

# Barn till förälder med förstämningssyndrom – upplevelser, konsekvenser och åtgärder

FÖRFATTARE

Niklas Forsberg  
Luiza Olofsson  
Christer Öhlund

PROGRAM/KURS

Sjuksköterskeprogrammet  
OM5250, Examensarbete i omvårdnad  
VT 2014

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Tommy Johnsson

EXAMINATOR

Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel: Barn till förälder med förstämningssyndrom -  
upplevelser, konsekvenser och åtgärder

Title: Children of parents who have mood disorders -  
experiences, consequences and interventions

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad

kursbeteckning: OM5250

Arbetets omfattning: 15 Högskolepoäng

Sidantal: 45 sidor exklusive bilagor

Författare: Niklas Forsberg  
Luiza Olofsson  
Christer Öhlund

Handledare: Tommy Johnsson

Examinator: Lars-Olof Persson

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Barn till föräldrar med psykisk sjukdom har kallats “de osynliga barnen” eftersom dessa barn lätt missas när det är föräldern som anses sjuk och i behov av vård. Dessa barn får inte det stöd de önskar och behöver. Barnets behov, förmågor och potential förändras under uppväxten och blir påverkade av den situation de lever i. Att leva som närstående till en psykiskt sjuk förälder är förknippat med oro, rädsla, skam och ansvar men även med förhoppning om förbättring och normalitet. **Syfte:** Syftet med arbetet var att beskriva hur barn till föräldrar med förstämningssyndrom upplever och hanterar sin situation samt vilka åtgärder som sjuksköterskan kan vidta för att underlätta och stödja barnet i dess livssituation. **Metod:** En litteraturstudie gjordes med sökningar i databaserna CINAHL, PubMed, Scopus och PsychInfo. Artiklarna granskades utifrån en omarbetad mall av Fribergs (2006a) analysmodell och kategorier formades. **Resultat:** Barn upplevde att föräldern var frånvarande vilket gjorde att barnet tog på sig rollen som vårdgivare, både åt föräldern och eventuella syskon. Brist på kunskap och information skapade ångest, rädsla, frustration, ensamhet och hjälplöshet. För att övervinna och hantera dessa känslor krävdes att sjukvården uppmärksammade barnen. Det saknades tydliga organisatoriska riktlinjer och utbildning för att barnen skulle bli uppmärksammade. Stöd i form av olika interventioner och behandlingsmetoder ska vara tillgängliga och erbjudas barnen. De hade utvecklat copingstrategier för att hantera sin situation. **Diskussion:** För att ge barnet en chans att hantera sin situation och förhindra psykisk ohälsa krävs det att barnet uppmärksammas i ett tidigt skede och ges adekvat stöd och intervention. Genom konstaterandet att det existerar ett barn i den psykiskt sjuke förälderns liv är det ett första steg och bra grund för riskbedömning, som tyvärr skrämmande sällan görs. Sjuksköterskor har goda möjligheter att uppmärksamma dessa barn och därmed förbättra deras hälsa idag och förbättra chanser att bibehålla sin hälsa hela livet.

**Sökord:** Förstämmningssyndrom, barn, barn till psykisk sjuk förälder, upplevelser, hantering, stöd, intervention, depression, bipolärt syndrom.

## Innehållsförteckning

1. Inledning .....	1
2. Bakgrund.....	1
2.1 Psykisk sjukdom .....	3
2.1.1 Förstämmningssyndrom.....	3
<b>2.2 Barn</b> .....	4
2.3 Familjen och närstående .....	4
2.4 Familjecentrerad omvårdnad inom psykiatri .....	5
2.5 Empowerment .....	6
2.6 Risk- och skyddsfaktorer, coping samt resiliens.....	7
2.7 Promotion och prevention.....	9
<b>2.8 Teoretisk referensram</b> .....	9
2.8.1 Salutogent perspektiv och känsla av sammanhang .....	9
2.8.2 Omsorgs- och aktörsperspektivet.....	10
2.9 Nuvarande stödmetoder .....	11
2.9.1 Beardslees familjeintervention.....	11
2.9.2 Psykoedukativ behandling .....	12
2.9.3 Nationella riktlinjer .....	12
3. Problemformulering.....	13
4. Syfte .....	13
5. Metod .....	13
5.1 Datainsamling .....	14
5.2 Dataanalys.....	15
5.3 Kvalitetsgranskning .....	15
5.4 Etiska överväganden .....	15
6. Resultat .....	15
6.1 Barnets upplevelser.....	15
6.2 Barnets stressreaktioner .....	19
6.3 Föräldrar och barns påverkan på varandra i familjerelationen .....	20
6.4 Barnets hantering av sin situation - coping och resiliens.....	22
6.4.1 Maintaining the frame - en vidare förståelse av hur barn hanterar sin situation.....	23
6.5 Professionell hjälp och stöd .....	24
6.5.1 Kunskapsbehov .....	26
6.5.2 Sjuksköterskans roll.....	27
7. Diskussion.....	28

7.1 Metoddiskussion .....	28
7.2 Resultatdiskussion.....	31
7.3 Betydelse för verksamheten .....	34
7.4 Framtida forskning.....	35
8. Slutsats .....	35
Referenser .....	36
Bilagor	
Bilaga 1. Artikelsökning	
Bilaga 2. Artikelöversikt	
Bilaga 3. Granskningsfrågor	

## 1. Inledning

I vår vardag som sjuksköterskor möter vi patienter med psykiska sjukdomar, oavsett om vi jobbar inom somatiken, psykiatrin eller primärvården. Sjuksköterskans salutogena synsätt skapar möjligheten att se bortom den direkta sjukdomen och se faktorer som påverkar välbefinnande och hälsa. Vi har en stor möjlighet till att agera så att psykiskt lidande inte isoleras från sitt mänskliga sammanhang.

Barn till föräldrar med långvariga och allvarliga psykiska problem är en grupp vars situation inte har uppmärksammats, de har nästan varit osynliga till för ett par år sedan. Den här gruppen består av barn till föräldrar som ofta mår mycket dåligt och exponerar barnen för orimliga erfarenheter. Föräldrarna kan vara så djupt depressiva att de inte ens orkar med sig själva och riskerar att lämna hela familjen i nedstämdhet, i värsta fall försöker föräldrarna begå självmord, eller hämtas av polis för att läggas in för psykiatrisk vård. Dessa barn ges inte möjlighet att dela med sig av sina många gånger svåra upplevelser. Det är ovanligt att vårdpersonal tar sig tid att tala om vad som har hänt eller vad som kommer att hända med föräldern eller barnet självt, vilket kan skapa en livslång problematik hos dessa barn. Vuxenpsykiatrin är inriktad på den sjuke föräldern och familjefokuseringen är bristfällig. Dokumentation om att dessa föräldrar har barn saknas ofta.

Det har visat sig att nästan ingen verksamhet har den kunskap, de rutiner och den beredskap som krävs för att uppfylla den lagändring som gjordes 2010. Lagen innebär att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor hos har en psykisk sjukdom eller funktionshinder, missbrukar alkohol eller andra droger, har en allvarlig fysisk sjukdom eller om barnets förälder har avlidit (HSL 1982:763). De som kommit längst med att implementera lagen är psykiatrin, men inom den somatiska vården går det långsammare. Framförallt primärvården har haft stora svårigheter att anpassa sin verksamhet (Socialstyrelsen, 2013). Vidare finns en särskild skyldighet för samverkan kring frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa inom berörda verksamheter (SFS 1982:763, 2 § f; SFS 2001:453, 6 § 5; SFS 2010:659, 1 § a). Denna samverkan behöver utvecklas då utbytet är begränsat mellan olika aktörer. Många gånger brister det i vem som har ansvaret för en insats inom barnhälsovården. Ett förtydligande behövs för vårdgivare och huvudmannen trots att lagstiftning eller andra normerande dokument finns. Det finns i nuläget ingen strukturerad gemensam metod att möta barn och föräldrar tillsammans (Socialstyrelsen, 2014a).

## 2. Bakgrund

Förr kunde psykiskt sjuka framleva ett helt liv på mentalsjukhus som var som samhällen i samhället med egna arbetsplatser, bostäder och till och med eget postkontor. På 1970-talet började mentalsjukhusen avvecklas och en utbyggnad av öppenvården och andra boendeformer påbörjades. Psykiskt sjuka skulle anpassas till att vara ute i samhället och eventuellt arbeta om det var möjligt. Förskrivandet av psykofarmaka, psykosociala stödinsatser och psykoterapi ökade och svåra psykiska sjukdomar såsom bipolär diagnos eller allvarliga depressioner bedömdes inte längre som kroniska tillstånd och medförde inte långa sjukvårdsvistelser. Tvångsteriliseringen

avskaffades på 1970-talet vilket innebar en stor förändring för de psykiskt sjuka genom att föräldraskap blev möjligt för män och kvinnor som tidigare frångått möjligheten att bli föräldrar (Skerfving, 2005).

I Sverige har uppemot hälften av alla patienter inom psykiatrin barn. De flesta barnen bor hemma. Minst två procent av alla barn i Sverige som är under femton år lever med en förälder som har en psykiatrisk diagnos och erfarenhet av psykiatrisk slutenvård. Merparten av patienter med psykiatrisk diagnos behandlas inom öppenvården vilket innebär att barnen som lever med föräldrar som har en psykiatrisk diagnos långt överskrider de två procenten. (Socialstyrelsen, 2013).

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom kallas "de osynliga barnen". Personal inom vuxenpsykiatrin frågar inte aktivt patienterna om de har barn trots att detta är en utsatt grupp som ofta har svårt att göra sin röst hörd. De är beroende av sina föräldrar och kan ha svårt att förstå vad som händer när deras föräldrar mår dåligt och vilken orsaken är. Ju yngre barnen är, desto tuffare är deras situation (Skerfving, 2005).

Mycket visar på att dessa barn inte får det stöd de önskar och att de inte görs delaktiga då psykiatripersonal sällan tar kontakt med dem. Ingen frågar om deras upplevelser eller åsikter och de får ingen förklaring till det som händer med föräldern (Socialstyrelsen, 2013). Men samhällets medvetenhet har förändrats och barnen har fått en mer aktiv plats och blivit mer synliga i vårt samhälle. Det talas om ett paradigmskifte i hela västvärlden i synen på barn och barndom. Tillägget som gjordes i hälso- och sjukvårdslagen den 1 januari 2010 stärker barnperspektivet, barnens ställning som anhöriga, deras rättigheter och delaktighet samt uppmärksammar barnen inom hälso- och sjukvården (HSL 1982:763). Idag ses de som aktiva medskapare av sin verklighet och inte bara som föremål i de vuxnas omsorg (Skerfving, 2005). Sverige har även anmälnings- och uppgiftsskyldighet enligt socialtjänstlagen som innebär att personer som jobbar inom skola eller hälso- och sjukvård är anmälningskyldiga till socialstyrelsen om de i sin verksamhet får kännedom eller misstänker att ett barn under 18 år far illa. Lagstiftarens inställning är tydlig och anmälningskyldigheten är överordnad sekretesslagens bestämmelser vid misstanke om att barn eller unga far illa (SFS 2001:453). Sverige ratificerade 1990 Förenta Nationernas (FN:s) barnkonvention som är ett traktat om barnets rättigheter. En av barnkonventionens grundprinciper handlar om att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn (Unicef, 2014). Att införa tillägget i lagtexten är ett bra exempel på att integrera FN:s konvention om barns rättigheter i svensk lag. Lagstiftaren betonar att ansvaret klart och tydligt ligger på den vårdgivare som möter föräldern och det förutsätter att sjuksköterskan träffar barnen och skaffar sig information om barnens situation så att de kan få det stöd de kan behöva. Socialtjänsten måste få möjlighet att ta del av uppgifter från sjukvården, då det ligger i linje med lagstiftarens inställning att arbeta med hela familjen (Skerfving, 2005).

Psykisk störning eller funktionsnedsättning hos en vuxen i familjen får olika konsekvenser beroende på hur de individuella symptomen hos föräldern yttrar sig, allvarlighetsgrad samt hur olika situationer hanteras i varje enskild familj och av varje enskilt barn. Därmed varierar behoven. Men även hur det sociala nätverket är inrättat och hur tidigt missförhållandena upptäcks är viktigt i sammanhanget. Vissa situationer kan vara tillfälliga eller uppstå akut medan andra situationer följer med barnen kanske under hela uppväxten (Ahlström Hedman, 2010).

Psykiskt sjuka är i allmänhet en belastad grupp där det i större utsträckning förekommer familjevåld, missbruk, separationer och suicidförsök. Deras situation blir varken lättare eller bättre av att bli förälder utan försvåras snarare av det ökade ansvaret och den ökade ekonomiska belastningen. Är föräldern dessutom ensamstående påverkas barnets tillvaro betydligt mer (Socialstyrelsen, 2013). Vidare påverkas barnets situation mer negativt om det är mamman som är sjuk. Är det pappan som är sjuk så får det inte lika stora praktiska och emotionella konsekvenser för barnet. Det framkommer också att barn vars mamma lider av depression i större utsträckning också har en pappa som lider av depression eller annan psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2013). Andra faktorer som spelar roll för barnets situation är om det finns någon annan vuxen som kan se till att barnet får vad det behöver vid de tillfällen föräldern är sjuk (Ahlström Hedman, 2010).

Mycket tyder på svårigheter i föräldraskapet med ökad risk för tvingande och fientliga föräldrabeteenden, hög grad av kritik samt den sjukes förmåga eller oförmåga till att få vardagliga rutiner att fungera. Därför riskerar barn och unga i dessa situationer att påverkas negativt. Bristande omsorg och svåra upplevelser, förändringar i vardagen, känslor av skam och oro kan upplevas. Sociala aktiviteter, lekar med jämnåriga eller skolarbete kan gå förlorat. Bristande föräldraskap kan också resultera i orimligt stort ansvarstagande där barnen tar på sig en vuxenroll som de sällan mår med. Situationen försvåras ytterligare om problemen i familjen påverkar föräldrarnas möjligheter att ge barnen stöd, om det inte pratas öppet om svårigheterna och sjukdomen eller ges möjlighet till det. Många av dessa barn tvingas att leva i en lojal tystnadsplikt där lidandet utgör en hemlig upplevelse (Socialstyrelsen, 2013).

För sjukvårdspersonal är det därför viktigt att hitta dessa barn och se till att insatser görs som ska kunna befria dem från omsorgsansvar som inte är rimligt i förhållande till deras ålder och mognad. Och att jobba förebyggande med dessa barn och deras situation så att inte psykisk ohälsa och obearbetade problem förs vidare. Viktigt är att påpeka att inte alla barn lever i sönderfall utan att många barn kan påvisa en inre styrka, inte sällan på grund av både inre och yttre salutogena faktorer (Skerfving, 2005).

## **2.1 Psykisk sjukdom**

Psykisk sjukdom är inget entydigt begrepp utan inbegriper många olika diagnoser och symptom med olika uttrycksformer, intensitet och prognos. Psykisk sjukdom förändras under perioder och över tid, det är inget statiskt tillstånd. Symptom beskrivs och definieras enligt ett system och fastställs genom diagnosmanualen DSM-IV. Psykiatrisk sjukdomsbild är sällan renodlad utan bilden är komplex där olika blandningar av symptom förekommer. Begreppet psykisk sjukdom innebär olika slags psykiskt lidande som påverkar individens hela sätt att leva under lång tid. Symptomen ska upplevas så besvärande att de påverkar individens livskvalitet och medför en psykisk funktionsnedsättning. Alternativt vara så besvärande för personen att vardagen bara kan uthärdas med ansträngning (Skärsäter, 2010).

### *2.1.1 Förstämmingsyndrom*



Förstämningssyndrom eller affektiv sjukdom avser sjukdomar som är kopplade till sjukliga förändringar i stämningläget, känsloläget blir alldeles för lågt eller alldeles för högt. De diagnoser som finns inom ramen för förstämningssyndrom är unipolära depressioner och olika former av bipolära syndrom, där den depressiva fasen överväger vid alla former av bipolaritet. Vid bipolära syndrom drabbas patienten av återkommande skov av både depressiv och manisk karaktär där depressiva skov vanligen är längre. Överaktivitetsfasen kan vara mindre intensiv utan psykotiska symptom vilket kallas hypomani eller vara intensiv med psykotiska symptom, så kallad mani. Utifrån detta indelas bipolariteten i bipolär I (med maniska tillstånd) och bipolär II (endast hypomana tillstånd) (Herlofson & Landqvist, 2002).

Depression skiljer sig kvalitativt från sorg och kris och räknas som ett tillstånd som ger uttryck för att vara människa och en naturlig reaktion på förlust. Vid depression är individens psykiska och hormonella balans genomgripande förändrat. Känslor av djup sorgsenhet, värdelöshet och skuld är påtagliga. Sömlöshet, koncentrationsstörningar, trötthet och aptitlöshet är vanligt förekommande symptom. Förmågan till aktivitet och delaktighet i det dagliga livet och i viktiga livsområden såsom social gemenskap, sysselsättning, arbete och utbildning är kraftigt nedsatt (Skärsäter, 2010).

## **2.2 Barn**

Alla individer under 18 år anses enligt Barnkonventionen och svensk lagstiftning som barn i Sverige. Tonåringar kan besväras av att kallas barn. Begreppen barn och tonåringar har samma betydelse som barn såväl i samhället som inom hälso- och sjukvården. Barns möte med sjukvården kan vara en påfrestande upplevelse. Dess ålder och mognad är några viktiga faktorer som påverkar hur barnet reagerar. Ett barns förmågor, behov och potential förändras under uppväxten och påverkas av kringliggande förhållanden. Behov och ålder är det som måste styra den omvårdnad ett barn får (Enskär & Golsäter, 2009).

## **2.3 Familjen och närstående**

Enligt Socialstyrelsen skrift "Barn som anhöriga – Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider" är att vara närstående till någon en person som upplever eller anser sig stå nära någon annan, medan att vara anhörig och därmed höra samman med någon är det på grund av släktband eller på juridiska grunder (Socialstyrelsen, 2013).

Idag ser familjekonstellationer olika ut och familjen är snarare en självdefinierad enhet av individer, som kan förändras och som består av de personer familjen själv väljer att inkludera. Beskrivningen av familj är inte längre begränsad till blodsband eller lag, utan begreppet har fått en mer emotionell innebörd. En familj är en grupp individer som känner sig som en familj. Familjen är något som utvecklas kontinuerligt och förändras under tiden (Ahlström Hedman, 2010). Detta är något sjukvårdspersonal måste ta hänsyn till vid bemötandet och i omvårdnadshandlingar.

Det som tidigare kallades en-försörjarfamilj eller asymmetrisk familj med tydliga könsspecifika funktioner har i moderniseringen utvecklats i en mer demokratisk och jämlik riktning mot två-försörjarfamilj eller symmetrisk familj. Bilden av familjen är idag mycket mer optimistisk, försörjning och omsorg är en uppgift för både män och kvinnor. Båda föräldrarna anses lika viktiga för omsorgen av barnen (Johansson & Bäck-Wiklund, 2012). Kärnfamiljen som länge varit normen har genomgått stora förändringar i funktion och struktur de senaste decennierna men förväntas ändå fylla samma funktion som tidigare och bära huvudansvaret för individens hälsa och välbefinnande (Kirkevold, 2003a). Familjen anses uppfylla barnets alla grundläggande behov: utvecklingsmässiga, fysiska och psykosociala samt har ett viktigt uppfostrande ansvar som är förebyggande och hälsofrämjande. I familjen lär barnet sig goda vanor för hälsan såsom sömn, måltider, hygien och aktiviteter. Familjen bedöms oftast ha en positiv effekt på medlemmarna och vara ett socialt stöd genom praktiska insatser, omsorg, råd och vägledning samt ömsesidiga förpliktelser. Informell vård kallas det stöd och hjälp som anhöriga är till en person som behöver vård i familjen. Många anhöriga ser det som en självklarhet eller skyldighet att vårda informellt och gör det utan att ens tänka på att de vårdar (Kirkevold, 2003b).

Inom psykiatri har synen på familjen ändrats och numera spelar familjen en viktig roll för struktur och stöd och är något som behandlingen baseras på. Familjen bedöms inte längre vara den huvudsakliga orsaken till sjukdomen utan är en av flera orsaker. I samarbetet med familjen finns det en erfarenhetsmässig och vetenskaplig grund som betraktar familjen som en emotionell och praktisk omvårdnadsresurs. Den psykiskt sjuke kan påverkas av familjen både positivt och negativt. Ett samarbete och samförstånd ger förhoppningen om en god effekt både på sjukdomen och alla medlemmar i familjen (Aarhus Smeby, 2003).

Varje familj är unik i hur de hanterar och uppfattar situationen med en psykiskt sjuk familjemedlem. En del familjer agerar med motstånd eller väljer att inte se problemen hos den psykiskt sjuke familjemedlemmen, medan andra har lätt för att tidigt känna igen tecken och kunna slå larm till sjukvården. Det innebär en långvarig påfrestning på familj, barn och andra närstående när en familjemedlem lider av psykisk ohälsa och sjukdom. Konsekvensen kan bli att närstående också drabbas av psykisk ohälsa som de kan behöva få hjälp för. Det har beskrivits som en tillvaro av oro, skam, rädsla, ansvar och belastning men också glädje när den närstående blir bättre och gör framsteg mot hälsa. Längtan nämns också, efter att det ska bli som innan sjukdomen (Ahlström Hedman, 2010; Kirkevold, 2003b). Det viktiga i sammanhanget är att när vård, stöd och behandling utformas till personer med psykisk ohälsa måste perspektivet göras större, så att även hälsofrämjande åtgärder för familj och närstående ingår (Ahlström Hedman, 2010).

## **2.4 Familjecentrerad omvårdnad inom psykiatri**

I samband med ohälsa och sjukdom, som utgör exempel på svåra livshändelser, får familj och sociala relationer en särskild betydelse. Familjen går då igenom både unika och normativa livsstadier av förändring som sjuksköterskan kan bemöta tillsammans med patienten och dess familj. Sjuksköterskan kan inta olika perspektiv och omvårdnaden kan vara antingen patientcentrerad, familjecentrerad eller familjerelaterad. Den familjecentrerade omvårdnaden bygger på en gemensam dialog som präglas av en icke-hierarkisk relation mellan sjuksköterskan

och familjen. Familjen ses som en helhet, där syftet är att frigöra och identifiera familjemedlemmarnas interna och externa resurser. I den familjerelaterade omvårdnaden sätts istället patienten i centrum och familjemedlemmarna ses snarare som en kontext medan omvårdnaden i den patientcentrerade omvårdnaden helt koncentreras till den sjuke. Dialogen i den patientcentrerade och familjerelaterade omvårdnaden är mer eller mindre präglad av en hierarkisk relation (Benzein, Hagberg & Saveman, 2009). Den familjecentrerade omvårdnaden är därför att föredra och avser omvårdnadsrelationen mellan familjen och sjuksköterskan som tillsammans utgör ett system, där omvårdnaden utgår från familjens unika konstruktion och resurser. Perspektivet kan också utgå från familjens definierade behov och problem och då ses familjen mer som ett problemformat system där en nätverkskarta kan upprättas. Nätverkskartan omfattar de grupper av individer eller de individer som familjen själv tror kan vara till hjälp i den aktuella situationen. Endast i ömsesidig dialog med familjemedlemmarna kan resurserna i nätverket tas fram (Benzein et al., 2009). Vidare bygger den familjecentrerade omvårdnaden på ett antal teoretiska antaganden, bland annat om att ohälsa och sjukdom hos en familjemedlem påverkar övriga familjemedlemmar och familjen som helhet. Varje enskild familjemedlem kan därmed också påverka patientens upplevelse av sin sjukdom (Benzein et al., 2009). Det salutogena perspektivet ligger bland annat till grund för att förstå familjen och det sociala nätverket som helhet. Barn formas av sin miljö, men de är också själva med om att delvis skapa och forma sin egen miljö. Med hjälp av genogram, ekokarta eller nätverkskarta kan familjens inre och yttre funktion, struktur och relationer tydliggöras. Det är den inre och yttre strukturen som utgör det sociala nätverket och kan ha olika betydelse vid olika tidpunkter och därmed variera i intensitet (Benzein et al., 2009).

Det sociala nätverket påverkar sårbarheten och motståndskraften vilket skulle kunna innebära att svaga nätverk är en belastning. Lever man i ett dåligt socialt nätverk där fundamentala behov av trygghet, identitet och bekräftelse inte blir tillgodosedda kan det innebära kroniskt stresstillstånd och vara sjukdomsframkallande i längden. Nätverk kan också påverka möjligheterna att klara belastningar (coping). Nätverket kan då ge individen praktisk hjälp, information eller vara ett känslomässigt stöd. Med hjälp av nätverket kan individen minska eller undvika belastningar och klara av följderna av påfrestningar bättre. Nätverket blir vid svåra omständigheter viktigt för att individen ska kunna bevara identitet och självaktning (Klefbeck, Ogden & Haskå, 2003).

## **2.5 Empowerment**

Empowerment innebär ett bemyndigande av individen och är ett begrepp som ofta används i samband med patientutbildning och patientdelaktighet. I omvårdnadsarbetet innebär det ofta metoder som att arbeta med hälsocoachande samtal. Det är att ge individen den kunskap och det stöd den behöver för att själv fatta beslut som rör den egna vården. Ordet relaterar till en känsla av kontroll och bestämmanderätt över sitt eget liv, därav också över sin egen vård. Empowerment stämmer därför bra överens med teorier om personcentring och det salutogena perspektivet, eftersom individen är med och beslutar om sin egen vård och anpassar den till sitt eget liv. I mötet med vården så ses alla parter som jämställda och behandlingens utformning växer fram i en dialog (Hörnsten, 2013). En tilltro till individens förmåga är viktig, för det är endast under de förutsättningarna som full kontroll kan tas över situationen. Det är viktigt att som vårdare vara lyhörd för barnets och föräldrarnas önskemål, eftersom det i mötet med vården

finns en hierarki och en ojämn balans mellan vårdare och vårdtagare. Obalansen gör att individens "empowerment-förmåga" urholkas och hotar samarbetet i patient-vårdmötet och minskar patientdelaktigheten (Nyatanga & Dann, 2002). Oavsett vilket beslut individen fattar är det de besluten som ska göras gällande, förutsatt att patienten har fått information och i tillräcklig utsträckning lyckats tillgodogöra sig den informationen (Elgán & Fridlund, 2009). När vi ger föräldern och barnet information och kunskap om psykisk sjukdom och symptom, så att de kan omsätta den i handlingar och agerande utifrån sin situation stärker vi deras empowerment, vi ger dem förutsättningar för empowerment. Men för att vi ska skapa patientempowerment krävs ett likvärdigt och ömsesidigt möte (Lidén, 2009).

## **2.6 Risk- och skyddsfaktorer, coping samt resiliens**

Alla barn som utsätts för påfrestningar är sårbara men av olika anledningar har vissa bättre förutsättningar att klara svåra upplevelser utan att ta allvarligt skada. Det betyder inte att de känner är mindre skrämmande eller svårt, utan att de har en bättre återhämtningsförmåga. Det är de skyddande faktorerna i en människas liv som förbättrar eller förändrar en individs känslighet i förhållande till risker och påfrestningar i omgivningen. Barnets egna förmågor eller egna egenskaper samt yttre omständigheter, oftast i kombination kan påverka barnets liv positivt (Skerfving, 2005).

Risikfaktorer beskrivs som en mätbar egenskap en person besitter, en händelse, ett förhållande eller en process som leder till högre sannolikhet för negativa utfall, såsom ohälsa, problem och riskbeteenden. Denna riskfaktor kan finnas på biologiska och psykologiska plan men även inom familj och samhället i stort (Statens folkhälsoinstitut, 2013). För barn med psykisk sjuk förälder kan tidig debut av förälderns sjukdom, separationer, missbruk hos föräldern, brist på andra närstående, litet socialt nätverk eller uppbrott från sociala nätverk, dålig socioekonomisk ställning eller låg självkänsla vara riskfaktorer som ackumulerar sig i dessa familjer och påverkar barnet negativt. Behovet av kompensationskyddande faktorer i form av dagis, skola eller andra friska vuxna närstående blir desto större ju fler påfrestningar som finns i barnet liv (Skerfving, 2005).

Skyddsfaktorer är motsatsen till riskfaktorer och minskar riskfaktorernas effekt, de är förknippade med mindre sannolikhet för ett oönskat utfall. En skyddsfaktor motverkar riskfaktorerna och ökar möjligheterna till en positiv påverkan för barnet. De ökar sannolikheten för god hälsa och anpassning i vuxen ålder. Samma egenskap kan vara antingen en skydds- eller riskfaktor. En individs självkänsla kan därmed vara hög eller låg (Statens folkhälsoinstitut, 2013). Det barn som klarar av en förälders psykiska sjukdom bättre har vissa kännetecknande drag: en intellektuell nyfikenhet inför sjukdomen, motståndskraft mot att bli indragen i eller överväldigad av förälderns sjukdom, en objektiv men medkännande inställning till personen som är sjuk, har en förmåga att stå upp för sig själv och har stöd från andra i omgivningen. Andra skyddande faktorer man funnit som var gemensamma för barn, som trots sin levnadssituation med en psykiskt sjuk förälder inte utvecklade psykiska störningar är: en god föräldrar-barn relation som är varm och tillitsfull, en stabil familjerelation med struktur och regler och gemensamma värderingar inom familjen, att den andre föräldern är en frisk, välfungerande och vårdande förälder samt stödjande nätverk i tonåren och engagemang i skolan och andra intressen.

Skyddande egenskaper hos barnet är förmåga att förstå, problemlösningsförmåga, vara intelligent, ha social kompetens, komma överens med andra, humor, positiva temperamentsdrag, inre lokus av kontroll, positiv självbild eller att se bra ut (Skerfving, 2005). I detta sammanhang nämns också skyddande processer som är ett samspel mellan det totala antalet skyddande faktorer och risker. Vill man hjälpa sårbara barn ska man koncentrera sig på skyddande processer och faktorer som tar barnet från risk till anpassning (Skerfving, 2005).

En ungefärlig översättning av coping kan vara stresshantering eller stressbemästring. Begreppet används för att beskriva hur en person hanterar stressande situationer och jobbiga händelser. Teorin säger att det i en stressfylld situation är den subjektiva tolkningen av händelsen som är mer betydelsefull än händelsen i sig. Det är individens sätt att mentalt förhålla sig till yttre hot, förlust eller utmaning i en stressande situation, tillsammans med den upplevda tilliten att kunna hantera situationen, som bestämmer hur vi reagerar och som påverkar graden av fysiologiska stressreaktioner. För en och samma stressande händelse finns det stora individuella skillnader i hur människor reagerar. Dessa olikheter har haft stor betydelse för förståelsen av coping. Begreppet coping är komplext och beroende av personlighet, situationen och sociala förhållanden (Carlsson, 2005). Då barn och vuxna inte uppfattar eller hanterar stress på samma sätt har forskningen om coping under de senaste åren utvecklats mot ett barnperspektiv. Det är barnets beteende i stressituationer som studeras och man bortser från barnets egenskaper eller skyddande faktorer i miljön. Strategin kan vara både känslfokuserande eller problemfokuserande för barnen. De kan antingen lösa problemet aktivt eller anpassa sig emotionellt till den yttre situationen för att försöka reglera de känslor som är sammankopplade med stressfaktorn. Hur barn hanterar stress och påfrestningar kan bero på deras förmåga till coping, bemästring. Strategierna kan vara mer eller mindre användbara för barnets utveckling (Skerfving, 2005).

Begreppet resiliens skiljer sig från copingbegreppet då en individs resiliens är beroende på hur skydds- och riskfaktorer samverkar för individen. I coping är bemästrandet inte sammankopplat med risk- eller skyddsfaktorer utan coping grundar sig mer på ett lärande som kan ske under organiserade former. Detta lärande av bemästring kan i sin tur förebygga framtida problem hos barnet. Barnet behöver inte vara utsatt för en risk för att kunna bemästra, lära sig coping. Resiliensforskningen behandlar snarare barnets egenskaper och beskriver en persons motståndskraft och definieras som ett skeende, där personen visar på en god anpassning trots stress eller trauma (Borge & Larson, 2005).

Den psykiska förmågan att stå emot psykiska påfrestningar benämns i Skerfving (2005) som stress-resistens, stresstålighet eller resiliens. Denna motståndskraft grundar sig dels på omgivningens påverkan, dels på konstitutionella faktorer. Resiliens hos en individ är därmed inte statisk utan varierar över tid och med omständigheterna. Det som avgör, det som är en gemensam nämnare i definitionerna av hur resiliens utvecklas är individens känslomässiga bakgrund, det vill säga hur föräldrar-barn interaktionen fungerar. Det är föräldrar-barn relationen som avgör vilken strategi och sätt barnet utvecklar för att reducera ångesten inför stressfyllda livssituationer eller kunna skydda sig från dessa (Skerfving, 2005). Hur barnet reagerar på stress eller risk är individuellt, det är samspelet mellan barnet och föräldern som är det avgörande. För att barnet ska utveckla resiliens är det nödvändigt att det utsätts för en lagom dos av risk, det vill

säga när barnet reagerar positivt på stress i påfrestande situationer och handlar adekvat (Borge & Larson, 2005).

## **2.7 Promotion och prevention**

Promotion betyder hälsofrämjande åtgärder som innebär att stärka och bibehålla individens psykiska, fysiska och sociala välbefinnande. Promotion för barnen skulle innebära att förebygga skadliga effekter och medvetet verka för att främja barnets välmående och positiva utveckling. Att arbeta hälsofrämjande är att ge åtgärder som leder till förbättrad egenupplevd hälsa hos individen. För att möjliggöra egenmakt, skulle en betydelsefull främjande åtgärd vara empowerment. Kan föräldern och även barnet på sikt formulera sina mål och göra informerade val kan de uppleva sig ha egen makt över sitt liv (Socialstyrelsen, 2014a). Hälso- och sjukvården ska vid sidan av att diagnostisera och behandla också arbeta för att förebygga ohälsa (SFS 1982:763). Prevention betyder förebyggande åtgärder för att förhindra risken för symptombelastning och ohälsa genom att stärka individens skyddsfaktorer och samtidigt styra bort individen från riskfaktorer eller minska riskfaktorernas inflytande. Målet med prevention av psykisk ohälsa är att minska förekomsten, utbredningen, återfall, tiden med symptom och att minska effekterna av psykisk sjukdom hos den drabbade, dennes familj och samhället i stort (Socialstyrelsen, 2014a). För att uppnå bra resultat av preventiva insatser är väl fungerande samverkan mellan olika verksamheter och organisationer ett måste. Preventivt arbete är självklart inom många områden, till exempel inom vaccinationsprogram, mödra- och barnhälsovården samt sexuell hälsa men har inte utvecklats inom psykiatrin förrän betydligt senare. De senaste två decennierna har kunskapen om riskfaktorer och skyddsfaktorer förbättrat preventiva program med fokus på allmän prevention (WHO, 2004).

## **2.8 Teoretisk referensram**

Detta arbete utgår från det salutogena perspektivet, KASAM- teorin då salutogena faktorer främjar ett barns utveckling med en psykiskt sjuk förälder.

KASAM teorin påminner om coping men omfattar en mer övergripande syn på livet som kan ge barnet en grund för att stärka och vidmakthålla hälsa och välbefinnande. Både resiliens och coping kan länkas till olika begrepp i KASAM-teorin (Skerfving, 2005).

### *2.8.1 Salutogent perspektiv och känsla av sammanhang*

Salutogena faktorer har en främjande funktion i ett barns utveckling med en psykiskt sjuk förälder. Barnet har en bättre förutsättning att utvecklas gynnsamt om det har en hög känsla av KASAM, det vill säga om barnet har förståelse för det sammanhang det lever i, kan göra det begripligt och har kunskap att hantera och påverka sin situation (Antonovsky, 1991).

I det salutogena perspektivet försöker man förstå vad det är som främjar hälsa. Aaron Antonovsky beskriver i den salutogena modellen hälsans ursprung hos individer. Perspektivet

återspeglar vilka förutsättningar en person har för att hantera påfrestande livssituationer och därmed anpassa sig till situationen. Utifrån detta perspektiv visar Antonovsky att det under i övrigt lika omständigheter, finns en avgörande skillnad att söka i människors uppfattning av verkligheten. Antonovskys teori om KASAM innebär en känsla av sammanhang som ökar individens möjlighet att uthärda svåra förhållanden (Antonovsky, 1991). Begreppet KASAM består av tre dimensioner:

- *Begriplighet* är den kognitiva komponenten och syftar till i vilken utsträckning inre och yttre stimuli är förnuftsmässigt gripbara. Det har betydelse för upplevelsen av struktur, ordning och klarhet till skillnad från när informationen snarare är kaotisk, slumpmässig och oförklarlig. Ett barn med hög känsla av begriplighet förväntar sig att de händelser, även negativa och oväntade som dyker upp under livet går att ordna, förklara och göra begripbara (Antonovsky, 1991).
- *Hanterbarhet* avser en subjektiv upplevelse av att sakna eller ha tillräckliga resurser för att kunna möta de situationer som uppstår. Resurserna kan personen få från sin omgivning eller genom egna resurser som individen har för att klara av de krav som ställs. Det som står i motsats till en stark känsla av hanterbarhet är upplevelsen av att vara ett offer för ödet, som ingenting finns att sätta emot när livet blir för svårt att leva. Har barnet en hög känsla av hanterbarhet ser det sig inte som ett offer för omständigheterna eller känner sig orättvist behandlat (Antonovsky, 1991).
- *Meningsfullhet* är kopplat till upplevt intresse och påverkan i det som sker i ens dagliga liv och ses som en motivationskomponent. Anses vara den viktigaste delen av KASAM, utan meningsfullheten blir varken hög begriplighet eller hög hanterbarhet varaktigt. En hög känsla av meningsfullhet innebär att se en kognitiv och känslomässig mening i det som händer samt att känna sig delaktig i hur ens liv utvecklar sig (Antonovsky, 1991).

Ett barn med utpräglad känsla av sammanhang har en grundtillit till omgivningen, barnet känner sig förstått av andra och förstår själv andra människor. Barnet har en grundtillit till sin egen förmåga att lösa problem och har en ljus syn på tillvaron och på framtiden. Kunskap och hjälp att skapa sammanhang och mening kan stärka barnets möjligheter att förstå och hantera sin livssituation (Antonovsky, 1991).

### 2.8.2 Omsorgs- och aktörsperspektivet

Omsorgsperspektivet betonar barns behov av kärlek, omsorg och beskydd av sin omgivning samt kännetecknas av att barn betraktas som sårbara och beroende av sin omgivning, i synnerhet under de första levnadsåren. Perspektivet förmedlar att barnen formas av sina föräldrar och att familjen och pedagogiska institutioner har ansvaret för att ett barn ska utvecklas optimalt. Perspektivet säger att om föräldrar sköter sina omsorgsuppgifter och samarbetar med förskola, skola och andra sociala aktörer får de sunda, kompetenta, lyckliga barn. När barn utsätts för risker och inte utvecklas som förväntat förknippar man det med bristande omsorg och man talar i det här perspektivet om utsatta barn eller riskbarn. Tidiga relationsstörningar, otrygg bindning, understimulering, bristande omsorg, övergrepp och vanskötsel är några av förklaringsbegreppen (Lerner, 1986).

Aktörsperspektivet framhäver att barn aktivt väljer och handlar i förhållande till sin omgivning och att barn själva därmed bidrar till sin egen utveckling. Perspektivet säger att barnen är kompetenta aktörer som är selektiva gentemot påverkan och bearbetar intryck från omgivningen för att kunna bemästra sin omgivning. Fokus riktas mot individuella variationer i barns motståndskraft, kontroll, bemästrande, självuppfattning, kompetens och temperament samtidigt som man betraktar hur de kontextuella betingelserna skapar förutsättningar för dessa egenskapers utveckling (Lerner, 1986).

Dessa två perspektiv visar att barn både kan vara beroende och sårbara men också anpassningsbara och tåliga och att de därmed under vissa omständigheter kan bemästra svåra påfrestningar och motgångar. Barn och miljö påverkas av varandra på ett ömsesidigt sätt. Barn försöker inte bara att anpassa sig till olika situationer utan de bidrar också till att ge situationen mening bland annat genom att jämföra intryck och erfarenheter med den kunskap de har om sin sociala omgivning. Föräldrar uppfostrar sina barn men barn påverkar också sina föräldrar. Båda formas av den miljö som omger dem här och nu och av sina tidigare erfarenheter samt av ett samhälle i förändring. Vad effekten blir på längre sikt av denna påverkan betingas av både föräldrarnas och barnens kompetens. Det är ett dynamiskt och mångsidigt samspel. Förhållandet i föräldra-barn relationen drivs hela tiden framåt och måste ständigt uppdateras med hänsyn till båda parter utveckling. Barn utväxlar påverkan på sin omgivning och som ett resultat av det samspelen förändras både de personer barnet samspelar med och barnet. Förändringen bildar ett nytt fundament för samspel i senare situationer hos båda parter (Lerner, 1986).

Utifrån dessa två perspektiv fungerar barnet då som stimulus, processor och kompetent aktör i förhållande till sin omgivning. Barnet som stimulus är reaktionerna barnet framkallar i sin omgivning. Barnet som processor är hur det bearbetar och konstruerar sin verklighet. Barnet som kompetent aktör är hur det aktivt agerar i förhållande till sin omgivning (Lerner, 1986).

## **2.9 Nuvarande stödmetoder**

### *2.9.1 Beardslees familjeintervention*

Beardslees familjeintervention är en preventiv metod som är den första familjefokuserade och strukturerade metoden som har använts i Sverige. Målgruppen är barn 8-15 år där en förälder behandlas för affektiv sjukdom och där barnen inte har hunnit utveckla egna depressionsproblem. Metoden kräver att föräldern har behandlingskontakt, orkar fokusera på barnet och föräldraskapet samt har insikt om att sjukdomen kan påverka barnet. Ytterst är syftet att uppmärksamma barnets behov för att minska risken att de insjuknar i depression genom att stärka resiliens och skyddsfaktorer samt få familjen att fungera bättre. Kortsiktiga mål är att främja föräldrarnas/föräldrarnas medvetenhet om andra skyddsfaktorer i barns utveckling, såsom fungerande skola, intressen och kamratrelationer samt att hjälpa föräldern att börja prata om sjukdomen. Andra mål är att minska barnens oro och känslor av skuld och förbättra barnets förståelse för föräldrarnas sjukdom. Åtgärderna bygger på studier av hur familjer med depression fungerar. Den har även dialogiska inslag som betonar vikten av att alla röster blir hörda och psykopedagogiska inslag (information om sjukdomen och om risk- och skyddsfaktorer). Behandlaren träffar först föräldrarna för att få deras individuella upplevelser och tankar om hur



barnen kan ha upplevt sjukdomen samt få en bild av familjens sjukdomshistoria. Man ger allmän information om depression och dess orsaker, risker och återhämtning och detta knyts till familjens egna erfarenheter. Under individuella samtal med barnen pratar man om deras upplevelser av föräldrarnas sjukdom, hur de har det i skolan och med vänner, och man hjälper dem att förbereda sig för familjesamtalet. Med föräldrarna diskuterar man barnens situation och hur de kan stödjas inom och utom familjen. Under familjesamtalet uppmanas föräldern att leda samtalet om sin sjukdom, om hur barnens psykiska hälsa kunde stärkas och om hur familjen skulle kunna fungera bättre (Socialstyrelsen, 2014b). Åtgärderna omfattar vanligtvis sex samtal med en eller två veckors mellanrum samt uppföljande samtal. En månad senare följer man upp och planerar för eventuell nätverksträff efter sex och nio månader och ytterligare samtal läggs till. Vid behov ingick även telefonkontakt. I praktiken ger metoden andra vinster då man som professionell uppfyller kraven på att uppmärksamma barnen till patienterna helt enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen. Familjeinterventionen är brett implementerad i Finland, pågår på Island och används även i viss omfattning i Holland och Norge. Det har visat sig att metoden har viss evidens för positiva långtidseffekter (Socialstyrelsen, 2014b; Pihkala, 2011).

### *2.9.2 Psykoedukativ behandling*

Psykoedukativ behandling är en psykologisk metod med fokus på inläringen för att ge mer kunskap och ökad förståelse för hur det är att leva med en viss sjukdom och om risk- och skyddsfaktorer. Både patienten och anhöriga till patienten kan gynnas av att veta mer om hur en sjukdom kommer till uttryck och hur den påverkar sin omgivning. I Beardslees familjeintervention som beskrivits ovan finns tydliga psykoedukativa element. Information om både den psykiska sjukdomen och om skyddsfaktorer för barnen ges till föräldrarna. När barnen får information, är det i möjligaste mån föräldern själv som ska ge den. Hos barn kan det vara viktigt att förstå vad som händer med sin förälder när den är i sitt sjukdomstillstånd. Detta för att lättare kunna förhålla sig till och förstå de processer som annars kan vara skrämmande. Psykoedukativa behandlingar har en förmåga att låta patienten bibehålla kontroll över sitt eget liv (empowerment) och leda patienten in i behandlingsmetoder som är väl kartlagda och med vetenskaplig evidens (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006).

### *2.9.3 Nationella riktlinjer*

När ett samtal med barn ska ske är det viktigt att få ett samtycke från föräldern att ett samtal får ske men även ett samtycke om vad det får innehålla. Det är angeläget att påvisa vikten av att få informera och samtala med barnet. Om det inte är möjligt med samtycke på grund av sjukdomen är det hälso- och sjukvården som gör en bedömning utifrån patientens och barnets bästa. Finns det inte tillräckliga resurser inom hälso- och sjukvården ska hjälp erbjudas att ta kontakt vidare med annan instans (Västra Götalandsregionen, 2013)

På uppdrag av Socialstyrelsen har Västra Götalandsregionen (2013) utarbetat en nationell vägledning att arbeta utifrån där barn till föräldrar med förstämningssyndrom är en av fokusgrupperna. Den består av fyra delar där det för varje del ska finnas en ansvarig inom verksamheten:

*Information* - Situationen beskrivs för barnet, vad händer nu och vad kommer att hända. Barnet kan, om det är möjligt, delta på avdelningen och vid behandling av föräldern. Information om samhällets resurser och andra informationskällor ges till familjen och barnet.

*Råd* - Mer handfasta tips än information är exempelvis hur föräldern kan berätta för barnet.

*Stöd* - Planerad insats utifrån barnets och familjens behov exempelvis föräldrastöd.

*Behandling* - Särskilda insatser ges utifrån de behov som finns exempelvis kan relationen mellan barn och förälder behöva särskilt stöd på grund av föräldrarnas psykiska ohälsa.

Kartläggningar visar att personal i hälso- och sjukvård ofta har bristande kunskap i hälso- och sjukvårdslagen och hur man stödjer barn som är anhöriga (Västra Götalandsregionen, 2013).

### **3. Problemformulering**

Barn till föräldrar med förstämningssyndrom lever under påfrestande förhållanden vilket får konsekvenser för deras välbefinnande, nu och senare i livet. Forskning visar att dessa barn löper större risk än barn till friska föräldrar att senare i livet drabbas av svårigheter och sjukdom. Därför finns det en vinst att göra både för det individuella barnet och för samhället. Genom att belysa detta problem kan vi hitta fungerande preventiva åtgärder, bättre förstå barnets situation samt ge dem stöd så att deras vardag underlättas.

Området som ska utforskas i uppsatsen är vad som händer det osynliggjorda barnet. Barnet som saknar diagnos men som lever i en problematisk hemsituation med sin psykiskt sjuka förälder. Det är en viktig del i en god omvårdnad att lyfta dessa barns situation. Frågor som ska lyftas är:

- Vilka är barnets upplevelser av sin situation?
- Vilka är de känslomässiga orsakerna?
- Vilka konsekvenser får upplevelserna för barnet?
- Och slutligen, hur kan och bör sjukvårdspersonal hantera och hjälpa de här barnen?

### **4. Syfte**

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva hur barn till föräldrar med förstämningssyndrom upplever och hanterar sin situation samt vilka åtgärder som sjuksköterskan kan göra för att underlätta och stödja barnet.

### **5. Metod**

Litteraturöversikt används för att kartlägga den nuvarande evidensen som finns utifrån syftet. Segesten (2006) definierar litteraturöversikt som en strukturerad metod för att skapa en bild om

ett specifikt område. Det ger en kunskap som kan påverka det praktiska arbetet men även visa på luckor och föremål för framtida forskning.

## 5.1 Datainsamling

För att uppnå en hög kvalitet och standard i artiklarna (Östlundh, 2006) användes tre viktiga databaser inom ämnena omvårdnad och medicin: CINAHL, PubMed och Scopus. I den sekundära sökningen användes även PsychInfo som är en etablerad databas med inriktning mot psykiatri. Sökningen inleddes brett utifrån generella sökord (se bilaga 1) som ansågs relevanta för syftet. Sökord översattes med hjälp av Svensk MeSH. De första artiklarna som valdes ut gav ytterligare sökord för att genomföra mer specifika sökningar. En sökning i Scopus som genererade ett resultat med många relevanta artiklar var "Parental mental illness" med en begränsning på 'subject area' Nursing.

Sökorden som användes var: "Mood disorder", Child\*, Coping, "Child of Impaired Parents", Nurs\*, "Parental mental illness" samt Psychoeducation i olika kombinationer (bilaga 1).

Artiklarna valdes genom att läsa titel och se om den motsvarade syftet. Om titeln motsvarade syftet lästes abstraktet. Svarade abstraktet mot syftet lästes hela artikeln för att se om den kunde besvara syftet. Kvalitativa studier valdes ut till merparten då de bättre beskriver den del av syftet som är barnets upplevelser och på vilka sätt de hanterar situationen. Kvantitativa artiklar valdes för att skapa validitet och påvisa applicerbarhet på den större populationen. Båda delarna behövs för att ge en djupare bild av problemet.

Utöver sökningar i databas användes sekundärsökningar som enligt Östlundh (2006) innebär att plocka ut användbara uppgifter ur de resultat man fått. Sekundärsökningar är nödvändiga, görs de inte så tar hela processen längre tid och risken finns att bra litteratur förbises.

Ur referenslistorna till de valda artiklarna gjordes manuella sökningar på artiklar med titlar som verkade användbara. Personsökningar gjordes på de författare som antingen hade skrivit en intressant och välgjord artikel, alternativt förekom i många citeringar.

Inklusionskriterierna för artiklarna var att de skulle vara peer reviewed och publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Språket skulle vara engelska eller svenska, samtliga artiklar är skrivna på engelska. Bipolärt syndrom och/eller depression skulle nämnas i artikeln. I sökandet efter artiklar som beskriver barns subjektiva upplevelse framkom endast artiklar där barnen var mellan 7-18 år samt vuxna som intervjuades om sin barndom.

Barn som själva kunde kommunicera sin situation inkluderades för att uppfylla den del av syftet som är barns subjektiva upplevelse, en viss mognad krävs för detta.

Artiklar som tydligt handlade om andra sjukdomar än förstämningssyndrom eller som handlade om förlösningsdepression samt de artiklar som handlade om vuxna (över 18 år) sorterades bort. Undantaget är vuxna som beskrev sin situation som barn eftersom det gav en relevant bild av barnets upplevelser och konsekvenser för framtiden. Det bidrog till en mer holistisk förståelse av

barnens upplevelsevärld som minderåriga till en psykiskt sjuk förälder och vad sjukvården gjort eller inte gjort för dem. Artiklar som inte motsvarade syftet valdes likaså bort. En manuell avgränsning gjordes där artiklarna skulle vara mindre än 15 år gamla, utvalda artiklar är publicerade mellan 2000 och 2013. Artiklarna kommer från Australien, Belgien, Finland, Iran, Kanada, Nederländerna, Sverige och USA.

## **5.2 Dataanalys**

Friberg (2006b) beskriver analysen av studierna som en rörelse mellan del och helhet. För att bygga ihop en helhet av artiklarna ska de väsentliga delarna för syftet identifieras och förenas till en ny helhet. De valda artiklarna delades upp mellan författarna för utförlig granskning enligt en omarbetning av Fribergs mall (2006a). Enskilt lästes artiklarna i sin helhet och de väsentliga delarna av resultatet noterades. Gemensamt i grupp beskrevs artiklarna, dess syfte, resultat och genomförande för att få en bredare bild. Likheter och olikheter identifierades. Utifrån den nya bilden formulerades kategorier där artiklarna placerades. Denna bild reviderades och utvecklades under arbetets gång då förståelsen fördjupades. Utifrån de framkomna kategorierna formulerades slutligen ett resultat.

## **5.3 Kvalitetsgranskning**

Artiklarna har granskats utifrån en omarbetad version av Fribergs (2006a) mall för granskning av vetenskapliga artiklar. Utifrån tio frågor (bilaga 3) granskades artiklarna och för varje jakande svar gavs en poäng. Den totala poängen bestämde sedan vilken kvalitet artiklarna har enligt mallen. Frågorna behandlar bland annat artikelns syfte, metod, etisk granskning, urval, resultat samt om diskussioner är relevanta och väl genomförda.

## **5.4 Etiska överväganden**

Flertalet artiklar var granskade och godkända av en etisk kommitté. Många artiklar beskriver att deltagande är frivilligt, att samtycke har givits, att informationen ska behållas konfidentiellt, att deltagarna kan avsluta sitt deltagande när de vill utan att det får konsekvenser för deras behandling på något sätt. Vissa artiklar nämner inga etiska överväganden eller gör det bristfälligt. Det kan till exempel vara att artiklarna anger att föräldrarnas endast gett sitt medgivande till att intervjua barnen, inga andra resonemang förs. Artiklarna har dock publicerats i vetenskapliga skrifter där det är ett krav att artiklarna ska vara 'peer reviewed'. Författarna har försökt att beskriva artiklarna sakligt och korrekt utan att bli färgade av åsikter och värderingar. För att minimera den risken har noggranna genomgångar av artiklarna gjorts.

# **6. Resultat**

## **6.1 Barnets upplevelser**

Meadus & Johnson (2000) beskriver barns upplevelse utifrån tre perspektiv; frånvarande förälder, brist på kunskap och förståelse samt att skapa sammanhang och att acceptera.

En frånvarande förälder skapar en sönderslitning i familjen och ett inkonsekvent föräldraskap. Barnen beskriver hur de upplever ett förvirrande beteende från föräldern och en bristande omsorg. Även om det finns en frisk förälder hemma tar barnet på sig vissa av föräldrarnas roller som till exempel vårdare både för föräldern och syskonen (Meadus & Johnson, 2000). I Baik & Bowers (2006) studie beskrivs upplevelsen av barndomen med en frånvarande mamma:

*“She was a very remote person. She was there but not to any extent at all. She had gone somewhere and never returned. I never sat on her lap at all. None of us [siblings] did”*  
(Baik & Bowers, 2006, sid. 4)

Van Parys & Rober (2013) beskriver hur barn generellt tycker att det är svårt att prata inom familjen, inte ens den friska föräldern används som en källa för information. Brist på kunskap och förståelse skapar frustration, rädsla och osäkerhet (Meadus & Johnson, 2000). Barnen känner sig ensamma, hjälplösa och försöker övervinna dessa känslor med hjälp av information.

Alasuutari & Järvi (2012) visar hur en professionell vokabulär kan verka hindrande och inte som en resurs i barnets förståelse av föräldrarnas sjukdom. Professionell vokabulär syftar till användandet av medicinska och psykologiska termer. Barn har svårt att knyta ihop vokabulären med vad som upplevs till vardags vilket kan tydliggöras av följande citat:

*“I: What do you think what depression then actually is”*

*“T: Well that that like one has some mental health problems or something it one doesn't like have money or something something like that”* (Alasuttari & Järvi, 2012, sid. 138)

Att skapa sammanhang och att acceptera sin förälders sjukdom är förknippat med en känsla av stigmatisering från vänner, bekanta och främlingar. Fastän barnen beskrev sin förälders sjukdom som vilken annan sjukdom som helst och inget att skämmas över så var de medvetna om den stigmatisering som är associerad med mental sjukdom (Meadus & Johnson, 2000). Knutsson-Medin, Edlund & Ramklint (2007) instämmer och skriver att barn känner sig utanför på grund av att de inte vågar tala om familjens problem och om de gör det så blir de dömda av omgivningen.

*“... I don't think it is something that my mother should ashamed. The only thing is other people's reactions.”* (Meadus & Johnson, 2000, sid. 388)

Oskuie, Zeighami & Joolae (2011) beskriver fem områden som drabbar de barn som lever med en förälder med psykisk ohälsa. Det första området är *kommunikationsfaktorer* som påverkar barnet negativt. Föräldrarnas psykiska sjukdom stör barnets kommunikation med andra och hindrar barnet från att berätta sanningen om sin situation. Föräldrarna kan hindra barnen från att säga något eller så skäms barnen så mycket över sin situation att de hindrade sig själva från att bjuda in lekkamrater till sitt hem för lek, då de aldrig vet vad som väntar hemma (Oskuie et al., 2011). Detta tas även upp av Knutsson-Medin et al. (2007) där barnen uttryckte att de inte ville

ta med vänner hem eftersom de inte vet vad som händer hemma eller vad kompisarna ska tycka om en själv och föräldern. I många fall vill man inte att alla andra ska veta hur det är ställt där hemma.

En annan del av kommunikationsfaktorerna är barnens blyghet som uppstår på grund av föräldrarnas sjukdom, vilket isolerar dem ytterligare. Barnen gick aldrig in i djupare relationer med andra för att slippa förklara sin situation, på så sätt dolde de problemen men blev uppfattade som blyga eller tillbakadragna. Samhället har också en del i barnens minskade kommunikation kring situationen då de lätt stigmatiseras på grund av synen på psykisk sjukdom och psykiskt sjuka. Det sociala stigmat kan påverka hela familjen att känna sig ännu mer isolerad, oskyddad och segregerade familjen ytterligare från samhället. Det andra området som beskrivs av Oskuie et al. (2011) är *mentala faktorer* hos barnet. När föräldrar har en psykisk sjukdom så upplever barnet ofta själv psykisk ohälsa, så som låg självkänsla, ångest och hopplöshet. En av de viktigaste faktorerna till oro och ångest hos barn är oron över att själva utveckla en psykisk sjukdom. Ytterligare en orsak till ångest är barnens oro över att den psykiska sjukdomen hos föräldern kommer att upprepa sig och att då behöva genomgå en ny sjukdomsepisod med föräldern. Föräldrarnas sjukdom och det samhälleliga stigmat förstärker problemet och leder till en låg självkänsla hos barnet. Hopplöshet kan infinna sig hos barnet när föräldrarnas symptom blir för stora och de tappar kontroll eller om föräldrarnas stöd från sjukvården brister.

*“(The) Future has lost its meaning for me. Every good thing is disrupted before it is over. Mother’s illness has spread a dark shadow on my life.” (Oskuie et al., 2011, sid. 36).*

Oskuie et al. (2011) beskriver vidare att *utbildningsfaktorer* hos barnen påverkas av föräldrarnas psykiska sjukdom. Barn har problem att fokusera på sitt skolarbete i hemmet när föräldrarnas sjukdom tar över. De upplevde att ena delen av huvudet alltid var hemma och att den andra delen försökte hänga med i skolarbetet. De kände starkt att familjen behöver en fungerande mamma. Att de inte kunde fylla hennes frånvaro och arbetsuppgifter och samtidigt klara av uppgifter på universitetsnivå. Problemet berör både yngre och äldre barn, familjens ekonomi kan påverka barnets möjlighet till utbildning då en stor del av ekonomin läggs på föräldrarnas behandling. *Ekonomiska faktorer* tas upp och spelar en stor roll i barnets liv. På grund av att psykisk ohälsa ofta är kronisk och återkommande utsätts familjen för ekonomiska svårigheter vid till exempel långvarig sjukskrivning och arbetslöshet. Artikelförfattarna nämner jämförande studier där familjer med psykisk sjukdom ofta är mer drabbade av fattigdom och att det läggs mycket lite pengar på barnens behov av lek, kultur och upplevelser. Det finns endast pengar för det nödvändigaste så som mat och kläder. *Rollfaktorer* inom familjen är den sista och femte faktorn som beskrivs. Varje förälder har en specifik roll i sin familj men en psykisk sjukdom orsakar ofta temporär eller konstant instabilitet i att fullfölja den rollen. Därför måste andra familjemedlemmar, i synnerhet barnen, täcka upp den rollen som föräldern inte fullbordar. Följden blir att när barnen tar extra roller och ansvar i familjen utöver den roll de redan har så uppstår problem. De var tvungna att fullgöra mammans arbetsuppgifter, städa, laga mat vilket tog tid från barnens privata egentid. Barnet måste således ha roller som både barn, förälder och vårdgivare till sin förälder i sin familjesituation.

*“When she is at home I must manage her drugs... I must watchdog the correct timing of her pills... I have to perform caring dutie.” (Oskuie et al., 2011, sid. 37).*

Pölkki, Ervast & Huupponen (2004)) menar att utöver de rollförändringar som sker i familjen som Oskuie et al. (2011) beskriver så förändras även föräldraskapet. Föräldrarollen försvagas och rollen som omsorgsgivare förloras då föräldern är fast i sin egna värld. Oftast så tar inte den andra föräldern över ansvaret. Om det är modern som är psykiskt sjuk så begraver sig ofta pappan i mer arbete och överlämnar de vardagliga bestyren till barnen eller eventuellt mor/farföräldrar. Oftast tar äldre syskon hand om de yngre. Barn upplever ibland att de förlorar båda föräldrarna och att de tar över föräldrarollen helt (Pölkki et al., 2011).

Knutsson-Medin et al. (2007) instämmer med Baik & Bowers (2006) samt Oskuie et al. (2011) om barnets svårigheter när det kommer till förändrade familjeroller. Knutsson-Medin et al. (2007) beskriver barns känslor för sina föräldrar. Barn kunde beskriva att de var överbeskyddande mot den sjuka föräldern. En del barn kände sig obekväma när föräldern betedde sig konstigt eller verkade medicinpåverkad eller ljög om barnet inför andra.

Det flesta barn upplever att de har färre problem i livet under de perioder de har bra kontakt med sina föräldrar och när föräldern mår bättre i sin sjukdom. Många barn beskriver att de har en stark kärlek till sina föräldrar och att de därför är måna om att ha en relation till dem. När föräldrar ligger inne på sjukhus för sin sjukdom upplever barnen rädsla och ångest över vad som ska hända både med föräldern och med dem själva, samt vad som ska hända med relationen till föräldern. En del barn tror att föräldern ska dö eftersom de associerar hospitalisering med döende (Mordoch & Hall, 2008).

Baik & Bowers (2006) har studerat barns upplevelser kring att delge sin situation för omgivningen. Inledningsvis menar författarna att barn först når en självinsikt över sin situation, det vill säga relativt unga barn upptäcker först att deras mor är avvikande i sitt beteende gentemot andras mammor. Barnen kan inte separera sjukdomens symptom från vem föräldern är, om det avvikande beteendet är föräldern eller symptomen. Så småningom förstår barnet det avvikande beteendet på sitt sätt, som en sjukdom föräldern har och därefter kan de börja se depressionen. Denna första sjukdomsinsikt om föräldrarnas annorlundahet kallas *självinsikt (self-awareness)* “self disclosing” och processen är viktig för att barnet ska kunna tala om föräldrarnas sjukdom och sin egen situation så småningom. Det steg när barnet första gången talar öppet om sin situation med andra om sin föräldrars sjukdom kallas *självexponering* “first disclosing”.

*“I remember the first time saying to people when I was probably ten or something, saying to someone that my mom was sick. I didn't use the word depression, but I just used the word sickness... When I had actually had an understanding of what it was, probably wasn't until I was fourteen or fifteen that I actually said to someone that my mom had been depressed.” (Baik & Bowers, 2006, sid. 4)*

Vissa barn har sin första självexponering som unga och vissa först i vuxen ålder. Unga barn brukar generellt beskriva moderns depression som att modern har en sjukdom i allmänhet, mer än att specifikt tala om depression (Baik & Bowers, 2006).

*“I didn’t know my mom has been depressed. Nobody talked to me. But I knew that my mom was different all of my life, but to us siblings it was a way of life. We were born in that environment and that was all we knew till I grew up and moved away from my parent’s home.” (Baik & Bowers, 2006, sid. 5)*

Konsekvenserna av barnets första självexponering kan variera. Ibland reagerar omgivningen med rädsla, förlorad vänskap eller förargade familjemedlemmar. Vem barnet första gången berättade för och vilken respons barnet får är avgörande för framtida avslöjanden. Detta kan resultera i att barnet helt slutar prata om föräldrarnas sjukdom om den första självexponeringen blir negativ. Om barnet får ett positivt bemötande i sitt avslöjande så blir det validerat och det gynnar barnets förståelse för sin situation och leder till att barnet kan utvecklas till en frisk individ. Att inte förstå sin moders depression, att bli tillsagd att inte tala om sjukdomen av föräldern eller närstående och att inte få stöd och kunskap om sin situation var speciellt svårt för de barn som hade sin första *självexponering* som unga (Baik & Bowers, 2006).

Så kallad *selektiv exponering* (selective disclosure) definieras som barnets avsiktliga avslöjande av sin situation eller ett medvetet undanhållande av sin situation. Barnet väljer således aktivt att avslöja eller inte avslöja för att undvika förväntade negativa konsekvenser eller för att få positiva konsekvenser utifrån de erfarenheterna de fått av själva exponeringen. Av de tre olika typerna av exponering (disclosure) är detta den mest sofistikerade och mogna. Om tidigare konsekvenser av *självexponering* har varit till merparten negativa så börjat barnen skydda sig själv och sin familj från vidare negativa konsekvenser. Samtidigt kan barnet också lära sig att ett avslöjande kan leda till att vinna stöd, förståelse och sympati från andra. Känslan av trygghet från avslöjandet influerade barnets beslut över huruvida de ska avslöja sin situation och till vem. Barnets trygghet bestäms utifrån hur barnet förutser lyssnarens förmåga till empati eller sympati och barnets tro på huruvida de är ansvariga för sin mors sjukdom och deras uppfattning av den sociala acceptansen av att tala om depression eller privata frågor (Baik & Bowers, 2006).

Baik & Bowers (2006) menar att barnet utvecklar strategier under livet för att bedöma om de är trygga i att avslöja sin situation med en deprimerad förälder för en utomstående. Inledningsvis försöker de lära sig om den utomstående lyssnaren och om lyssnaren själv har svåra erfarenheter av livet. Därefter gör barnet en snabb bedömning av om lyssnaren är en potentiell trygghet att avslöja sig för när de börjar berätta om sin situation. Barnet noterar då vad lyssnaren fokuserar på i berättelsen, om berättaren fokuserar på känslor och tankar. Slutligen övervakar barnet lyssnarens respons på sina avslöjanden. Barnet fokuserar på röstläge, ansiktsuttryck och hur lyssnaren reagerar på vad barnet avslöjar. Oavsett lyssnare, så har barnet lättare att avslöja sin situation om det har kommit till insikt om att det inte är barnet självt som är orsak till moderns depression (Baik & Bowers, 2005).

## **6.2 Barnets stressreaktioner**

Pölkki et al. (2004) menar att vissa barn är sårbara för att utveckla stressreaktioner och får långvariga problem om de inte har skyddsfaktorer som till exempel socialt stöd i omgivningen. Få barn får professionell hjälp utifrån och de vuxna barn som levt med en förälder med psykisk sjukdom betonar att de verkligen hade behövt hjälp. Men att de som barn inte har haft förmågan



att fråga efter hjälp. Enligt Knutsson-Medin et al. (2007) upplever barn det som negativt när de inte får en god kontakt med personalen på sjukhus där deras förälder befinner sig. Barnen upplever också brist på förklaringar och information från personalen inom psykiatrin. Flera barn uppger också att de inte får någon information i samband med en förälders suicidförsök. Barn känner oro för föräldrarnas välbefinnande och för att föräldern ska ta sitt liv. Barnen är också oroliga för att föräldrarna inte ska få den hjälp som de behöver. Barn beskriver även i denna studie en ångest och oro över att aldrig veta hur det skulle vara när de kom hem efter skolan. De finns också en oro över hur den friska föräldern ska orka (Knutsson-Medin et al., 2007).

*“I worried about my mother. I worried about what condition she would be in when I came home from school.” (Knutsson-Medin et al., 2007, sid. 749)*

Knutsson-Medin et al. (2007) beskriver barns ökade ansvar när de lever med en förälder med psykisk sjukdom. Barn kan uppleva ett ökat ansvar för föräldern, syskon och hushåll. Barnen beskriver att de känner sig mer “vuxna” än sina vänner och de upplever att den hjälp de gav både sina sjuka och friska föräldrar var både praktisk och emotionell. Barn i dessa familjer rapporterar också mycket negativa känslor. Bland annat skam, nedstämdhet, konflikträdsla, en känsla av övergivenhet, ensamhet, osäkerhet, otillräcklighet, rädsla, svek, dåligt självförtroende, ilska och avundsjuka på vänner som har friska föräldrar. Barnen rapporterar också svårigheter i att uppskatta saker som vanligen gjort dem glada och att saker förlorat sitt värde. Andra symptom som beskrivs av barnen är magvärk och koncentrationssvårigheter.

*“I worried a lot, had difficulty concentrating and had problems in school.” (Knutsson-Medin et al., 2007, sid. 749)*

Baik & Bowers (2006) menar att barn i vissa fall tror att de är ansvariga för föräldrarnas sjukdom. Om de talar om sjukdomen med andra tror de att de ska få skulden och att det eventuellt kommer att bli separerad från sin familj. Barn känner att det är en börda att bära (Baik & Bowers, 2006).

### **6.3 Föräldrar och barns påverkan på varandra i familjrelationen**

Fanti, Panayiotou & Fanti (2013) undersöker hur barnets internaliserings- och externaliseringssymptom påverkar och påverkas av en förälders depressiva symptom över tid. Studien utförs på ett stort antal deltagare och barnets externaliserings- och internaliseringssymptom rapporteras separat av fadern och modern. Barnen rapporterar inte sina egna svårigheter och det ställs inga frågor till dem i studien.

Deltagarna följs i 10,5 år. Under den tiden genomgår de undersökningar som rör den egna depressionen samt barnens problem. Undersökningarna sker vid tidpunkter då barnet är fyra och ett halvt, sju, nio, elva, tolv och femton år, alltså sammanlagt vid sex tillfällen. Drygt 18 procent av mödrarna och 11 procent av papporna uppfyllde undersökningens kriterier för depression under tiden som studien pågick. Samspelet mellan föräldrar och barns symptom beskrivs som bidirektionellt. Undersökningen belyser när och hur symptomen hos barn och föräldrar följer

varandras toppar och dalar i olika åldrar, samt vilken påverkan det får beroende på vilken roll man har (mamma, pappa, son eller dotter) i familjen. Faderns och moderns symptom påverkar barnen något olika och barnens internaliserings- och externaliseringssymptom påverkas lite olika beroende på vilken förälder som visar depressiva symptom. Studien visar att det finns ett samband mellan en förälders depressiva symptom och barnets risk för att utveckla externaliserings- och internaliseringsproblem i framtiden. Barns egna externaliserings- och internaliseringsproblem är dock en starkare predikator för barnens problem över tid än vad föräldrarnas depressiva symptom är, oavsett om det gäller modern eller fadern. Att förstå dessa samband är viktigt för att kunna ge väl grundade interventioner till familjen. Studien visar att sambanden mellan föräldrars depressiva symptom och barnens känslomässiga- och beteendeproblem förändras med barnets ålder. Externaliseringsproblemen som till exempel aggression och destruktiva beteende minskar med ökad ålder, medan de internaliserande symptomen som till exempel oro eller att barnet isolerar sig ökar med åldern. Barnens externaliseringsproblem är starkt sammankopplade med barnens internaliseringsproblem, då man tydligt kan se hur den ena utvecklingskurvan ökar när den andra minskar. När man tittade närmare på detta så fann man att flickor uppvisade mer internaliseringsproblem jämfört med pojkar och att pojkarnas internaliseringsproblem låg på stabila nivåer över tid medan flickornas tenderade att öka. Flickors externaliseringsproblem jämfört med pojkars är ofta mindre i den tidiga barndomen och det är större chans att flickorna externaliseringsproblem minskar med tiden. Man såg också att det fanns en signifikans mellan flickors externaliseringsproblem och mammans depression, men den saknades mellan pojkarna och mammorna. Påverkan av moderns depressiva symptom på barnens symptom är som starkast i den tidiga barndomen och i ungdomsåren. I den senare barndomen fram till ungdomsåren så påverkas barnen mindre av moderns depression.

Vad beträffar pappans depressiva symptom så är påverkan på barnets externaliseringsproblem störst när barnet är 4,5-7 samt 12-15 år, medan barns internaliserings- och externaliseringssymptom i åldrarna 11 och 12 år hade störst påverkan på faderns depressiva symptom. När studien tittade närmare på skillnaden mellan flickor och pojkar fann man att sambandet var starkast mellan flickor och pappor. Pappans depressiva symptom när flickan är 4,5 år kan förutspå vilka externaliseringsproblem flickan kommer att få vid sju års ålder. Samma relation gäller när flickan är 12 år, då förutspår pappans depressiva symptom vilka externaliseringsproblem flickan kommer att ha vid 15 års ålder. Detta visar tydligt att det finns ett bidirektionellt samband mellan pappa och barn i barnets övergångsperiod från barndom till ungdom samt i den tidiga ungdomen. När det gäller mamman så visade studien att barns internaliseringsproblem inte påverkades av mammans depressiva symptom över tid, men att moderns depressiva symptom förutspådde barnens internaliseringsproblem i åldrarna 7 - 9, samt 12 - 15 år. Studien visade även att moderns egna depressiva symptom signifikant kan påvisa hennes egna framtida nivåer av depressiva symptom. Även flickors externaliseringsproblem visade sig ha en påverkan på mammans depressiva symptom över tid, ett samband som inte fanns för pojkarna (Fanti et al., 2013).

Kouros & Garber (2010) styrker samband mellan mödrars och barns depressiva symptom över tid. Studien visar att moderns symptom kan förutsäga barnens depressiva och utåtagerande symptom. Högre nivåer av moderns depressionssymptom förutsäger alltså efterföljande ökning av barns externaliserande symptom. När de depressiva symptomen ökade hos modern så ökade

också de depressiva symptomen hos barnen och om moderns symptom minskade, så minskade även barnens. Studien fann även att moderns depressiva symptom inte bara påverkar barnens depressiva symptom, utan även deras utåtagerande symptom. Detta samband gäller dock bara från mor till barn, studierna fann inget samband mellan barns utåtagerande symptom och moderns ökande eller minskande depressiva symptom. Dessa samband varierar över tid och är beroende på barnets ålder.

#### **6.4 Barnets hantering av sin situation - coping och resiliens**

Pölkki et al. (2004) har studerat copingstrategier hos både små barn och vuxna barn som levt med föräldrar som har en psykisk sjukdom. De menar att barn använder både praktiskt problemlösning och emotionella copingmekanismer för att hantera sin situation. Barn som lever med en psykiskt sjuk förälder klarar oftast hushållssysslor bra men känner sig ensamma och hjälplösa för övrigt. Flera av de nu vuxna barnen i studien till föräldrar med psykisk sjukdom anser att de klarade sig ganska bra när de bodde hemma. De betonade att de fått lära sig mycket och mognat under tiden. Trots detta är det inte ovanligt att dessa barn som vuxna utvecklar egen psykisk ohälsa eller missbruk enligt Pölkki et al. (2004). Olika fritidsaktiviteter och besök hos människor som inte var medvetna om barnets situation i hemmet hjälpte barnet att samla styrka och hopp, vilket gjorde att de lättare orkade med sin situation. Vid dessa aktiviteter fick barnen också uppleva hur ett "normalt" liv kan se ut för en stund. Syskon, husdjur och vänner hjälper också barnet att hantera sin situation och att klara sig bättre i skolan (Pölkki et al., 2004). Ytterligare exempel på hur barn hanterar sin situation tas upp av Mordoch & Hall (2008). Beroende på barnens ålder och utvecklingsnivå har barnen olika strategier för att hantera föräldrarnas beteende när föräldern är sjuk. Vissa barn flyr till avskilda delar av huset och håller sig undan. Andra barn har lärt sig av erfarenhet hur de bäst ska hantera situationer i hemmet som uppstår till följd av föräldrarnas sjukdomsbeteende. Exempel från barnen själva på handlingar i sådana situationer är att erbjuda sig själva att hjälpa till med något, att ta dem ut på en promenad och gunga eller att de helt enkelt vara extra snälla mot föräldern under dessa perioder (Mordoch & Hall, 2008).

I Baik & Bowers (2006) beskriver ett av barnen sig generat över att ha en mamma som är avvikande och gör saker annorlunda i jämförelse med andra mammor. Därför försöker barnet mörka mammans beteende genom att konstruera trovärdiga förklaringar på mammans agerande. Hon pratade endast om mammans beteende med sina syskon och försökte hålla andra relationer borta (Baik & Bowers, 2006).

*"You tried to explain to your friends why your mother did odd things. I remember trying to cover up. That's the word, "cover up". All the time she did these odd things and you knew you had to... You had to survive out here. I did that all the time, all of us (siblings) did. Those kind of things happened all the time, and you found yourself actually lying for you mother to cover up." (Baik & Bowers, 2006, sid. 4)*

Pölkki et al. (2004) beskriver ett resilient barn till en förälder med psykisk sjukdom. Ett resilient barn är medvetet om föräldrarnas problem, har en god förmåga att sätta ord på sina tankar och dela med sig av sina upplevelser. Barnet är kapabelt att särskilja sina känslomässiga upplevelser från

föräldrarnas. Tar inte på sig skuld över föräldrarnas sjukdom eller sin situation. Barnet har en annan resiliant förälder eller närstående och dessa hanterar situationen på ett gott sätt. Ett resiliant barn får också ökat självförtroende genom utomståendes stöd och uppmuntran, exempelvis från skolan (Pölkki et al., 2004).

#### *6.4.1 Maintaining the frame - en vidare förståelse av hur barn hanterar sin situation*

Mordoch & Hall (2008) beskriver barnets liv över tid och i vardagen som en balansgång mellan att "finnas inom sin ram" (maintaining the frame) och att finnas nära sin förälder. Barn vill finnas nära sin förälder eftersom de älskar den och försöker därför finna föräldrarnas rytm (finding the rhythm) utan att "förlora sig själva" i processen. Begreppet att finna föräldrarnas rytm beskrivs i två steg: att övervaka (monitoring) och anpassa sig (adjusting) till föräldrarnas sjukdomstillstånd. Förmågan att övervaka föräldrarnas beteende utvecklar barnet för att kunna klara av att sköta sitt eget liv, som att komma iväg till skolan i tid eller liknande som kan påverkas av föräldrarnas mående, och för att det är viktigt för barnet att behålla en god kontakt med sin förälder för att klara vardagen. Det gör att barnet lär sig se mönster och förändringar i föräldrarnas beteende och skiljer ut störningar som barnet sedan kan anpassa sina handlingar efter. Hur väl barnet hittar föräldrarnas rytm speglar vilka strategier som barnet använder för att sedan kunna "finnas inom sin ram". Strategierna för att skapa sin egen grund delas in i att bibehålla sig själv (preserving myself) och väga (gauging) resultaten av sina ansträngningar för att se vad barnet själv tjänar mest på. Att bibehålla sig själv innebär strategier för att "copa" med sin situation, så som att ta sig iväg till kompisar för att fly den jobbiga hemmasituationen och glömma det hela för en stund. Barn beskriver hur de försöker leva sina egna liv genom att själva tillgodose sina egna behov i så stor utsträckning som möjligt, något som är lättare för de äldre barnen. Att kunna tala med personer man litar på om problemen minskar barnens känsla av isolering men det kan vara svårt att hitta någon som man vågar lita på. Det kan till exempel vara svårt att veta hur en lärare kommer att reagera, eller om en vän kan hålla tyst och inte sprida familjens problem på skolgården. En del barn i studien berättade att de var oroliga och kände att de var ansvariga över att komma på en lösning till föräldrarnas problem och att de stod ensamma med de problem som orsakades på grund av föräldrarnas sjukdom. De barn som hade en återkommande kontakt som gav dem stöd hade en bättre förmåga att bibehålla sig själva. Bli jag-starka. De som inte längre klarade av att ha kontakt med sin sjuka förälder riskerade att även tappa kontakten med den andra föräldern. En del av barnen riskerade att hamna i och utsätta sig för risker som att börja använda berusningsmedel, som en följd av att de inte längre orkade ha med föräldern att göra. De barn som orkade bibehålla sig själva och utvecklas klarade ofta av att behålla god kontakt med sin förälder och finna dess rytm. Men de barn som använde strategier för att bibehålla sig själva men gjorde det på ett otillfredsställande sätt, riskerade att slukas upp av föräldrarnas sjukdom och bli oförmögna att utforma sina egna liv (Mordoch & Hall, 2008).

Barnen väger för- och nackdelar över tid och bestämmer hur mycket kraft de vill investera i att bibehålla sig själva och hur mycket de vill investera i att ha en god kontakt med sin förälder. Om fördelarna överväger nackdelarna så väljer barnen att investera i sin relation till föräldern och det leder ofta till att de hittar föräldrarnas rytm. För att göra den bedömningen jämför barnen det förflutna med nutid och jämför sitt eget jag mot andra människor och sin familj mot andra familjer. Andra typer av avvägningar som barnen gör är mellan hur man har det nu och hade det

då, hur föräldrarnas sjukdomsförlopp utvecklar sig från tidigare, för- och nackdelar med att “finnas inom sin ram” och hur familjens utveckling går. Dessa avvägningar gör barnen kontinuerligt och det får olika inverkan på hur de mår beroende på vilken sida av vågen som väger tyngst. Om de ser att utvecklingen går åt rätt håll, att det går bättre för de själva och familjen än tidigare får det en positiv effekt och om det går sämre ger det en negativ effekt (Mordoch & Hall, 2008).

## 6.5 Professionell hjälp och stöd

Samtalsgrupper och psykoedukativa interventioner visar sig ha goda resultat på barn och deras förmåga att förstå och hantera jobbiga situationer som kan uppstå på grund av föräldrarnas sjukdom. Till exempel kan det vara lättare att förstå varför mamma har låst in sig på sitt rum en hel dag och bara ligger och gråter om man förstår att mamma är sjuk och att det är en konsekvens av sjukdomen (Mordoch & Hall, 2008).

I Beardslees familjeintervention (Pihkala, Sandlund, & Cederström, 2012) handlar det om att möta behoven av kunskap om att leva med depression i familjen. Alla familjemedlemmars berättelser blir hörda, ord sätts på känslor och upplevelser om sjukdomen och tystnaden bryts. Fokuset är på styrkor, resurser och på framtiden. Föräldrarna uppmuntras till att i kontakten med barnen vara positiva och stärka barnen och deras förståelse av föräldrarnas depression samt minska barnens känslor av skuld och skam. Innehållet i undervisningen anpassas till familjens specifika situation. Man betonar föräldrarnas expertis i fråga om deras barn och strävar att anpassa sig till familjens språk och begrepp. Den viktigaste principen för interventionen är respekt för föräldern. Föräldern vill barnets bästa, om föräldern brister i sitt föräldraskap beror det på sjukdomen. Att se varje barn individuellt och höra varje barn är en annan viktig princip. Barn inom samma familj kan påverkas på mycket olika sätt av föräldrarnas sjukdom beroende på barnets ålder, kön, social och kognitiv kapacitet samt barnets mognad och utveckling.

Pihkala et al. (2012) uppger att den största motivationen till föräldrarnas deltagande i en familjeintervention var upplevelsen av att de saknade en dialog med sitt barn och var oroliga för barnen. De vill veta om barnen farit illa av föräldrarnas depression och kände lättad att någon utifrån skulle se barnen. Men var samtidigt ängsliga för den insyn i familjen det skulle innebära att delta. Det fanns en stor rädsla för stigma och att de hade gjort fel. De var rädda för att socialtjänsten skulle kopplas in och ta barnen ifrån dem och deras skuld- och skamkänslor var starka. Skamkänslorna var större hos dem som själva haft en förälder med psykisk sjukdom men de var samtidigt mer medvetna om behovet av prevention. Föräldrarna beskrev att deras barn hade blivit tillbakadragna, tysta, de krävde inga förklaringar och skyddade därmed sig själva och föräldern av föräldrarnas sjukdom, att de hade tagit efter föräldrarnas symtom och anpassat sig. Efter interventionen upplevde de att barnen var gladare, lättade och lekte mer med kompisar. Att de inte bevakade föräldern på samma sätt och var mindre oroliga. Majoriteten av föräldrarna som tillfrågades om familjeinterventionens effekt var positiva. De upplevde att deras föräldraskap hade stärkts. Förståelsen om deras egna mående och deras förståelse för barnen hade ökat. Deras oro för barnen och deras känslor av skuld och skam gentemot barnen hade minskat. De kunde njuta och koppla av mer i sin relation till barnen. De kände en ökad tilltro till barnens framtid och kände en större självacceptans och acceptans av sitt föräldraskap (Pihkala et al., 2012).

Barnens känsla av lättnad och befrielse från oro var mycket framträdande i studien. De upplevde en öppnare kommunikation om sjukdomen och även om andra saker de inte hade kunnat prata om innan. De uppgav att känslan av närhet till varandra i familjen hade ökat. Det var viktigt att de fick förklaringar om sjukdomen av föräldern men även av behandlaren. Nu kunde de bättre förstå hela situationen och vågade även prata om sjukdomen med någon annan utomstående. De var mindre rädda och kände mindre oro när de fått förklarat att symtomen inte var livshotande och kunde därför sluta bevaka föräldern hela tiden och våga göra annat som att leka med kompisar. Barnen upplevde samma positiva effekt som föräldrarna. De mådde bättre efter familjeinterventionen, kände en stor lättnad, färre skuld känslor och oro för föräldern. De rapporterade att det var mycket lättare att prata med föräldern om sjukdomen och känslan av att de var bättre förstådda av föräldrarna hade ökat. Barnen upplevde nytta med interventionen och både barn och föräldrar kunde rekommendera interventionen till andra. I de flesta fall tänkte familjerna följa de rekommendationer om stöd och behandling som föreslogs efter familjeinterventionen (Pihkala et al. 2012).

Kamrattstödande aktiviteter som lägerverksamhet för barn gör att barn utvecklas och finner stöd hos personer som sitter i samma situation (Foster, Lewis & McCloughen, 2014). Det ger en fristad till många barn och en möjlighet att skapa nya vänner och kontakter som gör att de kan blomstra. Under dessa läger så upplever barnen att de får ett ökat självförtroende som de sedan bär med sig efter att de lämnat lägret. Många barn upplevde en acceptans och ett stöd från andra barn som hade samma hemsituation och att det var en lättnad att inte vara ensam om att ha en förälder med psykisk sjukdom. Olika typer av aktiviteter som barnen utförde tillsammans hjälpte dem att utveckla en inre styrka och att lösa problem inom den kontext de för närvarande befann sig i. Det självförtroende och den problemlösande förmågan överfördes sedan till andra kontexter utanför lägret. Barnen upplevde ett mod och en styrka inom sig själva som de inte kände i sitt vardagliga liv. Vissa barn upplevde att de hade en kapacitet att hjälpa andra och att de på ett bättre sätt kunde stödja sin förälder, syskon och vänner på lägret. Denna förmåga upplevdes olika beroende på åldern hos deltagaren, de äldre barnen upplevde sig ha större kapacitet att hjälpa andra utanför familjen, medan de yngre barnen upplevde sig kunna hjälpa sin familj på ett bättre sätt (Foster et al., 2014).

Pölkki et al. (2004) beskriver att barn till en svårt psykisk sjuk förälder ofta inte fått någon information angående förälderns sjukdom. För att ge information om förälderns sjukdom och dela sina traumatiska erfarenheter med andra så har gruppsamtal för barn visat sig vara framgångsrika. Ett femårigt familjeterapiprogram har visat sig ha positiv effekt på barnens psykiska hälsa i låg- och högriskfamiljer. Effekten kunde ses efter 10 år i en uppföljningsstudie. Författarna anser också att det finns starka belägg för att psykoterapi för barn med en psykisk sjuk förälder ger goda resultat.

Beardslee, Gladstone, Wright & Cooper (2003) jämför två interventioner - en familjefokuserad intervention på en klinisk anläggning, där barnen delvis deltog, och en föreläsningsintervention där endast föräldrarna deltog i en större grupp med andra föräldrar. Det visade sig att båda interventionerna hade goda resultat på barnens förmåga att förstå förälderns sjukdom men den familjefokuserade interventionen fick något bättre resultat. I interventionen på den kliniska anläggningen uppmanades föräldrarna att tala med sina barn om sjukdomen. Flera olika professioner var med vid interventionerna som utfördes vid 6-11 tillfällen under en 6-9 månaders

period. Denna intervention är mer skräddarsydd eftersom familjemedlemmarna själva får vara med och berätta om problemen som de upplever. Föreläsningsinterventionen bestod av två föreläsningar där informationen som gavs var mer allmän om hur sjukdomen påverkar barn och vilka symptom hos barnen som kan uppkomma, samt hur dessa kan hanteras. Föräldrarna uppmuntrades att tala med sina barn och lärde sig att deras attityder och beteende påverkar barnen. Båda interventionerna fokuserade på att avlägsna skuld, missförstånd och känslan hos barnet att det håller sig ansvarigt (blaming) för föräldrarnas sjukdom genom att tillhandahålla information. I jämförelsen finns bevis för att förändringar i attityd och beteende hos föräldrarna leder till förändringar i barnens förmåga att förstå förälders sjukdom och att hantera sin situation. Större förändringar hos föräldrarna leder till större påverkan hos barnen.

Knutsson-Medin, et al. (2007) menar att barn kan uppleva en lättnad när någon annan är ansvarig för föräldern, exempelvis under tiden föräldern är inlagd. Barnet upplevde det också som positivt när behandlingen var effektiv.

En uppföljningsstudie visar att barnen till föräldrar med depression har en trefaldigt ökad risk att själva drabbas av depression. Även risken för att drabbas av bipolärt syndrom är betydligt större jämfört med de som har en frisk förälder. Barn till föräldrar med depression använde betydligt mer öppenvårdskliniker och fick mer behandling än barn som inte har föräldrar med depression. Samtidigt är det anmärkningsvärt få som får behandling. Depression bland barn startade vanligtvis när flickorna var mellan 15 och 20. För pojkarna var det vanligare mellan 15 och 30 (Weissman, Wickramaratne, Nomura, Warner, Pilowsky & Verdeli, 2006).

### 6.5.1 Kunskapsbehov

Reupert & Maybery (2010) beskriver i fem teman anledning till att utbilda barnet i sin förälders sjukdom. Den vanligaste orsaken är att *kunskap är makt*. Det hjälper barnet att skapa en mer realistisk och användbar bild av sin förälders psykiska sjukdom. Sanningen är mindre otäck än deras fantasi. Den andra anledningen är att det *ger en lättnad* eftersom de får då veta vad som är fel med deras förälder. Perspektivet blir större vilket tar bort skuldbördan. Ångesten lättar då de får vetskap om att det inte är deras fel och att de inte kan bota det. Vidare så ger utbildning barnen möjligheten att *lära sig copingstrategier* för att möta situationer som kan uppstå i familjen. De lär sig vad de kan göra ifall föräldern inte mår bra, hur de ska hantera olika situationer som dyker upp och vilket stöd som finns. Om de får problem längre fram så kommer de förhoppningsvis söka hjälp tidigt. Att kommunicera och *ge barnet ett användbart språk* för att uttrycka och förklara sina upplevelser ökar förmågan att synliggöra barnets behov. De kan bli trygga i att prata om psykisk sjukdom öppet i familjen. Det är viktigt att barnen får lära sig att andra barn upplever samma sak, det leder därmed till en *minskad känsla av ensamhet*.

*“... it is important for a group of children, who share the same issue to discuss a potentially marginalizing and stigmatizing issue” (Reupert & Maybery, 2010, sid. 637).*

En utbildare nämner att det budskap som gavs upprepade gånger till barnen, var att det var inte “du som orsakade det”, “du kan inte bota det”, “du är inte den enda” (Reupert & Maybery, 2010). Utbildare uttrycker att de gör skillnad på utbildningen utifrån ålder på barnet. Till yngre

barn kan de använda dockor, medan tonåringar kan få skrivet material. De beskriver också att med tonåringar försöker de få dem att utforska sina känslor, uttrycka sig mer samt lära sig att reflektera i större utsträckning än vad de gjorde med de yngre barnen. De flesta utbildade inte på ett annorlunda sätt beroende på diagnos hos föräldern. Fokus bör vara på barnet och sättet att hantera sjukdomen. Påverkan som sjukdomen medför ger samma bristande kommunikation, oro för föräldern, omsorg om familjen och avsaknad av vänskap oberoende av diagnos hos föräldern.

Även Knutsson-Medin et al. (2007) menar att barn önskar mer kontakt med sjukvårdspersonalen inom vuxenpsykiatri, mer information och mer förklaringar angående föräldrarnas sjukdom. Barn önskar ett professionellt stöd för sig själva och de önskade mer initiativ från vuxenpsykiatri både under tiden föräldern var inlagd och tiden efteråt.

### 6.5.2 Sjuksköterskans roll

Pölkki et al. (2004) menar att en av anledningarna till att barn till föräldrar med förstämningssyndrom inte får hjälp kan vara hälso- och sjukvårdspersonalens felaktiga uppfattning om att familjerna redan får stöd från andra instanser. Att sjukvårdspersonalen inte uppmärksammar barnens situation kan också bero på att barnen sällan berättar att de är omsorgsgivare i familjen och det händer lätt att sjukvårdspersonal inte uppmärksammar att barnet har tagit den rollen. Föräldrar vill inte heller bli sedda som "misslyckade" eftersom de är rädda för de negativa konsekvenserna ett avslöjande av situationen skulle kunna innebära för alla, såsom att behöva separera familjen och att barnen blir fråntagna dem (Pölkki et al., 2011). I en studie av Korhonen, Pietila & Vehvilainen-Julkunen (2010) visade det sig att nästan alla sjuksköterskor (95 procent) frågade deras patienter om hur många barn de hade, deras ålder och kön. De flesta (76-85 procent) kunde garantera att det fanns en vuxen i barnets liv att vända sig till när föräldern blev inlagd. Mer än hälften (68-70 procent) förklarande vad som var fel med föräldern till barnet, det var mer sannolikt att en sjuksköterska som själv är förälder gjorde det. Mindre än hälften (46 procent) av sjuksköterskorna pratade med barnen om deras rädsla att bli psykiskt sjuk. I en annan studie som gjordes på Irland av Houlihan, Sharek, & Higgins (2013) visar det sig att bara 52,8 procent av de tillfrågade psykiatrisjuksköterskorna alltid frågade sina patienter om de hade barn. 44,9 procent av dessa frågade alltid hur gamla barnen var och endast 11,3 procent frågade alltid om familjen behövde något stöd för att ta hand om barnet på grund av sin sjukdom. Pölkki et al. (2004) rekommenderar öppenvårdsåtgärder för att bedöma och stödja föräldrar med psykisk sjukdom i deras familjesituation. De menar också att den friska föräldern behöver stöd som prevention mot skilsmässa så att barnet inte lämnas ensamt med den sjuke föräldern. Barn behöver ofta en fast långvarig kontakt inom socialtjänsten som ser till att familjens och barnets behov är tillgodosedda.

*"It is time for "invisible children" of mentally ill parents to become visible" (Pölkki et al., 2011, sid. 162)*

Pölkki et al. (2011) menar att vuxenpsykiatri bör bedöma alla familjemedlemmars situation, inklusive barnens, i relation till den vuxnes psykiska sjukdom. Trevliga och lugna mötesplatser för barn och föräldrar bör skapas på psykiatriska avdelningar. Barnets deltagande i vården av föräldern bör utvecklas. Samarbetet mellan barn- och vuxenpsykiatri samt socialtjänst bör



utvecklas. Barnets bästa och behovet av föräldraskap bör noga bedömas. Öppenvårdskontakt bör erbjudas till familjen tidigt för att stödja barnet och den friska föräldern. Ett aktivt samarbete mellan psykiatrin, barnomsorg, skola och polis är viktigt. Psykoedukativa samtalsgrupper och eventuell psykoterapi ska finnas tillgänglig för barn med psykiskt sjuka föräldrar. Sjuksköterskors, läkares och socialtjänstemäns kunskap i hur dessa barn ska hjälpas bör utvecklas mycket mer.

Sjuksköterskor inom psykiatrin har en unik position att möjliggöra tidiga interventioner till barn med föräldrar som lider av psykisk sjukdom och om det behövs skicka dem vidare till specialiserad vård (Houlihan et al., 2013). Det kräver utbildning och tydliga organisatoriska riktlinjer för att det ska fungera, vilket inte finns på plats inom den psykiatriska vården. Det finns idag ett behov av att förbättra kunskapsnivån, policys och riktlinjer för att uppnå en mer familjefokuserad vård, annars kommer barnen förbli "osynliga". Det är endast 5,4 procent av psykiatrisjuksköterskor som säger sig ha tillräckligt med självförtroende för att kunna bedöma vilka behov ett barn har i förhållande till föräldrarnas sjukdom och hela 64,6 procent ansåg sig ha ingen eller lite självförtroende att göra en sådan bedömning. 3,8 procent av psykiatrisjuksköterskorna erbjöd stöd till föräldrarna med hjälp av böcker och annat, för att hjälpa dem att kunna förklara för sina barn om sin sjukdom. 85,9 procent gjorde det sällan eller aldrig. I studien så ger psykiatrisjuksköterskor förslag på vad som krävs för att de osynliga barnen ska uppmärksammas mer inom vården. De föreslår tydligare riktlinjer, mer familjefokusering, vilket kommer att kräva förändringar i utbildning till psykiatrisjuksköterskor. De önskar mer och bättre materiel som böcker och filmer, för att bättre kunna lära barnen om sin förälders sjukdom och öka deras kunskaper. Houlihan et al. (2013) anser även att det saknas materiel för att kunna lära föräldrarna hur de bättre ska kunna möta och berätta för sina barn om sin sjukdom.

Barn som har kunskap om sin förälders sjukdom har lättare att tolka föräldrarnas beteende och förstår mer om vad som är sjukt och friskt i beteendet. Det gör att jobbiga känslor av osäkerhet blir mindre och ger barnen en förståelse för vad som pågår. Deras värld och deras upplevelser blir lättare för dem att förstå. Att kunna erbjuda ökat stöd i hemmet och stabila hemförhållanden till barnen ger ökad hälsa hos barnen (Mordoch & Hall, 2008). Information bör enligt Alasuutari & Järvi (2012) ges på eget språk. Det är inte alltid det professionella sättet som är det bästa sättet att förmedla information. Det kan vara svårt för ett barn att relatera till ett professionellt språk gentemot de upplevelser det har dagligen. Bara att nämna psykisk sjukdom kan vara stigmatiserande. Att uttrycka sig i en empirisk vokabulär, som utgår från barnets observationer av föräldern, är ovanligt i den asymmetriska relationen till barnet. Att för barnet att gå från en professionell vokabulär till ett empiriskt blir möjligt först när den som pratar med barnet byter till det sättet att uttrycka sig. Den empiriska vokabulären är ett medel för barn att uttrycka mental sjukdom på flera sätt och utifrån sitt vardagliga sammanhang.

## **7. Diskussion**

### **7.1 Metoddiskussion**

I urvalet som gjordes kan relevanta artiklar ha sorterats bort. De kan ha haft en rubrik som inte ansågs relevant eller som inte speglade det egentliga innehållet i artikeln. Vissa artiklar valdes bort på grund av att de inte fanns tillgängliga via universitetet utan var tvungna att köpas. Sökorden som användes gav ett resultat som motsvarade syftet. Antagligen finns det fler sökord som inte använts i sökningen som skulle medfört att resultatet blivit annorlunda. Tesaurus användes inte vilket kunde medfört ytterligare bredd bland sökresultaten. Trunkering användes för att inte gå miste om alternativa böjningsformer. Termer från svensk MeSH användes för att det är standardiserade ord som används av databaserna.

Oklar definition av psykisk sjukdom medförde att artiklar blev exkluderade. I uppsatsen användes genomgående begreppet psykisk sjukdom. "Mental illness" är allmänt vedertaget i många länder och ordet saknar dessutom laddning. Det förstås av lekmän och det är det begrepp som används internationellt men uppsatsens inriktning ligger på förstämningssyndrom. De valda artiklarna hade oftast klargjort att det innebär depression och/eller bipolärt syndrom. Vissa artiklar inkluderade även schizofreni. Ett sådant exempel är Reupert & Maybery (2010) där det framkom att föräldrarnas diagnos oftast inte styr utbildarnas information till barnet. Fokus var på hur barn hanterar sitt liv istället för på föräldrarnas sjukdom.

Språket i samtliga artiklar är engelska och författarnas språkkunskaper kan ha spelat in vid granskning och citering. Citat kan vara en källa för feltolkningar. Exempel på detta skulle kunna vara artikeln Alasuutari & Järvi (2012) som är en finsk studie på barn 8-12 år. Underförstått i studien är att barnen pratar finska medan artikeln och citaten är skrivna på engelska. Den kulturella innebörden och översättningen kan ha förändrat den ursprungliga meningen. Citaten speglar essensen eller är till för att förtydliga situationen. Här finns risken för en vinklad bild. Vidare kan narrativa studier innebära bias, då äldre personer blickar tillbaka på sin barndom kan minnet varit selektivt.

Vissa engelska ord kan bidra till tveksamheter. Exempelvis kan 'facilitator' innebära sjuksköterskan men det kan även vara någon annan profession. 'Caregiver' kan innebära både närstående och professionell vårdare. Att resultatet bygger på erfarenheter av möten med vårdpersonal i allmänhet och inte sjuksköterskan i synnerhet kan ses som en svaghet då detta är en omvårdnadsvetenskaplig uppsats. Även andra professioner är förvisso en del av omvårdnadsåtgärder.

Nyfödda eller unga barn (0-7 år) finns inte med i arbetet. Ingen av artiklarna beskrev barn yngre än åtta år. Det kan dels bero på exklusionskriteriet förlossningsdepression men även på att så unga barn har svårigheter att ge uttryck för subjektiva upplevelser. Vissa studier där deltagarna var äldre än 18 år togs med eftersom de beskrev upplevelsen av att växa upp eller utforskade konsekvenserna i form av psykisk ohälsa. Att inte vara konsekvent och endast inkludera barn 8-18 år kan få följderna att arbetet blir bredare än vad syftet tillåter. Samtidigt ger det en djupare förståelse av den effekten som en förälder som är psykiskt sjuk faktiskt har på sitt barn.

Av föräldrarna med psykisk sjukdom var mamman den som var mest representerad i artiklarna. Vissa studier innefattade endast psykiskt sjuka mammor. Samtidigt hittades inga studier där enbart pappan var den sjuke föräldern vilket innebär att slutsatser inte kan dras om pappans påverkan i lika stor utsträckning. I resultatet används föräldern ofta som uttryck trots att det

förekommer att artikeln beskrivit endast mamman. Skillnaden i artiklarna mellan föräldrarnas könstillhörighet beror troligen på rådande könsnorm. Det är mer vanligt förekommande att en pappa med psykisk sjukdom skiljs från familjen och barnet medan barnet ofta får stanna i moderns omvårdnad oavsett moderns hälsotillstånd. I de fall där moderns sjukdom påverkar familjen är det mer sällan att barnet trots detta hamnar under pappans omvårdnad. Genusperspektivet är genomgående bristande även när det gäller att belysa skillnader i barnens utsagor. Det är tänkbart att det kan finnas skillnader i barns benägenhet att ta över föräldrarnas, oftast moderns, roll i familjen beroende på kön. En brist i arbetet är avsaknaden av en tydlig distinktion mellan pojkar och flickor. I många fall benämns de som barnen.

Antalet deltagare i några av studierna är litet även för kvalitativa studier. Ändå anses de vara relevanta då flertalet av artiklarna uppvisar likheter och resultatet blir tillsammans validerat. Fördelen med kvalitativa artiklar är att de på ett djupare sätt kan närma sig kärnan i framförallt barnets upplevelse.

Att artiklarna kommer ifrån Australien, Belgien, Finland, Iran, Kanada, Nederländerna och USA och inte bara från Sverige, kan medföra att kulturella faktorer gör det svårare att jämföra med situationen i Sverige. Ländernas sjukvård är välutvecklad och är jämförbar med svensk sjukvård men skillnaden i förhållande till exempelvis USA och Iran är att sjukdomen kunde bidra till en större ekonomisk belastning för familjen. Den iranska artikeln betonade känslor av skam mer än övriga artiklar vilket kan tänkas vara missvisande för Sverige men då Sverige är ett multikulturellt samhälle kan det också tänkas ha relevans.

Risken finns att våra fördomar påverkat resultatet. Här tror vi att det varit en fördel med tre författare som alla haft sin synvinkel och därigenom försökt neutralisera eventuella fördomar. Barnens deltagande kan ses som problematisk eftersom det var föräldrarna som gav samtycke till barnens deltagande. Huruvida barnet av egen vilja deltagit i undersökningen framkommer inte alltid. En press från föräldern att delta kan spela in och föräldrarnas psykiska hälsa kan även tänkas hindra barn från att delta om föräldern inte vill att barnet delar med sig av sin situation.

Frågeställningen är omfattande och täcker många olika dimensioner i ett barns liv. Mycket händer i åldrarna 6-18 år vilket studierna som presenteras i den här uppsatsen visar, ofta görs skillnad på yngre och äldre barn. I förhållande till den stora variationen i barns upplevelser och förmåga till att hantera sin situation så har artiklar hittats som kan beskriva barns subjektiva livssituation. Det har varit en utmaning att sammanställa en enhetlig bild av dessa barns upplevelser. Kanske hade fler artiklar bidragit till att göra den bilden klarare och mer nyanserad.

I artiklarna har mycket av informationen angående barns egna beskrivningar varit konsekvent, men i vissa fall inte. Till exempel vad beträffar hospitalisering av föräldrar så beskrivs det olika i olika artiklar, ibland som en lättnad och ibland som en börda. Denna typ av motsatsförhållande av åsikter hos barn kan finnas i många frågor. Ett större antal artiklar skulle kanske belyst skillnader mellan olika åldrar och eventuella könsskillnader på ett mer nyanserat sätt än om en mindre avgränsning gjordes.

Många artiklar har hittats genom att söka i referenslistor. Det är ett bra sätt att hitta relevanta artiklar och namn på forskare som bedriver forskning inom det aktuella ämnet. Det finns också

en fördel med att artiklarna blir mer homogena eftersom arbetets resultat blir mindre spretande och möjliggör för en grundligare bild inom det specifika området. En nackdel med att söka i referenslistor skulle kunna vara att den metoden riskerar att ge en mindre variation av artiklarnas innehåll. Många forskare arbetar utifrån en viss teori och det finns en risk för att de medvetet eller omedvetet väljer att referera till andra artiklar som styrker den egna slutsatsen.

Eventuellt skulle fler sökord och sökningar i andra databaser ha genererat en något annorlunda uppsats, men med risken för att resultatet skulle ha blivit mindre konsekvent. Som nämnts ovan så har resultaten i den här uppsatsen varit tämligen homogena, vilket bestyrker att den beskrivning som presenteras i den här uppsatsen ger en bra bild av situationen för barn som lever i familjer med föräldrar som lider av förstämningssyndrom.

## 7.2 Resultatdiskussion

I flera av resultatets artiklar framgår att information till barn är viktigt. Kunskapen hos barnen om föräldrarnas sjukdom, i nästan samtliga fall moderns, var väldigt bristfällig. Varken föräldrar eller den psykiatriska vården pratade med barnen och barnen hade inte förmåga att fråga själva. För att barnet ska kunna hantera sin situation måste vården och föräldern hjälpa barnet med att göra situationen begriplig. När barnets intresse för sin och familjens situation växer så känner barnet meningsfullhet och blir på så sätt delaktigt i utvecklingen av sitt eget liv. Enligt Antonovsky (1991) så gör detta att barnet får en känsla av sammanhang vilket hjälper barnet att klara av påfrestande situationer och därav minskar risken för att barnet självt ska insjukna i framtiden. Den information som är av betydelse för barnet är framförallt den kunskap som främjar en förståelse för föräldrarnas sjukdomssymptom, så att barnet kan lära sig att skilja mellan reaktioner som hör till förälderns sjukdom och reaktioner som beror på något annat. Vi anser att det spelar en central roll att ge barn information och utbildning för att kunna skapa en grundläggande relation till föräldern och vården. Det styrks av Baik & Bowers (2006) som säger att det är viktigt att barn förstår att de själva inte är orsaken till föräldrarnas sjukdom och för att barn ska kunna skapa en distans mellan sig själv och föräldrarnas sjukdom och därmed slippa bära skuld. Distansen är nödvändig för att barn ska kunna utveckla en egen identitet och på så sätt bygga självförtroende som skapar dess roll i familjen. Distansen och identiteten hjälper även till att för barnet bibehålla sig själv och inte slukas upp av föräldrarnas sjukdom.

I barns möte med vårdpersonal kan känslor bli svåra att uttrycka och hantera för barnet. Det kan medföra känslor av rädsla och oro över att förlora sin förälder. Om vårdpersonal noterar detta kan ett bemötande där barnet inte sätts i första person användas. Känslorna står då inte längre i fokus. Det är därför bättre att utgå från ett perspektiv där barnet får beskriva de observationer som barnet har som anknyter till kausala samband som är lättare för barnet att uttrycka. Alasuutari & Järvi (2012) beskriver detta sätt att kommunicera för en empirisk vokabulär. Att få barnet att prata om sin situation är viktigt för att vårdare och föräldrar ska kunna hjälpa barnet och för att främja barnets salutogena faktorer.

Det är anmärkningsvärt att enstaka utbildare enligt Reupert & Maybery (2010) bara ger information ifall barnet själv önskar. Här ser vi ett problem med den inställningen hos dem som utbildar vilket kan leda till barnet blir förbisett. Samtidigt tror vi att det är en försvinnande liten

del som inte uppmärksammar barnet på grund av den anledningen. Vi föreslår att en del av orsaken är att sjuksköterskan inte vet hur de ska möta barnet, inte anser att det är deras uppgift eller är rädd att skada den relation som finns till föräldern. Houlihan et al. (2012) anser att sjuksköterskan behöver mer utbildning om barnens mognad- och utvecklingsprocess för att kunna möta dem i deras situation och på deras nivå. Det är viktigt att personalen i mötet med barnen har ett självförtroende för hur de ska bemöta barns utsatthet samt att kunna se det stöd som barnet behöver. För att kunna möta barnets behov är det viktigt att som sjuksköterska ha kunskap om de åtgärder som finns inom verksamheten och vilka av dessa som motsvarar det behov barnet har. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är det tydligt att sjuksköterskans ansvarsområde även innefattar att ge barnet den information, de råd och det stöd som barnet behöver. Vi tror att en anledning till att den inte efterlevs kan vara att sjuksköterskan tänker att någon annan uppmärksammar barnets situation, skolan, annan vårdinrättning eller socialtjänsten. En förälder som lever med en depression vet troligtvis att dess sjukdom påverkar barnet negativt men har varken kunskap eller ork att hantera detta. Att då som sjuksköterska försöka ge råd om hur föräldern ska ta hand om sitt barn kan uppfattas som kritik och därför tror vi att det händer att sjuksköterskor undviker konfrontation med föräldern för att bevara vårdrelationen.

Den information barnet får hjälper dem att bemästra, coping med negativa känslor som uppkommer på grund av föräldrarnas beteende. Både Reupert & Maybery (2010) och Pihkala, Sandlund, & Cederström (2012) beskriver att barn upplever en lättnad så fort de blir varse att det inte är de som är orsaken till att föräldrarna mår dåligt. De förändras, blir öppnare, gladare, bevakar inte föräldern ständigt utan vågar umgås med andra. Bristande kommunikation tvingar barnen in i negativa känslor som minskar barnets resiliens eftersom de kan leda till riskfaktorer som dåligt självförtroende, isolering och ett minskat socialt nätverk. En försämrad resiliens leder till en ökad risk för att drabbas av sjukdom i framtiden. För sjuksköterskor och övriga vårdare som jobbar nära patienten kan det vara svårt att förstå att barnet bär på dessa känslor, eftersom det för oss är självklart att det är en sjukdom som bär ansvaret. Vi kan genom kunskapen stärka barnets delaktighet i föräldrarnas situation. Delaktigheten och den ökade förståelsen för föräldrarnas sjukdom hjälper barnet att känna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Som enligt Antonovskys (1991) teori kan leda till att barnet upplever en ljusning i tillvaron och hopp inför framtiden.

När barn får kunskap om att de inte är ansvariga för föräldrarnas sjukdom så har de lättare att tala med andra i familjen samt andra friska vuxna i omgivningen. Då möjliggörs det för barnet att få ett kontaktnät som främjar hälsa och bidrar till ökad resiliens. Då kan de få stöttning både känslomässigt och praktiskt, få tröst och känna trygghet och kunna hantera föräldrarnas sjukdom bättre. Kunskapen om denna förståelse lättar barnens känslor av skam och skuld, och de kan lättare sätta gränser i förhållande till sin förälder utan att känna skuld och lättare försonas med sin situation som barn till en psykiskt sjuk förälder (Baik & Bowers, 2006). Det underlättar för barnet att berätta om sina känslor och upplevelser och det skapar en öppenhet som känns befriande. Nu kan barnet söka hjälp eller skapa kamratrelationer. Men en för stor öppenhet kan göra att de riskerar att utsättas för andra barns oförståelse och elakheter, så det är hela tiden en avvägning barnet gör (Baik & Bowers, 2006).

För att bygga en frisk relation som gynnar både barnet och föräldern är det av avgörande betydelse att föräldern förstår att barnets delaktighet är viktig. I den friska relationen krävs en förståelse, både från barn och förälder, för hur angeläget det är att de kommunicerar med varandra. Det kan hjälpa både barn och förälder att finna meningsfullhet och på så sätt främja varandras salutogena faktorer.

Vi måste lära föräldern och vi måste prata med föräldern, stärka deras empowerment, annars kan de tro att det är bäst att lämna barnet utanför så mycket som möjligt och dölja sina symptom. Vi som sjuksköterskor bör främja en dialog inom familjen där alla får komma till tals och ge uttryck för sina behov och känslor. Beardslee et al. (2003) visar att utbildning av föräldern och att uppmuntra dem att kommunicera med barnen ökar barnets förståelse för föräldrarnas sjukdom.

Barnet förstår att något är annorlunda med föräldern. Enligt Reupert & Maybery (2010) är barns fantasi ofta otäckare än verkligheten. Därför är det bättre att göra barnet delaktigt och att föräldern har en dialog med barnet där förståelsen för varandras situation ökar. En sådan dialog ger också en grund till en bättre relation som främjar hälsa genom att göra den stimuli som barn får begriplig. De mönster som finns hos föräldern tydliggörs och en konkret bild skapas. Det finns fördomar inom sjukvård och barnomsorg att "barnet mår bäst av att inte veta" vilket enligt Reupert & Maybery (2010) visar sig vara felaktigt. Vetskapen om att barns fantasi oftast är otäckare än verkligheten är en insikt som vi anser bör finnas ute i vårdens hela verksamhet.

Barn känner ansvar, rädsla och förlust när föräldern är frånvarande. Dessa känslor kan barnet hantera genom att ta på sig föräldrarollen vilket de gör när de tar ansvar för hemmet samt omvårdnaden av den sjuke föräldern. De tar på sig ansvaret för att de vill underlätta för föräldern och för att de vill skapa en så normal tillvaro som möjligt. I rollen som vårdare hittar de en känsla av sammanhang. Om barnet inte får ta rollen som vårdare kan det känna sig förvirrat, maktlöst och som om det inte tillför något. Van Parys & Rober (2013) säger att det terapeutiska målet inte är att "rädda" barnet från ansvaret utan att möta det i dess ensamhet och utsatthet. Därför förslår vi att när vården upptäcker att ett barn lever med en förälder som har förstämningssyndrom ska informationen förmedlas så att barnet kan få stöd. Det kan ske i form av stödsatser i hemmet för att minska bördan och hjälpa dem att upprätthålla familjens struktur och rutiner.

Efter att tagit del av artiklarnas resultat kan vi samstämna med Skerfving (2005) om betydelsen av de tre S:n: samspel, samtal och samverkan. Dessa tre teman genomsyrar hela arbetet. Vikten av ett samspel mellan barn och förälder möjliggör för delaktighet för båda och stärker deras empowerment. Detta dynamiska samspel styrks i artikeln av Fanti et al. (2013) där växelverkan och dess konsekvenser beskrivs. Både barn och förälder formas av sina tidigare erfarenheter och den miljö som omger dem (Lerner, 1986). Att för oss inom vården se båda som potentiella aktörer som påverkar varandra och där barn aktivt bidrar till sin utveckling, skapar förutsättningar för att det salutogena perspektivet realiseras. Samtal ser vi som en ovärderlig hjälp och ett verktyg för att barnet ska kunna begripa sin situation. Det ger även en möjlighet för minskad stigmatisering. Barnen behöver samtal om föräldrarnas sjukdom och vad det innebär för barnets liv. Finns samverkan kring barnet och föräldern mellan organisationer och verksamheter kan det leda till positiva resultat där resurser kan mobiliseras och stödsystem upprättas för att motverka effekten av negativa händelser i livet. God samverkan är en grundförutsättning för

arbetet med dessa familjer. Det gör att familjen kan få tillgång till redskap för att hantera sin situation. De tre S:n kan med fördel knyts ihop med Antonovskys (1991) tre begrepp: hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet. En öppen kommunikation där barnen kan ställa frågor och få information gör situationen begriplig för dem. Framgångsrik coping, känsla av kontroll, närvaro av en annan frisk betydelsefull individ i sitt liv ökar barnets hanterbarhet. Genom att bland annat ge barnet möjlighet att komma bort från omsorgsrollen med hjälp av stödinsatser skapas större rum för lek, vänner, fritidsintressen samt möjligheten för utveckling av en positiv självbild. Detta bidrar till att barnet känner meningsfullhet (Skerfving, 2005).

Om inte vården lyckas med att hjälpa barn och förälder riskerar hela familjen att fortsätta i sin dysfunktionalitet och patologiska spiral. Det försvårar föräldrarnas tillfrisknande och ökar risken att barnet utvecklar sjukdom. Familjen blir marginaliserad, det bidrar till social isolering och utveckling av emotionella problem där det salutogena perspektivet och sökandet efter de hälsofrämjande faktorerna ställs på sin spets. Utmed kontinuumet frisk - sjuk befinner sig de enskilda familjemedlemmarna/familjen närmare polen sjuk och har en låg känsla av Kasam. Då har vi misslyckats.

### **7.3 Betydelse för verksamheten**

Det är av yttersta vikt att tidigt nå de barn som har föräldrar med förstämningssyndrom. Forskningen visar på att en positiv första exponering främjar barnets förståelse för sin situation och ökar chansen för ökat välmående hos barnet (Baik & Bowers, 2006). Samtidigt är det knappt hälften av psykiatrisjuksköterskorna som tillfrågar sina patienter om de har barn (Houlihan et al., 2013). Enligt socialstyrelsen finns inga tillförlitliga uppgifter om antalet barn till psykiskt sjuka föräldrar då de sällan tas med i föräldrarnas datajournal (Socialstyrelsen, 2011). Sjuksköterskorna efterfrågar bättre samarbete mellan professioner (Houlihan et al., 2013). Samverkan mellan vuxenpsykiatri och socialtjänst är i stort sett obefintlig, i sådana fall rör det sig oftast om bistånd för patientens räkning. Det som uppges vara det största hindret för samverkan är tidsbrist. I de fall där det finns ett bra samarbete beror det på enskilt engagemang och kompetens hos behandlaren (Socialstyrelsen, 1999; Socialstyrelsen 2011).

Det behöver upprättas särskilda arbets- och förhållningssätt särskilt på vårdavdelningar och öppenvårdsavdelningar kring barnen och den sjuke föräldrarnas föräldraskap. Vad som görs för barnen och föräldern beror mycket på den enskilda behandlarnas avgöranden. Resultatet visar att det finns en stor handfallenhet kring dessa barn, personal vet främst inte var gränserna för befogenheter och ansvar går. De upplever även en stor hjälplöshet kring att bedöma föräldrarnas/patientens föräldraskap. Personal upplever också en stor rädsla att förstöra den fortsatta behandlingsalliansen med föräldern. Utifrån resultatet efterlyses därför ett förbättrat samarbete med andra aktörer, mer utbildning och metodutveckling på vårdavdelningar.

Barn känner oro och ångest över att själv utveckla psykisk sjukdom (Oskuie et al., 2011) samtidigt som de känner en frustration, rädsla och osäkerhet på grund av avsaknaden av kunskap och förståelse (Meadus & Johnson, 2000). Resultatet visar tydligt på hur viktigt det är att se och lyfta fram dessa barn. Ge det stöd och den hjälp de behöver. Det finns åtskilliga program, interventioner och stöd tillgängliga men om barnet inte upptäcks hjälper det inte. Det första

steget torde alltså vara det enklaste: fråga ifall patienten har ett barn i sin närhet som kan vara påverkad av patientens psykiska sjukdom. Barn själva upplever det som negativt när de inte får en god kontakt med personalen som behandlar deras förälder (Knutsson-Medin et al., 2007).

Alasuutari & Järvi (2012) betonar också vikten av att som sjuksköterska använda ett bra språk i mötet med barn samt att i största möjliga mån använda sig av en empirisk vokabulär som anknyter till kausala samband som barnet kan förstå. I sjuksköterskeprogrammet ingår inte kommunikationsteknik med barn trots att det finns barn i alla delar av vården, som patienter och som anhöriga. Mer utbildning krävs för att kunna möta barn, särskilt utsatta barn, som sjuksköterska.

Förändrade metoder och rutiner, bättre samverkan, personalutbildning samt en förändrad syn på psykisk sjukdom och psykiskt sjuka krävs. Det allra viktigaste för dessa barn skulle kunna vara en bättre kartläggning av förekomsten barn i denna patientgrupp: psykiskt sjuka förälder. Sjuksköterskorna på Irland (Houlihan et al., 2013) beskrev tydligt sina brister och kunde även peka ut brister i både organisationen de verkar i samt i sin utbildning.

#### **7.4 Framtida forskning**

Det vore intressant att se forskning som beskriver orsaker utöver kunskap och rutiner till att barnet inte blir uppmärksammat. Hur stor påverkan har arbetsmiljön, är det stress som är hindret? Har personalen så stor arbetsbörda att det helt enkelt inte hinner med? Kan det finnas kulturella faktorer som gör att barnet blir förbiset, att normer och värderingar styr vad som ses och vad som förbises? Finns det avdelningar/sjukhus/länder där det är vanligare att dessa barn uppmärksammas och vad beror det på? Kan mönster skönjas ur ett genusperspektiv?

#### **8. Slutsats**

Våra slutsatser utifrån barnens situation är att det saknas en familjefokusering. Barnet förbises och blir en lidande tyst part i vården av sin psykiskt sjuka förälder. Konsekvenserna av detta är förödande. Vi anser att sjuksköterskan saknar ett barnperspektiv i sin utbildning och att det inte ska behövas en specialistutbildning för att tillgodose detta. Det är en sorglig kunskapsbrist kring barn då de återfinns i alla vårdens instanser, som patient eller som anhörig. Vi ser också att den lag som är skapad för barnens skull inte efterlevs. Trots dessa brister ser vi i vårt arbete att det finns goda möjligheter för att dessa osynliga barn kan synliggöras.



## Referenser

- Aarhus Smeby, N. (2003). Sammarbete med familjen inom psykiatrin. In M. Kirkevold, K. S. Ekern & L. Ganuza Jonsson (Eds.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv* (pp. 127-154). Stockholm: Liber.
- Ahlström Hedman, B. (2010). Familj- och barnperspektivet - hur är det att leva som närstående. In I. Skärsäter (Ed.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa : på grundläggande nivå* (pp. 357-382). Lund: Studentlitteratur.
- Alasuutari, M., & Järvi, A. (2012). "My Dad Got Depression, or Something": How Do Children Talk about Parental Mental Disorder? *Qualitative Research in Psychology*, 9(2), 134-150. doi: 10.1080/14780880903414250
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Baik, S., & Bowers, B. J. (2006). Living with a mother with chronic depression: To tell or not to tell? *Internet Journal of Mental Health*.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics*, 112(2), e119-e131.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (2009). Kapitel 2. Familj och sociala relationer. In F. Friberg & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (1. uppl. ed., pp. 67-88). Lund: Studentlitteratur.
- Borge, A. I. H., & Larson, P. (2005). *Resiliens : risk och sund utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl 1), S1-S9. doi: 10.1093/schbul/sbl017
- Carlsson, S. G. (2007). Kapitel 9. Hälsopsykologi. In P. Hwang (Ed.), *Vår tids psykologi*. Enskede: TPB.
- Elgán, C. & Fridlund, B. (2009). Kapitel 5. Vuxet vardagsliv. In F. Friberg, J. Öhlén, C. Elgán & B. Fridlund (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Enskär, K., & Golsäter, M. (2009). Kapitel 4. Från barndom till ungdom - den växande människans omvårdnadsbehov. In F. Friberg & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (1. uppl. ed., pp. 108-145). Lund: Studentlitteratur.

- Fanti, K. A., Panayiotou, G., & Fanti, S. (2013). Associating Parental to Child Psychological Symptoms: Investigating a Transactional Model of Development. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(3), 193-210. doi: 10.1177/1063426611432171
- Foster, K., Lewis, P., & McCloughen, A. (2014). Experiences of Peer Support for Children and Adolescents Whose Parents and Siblings Have Mental Illness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, n/a-n/a. doi: 10.1111/jcap.12072
- Friberg, F. (2006a). 11. Att göra en litteraturoversikt. In F. Friberg (Ed.), *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (pp. 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006b). 10. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. In F. Friberg (Ed.), *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (pp. 105-114). Lund: Studentlitteratur.
- Herlofson, J., & Landqvist, M. (2002). *MINI-D IV : diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR* ([Ny utg.] ed.). Danderyd: Pilgrim press.
- Houlihan, D., Sharek, D., & Higgins, A. (2013). Supporting children whose parent has a mental health problem: an assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(4), 287-295. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01923.x
- Hörnsten, Å. (2013). Målet är ökad patientcentrering. Hämtad 4 april, 2014, från <http://www.varldhandboken.se/Texter/Bemotande-i-varld-och-omsorg-patientperspektiv/Malet-okad-patientcentrering/>
- Johansson, H., & Bäck-Wiklund, M. (2012). *Att fostra familjen : en grundbok om styrning, föräldraskap och socialtjänst* (1. uppl. ed.). Malmö: Liber.
- Kirkevold, M. (2003a). Familjen i ett hälso- och sjukdomsperspektiv. In M. Kirkevold, K. S. Ekern & L. Ganuza Jonsson (Eds.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv* (pp. 17-48). Stockholm: Liber.
- Kirkevold, M. (2003b). Familjens ställning i omvårdnaden. In M. Kirkevold, K. S. Ekern & L. Ganuza Jonsson (Eds.), *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv* (pp. 49-70). Stockholm: Liber.
- Klefbeck, J., Ogden, T., & Haskå, E. (2003). *Barn och nätverk : ekologiskt perspektiv på barns utveckling och nätverksterapeutiska metoder i behandlingsarbete med barn* (2., [omarb.] uppl. / ed.). Stockholm: Liber.
- Knutsson-Medin, L., Edlund, B., & Ramklint, M. (2007). Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 14(8), 744-752. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01181.x

- Korhonen, T., Pietila, A. M., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry?--a questionnaire survey. *Scand J Caring Sci*, 24(1), 65-74. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x
- Kouros, C., & Garber, J. (2010). Dynamic Associations between Maternal Depressive Symptoms and Adolescents' Depressive and Externalizing Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1069-1081. doi: 10.1007/s10802-010-9433-y
- Lerner, R. M. (1986). *Concepts and theories of human development* (2nd ed.). New york: The pennsylvania state University: Random house.
- Lidén, E. (2009). Kapitel 5. Omvårdnadens institutionella inramning. In A. Ehrenberg, L. Wallin, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling* (1. uppl. ed., pp. 147-180). Lund: Studentlitteratur.
- Meadus, R. J., & Johnson, B. (2000). The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7(5), 383-390.
- Mordoch, E., & Hall, W. A. (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. doi: 10.1177/1049732308320775
- Nyatanga, L., & Dann, K. L. (2002). Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors. *Nursing Philosophy*, 3(3), 234-239. doi: 10.1046/j.1466-769X.2002.00107.x
- Oskouie, F., Zeighami, R., & Joolae, S. (2011). Outcomes of parental mental illness on children: a qualitative study from Iran. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 49(9), 32-40. doi: 10.3928/02793695-20110802-06
- Pihkala, H. (2011). *Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Svenska familjers erfarenheter*. . (Doktorsavhandling), Umeå universitet, Umeå. Retrieved from <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:402600/FULLTEXT01.pdf>
- Pihkala, H., Sandlund, M., & Cederstrom, A. (2012). Children in Beardslee's family intervention: relieved by understanding of parental mental illness. *Int J Soc Psychiatry*, 58(6), 623-628. doi: 10.1177/0020764011419055
- Pölkki, P., Ervast, S. A., & Huupponen, M. (2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Soc Work Health Care*, 39(1-2), 151-163.
- Reupert, A. E., & Maybery, D. (2010). "Knowledge is power": educating children about their parent's mental illness. *Soc Work Health Care*, 49(7), 630-646. doi: 10.1080/00981380903364791

Segesten, K. (2006). 7. Att välja modell för sitt examensarbete. In F. Friberg (Ed.), *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (pp. 85-88). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Skerfving, A. (2005). *Att synliggöra de osynliga barnen : om barn till psykiskt sjuka föräldrar* (1. uppl. ed.). Stockholm: Gothia.

Skärsäter, I. (2010). Förstämningssyndrom. In I. Skärsäter (Ed.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa : på grundläggande nivå* (pp. 67-94). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (1999). Barn till psykiskt sjuka föräldrar Hämtad 13 maj, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1999/1999-3-11>

Socialstyrelsen. (2011). Att mäta kvalitet i barnhälsovården. Utveckling och testning av kvalitetsindikatorer för öppna jämförelser Hämtad 14 maj, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18325/2011-5-8.pdf>

Socialstyrelsen. (2013). Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. Hämtad 9 april, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19114/2013-6-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2014a). Vägledning för barnhälsovården. Hämtad 13 Maj, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19403/2014-4-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2014b). Beardslee's familjeintervention Hämtad 12 maj, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/beardslees>

Statens folkhälsoinstitut. (2013). Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Hämtad 6 maj, 2014, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12824/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf>

Unicef. Barnkonventionen. Hämtad 8 april, 2014, från <http://unicef.se/barnkonventionen>

Van Parys, H., & Rober, P. (2013). Trying to Comfort the Parent: A Qualitative Study of Children Dealing With Parental Depression. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(3), 330–345. doi: 10.1111/j.1752-0606.2012.00304.x

Västra götalandregionen. (2012). Vägledning Barn som anhöriga enligt 2 g § hälso- och sjukvårdslagen. Hämtad 1 april, 2014, från <http://www.vgregion.se/upload/Vägledning.pdf>

Weissman, M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdeli, H. (2006). Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008. doi: 10.1176/appi.ajp.163.6.1001

World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. Summary Report*. Geneva: WHO.

Östlundh, L. (2006). 5. Informationssökning. In F. Friberg (Ed.), *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (pp. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1

### Artikelsökning

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal Träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
21/3 Scopus	"Mood disorder" Child* Coping	Subject: Nursing.	12	1	1	1
21/3 Scopus	"Mood disorder" "Child of Impaired Parents" Nurs*		6	2	2	2
21/3 Scopus	"Parental mental illness" "Mood disorder"		16	1	1	0
21/3 Scopus	"Parental mental illness"	Subject: Nursing.	23	12	12	5
9/4 PubMed	Psychoeducation. "Child of Impaired Parents"		7	0	0	0
10/4 Cinahl	Resilience "Mentally ill parent"	Peer reviewed	1	1	1	1

## Bilaga 2

### Artikelgranskning

Författare	Mordoch, E. & Hall, W. A.
Titel	Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame.
Tidsskrift	Qualitative Health Research.
Land / år	Kanada / 2008
Syfte	Att försöka förstå barnens upplevelser och hur de hanterar sin situation när de lever med en förälder som diagnostiserats med mental ohälsa.
Metod	Grounded theory.
Resultat	Visar att stöttning till barnen är viktigt för att hjälpa barnen att klara av "livet". Visar även att barn har goda "överlevnadsmekanismer" och känner till hur dess situation ser ut. Vården behöver tilldela mer resurser för barnen.
Kvalité	Hög kvalitet (9 poäng). Inget etiskt resonemang förs. Ingen etisk kommitté har godkänt studien.

Författare	Kouros, C. & Garber, J.
Titel	Dynamic Associations between Maternal Depressive Symptoms and Adolescents' Depressive and Externalizing Symptoms.
Tidsskrift	Journal of Abnormal Child Psychology.
Land / år	USA / 2010
Syfte	Att undersöka hur mammor och barn symptom påverkar och förutspår depressiva skov hos varandra. Samt om det varierar över tid (6 år).
Metod	Kvantitativ. Longitudinell. 240 mammor och barn deltog.
Resultat	Studien visar att det finns positiva kopplingar mellan mammor och barns depressiva symptom samt att mammans depressiva symptom även påverkar barns utåtagerande symptom.
Kvalité	Hög kvalitet (10)

Författare	Pölkki, P., Ervast, S., & Huupponen, M.
------------	---

Titel	Coping and resilience of children of a mentally ill parent.
Tidsskrift	Social Work in Health Care.
Land / år	Finland / 2004
Syfte	Att undersöka yngre och äldre barns upplevelser att leva med en psykiskt sjuk förälder via 5 frågeställningar: 1. Ta reda på barnens upplevelser av föräldrarnas psykiska sjukdom och föräldrarskap. 2. Vilka stressreaktioner barnen hade/upplevde. 3. Vad för anpassningsstrategier barnen använde sig utav för att klara vardagen. 4. Vad är resiliensen hos dessa barn i det långa loppet. 5. Vad för informell samt professionell hjälp behöver eller får/fick barnen.
Metod	De narrativa berättelserna med de äldre barnen samt yngres data från semistrukturerade intervjuer analyserades med hjälp av grounded theory.
Resultat	Studien påvisade att barnen upplevde stressreaktioner av situationen med den sjuke föräldern, att de använde sig utav olika praktiska problemlösningar samt copingstrategier. Resiliensen kunde påvisas. Stöd och information upplevde barnen att de inte fick från professionella men fann det på annat sätt. Slutresultatet av studien som forskarna kommer fram till är att mer stöd och information från professionella måste ges dessa barn och familjer och att det är nödvändigt att lära sig mer om dessa barns upplevelser, behov och strategier.
Kvalité	Medelhög kvalité (8). Svagt etiskt resonemang. Svag återkoppling till teoretiska resonemang.

Författare	Pihkala, H., Sandlund, M. & Cederström, A.
Titel	Children in Beardslee's family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness.
Tidsskrift	International Journal of Social Psychiatry.
Land / år	Sverige / 2012
Syfte	Att undersöka barnens erfarenheter av att delta i familjeintervention och vad det betydde för dem att delta samt att undersöka föräldrarnas perspektiv av upplevda effekter familjeinterventionen fick på barnen.
Metod	Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.
Resultat	Resultaten visar positiva upplevda effekter ur alla familjemedlemmars perspektiv. Resultaten anger att man fann att barnen fick en känsla av lättnad och minskad



	oro om de fick mer information och ökad kunskap om föräldrarnas psykiska sjukdom - det skapades förutsättningar för öppnare kommunikation och ömsesidig förståelse om situationen inom familjerna. Föräldrarna upplevde sig stärkta i sitt föräldrarskap och hade mindre skamkänslor.
Kvalité	Hög kvalite (9). Svagt etiskt resonemang.

Författare	Baik, S. & Bowers, B. J.
Titel	Living with a mother with chronic depression: To tell or not to tell?
Tidsskrift	Internet Journal of Mental Health.
Land / år	USA / 2006
Syfte	Att förstå barns upplevelser av att leva med mödrar som har depression och hur dessa barn förstår sitt avslöjande om upplevelserna till omgivningen.
Metod	Empirisk, kvalitativ studie. Intervjuerna analyserades med grounded theory.
Resultat	Tre olika typer av avslöjanden identifierades hos barnen; "self-disclosing, first disclosing, and selective disclosing". Vartefter barnet växer upp och börjar förstå mammans "annorlundahet" som en sjukdom och därefter som en depression ändras avslöjandets sätt, likaså Vad som avslöjas, på Vilket sätt det avslöjas, När och i vilket Syfte. Resultatet visar att det barnet väljer att lämna ut inte är en enskild händelse utan snarare förekommer i olika former, upprepade gånger, över tid och som svar på ett flertal olika faktorer. Mest signifikant är att vad som avslöjas ändras anmärkningsvärt över tid beroende på barnets perception/uppfattning om moderns problem, om det känns säkert att lämna ut något, i vilket syfte och vad de förväntade konsekvenserna av ett avslöjande leder till.
Kvalité	Medelhög kvalité (8). Svagt etiskt resonemang. Svag återkoppling till teoretiska resonemang.

Författare	Oskouie, F., Zeighami, R. & Joolae, S.
Titel	Outcomes of parental mental illness on children: A qualitative study from Iran.
Tidsskrift	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services.
Land / år	Iran / 2011
Syfte	Att undersöka barnens upplevelser och effekterna av föräldrarnas psykiska sjukdom.

Metod	Empirisk, kvalitativ studie. Intervjuerna analyserades med grounded theory - Strauss and Corbin's metod.
Resultat	De fann att föräldrarnas psykiska sjukdom ledde till 5 stycken resultat som involverade kommunikation, mentala faktorer/symptom, faktorer som påverkade deras utbildning, ekonomiska faktorer och ombytta roller (ett extra ansvar för barnen - den sjuke förälderns - utöver deras egna personliga uppgifter).
Kvalité	Hög kvalité (9). Svag återkoppling till teoretiska resonemang.

Författare	Knutsson-Medin, L., Edlund, B. & Ramklint, M.
Titel	Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents.
Tidsskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
Land / år	Sverige / 2007
Syfte	Att följa upp barn till ineliggande patienter och undersöka deras erfarenheter av att växa upp med en psykiskt sjuk förälder samt deras åsikter angående tidigare kontakt med psykiatri, omfattningen av denna kontakt.
Metod	Kvantitativ data användes för att fastställa betydelsen av resultaten. Frågeformulär skickades till en grupp barn till före detta slutenvårdspatienter som deltagit i en tidigare studie om barn till psykiskt sjuka föräldrar. Svaren analyserades kvalitativt med hjälp av manifest innehållsanalys.
Resultat	De vuxna barnen rapporterade negativa erfarenheter och brist på information och stöd från den psykiatriska vården. De hade velat få fler förklaringar och mer stöd för egen del.
Kvalité	Hög kvalité (10).

Författare	Korhonen, T. Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen K.
Titel	Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in the adult psychiatry? - a questionnaire survey.
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences.
Land / år	Finland / 2010
Syfte	Att studera hur sjuksköterskor interagerar med barn till sina patienter med psykisk ohälsa.
Metod	Frågeformulär. 310 svar. Kvantitativ.

Resultat	Mindre än hälften diskuterar barns rädsla att drabbas av mentalstörning. Nästan samtliga sjuksköterskor samlar in data om barn till sina patienter. Om sjuksköterskan har barn, är erfaren, kvinna samt har vidare familjeutbildning är chansen större att data samlas in.
Kvalité	Hög kvalité (10). Etiskt tänkande väl beskrivet.

Författare	Meadus, R. J. & Johnson, B.
Titel	The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder.
Tidsskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
Land / år	Kanada / 2000
Syfte	Att utifrån barns perspektiv beskriva upplevelsen av att leva med en förälder som har förstämningssyndrom.
Metod	Intervjustudie som analyserades fenomenologiskt. 3 ungdomar 17 år intervjuades. Kvalitativ.
Resultat	Tre teman framstod: 1. Frånvarande förälder. 2. Brist på kunskap och förståelse. 3. Skapa sammanhang och acceptera.
Kvalité	Hög kvalité (9). Bra etisk diskussion. Begränsade urvalet nämns. Väl beskriven analys. Saknar återkoppling till teoretiska antaganden.

Författare	Van Parys, H & Rober, P.
Titel	Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression.
Tidsskrift	Journal of marital and family therapy.
Land / år	Belgien / 2013
Syfte	Att utifrån barn perspektiv beskriva parentifikation, deras upplevelse av att vårda sin förälder.
Metod	Familjeintervju med en eller fler föräldrar närvarande samt eventuell ett syskon.  15 barn 7-14 år deltog i studien. Tematisk analys samt en mikroanalys. Kvalitativ.

Resultat	8 teman som beskriver barns upplevelser kring vårdande synliggörs. Hur ett barn tröstar sin föräldern fördjupas i temat "försöka trösta föräldern".
Kvalité	Hög kvalité (10). Begränsande faktorer diskuteras. Etiskt granskad metod. Litet urval.

Författare	Reupert, E. A. & Maybery, D.
Titel	Knowledge is power: Educating children about their parent's mental illness.
Tidsskrift	Social Work in Health Care.
Land / år	Australien / 2010
Syfte	Att utifrån behandlaren perspektiv beskriva varför och hur barn undervisas, vad dom behöver veta om deras föräldrars psykiska sjukdom samt hur utbildningen kan skilja beroende på grupper.
Metod	Intervju. Inspelningar transkriberas och förses med teman som deltagaren får läsa och ge respons på. 18 deltagare. Kvalitativ.
Resultat	Utbildar för att; kunskap är makt, skapa lätnad, lära coping-strategier, ge barnen ett språk samt för att dom ska känna sig mindre isolerade. Gruppdiskussion är vanligast informationssättet.
Kvalité	Hög kvalité (9). Saknar etisk diskussion.

Författare	Alasuutari, M & Järvi, A.
Titel	My dad got depression, or something: how do children talk about parental mental disorder?
Tidsskrift	Qualitative Research in Psychology.
Land / år	Finland / 2012
Syfte	Att undersöka vilka vokabulär barn använder som resurser i samtal om förälders psykiska sjukdom samt hur de använder dessa.
Metod	Intervju. 10 deltagare. Kvalitativ.
Resultat	Tre typer av vokabulär: 1. Professionellt, ord som depression och bipolärt syndrom används. 2. Empiriskt, vad barnet hör, ser och upplever. 3. Omsorg, oro och omsorg.
Kvalité	Hög kvalité (10).

Författare	Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J. & Cooper, A. B.
Titel	A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change
Tidsskrift	Pediatrics
Land / år	USA / 2003
Syfte	Att testa två hypoteser. 1) undersöka om förändringar i föräldrars beteende och attityder i den föräldrarelaterade relationen med barnet kommer att variera mellan de olika grupperna i studien och förändringen varierar över tid. 2) Se om det finns ett samband dels på föräldrarnas beteende och attityder och dels på barnets förståelse för föräldrarnas sjukdom och dess introverta symptom.
Metod	Kvantitativ. Vid studiens start deltog 116 familjer i två olika interventioner som skulle pågå i 2,5 år. Resultatet analyserades på 93 familjer (40 i föreläsningsgruppen, 53 i den kliniska gruppen).
Resultat	Förändringar i föräldrarnas beteende och attityd i föräldra-barn relationen ger förändringar i barnets förståelse för föräldrarnas sjukdom och introverta symptom. Större förändring hos förälder ger större förändring hos barnet.
Kvalité	Hög kvalitet (9 poäng). Inget etisk resonemang förs. Ingen kommitté har godkänt studien.

Författare	Houlihan, D., Sharek, D. & Higgins, A.
Titel	Supporting children whose parent has a mental health problem: an assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland.
Tidsskrift	Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing.
Land / år	Irland / 2012
Syfte	Att undersöka psykiatrisjuksköterskor utbildningsnivå, kunskaps nivå, självförtroende och hur de behandlar barn till psykiskt sjuka föräldrar i praktiken.
Metod	Kvantitativ. Frågeformulär på 44 frågor med självskattningsskalor.
Resultat	Utbildning för att bemöta barn till psykiskt sjuka föräldrar saknas i viss utsträckning. Sjuksköterskornas självförtroende är svagt i bemötande av barnen. Kunskapsnivån är låg. Man tar sällan reda på om vuxna personer som lider av psykisk sjukdom har barn.

Kvalité	Hög (10 poäng).
---------	-----------------

Författare	Foster, K., Lewis, P. & McCloughen, A.
Titel	Experiences of Peer Support for Children and Adolescents Whose Parents and Siblings Have Mental Illness.
Tidsskrift	Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing.
Land / år	Australien / 2014
Syfte	Att undersöka vad barn och unga anser om ett pågående projekt i Australien som erbjuder bland annat lägerverksamhet och möjligheter för barnen att träffa personer som lever i samma situation som de själva.
Metod	Kvalitativ. Intervju.
Resultat	Barn utvecklas, deras självbild och självförtroende förbättras i projektet.
Kvalité	Hög kvalitet (10 poäng).

Författare	Fanti, K. A., Panayiotou, G. & Fanti, S.
Titel	Associating Parental to Child Psychological Symptoms: Investigating a Transactional Model of Development.
Tidsskrift	Journal of Emotional and Behavioral Disorders.
Land / år	USA / 2013
Syfte	Att undersöka det ömsesidiga sambandet mellan föräldrars depressiva symptom och barns inåt- och utåtagerande problem. Man ville också se om det finns skillnader mellan mammor/pappor och flickors/pojkars påverkan på varandra.
Metod	Kvantitativ. Frågeformulär. 1868 stycken deltagande föräldrar. Föräldrarna skattar barnens symptom.
Resultat	Studien visar på ett samband mellan föräldrarnas sjukdom och barnens symptom över tid. Och förslår att sambanden är olika starka beroende på vilken period man befinner sig i i livet samt att symptomen hos föräldrar och barn är lite olika beroende på vem som är sjuk.
Kvalité	Hög Kvalitet (9 poäng). Inget etiskt resonemang förs.

Författare	Weissman, M. M. Wickramaratne, P. Nomura, Y. Warner, V. Pilowsky, D. &
------------	--

	Verdeli, H.
Titel	Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later.
Tidsskrift	American Journal of Psychiatry.
Land / år	USA / 2006
Syfte	Att undersöka riskerna att som barn ha en förälder som är psykiskt sjuk. Studien är en uppföljning 20 år senare.
Metod	Intervjustudie. 151 av 215 från 20 år tillbaka deltog.
Resultat	Risken för förstämningssyndrom eller ångest är tre gånger så stor bland barn till föräldrar som är deprimerade jämfört med kontrollgruppen. Dessa barn använder mer sjukvård och fungerar generellt sämre överlag.
Kvalité	Hög kvalité (9). Etiskt granskad. Samtycke har erhållits.

### **Bilaga 3.**

#### *Granskningsfrågor*

- Är syftet tydligt formulerat?
- Är metoden väl beskriven?
- Kan metoden svara på frågeställningen i syftet?
- Är urvalprocessen tydligt beskrivet?
- Är undersökningspersonerna adekvat beskrivna?
- Motsvarar resultatet syftet?
- Förs diskussionen utifrån resultatet?
- Förs det några etiska resonemang alternativ om är godkänd av en etisk kommitté?
- Diskuteras konsekvenser av metoden?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden?

0-4 låg kvalite

5-6 medelkvalite

7-8 medelhög kvalite

9-10 hög kvalite