



Bachelorgradsoppgave

Barns erfaring som pårørende av foreldre med psykiske lidelser

Children's experience as next of kin of parents with mental illness

May-Britt Nyborg

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Namsos
Høgskolen i Nord-Trøndelag – 2014

Antall ord: 10060



HINT

ABSTRAKT:

Introduksjon: Ca 410 000 barn i Norge under 18 år, bor sammen med foreldre som har en psykisk lidelse.

Hensikt: Belyse hvordan barn mestrer sin hverdag som pårørende til foreldre med psykiske lidelser.

Metode: Resultatet i denne litteraturstudien er basert på 12 kvalitative studier.

Resultater: Barn er redd for at foreldrene skal ta sitt eget liv, og de er også redd for å arve sykdommen. Barna holder seg borte fra hjemmet eller unngår den syke forelderen for å mestre sitt hverdagsliv. De uttrykker et stort ønske om informasjon rundt foreldrenes sykdom, og at denne blir gitt på en måte som er forståelig for dem. Barna går inn i en foreldrerolle som oppleves belastende for dem, og de frykter stigmatisering av samfunnet.

Diskusjon: Barna bruker både problemfokuseret- og følelsesmessige mestringsstrategier. Man må ta hensyn til måten man kommuniserer på når man skal gi informasjon til barn. Man må også ha kunnskap om barns kognitive utvikling. Barns tilknytningsevne er avgjørende for hvordan de klarer å mestre fremtidige utfordringer, og dette er også med på å styre følelsesreguleringen.

Konklusjon: Det er nødvendig med mer forskning på området «barn som pårørende av psykisk syke foreldre». En må sørge for at disse barna blir synliggjort, og gi dem den nødvendige informasjonen de trenger, for å avlaste dem for bekymringer og ansvar.

Nøkkelord: «barn som pårørende» «foreldres psykiske lidelser» «mestring» «informasjon»

ABSTRACT:

Introduction: Approximately 410 000 children under 18 in Norway, living with parents who have a mental illness.

Objective: Elucidate on how children cope with their everyday life as caregivers of parents with mental illness.

Method: The result of this literature study is based on 12 qualitative articles.

Results: Children are afraid that parents should take their own lives, and they are also afraid of inheriting the disease. Children stay away from home or avoid the ill parent to cope with their everyday lives. They express a great desire information regarding parental disease and that this is understandable. Children go into a parenting role as experienced stressful for them, and they fear stigmatization by society.

Discussion: Children use both problem-focused and emotional coping strategies. One must pay attention to the way you communicate when you give information to children. One must also have knowledge about children's cognitive development. Children's connection capability is crucial to how they manage to cope with future challenges, and this is also helping to control the sense regulation.

Conclusion: It is necessary to have more research in this area "children as relatives of mentally ill parents". One must ensure that these children are made visible and give them the necessary information they need, to relieve them of worries and responsibilities

Keywords: "children as next of kin", "parental mental illness", "coping", "information".

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon	4
1.1	Hensikt	6
1.2	Presisering av begrep	6
2.0	Metode	7
2.1	Framgangsmåte og litteratursøk	7
2.2	Manuelle søk	7
2.3	Søk i databaser	8
2.4	Analyse	9
2.5	Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
2.6	Etiske overveielser	13
3.0	Resultat	14
3.1	Foreldrenes sykdom gjør barnas hverdag uforutsigbar	14
3.2	Stort ansvar på små skuldre	15
3.3	Mangel på informasjon og kunnskap skaper frykt og frustrasjon	16
3.4	Barna benytter ulike mestringsstrategier i hverdagen	17
3.5	Barna føler ensomhet og frykter stigmatisering fra samfunnet	18
4.0	Diskusjon	20
4.1	Resultatdiskusjon	20
4.2	Metodediskusjon	29
5.0	Konklusjon	31
6.0	Litteraturliste	33
	Vedlegg:	39

Vedlegg 1: Oversikt over søkeresultat

Vedlegg 2: Innholdsanalyse

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

1.0 Introduksjon

Psykiske lidelser omfatter alt fra fobier og mild angst og depresjon, til de alvorlige psykiske lidelsene som schizofreni og bipolar lidelse. Depresjon er den psykiske lidelsen som oftest oppstår, og den er hovedårsaken til uførhet blant voksne (Kristoffersen, 2011, s 212). Felles for psykiske lidelser er at de påvirker både tanker og følelser, de påvirker vår adferd, samt vår væremåte når vi er sammen med andre. Lidelsene opptrer gjerne tidlig i livet, og ubehandlet vil disse lidelsene ha en tendens til å gjenta seg opp gjennom livet (Mykletun & Knutsen, 2009).

Psykiske lidelser utgjør hele 13 % av sykdomsbildet i verden, og tallene viser at 450 millioner av verdens befolkning har en eller annen psykisk sykdom. Slike lidelser er utbredt i alle samfunnslag i verden, og påfører både samfunnet og den enkelte familie økonomiske belastninger (Bjørngaas, Dørheim, Gude & Maridal, 2011). I Norge vil en tredjedel av befolkningen rammes av psykiske lidelser hvert år, og annenhver nordmann vil rammes en gang i løpet av livet (Mykletun & Knutsen, 2009).

Mange av disse menneskene har barn, og man antar at det i Norge er ca 410 000 barn som vokser opp med foreldre som har psykiske lidelser. Dette er 37,3 % av en befolkning på 1,1 millioner barn under 18 år her i landet (Torvik & Rognmo, 2011). Man har funnet at 25 % av psykiske lidelser, og 10 % av tidlig død blant barn er relatert til foreldrenes psykiske lidelser. Det kan også se ut som at det er dobbelt så stor risiko for at disse barna skal oppleve negative hendelser, sammenliknet med andre barn. Årsaken til den forhøyede risikoen kan skyldes både arv og ulike typer miljø. Barna trenger ikke nødvendigvis å utvikle seg i negativ retning, selv om det kan oppleves som en stor belastning å vokse opp i et hjem med psykisk syke foreldre. Psykiske lidelser kan forebygges, og det er viktig å gjøre de rette tiltakene for å kunne redusere konsekvensene disse lidelsene påfører den enkelte og samfunnet (ibid).

Psykiske lidelser er tabubelagt sykdom både innad i familier og i samfunnet. Barn kan derfor føle skam over sine syke foreldre på grunn av dette, eller for at foreldrene oppfører seg annerledes enn andre foreldre. Flere av disse barna går inn i en voksenrolle hjemme, og de kan også oppleve å fungere som «behandler» og fortrolig venn for sine foreldre. Dette medfører at barna mister sosial kontakt med sine jevnaldrende. De går ofte rundt med en redsel, både for at foreldrene aldri skal bli

friske igjen, eller for at forelderen skal ta sitt eget liv. Man kan også se at barna er redde for at de skal arve sykdommen, eller at den er smittsom. Å leve med en psykotisk forelder kan skape forvirring også hos barna, som må leve sammen med forelderens vrangforestillinger og hallusinasjoner. Mangel på samspill og tilknytning mellom barna og foreldrene kan skape en nedstemthet i barnet som kan følge det resten av livet. Barna kan ha mange spørsmål, men disse føles skambelagt, og de lar derfor være å snakke om det. De er også lojale mot sine foreldre, og isolerer seg for å unngå den sosiale skammen. Å ikke vite når det neste sykdomsutbruddet, angstanfallet eller raseriutbruddet kommer, skaper en ustabilitet i hverdagen, som gjør barnas dager uforutsigbare (Vik, 2002). Askland og Sataøen (2013, s 72) hevder at barn uten relasjoner til jevnaldrende er barn som er i faresonen. Dette knyttes opp mot psykiske problemer i voksenlivet. Man ser at det å ha gode relasjoner til venner danner et livsnødvendig grunnlag for tilpasningen senere i livet.

Både barn og unge har behov for å bli sett, og få hjelp til å sette ord på det som skjer. Man må da tenke på at små barn har andre behov enn større barn og ungdom, og at ungdommer også fortsatt er barn. Piagets teori er viktig i denne sammenheng, for den får tydelig frem at barn har annerledes tankegang enn voksne har. (Eide & Eide, 2011, s 358-59).

Som sykepleier vil man møte mange mennesker som har barn, og som helsepersonell har man plikt til å ivareta disse barna. Stortinget vedtok den 19. juni 1999, en tilføyelse i helsepersonelloven slik at barn som pårørende skal bli fulgt opp på en god nok måte. *Helsepersonelloven* fastslår at helsepersonell har plikt til å bidra til at barn som pårørende blir ivaretatt, og at de får den nødvendige informasjonen og støtten de trenger. Loven sier også at man har plikt til å undersøke om pasienten man behandler har barn (Helsepersonelloven, 1999, §10a). Stortinget vedtok også samtidig at man i spesialisthelsetjenesten skal ha barneansvarlig personell som har ansvar for oppfølging av barn som pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-7a). I utgangspunktet er det foreldre og omsorgsgivere som skal sørge for at barn blir ivaretatt og får den nødvendige informasjonen de trenger. Formålet med disse bestemmelsene er ment å skulle ivareta barnas behov når pasienten, eller andre med foreldreansvaret ikke har kapasitet til å ivareta dette (Helsedirektoratet, 2010).

Grunnlaget for valg av tema er interessen for hvordan det oppleves for disse barna å vokse opp med en psykisk syk forelder. I tekster som blir brukt både av myndighetene og fra fagfeltet, kan man se at det er to kategorier som går igjen når man snakker om barn av psykisk syke. Den ene er nettopp «barn av psykisk syke», og den andre som blir brukt er «de usynlige barna» (Rabbe, 2010). Moen (2012, s 17-

18) forteller at barn blir oversett, og at barna selv også gjør seg usynlige fordi de ikke vil at noen skal vite hvordan de har det.

1.1 Hensikt

Hensikten med studien er å belyse barns mestring i hverdagen, som pårørende av foreldre med psykiske lidelser.

Problemstilling: Hva slags tanker har disse barna om sin hverdag, og hvilke erfaringer gjør de seg?

1.2 Presisering av begrep

Barn: I følge FN's *Barnekonvensjon* (1989), defineres barn som alle fra 0-18 år. FN definerer også ungdom som de mellom 15-24 år.

Barn som pårørende: Omfatter både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn (Helsedirektoratet, 2010, s 4). Felles for disse barna er at de har foreldre med sykdom som er samlet innenfor tre samlekategorier: psykisk sykdom, somatisk sykdom og rusmiddelavhengige. Dette er et begrep som både er enkelt og vanskelig, for jus og hverdagsliv definerer det ikke på samme måte. Vi er mindreårige helt til vi fyller 18 år ifølge lovgivningen, men samtidig er vi våre foreldres barn hele livet (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s 19).

Psykiske lidelser: I denne studien brukes denne betegnelsen på lidelser som kvalifiserer for en diagnose i forhold til enten diagnosesystemet DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical manual og mental disorders) , eller ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

«Psykiske lidelser omfatter mentale og atferdsmessige mønstre som avviker fra kulturelle normer og som medfører lidelse eller uførhet» (Torvik & Rognmo, 2011, s 11).

Mestring:

«Mestring beskriver individets måte å forholde seg på til og løse en situasjon eller hendelse som medfører mistrivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet» (Håkonsen, 2011, s 279).

2.0 Metode

2.1 Framgangsmåte og litteratursøk

Resultatet i denne litteraturstudien bygger på 12 kvalitative artikler, og de har som hensikt å belyse hvilke tanker og erfaringer barn har, fra sin oppvekst med psykisk syke foreldre. Denne litteraturstudien er gjennomført i perioden mars-mai 2013. Kvalitative metoder blir ofte brukt innen sykepleiefaget, og de 12 artiklene som ble valgt ut til denne litteraturstudien har en fenomenologisk tilnærming. Ved en fenomenologisk tilnærming blir deltakerne intervjuet i forhold til fenomener de har erfart fra virkeligheten. Hensikten med denne type forskning er å finne den felles opplevelsen og erfaringen som disse deltakerne har (Postholm, 2010, s 17).

De vitenskapelige artiklene er funnet i databasene Medline, Psyc Info og Cinahl, og litteratursøkene ble foretatt i mars-april 2014.

Søkeord som ble brukt er: «children as relatives», «mentally ill parents», «parents», «mental illness», «child of impaired parents», «mental disorders», «parent-child relation», «parental mental illness».

2.2 Manuelle søk

Artikkelen «How children with parents suffering from mental health distress search for ‘normality’ and avoid stigma: To be or not to be...is not the question» ble funnet ved henvendelse til en av forfatterene, Heidi Haug Fjone (Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009).

I litteraturlisten til artikkelen skrevet av Fjone et al., ble det funnet en artikkel som så relevant ut. Det ble søkt manuet etter denne på Google Scholar ,«Living with a mother with chronic depression: to tell or not to tell?» (Baik & Bowers, 2005). Denne ble ikke funnet som fulltekst, så den ble bestilt hos Bibsys.

Ved å bruke “cited article” til “Living with a mother with chronic depression: to tell or not to tell?”, ble “Childrens view of a major depression affecting a parent in the family” (Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2011) funnet. Dette søket ble foretatt den 27.03.

Artikkelen «How children understand mental illness: ‘You don’t get life insurance. What is life insurance?’» (Mordoch, 2008) ble funnet i litteraturlisten til boken «Barn som pårørende» (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012).

Søkte på Cinahl via Helsebiblioteket, og søkeord som ble brukt var “children as relatives” og “mentally ill parents”. Kombinerte søkeordene med OR, og fikk 280 treff. Alle overskrifter ble lest, og det ble funnet en review artikkel med tittelen «Youth serving as caregivers for mentally ill parents». Ved å bruke «cited references» på denne review artikkelen ble artikkelen «Good days and bad days: the experience of children of a parent with a psychiatric disability» (Riebschleger, 2004) funnet.

«The effects of parental mental illness upon children: a descriptive study of the views of parents and children» (Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2004) ble funnet i litteraturlisten til “Living with parents with obsessive-compulsive disorder: children’s lives and experiences”.

2.3 Søk i databaser

Eksempel på søk fra tabell 1 (se vedlegg)

Database og dato	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Inkluderte
Medline 26.03.14		«parents » AND «mental illness» AND «child of impaired parents”	152	38	7	5	4

Det ble ikke brukt avgrensninger i søkene. Ingen av søkene ga over 300 treff, så alle overskrifter ble lest. Brukte inklusjons- og eksklusjonskriteriene samtidig med at titlene på artiklene ble lest, og sorterte

deretter ut de som ikke hadde relevans i forhold til hva det ble lett etter i søkene. Artikkelen som så relevante ut ble tatt videre til utvalg 1. Flere av artiklene viste klart at de manglet relevans i forhold til søkene, og her ble ikke abstraktene lest. Utvalgene ble gjort på følgende måte:

1. Abstrakt lest – her ble hensikten med studien undersøkt for å se om den var relevant i forhold til om den omhandlet forhold mellom barn og foreldre med psykisk sykdom.
2. Artikkelen lest i sin helhet – her ble artikkelens hensikt, metode og resultat undersøkt, og kun artikler som omhandlet barnas erfaringer ble tatt med videre.
3. Artikler som ble valgt til videre vurdering og analysering – i utvalg tre ble artiklene oversatt til norsk og nøye gransket. For at artiklene skulle bli inkludert måtte de stemme overens med inklusjonskriteriene, samt at de skulle svare til studiens hensikt og problemstilling.
4. Antall inkluderte artikler.

2.4 Analyse

I følge Dalland (2013, s 144) har analysen som hensikt å granske hva materialet man har funnet har å fortelle oss. Malterud (2008, s 99-109) henviser til Giorgis fenomenologiske analyse, hvor formålet med den fenomenologiske analysen er å gi kunnskap om informantens egne erfaringer og måten denne opplever sitt liv. Det anbefales at denne type analyse blir gjennomført i 4 trinn (ibid.). Analysen av denne studien ble foretatt ved hjelp av de 4 trinnene som blir nevnt i Malterud (2010). Ved å lese hovedresultatene i de utvalgte vitenskapelige artiklene, kunne man skimte 5 temaer som gikk igjen. Disse temaene ble deretter plukket ut i trinn 2 som meningsbærende enheter, og fikk sin egen fargekode. I det tredje trinnet ble kodegruppene satt sammen til subkategorier, og disse ble til slutt slått sammen til kategorier i trinn 4.

Eksempel på innholdsanalyse fra tabell 2 (se vedlegg)

Meningsenheter	Subkategori	Kategori
Foreldrenes psykiske sykdom skapte følelser som skyld, skam forlegenhet, frykt og stigma hos barna	Barn bekymrer seg hele tiden for sine foreldre, og frykter for deres liv og helse	Foreldrenes ustabile oppførsel skaper engstelse, skam og uforutsigbarhet i barnas hverdag
Barna bekymret seg over foreldrenes dårlige helse, og en kilde til frykt var at foreldrene kunne skade seg selv. De var klar over tidligere selvmordsforsøk, og fryktet at dette kunne skje igjen		
Frykten for å miste foreldrene kastet en mørk skygge over barnas hverdag	Humørsvingninger og ustabil oppførsel skaper frykt, bekymring og uforutsigbarhet i barns hverdag	
Følelsen av frykt er fundamental, i hovedsak på grunn av de raske humørsvingningene og forverring av foreldrenes sykdom		
Familielivet kunne bli snudd på hodet fra det ene øyeblikket til det andre, og det førte til ustabilitet og uforutsigbarhet		

2.5 Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne fram til de vitenskapelige artiklene, ble det tatt hensyn til følgende kriterier:

Inklusjonskriterier:

- Barn og unge i alderen 5-22 år
- Publisert etter år 2000
- Engelsk språk
- Artiklene ser barnets perspektiv
- Relevans i forhold til hensikten med dette studiet

Ekklusjonskriterier:

- Artikler som er eldre enn år 2000
- Foreldre-og sykepleieperspektivet
- Ikke review-artikler
- Kvantitative artikler

Eksempel på oversikt over inkluderte artikler fra tabell 3 (se vedlegg)

Forfatter/År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kvalitet
Ahlström et al. 2011 Sverige	Belyse fra barnas perspektiv hvordan familielivet oppleves når en forelder lider av alvorlig depresjon	Kvalitativ, individuelle intervju	8 barn i alderen 6-26 år	Barna trenger hjelp til å håndtere sin ansvarsfølelse overfor sine foreldre, og sin ensomhetsfølelse. Viktig med familieintervensjoner og fokus på barnas støtte i familielivet	Nivå 1

Selv om ett av inklusjonskriteriene var at de vitenskapelige artiklene skulle omhandle barn og unge mellom 5-22 år, falt 3 av de inkluderte artiklene utenfor denne aldersgruppen. De ble allikevel inkludert, på bakgrunn av at spørsmålene i intervjuene omhandlet erfaringer fra barndommen, samtidig som man ifølge Haugland et al. (2012, s 19) er våre foreldres barn hele livet. I to andre vitenskapelige artikler ble også foreldre og helsearbeidere omtalt. Disse ble også inkludert, men her ble kun barnas perspektiv trukket ut og analysert.

Kvaliteten på artiklene ble undersøkt via Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (www.nsd.no). Her blir publiseringskanalene bedømt etter nivå 1 eller nivå 2. Nivå 1 inneholder i utgangspunktet alle publikasjoner som kan defineres som en vitenskapelig publikasjon. Universitets- og høgskolerådet definerer en vitenskapelig publikasjon ut fra 4 kriterier som alle må være oppfylt. Disse kriteriene er:

1. presentere ny innsikt
2. være i en form som gjør resultatene etterprøvbare
3. være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
4. være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie, bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering

Nivå 2 er de publiseringskanalene som oppfattes som de mest ledende, og som utgir publikasjoner man anser for å være de mest betydelige fra de ulike lands forskere. De skal representere ca 1/5 av publikasjonene i faget eller forskningsfeltet (Universitets- og høgskolerådet, 2004).

VIKO (NTNU) har blitt benyttet for kritisk å kunne vurdere den informasjonen som har blitt funnet i artiklene. Har da benyttet de fire kriteriene:

Troverdighet

Objektivitet

Nøyaktighet

Egnethet

2.6 Etiske overveielser

Som sykepleiere er det viktig at man har kunnskap om de viktigste forskningsetiske prinsippene, og at man vet hva man bør kjenne til hva man vurderer av forskningsetiske krav (Slettebø 2010, s 208-11). Dersom man skal forholde seg til retningslinjer for all forskning som omfatter mennesker, er Helsinkideklarasjonen den som er anbefalt. Det er særlig viktig å beskytte svake grupper sånn som i denne studien, hvor man skal intervju barn. Når man forsker på barn under 16 år skal også foreldrene gi sitt samtykke i tillegg til barna. Dersom barn eller foreldre ikke ønsker deltakelse, skal barn ikke inkluderes. Barn som er under 12 år skal ha informasjon som er tilpasset sitt forståelsesnivå, og når det er over 12 år skal det ha informasjon skriftlig, og denne skal være tilpasset barnets alder (ibid). *Helseforskningsloven* (2009) regulerer forskning på denne gruppen mennesker.

Forskningsetisk komite understreker at det er viktig at det forskes på barn og unge, for de er betydningsfulle bidragsytere når det gjelder å kartlegge deres liv og levekår. Det understrekes også at barn og unge kan trenge beskyttelse når de er deltakere i forskning, og at deres kompetanse og sårbarhet er sentrale for de etiske vurderingene (Backe-Hansen 2012).

Det ble også gjort en etisk vurdering av de inkluderte artiklene i denne studien. Av de 12 inkluderte artiklene var 8 vurdert og godkjent av etisk komite, og 1 av artiklene var fagfelle-vurdert. I de 3 resterende artiklene har forfatterne selv gjort etiske vurderinger. Når en artikkel er fagfelle-vurdert vil det si at den har blitt vurdert og godkjent av eksperter innen det gitte fagområdet (Dalland, 2013, s 78).

3.0 Resultat

3.1 Foreldrenes sykdom gjør barnas hverdag uforutsigbar

Barna forteller om bekymring for foreldrenes helse, og flere studier viser at barna var redde at foreldrene skulle ta sitt eget liv. Enkelte hadde opplevd foreldres selvmordsforsøk tidligere, og fryktet at dette skulle skje igjen. Dette ga barna en følelse av uforutsigbarhet og en utrygg hverdag, og noen barn følte seg fysisk syke av problemene hjemme (Riebschleger, 2004; Mordoch & Hall, 2008; Trondsen, 2011; Östman, 2008; Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2004; Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2011).

Frykt er en gjennomgående følelse hos barna, og studier viser at barna frykter forverring av foreldrenes sykdom, slik at de må innlegges i sykehus. Flere barn forbinder sykehus med døden, og frykter derfor at foreldrene skal dø. Barna uttrykker også frykt for å bli skilt fra foreldrene dersom de blir innlagt på sykehus, og noen av barna forteller at de tidligere har havnet i fosterhjem under foreldres sykehusopphold (Riebschleger, 2004; Mordoch, 2010; Mordoch & Hall, 2008). Frykten for å bli skilt fra foreldrene, førte til at barna hadde problemer med å binde seg følelsesmessig til den syke forelderens. Det ble knyttet nære bånd til den friske forelderens, og barna fant også støtte i sine søsken, venner, besteforeldre, lærere, naboer og voksne som sto familien nær (Foster, 2010).

Flere studier viser at barna også har frykt for å arve sykdommen fra sine foreldre og selv bli psykisk syk. Noen av barna har også tanker om at den vanskelige barndommen kan påføre dem depresjoner senere i livet (Riebschleger, 2004; Trondsen 2011; Meadus & Johnson, 2000; Oskouie, Zeighami & Joolae, 2011).

Barna følte skam i situasjoner hvor foreldrene oppførte seg annerledes enn andre foreldre, både hjemme og ute blant andre. Dette førte til at barna ikke ønsket besøk av sine venner hjemme hos seg, fordi de kunne ikke forutse hvordan humøret var hos den syke forelderens (Fjone et al., 2009; Trondsen, 2011). Barn kunne også føle skam fordi de strevde for å unngå å bli stigmatisert på bakgrunn av sine syke foreldre (Fjone et al., 2009).

Noen av barna forteller at de føler skyld for sine foreldres sykdom, og noen av barna har fått høre fra den friske forelderen at det er barnets feil at den andre forelderen er syk. Enkelte av barna har overhørt voksne si at forelderen ble syk da barnet ble født, og barnet tolker da dette som at det er deres feil (Östman, 2008; Riebschleger, 2004).

Flere studier viser at barna følte seg urolige og at det var utfordrende å skulle håndtere foreldrenes raske humørsvingninger og oppførsel. Barna beskriver at på gode dager bekymrer de seg over de dårlige dagene som kan komme, og konflikter innad i familien følte ubehagelig (Foster, 2010; Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2011; Östman, 2008). Familielivet kunne fort snus på hodet, og barna visste ikke hva som ville skje fra den ene dagen til den andre (Foster, 2010; Trondsen, 2011). For barna blir det vanskelig å klare å håndtere alle opp- og nedturer i det daglige liv, og foreldrenes uberegnelige humør fører til at også barnas følelser svinger (Östman, 2008; Mordoch & Hall, 2008). Enkelte av barna beskriver redsel for den syke forelderens sinne og raseriutbrudd, og noen av barna forteller om psykiske og følelsesmessige plager etter nedsettende kommentarer (Riebschleger, 2004; Trondsen, 2011; Foster, 2010).

Studier viser at barna føler seg forvirret og sliter med forskjellige følelser i forhold til sine foreldre. Noen av de eldste barna føler både sinne, frustrasjon, frykt og bitterhet, men også omsorg og bekymring. Enkelte av barna uttrykker ikke sine følelser som tristhet, sinne og frustrasjon av hensyn til sine foreldre (Mordoch & Hall, 2008; Riebschleger, 2004). Flere studier viser at på tross av de vanskelige tankene foreldrenes sykdom fører med seg, så uttrykker barna kjærlighet og medfølelse overfor sine foreldre (Mordoch & Hall, 2008; Östman, 2008; Ahlström et al., 2011; Fjone et al., 2009; Trondsen, 2011). De føler også takknemlighet for at foreldrene gjør så godt de kan for å være omsorgsfulle på tross av sykdommen (Ahlström et al., 2011). Noen av barna så også på sin familie som spesiell, og at foreldrenes sykdom medfører at de støtter og respekterer hverandre (Mordoch & Hall, 2008).

3.2 Stort ansvar på små skuldre

I mange av studiene beskriver barna seg selv som en ekstra voksen i familien. Noen går inn i en «foreldrerolle» i perioder hvor dagliglivet ikke fungerer hjemme. Denne rollen innebærer at de tar seg av daglige gjøremål hjemme, og tar også ansvar for yngre søsken. Flere barn uttrykker at dette er en rolle de ikke ønsker, men som de føler de må ta når ingen andre gjør det (Oskouie et al., 2011;

Trondsen, 2011; Foster, 2010; Östman, 2008; Meadus & Johnson, 2000; Fjone et al., 2009). Enkelte av barna kan fortelle at det av og til kunne være vanskelig å avgjøre hvem som var den voksne og hvem som var barnet (Meadus & Johnson, 2000; Trondsen, 2011). Lojalitetsfølelsen barna hadde til sine foreldre og resten av familien var en årsak til at barna så på denne rollen som en nødvendighet (Ahlström et al., 2004).

Hos noen barn er denne ansvarsrollen en positiv opplevelse, og de opplever å få tilbakemeldinger fra andre voksne fordi de opptrer så ansvarsfullt hjemme (Foster, 2010; Ahlström et al., 2004). Enkelte av barna føler også en glede over å kunne være til hjelp for sin familie (Trondsen, 2011). Studier viser også at barn som blir overlatt til seg selv utvikler seg til å bli mer selvstendig (Ahlström et al., 2004). Noen av barna forteller også at foreldrenes sykdom har gitt dem en viktig egenskap i form av modenhet og selvtilit, mens andre barn beskriver at sykdommen har ført til lav selvfølelse og ensomhet (Östman, 2008; Oskouie et al., 2011).

3.3 Mangel på informasjon og kunnskap skaper frykt og frustrasjon

Flere av studiene viser at barn aldri har fått informasjon om sine foreldres sykdom, og noen sier at de ikke fikk vite noe før de var voksne og hadde flyttet hjemmefra. Noen observerte forandringer i foreldrenes sinnsstemning og væremåte i lang tid før de fikk informasjon (Riebschleger, 2004; Fjone et al., 2009; Foster, 2010; Trondsen, 2011; Stallard et al., 2004). Enkelte barn skjønnte at noe var annerledes hjemme, uten at de klarte å sette dette i sammenheng med psykisk sykdom, og noen slo seg da til ro med at det bare var sånn foreldereren var (Foster, 2010; Riebschleger, 2004; Baik & Bowers, 2005). Barna som hadde informasjon om foreldrenes sykdom, forklarer psykisk sykdom med symptomer og endring i oppførsel og humør, få barn hadde kunnskap om diagnoser. Noen av barna visste ikke hvor de kunne finne informasjon (Riebschleger, 2004; Mordoch, 2010).

Barna fant ut av foreldrenes sykdom på ulike måter. Noen av barna fikk informasjonen fra sine foreldre eller andre nære slektninger. Enkelte opplevde selvmordsforsøk, forsvinning og psykoser hos foreldrene, og fikk vite om sykdommen på denne måten (Fjone et al., 2009; Trondsen, 2011; Mordoch, 2010). Den friske foreldereren var til stor hjelp for barna når de strevde for å forstå den syke forelderens oppførsel. Studier viser at barn som bodde sammen med syke eneforsørgere, slet mer med vanskelige tanker. Årsaken til dette var at de ble alene om sine observasjoner og ikke hadde noen å dele tankene

sine med. Andre nære slektninger kunne også være til hjelp for barna, ved at de snakket med barna og ga dem råd om sykdommen (Mordoch & Hall, 2008; Mordoch, 2010).

Enkelte av barna forteller at de lærte om sykdommen over tid, ved at de sammenliknet sin familie med sine venners familie, eller ved at de snakket med helsepersonell og venner som hadde kunnskap om psykisk sykdom (Riebschleger, 2004; Baik & Bowers, 2005; Foster, 2010). Barna tilegnet seg også kunnskap og informasjon ved å overhøre samtaler mellom voksne, via skole og media eller ved tilfeldigheter (Ahlström et al., 2011; Mordoch, 2010).

Studier viser at barn både ønsker og trenger informasjon om sine foreldres sykdom. Mangelen på informasjon og kunnskap førte til at de hele tiden gikk rundt og tenkte på årsaken til at foreldrene ble syke, og at dette kunne være mye verre enn å faktisk vite sannheten. Barn kan få tanker om at det er de som er årsaken, og de danner seg egne oppfatninger og lar fantasien få fritt utløp (Baik & Bowers, 2005; Stallard et al., 2004; Trondsen, 2011; Mordoch, 2010). Mangelen på informasjon skapte frykt og frustrasjon hos barna, og de ble sittende med mange ubesvarte spørsmål (Trondsen, 2011; Meadus & Johnson, 2000). Studier viser at foreldrene ikke ønsket å påføre barna sine stress, og derfor løy, eller unngikk å fortelle sannheten om sykdommen (Mordoch, 2010).

Studier viser at barn som har kunnskap om foreldrenes psykiske sykdom lettere klarer å knytte den syke forelderens oppførsel til sykdommen, og dette førte til mindre usikkerhet. Det ble lettere for barna å fange opp signaler på at noe var i gjære, og de kunne da tilpasse seg den syke forelderens og dermed unngå at følelsene ble vanskelige å mestre (Mordoch, 2010). Noen av barna understreker viktigheten av at de tidlig får informasjon om foreldrenes sykdom og at denne er forståelig (Mordoch, 2010; Trondsen, 2011). Selv om foreldrenes sykdom påvirker barnas hverdag, beskriver noen av barna en følelse av at de var «usynlige» i familiesituasjonen (Trondsen, 2011).

3.4 Barna benytter ulike mestringsstrategier i hverdagen

Flere studier viser at barna utvikler egne mestringsstrategier for å klare å håndtere hverdagen sin. Barna forteller at de søkte seg bort fra hjemmet for å unngå vanskelige situasjoner. De brukte da tiden sin på fritidsaktiviteter, var sammen med venner eller gikk ut i naturen (Trondsen, 2011; Foster, 2010; Fjone et al., 2009). Noen av barna sier de ønsket å være sammen med venner for å føle seg verdsatt,

eller å ha noen å snakke med. Ved å ha det hyggelig med venner, og ved å bruke humor som en mestringsstrategi, fikk barna noen å dele tankene sine med og de følte at de fikk et påfyll av energi (Trondsen, 2011; Meadus & Johnson, 2000; Mordoch & Hall, 2008). Flere studier viser at barna trekker seg til sine egne rom for å få litt avstand til foreldrene når de er i dårlig humør, og de brukte da tiden til blant annet å lese og lytte til musikk. For de yngste barna var ikke det å holde seg borte fra hjemmet noe alternativ, så de trakk seg inn på sine rom for å leke eller å gjøre andre ting for å få litt avstand til problemene (Riebschleger, 2004; Foster, 2010; Mordoch, 2010; Trondsen, 2011; Fjone et al., 2009).

Å søke til barn de følte seg likestilt med var også en mestringsstrategi. Dette kunne være andre barn med syke foreldre, eller barn som skilte seg ut, for eksempel fosterhjemsbarn (Fjone et al., 2009; Mordoch & Hall, 2008). Å gjøre seg «usynlig» var en strategi som også ble brukt av barna. De var stille på skolen og gjorde det de ble bedt om, for å unngå å bli lagt merke til (Fjone et al., 2009).

En annen mestringsstrategi barna brukte var å tilpasse seg etter foreldrenes humør, og opptre på en måte som de trodde foreldrene ønsket av dem. Barna kunne ta på seg praktiske gjøremål hjemme, eller de forholdt seg tause for å unngå å si noe som kunne utløse negative følelser hos foreldrene (Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2011; Riebschleger, 2004; Fjone et al., 2009; Mordoch & Hall, 2008).

Enkelte av barna begynte å misbruke alkohol og narkotika, og de kom på kant med loven (Mordoch & Hall, 2008). Studier viser at enkelte av barna valgte å flytte for å komme seg bort. Noen valgte å flytte sammen med venner, og andre valgte skoler som lå så langt unna at de måtte flytte, og fikk derfor en unnskyldning for ikke å kunne bo hjemme (Trondsen, 2011; Fjone et al., 2009).

3.5 Barna føler ensomhet og frykter stigmatisering fra samfunnet

Studier viser at barna var redde for å bli stigmatisert av samfunnet (Fjone et al., 2009). Selv om noen av barna ga uttrykk for at de ikke følte skam over sine foreldres sykdom, kunne stigmatisering av psykisk sykdom hindre dem i å snakke om sykdommen (Meadus & Johnson, 2000; Baik & Bowers, 2005). Barna uttrykte ønske om å ha noen å snakke med, ikke bare om seg selv, men også om foreldrenes sykdom. I følge barna ble dette ønsket sjelden imøtekommet, og de endte opp alene med

sine tanker, og det kjentes ofte ensomt å føle seg annerledes (Östman, 2008; Foster, 2010; Oskouie et al., 2009).

Barna fortalte at de trodde at psykisk sykdom var noe som folk tenkte negativt om, og at man kunne bli gjort narr av (Riebschleger, 2004; Foster, 2010; Mordoch & Hall, 2008). Foreldrenes endring i oppførsel påvirket ikke bare familien innad, men også måten de ble sett på av andre (Mordoch & Hall, 2008). De følte seg stigmatisert fordi deres familie ikke var som andre familier. Barna merket at folk på utsiden så på familien deres som annerledes enn «normale» familier, og noen av barna sa også at folk er redd mennesker med psykiske lidelser (Östman, 2008; Oskouie et al., 2009).

Barnas forlegenhet i forhold til foreldrenes sykdom var også en grunn til at det ble mindre kommunikasjon mellom barna og andre mennesker (Oskouie et al., 2009). Noen av barna unngikk å snakke om foreldrenes sykdom og flere barn fortalte at foreldrenes sykdom skulle være en hemmelighet innad i familien, og at man ikke skulle snakke om det (Riebschleger, 2004; Mordoch & Hall, 2008; Ahlström et al., 2011; Baik & Bowers, 2005).

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien var å belyse barns erfaringer som pårørende av psykisk syke foreldre, og hvordan dette påvirker dem i det daglige liv. Funnene fra de vitenskapelige artiklene vil her bli diskutert opp mot relevant litteratur, andre studier og lovverk.

Resultatet i denne studien viser at barn bekymret seg for sine foreldres helse og liv, og at de var engstelige for at de skulle begå selvmord. Dette skapte en frykt hos barna, som gjorde hverdagen usikker og uforutsigbar (Riebschleger, 2004; Mordoch & Hall, 2008; Trondsen, 2011; Östman, 2008; Stallard et al., 2004; Ahlström et al., 2011). Usikkerhet oppleves som noe truende for mennesket, og det skyldes at vi alle har behov for å ha en forutsigbar hverdag, og kontroll over vår livssituasjon (Kristoffersen, 2011, s 154).

Noen av barna i studiene fryktet at foreldrenes sykdom skulle bli verre, slik at dette kunne føre til sykehusinnleggelse og at de selv ble satt i fosterhjem (Riebschleger, 2004; Mordoch & Hall, 2008). I følge Pretis og Dimova (2008) kan gjentatte sykehusinnleggelser og det å være atskilt fra foreldrene, føre til at barna utvikler separasjonsangst. Det kan være vanskelig for barn å være borte fra foreldrene, og noen barn er redde for at de aldri ser sine foreldre igjen dersom de er atskilt. En årsak til dette kan være at de frykter at noe kan skje dem selv eller foreldrene når de ikke er sammen (Creswell & Willetts, 2007, s 21). Noen av barna hadde problemer med å binde seg følelsesmessig til foreldrene, fordi de hadde en frykt for å bli skilt fra dem (Foster, 2010).

Barnets alder, atskillelsens varighet og barnets språkforståelse er avgjørende for hvor godt barnet mestrer å være borte fra sine foreldre, og det er individuelt hvordan barn reagerer på atskillelse. Barnets tilknytnings- og avhengighetsbehov er større dersom det er uro og krise hjemme, og det kan lettere oppstå angst og utrygghet dersom foreldrene ikke er tilstede (Fossen, 2004, s 189-90). John Bowlby var den første til å beskrive tilknytning. Med tilknytning tenker man både på det følelsesmessige båndet, samt adferd som har til hensikt å fremme nærheten mellom barn og deres foreldre (Håkonsen, 2011, s 38). Barn har en evne til å kunne danne tilknytning til flere personer.

Dette kan være relasjoner knyttet til mor og far, andre familiemedlemmer, nære venner av deres familie eller andre omsorgsgivere (Håkonsen, 2011, s 39). I følge studiene knyttet barna nære bånd til den friske forelderen, og de fant også støtte i sine venner, besteforeldre, lærere, naboer og voksne som sto familien nær. Barna uttrykte også at det var viktig for dem å ha et nært forhold til sine søsken (Foster, 2010).

Kunnskap om tilknytning bidrar til at man ser barnet bedre, og barns tilknytningsmønstre er en pekepinn på kvaliteten av den omsorgen de får. Med sin tilknytningsadferd formidler barn hvordan de opplever sin omsorgssituasjon (Killén, 2003).

Barn som har utviklet en trygghet i tilknytning til sine foreldre i tidlige barneår, har større evne til å mestre utfordringer de møter i livet, og det synes også som at dette gjør dem i bedre stand til å regulere sine følelsesmessige reaksjoner. Å ha en godt utviklet følelsesregulering hjelper barna til å møte følelsesmessige belastninger i livet. Dersom dette mangler kan man utvikle en impulsivitet som kan skape utagerende oppførsel, selvskading og gi barnet en destruktiv oppførsel (Håkonsen, 2011, s 39). Killén (2003) hevder at en trygg tilknytning ikke automatisk betyr en god utvikling av barnets helse, men det danner grunnlaget for god helse. Det er også en beskyttelsesfaktor for barnet, når det må forholde seg til belastninger og utfordringer i livet (Killén, 2003). Dersom tilknytningen er usikker og utrygg svekkes de mentaliserende evnene, og med gode mentaliserende evner kan man bedre forstå misforståelser i samspillsituasjoner.

Cree (2003) beskriver i en studie at barn og ungdom forteller om plager man kan sette i sammenheng med psykiske problemer. Dette var søvnevansker, ernæringsmessige problemer, selvskading og selvmordstanker. Studien viser også at flere av barna ble mobbet, og hadde vansker i forhold til både venner og skole. Noen av barna utviklet en utagerende atferd for å kunne lette på trykket. Cree (2003) hevder at problemene varierte ut fra alder og kjønn, og viser til at selvmordstanker, spiseproblemer og rusmisbruk økte med alderen, mens frykten for å bli mobbet så ut til å avta med årene.

I følge studiene frykter barna at de skal arve sykdommen av sine foreldre, eller at den vanskelige barndommen skal påføre dem psykiske plager senere. (Riebschleger, 2004; Trondsen, 2011; Meadus & Johnson, 2000; Oskouie et al., 2011; Foster, 2010). Arvelige egenskaper trenger et miljø for at de skal utvikles, samtidig som man ser at all miljøpåvirkning støter på genetiske grunnlag hos menneskene (Håkonsen, 2011, s 20). Obadina (2009) hevder at barn av psykisk syke foreldre er i

høyriskogruppen for selv å utvikle psykisk sykdom. I denne studien ser man også at oppvekstmiljøet for disse barna også er en faktor som kan medvirke til at de opplever sosiale- og følelsesmessige problemer. Studien viser også at disse barna kan utvikle atferdsproblemer som følge av sin oppvekst.

Dersom man sammenlikner Cree (2008) sin studie opp mot resultatene i disse studiene, kan man tenke seg at en barndom med bekymring og uro påfører barna lidelser de kan komme til å slite med senere i livet. Cree (2008) hevder også at de eldre barna har flere problemer og bekymringer, både i forhold til sin egen helse, samt helsen til den de ivaretar. Dette kan tenkes å ha en sammenheng med at de tilegner seg mer kunnskap om helse og sykdom med årene, samt at de har vært omsorgsgivere over et lengre tidsrom. I følge Manning og Gregoire (2006) har man klare bevis på at foreldres psykiske sykdom påvirker barnas utvikling gjennom hele oppveksten. I likhet med Manning og Gregoire (2006), mener Reupert og Maybery (2007) at barn av foreldre med psykisk sykdom er mer utsatt for å utvikle en dårlig fysisk og psykisk helse, enn barn som vokser opp i hjem uten psykiske problemer.

I studiene beskriver barna redsel for sinne og raseriutbrudd. Noen forteller også om psykiske og følelsesmessige problemer etter å ha fått nedsettende kommentarer fra den syke forelderens. Dette gjør barna urolige, og foreldrenes uberegnelige humør påvirker også barnas følelser. Man ser også at all bekymringen over familielivet gjorde hverdagen utrygg og lite tilfredsstillende for barna (Riebschleger, 2004; Tronsen, 2011; Foster, 2010; Ahlström et al., 2011). Trygghet er viktig i menneskers liv. Psykologen Abraham Maslow hevder at trygghet er et grunnleggende behov, et behov for forutsigbarhet og beskyttelse (Thorsen, 2011, s 107-10). I følge Pölkki, Ervast og Huupponen (2008) kan det se ut som at de yngre barna følte seg tryggere i hjemmet enn de største barna. De yngre barna hadde mer frihet til å være sammen med sine venner, og gjorde seg mer usynlig dersom de følte at den syke forelderens ville være i fred. De eldre barna beskriver at de levde sine liv på den syke forelderens premisser. Denne studien viser også at barn lever i utrygge forhold med foreldre som kan bli både kranglete og voldelig. For barna medfører dette at hverdagen blir utrivelig og vanskelig (Pölkki et al. (2008). Sølvsberg (2011, s 19) hevder at det har vært vanskelig for forskere å både oppdage og fange inn viktige temaer som omhandler barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Han hevder også at det finnes lite litteratur om temaet, og at man ikke har nok systematisk kunnskap.

Studiene beskriver at barna sliter med vekslende følelser for foreldrene. Selv om de har negative følelse som sinne, skyld, bitterhet og frykt, føler de også omsorg og bekymring. På tross av alle de vanskelige følelsene som foreldres psykiske sykdom fører med seg, så uttrykker barn kjærlighet og medfølelse overfor foreldrene. De føler også takknemlighet for at foreldrene gjør så godt de kan i å

vise omsorg (Mordoch & Hall, 2008; Riebschleger, 2004; Östman, 2008; Ahlström et al., 2011; Fjone et al., 2009; Trondsen, 2011).

I resultatet beskrev studiene at noen barn aldri har fått informasjon om sine foreldres sykdom. Flere av barna observerte forandringer i væremåte og sinnsstemning hos den syke forelderen. De skjønnte at noe var annerledes hjemme hos dem, uten at de klarte å sette dette i sammenheng med psykisk sykdom (Riebschleger, 2004; Fjone et al., 2009; Foster, 2010; Trondsen, 2011; Stallard et al., 2004). I følge Kufås, Lund og Myrvoll (2004) er mange barn både mangelfullt informert og feilinformert om sine foreldres sykdom. De hevder at foreldre følte skam over sin situasjon, og derfor kom med «hvite løgner» for å beskytte sine barn. Man forklarte også sykehusinnleggelse som fysiske og somatiske skader og plager istedenfor å si sannheten. Pretis og Dimova (2008) hevder at foreldre prøver å skjule sine symptomer for barna, slik at de ikke skal legge merke til endringer i deres oppførsel. Barn blir ofte undervurdert i denne sammenheng, for på tross av hva foreldrene synes å tro, er barn gode observatører. Eide & Eide (2011, s 170) hevder også at barn merker at noe er galt i familien, og at det er bedre for dem å vite sannheten, enn at de går og fantaserer om hva det kan være.

Studiene beskrev at barn både ønsket og trengte informasjon om sine foreldres sykdom, og at de dannet seg feilaktige oppfatninger når de ikke fikk vite sannheten. Dette innebar også at de kunne ha tanker om at det var deres feil at mor eller far var syk (Baik & Bowers, 2005; Stallard et al., 2004; Trondsen, 2011; Mordoch, 2010). Pretis og Dimova (2008) hevder i likhet med studiene, at det er lettere for barna å knytte forelderens oppførsel til sykdommen dersom de har god nok informasjon (Mordoch, 2010). I følge Pretis og Dimova (2008) kan barna føle skyld, frykt, desorientering og håpløshet dersom de ikke har evne til å kunne tolke sine foreldres symptomer. Deprimerte foreldre kan oppleves både tiltaksløse og tilbaketrukkne (Helsedirektoratet, 2009, s 80-81). For barn som ikke er klar over dette, kan tilbaketrekning oppleves som et tegn på at den syke forelderen ikke er glad i dem (Kufås et al., 2004).

Noen av barna i studiene fikk informasjon av sine foreldre, eller ved å overhøre samtaler mellom de voksne. Noen tilegnet seg informasjon og kunnskap via skole, media eller ved en tilfældighet (Ahlström et al., 2011; Fjone et al., 2009; Mordoch, 2010). Vik (2001) hevder at barna fanger opp situasjoner hjemme, og at man derfor bør snakke med barna på bakgrunn av at de har behov for å vite hva som skjer. I likhet med Vik (2010) hevder Kufås et al., (2004) at barn overhørte samtaler mellom foreldrene, og at ting som ble sagt medførte at barna ble utrygge. Studien viser også at barn tåler å snakke om psykisk sykdom, og at det var verre for foreldrene å snakke om sykdommen. Det er viktig

at man ikke lurer barna, men at man gir sannferdige svar på deres spørsmål. Dette blir en trygghetsskapende faktor for barna, og det gjør dem i stand til å komme med tanker som opptar dem (Fossen, 2004, s 116-17).

Sølvberg (2011, s 35-37) påpeker at det som helsearbeidere er viktig at man er forberedt på at barna ønsker informasjon om sykdommen. De spørsmålene barna først og fremst ønsker svar på er faktainformasjon om sykdommen, som for eksempel hva slags sykdom mor eller far har, og om de kan bli friske igjen. Barna ønsker også informasjon som kan styrke kjærligheten og dempe skyldfølelsen overfor mor/far. Det tredje som blir nevnt er at barna ønsker bekreftelse på at minner de har fra barndommen faktisk er hendelser som har skjedd. I følge Pretis og Dimova (2008), er en av de største utfordringene å kunne gi informasjon som er tilpasset barnets alder. Denne studien viser at selv de yngste barna kan forstå informasjon som blir gitt om foreldrenes sykdom, så lenge denne gis på en måte som barnet er i stand til å forstå. I resultatet beskriver også studiene at barna understreker viktigheten av at de tidlig får informasjon, og at denne blir gitt på en sånn måte at de skjønner den (Mordoch, 2010; Trondsen, 2011). I likhet med studiene hevder Haugland et al. (2012, s 13) at et gjennomgående tema for barn er informasjon. Barn har behov for å vite hva slags konsekvenser foreldrenes sykdom har, både for dem selv, foreldrene og resten av familien. Dersom man er åpen for hvilke tanker barna har, kan man få bekreftet barnas følelser, samt å rette opp eventuelle feiloppfatninger de måtte ha. Barn må få informasjon som er tilpasset hver enkelt, og gis på en sånn måte at det ikke skaper misforståelser, forvirring eller smerte. Haugland et al. hevder også at manglende informasjon kan danne grunnlag for følelsesmessig isolasjon, ensomhet og tabu. Man ser også at manglende informasjon kan føre til at barnet legger skylden på seg selv for foreldrenes sykdom (ibid).

Når man skal kommunisere med barn må man ta barnets alder i betraktning, både når man bruker ord, begrep og nonverbal kommunikasjon. Man må også huske at barn og unge utvikler seg ulikt, og at livssituasjonen også har betydning for hva de klarer å oppfatte og forstå (Eide og Eide, 2011, s 362). Den kognitive utviklingen hos barn handler om hvordan barn lærer seg å oppfatte og forstå omgivelsene sine, og måten de forholder seg til dette. Piaget hevder at måten barn best kan tilegne seg kunnskap om omgivelsene sine, er når det er samsvar mellom stimuleringen, og den evnen barnet har til å ta imot denne informasjonen (Håkonsen, 2011, s 44).

Jean Piagets teori om kognitiv utvikling er nyttig i forståelsen av kommunikasjon med barn og unge. Piaget deler barnets utvikling inn i 4 stadier: (0-2 år), (2-7 år), (7-11 år) (11 år og fremover). Barn har

normalt liten evne til å tenke abstrakt, og dette har stor betydning for et kommunikativt samspill. Ord og begrep har ikke den samme betydningen for personer med og uten evne til å tenke abstrakt. Man må også ta i betraktning at barn og unge har ulik evne til å oppfatte og forstå, og at dette relateres til medfødte egenskaper og sosial trening. Barnas utvikling varierer også, og noen barn er vant til å snakke om ting, mens andre ikke har så lett for å sette ord på ting. Evnen til logisk tenkning kan også forstyrres av følelser, sånn som sinne, frykt og usikkerhet (Eide & Eide, 2011, s 362).

I en norsk undersøkelse gjort av Bugge (Bugge, 2001, gjengitt i Eide & Eide 2011, s 373), viser det seg at sykepleier ser viktigheten av omsorg for barn og unge som pårørende, men at de ikke var så fornøyd med den støtten de ga. Den samme undersøkelsen viser at sykepleier er usikre på hvordan de skal møte barn og unge som pårørende (Eide & Eide, 2011, s 373). Moen (2012, s 18) hevder også at man unngår disse barna, fordi man er redd for at man blander seg bort i noe man ikke har noe med. Håkonsen mener at helsearbeidere bør ha kunnskap om grunnleggende kommunikasjonsteknikker (Håkonsen, 2011, s 287). Å kunne kommunisere godt kvalitetssikrer vårt helsearbeid (Eide & Eide, 2011, s 21). En annen undersøkelse gjort av Bugge (Bugge, 2006:69 henvist i Eide & Eide 2011, s 374), viser at dersom barna får god oppfølging med direkte og åpen kommunikasjon, kan dette bidra til at ubehag og sorgrelaterte symptomer blir mindre.

Haugland et al. (2012, s 12) hevder at en lovpålagt plikt kan bidra til at enda flere får en god oppvekst, og dermed klare seg bedre. Selv om man har fått lovendringer som har vært positive, har de også noen svakheter i forhold til at kommunehelsetjenesten ikke er omfattet av lovbestemmelsen om at man skal oppnevne en barneansvarlig. I følge Sømme, Notø og Hovland (2013) garanterer ikke de nye lovendringene at omsorgen for barna blir endret vesentlig. Med disse lovendringene fikk mindreårige barn en rettighetsstatus endret til pårørendestatus. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder som skal være til hjelp for å kartlegge og vurdere hva slags omsorgs- og opplysningsbehov barna har. Man kommer også med råd om å være oppmerksom på disse «flinke barna» som mestrer situasjonen (ibid). Moen (2012, s 39) forteller også om de barna som er så veltilpassede og snille, og så flinke at de selv blir syke når de vokser opp. Sømme et al. (2013) påpeker at man fortsatt er i en tidlig fase i forhold til de nye lovendringene, og at man må tydeliggjøre ansvar, samarbeid og grenseoppganger som følger med disse endringene. Man bør også sette i gang en evaluering av praksis som er knyttet til

lovendringene, slik at man får avdekket eventuelle opplæringsbehov, ulike problemstillinger og spørsmål man måtte ha.

Sølvberg (2011, s 29-30) hevder at helsevesenet har gjort grove unnlattelsessynder når det gjelder å ivareta barn av psykisk syke, og at man kan undre seg over hvordan de har klart å overse hvilke konsekvenser det har for barn når omsorgspersonen deres blir syk. I følge Sølvberg er både faglitteratur og sykehusrutiner skyld i at man ikke har lagt merke til den sykes barn. Han hevder i likhet med (Moen, 2012) barna har vært «usynlige».

I følge studiene utviklet barna ulike mestringsstrategier for å klare seg i hverdagen (Trondsen, 2011; Foster, 2010; Fjone et al., 2009; Meadus & Johnson, 2000; Mordoch & Hall, 2008; Ahlström et al., 2011; Riebscleger, 2004). Når man opplever stress, konflikter og kriser, ønsker man alltid å kunne få snudd disse negative følelsesopplevelsene. Lazarus og Folkman beskriver to former for mestring: problemfokuseret og følelsesmessig fokusert mestring. Ved problemfokuseret mestring har man fokus på en aktuell situasjon. Her vil man forsøke å endre, løse eller å avslutte det man føler er vanskelig og problematisk med denne situasjonen. Når man snakker om følelsesmessig fokusert mestring, vil man ha fokus på de følelsesmessige problemene som en gitt situasjon eller opplevelse gir. Man forsøker da å redusere eller fjerne de ubehagelige følelsene uten å endre på sin situasjon (Lazarus og Folkman, gjengitt i Håkonsen, 2011, s 279-80). Håkonsen (2011, s 281) hevder også at man kan finne følelsesmessige mestringsstrategier som ikke er særlig modne og hensiktsmessige, disse har mer som hensikt å hjelpe oss til å overleve. Eksempler på slike mestringsstrategier er rusmisbruk og utagering. Murdoch & Hall, (2008) beskriver også dette, ved at noen av barna droppet ut av skole og ble innblandet i kriminelle handlinger. Noen av barna misbrakte også alkohol og narkotika. Man ser av studiene av barna bruker både problemfokuseret- og følelsesmessig mestring, og at noen av barna også velger de følelsesmessige mestringsstrategiene som ikke er så modne.

I studiene ser man at barna søker seg bort fra hjemmet som en mestringsstrategi, og brukte da tiden på fritidsaktiviteter og venner (Trondsen, 2011; Foster, 2010; Fjone et al., 2009). Man ser at alderen på barna kunne være en begrensning for å benytte dette som en mestringsstrategi. For de yngste barna var ikke dette noe alternativ, så de trakk til sine rom for å leke eller få et pusterom (Mordoch & Hall, 2008). I en studie beskriver Smeby (Smeby 1999, gjengitt i Kirkevold & Ekern 2001, s 119) at for å takle den syke foreldereren stakk de av hjemmefra når situasjonen ble uutholdelig, eller bare unngikk den syke foreldereren.

Barna gjorde seg «usynlige» ved å forholde seg tause og gjøre det de fikk beskjed om på skolen. På denne måten var det ingen som la merke til dem, og de unngikk derfor at andre fikk vite noe om hvordan de hadde det hjemme (Fjone et al., 2009). Barn som vokser opp med foreldre som har psykiske plager eller rusproblemer blir ofte omtalt som «de usynlige». Man kan tenke seg at dette er barn som har et for stort ansvar, eller bærer på en hemmelighet som de ikke vil at andre skal vite om (Moen, 2012, s 17).

Barn føler ofte skam over sine foreldres sykdom, på grunn av stigmatiseringen man forbinder med psykisk sykdom (Obadina, 2010). Studiene beskriver også at barna frykter å bli stigmatisert av samfunnet. Dette kan føre til at de ikke klarer å snakke med noen om foreldrenes sykdom, selv om de har et ønske om det. Barna beskrev også at psykisk sykdom er noe man tenker negativt om, og at man er redd mennesker med psykiske lidelser. De merket også at folk på utsiden betraktet familien deres som «unormale». Barna følte det ensomt å være annerledes og de var ofte alene med sine tanker (Fjone et al., 2009; Meadus & Johnsen, 2000; Baik & Bowers, 2005; Östman, 2008; Foster, 2010; Oskouie et al., 2009; Riebschleger, 2004; Mordoch & Hall, 2008). Det er forhold i samfunnet som skaper avvikere, og Hummelvoll (2012, s 118) definerer avvik som brudd på kulturelle normer.

Stigmatisering ved sykdom har negative konsekvenser for den syke, både i forhold til det sosiale liv og for måten den syke ser på seg selv. Man kan oppleve at samfunnet ikke ser personen, men at det er avviket eller sykdommen man fester seg ved. Ved stigmatiserende sykdommer har man en tendens til å miste empati og medfølelse med den som er syk. Dette kan også overføres til de som omgås denne personen, slik at også pårørende blir sett på som «annerledes». Følelsen av å være annerledes kan føre til dårlig selvfølelse, isolasjon og ensomhet (Norvoll, 2010, s 107). I studiene beskriver barna at deres forlegenhet i forhold til foreldrenes sykdom, fører til at de unngår å snakke om foreldrene. Flere av barna fortalte også at foreldrene ikke ønsket at de skulle snakke om det, og at det skulle være en familiehemmelighet (Oskouie et al., 2009; Riebschleger, 2004; Mordoch & Hall, 2008; Ahlström et al., 2011; Baik & Bowers, 2005). Pölkki et al., (2008) beskriver også at foreldrenes sykdom var en hemmelighet som man følte skam over, og at barna ikke fikk lov å fortelle slekt og venner om hva som foregikk hjemme.

I studiene beskrev barna seg selv som en ekstra voksen i familien, og at de gikk inn i en «voksenrolle» i de periodene hvor dagliglivet ikke fungerte hjemme. Noen av barna uttrykte at dette ikke var noe de selv ønsket, men at de følte de måtte ta ansvar når ingen andre gjorde det (Oskouie et al., 2011; Trondsen, 2011; Foster, 2010; Östman, 2008; Meadus & Johnson, 2000; Fjone et al., 2009). I følge

Obadina (2010) tar ikke bare barna på seg en omsorgsrolle for sine foreldre, de tar også ansvar for oppgaver som må gjøres i hjemmet. Noen av barna hadde også ansvar for yngre søsken. Ofte var denne ansvarsrollen noe barna holdt for seg selv. Kallander (2010) hevder i sin studie at barn i perioder kan bli utsatt for omsorgsoppgaver som innimellom kan være utfordrende for dem. Selv om mange barn går inn i en omsorgsrolle, ser man at dette ikke gjelder alle.

Kallander (2010) viser til (Aldridge & Becker, 2003; Dearden & Becker, 2002; Becker, 2007) og hevder at det er flere ulike faktorer som medvirker til at barna tar på seg denne omsorgsrollen. Dette kan være sykdommens alvorlighet, om barna bor sammen med den syke forelderen, eller med en syk aleneforelder og om foreldrene mottar god nok hjelp og støtte fra hjelpeinstanser. Man kan også tenke seg at jenter tar mer ansvar enn gutter, og at eldre barn kan utføre flere omsorgsoppgaver enn de yngre barna. Enebarn er også mer utsatt for å ta mer belastende oppgaver. En annen avgjørende faktor er barnas kjærlighet til forelderen og deres grad av tilknytning (Kallander, 2010). Selv om ansvarsrollen kan være belastende beskriver studiene at enkelte av barna opplevde ansvarsrollen som positiv. Dette begrunner de med at de fikk positive tilbakemeldinger fra andre i forhold til at de opptrådte så ansvarsfullt hjemme (Foster, 2010; Ahlström et al., 2004), og andre følte glede over å være til hjelp for familien (Trondsen, 2011).

4.2 Metodediskusjon

Når man skal skrive en metodediskusjon, skal man vise at man kjenner til både styrker og svakheter ved sitt prosjekt (Malterud, 2010, s 120).

I starten av artikkelsøkingen ble det søkt på Medline, og Cinahl via Helebiblioteket.no, og dette kan ha påvirket funnene. Søk via Helsebiblioteket ga andre funn enn søk via Hint sin database. Det er variert bruk av focus, explode og include all subheadings, noe som også kan ha påvirket funnene både positivt og negativt. Det er brukt et begrenset antall søkeord, men de som ble brukt var dem det ble flest relevante treff på.

Når man foretar et intervju som skal beskrive de opplevelsene intervjupersonen har om sin livsverden, er det viktig at man får frem beskrivelser av denne personens følelser og handlinger på en så nøyaktig måte som mulig. I tillegg ønsker man å vite hvordan ulike situasjoner og hendelser oppleves helt konkret (Dalland, 2013, s 157).

Totalt 143 barn deltok som informanter i intervju, og av disse blir det oppgitt at 57 er gutter og 86 er jenter. Flere faktorer kan ha innvirket på resultatet av studien. For det første er det en overvekt av jenter i studiene, og studier viser at jenter bekymrer seg mer over problemer og sitt eget velbefinnende, og også oftere har omsorgsroller enn gutter (Cree, 2003; Kallander, 2010).

I åtte av de 12 inkluderte studiene er det i hovedsak mødre som er den syke forelderens. Mødre som er følelsesmessig tilgjengelig for sine barn, og som møter sine barns behov, danner grunnlaget for at barna skal utvikle en god selvfølelse, identitet, tilknytning og følelsesregulering. Depresjoner hos mor kan føre til at barns følelses- og adferdsmessige utvikling påvirkes, samt at også den kognitive utviklingen kan forstyrres (Manning & Gregoire, 2006). Man kan derfor tenke seg at dette kan påvirke resultatet, på grunn av at man ser at psykiske lidelser hos mor påvirker barna mer enn psykiske lidelser hos far.

I følge Eide & Eide (2011, s 364) begynner barn å tenke mer logisk i alderen 4-8 år. De ser fortsatt det meste ut fra seg selv, og det klarer ennå ikke å overføre hendelser som har skjedd for en tid tilbake, i en sammenhengende fortelling. I denne alderen tror de fortsatt at det er deres feil om det skjer noe

hjemme, for eksempel når mor eller far blir syk. Man kan derfor tenke seg at studier med barn helt ned i 6-års alderen muligens ikke helt lykkes med å få frem barns erfaringer. Resultatet i studien kan også ha blitt påvirket av at noen av studiene intervjuet voksne om deres erfaringer fra barndommen. Postholm (2010, s 161) mener at når man skal intervju barn og unge kreves sensitivitet og omtanke. Man må også kjennskap til hvordan de ulike aldersgruppene kommuniserer, og man må også ha kunnskap om hvilke kognitive og utviklingsmessige forutsetninger de har.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse barns mestring i hverdagen, som pårørende av foreldre med psykiske lidelser.

- Barna bekymret seg for at foreldrene skulle ta sitt liv, og dette skapte en usikker og uforutsigbar hverdag.
- Barna fryktet å bli atskilt fra foreldrene, og dette førte til at noen av barna hadde problemer med å knytte seg til sine foreldre.
- Flere av barna var redde for å arve sykdommen av sine foreldre, eller at påkjenningene i barndommen skulle føre til psykiske plager senere i livet.
- Barnas følelser ble påvirket av foreldrenes uberegnelige humør, og bekymringene for familielivet gjorde hverdagen utrygg og lite tilfredsstillende. Noen av barna beskriver at de har vekslende følelser for sine foreldre. Selv om de føler både sinne og frustrasjon, er de også bekymret for den syke forelderens, og beskriver både omsorg og omtanke.
- Flere av barna har aldri fått informasjon om sine foreldres sykdom, selv om de understreker at dette er noe de både ønsker og trenger. De barna som fikk informasjon om sykdommen fikk den av foreldre eller helsepersonell. Noen av barna snappet opp informasjon ved å overhøre samtaler mellom de voksne, ved en tilfeldighet, via venner eller skole, og noen fikk sin informasjon gjennom media.
- Barna ønsker i hovedsak informasjon om hva slags sykdom mor eller far har, og om de kan bli friske igjen.
- Barna utviklet ulike mestringsstrategier for å håndtere foreldrenes sykdom. Den mest brukte strategien var å holde seg borte fra hjemmet. Når de ikke hadde den muligheten trakk de til sine rom.
- Flere av barna følte skam over sine foreldre, og fryktet stigmatisering fra samfunnet.
- Barna opplevde ofte seg selv som en ekstra voksen i familien.
- Selv om sykdommen var en belastning for barna, beskriver flere sine erfaringer som positive. Noen forteller at de fikk tilbakemeldinger om at de var ansvarsfulle, og andre beskriver at de har utviklet en modenhet og en selvstendighet gjennom sine foreldres sykdom. For noen av barna utviklet selvfølelsen seg, og de var glade for å være til hjelp for familien.
- For noen av barna har foreldrenes sykdom medført ensomhet og lav selvfølelse.

Vi har alle en mental helse, og som nevnt i introduksjonen vil annenhver nordmann oppleve en eller annen psykisk lidelse i livet. Det er nærliggende å tro at mange av disse menneskene har barn, og i en

jobb som sykepleier vil man møte flere av disse menneskene og deres barn. I denne oppgaven har jeg belyst hvordan det oppleves for barn å vokse opp som pårørende av psykisk syke foreldre, og hvordan dette påvirker barna i hverdagen.

I søkene etter forskning på dette området ble det funnet lite forskning som kan gi en pekepinn på om disse barna blir mer ivaretatt etter at de nye lovendringene kom. Det hadde vært interessant å sett hva slags tiltak som eventuelt har blitt satt i gang, og hvilken effekt disse tiltakene har hatt for barna. Det er tydelig at barn som pårørende har stort behov for å bli sett, og for å få tilstrekkelig informasjon. Det er viktig at man blir flinkere til å fange opp disse barna, slik at de kan få redusert sine bekymringer og ansvar.

Erfaringer jeg har gjort meg i arbeidet med denne oppgaven, viser at man fortsatt har behov for å forske videre på barn av psykisk syke. Det man ser i flere studier, og som også var funn som ble gjort i forhold til denne oppgaven, er at disse barna er utsatt for selv å utvikle psykiske lidelser. Ved at man satser på forebygging fremfor behandling, kan man spare samfunnet økonomisk, men viktigst av alt er at man kan klare å fjerne, eller i det minste å redusere vanskelige livssituasjoner for flere familier.

6.0 Litteraturliste

Ahlström, B.H., Skärsäter, I. og Danielson, E. (2011). Children's view of a major depression affecting a parent in the family. *Issues in Mental Health Nursing*, 32: 560-567.

Askland, L. og Sataøen, S.O. (2013). *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Backe-Hansen, E. (2009, 23. mars). *Barn*. Hentet 24. april 2014 fra

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/>

Baik, S. og Bowers, B. (2005). Living with a mother with chronic depression: to tell or not to tell? *The Internet Journal of Mental Health*, 3(1): 1-14.

Cooklin, A. (2006). Children as carers of parents with mental illness. *Psychiatry*, 5(1): 32-35.

Creswell, C. og Willetts, L. (2012). *Å bekjempe frykt og bekymring hos barn*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Cree, V.E. (2003). Worries and problems of young carers: issues for mental health. *Child and Family Social Work*, 8: 301-309.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, T. og Eide, H. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fjone, H.H., Ytterhus, B. og Almvik, A. (2009). How children with parents suffering from mental health distress search for 'normality' and avoid stigma: to be or not to be...is not the question. *Childhood* 16(4): 461-477.

FN. (1989). FN's konvensjon om barns rettigheter. Hentet 24. april 2014 fra

<http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Fordypning/Barns-rettigheter>

FN. (2014, 14. februar). *UN World Youth Report 2013*. Hentet 24. April 2014 fra

<http://www.fn.no/Bibliotek/Rapporter/Barn-og-unge/UN-World-Youth-Report-2013>

Folkehelseinstituttet. (2011, 11. januar). *Psykisk helse i Norge*. Hentet 10. april 2014 fra

<http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>

Fossen, A. (2004). *Snakk med barn om følelser: En fellesskapbok for voksne og barn*. Oslo: Kommuneforlaget.

Foster, K. (2010). 'You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of Clinical Nursing* 19: 3143-3151.

Førde, R. (2009, 11. februar). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 14. april 2014 fra

<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Gude, T., Dørheim, S.K., Bjørngaas, H.M. og Maridal, H.K. (2012). Husk mental helse. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 20(132): 2263-2264-

Haugland, B.S.M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende: Mor Far er syk*. Rundskriv IS-5.

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale Retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. IS-1561.

Håkonsen, K.M. (2011). *Innføring i psykologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kallander, E.K. (2010). Skjulte unge omsorgsarbeidere. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 7(3): 206-216.

Killén, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24: 573-587.

Kristoffersen, N.J. (2011). Stress og mestring. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg.).

Kufås, E., Lund, K. og Myrvoll, L.R. (2004). Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 1(3): 35-48.

Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov av 20. juni 2008 om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Manning, C. og Gregoire, A. (2006). Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*, 5(1): 10-12.

Meadus, R.J. og Johnson, B. (2000). The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7: 383-390.

Moen, G.L. (2012). *Barns møte med psykiske lidelse: en datters historie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Mordoch, E. (2010). How children understand parental mental illness: "You don't get lifeinsurance. What's life insurance?".

Mordoch, E. og Hall, W. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18(8): 1127-1144.

Mykletun, A. og Knudsen, A.K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport nr. 8. Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Norvoll, R. (2010). Sosiale avvik og sosial kontroll. I: Brodtkorb, E. og Rugkåsa, M. (red.). *Mellom mennesker og samfunn* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

NTNU. (2010, 17. desember). *Kildekritikk*. Hentet 9. April 2014 fra

<http://www.ntnu.no/viko/kildekritikk>

- Obadina, S. (2010). Parental mental illness: effects on young carers. *British Journal of School Nursing*, 5(3): 135-139.
- Oskouie, F., Zeighami, R. og Joolae, S. (2011). Outcomes of parental mental illness on children- a qualitative study from Iran. *Journal of Psychosocial Nursing* 49(2): 32-40.
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pretis, M. og Dimova, A. (2008). Vulnerable children of mentally ill parents: towards evidence-based support for improving resilience. *Support for Learning*, 23(3): 152-159.
- Pölkki, P., Ervast, S.A. og Huupponen, M. (2008). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social Work in Health Care*, 39(1-2): 151-163.
- Rabbe, A. (2010). Usynlige barn?. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 7(3): 260-262.
- Reupert, A. og Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3): 362-369.
- Riebschleger, J. (2004). Good days and bad days: the experience of children of a parent with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1): 25-31.
- Slettebø, Å. (2010). *Etikk i sykepleien* (2. utg.). I: Brinchmann, B.S. (red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smeby, N.A. (2001). Samarbeid med familien i psykiatrien. I: Kirkevold, M. og Ekern, K.S. (red.). *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stallard, P., Norman, P., Huline-Decker, S., Salter, E. og Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children: a descriptive study of the views of parents and children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1): 39-52.

Sømme, R., Notø, T. og Hovland, A. (2013). Likhhet for loven?. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50: 685-687.

Torvik, F.A. og Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Rapport nr. 4. Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Trondsen, M.V. (2011). Living with a mentally ill parent: exploring adolescents experiences and perspectives. *Qualitative Health Research*, 22(2): 174-188.

Universitets- og høgskolerådet. (2004). *Vekt på forskning: Nytt system for dokumentasjon av vitenskapelig publisering*. Hentet 29. april 2014 fra

http://dbh.nsd.uib.no/kanaler_old/nye_kanaler.do

Vik, K. (2002). Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre. *Sykepleien*, 90(7): 43-46.

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness- investigating their everyday situation. *Nord Journal of Psychiatry*, 62: 354-359

Vedlegg:

Tabell 1, oversikt over søkeresultat

Database og dato	Avgrensning	Søkeord	Treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Inkluderte
Medline 26.03.14		Parents AND mental illness AND child of impaired parents	152	38	7	5	4
Medline 05.04.14		Child of impaired parents AND parental mental illness AND parent-child relations	3	2	1	1	1
Psyc Info 08.04.14		Mentally ill parents	165	25	3	1	1

Tabell 2, Innholdsanalyse

<p>Foreldrenes psykiske sykdom skapte følelser som skyld, skam, forlegenhet, frykt og stigma hos barna</p>	<p>Barn bekymrer seg hele tiden for sine foreldre, og frykter for deres helse og liv</p>	<p>Foreldrenes sykdom gjør barnas hverdag uforutsigbar</p>
<p>Barna bekymret seg over foreldrenes dårlige helse, og en kilde til frykt var at forelderen kunne skade seg selv. De var klar over tidligere selvmordsforsøk, og fryktet at dette kunne skje igjen</p> <p>Frykten for å miste foreldrene kastet en mørk skygge over barnas hverdag</p> <p>Barna er bekymret for at foreldrene skal ta selvmord, og føler tristhet over at foreldrene må på sykehus dersom sykdommen blir verre</p> <p>Barna følte et stort ansvar for at foreldrene skulle holde seg i live, og følte seg energiløse ved tanken på hva</p>		

<p>sykdommen kunne gjøre med familien</p> <p>Følelsen av frykt er fundamental, i hovedsak på grunn av de raske humørsvingningene og forverring av foreldrenes sykdom</p> <p>Familielivet kunne bli snudd på hodet fra det ene øyeblikket til det andre, og det førte til ustabilitet og uforutsigbarhet</p> <p>Barna frykter foreldrenes sinne og raseriutbrudd</p> <p>Barna forteller om frykt og bekymring utløst av foreldrenes forandring fra en «normal» forelder, til en forelder med en krevende sykdom</p> <p>Barna forteller om foreldrenes forskjellige «ansikt», noen ganger kjærlig og støttende og</p>	<p>Humørsvingninger og ustabil oppførsel skaper frykt, bekymring og uforutsigbarhet i barns hverdag</p>	
---	---	--

<p>andre ganger sint og voldelig</p> <p>Barna forbandt foreldrenes sykdom med humørsvingninger og uforutsigbar oppførsel</p> <p>Barna opplevde usikkerhet i forhold til hva som kunne skje fra en dag til den neste</p> <p>Foreldrenes psykiske plager påvirket også barna mentalt ved at de ble engstelige, fikk lav selvfølelse og følte håpløshet</p> <p>Foreldrenes sykdom førte til at barna følte seg ensomme, sjenerte og fikk lav selvfølelse</p> <p>Barnas følelse av håpløshet førte til at de ikke klarer å sette seg mål i livet</p>	<p>Foreldrenes sykdom påvirker barns hverdag og fremtidshåp, og de blir engstelige og får lav selvfølelse</p>	
--	---	--

<p>Barna hadde problemer med å planlegge sin hverdag og sin fremtid</p> <p>Barna følte håpløshet i forhold til framtiden på grunn av mangel på støtte</p> <p>Foreldrenes sykdom la en sort skygge over barnas liv, og framtiden føltes meningsløs</p> <p>Barna fortalte om skamfølelse overfor venner, og inviterte derfor aldri venner hjem til seg fordi de aldri visste hvordan situasjonen var hjemme</p> <p>Barna føler det er utfordrende å betro seg til noen, for de føler at uansett hvor mye de forteller om sin situasjon, vil aldri noen helt forstå dem. De holder mange tanker og følelser inni seg, redd for å misbruke</p>	<p>Barn ber aldri venner hjem til seg på grunn av foreldrenes sykdom</p>	
--	--	--

<p>vennskap og kjede sine venner</p> <p>Noen av barna hadde andre nære slektninger de kunne snakke med, og deres kunnskap hjalp barna til å forstå problemer i forhold til foreldrene. De fikk da et trygt sted å gå til, hvor de kunne lufte sine bekymringer og lettet sine tanker</p> <p>Barna forteller at de ofte er alene med tanker og følelser i hverdagen</p>	<p>Sykehusopphold skaper frykt hos barn, både i forhold til at foreldrene kan dø, eller at barna blir satt i fosterhjem</p>	
--	---	--

<p>Når foreldrene ble innlagt på sykehus skapte dette frykt og angst hos barna, både i forhold til hva som kunne skje dem selv og foreldrene</p> <p>Barna assosierte sykehusopphold med døden, og var redd foreldrene skulle dø</p> <p>Barna fryktet at de ble satt i fosterhjem dersom foreldrene ble innlagt på sykehus, og at de kunne miste kontakten med dem</p> <p>Barna fortalte at de til tider tok på seg foreldrerollen og var omsorgsgiver for både foreldre og søsken</p> <p>Selv om den friske forelderen var tilstede tok barnet en foreldrerolle, fordi dette var så forankret i hverdagen at det var vanskelig å gå tilbake på det</p>	<p>Barn tar ansvar når ingen andre gjør det, og går inn i en voksenrolle som legger store byrder på dem</p>	<p>Stort ansvar på små skuldre</p>
--	---	------------------------------------

<p>Barna fortalte at det av og til var vanskelig å avgjøre hvem som var forelder og hvem som var voksen</p> <p>Barna tok ansvar når ingen andre gjorde det og det gav dem tunge byrder</p> <p>Ustabilitet i foreldrerollen medførte at barna ble fort voksne, og barna fortalte om motsatte roller, hvor de gikk inn i voksenrollen</p> <p>Søskenforhold var viktig for barna, og de tok ansvar for sine yngre søsken</p> <p>Barna tok ansvar for husarbeid, matlaging og andre praktiske gjøremål, og beskrev seg selv som en ekstra voksen i familien</p>	<p>Barn bruker ulike mestringsstrategier for å komme seg gjennom dagene</p> <p>De holder seg borte mest mulig fra hjemmet</p>	<p>Barna benytter ulike mestringsstrategier i hverdagen</p>
---	---	---

<p>Barna søkte til barn de følte seg likestilte med, for å mestre følelsen av å være annerledes</p> <p>Barna tok «time-out» fra sine foreldre ved å gå til sine rom, var sammen med venner, gikk ut i naturen eller gjorde andre fritidsaktiviteter</p> <p>Barna holdt seg borte fra hjemmet mest mulig, overnattet hos venner eller flyttet hjemmefra</p> <p>Å lese eller å lytte til musikk var en måte barna kunne finne ro på</p> <p>Barna gjorde det de kunne for ikke å være i veien, og de tilpasset seg ut fra humøret til foreldrene</p> <p>Barna som hadde kunnskap om foreldrenes sykdom klarte lettere å forholde seg til deres symptomer og oppførsel</p>	<p>Når de er hjemme tilpasser de seg foreldrene, og trekker til sine rom for å lese, lytte til musikk eller leke</p> <p>Barn med kunnskap og informasjon mestrer bedre hverdagen hjemme</p> <p>Barn beskriver sykdommen ut fra endringer de observerer i oppførsel og humør hos foreldrene</p>	<p>Mangel på informasjon skaper frykt og frustrasjon</p>
--	--	--

<p>Barnas forståelse av psykisk sykdom var endringer i oppførsel og fysisk helse</p> <p>Det var få av barna som visste noe om diagnosen hos foreldrene, de fleste beskriver sykdommen ut fra foreldrenes oppførsel</p> <p>Barna observerte endringer i humør og oppførsel hos foreldrene lenge før de ble informert om sykdommen</p> <p>Barna lærte om sykdommen over tid, ved å sammenligne sin familie med andre familier</p> <p>Det var mangel på informasjon både innen familien og utenfor hjemmet, og dette førte til mange ubesvarte spørsmål som skapte frykt, bekymring og frustrasjon hos barna</p>	<p>Mangel på informasjon og kunnskap skaper frykt, bekymring og frustrasjon hos barna</p> <p>Det er viktig at barn får forståelig informasjon om sykdommen, for å unngå at de danner seg feilaktige tanker rundt sykdommen</p>	
---	--	--

<p>Mangelen på informasjon og åpenhet om sykdommen møtte også barna blant andre voksne som slektninger, lærere og helsepersonell</p> <p>Barna ble også mer bekymret av mangel på informasjon både i forhold til sykdomsbilde og behandling</p> <p>Barna som ikke hadde kunnskap og informasjon dannet seg egne bilder av situasjonen og feilaktige tolkninger som skapte bekymring</p> <p>Barna forteller at det er viktig å få informasjon om sykdommen, og at denne informasjonen er forståelig</p> <p>Taushet rundt psykisk sykdom skapte feilinformasjon hos barna</p>	<p>Barn fikk vite om sykdommen av ulike årsaker</p>	
--	---	--

<p>Mangelen på forståelse og kunnskap om foreldrenes sykdom skapte frustrasjon, frykt og usikkerhet hos barna</p> <p>Barna forteller at foreldrene ikke ville si noe for å unngå å påføre barna bekymring, mens barna sa at det som skapte bekymring var å ikke vite hva som skjedde</p> <p>Den friske forelderens ga barna råd om hva barnet kan gjøre i forhold til den andre forelderens sykdom</p> <p>Barna fikk ikke vite noe om sykdommen før de direkte spurte den friske forelderens</p> <p>Selvmoordsforsøk, forsvinning, psykose og innleggelse i sykehus var noen årsaker til at barna fant ut at foreldrene hadde en psykisk sykdom</p> <p>Barna overhørte samtaler mellom de syke foreldrene</p>		
---	--	--

<p>og andre voksne, og lærte om sykdommen på denne måten Barna forteller at de følte seg «usynlige»</p> <p>Barna fortalte at psykisk sykdom var noe andre tenkte stygt om, og at folk blir mobbet for dette</p> <p>Barna fortalte at folk er redde for psykisk syke, og at andre så annerledes på deres familie enn de gjorde på «normale» familier</p>		<p>Barna føler ensomhet og frykter stigmatisering fra samfunnet</p>
---	--	---

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Tabell 3, Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter/ År/ Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kvalitet
Ahlström et al. 2011 Sverige	Belyse fra barnas perspektiv hvordan familielivet oppleves når en forelder lider av alvorlig depresjon	Kvalitativ studie, individuelle intervju	8 barn i alderen 6-26 år	Barna trenger hjelp til å håndtere sin ansvars- og ensomhetsfølelse overfor foreldrene. Viktig med familieintervensjoner, og fokus på barnas støtte i familielivet.	Nivå 1
Baik & Bowers 2005 USA	Å undersøke hvordan barna blir klar over sin mors depresjon over tid	Kvalitativ studie, dybdeintervju	5 voksne barn av psykisk syke mødre	Barna i studien følte skyld for at mor hadde en depresjon, fordi de ikke hadde forståelse og informasjon om sykdommen	Fagfellevurdert
Fjone et al. 2009 Norge	Å øke kunnskapen om hvordan det oppleves for barn å vokse opp med foreldre som har mentale lidelser, ved å la barna fortelle om seg selv for å unngå stigmatisering og for å bli sett på som «normal».	Dybdeintervju	20 barn i alderen 8-22 år, 6 gutter og 14 jenter	Barn som lever sammen med foreldre med mentale lidelser har det samme ønske som andre barn når det kommer til hvordan de vil være, og de kjemper for å bli likestilt. De ønsker å bli sett på som «normale» unge mennesker.	Nivå 2

Foster 2010 Australia	Å undersøke erfaringene barn har gjort seg i oppveksten med psykisk syke foreldre	Fortolkende kvalitativ studie, intervju	10 voksne barn av psykisk syke, 8 kvinner og 2 menn	Mangel på kunnskap og informasjon om foreldrenes psykiske sykdom påfører barna store ansvarsroller og byrder i oppveksten	Nivå 2
Meadus & Johnson 2000 Canada	Å beskrive fra ungdommers perspektiv, deres erfaringer med å leve sammen med en forelder som har en stemningslidelse	Fenomenologisk studie Intervju	5 ungdommer i alderen 13-18 år ble spurt 3 jenter på 17 år deltok	De «glemte barna» må ofte forholde seg til sine foreldres sykdom i ensomhet, på grunn av helsepersonells oppmerksomhet rundt barnas frykt, frustrasjon og problemer med å takle den syke forelderen	Nivå 1
Mordoch & Hall 2008 Canada	Å forklare hvordan barna forstår og håndterer sentrale problemer i sine liv	Grounded theory	22 barn i alderen 6-16 år, 14 gutter og 8 jenter	Studien har belyst hvordan barn oppfatter det å leve med en psykisk syk forelder, og barnas mangel på ressurser som kan hjelpe dem til å håndtere sin situasjon	Nivå 2
Mordoch 2010 Canada	Å finne svar på hvordan barn lærer om og forstår mentale lidelser, og hva vil disse barna fortelle andre barn som lever	Sekundær analyse, intervju	22 barn i alderen 6-16 år, 14 gutter og 8 jenter	Det finne få formelle intervensjoner som hjelper barna å forstå mentale lidelser. Barn trenger tjenester som minimerer den negative effekten av foreldres sykdom, styrker	Nivå 1

	med foreldre som har mentale lidelser			familiebånd og ivaretar barnas sikkerhet	
Oskouie et al. 2011 Iran	Å utforske resultatet av hvordan foreldrenes psykiske sykdom påvirker barna	Grounded theory	10 barn i alderen 17-26 år (gj.snittsalder er 22 år), 6 jenter og 4 gutter	Funnene i denne studien viser at det er stort behov for programmer som hjelper hele familien, og ikke bare den som er syk	Nivå 1
Riebschleger 2004 USA	Å utforske fra barns perspektiv hvordan det er å leve i det daglige i en familie hvor en av foreldrene er psykisk syk	Sekundær analyse, intervju	22 barn i alderen 5-17 år, 11 gutter og 11 jenter	Det er behov for mer kunnskap og informasjon om psykisk sykdom, økt mestrings- og kompetanseutvikling og menneskelig støtte til disse barna	Nivå 1
Stallard et al. 2004 England	Hensikten med denne studien er tredelt, og det er valgt å fokusere på at hensikten er å vurdere hvordan barna påvirkes følelses- og adferdsmessig, og deres kunnskap om foreldrenes sykdom	Semistrukturert intervju	26 barn i alderen 6-17 år, 10 jenter og 16 gutter	Viktig å skape en atmosfære som gir rom for åpen kommunikasjon, slik at barns informasjons- og kunnskapsbehov blir ivaretatt, og misoppfatninger blir identifisert. Det er behov for familiesentrert tilnærming slik at behovene til hele familien blir fanget opp.	Nivå 1

Trondsen 2011 Norge	Å øke kunnskapen om barns opplevelser og erfaringer med å leve i det daglige med en psykisk syk forelder	Selvhjelpsgruppe på nett, online kommunikasjon	16 barn i alderen 15-18 år, 15 jenter og 1 gutt	Foreldrenes mentale sykdom har sterk innvirkning på barna og følelsesmessig opplever de det som en tung byrde. Disse følelsene forsterkes på grunn av mangel på informasjon og lite åpenhet rundt sykdommen. De føler seg også alene med sine tanker og følelser.	Nivå 2
Östman 2008 Sverige	Å undersøke hvordan barns opplever sin livssituasjon i en familie med en psykisk syk forelder	Dybdeintervju	8 barn i alderen 10-18 år, 5 jenter og 3 gutter	Kjærlighet, modenhet og ansvar beskrives av barna som positive konsekvenser av å være barn av en psykisk syk. Negative konsekvenser beskrives som frykt, skyld, ensomhet, stigmatisering. Barn har behov for støtte og kommunikasjon, samt å slippe å bli involvert i den syke forelderens verden.	Nivå 1

