

Bachelorgradsoppgave

**Barns erfaring med psykisk syke
foreldre**

**A child's experience with mentally ill
parents**

Charlotte Solem

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i

sykepleie

2013



Avdeling for
helsefag

Abstrakt

Introduksjon: 15 000 barn i Norge lever med foreldre som lider av en psykisk sykdom. Barn som lever med psykisk syke foreldre, kan endringene i livet skape stressreaksjoner. Resiliens gjør at barn kommer seg etter traumatiske opplevelser og håndterer stress på en positiv måte. **Hensikten** med studien var å belyse barns erfaring med det å leve med foreldre som lider av en psykisk lidelse. **Metode:** Det er gjennomført en allmenn litteraturstudie som baserer sine funn på tolv forskningsartikler. **Resultatene** viste at barn benyttet seg av ulike mestringsstrategier i forhold til å leve med foreldre som er psykisk syk. Barn håndterte ubehagelige situasjoner ulikt, og fikk ulike utfall i ettertid. Mangel på informasjon om foreldrenes tilstand, og mangel på stabile omsorgspersoner, økte risikoen for uheldig utfall hos barn. **Diskusjon:** Den viktigste faktoren for et menneske er å ha noen man har tillit til. Sykepleiere kan bidra til å skape trygge omgivelser til barnet. **Konklusjon:** Barn av psykisk syke foreldre er en utsatt gruppe, noe som gir økt risiko for selv å utvikle psykiske lidelser. Barns motstandsdyktighet påvirkes forskjellig. Sykepleiere kan påvirke den resiliente faktoren, ved å være til stede og kartlegge barnets ressurser.

Nøkkelord: Barn, psykiske lidelser, foreldre, barns utvikling, erfaring, resiliens.

Innholdsfortegnelse

Abstrakt	1
1.0 Introduksjon	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Teoretisk perspektiv	5
1.3 Hensikten.....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Allmenn litteraturstudie.....	7
2.2 Litteratursøk.....	7
2.3 Inklusjons og eksklusjon kriterier	7
2.3 Manuelsøk.....	8
2.4 Etske overveielser.....	9
2.5 Innholdsanalyse	9
3.0 Resultat	10
3.1 Barn benytter seg av mestringsstrategier.....	10
3.2 Barn påvirkes av foreldrenes psykiske lidelse.....	11
3.3 Barn som omsorgsgivere.....	13
3.4 Barns forståelse av foreldrenes sykdomsbildet.....	14
3.5 Barns følelsesmessige kaos mellom skam og kjærlighet.....	16
4.0 Diskusjon	19
4.1 Metodediskusjon.....	19
4.2 Resultatdiskusjon	20
4.2.1 Barn benytter seg av mestringsstrategier	20
4.2.2 Barn som omsorgsgivere.....	23
4.2.3 Barns forståelse av foreldrenes sykdomsbilde.....	25
4.2.4 Barns følelsesmessige kaos mellom skam og kjærlighet.....	28
5.0 Konklusjon	30
Litteraturliste.....	31
Vedlegg 1. Oversikt over inkluderte artikler	34

1.0 Introduksjon

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) er det ca. 15 000 barn i Norge som lever med foreldre som lider av en psykisk sykdom og som får behandling i psykisk helsevern. Familier i sin helhet er også rammet, og det anslås at omlag 130 000 familier til enhver tid må håndtere psykisk sykdom og rusproblemer innad i familien. Ut i fra flere rapporter varierer tilbudet på helsetjeneste til barn av alvorlig syke foreldre, og man ser at hjelp og støtte til dem ofte er mangelfull og tilfeldig.

Barn av psykisk syke ønsker å framstå som lykkelige og bekymringsløse ovenfor omverden. De ønsker å forhindre at andre skal oppdage foreldrenes sykdom, "ingen skal tro at noe er galt". Man kaller ofte barn av psykisk syke foreldre de usynlige barna. Det kan ofte være vanskelig for andre å oppdage dem. Barna tar også ofte på seg en omsorgsrolle, som egentlig burde ha ligget hos den voksne. De har også vanskelig for å kunne tenke og forestille seg at livet deres kunne vært annerledes (Glistrup, 2004).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De siste årene har det vært mye oppmerksomhet rundt barn som pårørende, og hvorvidt barna tas hånd om i helsevesenet. På grunn av dette er det gjort endringer i helsepersonelloven (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010).

Helsepersonelloven (§ 10a) pålegger helsepersonell å *"bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand."*

Resiliens¹ har den siste tiden fått mye oppmerksomhet, noe som vil få betydning i mange deler av helsevesenet framover. Det begrunnes med at hvert enkelt menneske har faktorer som gjør oss mer eller mindre motstandsdyktige, og det ser ut til at noen mennesker klare seg bra, til tross for de påkjenningene de treffer på i livet. (Sølvberg, 2011). Når barn lever med foreldre som lider av en psykisk sykdom, kan livene ofte få en dramatisk vending. Store endringer i livet kan skape

¹ Resiliens. Mestrings- og beskyttelsesfaktorer: "Psykologisk motstandskraft, de faktorer som har sammenheng med at man beholder en psykisk styrke og helse til tross for stress og påkjenninger. Å være resilient vil si at man er robust. Av individuelle trekk står optimisme, god selvfølelse, sosiale evner og at man er kreativ og har interesser, sentralt. Av kontekstuelle forhold står familiens ressurser, nettverk og støttende forhold i skole og nærmiljø sentralt". (Skre, 2012).

stressreaksjoner både for foreldre og barn. Fenomenet resiliens gjør at barn kommer seg etter traumatiske opplevelser og håndterer stress på en positiv måte (Masten mfl., 1990). Glistrup (2004) mener at barn av psykisk syke foreldre bør synliggjøres, og samfunnet må rette fokuset mer mot disse barna og skaffe seg bredere kunnskap om barnas eksistens.

Med en bevisst innsats, kan man forebygge at barn blir overlatt til seg selv med sine tanker og følelser. Man kan bidra med å få barn til å føle seg sett (Glistrup, 2004).

Det er utarbeidet ulike veiledere som skal hjelpe både pasienter, pårørende og helsepersonell. Hovedoppgaven til helsepersonell er å ha pasienten i fokus. Man skal følge opp skader, sykdommer og andre helserelevante problem. Hvis pasienten har mindreårige barn og omsorg for dem, vil helsetilstanden deres kunne påvirke barna for kortere eller lengre tid. Disse barna er sårbare og utsatte grupper. Helsedirektoratet har skrevet flere veiledere som skal rettlede helsepersonell. Disse omhandler blant annet endringer i helsepersonelloven § 10 og § 25 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 3-7, og hvilke hensyn som må tas. Disse veilederne skal være et verktøy for helsepersonell, slik at barn som er pårørende blir sett, og får den støtten og omsorgen de har behov for.

Når foreldre blir lagt inn på en psykiatrisk avdeling, må helsepersonell kartlegge om pasienten har barn, og hvorvidt barnet blir tatt vare på. Der det er nødvendig, skal helsepersonell fortelle pasienten om endringene i lovverket, hvorfor det er viktig at barna får informasjon og oppfølging. Om det er mulig, skal man sammen med pasienten finne ut hvilke informasjons- og oppfølgingsbehov det enkelte barnet trenger. Det er pålagt at alle avdelinger skal ha en person som er barneansvarlig, og som har hovedansvar for oppfølgingen av barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010).

Perioden mellom 2007-2010 var en satsingsperiode for barn som pårørende. Det er i hovedsak to satsningsområder i forhold til barn som pårørende. Det ene er å gi barn tidlig og langsiktig hjelp, og det andre er å styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene. I 2012 ble tiltakene vurdert, og det viste seg at samhandlingen mellom kommunene og barneansvarlig var svært begrenset (Helsedirektoratet, 2012, IS-2011).

Det er utarbeidet en veileder som skal være med på å gi god informasjon til blant annet barn som pårørende, spesielt rettet mot depresjon blant foreldrene (Helsedirektoratet, 2010, IS-1832).

1.2 Teoretisk perspektiv

Kari Martinsen er opptatt av at sykepleiere skal ha omsorg som sin grunnholdning. Hun har utviklet en omsorgsteori som beskriver at mennesker er avhengige av hverandre, og at det å få omsorg er en forutsetning for alt menneskeliv (Martinsen, 1996).

Joyce Travelbees relasjonsteori bygger på å ha et menneske-til-menneske-forhold, at alle mennesker er individer med sine særegne behov. Travelbee er opptatt av at hele familien må stå i fokus, og for å kunne opprette gode relasjoner står kommunikasjon sentralt (Travelbee, 1999).

Erik H Erikson er en av de mest kjente teoretikerne som beskriver barns utvikling. Han har satt menneskets utvikling i et livsperspektiv. De første leveårene innebærer store forandringer i et menneskets liv. Barneårene er de viktigste utviklingsmessige årene. Det er i denne perioden at det meste av grunnlaget som menneskene tar med seg videre i livet dannes. Erikson har utarbeidet ulike stadier der bestemte deler av utviklingen er i fokus.

Stadium 0 til ca. 1.5 år: Barnet utvikler grunnleggende tillit eller mistillit til sine omgivelser. I dette stadiet er mor mest sentral for barnet.

Stadium 1,5 til ca. 3 år: Begge foreldrene er viktig. Her dannes følelsen av å være normal og ha selvkontroll, eller følelsen av skyld.

Stadium 3-5 år: Barnet søker bekræftelse. I dette stadiet står hele familien sentralt.

Stadium 6-ca. 14 år: En større del av samfunnet sentralt. Dette stadiet går ut på pågangsmot eller å være underlegen.

Stadium fra ca. 14 til 20: Venner viktig for å finne sin identitet, noe som også kan skape forvirring (Håkonsen, 2010).

Man møter utfordringer i livet, og måter dem forskjellig. Connor-Smith mfl. (2000) snakker om fem mestringsstrategier man benytter seg av i møte med utfordringer i livet. De fem mestringsstrategiene er delt i frivillige og ufrivillige mestringsstrategier. De frivillige mestringsstrategiene er primære, sekundære og mentale utkoblings-strategier. De ufrivillige mestringsstrategiene er ufrivillig engasjement og ufrivillig mental utkobling. Disse fem mestringsstrategiene blir ytterligere omtalt i diskusjonskapittelet.

1.3 Hensikten

Hensikten med studien er å belyse barns erfaring med det å leve med foreldre som lider av en psykisk lidelse.

Barn av psykisk syke vil man som sykepleier møte på mange ulike arenaer, både innen psykiatri og somatikk.

2.0 Metode

En metode forteller oss noe om hvordan man skal kunne skaffe seg kunnskap om et gitt emne, og vise dens framgangsmåte. Man velger en type metode for å kunne belyse oppgavens hensikt på en faglig og interessant måte (Dalland, 2007).

2.1 Allmenn litteraturstudie

Det er i denne oppgaven gjennomført en allmenn litteraturstudie. Hensikten med en allmenn litteraturstudie kan være å beskrive kunnskapen innenfor et viss tema. En allmenn litteraturstudie kan også kalles en litteraturgjennomgang, litteraturoversikt eller en forskningsoversikt. Gjennom litteraturstudien beskriver og analyserer man de valgte artiklene som man ønsker å bruke til å besvare oppgaven (Forsberg og Wengström, 2003).

2.2 Litteratursøk

I dette studie er følgende databaser benyttet: Medline og PsycInfo. I starten ble det gjort søk i flere databaser som sykepleien, Chinal og Idunn. Det er søkt på følgende søkeord: parent child relation, mental disorder, patients, parental mental disorder, family relations, childhood development, resilience, resilience psychological, parents, experience, child, child of impaired parents. Disse søkeordene er kombinert på ulike måter som er vist i tabell 1. Det er kun de søkene som gav resultater som er gjengitt i tabellform.

2.3 Inklusjons og eksklusjon kriterier

I oppgaven er alle psykiske sykdommer inkludert, med unntak av spiseforstyrrelser og psykiske lidelser som resultat av alkoholisme og narkotikamisbruk. Det er ikke satt noen avgrensing i forhold til alderen til informantene som ble intervjuet i forskningsartiklene, men resultatet som kommer frem er relatert til opplevelsene de hadde som barn.

Tabell 1, oversikt over søkestrategier

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Søk 1 PsycInfo	Engelsk tekst og artikler fra og med år 2000	Parent child relations AND mental disorder	33	8	4	0	0

		AND patients					
Søk 2 PsycInfo	Engelsk tekst og artikler fra og med år 2000	Parental mental disorder. Her ble det krysset av på keyword.	13	12	7	4	3
Søk 3 PsycInfo	Engelsk tekst og artikler fra og med år 2000	Family relations, AND childhood development, AND parent child relations.	10	2	1	0	0
Søk 4 PsycInfo	Engelsk tekst og artikler fra og med år 2000	Resilience Psychological AND Mental Disorder AND Parents	43	16	9	5	3
Søk 5 Medline	Engelsk tekst og artikler fra og med år 2000	Experience (som nøkkelord) AND Child AND Parents AND Child of impaired parents	44	12	6	4	4

Utvalg 1: inkludert etter lest tittel

Utvalg 2: inkludert etter lest abstrakt

Utvalg 3: inkludert etter at artikkelen er lest i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for granskning og vurdering

2.3 Manuelsøk

I studien er det benyttet relevant litteratur, og i den sammenheng funnet en artikkel gjennom Haugland mfl. (2012). Databasen Medline ble benyttet for å finne artikkelen, og for å finne den aktuelle artikkelen ble det søkt på selve tittelen. Det gav ett treff; The impact of parental affective disorder on depression in offspring, av Beardslee mfl. (1993).

Det ble også gjort ett funn gjennom artikkelen; Coping and positive affect in adolescents of mothers with and without a history of depression av Jaser (2011). For å finne den aktuelle artikkelen ble det her også søkt på tittelen, og det gav ett treff; Coping with stress of parental depression: Parents reports of childrens coping and emotinal/behavioral problems, av Langrock (2002).

2.4 Ethiske overveielser

I denne oppgaven skal forskning på barn studeres. Barn defineres som en sårbar gruppe. (CIOMS, 2002.) Det må derfor tas spesielle hensyn på studier rettet mot denne gruppen.

Noen av artiklene som er tatt med i denne oppgaven, har ikke skrevet noe om at de er godkjent av en etisk komitee.

Innen medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Norge skal det være regionale etiske komiteer. Forsøk som blir gjort på mennesker gjennom forskningsprosjekter i Norge, skal legges frem for komiteen for godkjenning (Forskningsetikkloven, 2006, § 4). Det legges til grunn at denne problemstillingen også er ivaretatt i alle artikler som publiseres i anerkjente tidsskrifter og databaser.

2.5 Innholdsanalyse

Å gjøre en kvalitativ innholdsanalyse er å analysere innholdet i de aktuelle artiklene, for så å identifisere temaene blant dataene. I en kvalitativ innholdsanalyse bryter man ned dataene til mindre enheter (Polit og Beck, 2011) i denne studien kalt meningsenheter. I følge Polit og Beck (2011) sorterer og navngir man enhetene etter innholdet de representerer, og grupperer dem i kategorier.

De aktuelle artiklene som denne oppgaven baserer sine funn på, er grundig gjennomgått og gransket. Hovedfunnene er nøye vurdert og satt opp imot hverandre, for så å finne likheter og ulikheter. Hver artikkel hadde flere ulike funn. Disse ble skrevet ned og nominert med tall. For å holde et system, ble det brukt lapper som presenterte alle meningsenheter, for så å sammenligne dem og finne likheter, som da ble omgjort til subkategorier. Subkategoriene ble også grundig gjennomgått, og det ble så laget kategorier som besto av flere subkategorier som hadde flest likheter.

Tabell 2

Subkategorier	Kategorier
Et sosialt nettverk rundt barna har mye å si for deres tilpasningsevne. Barn føler seg utrygge og redde, når de ikke forstår sykdommen til foreldrene. Barn ønsker å få mer informasjon Misforstår faguttrykk Barna var ikke forberedt på de endringene sykdommen førte med seg	Barns forståelse av foreldrenes sykdomsbilde

3.0 Resultat

3.1 Barn benytter seg av mestringsstrategier

Barn benytter seg av ulike mestringsstrategier ved å vokse opp med foreldre som lider av en psykisk lidelse (Pölkki mfl., 2008).

Ungdommer benytter seg i mindre grad av primære og sekundære mestringsstrategier når mor har en depresjon. Hvis mor bare har hatt tidligere episoder med depresjon, benyttet de seg heller ikke av primære mestringsstrategier. Når primære og sekundære mestringsstrategier ble benyttet, så man en tydelig forsterket livsglede og en bedre livskvalitet hos ungdommene, og affektive problem ble redusert. Mental utkobling-strategien hadde derimot en motsatt effekt. Barn ga uttrykk for nedsatt stemningsleie, graden av livskvalitet sank og økning av affektive problem (Jaser, 2010).

Ufrivillige mestringsstrategier, både ufrivillig engasjement og mental utkobling, er relatert til dårligere tilpasningsevne. Det er også relatert til større grad av depresjon hos barna, og de får problemer med å håndtere følelsene sine. Barna begynner også å utvikle atferdsproblemer. Bruken av ufrivillige mestringsstrategier viste å gi en dårlig opplevelse for barna, når de måtte ta seg av foreldrene sine. Det førte til at barna isolerte seg i større grad, og var mindre aktive. Disse barna følte mer plikt og ansvar for å ta vare på foreldrene sine (Fraser og Pakenham, 2009, og Jaser, 2010).

Ufrivillig engasjement hadde betydelig høyere skår enn det de andre mestringsstrategiene hadde, når man så på hvordan barna forholdte seg til risikofaktorene, knyttet til det å leve med foreldre som hadde fått diagnosen depresjon. Man så en økning av symptomer av angst, depresjon og forstyrrende atferd. Hos de barna som benyttet seg av sekundære mestringsstrategier kunne man se mindre grad av angst, depresjon og atferds problematikk (Langrock mfl., 2002).

Man kan lettere forutse barnas tilpasningsevne i forhold til det å leve med foreldre som er psykisk syke, ved at man ser på familiesituasjonen og risikofaktorene² som konsekvens av sykdomssituasjonen, enn det man kan se på selve symptomene foreldrene har (Tebes mfl., 2001).

² Risikofaktorer: dårlig økonomi, lite sosialt nettverk, mye stress i familien, avbrudd i foreldre-barn forhold, begrenset foreldre oppgaver og vold i familien (Tebes mfl., 2001; Langrock mfl., 2002; Malcarne mfl., 2000; Barker mfl., 2012).

Det var ikke alle barna som klarte seg like godt i det lange løp. Noen av barna fikk selv en psykiatrisk diagnose, noen begynte å ruse seg, noen utviklet spiseforstyrrelser, og noen tok livet sitt. Flesteparten av de yngste barna så ut til å klare seg bra, til tross for alle bekymringene de tok på seg (Pölkki mfl., 2008).

Resilente barn av mentalt forstyrret foreldre, er klar over de psykiske problemene til sine foreldre, og er dermed i stand til å gjøre tankene sine om til ord og dele erfaringene sine (Pölkki mfl., 2008).

Ungdommer som benyttet seg av primære og sekundære mestringsstrategier som vokste opp med familie, der det på daglig basis var stress som følge av mor eller fars psykiske sykdom, viste å ha en bedre livskvalitet og mindre grad av symptomer på affektive problem. Når ungdommene benyttet seg av disse mestringsstrategiene, reduserte det risikoen for utviklingen av depresjoner (Jaser, 2010), og man så en positiv utvikling i forhold til at barna lettere hadde kontroll på følelsene sine. I forbindelse med bruken av primære mestringsstrategier, så man en bedre livsglede og livskvalitet i forhold til det å være omsorgsgiver til sine foreldre, og man så også en større grad av sosial intelligens hos disse barna. Blant de barna som benyttet seg av sekundære mestringsstrategier, så man også en bedre livskvalitet (Fraser og Pakenham, 2009).

3.2 Barn påvirkes av foreldrenes psykiske lidelse

Barn med en eller to foreldre med depresjon, hadde høy risiko for å utvikle internalisering og eksterialisering³ (Langrock mfl., 2002 og Malcarne mfl., 2000). Barn av deprimerede foreldre hadde høyere grad av symptomer på angst, depresjon og en forstyrrende atferd, enn det barn av friske foreldre hadde. Dette gjaldt spesielt de barna der foreldrenes lidelse verken ble oppdaget eller behandlet (Langrock mfl., 2002 og Beardslee mfl., 1993). Foreldrenes depresjon og annen form for affektive lidelser hang sammen med barnas alvorlige psykiske forstyrrelser (Beardslee mfl., 1993).

Foreldre som hadde økt symptomer i forhold til den psykiske lidelsen sin og som hadde et generelt dårlig funksjonsnivå, hang sammen med barns atferdsproblematikk. Fra de tidligste barneårene, viser det seg at de yngste jentene hadde større risiko for å utvikle atferdsproblematikk enn det guttene hadde, mens de eldre barna, uavhengig av kjønn, hadde større risiko for å utvikle en klinisk diagnose. Utviklingen av psykiske sykdommer hos barn har en klar sammenheng mellom foreldrenes forverring av sykdommen og stresset dette fører med seg innad i familien (Tebes, 2001).

³Internalisering- depressive symptom, tilbaketrekning, negative følelser. Eksterialisering- aggressiv atferd, hyperaktivitet (Compas mfl., 1991).

Alderen har mye å si for hvordan det vil gå med barnet. Det viser seg at jenter mer sannsynlig vil klare seg bedre i forhold til utviklingen av psykiske lidelser, og at deres psykiske funksjonsnivå holder seg bedre (Tebes mfl., 2001).

Risikofaktorene som følge av mors depresjon hadde ingen påvirkning på internalisering og eksternalisering, men det var likevel ingen tvil om at det hadde en negativ innvirkning på barna. Graden av depresjonen til mor viste også å ha stor sammenheng med barnets depressive symptomer og barnas velvære, og det var sammenheng mellom barns symptomer av depresjon og utviklingen av internalisering og eksternalisering (Malcarne mfl., 2000).

Risikofaktorene som følge av mors depresjon påvirket utviklingen av internalisering og eksternalisering til barna, men ikke selve symptomene på depresjonen (Barker mfl., 2012 og Tebes, 2001).

Fødselsdepresjon gir økt risiko for utviklingen av angstlidelser hos barn. Angstlidelsen har en tendens til å dukke opp tidligere enn depresjon, angsten utvikler seg allerede i 8 års alderen. Utviklingen av depresjon blant barn har ingen sammenheng med fødselsdepresjon, risikoen øker kun hvis mor får gjentatte episoder med depresjon senere i livet. Depresjon debuterer i 11 årsalderen.

Fødselsdepresjon gir økt sjans for gjentatte depressive episoder hos mor. Det er opptil tre ganger så mange ungdommer som hadde hatt mødre med fødselsdepresjon, som selv fikk diagnosen depresjon.

Det viser at disse barna har en kognitiv, emosjonell og biologisk forstyrrelse, som øker risikoen for depresjon (Hallingan mfl., 2006).

Utviklingen av atferdsproblemer til barn av psykisk syke foreldre har en forhøyet risiko (Langrock mfl., 2002). Det er en betydelig sammenheng mellom den psykiske sykdommen til foreldrene og risikoen for kriminaliteten blant ungdommene. Barn som har minst en forelder som lider av en psykisk sykdom, har dobbelt så stor sjans for å få en dom for å ha gjort en kriminell handling, som de ungdommene som hadde friske foreldre. Etter at kjønn og foreldrenes psykiske sykdom ble undersøkt og analysert, viste det seg at de barna som hadde to foreldre med en form for psykisk lidelse, spesielt personlighetsforstyrrelser og angstlidelser, hadde flest pådømte forbrytelser. Det var flere kvinner enn menn som utførte alvorlige kriminelle handlinger, selv om at det var flest menn som totalt sett hadde blitt kriminelle (Dean mfl., 2011).

Dårlige relasjoner mellom barn og forelder gir utslag på atferdsproblematikk hos barna, samt hvis foreldrene opptrer på en ubehagelig og dårlig måte fremfor dem. Hvordan foreldrene behandler barna sine, har stor betydning for hvordan ungene klarer å tilpasse seg de vanskelige forholdene. Avbrudd i foreldre-barn forholdet vil kunne skape en rekke kliniske sykdommer hos barn, og det viser seg at barnas selvtillit reduseres kraftig. Færre opplevelser som var dysfunksjonelle mellom foreldre og barn så ut til å bedre barnas funksjonsnivå, i tillegg så man høyere intelligens hos barn som ble tatt godt vare på av foreldrene sine (Tebes mfl., 2001).

3.3 Barn som omsorgsgivere

I intervjuene forteller mange av barna at de opplevde at den syke forelderens mistet sin rolle som omsorgsgiver i familien, og at dette opplevdes som utrygt. Barna erfarer at moren/faren ble svake og trakk seg inn i sin egen verden. Uavhengig av alder, måtte barna tidlig ta ansvar for den syke forelderens. De yngste barna fortalte ikke til noen om deres omsorgsrolle de hadde til sine foreldre. I de fleste tilfellene var det ikke den friske forelderens som tok seg av barna, men besteforeldrene. Den friske forelderens var ofte borte fra hjemmet, og noen skilte seg. Dette førte til at barna ble alene hjemme og måtte gjøre alle gjøremålene på egenhånd, samt ta vare på de yngre søsknene. I mange tilfeller var de bekymret over den økonomiske situasjonen i familien. Det var ikke uvanlig at barna satt igjen med en følelse av at de hadde mistet moren/faren sin, og at de satt igjen med en syk slektning. Et av barna forteller at hun følte at hun ble moren til moren sin (Pölkki mfl., 2008).

Ansvar de satt igjen med i forhold til den syke forelderens, opplevde mange av barna som svært vanskelig, til tross for den enorme kjærligheten de hadde for sine foreldre. Barna følte at det å hjelpe den syke forelderens var en plikt de hadde (Pölkki mfl., 2008). Generelt var dette vanskelig for de som var tenåringer, fordi de var klar over forelderens mangelfulle kapasitet i forhold til ansvar og aktivitetsnivå. De forteller at foreldrene ikke var i stand til å ta vare på dem og at foreldrerollen ikke var tilstede (Östman, 2008). *"My parent does not manage parenting and my parent doesn't take care of me"* (Östman, 2008, s. 356). Forelderens sykdom skapte ustabilitet i forhold til foreldrerollen, og det var vanskelig for barna å vite hvordan de skulle forholde seg til alle opp- og nedturene. Til tross for de vanskelighetene, opplevde de å ha blitt tidligere moden enn jevnaldrende (Östman, 2008). *"In comparisons with my friends who have lived in a secure environment with healthy parents with no difficulties, I have had the opportunity to mature"* (Östman, 2008, s. 356).

Barn som har et godt og stabilt nettverk rundt seg, viser seg å ha færre ubehagelige opplevelser med det å ta vare på foreldrene sine (Fraser og Pakenham, 2009).

3.4 Barns forståelse av foreldrenes sykdomsbildet

På grunn av vanskelige faguttrykk misforstår ofte barn sykdomsbildet til foreldrene. Faguttrykk forårsaker forvirring og usikkerhet knyttet til foreldrenes sykdom, og det viser seg at barn trenger å bli forklart hva de ulike begrepene betyr (Alasuutari og Järvi, 2012).

Barn opplever at det er problematisk å se sammenhengen mellom faguttrykkene og det som skjer hjemme på daglig basis. Noen forstår depresjon som en egoistisk handling. Når foreldrene drar bort over lang tid for å få behandling, tenker noen barn at dette er en av moren/farens egoistiske handling. Barna får en slik oppfatning fordi de aldri fikk forklart hendelsen på et slik språk som var forståelig for dem (Alasuutari og Järvi, 2012).

Når den psykiske sykdommen brøt ut, opplevdes det som veldig dramatisk og det forandret familielivet totalt. Barna følte ofte at de ikke var forberedt på de endringene som en slik sykdom medførte. De syntes det var vanskelig å vite om den uvanlige væremåten til den syke forelderens skyldes sykdommen, eller om de rett og slett bare var slik. Noe som ofte førte til at barna ble redd. De forteller også at den syke forelderens forandret seg totalt, og ble til en annen person. Barna fikk i denne sammenheng lite informasjon fra andre familiemedlemmer og slektninger, og de ønsket å få vite mer om tilstanden til den syke forelderens. Et barn forteller at det som opplevdes som vanskeligst, var at den syke forelderens ikke var i stand til å forklare de vrangforestillingene han/hun hadde (Pölkki mfl., 2008; Alasuutari og Järvi, 2012). Dette resulterte i at barna ble redd for situasjonen, og følte seg utrygg ovenfor den syke forelderens og den vanskelige situasjonen dette medførte (Östman, 2008, og Pölkki mfl., 2008).

Noen av foreldrene ble ondskapsfulle, fysisk voldelige og til og med redde når sykdommen eskalerte (Pölkki mfl., 2008). Barna forteller om vold som ble rettet mot dem selv, deres søsken, og i mange tilfeller direkte mot den friske forelderens (Östman, 2008). *"I am trying to avoid thinking of how scared i am"*. (Östman, 2008, s 356). *"I cannot manage to see more of my sick parent, so I run away from home"*. (Östman, 2008, s.356). Mange av de yngste barna følte seg derimot trygge i hjemmet sitt. (Pölkki mfl., 2008).

Barn som har en forståelse og kunnskap om sykdommen som foreldrene rammes av, viser å ha en bedre livskvalitet og modenhet (Fraser og Pakenham, 2009). Risikoen for utviklingen av depresjon

blant barn var mindre, hvis barn var flinkere til å uttrykke seg både kroppslig og muntlig (Malcarne mfl., 2000).

Barn, uavhengig av alder, mente at det var svært viktig å kunne snakke med noen om det som skjedde i hjemmet deres, og at dette var til stor hjelp i forhold til det stresset og ubehaget som rammet situasjonen. Barna understreket viktigheten i det å ha noen å kunne stole på. Barna hadde et stort ønske om å ha et godt og stabilt nettverk rundt seg, noe som også innebar å ha en profesjonell å snakke med, noen som var nøytral i situasjonen (Östman, 2008).

Det hadde mye å si om de hadde en frisk forelder som de kunne komme til og snakke med, eller andre slektninger som sto dem nært. Noen ganger kunne det være en nær venn som var en god samtalepartner, men stort sett følte de fleste barna at det ofte manglet noen å snakke med i hverdagen, og de følte et stort savn om å bli hørt (Östman, 2008). De barna som hadde et godt og stabilt nettverk rundt seg, hadde færre ubehagelige opplevelser med det å måtte ta ansvaret og omsorgsrollen til forelderen sine, og de opplevde mindre isolasjon. I tillegg hadde et sosialt nettverk stor betydning i forhold til tilpasningsevnen. Det sosiale nettverket hadde også mye å si for livskvaliteten til barna, utviklingen av depresjon, og utviklingen av affektive lidelser (Fraser og Pakenham, 2009).

Mange av barna følte på ensomheten når de som var rundt, verken så eller snakker med dem. Barna satt ofte igjen med følelsen av at de var alene om situasjonen og at de bare hadde seg selv å stole på. Det er hovedsakelig to faktorer som spiller inn på ensomhetsfølelsen. Den ene er at ingen tar seg tid til å snakke med barna, og at de sitter alene med tankene sine. Den andre faktoren er at den syke forelderen får all oppmerksomhet, og at det er dermed ikke er tilstrekkelig tid til barnet (Pölkki mfl., 2008 og Östman, 2008).

Noen barn som hadde vokst opp sammen med foreldre som led av en psykisk lidelse, forteller at de hadde mestret samlivet med foreldrene bra. De poengterer at livet deres hadde vært vanskelig, men de legger stor vekt på den erfaringen de hadde fått, og den indre veksten. Noen av barna forteller at de hadde en trivelig hobby som de brukte mye tid på. Flere av barna gjorde det bra på skolen, men det var perioder som ikke var like bra, og at det i disse periodene gikk ganske hardt utover skolen. Alle barna hadde god sosial støtte rundt seg. Det kunne være en søster, bror, venn, som de kunne dele opplevelsene med. Det var ofte lettere å dele problemene med familiemedlemmer, siden de lettere hadde et innblikk i situasjonen, og dermed hadde lettere for å forstå. Barna dro ofte på besøk

til andre som ikke visste noe om det som foregikk hjemme hos dem. De syntes det var godt å være i et hjem som var "normalt" (Pölkki mfl., 2008).

De eldste barna opplevde at livet deres måtte skje i forhold til den syke forelderens, som gjerne isolerte seg fra både familie og venner. Noen fikk lov til å være sosial med andre barn, og det å kunne være hjemme hos andre følte ofte som om at de slapp unna vanskelighetene som skjedde i hjemmet (Pölkki mfl., 2008). Tenåringene ønsket ofte å bli inkludert i samtaler som omhandlet situasjonen rundt sykdommen, og ønsket å bli sett på som likeverdig i forhold til de andre voksne personene som var involverte (Östman, 2008).

3.5 Barns følelsesmessige kaos mellom skam og kjærlighet

"I love my sick parent, but i wish she was another person" (Östman, 2008)

Barna erfarte varierende følelser (Pölkki mfl., 2008). Uavhengig av hvilken psykisk lidelse foreldrene hadde, uttrykte barna mye kjærlighet overfor den syke forelderens. En gjenganger var at barna ofte følte at det var deres skyld at forelderens eller foreldrene var syke. Noen av barna hadde hørt fra deres egne foreldre, både fra den friske og den syke forelderens, at mor/far ble syk da barnet ble født, noe som da førte til at barnet trodde det var deres feil. Noen hadde også fått beskjed fra den friske forelderens at de var direkte skyld i sykdommen som rammet den andre forelderens, og at det kom av den dårlige atferden til barnet. Ofte satt barna igjen med en skyldfølelse for ikke å ha hjulpet til i forhold til sykdommen som rammet mor eller far, og i tillegg hadde de skyldfølelse for ikke å ha vært snill eller bra nok (Östman, 2008).

Barna ønsket å bidra med det de kunne for å støtte og hjelpe den syke forelderens. De var i stand til å gjøre nøyaktige observasjoner og de kunne beskrive hvordan moren/faren var da sykdommen eskalerte. Passivitet beskrev de ofte som trøtthet, og de var flinke til å observere foreldrenes humør. Noen fortalte at moren deres bare var våken når hun spiste, men sov resten av dagen og natten. Barna forteller også om den gleden de følte da den syke forelderens deltok i hverdagslige gjøremål, og viste interesse for barna. I noen tilfeller hadde mor vært syk helt fra barnets fødsel. Et barn forteller at hun alltid hadde følt at mor/far alltid hadde vært annerledes enn andre barns foreldre (Pölkki mfl., 2008).

De ga ofte uttrykk for at de så på sin familie som hyggelig, koselig og snill, og at den syke forelderens var svært omtenksum ovenfor barnet (Östman, 2008).

Noen barn forteller om opplevelsen i forhold til at naboer, venner, og andre mennesker, som ser på deres familie som noe utenom det vanlige. De har en følelse av at andre dømmer dem og familien deres, siden de ikke opptrer likt som andre. Noen ganger fører det til at barna blir sinte og frustrerte på foreldrene sine, spesielt i situasjoner der den syke forelderen opptrer på en merkelig måte fremfor andre mennesker. Mange barn erfarer at mennesker generelt er redde for dem som lider av en psykisk sykdom, og at dette fører til at andre trekker seg unna deres familie (Östman,2008).
"People are afraid of persons with a mental illness" (Östman, 2008, s.357).

Barna gir uttrykk for at det er vanskelig og ubehagelig å snakke om den syke forelderen. Men når de blir spurt om sykdommen til mor eller far, kommer det tydelig fram at barna prøver så godt de kan å normalisere foreldrenes måte å opptre på. Dette påstår studien er en svært vanlig reaksjon fra barnet, og at dette er en reaksjon mange barn har. Mange forteller om hvor friske de har opplevd forelderen sin i den siste tiden, selv om de på forhånd blir forklart av en profesjonell nøyaktig hvordan den spesifikke sykdommen utarter seg, og at barna selv ser sammenhengen med det som skjer hjemme. De vil ofte reagere med å skryte av foreldrene og normalisere situasjonen (Alasuutari og Järvi, 2012).

Barna forteller om skammen og forlegenheten i forhold til det å ha forelder som psykisk syk, og problemene det førte med seg, som for eksempel den økonomiske situasjonen. Det var mye skam knyttet til det med relasjoner med jevnaledere. Barna poengterer hvor viktig det var for dem, at vennene deres ikke fikk vite hvordan situasjonen var hjemme. De hadde en følelse av at klassekameratene ikke kom til å forstå, og at det ville føre til at de ble ertet eller mobbet. Det var mange bekymringer som direkte var knyttet opp mot den økonomiske situasjonen hjemme. På grunn av den begrensede økonomien, forsto barna at de ikke kunne få dyre ting som de andre barna fikk, og at det ikke var like lett for dem å holde på med en type hobby som kostet penger. Barna så ikke nødvendigvis sammenheng mellom den økonomiske situasjonen og sykdommen som rammet mor eller far, selv om at noen barn forstår hvilke konsekvenser det kan ha når foreldrene blir syke. Det kan for eksempel føre til at foreldrene blir arbeidsledige, og barna begynner å bekymre seg over familielivet. Noen er ikke bare direkte bekymret over økonomien, men hvordan den økonomiske situasjonen vil påvirke "oss" som familie (Alasuutari og Järvi, 2012).

"There was suddenly a huge amount of emotions, deep emotions. There are no words to describe the amount of fear and guilt. We only tried to cope somehow. In practice, it meant that everybody kept their emotions inside" (Pölkki mfl., 2008, s. 158).

Foreldrenes sykdom var ofte en hemmelighet for omverden. Barna fikk ikke lov til å fortelle til noen om det som skjedde hjemme. En mor ba barna om å lyve til andre og fortelle at deres far var på en forretningsreise, når han egentlig fikk psykiatrisk hjelp. Noen av barna ble mobbet på grunn av foreldrenes sykdom, noe som førte til at barna hatet foreldrene sine. Selv om at barna forteller at de hater foreldrene sine, kommer det likevel tydelig fram i studien hvor lojale barna er i forhold til den syke forelderen sin (Pölkki mfl., 2008).

Det var et barn som ble sint på barnevernet, da barnevernet ba barnet om å flytte fra den syke moren. De yngste barna kunne ikke forklare deres følelser, men man kunne se via kroppsspråket at barna var forvirret og nervøs da de fortalte om den syke forelderen (Pölkki mfl., 2008).

Barna hadde mange bekymringer og frykt relatert til foreldrenes velvære. De mislikte når de måtte dra å besøke foreldrene på psykiatrisk sykehus (Pölkki mfl., 2008). *"It was not nice. There was a lady, who walked around muttering and babbling all the time"* (Pölkki mfl., 2008, s. 159).

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Valget av tema ble gjort i forhold til egne interesser, og fordi barn som pårørende nå er et satsningsområde i helsesektoren. Av denne grunn er temaet svært aktuelt for sykepleiere. Det er gjennomført lovendring som fokuserer nettopp på barn som pårørende.

Valgene som ble tatt i forhold til forskningsartiklene var utfordrende. Det fantes mange artikler som fokuserte på barn som pårørende, men foreldresituasjonen var ulike, også deres sykdom. Det ble forsket mest på affektive lidelser, men oppgaven handler i størst grad av om psykiske lidelser generelt.

På grunn av at det er engelskspråklige forskningsartikler, kan det ha oppstått mulig mistolkning av fagterminologien, og det kan være nyanser i forhold til oversettelsen. Det er tatt hensyn til forfatterne og forsøkt å vært tro mot deres verk.

Innholdsanalysen ble grundig gjennomgått. Metoden som ble benyttet for å finne kategorier var oversiktlig, og ga naturlig oppdeling av kategoriene.

Det er i stor grad benyttet primærkilder, noe som styrker oppgaven.

Diskusjonen har fulgt samme mønster som resultatet, men det er gjort en endring. De to første kategoriene er slått sammen til en. Her er det diskutert de resultatene som var mest sentral ut i fra sykepleieutøvelsen og de teoriene som er benyttet.

Det er i diskusjonen valgt å ha stort fokus på kommunikasjon til barn, og det å skape relasjoner med barn som pårørende. For å oppnå disse målene er det viktig med gode kunnskaper om barns utvikling, og mestringsstrategier de benytter seg av når de lever med foreldre som er psykisk syk. Dette er grunnen til at Eriksons utviklingsteori og teorier på mestringsstrategier er benyttet som et bakteppe.

Det er også valgt å ta med Travelbee sin kommunikasjonsteori og relasjonsteori.

Kari Martinsen sin omsorgsteori er også tatt med, for å belyse viktigheten av å skape gode relasjoner med barn, og møte barn på deres nivå.

Det er i oppgaven ikke valgt å avgrense til en spesifikk aldersgruppe. Det har sine fordeler med at man får et bredere spekter på erfaringene barna har, og de som er voksne kan ofte ha et annet perspektiv på situasjonen som de har opplevd, enn det små barn kan ha. Det som kan være negativt er at man ikke får spesifikk forskning på en bestemt aldersgruppe. Men som sykepleier vil man møte søskenflokker, der det er flere barn med ulike aldre. Da vil det være nødvendig å ha tilstrekkelig kunnskap om alle aldre, og ikke en spesifikk aldersgruppe.

Det er tatt et bevisst valg å ikke ha avgrense forskningen til en bestemt kontekst hvor sykepleiere møter barn av psykisk syke. Det er fordi, sykepleiere er på mange ulike arenaer, og vil treffe barn av psykisk syke foreldre i ulike sammenhenger. Derfor vil jeg med denne oppgaven belyse viktigheten for sykepleiere å ha kunnskap om barn av psykisk syke foreldre.

4.2 Resultatdiskusjon

Hensikten i denne studien er å belyse barns erfaring med det å leve med foreldre som lider av en psykisk lidelse.

Det er fem kategorier som resultatene fokuserer på, som også er utgangspunktet for diskusjonen, men to av kategoriene er slått sammen. Disse kategoriene skal diskuteres oppimot lovverk, retningslinjer og veiledere for helsepersonell. Travelbee sin relasjonsteori og Martinsen sin omsorgsteori, og relevant litteratur er også brukt til å belyse temaet.

4.2.1 Barn benytter seg av mestringsstrategier

Forskning viser at ungdommer benytter seg av ulike mestringsstrategier når de møter utfordringer i livet. I følge Erikson innebærer de første leveårene store forandringer i et menneskes liv. Han hevder at utviklingen i livet er knyttet til sentrale fenomener som tillit, identitet, seksualitet og familie. Hvis barnet møter omgivelser som er ustabile og som stort sett ikke møter barnets behov for nærhet eller omsorg, vil det ikke kunne lære å forutsi hvordan omgivelsene vil respondere (Håkonsen, 2010).

Barns liv kan få en dramatisk vending når foreldrene blir alvorlig syk, noe som kan føre til stressreaksjoner hos barn (Masten mfl., 1990). Erikson hevder at mennesker som utvikler en sterk grad av mistillit i løpet av det første leveåret, vil senere kunne ha vansker med å knytte nære sosiale relasjoner til andre (Håkonsen, 2010). For at sykepleiere skal kunne sette i gang riktige tiltak til barn av psykisk syke foreldre, vil det være nødvendig med kunnskap om barnets utvikling. Håkonsen

(2010) mener at alle som arbeider med barn, bør ha grunnleggende kunnskaper om barns utviklingsprosesser.

Forskning viser at depresjon kan påvirke barn til å benytte seg av ufrivillige mestringsstrategiene. Noen barn blir mer påvirket av risikofaktorene som er en følge av foreldrenes psykiske helse, enn selve symptomene på sykdommen. Barn kan også utvikle atferdsproblemer, ved at de utagerer eller trekker seg tilbake og blir innesluttet.

Connor-Smith mfl. (2000) mener at ufrivillige mestringsstrategier har som hensikt å bevisst distansere seg fra det aktuelle problemet. Det viser seg gjennom forskningen at disse mestringsstrategiene gir dårligere livskvalitet for barn.

Barn som gir uttrykk for at de er bekymret eller virker trist og lei seg, har ikke nødvendigvis behov for behandling. Dette gjelder bare hvis reaksjonene går drastisk utover deres normale funksjon. Sykepleiere må kartlegge barna i slike situasjoner, om barna føler at de bli tatt vare på og om de klarer å forholde seg til andre mennesker. Ofte kan man ut i fra barnehage, skole, fritidsaktiviteter og lignende, se hvordan barn fungerer, og om de har behov for spesiell oppfølging. Hvis det konkluderes med at barn trenger oppfølging, vil det være nødvendig med kartlegging for å få en god innsikt i hvilke konsekvenser sykdomssituasjonen har for barnets hverdagsliv. Normaliser følelsesmessige reaksjoner på vanskelige opplevelser (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010).

Barn som reagerer med å trekke seg tilbake vil kunne redusert mestringsfølelse. Det vil kunne skape ytterligere avstand mellom foreldre og barn. Utagering gir ingen løsning på et problem. Barn kan reagere med utagering når de ikke vet hva de skal gjøre i gitte situasjoner (Håkonsen, 2010)

De mest betydningsfulle faktorene for menneskets utvikling er de indre faktorene, som arvemessige og biologiske faktorene, og de ytre faktorene som omgivelser, miljø og andre mennesker (Håkonsen, 2010). Erikson mener også at hvert enkelt barns utvikling henger sammen med de nære omgivelsene, med samfunnet og med den kulturelle konteksten. Et viktig grunnlag for utviklingen er stabilitet i det nære nettverket. Det vil ha stor betydning for om familien er intakt eller ikke (Håkonsen, 2010). Sykepleiere har som oppgave å forhindre at barnet utvikler løsningsstrategier som er u hensiktsmessige, i forhold til alder og egen utvikling (Helsepersonelloven, 2010, IS-5/2010). Travelbee hevder at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Den profesjonelle sykepleieren skal hjelpe personen, familien eller et samfunn, med mål om å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og et håp om å finne en mening med disse erfaringene (Kristoffersen mfl., 2008).

Travelbee (1999) er opptatt av at pårørende trenger hjelp til å finne mening med livet, som i dette tilfellet gjelder barn.

Psykisk sykdom hos foreldrene er en betydelig risikofaktor med hensyn til psykiatrisk lidelse hos barn, i denne sammenheng vil det være nødvendig at behandlingsapparatet har gode rutiner for å ivareta barn som pårørende (Engelstad og Engedal, 2010).

Som sykepleier vil det være nødvendig i kartleggingen å få en oversikt over beskyttelsesfaktorene og risikofaktorene rundt barnet, og hvordan barnet på best mulig måte kan hjelpes inn i en god utviklingsprosess, på tross av foreldrenes situasjon. Barnet må selv få mulighet til å fortelle om opplevelsene rundt det å ha en syk forelder. Hvis det vurderes at barnet står i fare for å utvikle, eller allerede utviklet symptomer, har barnet rett på helsehjelp. Det kan oppstå utfordringer i form av at foreldre, eller andre som har omsorgsansvar, samtykker i helsehjelp til barnet (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010).

Med en bevisst innsats, kan man forebygge at barn blir overlatt til seg selv med sine tanker og følelser (Glistrup, 2004). Barn som opplever kronisk motgang klarer seg bedre eller kommer seg bedre når de har et positivt og godt forhold til en stabil voksenperson. Disse barna har lettere for å lære, løse problemer og engasjere seg i andre mennesker (Masten mfl., 1990).

Mellommenneskelige forhold er viktig for å ivareta barnets behov, og for å hjelpe barnet til å finne en mening med erfaringene. Som sykepleier er det viktig å ha enkeltindivid i fokus. Sykepleiere kan på en terapeutisk måte tilnærme seg barnet for å bidra til å motvirke plager og indre kaos. Da må man tilegne seg dyp innsikt i det å være et menneske, for å kunne ha en viss forståelse av det barnet går igjennom (Travelbee, 1999).

Resultatene i denne studien viser at resiliente barn av mentalt forstyrret foreldre er klar over de psykiske problemene til sine foreldre, og er dermed i stand til å gjøre tankene sine om til ord og dele erfaringene sine. Disse barna viser seg å benytte seg av primære og sekundære mestringsstrategier, som tydelig viste å gi barna en bedre livskvalitet. De frivillige mestringsstrategiene gjør at barn lettere uttrykker seg følelsesmessig og gir en mer følelsesmessig stabilitet. De vet at problemet ikke kan endres, men de har evnen til å akseptere situasjonen, og gjøre det beste ut av det (Connor-smith mfl., 2000).

Travelbee (1999) poengterer at mennesker er absolutt unike på hver sin måte. Barn behandles ulikt både fra miljøet rundt og ikke minst foreldrene sine, og hvert barn reagerer ulikt på de opplevelsene de erfarer. I følge Skre (2012) er det å være resilient, det samme som å være robust. Til tross for all motgang, klarer noen barn å komme styrket ut av det. Disse barna viser å ha en god sosial evne, og møter verden med optimisme.

Det er to sentrale faktorer som spiller stor rolle for å kunne takle motgang. Den indre faktoren gjør at man naturlig klarer å se det positive og har sosiale evner. Den andre er de ytre faktorene, og her ser man at ressurser innad i familien eller andre støtteapparat som gir barn trygghet, bidrar til mer robuste barn (Skre, 2012). Det kan være naturlig å anta at sykepleiere kunne ha økt kompetansen sin når det kommer til resiliens i forhold til barn som pårørende.

Sølvberg (2011) referer til Rutter (1985) som mener at mange barn klarer seg bra, og at det slettes ikke er alle som får noen form for psykisk lidelse. Det å ha evnen til å kunne se det positive i livet og finne mening med det som skjer, har stor betydning for hvordan man mestrer livets belastninger. Han konkluderer med at hvorvidt barn av psykisk syke selv kommer til å utvikle psykiske lidelser, har med barnets indre faktorer å gjøre, og om barnet har andre omsorgsgivere rundt seg. Det vil også være naturlig å anta at tidlig behandling av foreldre vil kunne bidra til å motvirke uheldige utfall hos barn.

Som nevnt tidligere, er det viktig for sykepleiere å kartlegge barn av psykisk syke foreldre. Det er ikke alle barn som trenger mye oppfølging. Men uavhengig av hvordan barnet opptrer, kan det likevel være nødvendig med tilrettelegging i hverdagen. Barn har rett på å ha en trygg og god hverdag, som både gjelder hjemmet, barnehage, skole og nærmiljøet (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010).

Travelbee mener at det ha et ønske om å hjelpe barn ikke er tilstrekkelig, men for å faktisk hjelpe dem, er det nødvendig med tilstrekkelig kunnskap om hvordan man gjør det i praksis (Eide og Eide, 2010).

Mennesker ser ut til å klare seg bra til tross for de påkjenningene de treffer på i livet (Sølvberg, 2011) og man ser det spesielt oppimot de første leveårene i følge Erikson (Håkonsen, 2010).

4.2.2 Barn som omsorgsgivere

Når mor eller far blir psykisk syk, viser forskningen at barn ofte sitter igjen med omsorgsrollen. Barna føler at det er deres ansvar å ta vare på dem selv og familien.

I utgangspunktet har foreldrene ansvar for sine barn. Når dette ser ut til å mislykkes, må helsepersonell ta ansvaret for barnet (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010). Martinsen hevder at mennesker er avhengige av hverandre, og mener at det å gi omsorg til hverandre er forutsetningen for alt menneskeliv. Sykepleiere bør benytte seg av omsorg som sin grunnholdning og en generell tilnæringsmåte (Kristoffersen mfl., 2008). Helsepersonell er også pliktig til å hjelpe foreldrene, ved å gi råd og veiledning, slik at de kan ta vare på barna sine (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010).

Veiledning til foreldre vil ha som hensikt å styrke forholdet mellom forelder og barn. Som sykepleier må en fokusere på de positive egenskapene foreldrene har, og styrke dem (Tveiten, 2009). Det vil være nødvendig for å hindre at barn tar på seg voksenrollen. Sykepleiere kan også hjelpe barnet å finne andre som kan påta seg omsorgen til foreldrene, slik at barna kan fortsette å være barn og fri dem fra det ansvaret som tynger dem. Her kan man kartlegge barna i forhold til hvilket nettverk dem har, og om det er noen som kan ta over omsorgsrollen (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010). Forskning viser at barn som har et stabilt nettverk rundt dem, opplever mindre ubehag ved det å ta ansvar for foreldrene sine. Sykepleiere bør gi omsorg til barn ved å la dem få være barn så lenge som det er mulig.

Forskningen viser også at noen av barna så på tiden med sin syke foreldre som lærerik, og at de selv følte å bli mer modne enn det jevnaldrende barn ble. Barn som fungerer som omsorgspersoner, kan ofte få positive tilbakemeldinger fra andre, noe som ofte gir dem god selvfølelse der og da. Det å få et slikt ansvar i barneårene, gir økt risiko for utviklingen av psykiske lidelser hos barna (Engelstad og Engedal, 2010).

Glistrup (2004) snakker også om "De små voksne" som tar på seg voksenrollen til foreldrene. Disse barna utvikler evnen til å se hva som må gjøres for å ta vare på foreldrene og søsknene. De vet hva foreldrene trenger, og hvilke oppgaver som er nødvendig å utføre. Denne utviklingen virker negativ for deres egne behov, og barna begynner å sette seg selv til side. De mister etter hvert synet på sin egen verdi.

Tenåringene syntes spesielt det var vanskelig med mor eller fars sykdom. De var mer klar over foreldrenes mangelfulle kapasitet i forhold til ansvar og aktivitetsnivå. Engelstad og Engedal (2010) mener at de eldste barna i en familie, ofte fungerer som "den voksne" i forhold til den syke forelder. De mener at det å belaste barn med et slikt ansvar, vil gi økt risiko for at barnet selv utvikler psykiske lidelser på et senere tidspunkt. I følge helsedirektoratet (2010, IS-5/2010), vil det

være behov for å gi barnet forståelse av hvorfor ting har skjedd og relassere ansvar. Gi anerkjennelse og bekreftelse på barnets anstrengelser i forhold til at de forsøker å hjelpe familien.

Gjennom forskning ser man at barn har et enormt stort hjerte for sine foreldre, og de elsker dem ubetinget. Det vil i denne sammenheng være vanskelig å forvente at barn skal unndra seg ansvaret som blir pålagt dem. Sykepleiere må i slike situasjoner bidra med å mobilisere et voksent hjelpeapparat. Det vil kunne innebære hjemmesykepleie, eller kommunal psykiatrisk sykepleier, som støtte for foreldrene. (Eneglstad og Engedal, 2010).

Helsedirektoratet (2012) viser til økt satsing til barn som pårørende, som regjeringen startet i 2007, der man skal gi barn av psykisk syke foreldre tidlig og langsiktig hjelp, og øke kompetansen i tjenestene. Det er lite samhandling mellom barneansvarlig i spesialisthelsetjenesten og kommunene, noe som medfører at barna ikke får benyttet seg av de tilbudene finnes. Dette gjelder blant annet gruppetilbud for barn. Mangelfull samhandling mellom barneansvarlig, behandler og kommunen fører til at man ikke klarer å nå de målene som er ønskelig. Det blir ofte sett på som barnevernets sin oppgave å ivareta barn som påtar seg omsorgsrollen til foreldrene sine. Dette samsvarer ikke med Helsedirektoratet (2007), som viser til at barn kan få praktisk bistand i hjemmet gjennom hjemmebaserte tjenester. Disse barna får i praksis lite oppfølging og avlasting hjemme (Helsedirektoratet, 2012, IS-2011).

4.2.3 Barns forståelse av foreldrenes sykdomsbilde

Forskning viser at barn har behov for informasjon når foreldrene lider av en psykisk lidelse. Det viser seg at barn som har forståelse og kunnskap om foreldrenes sykdom, har en bedre livskvalitet og utvikler en større grad av modenhet.

I følge helsedirektoratet (2010, IS-5/2010) skal terskelen være lav for at helsepersonell skal igangsette undersøkelser i forhold til hvilke behov barn har for informasjon og oppfølging. Det står skrevet i helsepersonelloven § 10a, at sykepleiere har en plikt til å ivareta barn som pårørende.

Barn i forskjellig alder har ulike behov for informasjon og det å bli inkludert i samtaler, når samtalen omhandler mor eller far sin sykdom. Helsepersonell har et ansvar for at den informasjonen som gis er innenfor taushetspliktens rammer, og at informasjonen tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring, kultur og språkbakgrunn. Informasjonen som gis skal være i et nært samarbeid med foreldrene, og helst av foreldrene selv, eller en annen omsorgsgiver

som står barnet nært (Helsepersonelloven, 2010, IS-5/2010). Glistrup (2004) mener at helsepersonell bør styrke den forebyggende innsatsen i et tett samarbeid med foreldrene.

Målet med å gi informasjon til barnet, vil da være å oppnå at barnet mestrer sin egen livssituasjon bedre. Informasjonen skal bidra til at barnet får en forståelse av hva som skjer med den syke forelder, familien og seg selv. Gode samtaler med barn vil kunne bidra til en positiv utvikling, og hindre videre belastning og problemutvikling. Hvis informasjonen blir gitt på et nivå som treffer barnet, vil det kunne bidra til å dempe unødig angst og bekymring (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010).

For at barnet skal åpne seg, vil det være nødvendig å oppnå barnets tillit. Man må tilpasse seg barnet, i form av å respektere både dets langsomhet og dets hurtige skiftninger (Eide og Eide, 2010). Travelbee hevder at sykepleierens viktigste redskap er kommunikasjon. Kommunikasjon er nødvendig for å etablere et ekte menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen mfl., 2008). For å oppnå en god kommunikasjon med barnet og gi omsorg, vil det være nødvendig å etablere en god relasjon med et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999).

Ord og språk har ikke nødvendigvis samme mening og betydning for barn som for voksne (Eide og Eide, 2010). Forskning viser at barn lett misforstår betydningen av faguttrykk i forbindelse av foreldrenes sykdomsbilde, og har vanskelig for å sette ordene i sammenheng med barnets opplevelse av situasjonen. Da kan det ofte være nødvendig å benytte seg av ulike hjelpemidler som kan hjelpe barnet til å uttrykke seg selv og sine følelser på en måte som er naturlig for den aldersfasen de er i (Eide og Eide, 2010). Barnesamtalen skal være på barnets premisser mener helsedirektoratet (2010, IS-5/2010), samtalerommet bør tilrettelegges for barn ut ifra deres alder. For eksempel kan det være tegnesaker og leker tilgjengelig. I følge Eide og Eide (2010) er det vesentlig å la barnet gjøre noe det naturlig er interessert i. På denne måten kan man lettere skape kontakt med barnet.

Barn som har et godt forhold til en stabil voksenperson, ser ut til å ha en positiv utvikling (Masten mfl., 1990). Resultatene viser at barn i alle aldre, som hadde psykisk syke foreldre, hadde et sterkt ønske om å ha noen de kunne stole på, gjennom å ha et godt og stabilt nettverk. Barna har også et ønske om ha en god relasjon til en profesjonell som holder seg nøytral i den vanskelige situasjonen. Sølvberg (2011) refererer til Rutter (1985) som mener at den viktigste faktoren for et menneske er å ha noen man har tillit til og som ser hvordan man har det. Han beskriver at måten man formidler trygghet på, er med på å skape mestring til dem som trenger det Travelbee (1999) hevder at sykepleiere må skape god relasjon mellom seg selv og dem man ønsker å hjelpe. Sykepleiere som

viser interesse for andre mennesker, oppnår et bedre resultat og hun mener det er viktig å sette seg inn i vedkommens situasjon, og ha et sterkt ønske om å vise omsorg.

I følge forskningen føler barn ofte på ensomheten. De har følelsen av at ingen ser dem. Foreldre som lider av alvorlig depresjon, kan ha problemer med å tilnærme seg barna sine på den mest ønskelige måten. Foreldrene kan ofte trekke seg tilbake, være irritabel og negativ (Helsedirektoratet, 2010, IS-1832). Glistrup (2004) snakker om de "usynlige barna", som ofte har foreldre som er psykisk syk. Disse barna fremstiller seg selv som ubekymret, og unngår situasjoner der de stikker seg ut på noen måte. Det kan være vanskelig å oppdage dem, så derfor vil økt kunnskap til sykepleiere bidra til å oppdage de usynlige barna tidligere.

Spesialisthelsetjenesten er pålagt etter § 3-7a i spesialisthelsetjenesteloven å ansette en barneansvarlig. Det er for å sikre rettsstilling for barn som har alvorlig syke foreldre. Helsepersonell skal ut i fra taushetsplikten gi informasjon til dem som har omsorg for barnet (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010).

Til tross for at forskningen viser at barn har behov for å få informasjon om situasjonen til foreldrene, er det pga. taushetsplikten ikke lov av helsepersonell å gi pårørende informasjon hvis pasient ikke samtykker (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010). Det kan tenkes at dette vil kunne være en utfordring for sykepleiere, i forhold til etisk dilemma når det gjelder omsorg til barnet i form av informasjon. I følge Eide og Eide (2010) kan man komme i situasjoner der det er flere hensyn som må ivaretas samtidig. Man kan møte på flere etiske dilemmaer der løsningene ikke er optimale i forhold til det man ønsker, men akseptable.

Informasjon som barnet har rett til, uavhengig av samtykke til foreldrene, er tiltak som helsetjenesten har planlagt og som har som hensikt å ta vare på barnet selv. Det er viktig at barnet ikke settes i en lojalkonflikt til sine omsorgspersoner, og for å hindre at det skal skje, bør helsepersonell ha en generell regel om at barn aldri gis mer informasjon enn det omsorgspersonen har (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010). Barns alder er en viktig faktor for hvordan både små barn og ungdommer oppfatter og forstår det som blir sagt og det som skjer rundt dem. Aldersfasene er noe helsepersonell på ta hensyn til, når man bruker ord, begreper og nonverbal kommunikasjon i kontakt med barn (Eide og Eide, 2010).

Barn opplever ofte å føle seg utrygge når foreldrene blir psykisk syk. De opplever at foreldrene opptrer ubehagelig og er uforutsigbare, og i noen tilfeller reagerer foreldrene med vold. Dette er

faktorer som skaper mye frykt blant barn. Det vil være nødvendig for sykepleiere som møter disse barna å oppklare de vanskelige opplevelsene som er knyttet til foreldrenes tilstand. Det vil være behov for å gi barnet forståelse av hvorfor ting har skjedd, og unngå at barna klandrer seg selv (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010). I situasjoner der man mistenker vold eller alvorlig omsorgssvikt, er helsepersonell pliktig til å gi opplysninger som ellers er underlagt taushetsplikt. I slike situasjoner foreligger det meldeplikt. Barnevernloven § 6-4 andre og tredje ledd inneholder sentrale bestemmelser om meldeplikt. Bestemmelsen gir offentlig helsepersonell opplysningsplikt, uavhengig av taushetsplikten, når barn utsettes for alvorlig omsorgssvikt, i form av alvorlig mangel på personlig kontakt og trygghet som barnet behøver (Justis- og beredskapsdepartementet, 2003).

Travelbee (1999) mener at i møte med mennesker må man ha med seg at alle er ulike, og at hvert individ har behov for å bli møtt på sin måte. Som sykepleier vil det være nødvendig å være bevisst på hvordan man møter barn som pårørende på grunn av deres ulikheter.

4.2.4 Barns følelsesmessige kaos mellom skam og kjærlighet

”I love my sick parent, but i wish she was another person”.

I følge forskningen satt ofte barna igjen med den følelsen av at det var deres skyld at mor eller far led av en psykisk lidelse. I noen av tilfellene fikk barna direkte skyld for sykdommen som rammet familien.

Erikson viser til at forståelsen av hva som er rett og galt utvikles tidlig i barneårene. Når samvittigheten til barnet utvikles, får barnet også muligheten til å føle skyldfølelse, som er nært knyttet opp mot foreldrenes reaksjoner. Barnet kan lett føle skyld for sine tanker og handlinger (Håkonsen, 2010). Som sykepleier vil det være nødvendig å forklare disse barna hvordan sykdommen til foreldrene fungerer, og gi dem den informasjonen dem trenger. Det vil være nødvendig å forklare barn hvorfor de reagerer som de gjør oppimot foreldrenes tilstand, og normalisere reaksjonene deres (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010).

Forskningen viser at barn av psykisk syke foreldre ofte vil framstå som lykkelig og ubekymret. De vil framstille foreldrene som ”perfekte”. Barn opplever ofte at andre mennesker er redde for deres foreldre, dette ønsker de å forhindre. Barn som har foreldre med en psykisk lidelse, kaller vi ofte for de usynlige barna. De ønsker å framstå som lykkelig og ubekymret, og de ser helst at foreldrenes mangel på overskudd ikke oppfattes av omverden. Det er viktig å få barna selv til å føle at de blir sett,

forteller Glistrup (2004). Martinsen (2005) snakker om omsorgen sykepleiere må bruke for å skape tillit. Hun snakker også om avhengigheten mennesker har til hverandre, og at det er gjennom avhengigheten mennesker utvikler sin selvstendighet.

Glistrup (2004) tror at klassekamerater vil ha vanskelig med å forstå det som skjer hjemme. Hun tror ikke at undervisning med barns erfaringer til andre barn vil ha noen nytte for å unngå ensomheten barn av psykisk syke foreldre ofte føler.

Det er i denne sammenheng nødvendig at helsepersonell som møter disse barna, gir informasjon, nettopp for å motvirke uheldige utfall hos barn. Informasjonen vil blant annet innebære å normalisere reaksjonene barna har i forbindelse med foreldrenes sykdom. Som sykepleier bør man gi barnet bekreftelse på at hendelser og opplevelser kan ha vært vanskelig for barnet (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010). Travelbee (1999) mener at sykepleiere har som mål å hjelpe enkeltindivider til å mestre lidelse, og om nødvendig finne en mening i møte med erfaringene. Det kan være nødvendig for sykepleiere å prøve å sette seg inn i barnets situasjon, for sammen å finne en mening med de ubehagelige erfaringene barnet har opplevd.

Travelbee (1999) snakker om at sykepleiere må bruke seg terapeutisk. Hun mener at som sykepleier må man bruke fornuften og intelligensen i møte med mennesker, og som i dette tilfellet barn som pårørende. Hvis man benytter seg av begge aspektene vil man gi en best mulig omsorg.

Studiene viser at barn ofte skammer seg over familiens situasjon og føler at psykiske lidelser er tabubelagt. Sykepleiere må hjelpe til med å bryte tabuer og bearbeide opplevelser av skam (Helsedirektoratet, 2010, IS-5/2010). Glistrup (2004) mener at det ikke er tilstrekkelig at et tabubelagt tema bare tas opp med en "fremmed". Det vil være nødvendig at tabuet brytes sammen med dem som er bundet av det. Som sykepleier vil det å snakke med foreldrene om det tabubelagte temaet være gunstig for å finne ut av de positive og negative aspektene om temaet.

5.0 Konklusjon

Hensikten med studien er å belyse barns erfaring med det å leve med foreldre som lider av en psykisk lidelse.

Det viser seg at barn av psykisk syke er en utsatt gruppe, og de har økt risiko for selv å utvikle psykiske lidelser. Barn har vanskelig med å forstå sykdomsbilde til foreldrene på grunn av mangel på informasjon. De reagerer og påvirkes ulikt, og de benytter seg av ulike mestringsstrategier i møte med vanskelige situasjoner. Resiliens gjør at barn klarer seg bedre til tross for de påkjenningene de møter. Graden av resiliens påvirkes i hovedsak av to faktorer, den indre og den ytre faktoren. Den indre faktoren er barnet i stor grad født med, men de ytre faktorene påvirkes av om hvorvidt barnet har en stabil og trygg voksenperson som de kan føle seg trygg på. Som sykepleier kan man bidra med å være den profesjonelle omsorgspersonen som hjelper barnet til å takle vanskelige situasjoner.

Når barn tar på seg omsorgsrollen til foreldrene viser det seg å ha ugunstig påvirkning på barnet. Barnet føler skyld og skam, og føler et enormt ansvar for foreldrene. De har mye kjærlighet for foreldrene og ønsker å beskytte dem. I slike situasjoner vil det være naturlig å tenke at sykepleiere kan bidra til å hindre at barn får et slikt ansvar for foreldrene. Ett tiltak kan være å sette inn ressurser i hjemmet, og man kan også tenke seg at tidlig behandling av foreldrene vil kunne bidra til å hindre en negativ utvikling for barnet. Barnet må få tilstrekkelig informasjon i forhold til dets reaksjoner og følelser.

Sykepleiere kan være med på å påvirke den resiliente faktoren, ved å være til stede og kartlegge barnets ressurser. Men for å kunne gjøre dette, bør sykepleierne ha tilstrekkelig kunnskap om barns utvikling, og ha kunnskaper om dets mestringsstrategier. Det er viktig for sykepleiere å ha kunnskap om barns utvikling for å kunne møte barn i alle aldre, og ha kunnskap om hvordan de vil reagere på informasjon som gis.

Sykepleiere er nå pålagt å følge opp barn av alvorlig syke foreldre. Man kan tenke seg at økt fokus på kunnskap innenfor sykepleieutdanningen vil kunne bidra til en positiv utvikling for barn av psykisk syke foreldre. Man vil på denne måten oppdage dem tidligere, og redusere psykiske lidelser i samfunnet.

Barn kan føle seg utrygge, spesielt når de ikke forstår hva som skjer med foreldrene. Derfor er det viktig at sykepleiere tar situasjonen på alvor, og har kunnskaper om hva som må gjøres. Herunder hvordan man kommuniserer med barn, hvilken informasjon de trenger og hvordan den bør gis.

Litteraturliste

- Alasuutari M, Jarvi A (2012) "My dad got depression, or something": How do children talk about parental mental disorder: *Qualitative Research in Psychology*. Vol.9(2), s. 134-150
- Barker E D, Copeland W, Maughan B, Jaffee S R, Uher R (2012) Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology: *The British Journal of Psychiatry*. Vol.200(2), s. 124-129.
- Beardslee W R, Keller M B, Lavori P W, Staley J og Sacks N (1993) The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a nonreferred sample: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol.32(4), s. 723-730.
- CIOMS [Council for International Organizations of Medical Sciences] (2002) *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*.
<http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf> [lastet ned 19.04.2013]
- Connor-Smith J K, Compas B E, Wadsworth M E, Thomasen A H og Saltzman H (2000) Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.68(6) s.976-992
- Dalland O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4 utg., Oslo, Gyldendal Akademisk
- Dean K, Mortensen P B, Stevens H, Murray R M, Walsh E, Agerbo E (2012) Criminal conviction among offspring with parental history of mental disorder: *Psychological Medicine*. Vol.42(3), s. 571-581.
- Eide H og Eide T (2010) *Kommunikasjon i relasjoner*, 2 utg., Oslo, Gyldendal Akademisk
- Engelstad J S og Engedal K (2010) *Psykiatri*, 3 utg., Trondheim, Akribe Forlag
- Forsberg C og Wengström Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*, Stockholm, natur och kultur
- Forskningsetikkløven (2006) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. 30.06.2006 nr 56. § 4. < <http://www.lovdatab.no/all/hl-20060630-056.html> > [Lastet ned 02.05.2013]
- Fraser E og Pakenham K I (2009) Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving: *Psychology, Health & Medicine*. Vol.14(5), s. 573-584.
- Glistrup K (2004) *Det barn ikke vet... har de vondt av*, Oslo, Gamlebyen Grafisk AS
- Halligan S L, Murray L, Martins C, Cooper P J (2007) Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study: *Journal of Affective Disorders*. Vol.97(1-3), s. 145-154.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Barn som pårørende*,
<<http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/tema-og-redaksjonelt-innhold/temasider/2008/barn-som-parorende.html?id=506766> > [Lastet ned 03.04.2013]
- Helsedirektoratet (2010) IS-5/2010, Barn som pårørende i: *Mor/far er syk*,
<<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Sider/default.aspx>>
[Lastet ned 22.04.2013]
- Helsedirektoratet (2010) IS-1832, Deprimerte foreldre og barnas situasjon i: *Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon*,
<<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiviser-i-mote-med-helsepersonell---informasjon-til-brukere-og-parorende-om-anbefalt-behandling-av-depresjon/Sider/default.aspx>> [Lastet ned 24.04.2013]
- Helsedirektoratet (2012) IS-2011, *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende*, <<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/oversikt-over-helse-og-omsorgsdepartementets-satsing-for-barn-som-parorende/Publikasjoner/IS-2011.pdf> >
[Lastet ned 26.04.2013]
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. 02.07.1999 nr 64. §10a. <
<http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19990702-064.html> > [Lastet ned 18.04.2013]
- Håkonsen K M (2010) *Innføring i psykologi*, 4 utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jaser S S, Champion J E, Dharamsi K R, Riesing M M, Compas B E (2011) Coping and positive affect in adolescents of mothers with and without a history of depression: *Journal of Child and Family Studies*. Vol.20(3), s. 353-360.
- Justis- og beredskapsdepartementet (2003) *Retten til et liv uten vold i: Regjeringen*,
<<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2003/nou-2003-31/12/7/5.html?id=373020>> [lastet ned 08.05.2013]
- Tebes J K, Kaufman J S, Adnopoz J, Racusin G (2001) Resilience and family psychosocial processes among children of parents with serious mental disorders: *Journal of Child and Family Studies*. Vol.10(1), s. 115-136.
- Kristoffersen N J (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie i: Kristoffersen N J, Nortvedt F, Skaug E A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, Bind 4, 1 utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Langrock A M, Compas B E, Keller G, Merchant M J, Copeland M E (2002) Coping with the stress of parental depression: Parents' reports of children's coping, emotional, and behavioral problems: *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Vol.31(3), s. 312-324.
- Malcarne V, Hamilton N A, Ingram R E, Taylor L (2000) Correlates of distress in children at risk for affective disorder: Exploring predictors in the offspring of depressed and nondepressed mothers: *Journal of Affective Disorders*. Vol.59(3), s. 243-251.

- Martinsen K (1996) Fenomenologi og omsorg, Otta, Engers Boktrykkeri AS
- Martinsen K (2005) Samtalen, skjønnheten og evidensen, 1 utg., Oslo, Akribe AS
- Masten A S, Best K M og Garmezy N (1990) Resilience and Development: Contributions from the study of children who overcome adversity: *Development and Psychopathology*, 2, s. 425-444.
- Polit DF og Beck CT (2011) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Ninth edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Pölkki P, Ervast S A, Huupponen M (2004) Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent: *Social Work in Health Care*. Vol.39(1-2), s. 151-163.
- Skre Ingunn B, (2012) Resiliens i: Det store norske leksikon <<http://snl.no/resiliens>> [Lastet ned 04.04.2013]
- Sølvberg H A (2011) Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende, 1 utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Travelbee J (1999) Sykepleieintervensjoner-å oppfylle sykepleiens funksjoner i: Mellommenneskelige forhold i sykepleie, Oslo, Universitetsforlaget AS
- Tveiten S (2012) Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre i: Tveiten S, Wennick A, Steen H F (red.) Sykepleie til barn, 1 utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Östman M (2008) Interviews with children of persons with a severe mental illness-Investigating their everyday situation: *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol.62(5), s. 354-359.

Vedlegg 1. Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter e År Land	Studiens hensikt	Design/ interven sjon/ instrum ent	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Komment ar i forhold til kvalitet
Alasuutari og järvi (2012) Finland	Artikkelen undersøker hvilke ordforråd som barna bruker når de snakker om foreldrenes psykiske sykdom	Kvalitati v Interven sjon Intervju på 45- 80 minutte r	10 barn og foreldrene deres Barn fra 8-12 år	1 Barna gir uttrykk for at det er ubehagelig og vanskelig å snakke om tilstanden til foreldrene. De ønsker å framstille forelderens som mer frisk enn det de egentlig er. 2 Barna misforstår sykdomsbildet til foreldrene, det viser seg er på grunn av vanskelig faguttrykk som barn ikke setter i sammenheng med det de opplever på daglig basis 3 Barna forteller om skammen det fører med seg å ha en forelder som er psykisk syk, og bekymringer rundt den økonomiske situasjonen. De holder problemene for seg selv og ønsker ikke at jevnaldrende skal vite om hjemmesituasjonen.	Forsøkspe rsonene er godt beskrevet . Utvalget er relevant. Metoden er tydelig beskrevet . Resultate t er også godt forklart.
Barker mfl. (2012) UK	Hensikten med studien var å finne ut hvorvidt eksponering for risikofaktorer assosiert med psykisk helse mot barn ville kunne forutse barnets psykopatologi i større grad enn eksponeringen av mors depresjon.	Kvantita tiv Random isert Interven sjon Kontroll ert	7429 mødre og barn	1 Det var ikke selve depresjonen til mødrene som preget barna, men risikofaktorene som følge av depresjonen økte oddsene betydelig for internalisering og eksternalisering.	Godkjent av etisk komite.
Beardslee mfl. (1993) USA	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av affektive lidelser hos foreldre på deres barn, fire år etter den	Random isert Kvantita tiv Interven sjon Kontroll ert	153 Barn som hadde en gjennomsnittsalder på 14 år 81 familier	1 Graden av dyp depresjon var høyere hos barn av foreldre med affektive lidelser, sammenlignet med foreldrene som ikke hadde affektiv lidelse eller noen form for psykisk lidelse.	Bra formulert problems tilling.

	opprinnelige undersøkelsen.		44 barn hoppet av og det ble igjen 73 familier	2 Det viser seg at de foreldrene som lider av depresjon eller annen affektiv lidelse som ikke er oppdaget og behandlet, ser man en betydelig sammenheng med at barna får alvorlige affektive lidelser.	
Dean mfl. (2011) UK	Hensikten med denne studien er å sammenligne kriminell dømte både kvinnelig og mannlige barn av foreldre som er diagnostisert med et bredt spekter av mental sykdom oppimot barn som ikke har mentalt syke foreldre. Hensikten var også å undersøke rollen til foreldrene og barnas alder, hvordan det er med foreldrenes sykdom, innvirkningen av å ha to foreldre som er psykisk syk, og den potensielle forklaringen av å ha foreldre som er kriminelle og familiens økonomiske situasjon. Alt dette skal sees oppimot barnas grad av kriminell dom, og antall dømte til alvorlig første forbrytelse.	Kvantitativ Randomisert Intervensjon Kontrollert	412117 deltakere Studiens lengde 1981-2006	1 Barn som ble født med foreldre som hadde en historie av psykisk sykdom var risikoen stor for å bli kriminell. Det var betydelig høyere risiko for de barna å bli kriminelle hvis begge foreldrene var psykisk syk.	Fremgangsmåten er godt beskrevet .
Fraser mfl. (2009) Australia	Hvordan de 3 ulike resiliensfaktorene (sykdomsforståelse , sosial tilhørighet, mestringsstrategier) påvirker barnas tilpasning og omsorg i forhold til	Kvalitativ Kvantitativ Intervensjon Randomisert	44 deltakere Barn fra 12-17 år	1 Barn som forstår og for kunnskap om sykdommen til forelderen viser seg å ha bedre livskvalitet og er mer moden. 2 Et sosialt nettverk rundt barna har mye å si for deres	Kjønnforskjeller betraktes ikke. Tydelig avgrensning. Utvalget

	foreldrene som er psykisk syk. S			tilpasningsevne. (bedre livskvalitet, mindre grad av depresjon, tilpasning i forhold til atdersproblemer) 3 Barn takler samme situasjonen ulikt ved at de benytter seg av ulike mestringsstrategier: Frivillig mestringsstrategi deles i 2: primærkontroll og sekundærkontroll, også er det ufrivillig mestringsstrategi.	er relevant.
Halligan mfl. (2006) UK og Portugal	Denne studien undersøker det psykiatriske utfallet hos ungdommer som har en mor som har hatt fødselsdepresjon. Det presenteres en studie som har gått over 13 år fra tidlig graviditetsperiode.	Kvantitativ studie Randomisert Kontrollert Intervensjon	53 deprimerte kvinner og 41 kvinner uten depresjon	1 Betydelig sammenheng mellom depresjon og affektive lidelser blant ungdommene som hadde mødre med tidligere fødselsdepresjon, men det var bare hvis mor fikk gjentatte episoder med depresjon. Fødselsdepresjon alene øker risikoen for utviklingen av angstlidelser.	Fremgangsmåten godt beskrevet
Jaser mfl. (2010) USA	Hensikten med studien var å undersøke hvorvidt mestringsstrategier var relatert til det forskerne ønsket å observere i forhold til stemningsleie, følelser, og symptomer av depresjon til ungdommene som hadde mødre med og uten historie med depresjon.	Kvantitativ Kontrollert Randomisert Intervensjon Videotape på 15 minutter og forskjellige skalaer	72 mødre og barna deres Barnas alder er mellom 11-14 år Mødrene har gjennomsnittsalder på 41,7%	1 Ungdommer med mødre med historie av depresjon brukte mindre primary controll coping enn med mødre som var friske. Dette hadde ikke noe å si med secondary control coping, disengagement coping, men mer affektive problem. 2 Større grad av mors nåværende depresjon viser det seg at ungdommene benytter seg i mindre av primære og sekundære mestringsstrategier, og har i mindre grad et positivt og godt humør. Mer bruk av uengasjert mestringsstrategier og større grad av problemer med å håndtere følelser.	Kjønnsforskjell ble betraktet. 34 mødre med depresjon 38 mødre uten depresjon
Langrock mfl. (2002)	Å undersøke barns mestrings og ufrivillige reaksjoner i forhold	Kvantitativ studie Random	56 Mødre 10 Fedre 101 Barn Barn fra 7-	1 Barn av deprimerte foreldre har høy risiko for å utvikle internalisering, eksternalisering og	Metoden er tydelig beskrevet.

UK	til stress det medfører å leve med en deprimert forelder og deres symptomer på angst/depresjon og aggresjon	isert Interven sjon Intervju over telefon	17 år	atferdsproblemer, og symptomer på angst/depresjon. 2 De utsettes for stress i familien. Foreldrene trekker seg tilbake og virker forstyrret og opptrer ubehagelig. 3 Primary, secondary control coping og ufrivillig reaksjoner (mestringstrategier)	Det er gjort grundige tester i forhold til den graden av depresjon .
Malcarne mfl (2000) USA	Hensikten med denne oppgaven var å sammenligne stressfaktorene til barn av mødre med depresjon (høyriskogruppen) oppimot barn av mødre som er friske (lavriskogruppen).	Kvantita tiv Kontroll ert Interven sjon	40 deprimerte mødre og 46 friske mødre og 86 barn Barna var mellom 8-12 år	1 Mors depresjon uavhengig av graden av depresjonen er assosiert med barnets depressive symptom, økt internalisering og eksternalisering. 2 Barn som er flinkere til å uttrykke seg har mindre risiko for selv å bli deprimerte 3 Barn av mødre som ikke var deprimerte hang de depressive symptomene til barna med livshendelser, men barn av deprimerte mødre var det ikke livshendelsene som hadde betydning men depresjonen til moren.	Etisk resonnement. Tydelig beskrevet problems tilling Forsøkspe rsonene er godt beskrevet .
Pölkki mfl (2008) Finland	Hensikten med studien var å tilegne seg informasjon fra personer som har opplevd foreldre med alvorlig psykisk lidelse. Både de yngre og de eldre barna.	Kvalitati v studie Deskript iv Interven sjon Intervju på 25- 75 minutte r	2 forskjellige grupper: En gruppe med 17 kvinner fra 15 år og oppover, og en gruppe med 6 barn fra 9-11 år	1 Barnas opplevelse: Var ikke forberedt på foreldrenes psykiske sykdom. Opplevde å miste tryggheten til foreldrene. Barna følte seg oversett og nedprioritert. 2 Barna fikk mer ansvar, og måtte ta på seg rollen som omsorgsgiver. De opplevde som at de tidlig mistet forelderen. 3 Stress reaksjoner: Barna føler skyld, skam, redsel, må lyve til andre om situasjonen hjemme. Ønsker å framstille forelderen som mer frisk enn det han/hun er. 4 Barna håndterte det å ha	Tydelig avgrenset problemformulering. Forsøkspe rsonene er godt beskrevet .

				forelder som var psykisk syk på ulike måter. Noen hadde venner og slektninger å dele erfaringene med, en trivelig hobby, noen begynte med stoff, noen latet som at de hadde en annen familie, noen fikk psykiske problemer.	
Tebes mfl. (2001) Tyskland	Forskningen har en hypotese om at de 5 familie-sårbarhets-prosessen som: dårlig økonomi, lite sosialt nettverk, mye stress i familien, avbrudd i foreldre-barn forhold, og begrenset foreldreoppgaver, vil kunne gi en bedre spådom når det gjelder tilpasning av barnet enn det vil få av barnets kjønn, alder, og foreldrenes psykiatriske symptom og funksjonsevne.	Kvantitativ Intervensjon	354 Forsøkspersoner. Barn 2-17 år	1 Stressfaktorene (5 familie-sårbarhets-prosessen) innad i familien påvirker barnas atferdsproblem, problemer med tilpasning, og klinisk diagnose. Dette påvirkes forskjellig ut fra alder og kjønn.	Kun mødre. Begge kjønn på barna
Östman (2008) Oslo Sverige UK	Hensikten med denne studien er å undersøke, med dyptgående intervju, hvordan barn fra alderen 10-18 år opplevde livssituasjonen i en familie med en forelder med alvorlig psykisk sykdom.	Kvalitativ Deskriptiv Intervensjon Intervju på en time	8 Barn 5 jenter og 3 gutter	1 Kommunikasjon: Barna hadde sterke ønsker om å ha noen å stole på og noen å snakke med. Det ville gjerne ha noen profesjonelle å snakke med. 2 Kjærlighet: De hadde mye kjærlighet for foreldrene, og ønsket å fremstille dem som frisk enn det de var. 3 Modenhet: Barna opplevde å bli tidlig voksen. Mye ustabilitet i hjemmet. 4 Redsel: Det at de ikke forsto sykdommen gjorde dem redde og nervøse. Frykt ang. vold i hjemmet.	Godkjent av etisk komite Utvalget er relevant Tydelig avgrensning.

				<p>5 Skyldfølelse: Barna trodde det var deres feil at forelderen var syk.</p> <p>6 Ensomhet: Barna føler seg oversett. Det er ingen som snakker med dem, og at de blir sittende igjen med tankene sine.</p> <p>7 Ansvar: Barna må i tidlig alder ta ansvar for foreldrene sine, og blir deres omsorgsgivere.</p> <p>8 Stigmatisering: Føler skam over familien, og føler at andre dømmer dem. Tør ikke å fortelle til noen hvordan det er hjemme.</p>	
--	--	--	--	---	--