker base, mangel på veiledning, fravær av forbilde og redusert evne til både å forutse og respondere på faresignaler (Stamnes & Haukø, 2007, s. 10). Kvinners psykiske helse har en spesiell betydning i svangerskap og spebarnstid. Det er en tid da et moderskap og en relasjon til spebarnet skal dannes og utvikles. Fundamentet i dette samspillet er omsorgspersonens evne til å være emosjonelt tilgjengelig og sensitiv responderende til barnets signaler og behov (Anke, 2012, s. 1052). Hjernen utvikler seg over tid, men den raskeste og mest sårbare utviklingen skjer i livets første måneder, hvor individets erfaringer integreres i hjernestrukturen. I denne perioden er barna spesielt sårbare.

I møte med det sosiokulturelle fellesskapet har barn behov for en forelder (veileder) som er sensitiv overfor dets behov, ønsker, krav og utfordringer, eksempelvis forstår når det er nedfor og trist, og responderer. Barn trenger også stimulering, undervisning (eks. leksehjelp) og

disiplin under oppveksten. De trenger også noen som kan stå opp og tale deres sak når det kreves (Haukø & Stamnes, 2009a).

Psykisk sykdom er energikrevende og kan gå ut over foreldrefungering i forhold til evne og kapasitet til å delta i barnas lek, leksearbeid og fritidsaktiviteter (se stress som forklaringsmodell). Sykdommen kan medføre at barnet ikke oppfattes på en god og realistisk måte, og mange barn vil av den grunn ikke oppleve å bli sett, hørt eller bekreftet, og det kan oppleves som ubehagelig og smertefullt. Det ubehagelige og smertefulle utløser lett stressreaksjoner som over tid kan ha uheldige konsekvenser. Andre risikofaktorer kan være alvorlighetsgraden i sykdommen, tidlig debut, varighet, om tenkningen preges av fiendtlighet eller negativitet, om det er flere psykososiale belastninger, samsykdom, betydelig funksjonsnedsettelse, svært involverende eller lite responsivitet, eller har dårlig sosial kompetanse. En kaotisk familiesituasjon med eksempelvis urealistiske forventninger, lite respons og oppmuntring, og redusert evne til funksjonell og effektiv problemløsning kan lett resultere i at man forsterker negativ uønsket atferd.

Foreldre med psykiske lidelser kan overinvolvere seg, eller overse barnet, avhengig av egen sykdom eller problemer på et gitt tidspunkt. I det ene øyeblikket kan den syke reagere hensiktsmessig og raskt på barnets emosjonelle uttrykk, i det neste ikke. Utilgjengelighet og uforutsigbarhet kan bli opplevelsen barnet sitter igjen med, og dette kan virke forvirrende på barnet. Sykdommen kan medføre at forelderen i større eller mindre grad mister selvinnsikt, og ikke ser realistisk på barnet (Skjerfving, 2005, s. 27). Eksempelvis kan en forelder som er psykotisk eller har alvorlig personlighetsforstyrrelse ha urealistiske forventninger til barnet, ikke greie å bære egen frustrasjon og av reagere på barnet. En deprimert mor kan være ute av stand til å glede seg over barnet, engasjere seg positivt, eller prioritere å delta i barnets aktiviteter. Om dette vedvarer og barnet ikke blir forklart, og ingen andre omsorgspersoner overtar disse funksjonene, er det alvorlig. I slike situasjoner kan barnet bli mer omsorgsgiver for forelderen enn at forelderen søker å dekke barnets behov. Glistrup (2006) benevner barna som "*de små voksne*", når hun omtaler barn som utvikler sin kompetanse av nød, og som utvikler særlige "*antenner*" i forhold til hva den voksne har behov for, hva som er galt, og til å forutse hvordan den voksne tilstand forandrer seg. Ifølge Reupert & Maybery (2007) kan barn av psykisk syke foreldre ofte oppleve at hjemmemiljøet er kaotisk og truende, spesielt dersom barnet blir inkludert eller vevd inn i den sykes verden.

NOU 2012:5 viser til omfattende forskning på at stress hos barn kan ha svært uheldige konsekvenser for barns hjerneutvikling og ”senkomplikasjoner” som emosjonelle, empatiske, atferdsmessige og læringssmessige. Hippocampus i hjernen ser ut til å være spesielt sårbar.

## 2.0 Bowlbys attachmentteori

Som den første revolusjonerende teoretikeren på området hevdet John Bowlby (1907- 1990) at tilknytning oppstår når forelderen er emosjonelt tilgjengelig og responsiv til barnets behov i den sosiale samhandlingen. Den grunnleggende antakelsen i teorien er at menneskets tilknytningsatferd har biologiske røtter og må forstås i et Darwinistisk evolusjonsperspektiv og har stor betydning som overlevelsesstrategi. Disse båndene er basert på barnets iboende behov for trygghet, sikkerhet og beskyttelse, og dermed for overlevelse som individ. ”Tilknytningssystemet er en finstilt biologisk plan der barnet skaper sitt eget hierarki av foretrukne tilknytningspersoner” (NOU 2012:5). Bowlby var først og fremst interessert i å undersøke de følelsesmessige relasjoner som skapes mellom barnet og de primære omsorgsgivere. Han hevdet at den mest sensitive perioden for utvikling av hengivenhet er mellom seks måneder og tre år, og at kvaliteten på omsorgen fra den betydningsfulle andre er nøkkelen til ”attachment security or insecurity” (Bowlby, 1969; 1988). Det er gjennom tilknytningen at de sterkeste følelser i menneskelivet utløses. Tilknytningen skaper med andre ord modellen for selvets grunnstruktur. Dersom Bowlbys teori stemmer, har det store implikasjoner i de situasjonene de betydningsfulle andre er syke, hospitaliserte, eller fraværende av andre grunner. Et barn som er usikker på dette området vil ikke ha de ferdighetene som er nødvendige for selv å kunne bygge/ etablere meningsfulle relasjoner og kunne knytte seg til andre. Barn som har hengivenhetsvansker, vil føle seg usikker og alene. Mange opplever også usikkerhet i forhold til selvilde. Hengivenhetsvansker kan oppstå når barnet gråter og ingen reagerer, ingen ser til det, snakker til, eller overser barnet. Inkonsistent oppmerksomhet og respons kan også gi slike vansker når den betydningsfulle andre ikke er nærværende ved for eksempel depresjon. Det er like naturlig for et lite barn å søke nærhet til en tilknytningsperson som det er naturlig å unngå fare. Oppfølgingsstudier har ifølge Brandtzæg, Smith & Torsteinson s. 27 vist at barn med trygg tilknytning, senere utvikler høy selvrespekt.

I de senere årene er man stadig blitt mer oppmerksom på betydningen av en aktiv og intim samhandling mellom mor og barn for en normal og god utvikling av barnets hjerne. Psykisk sykdom kan være til hinder for det Bowlby kaller ”*attachmentprosessen*” mellom mor og barn. Mindre og forsinket kommunikativ samhandling vil kunne ha en rekke uheldige konsekvenser både for emosjonell utvikling, språkutvikling og senere skolegang. Oyserman, Mowbray, Allen Meares & Firminger, (2000) hevder at psykisk syke mødre har signifikant mindre adekvate foreldreferdigheter enn mødre som ikke er syke. Deprimerte mødre ser også ut til å bruke mindre tid på å gi barnet bryst (Henderson, 2003).

Bowlbys hengivenhetsteori (Attachment theory) er basert på at barnets første hengivenhetserfaring er med på å forme barnets kognitive og emosjonelle utvikling, i tillegg til utviklingen av sunne relasjoner til andre. Foreldre som responderer sensitivt og konsistent på barnets behov, videresender budskap som bygger opp en følelse av trygghet og egenidentitet. Men på grunn av forelderens sykdom vil barnet i stedet for responsiv oppdragelse (nurturing) kunne oppleve inkonsistens og / eller neglekt (Reupert & Maybery, 2007, s. 363- 364). Slik omsorg og oppdragelse kan skape hengivenhetsproblemer og samhandlingsvansker for barnet i voksen alder.

Det er lett å dra paralleller til Harry Frederick Harlows (1958; 1965) studier av ”*maternal-separation and social isolation experiments*” av aper, hvor han demonstrerte hvilke atferdsmessige, emosjonelle, sosiale og kognitive konsekvenser som kunne oppstå i slike tilfeller. Han viste også at utviklingen av ”*attachment*” (hengivenhet) var nært forbundet med kritiske perioder tidlig i livet, og det var vanskelig senere å kompensere for en skjevutvikling i disse viktige fasene. Det kan bety at sensorisk stimulering i tidlig alder har stor betydning for nevrokjernen i hjernen og dermed også for dens utvikling. Man har påvist samme tendens også hos andre dyr, f.eks. rotter (Hofer M,1975).

Mange barn vil i samvær med sine psykisk syke foreldre kunne oppleve både utrygghet og mangel på sammenheng og begripelighet. På egen hånd har de ofte ikke forutsetning for å forstå foreldrenes sykdom og de symptomene de observerer. Barn kan for eksempel oppleve foreldres humørsvingninger, tristhet, fjernhet, gråt og merkelig atferd og skremmende hendelser som uforståelige. Barn kan få en følelse av trussel, forvirring, uforutsigbarhet, ukontrollerbarhet og savn. Det som er lov den ene dagen, er forbudt den neste. Om barn



opplever lite støtte i nettverket, vil det kunne komplisere situasjonen. Lite støtte og uforutsigbarhet kan føre til at barn fortrenger egne behov i konkurranse med en eller begge foreldrenes sykdom og/eller behov. De fratras dermed muligheten til å få snakke om egne følelser og behov. Et barn reagerer med stress på en mor som ikke responderer, eksempelvis når en mor ikke viser glede over barnets tilstedeværelse, eller over barnets forsøk på å gjøre henne glad med en tegning, eller en nyplukket blomsterbukett. Å bli utsatt for slike hendelser er ubehagelig, og vil kunne overstige barnets ressurser og mestringsevne. Uten forklaring vil ikke barnet forstå at det handler om forelderens sykdom, og ikke at det selv har gjort noe galt. Dette kan belaste barnet, både på kort og lang sikt. Energi bindes opp i en kaotisk situasjon, og resulterer i utrygghet, tapt læring, utvikling og livsglede. En tilstand preget av ubehag, smerte eller trussel vil resultere i en stressituasjon med en hormonell og nevrogen reaksjon i organismen. Mange års stressforskning dokumenterer at langvarig stress, spesielt i tidlig barnealder, øker risikoen for sykdom (Sapolsky, 1996; Teicher et al., 2003), men også i voksen alder (Sapolsky, 2000). Dette kan medføre redusert immunforsvar og økt sårbarhet for sykdom. Imidlertid berger noen tilsynelatende godt, selv om de vokser opp under vanskelige forhold.

Nytt innenfor genmiljøforskningen viser at enkelte individer er genetisk mer sårbare for miljømessige påvirkninger (*environmental features*) enn andre (Rutter & Silberg, 2002, s. 463). Det er i interaksjonen mellom individets gener og miljøet en ung og umoden hjerne kan vise seg å være spesielt sårbar. Både traumatisk og stressende påvirkning og/eller manglende stimulering kan da få uheldige konsekvenser. Man bør være oppmerksom på at: *“Most likely, a combination of genetic and environmental factors, of nature and nurture, is involved in the development of psychopathology”* (Bremner, 1999, s. 797). Det kan bety at miljø og genfaktorer ikke bare adderes, men interagerer og dermed blir mer potente.

### **3.0 Sykdommens påvirkning på kommunikasjonen i familien**

Et barn får en stabil og emosjonelt positiv relasjon til en annen person dersom det får gå inn i et kommunikasjonsmønster som gir det repeterende, forutsigbar og anerkjennende bekreftelse. Regelmessig og utviklingsstøttende kommunikasjonsorganisering bidrar til at barnet fremstår som trygt. ”På samme måte kan en si at et barn fremstår som utrygg og usikker dersom det

*må forholde seg til et kommunikasjonsmønster som er uforutsigbart med hensyn til hvilken emosjonell bekreftelse barnet får ved å gå inn i kommunikasjonen” (Øvreeide, 2000, s. 42).*

Når en i familien rammes av sykdom / problemer, påvirker det de andre på ulikt vis og vil også påvirke kommunikasjonen (Minuchin, 1978). Forelderens sykdom kan frambringe ulike følelser både hos den syke, den andre forelderen og barna, eksempelvis som sinne, frykt, angst, tristhet og skam som kan medføre stress. Stressfølelsene kan i neste omgang påvirke kommunikasjonen ved at foreldre instinktivt har et beskyttelsesbehov overfor sine barn, og skjerner dem ofte fra sann og rett informasjon. Eide og Rohde (2009) kaller dette å bevege seg inn i ”*beskyttelseslandskapet*”, der det blir vanskelig å skille mellom behov for å beskytte seg selv, og beskytte de andre. Barna kan beskytte foreldrene som de ser sliter med noe, eller er usikre på, med hensyn til reaksjoner. Dette kan medføre at både foreldre og barn forsøker å skjule sine emosjonelle reaksjoner for hverandre og overser eller har antagelser om hva den andre tenker, ønsker eller har til hensikt.

### **3.1 Mangel på forståelse**

*“When parents become depressed, they bear a double burden. Even as they wrestle with the darkness that clouds their lives, they must struggle to maintain their role as guardians of their childrens future. Making matters worse, depression is often completely mystifying both to the sufferers and to those around them” (Beardslee, 2002, s. 3).*

Ved flere psykiske lidelser, blant annet depresjon, er det ofte en inadekvat forståelse av sykdommen i familien. Dette kan skape en følelse av sinne og frustrasjon hos barna. Det kan være over at mor er ”*lat*”, eller ”*ikke forsøker å gjøre noe for å bli bedre*”, eller en følelse av tristhet over at mor er sint på dem, eller ikke er glad i dem. Ofte har barna vansker med å forstå hvorfor mor reagerer så forskjellig fra tid til tid, og fra situasjon til situasjon, eller at hun ikke lengre bruker så mye tid sammen med dem som tidligere (Riley, et al., 2008; Beardslee, Gladstone, Wright & Cooper, 2003). Når en forelder er deprimert, er det en signifikant risiko for at varme og sammenheng vil reduseres og kommunikasjonen vil bli forstyrret, negativ og ineffektiv. Ofte ser en redusert hengivenhet mellom foreldre og barn på grunn av forelderens hyppige utblåsninger, irritabilitet og selvopptatthet. Den emosjonelle

tilbaketrekingen som karakteriserer bl.a. depresjon, begrenser kommunikasjon omkring daglige erfaringer slik at foreldrene blir uvitende omkring barnas daglige aktiviteter og forhold som angår skole, familie og venner (Riley, et al., 2008, s. 15). Riley poengterer at resultatet kan bli at familien ikke blir i stand til å samarbeide om å identifisere hverandres behov og løse problemer. Til og med hvis mor anerkjenner sin egen depresjon, skam, og det at sykdommen kan være en byrde for barnet, så oppstår lett en hindring i det å diskutere forelderens sykdom. Det medfører at familiemedlemmene finner det vanskelig å dele sorger, sinne, frykt og forvirring. At man ikke greier å kommunisere disse sterke følelsene, kan forstørre følelsen av krenkelse, skyld og skam, og kan forårsake at familiemedlemmene vokser fra hverandre. Når det skjer en form for sammenbrudd i kommunikasjonen betyr ikke det nødvendigvis stillhet, og mange foreldre og barn forteller om høyt konfliktnivå (Eide & Rohde, 2009). Oppvekst i en familie der kommunikasjonen ikke fungerer, og foreldre ikke er psykisk til stede for sine barn, kan være alvorlig for barnets utvikling (Killén, 2004). Psykisk sykdom, inkludert depresjon kan begrense utendørs aktivitet og forbindelser, og resultere i at familien i økende grad blir sosialt isolert, noe som får konsekvenser både for de voksne og barna. Barnas mulighet til å motta støtte fra andre voksenpersoner kan dermed bli redusert.

I en masterstudie utført av Britt Haukø (2010) har flere av foreldre i studien hatt gjentatte depresjoner over flere år, noe en kan anta har påvirket foreldrefungeringen og barna over tid. Studien viste for øvrig at barn fra alle familiene hadde problemer (psykiske vansker, konsentrasjon og skolevansker) i den grad at det hadde medført behov for hjelp og hjelpetiltak. I dag vet man at mors/foreldres depresjon er spesielt skadelig for barnet jo tidligere i barnets liv en mor (forelder) er deprimert.

Barn er ikke født til å ta ansvar for kontakt, men er avhengig av at andre tar ansvar for å gi signaler, og svare på signaler (kommunisere). Det er alarmerende når deprimerte kvinner *"bedømte deres nyfødte barns evne som ringere enn det, den objektive test viste"* (Brodén, 2007, s. 145). Videre skrev Brodén s. 146 at det er en risiko for at barn av deprimerte mødre allerede prenatalt blir påvirket av morens negative oppfattelse, og at innflytelsen fortsetter etter fødsel. For tretti år siden ble nyfødte beskrevet som passive, ikke kommuniserende og hjelpeløse, mens man i dag mener at barnet fødes med gråt som kommunikasjonsmåte og er avhengig av at gråten appellerer til forelderens (Brodén, 2010, s. 76- 100). Svar på spedbarnets signaler må skje umiddelbart for at barnet kan oppleve det som et svar og ikke være glemt. Når man er deprimert, er fokuset sentrert om egne indre følelser, og det er vanskelig å hente

seg inn og innstille sin oppmerksomhet på barnet. Om forelderens svar kommer for sent, frarøves barnet mulighet for å bygge opp forventninger og indre strukturer, som er nødvendige for sunn utvikling. Om forventningene blir positive, avhenger av om svarene over tid er kontinuerlige og positive. Speiling er den første ”bro” til utvikling av empati, som vil si å kunne vite noe om hvordan det kjennes å være den andre. For å utvikle dette er barnet avhengig av forelderens evne til inntoning med hensyn til å regulere sin egen stemme i takt med det som foreldereren opplever er barnets behov/situasjon (lei seg, sulten, glad). Det krever forelderens evne til empati på gitte tidspunkt.

Barn av psykisk syke kan oppleve ikke å ha noen mulighet til å påvirke de problemene de stilles overfor. De forsøker heller å leve med stresset enn å påvirke selve problemet (Drejhammar og Bergman, 1999). Slik sett kan barna være fanget i sin situasjon all den tid de er avhengige av sine foreldre. De må til enhver tid balansere for å gjøre det beste ut av en vanskelig situasjon.

## **4.0 Konsekvenser for barna**

### **4.1 Uforutsigbarhet og stress i barnas hverdag**

*Imagine what it is like to be a child whose profoundly depressed mother does not respond at all to a simple ”look what I did in school today”, or who suddenly switches moods, talking nonstop nonsense for thirty- six hours, and then disappears for months because she has to be hospitalised.*

*Imagine what it is like to be told by your father, before he goes to work each day, to keep an eye on your potential suicidal mother when you get home from school – but he is so preoccupied that he never really explains what is going on, never asks how you are doing, and neither does anyone else.” Victoria Secunda 1997 (referert av Adrian Falkov- referanse mistet)*

Barn har behov for trygghet, forutsigbarhet, og tillit til sine omgivelser, noe som betinger den voksnes (forelderens) tilstedeværelse både emosjonelt og fysisk. Glistrup (2006, s. 37) tilføyer at *”Børnene har brug for innsikt, viden og anerkjennelse, som giver mening for barnet og hjælper det at håndtere situationen og mestre tilværelsen”*. Miljøfaktorer kan påvirke i hvilken grad dette skjer. Det er ikke slik at psykisk syke foreldre generelt lukker øynene for at barna belastes. Barna kan også selv bidra til at de ikke får tilstrekkelig støtte og hjelp ved å si at *”jo jeg har det bare bra”*, eller *”jeg klarer det fint nok”*, og på den måten å avvise foreldre som spør. Dette kan skyldes at for barnet er familien deres base for overlevelse, og at det derfor er avhengig og yter sitt beste for familiens overlevelse (Glistrup, 2006, s. 45 - 46). For å avlaste foreldre de ser sliter, kan de sette egne behov til side, og det kan utløse omsorgsatferd hos barn.

Berg- Nielsen (2010) hevder at barn med genetisk betinget sårbarhet er sensitive, formbare og kan nyttiggjøre seg tiltak. Men de er også sensitive og sårbare for negativ påvirkning. Barn som er unnvikende i sin tilknytningsstil, kan virke tilsynelatende veltilpasset (er flink på skolen, tar ansvar og er hjelpsomme er mer utsatt for helseskade.) De få forskningsstudier som foreligger av barn av personlighetsforstyrrede foreldre, er alarmerende. Faren ligger også i at personlighetsforstyrrede foreldre ofte er dårlig fungerende uten at de selv har innsikt i det (Berg- Nielsen viser s. 360).

NOU 2012:5 er tydelig på at virkningene av omsorgssvikt og uakseptabel foreldrepraksis av barn kan få alvorlige negative effekter på barns helse. Det handler om emosjonell og atferdsmessig funksjon, sosial kompetanse skoleprestasjoner, redusert hukommelse og svikt i andre kognitive funksjoner, samt flere generelle helseproblemer. Rapporten tar også høyde for at en påkjenning i barndommen sjelden kommer alene. Det blir derfor viktig å kartlegge flere årsaksfaktorer enn det ene skadepotensialet man i øyeblikket er opptatt av. Det er de minste barna som er mest utsatt, og tidlig intervensjon bør derfor være et hovedtema.

## 5.0 Stressteoretisk forklaringsmodell

Psykisk sykdom kan forstås innenfor et stressteoretisk rammeverk. Stress kan forstås både som årsak til, opplevelse av, og konsekvens av en belastning. Her er Lazarus og Folkmans (1984) stress- mestringssteori valgt som grunnlagsforståelse både i forhold til foreldre og barn. Teorien framstår ikke som noen lovmessighet, men den forklarer både hva som skjer, og kan skje i samspillsituasjoner mellom mennesker. Teorien kan sammen med fysiologisk kunnskap, forklare konsekvensene dersom belastningen blir for stor, og en energikrevende stresstilstand inntreffer, som kan medføre makteløshet, lite overskudd og sykdom.

Lazarus og Folkman (1984, s. 19) definerer stress som en indre konfliktopplevelse som skyldes en rekke forhold, som kan være følelsen av ikke å mestre, følelse av overbelastning, av å komme til kort i forhold til krav og påkjenninger, samt en opplevelse av å være under press på en slik måte at det oppleves ubehagelig og smertefullt, altså hendelser som kan virke truende på individets velvære og livskvalitet. De sier videre s. 259 at: *“Stress is created by mismatches between individual and social identities. Social systems create demands and resources for the individual. Stress results when these demands create conflict, are ambiguous, or lead to overload.”* Dersom organismen blir utsatt for overbelastninger (ytre eller indre) som overskrider (*tax or exceed*) ens ressurser, vil hjerne og nervesystem registrere at ekstra ressurser må mobiliseres. Andre vil hevde at stress oppstår når homeostasen trues eller at det oppleves slik. Den psykisk syke forelder kan oppleve å ha mer hengende over seg enn han opplever å makte med. Det kan være en opplevelse av ikke å strekke til, pålegge seg selv bekymringer, bli kritisert, og gå på gjentatte personlige nederlag som ikke å greie å stille opp i forhold til nærmiljøets forventninger, krav og behov. Denne ubehagelige stresstilstanden vil organismen både hormonelt og nevrologisk søke å oppheve. For psykisk syke kan både sykdom og opplevde krav medføre en stresstilstand som tapper organismen for energi, med utmattelse, nedsatt yteevne, med følelsen av å komme på etterskudd og redusert selvfølelse som resultat.

En slik stresstilstand kan resultere i aktivisering av den såkalte *“hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA or HTPA axis)”*, med aktivisering av en rekke energikrevende nevrologiske og hormonelle reaksjoner som resultat. Disse reaksjonene vil, som sagt, være energikrevende og tappe organismen for ressurser, som den psykisk syke forelder skulle brukt for å bekjempe sykdommen og til overskudd til barna.

Den negative effekten av mors depresjon på barnet kan starte før fødselen, og den kan etter hvert ha kritisk effekt på et tidlig og sårbart forhold mellom den betydningsfulle andre og barnet. Denne erkjennelse kom allerede Hippocrates (460-370 f. kr.) fram til (Chrousos, Torpy, & Gold, 1998). Ifølge Broden (2007, s. 119- 120) kan stress under graviditet påvirke både kognitiv og nevrologisk utvikling i og med at stresshormoner har direkte innflytelse på utviklingen av barnets hjerne. Ikke sjeldent ser man en kumulativ effekt av andre negative risikofaktorer som fattigdom, misbruk av rusmidler og vold i hjemmet. Studier har vist at skader i hjernen (prefrontal cortex) kan oppstå som konsekvens av stress, og gi seg utslag i vansker med oppmerksomhet, husk og emosjonelle reaksjoner (Carion, et al., 2010). Lori, et al. (2004) hevder at HPA er involvert i nevrobiologien av sinnsstemninger som bl.a. angst, post traumatisk stress, burnout og depresjon. Når det hormonelle og nevrologiske systemet aktiviseres, så resulterer det bl.a. i frigjøring av binyrebarkhormoner som i forhøyde mengder vil kunne være uheldige for fosteret og hjernens utvikling. Særlig ser det ut til at økt nivå av glykocortikosteroider er uheldig. Imidlertid bemerker de i sin reviewstudie at det er stor variasjon i rapporterte effekter, og at mye gjenstår for å kunne gi et godt svar på hvordan hormonelle avvik (deviation) vil kunne påvirke den gravide. Mye kan også tyde på at tidlig eksponering for stress kan øke sensitiviteten for senere stressopplevelser (Essex, Klein & Kalin, 2002)

Ubehagelige og smertefulle opplevelser som langvarig og gjentatt separasjon fra betydningsfulle kan fremkalle sterke stressreaksjoner hos barnet (Dozier, et al., 2006). Uten at man har noen klar forklaringsmodell kan det tyde på at spesielt en ung og umoden hjerne er sårbart. Man antar at langvarig eksponering for stresshormoner vil resultere i at nerver ikke vil utvikle forbindelser med hverandre på en normal måte, og faktisk kan degenerere. I to av tre studier på mennesker er det vist at barn med en utrygg tilknytning har høyere cortisolnivå også etter korte separasjoner (Brandtzæg s. 155). Bowlby som var en god observatør, kunne observere ytre tegn og atferdsforandringer hos barn som for eksempel ble utsatt for adskillelse over kortere og lengre tid. Imidlertid er det først de siste årene at man biokjemisk har kunnet foreta målinger av effekt på for eksempel hjernevev. Bellis & Thomas er også inne på at det finnes bevis på at det kan skje en deaktivering av Brocas området i hjernen som resultat av traumatiske stimuli. Fare for ulike utviklingsforstyrrelser (reduert IQ, reduserte akademiske ferdigheter, problemer med visuell oppmerksomhet, språkvansker, husk, problemløsning) er også dokumentert hos De Bellis & Thomas, 2003; Watts- English, Fortson, Gibler, Hooper &

De Bellis, 2006; Delima & Vimpani, 2011. Ulike teknikker som benevnes som "Neuroimaging" har gjort at man er blitt i stand til å avdekke struktur og funksjon av spesifikke områder i hjernen (Hull, 2002).

Lazarus og Folkmans kognitivt orienterte stressforståelse forutsetter at individet som utsettes for ubehagelige belastninger, tolker om hvorvidt hendelsene utgjør en trussel, og om de er til skade. Barn har ikke den samme evnen til kognitivt å avgjøre om en situasjon /hendelse utgjør en trussel eller fare. De har heller ikke den samme kognitive evnen til å ta i bruk strategier for å minske stresstilstanden. For et barn vil uforklarlige hendelser lett kunne representere en trussel. Dette er med på å synliggjøre at barn i vanskelige situasjoner framstår som mer sårbare.

Ifølge Reupert & Maybery, (2007) har barn av psykisk syke også en tendens til å utvikle uheldige (maladaptive) mestringsstrategier som tilbaketrekking, unngåelse og distansering. Ofte utvikler /former barn misforståelser omkring foreldrenes sykdom. De anbefaler derfor pågående, aldersadekvat informasjon, som lærer barnet noe om hva mental sykdom er, og hva de kan gjøre når for eksempel mor er syk. Sills, et al., (2007) rapporterte om økt forbruk av kostbare helsetjenester hos barn av psykisk syke, sammenlignet med barn av foreldre uten slike plager.

## **6.0 Hva kan bidra positivt?**

Det fremheves at de barna som klarer seg best, har en mor, som tross sin sykdom, er vennlig overfor barnet, er mer utadvendt, selv har venner, og kanskje også arbeid. Foreldre kan ha sykdommer som gir symptomer i korte perioder, og ellers er friske og velfungerende. Dersom de har innsikt i dette, og i gode perioder forklarer barna om sykdommen, kan det redusere belastningen for dem. Når forelderen har god kontakt med øvrige familie og venner, er det positivt for barnets situasjon i sykdomsperiodene (Therkildsen, 1998). Foreldre som opplever at de behersker rollen bra, har mindre tendens til å bli stresset og overveldet. Mødre som opplever at de er effektive i foreldrerollen er ikke bare varmere, men er også mer i stand til å gi passende forklaringer til sine barn slik at oppdragelsesstrukturen blir mindre straffende (Oyserman, Bybee, Kahng, 2004, s. 2505). I tillegg hevder de at "*Higher parenting efficacy correlates with fewer reported symptoms of depression, anxiety, and emotional distress in*



*mothers*”. Imidlertid ser det ut til at det å ha en positiv relasjon til minst en av foreldrene, spesielt i tidlig barnealder, er en beskyttende faktor for barnas psykologiske helse (Rutter, 1979). Mye kan tyde på at barn også har et potensiale til å skape eller forme mange ulike slags relasjoner. Søsken skrev Reupert & Maybery, (2007) i belastede familier ser også ut til å kunne støtte hverandre.

Pennebaker (1990) har gjennom omfattende forskning dokumentert helserisikoen ved det å ikke snakke om vanskelige emosjonelle opplevelser, og hun viser samtidig helsegevinsten ved det å snakke om det vanskelige og traumatiske. Man skal huske at mange av disse syke foreldrene i utgangspunktet kan være stigmatiserte, noe som øker faren for lite assistanse, sosial og emosjonell støtte fra omgivelsene.

Kraemer, Stice, Kazdin, Offord & Kupfer (2001) påpeker imidlertid at ingen av risikofaktorene kan bli forstått isolert uten i en ”*context*” med alle de andre, da symptomene er resultat av komplekse årsakskjeder. Når det er en rekke årsaksfaktorer til stede, blir det feil å ta fatt i bare en, og styre behandlingen deretter. Så langt har lite oppmerksomhet blitt rettet mot det å hjelpe forsker og kliniker med metodiske redskaper til å innhente informasjon slik at det kan bli mulig.

Tradisjonelt innen voksenpsykiatrien, både i Norge og flere land har fokus vært på pasienten (foreldrene) og lite eller ingen ting rettet mot familien og barna. En slik tilnærming vil føre til at barn av psykisk syke ikke blir regnet med inn i ”*adult mental health services*» (Maybery, Reupert, Goodyear, 2006). Ifølge Risley- Curtiss, Stromwall, Hunt, & Teska, (2004) er det mye forskning som støtter ideen om at psykisk syke kan oppdra sine barn på en bedre måte dersom hensiktsmessig og adekvate ressurser blir stilt til rådighet. Imidlertid har denne kunnskapen ikke blitt formidlet i tilstrekkelig grad til at miljøarbeidere og terapeuter har fått del i kunnskapene, eller fått tradisjon på tiltak rettet mot barn som pårørende.

Når vi vet dette, blir det vår oppgave å bidra med de ressursene som mangler rundt barnet og som situasjonen krever for å avlaste det. Barnas Time kan være starten i noen tilfeller.

## 7.0 Barnas Time som forebyggende helsehjelp

Barnas Time er en forebyggende familieintervensjonsmetode, som blant annet benyttes i voksenpsykiatrien i Helse Nord- Trøndelag, og ved Helgelanssykehusene. Selve Barnas Time er en informasjon og spørretime for barn, og ledes av to veiledere, der foreldre, barn og andre nærpersoner kan delta. Kun en familie deltar om gangen. Man forklarer om psykisk sykdom generelt, foreldrenes sykdom, og om hvordan dette kan påvirke familien. Gjennom økt forståelse kan både foreldre og barn oppleve bekreftelse og normalisering av tanker, følelser (ansvar, skam og skyld) og reaksjoner en kan ha, samt oppdage egne styrker og muligheter, men også eventuelle behov for hjelp. Barnas Time som intervensjonsmetode innebærer flere målrettede og temafokuserte samtaler (forberedelse, Barnas Time, ettersamtale/r) med foreldre og barn (Haukø & Stamnes, 2009a).

Både psykisk sykdom og rusproblemer er fortsatt tabubelagt, noe som ofte medfører hemmeligholdelse. Å holde hemmelig vesentlige deler av sin hverdag kan være tungt å bære. Man får på den måten liten erfaring i å snakke om det vanskelige, og mange har faktisk ikke ord å bruke. Mangel på språk kan være en hindring, ved at man ikke kan beskrive den virkeligheten det ikke finnes ord for. Mange barn klarer da ikke å sortere sin virkelighetsoppfatning i det uforklarlige, eller sette opplevelsene sine i en sammenheng (Haukø & Stamnes, 2009a).

Formålet med Barnas Time er å forebygge forvirringen, usikkerheten og uvitenheten barna kan oppleve. Det vektlegges å oppmuntre til åpen kommunikasjon i familien om den enkeltes situasjon, underbygge mestring, og ikke minst forsøke å bygge opp en tro hos både foreldre og barn på at endring av en eventuell vanskelig situasjon er mulig. Foreldre hjelpes med å bryte tabu og eventuelle nødløsgner de mer eller mindre frivillig kan være fanget i. Barnas Time er ment som et forebyggende helsetjenestetilbud for å redusere traumet, før "*stresstilstanden*" har vart for lenge.

Ofte er barns kunnskap om foreldrenes sykdom mangelfull og sporadisk, uten noen klar idé om hva som er galt. Erfaring fra Barnas Time er at mange barn ikke har noen å snakke med om sine tanker og opplevelser, og bærer på vanskelige og ubesvarte spørsmål i ensomhet (Haukø, 2006; Haukø & Stamnes, 2009a). Barnas Time kan gjentas, men er ikke ment for å følge opp familien over lengre tid. Man forsøker imidlertid å avdekke hjelpebehov og

formidle annen tilpasset oppfølging. En mer detaljert beskrivelse finnes i boken om Barnas Time (Haukø & Stamnes, 2009a).

Barnas Time bygger på antagelsen om at uheldige konsekvenser kan forbygges. Kjernen i forebyggende helsearbeid er å arbeide for å redusere risikoen for sykdom eller å bevare muligheten for god helse hos individet eller gruppen. Generelt kan forebygging inndeles i primær, det vil si rettet mot en hel befolkningsgruppe, eller sekundær, det vil si å identifisere de som er i risiko og sette inn tiltak rettet mot disse. På bakgrunn av sin reviewstudie hevdet Cuijpers et al., 2000 at forebyggende intervensjoner kan vise til god effekt for å unngå å redusere uheldige konsekvenser av foreldrenes sykdom på barna.

Som en forebyggende strategi foreslår Beardslee (1998a + b) at man kan bruke en såkalt familiebasert psykoeducativ tilnærming. Han er en av de som tydeligst har dokumentert betydningen ved å øke forståelsen for sykdommen hos alle i familien (Beardslee, et al., 2003; D'Angelo, Llerena-Quinn, Shapiro, Colon, Rodriguez, Gallagher, & Beardslee, 2009; Garber, Clarke, Weersing, Beardslee, Brent, Gladstone, DeBar, Lynch, D'Angelo, Hollon, Shamseddeen, & Lyengar, 2009; Gladstone, & Beardslee, 2009). Den psykoeducative tilnærmingen baseres nemlig på å få familien sammen med terapeuten til å komme inn i familierollen, gjennom at familien får informasjon om psykisk sykdom og strategier for å mestre med oppgaven som oppdrager (Lukens McFarlane, 2004).

Mye tyder på at selvforståelse (en adekvat kognitiv vurdering av situasjonen) og det å kunne se seg selv atskilt fra foreldrenes sykdom, er av stor betydning for om barna kommer ut av situasjonen med positivt utfall (Focht-Birkerts & Beardslee, 2000). Barns emosjonelle stress kan bli mildnet dersom det finnes en anledning til å få snakke om de smertefulle opplevelsene, og dersom foreldrene er villige til å respondere på en aksepterende måte og innrømme at det er deres sykdom som har påført barna smerte. Resultat fra egen studie (Stamnes & Haukø, 2009) viser økt åpenhet omkring forelderens sykdom, og at familiemedlemmene gjennom Barnas Time har fått ”nye ord” og snakker bedre sammen, og at barna har fått mer kunnskap om forelderens sykdom. Ifølge Reupert & Maybery (2007, s. 364) har barn av psykisk syke en tendens til å lage seg egne tanker og fantasier om

foreldrenes sykdom. Derfor anbefaler de kontinuerlig, aldersadekvat informasjon. Beardslee (1998b) hevder fra sitt amerikanske perspektiv at forebygging har fått lite oppmerksomhet i klinisk praksis. Det er ikke usannsynlig at det samme gjelder i Norge. Rutter (1979) viste at positive relasjoner med minst en av foreldrene i tidlig barndom er en beskyttende faktor for barnas psykologiske helse.

Killén (2007) peker på at det kan være en belastning å vokse opp med psykisk syke foreldre, men gjennom åpenhet, informasjon og økt forståelse kan vi som voksne hjelpe til med å bearbeide de opplevelsene barn måtte ha knyttet til forelderens sykdom. Hun hevder at for 40 år siden ble forebygging sett på som luksus en ikke hadde råd til. Tiden har nå vist at vi ikke har råd til å la være.

God kommunikasjon, med åpenhet og tillit innad i familie og nettverk, kan virke som forebyggende helsehjelp for barna. Antonovsky (2005) karakteriserte god helse ved en opplevelse av sammenheng (*sense of coherence*) i livet. Det betyr at ens livssituasjon er preget av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, og at man har innflytelse over livet og livssituasjonen – altså det motsatte av hjelpeløshet, som karakteriseres av svak tro på at man kan gjøre noe med situasjonen. Opplevelse av sammenheng frigjør ressurser, øker kontrollen over livet og åpner for nye mestringsmåter, noe som ifølge Antonovsky er med på å holde mennesket friskt.

Riley hevder at når barna etter hvert forstår at sykdom og familieproblemene ikke skyldes dem, så ser det ut til at de mestrer foreldrenes sykdom bedre. Riley poengterer videre at *”family psychoeducation about depression can be critical to help family members understand and rethink what is happening in their family and develop coping and problemsolving strategies to deal with the parent’s depression”* (Riley, et al., 2008, s 13).

I Barnas Time har vi valgt en helsepedagogisk tilnærming som søker å legge til rette for og skape samhandlingssituasjoner og kommunikasjon mellom fagpersoner, foreldre og barn. Tiltaket rettes mot personer som lever under kjente risikoforhold, altså sekundær forebygging.

## 7.1 Helsepedagogisk tilnærming

Den helsepedagogiske tilnærmingen i Barnas Time innebærer en idé om at det er mulig ad kommunikativ vei å redusere stress og ubehag for de som lever i en vanskelig og stressende situasjon. Helserelatert informasjon er komplisert, og reaksjonene og konsekvensene hos mottagerne kan bli svært forskjellige. Det kan eksempelvis avhenge av måten det blir formidlet på, og av våre evner til å vise respekt og ydmykhet for mennesker i sårbare situasjoner. Tilnærmingen har som mål å utløse atferd som kan styrke egne krefter og motvirke forhold som kan føre til passivitet og uheldige konsekvenser i kjølvannet av forelderens sykdom (Haukø & Stamnes, 2009a). Dialogen er et viktig element i den helsepedagogiske tilnærmingen. Ved å frambringe økt kunnskap, forståelse, selvforståelse forsøker man å bygge opp den andre (Schibbye, 2002). Dialogen kan altså medføre en felles oppdatering av hva den enkelte opplever som vanskelig og strevsomt, og hva en faktisk mestrer. Nærpersonene vil få opplæring i hva som er barnas følelsesmessige behov, og hvordan disse kommer til uttrykk. Det muliggjør også at personer rundt den syke vil forstå han / henne bedre og dermed bli deltakende på en annen måte.

Risikoen for at barna kan utvikle sykdom eller andre problemer reduseres dersom foreldrene er villige til å tillate åpenhet og samtale omkring deres lidelse innad i familien (Focht-Birkerts & Beardslee, 2000). Allerede i forberedende samtaler før Barnas Time forsøker man derfor å bygge opp en tro hos foreldrene på at de kan bidra slik at en eventuell vanskelig situasjon kan bli lettere for barna. Det vektlegges at temaene har noe med familiens reelle situasjon å gjøre, vekker interesse og oppleves nyttige. Tilnærmingen er ikke terapeutisk, men handler om å gi nøktern og saklig informasjon, muliggjøre dialog slik at deltagerne kan få erfare og sette ord på tanker og følelser knyttet til situasjoner i hverdagen.

I Norge samt en del andre land som Danmark (Nordenhof, 2005), Finland (Solantus-Simula, Punamaki og Beardslee, 2002), Sverige (Pihkala, & Johansson, E., 2008), Australia (Pitman og Matthey, 2004; Maybery, Reupert & Goodyear, (2006)), Canada og USA (Beardslee, et al., 2003; Boyd, Diamond & Bourjolly, 2006; Riley, et al., 2008) ser en nå et stadig større engasjement for å ivareta barn med psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre.

I Norge har vi også de siste årene iverksatt flere familiebaserte intervensjonsmodeller, både i spesialisthelsetjenesten, kommunetjenesten, og som et samarbeid mellom disse tjenestene.

Som eksempler kan nevnes BAPP- kurs (Rimehaug, Børstad, Helmersberg & Wold, 2006), familiesamtaler (Eide & Rohde, 2009) og mestringsgrupper i regi av organisasjonen Voksne for Barn (www.vfb.no). Disse intervensjonsmodellene har likheter med Barnas Time.

Det er mye som tyder på at det er lettere å få hjelp dersom foreldre har selvinnsikt og evne til å se barnas behov, dersom de ber om hjelp, står på, eller er så syke at de har et behandlingstilbud. Mindre hjelp ser ut til å bli gitt dersom foreldre og barn forsøker å skjule problemene, sykdommen betraktes som tabu, der det er redsel for barnevern, eller når lærere, behandlere og andre vegrer seg for å snakke med foreldre og barn eller meddele bekymring.

## **1.1 Etske og juridiske forpliktelser**

Til tross for at man i mange tiår har kjent til at en stor prosent av barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer selv får problemer er det nok enda for lite gjort på området. Norske studier har synliggjort behov for lovendring og praksisendring (Rossow, Moan & Natvig, 2009; Aamodt & Aamodt 2005). De har vist mangler ved eksisterende lovgivning og vist behov for lovendringer i forhold til å tilby hjelp til foreldre i vanskelige livssituasjoner, samt hjelp for å ivareta barn som pårørende. Lov om spesialisthelsetjenesten synliggjør at opplæring av pasienter og pårørende er prioriterte oppgaver. Endringer i forhold til barn som pårørende i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft fra 1. jan. 2010.

Ifølge Helsepersonelloven § 10 a skal ”*Helsepersonell bidra til å ivareta det behov for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skadde kan ha som følge av forelderens tilstand*”. Videre skal helsepersonell ”*Samarbeide med pasienten om barnets informasjons eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonell også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale*”(§ 10). En slik samtale kan eksempelvis være Barnas Time (Haukø & Stamnes, 2009a). Det går fram at plikten ikke bare omfatter formidling av kunnskap, men også at bearbeiding av følelser og reaksjoner bør prioriteres.

I og med at vi i dag har kunnskap om at barn av psykisk syke er en risikogruppe, har vi også en moralsk og juridisk plikt til å foreta oss noe før skaden har skjedd. I det ligger det kategoriske imperativ "du skal". Det vil være etisk uansvarlig å forbli passiv og ikke gjøre noe når man har kunnskapen. I lov om psykisk helsevern § 21b har helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne loven, plikt til å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten. Ifølge pasientrettighetsloven § 3.3 heter det at dersom pasienten samtykker til det, eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes. Pasientrettighetsloven regulerer blant annet hva pasienter og pårørende bør få av informasjon, og hvordan den skal tilpasses den enkeltes situasjon og forutsetninger.

Mye er gjort de senere år, men det er nok enda et stykke vei å gå, før det er akseptert og innført faste rutiner i norske sykehus og helseinstitusjoner, for bedre å sikre at foreldre gis mulighet til å snakke om foreldrerollen og barnas situasjon, at barna blir sett, og at deres stemmer blir hørt (Haukø & Stamnes, 2009b). Egne erfaringer (Haukø & Brattås, 2009; Haukø & Stamnes, 2009b) og andre studier (Meijde; Aashamar & Knibe, 2006; Fiksaunet, 2010) viser at ansatte i voksenpsykiatrien kan vegre seg for å snakke om barnas situasjon og foreldrerollen med sine pasienter. Lite kunnskap og erfaring på området gjør at personell / terapeuter ikke blir gode ambassadører for foreldrene. Endringer i

Spesialisthelsetjenestelovens § 3 – 7a fra 1. januar 2010 hevder imidlertid at:

*"Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn".*

"BarnsBeste" ([www.barnsbeste.no](http://www.barnsbeste.no)) ble etter oppdrag av Helse og omsorgsdepartementet i 2008 åpnet som Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende. Nettverket ble opprettet for å bedre oppfølgingen av barn som pårørende, samle, systematisere og formidle kunnskap, og legge til rette for nasjonal kompetansebygging gjennom initiativ til forskning og fagutvikling. De gjennomførte bl.a. i 2009 og 2010 et landsomfattende pilotprosjekt for opplæring av barneansvarlig personell for å yte foreldre og barn hjelp i vanskelige situasjoner som følge av foreldres sykdom.

Flere bl.a. Reupert & Maybery (2007) er inne på at det er viktig at barna får uttrykke sine følelser og frykt for foreldrenes sykdom, i en pågående prosess og ikke bare som en

engangshendelse. Alle barn, også de med psykisk syke foreldre trenger adekvat fysisk og emosjonell omsorg. Derfor er det enhver voksenpersons ansvar, inkludert helsepersonell å snakke om forelderens sykdom, barnas situasjon og opplevelser. Det krever også praktisk tilrettelegging som at barnet får møte den psykisk syke på sykehuset, og at noen som barnet har tillit til, tar seg av det under innleggelsen.

Oppfølging av lovendringer skal som før skje innenfor samme taushetsplikt helsepersonell er underlagt og dermed i samarbeid med forelderen (pasienten). For at vi kan nå fram til barn med støtte og hjelp, er vi avhengige av at vi gjør dette på en måte som forelderen opplever som positiv og nyttig for seg selv og sine barn.

### **Hva har vi funnet**

Etter 10 år med Barnas Time sitter vi igjen med et klart inntrykk av at mange av barna og foreldrene opplever lettelse over å få hjelp til å snakke sammen om områder som er vanskelige og tabubelagte, og som mange mangler ord for. Flere familier har selv bedt om flere timer. Ansatte i psykiatriske sengeposter, poliklinikker og psykiatriske sykepleiere i kommunen har gitt gode tilbakemeldinger om Barnas Timetilbudet. Foreldre og barn som har deltatt i Barnas time, er blitt intervjuet i ettertid og var glade for at de tok imot tilbudet. Det ble rapportert bl.a. om at timen hadde bedret kommunikasjonen i familien (Haukø & Stamnes, 2009c)

### **Avsluttende betraktninger**

Tidlig intervensjonsprogrammer overfor barn av psykisk syke har oppnådd gode resultater. En svakhet kan ifølge Klebanov (2005) være at mesteparten av forskningen har fokusert på barnas kognitive utvikling og i mindre grad den atferdsmessige utviklingen. Videre etterlyser Klebanov større grad av ”*coherent research*”, da det er vanskelig å dra konklusjoner fra de ulike intervensjonsstrategiene.



Etter hvert har flere tilbud kommet på banen for å hjelpe familier som sliter med psykisk sykdom. En viktig utfordring framover blir å tilpasse tilbudet til hver enkelt familie. I forlengelsen av dette er det også naturlig å påpeke betydningen av at Barnas Time skal inngå i et organisert og koordinert tilbud til familien. Man må unngå at tilbudene blir fragmenterte, stykkevis og delt. Det tjener ikke helheten. De som arbeider rundt familien, må være oppdatert på hva hver enkelt etat gjør.

Flere, bl.a. Reupert & Maybery (2007) er inne på at de som skal drive med slikt arbeid, bør være faglig godt skolerte. Mange helsearbeidere og miljøterapeuter har ikke kunnskap til å identifisere, eller mangler adekvat trening og kunnskap til å intervensere på en faglig holdbar måte.

I dag stilles det stadig større krav til bevis og god dokumentasjon på at slike programmer / intervensjonsmåter som BT har effekt. Det kreves derfor at man kontinuerlig foretar evaluering av metoden og klarer å identifisere hvilke deler/ elementer som synes mest effektivt så vel som de som trenger justeringer og forbedringer. Barnas Time er vurdert av Ungsinn (2009).

Ifølge Ask Torvik & Rognmo (2011) er litteraturen rundt risiko for barn med psykisk syke foreldre omfattende, men mengden av studier med høy kvalitet er begrenset. Studiene bruker nemlig forskjellige typer utvalg og instrumenter for å måle lidelser og konsekvenser. Det er heller ikke sikkert at det er foreldrenes lidelser som er eneste årsak til økt sannsynlighet for psykiske lidelser eller andre negative utfall hos barna. Andre forhold som kan ha betydning, er sosiale forhold, livsstil og genetiske disposisjoner. Dette er forhold som kan gå inn i et komplisert samspill det kan være vanskelig å få en oversikt over.

## Referanser

- Anke, T. (2012) Mødre med alvorlig psykisk lidelse og spedbarn- samspill og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, No. 49, s. 1050- 1060.
- Antonovsky, A. (2005). *Helsans mysterium*. Stockholm: Natur og kultur.
- Ask Torvik, F., Rognmo, K (2011) *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Omfang og konsekvenser*. Oslo: Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Axelsson- Östman, M. & Johansson, K. (1995). Barn av psykisk sjuk måste få Ökad stöd. *Läkartidningen*, Vol. 92, nr. 42, s. 3877- 3878.
- Beardslee, W. (1998a) Children of affective ill parents: a review of the past 10years. *J Am acad Child adolesce Psychiatry*, Nov;37 (11): 1134- 41.
- Beardslee, W., Swatling, S., Hoke, L., Rothberg, P. van de Velde, P., Focht, L. & Podorefsky, D. (1998b). From Cognitive Information to Shared Meaning: Healing Principles in Prevention intervention. *Psychiatry*, Vol. 61, s. 112 – 129.
- Beardslee (1998c). Prevention and the clinical encounter. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 68, s. 521- 533.
- Beardslee, W. (2002). *Out of the darkened room*. Boston: Little, Brown and Company.
- Beardslee, W., Gladstone, T., Wright, E. & Cooper, A. (2003). A family – based approach to prevention of depressive symptoms in children risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, Vol. 112, No. 2, s 119 – 131.
- Bellis, M., Thomas, L. (2003) Biologic findings of post- traumatic stress disorder and child maltreatment. *Current Psychiatry Reports*, Vol 5, s. 108- 117.
- Berg-Nielsen, T. S. (2010). Barn av foreldre med Cluster B personlighetsforstyrrelser. Prisgitt det uberegnelige. I Moe, V., Slinning, K., Bergum Hansen, M (red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*, kap. 18, s. 360 – 373. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Boyd, R., Diamond, G., and Bourjolly, J. Developing a Family-Based Preventive Program in Urban Community Mental Health Clinics:4 A Qualitative Investigation. *Family Process*, 45, 187-203.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol I*, New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988) *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.
- Brandtzæg, I., Smith, L., Torsteinson, S. (2011) *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Bremner, D. (1999). Does Stress Damage the Brain? *Biol Psychiatry*, 45, s. 797-805.

- Bremner, J., Leza, J. (2006) Stress and brain atrophy. *CNS & Neurological Disorders- drug Targets*, Vol. 5, No. 4, s. 1- 10.
- Brodén, M. (2007). *Graviditetens muligheter En tid hvor relationer skabes og udvikles*. København: Akademisk Forlag.
- Buck, C., Laughton, K. (1959). Family patterns of illness: The effect of psychoneurosis in the parent upon illness in the child. *Acta psychiatrica*, nr. 2, s. 165-175.
- Carrion, V., Weems, C., Richert, K., Hoffman, B., Reiss, A. (2010) Decreased prefrontal cortical volume associated with increased bedtime cortisol in traumatized youth. *Biological Psychiatry*, Vol 68, s. 491- 493.
- Chrousos, G., Torpy, D., Gold, P. (1998). Interactions between the hypothalamic. Pituitary – adrenal axis and the female reproductive system: Clinical implications. *Annals of Internal Medicine*, 129, s. 229- 240.
- Chrousos, G. (2009) Stress disorders of the stress system. *Nat. rev. Endocrinol*, 5, s. 374- 381.
- Clausen, J., Yarrow, M. (1955). The impact of mental illness on the family. *The Journal of social issues*, Vol 11, Hefte nr. 4. s. 3- 25.
- Cuijpers, P., Straten, A., Smit, F. (2005) Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J. Nev Ment Dis*, 193 (2): s. 119-25.
- D'Angelo, E., Llerena-Quinn, R., Shapiro, R., Colon, F., Rodriguez, P., Gallagher, K. & Beardslee, W. (2009). Adaptation of the Preventive Intervention Program for Depression for Use with Predominantly Low-Income Latino Families. *Family process*, Vol. 48, No. 2.
- De Bellis, M., Thomas, L. (2003) Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. *Curr Psychiatry Rep.* no. 5, s. 108- 17.
- De Bellis, M., Hooper, S., Spratt, E., Woolley, D. (2009) Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *J int Neuropsychol Soc.* S. 868- 878.
- Delima, J., Vimpani, G. (2011) The neurobiological effects of childhood maltreatment: An often overlooked narrative related to the long- term effects of early childhood trauma? *Family matters*. No.89.
- Dozier, M., Manni, M., Gordon, M., Pelso, E., Megan, R., McClough, K., Eldreth, D., Levine, S. (2006). Foster children`s diurnal production of cortisol: An exploratory study. *Child Maltreatment*, Vol. 11, No. 2, s. 189- 197.
- Downes, J. (1942). Illness in the chronic disease family. *American Journal of Public Health*, s. 589600.
- Drejhammar, I. & Bergman, K. (1999). *Barn till psykisk sjuka förelldrar*. SoS-rapport 1999:11. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Eide, G. & Rohde, R. (2009). *Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn, ungdom og familier*. Fagbokforlaget.
- Essex, M., Klein, M., Cho, E., Kalin, H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry*, 52, 776-784.
- Fiksaunet, E. (2010). *Hvem snakker med barna? – når mor eller far har psykisk sykdom eller rusproblem*. Avsluttende hovedoppgave i psykisk helsearbeid, ved HINT avd. Namsos.
- Focht-Birkerts, L. & Beardslee, W. (2000). A Child`s Experience of Parental Depression: Encouraging Relational Resilience in Families with Affective illness. *Family Process*, Vol. 39, No. 4, s. 417 – 434.

- Garber, J., Clarke, G., Weersing, V., Beardslee, W., Brent, D., Gladstone, T., DeBar, L., Lynch, F., D'Angelo, E., Hollon, S., Shamseddeen, W. & Lyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescent: a randomized controlled trail. *JAMA* Jun 3; 301(21):2215-24.
- Gladstone, T. & Beardslee, W. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: a review. *Can J Psychiatry*, 54 (4) s. 212-21
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptional framework. *Child Abuse & Neglect*, 26, s. 697–714.
- Glistrup, K. (2006). *Hvad børn ikke ved... har de vondt af. Familiesamtaler om psykiske lidelser*. København: Hans Reitzels Forlag
- Goodman, S. & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3), s. 458–490.
- Grote, N., Bridge, J., Gavin, A., Melville, J., Lyengar, S., Katon, W. (2010). A meta- analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, 67(10); 1012- 1024.
- Gurian, A. (2003). Mother blues – child blues. How maternal depression affects children. *NYU Child Study Center Letter*, 7 (3).
- Hall, A. (2004). Parental psychiatric disorder and the developing child. I M. Göpfert, J. Webster & Seeman, M. (red.), *Parental psychiatric disorder. Distressed parents and their families* (s. 22 – 49). Cambridge: University Press.
- Halligan, S., Murray, L., Martins, C., Cooper, P. (2007) Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13- year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, s. 145- 147.
- Harlow, H (1958). The Nature of Love. *American Psychologist*, 13, 573-685.
- Harlow, H., Dodsworth, and Harlow, M. (1965) *Proc Natl Acad Sci USA*; 54(1): 90–97.
- Hart, S. & Brassard, M. (1987). A major threat to childrens mental health. *American Psychologist*. Vol. 42, no. 2, s. 160-165.
- Haukø, B. (2006). Barnetimen for det vanskelige. *Tidsskriftet Sykepleien* 01/06.
- Haukø, B. & Stamnes J. (2009a). *Barnas Time – en temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*. Tapir Akademisk Forlag.
- Haukø, B., Stamnes, J. (2009b). Det hjelper å snakke med barna. *Tidsskriftet Sykepleien*, nr, 11, s. 32- 35.
- Haukø, B. & Stamnes, J. (2009c). *To what extent do therapists in adult psychiatry involve the children of mentally ill parents?*, Nord-Trøndelag University College, Report no 63.
- Haukø, B., Brattås (2009) ”Implementering av Barnas Time i Psykiatrisk klinikk, Helse Nord-Trøndelag” Psykiatrisk klinikk, Post I, Sykehuset Namsos, HNT.
- Haukø, B. (2010) ”Snakk med oss om barna”. Psykisk syke foreldres opplevelser av egenforeldrefungering og barnas situasjon og tilbudet Barnas Time i voksenpsykiatrien. Masterstudie ved Høgskolen i Nord- Trøndelag.
- Helse- og omsorgsdepartementet, *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) sist endret LOV-2009-12-18-137 fra 2010-01.01.
- Helse- og omsorgsdepartementet, *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven) Sist endret LOV-2009-06-19-97 fra 2010-01-01.

- Henderson, J., Evans, S., Straton, J., Priest, S., Hagan, R. (2003) Impact on postnatal depression on breastfeeding duration, *Birth*, 118(3): 175- 1180.
- Hofer M (1975). Studies on how early maternal separation produces behavioral change in young rats. *Psychiatric Medicine*, Vol. 37, N. 3,s. 245- 264.
- Hull, A. (2002). Neuroimaging findings in post- traumatic stress disorders. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, Vol 181, s. 1012- 110.
- Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Klebanov, P. (2005). Evaluating early childhood intervention programs: Comments on Kitzman, Kitzer, and Lipman and Boyle. <http://www.child-encyclopedia.com/documents/KlebanovANGxp.pdf> (Nedlastet 22.09.2011)
- Kraemer, H., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent overlapping, and proxy risk factors. *Am J Psychiatry*; 158, s. 848- 856.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal, and coping*. New Yourk: Springer Publishing Company.
- Lukens, E., McFarlane, W. (2004). Psychoeducation: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, Vol. 4 No.3, s. 205- 225.
- Maybery, D., Reupert, A., Goodyear, M. (2006). *Evaluation of a model of best practice for families who have a parent with mental illness*. Charles Sturt University, Wagga, Wagga.
- Minuchin, S. (1978) *Familier og familierapi*. København: Munksgaard.
- Meijde, M., Aashamar, A. & Knibe, S., (2006). Og barna har det bare bra? Skal terapeuten snakke om eller med barn som har psykisk syke foreldre? *Tidsskriftet Sykepleien*, nr. 7.
- Minuchin, S. (1978). *Familier og familierapi*. København: Munksgaard.
- Neggers, Y., Goldberg, R., Cliver, S., Hauth, J. (2006). The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia* 85(3): 277- 285.
- Nordenhof, I. (2005). *Prosjekt børn med psykisk syge forældre. En direkte og konkret indsats*. Roskilde: Distrikt Midt- Roskilde Amtssygehus.
- NOU 2012: 5 Bedre beskyttelse av barns utvikling. Barne-, likestillings- og Inkluderingsdepartementet. (3.1.7 Tilknytningssystemet).
- Oyserman, D., Mowbray, C., Allen- Meares, P & Firminger, K. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, s.296- 315.
- Oyserman, D., Bybee, D., Kahng, S. (2004). Parenting self- construals of mothers with a serious mental illness: Efficacy, burden, and personal growth. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, s. 2503- 2523.
- Pennebaker, J. (1990) *Opening up. The healing power of confiding in others*. New York: William Morrow and Company, INC.
- Pihkala, H. & Johansson, E. (2008). Longing and fearing for dialogue with children – Depresses parents` way into Beardslee`s preventive intervention. *Nord J Psychiatry*, Vol. 62, NO. 5, s. 399-404.
- Pitman, E. & Matthey, S. (2004). The SMILES program: A group program for children with mentally ill parents or siblings. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 74, No. 3, s. 383-388.
- Reupert, A., Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 77, No. 3, s. 362- 369.

- Riley, A., Valdez, C., Barrueco, S., Mills, C., Beardslee, W., Sandler, I. & Rawal, P. (2008). Development of a family – based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: Theoretical and program description. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 11, s. 12- 29.
- Rimehaug, T., Børstad, J. M., Helmersberg, I. & Wold, J. E. (2006). De ”usynlige” barna, *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 11, 126: 1493-4.
- Risley – Curtiss, C., Stromwall, L., Hunt, D., Teska, J. (2004) Identifying and reducing barriers to reunification for seriously mentally ill parents involved in child welfare cases. *Families in Society: The journal of contemporary social services*.
- Rossow, I., Moan, I., S. & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan berøres de?* Statens institutt for rusmiddelforskning. SIRUS-Rapport nr. 9/2009.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in childrens responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J. E. Rolf (eds) *Social competence in children*, s. 49- 74. Hanover: University Press of New England.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, Vol. 14, s. 853- 880.
- Rutter, M., & Silberg, J. (2002). Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioural disturbance. *Annual Review of Psychology*, 53, s. 463 – 490.
- Sapolsky, R. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science*, Vol. 273, s. 749-750.
- Sapolsky, R. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 57, s. 925- 935.
- Schibbye, A. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sills, M., Shetterly, S., XUu, S., Magid, D., Kempe, A. (2007). Association between parental depression and childrens health care use. *Pediatrics*, 119, s. 829- 36.
- Solantaus-Simula, T., Punamaki, R. & Beardslee, W. (2002). Childrens responses to low parental mood. II: Associations with family perceptions of parenting styles and children distress. *J. AM. ACAD. Child Adolesc. Psychiatry*, 43:3, s. 287-294.
- Stamnes, J., Haukø, B. (2007). Opplevd stress av barn til psykisk syke. *Spesialpedagogikk*, nr. 6, s. 10- 17.
- Stamnes, J. & Haukø, B. (2009). Opplevd effekt av Barnas Time. En intervjustudie blant 8 foreldre/foreldrepar der en forelder har psykisk sykdom. *Spesialpedagogikk* 06/09.
- Stenbak, E., Møller, B. & Børjesson, E. (2005). *Børn og forældre i voksenpsykiatrien*. København: Socialt utviklingssenter.
- Skjerfving, A. (1996). *Barn til psykisk störda föräldrar. Sårbarhet, risker og skyddande faktorer*. Stockholm: FO enheten psykiatri, Vestre Stockholms sjukvardsområde.
- Skjerfving, A. (2005). *Att synliggjöra de osynliga barnen – om barn till psykisk sjuka föräldrar*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A. Anderson, C., Navalta, C. & Kim, D. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 27, s. 33-44.
- Therkildsen, M. E. (1998). *Vi levde i en boble... - en kvalitativ undersøgelse af voksne børn med psykisk syge forældre*. Aarhus Universitetet, Psykologisk Institut.

Vurdert av Ungsinnpanelet i møte 06.10.09. Ungsinn UIT.

Vik, K. (2001). Psykisk sykdom hos foreldre – hva med barna? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 29, s. 3437.

Wang, A., & Goldschmidt, V. (1994). Interviews of psychiatric inpatient about their family situation and young children. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90, 459–465.

Watts- English, T., Fortson, B., Gibler, N., Hooper, S., De Bellis, M. (2006) The psychobiology of maltreatment in childhood. *Journal of Social Issues*, No. 4, s. 717- 736.

Øvreeide, H. (2000). Samtaler med barn Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner. Kristiansand: Høgskoleforlaget AS.

Aamodt, L. G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn av psykisk syke foreldre*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.