

Amanda Brede Busch

# Barn av foreldre med psykiske lidelser

- En litteraturstudie av barns konsekvenser og behov i et psykisk belastet oppvekstmiljø

Bacheloroppgave i Barnevernspedagogikk

Mai 2020



Kandidatnummer: 10028

## **Barn av foreldre med psykiske lidelser**

- *En litteraturstudie av barns konsekvenser og behov i et psykisk belastet oppvekstmiljø*

## **Children of parents with mental disorders**

- *A literature study of children's consequences and needs in a psychologically stressed childhood environment*

**BACHELOROPPGAVE**  
**Trondheim, 15.mai 2020**

**Bachelor i barnevernspedagogikk**

**Antall ord: 9856**

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.  
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

## Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudium som presenterer temaet barn av foreldre med psykiske lidelser. Psykiske lidelser er i moderne tid et tabubelagt og delvis skamfullt tema. Det antas at om lag 30 prosent av befolkningen vil i løpet av livet ha en psykisk lidelse (SSB, 2001).

Barn av foreldre med psykiske lidelser har fått viet mer oppmerksomhet de seneste årene og det jobbes mer mot hvordan man kan imøtekomme, støtte opp under og hjelpe disse barna som lever i utsatte omsorgssituasjoner.

Formålet med oppgaven er å få økt kunnskap om hvilke konsekvenser barn faktisk får av å vokse opp med foreldre som lider av psykiske lidelser og om dette varierer dersom man har en psykisk syk mor eller en psykisk syk far. Formålet er også å få økt kunnskap rundt barnas behov.

Gjennomgående i oppgaven anvendes relevant teori-, litteratur- og tidligere forskning rettet mot oppgavens problemstilling som er:

*«Hvilke konsekvenser har barn av å vokse opp med foreldre som lider av psykiske lidelser og hvilke behov har barna?».*

## Summary

This Bachelor's thesis is a literature study which presents the subject children of parents with mental disorders. Mental disorders is still a very taboo and partially shameful subject in today's society. It is estimated that around 30 percent of the population will experience having a mental illness during their lifetime (SSB, 2001).

Increased attention has been devoted to children of parents with mental disorders over the last few years and more work is being done on how to accommodate, support and help children who are living in vulnerable care situations.

The purpose of this study is to gain increased knowledge of what consequences children truly face by growing up with parents who suffer from mental disorders and whether this varies if one has a mentally ill mother or a mentally ill father. In addition, the purpose of this study is to gain increased knowledge around the needs of the children.

Throughout the thesis, relevant theory, literature and previous research are all applied to the research question, which is:

*«What consequences do children face from growing up with parents who suffer from mental disorders and what needs do these children have?».*

*Kjære barn, kan vi begynne om igjen  
for jeg vil så gjerne være her for deg  
og vil prøve å forstå deg, lille venn  
å få gode øyeblikk for deg og meg!*

*Hilsen far.*

Dikt av Børge Ravndal (Killén, 2019, s.10)

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b>	<b>6</b>
1.1 Aktualisering av tema	6
1.2 Valg av tema og problemstilling	7
1.3 Barnevernsfaglig relevans	7
1.4 Avgrensning	9
1.5 Oppgavens struktur	9
<b>2. Metode</b>	<b>10</b>
2.1 Litteraturstudie	10
2.2 Litteratursøk	10
2.3 Kildekritikk	11
2.4 Etske overveielser	11
<b>3. Teori</b>	<b>13</b>
3.1 Barnevernsfaglige teorier og begreper	13
3.2 Psykiske lidelser	13
3.3 Arv, miljø og tilknytning	14
3.3.1 Arv og miljø	14
3.3.2 Tilknytning	15
3.4 Behov, risiko- og beskyttelsesfaktorer	16
3.4.1 Behov	16
3.4.2 Risiko	17
3.4.3 Beskyttelse	18
3.5 Resiliens	19
3.6 Omsorgssvikt	21
3.7 Barn som omsorgsgivere	22
<b>4. Diskusjon</b>	<b>24</b>
4.1 Struktur på diskusjon	24
4.2 Konsekvensene	24
4.2.1 Påvirkning av arv- og miljø	24
4.2.2 Tilknytningsforstyrrelser	26
4.2.3 Risikofaktorer og omsorgssvikt	28
4.2.4 Parentifisering og resiliens	29
4.3 Behovene	30
4.3.1 Behovshierarkiet og beskyttelse	30
4.3.2 Inkludering og kommunikasjon	31
4.3.3 Nettverket rundt barna	33
<b>5. Avslutning</b>	<b>34</b>
5.1 Konklusjon	34
<b>6. Litteraturliste</b>	<b>36</b>
<b>7. Vedlegg</b>	<b>38</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Aktualisering av tema

I gammel kinesisk og gresk filosofi så man på mentale sykdommer som et naturlig forekommende fenomen. Fra den kinesiske historie, 700 år før vår tidsregning, finner vi omtale om en ubalanse mellom to sentrale krefter i mennesket. De omtales som *yin* og *yang*. Disse kreftene kan føre til fysisk og psykisk sykdom, mens balanse mellom disse gir oss helse (Håkonsen, 2015, s. 271).

Psykiske lidelser har gjennom årtusener vært et forundrende tema. Begrepet i seg selv har vært forklart på utallige måter. Fra 1400-tallet og i århundrer fremover hadde man en oppfatning av at mennesker med sinnslidelser var syndere og at de fortjente sin lidelse (Håkonsen, 2015, s. 27). Denne oppfatningen har preget synet vårt på psykiske lidelser helt fram til moderne tid og er i dag et tabubelagt og stigmatisert tema for mange i dagens samfunn. De som lider av psykiske lidelser skjuler gjerne sykdommen for sine nære og bekjente. Lidelsene blir dermed ikke bearbeidet og snakket nok om. Terskelen for å søke hjelp er ofte høy (Haukø & Stamnes, 2009). «Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. Psykiske lidelser medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan skape ubehag som reduserer livskvalitet» (Malt & Aslaksen, 2019).

I løpet av 12 måneder vil rundt 16-22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs & Øverland, 2018, s. 20). Det er mange mennesker og liv som havner innenfor denne statistikken. Det vil si at det er mange foreldre, mødre og fedre, som lever med en slik sykdom og som samtidig oppdrar ett eller flere barn. På hvilken måte rammes disse barna?

Denne bacheloroppgaven skal ta for seg temaet barn av psykisk syke. Fokuset på oppgaven er hvilke konsekvenser barn får av å vokse opp med omsorgspersoner som lider av psykiske lidelser og hvilke behov barna har. Barn av psykisk syke foreldre har fått økende oppmerksomhet de siste årene til tross for at det fortsatt er et tabubelagt tema. Det vektlegges hvordan man skal møte disse familiene, hva barna trenger av støtte og informasjon, hvordan



barna påvirkes og hvordan foreldre kan styrke omsorgskompetansen sin i de vanskelige periodene (Torvik & Rognmo, 2011).

## 1.2 Valg av tema og problemstilling

For å gi identitet til oppgaven finner jeg det relevant å forklare kort hvorfor jeg valgte oppgavens tema.

Jeg og medstudentene mine har vært gjennom utallige emner og tema innenfor det barnevernsfaglige feltet. Vi har vært gjennom emner som har vekket følelser som tristhet, glede, frustrasjon og ikke minst nysgjerrighet og interesse i oss. Når jeg skulle velge hvilket tema jeg ønsket å rette bacheloroppgaven inn på var det i hovedsak ett tema som dukket opp. Dette temaet var barn som lever med psykisk syke foreldre.

Psykisk helse og psykiske problemer har alltid vekket en ekstra nysgjerrighet i meg. Kanskje ekstra mye etter at jeg begynte på barnevernsfagutdanningen. Jeg finner temaet interessant og fikk forsterket interessen i løpet av praksisperioden på fire måneder i fjor da jeg møtte ulike barn og familier knyttet opp mot dette. Jeg erfarte også hvordan det jobbes tverrfaglig på området. Jeg deltok på fagdager hvor rus og psykiske lidelser var i fokus, samt tverrfaglige teammøter med blant annet førskolelærere, kontaktlærere, helsesykepleiere og kommunepsykologer.

Det jeg ønsker å gå nærmere inn på og forsøke å finne svar på er hva barn trenger i et hjem preget av alvorlige psykiske utfordringer og hvordan dette påvirker dem i barndommen, men også potensielt senere i livet.

Basert på det som er skrevet ovenfor er oppgavens problemstilling:

***«Hvilke konsekvenser har barn av å vokse opp med foreldre som lider av psykiske lidelser og hvilke behov har barna?».***

## 1.3 Barnevernsfaglig relevans

Barnevernloven handler om å sikre at barn- og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Lovens formål,

§1-1, skal bidra til at barn- og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse. Alle skal ha trygge og gode oppvekstvilkår (Barnevernloven, 1997, §1-1).

Det barnevernsfaglige arbeidet er komplekst. I arbeid med barn- og unge kan barneverntjenesten potensielt være involvert allerede fra før fødsel, fram til myndighetsalder og videre til ettervern i en alder av 23 år. Innenfor det komplekse arbeidet vektlegges viktige og sentrale faktorer. Noen av de mest sentrale faktorene er å kartlegge og finne ut hva barns behov er, hvilken omsorg og trygghet det trenger, hvem som er i nettverket rundt og hvordan barnet utvikler seg både psykisk, fysisk og på det sosiale plan. Barnets beste skal prioriteres og barnets mening skal komme tydelig frem. I tillegg til det som er nevnt ovenfor bør barnevernspedagoger ha kunnskap om beskyttelses- og risikofaktorer. Dette bør de ha for å kunne identifisere sårbare barn som vokser opp i hjem hvor det ikke er optimale forhold og hvor barn settes i en risikosituasjon (Helsedirektoratet, 2019).

Oppveksten til barn er en berg- og dalbane som veksler mellom glede og savn, forventninger, gode og dårlige perioder, skuffelse og mestring. Fra fødselen trenger barn hjelp og støtte for å utvikle seg både fysisk og psykisk. Dette trenger de fra sine nære omsorgspersoner (Sundfær, 2011, s. 11). I oppveksten og barndommen forandrer og utvikler man det fysiske og psykiske raskere. Utviklingsprosessen i denne perioden er mer omfattende enn senere i livet.

Utviklingsprosessen som skjer i barndommen vil ha avgjørende betydning for barns kommende ungdomstid, voksenliv og alderdom (Håkonsen, 2015, s. 39).

Barn som vokser opp med én eller to foreldre som lider av en psykisk lidelse utvikler ikke automatisk psykiske lidelser selv, men de har en betydelig forhøyet risiko for det. Risikoen er større for å utvikle både psykiske- og sosiale problemer (Kvelling, 2018, s. 198-199). Når foreldre er syke vil det selvsagt påvirke dem selv, men også barna. Sykdom hos nære omsorgspersoner vil kunne prege barn på ulike områder. Kapasiteten til foreldrene når de er syke svekkes og deres psykiske tilstand kan føre til en følelse av håpløshet, angst, flate følelser, energimangel og ansvarsfraskrivelse. Den svekkede kapasiteten kan ha ulike virkninger på barnas liv (Sundfær, 2011, s. 18). Det er ikke slik at alle foreldre med psykiske problemer fraskriver seg ansvar og gir dårlig omsorg, men det er en økt risiko for at det skjer under slike omstendigheter (Kvelling, 2018, s. 198).

En rapport fra Folkehelseinstituttet, "*Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*", kartla i 2010 at omkring 410 000 norske barn levde med én eller to foreldre med psykiske lidelser. 90 000 barn hadde minst én forelder som misbrukte alkohol. Av disse barna hadde 290 000 foreldre med psykiske lidelser eller et alkoholmisbruk som var så alvorlig at det hadde tydelige konsekvenser for familiefungeringen. 135 000 barn hadde foreldre med klart alvorlige psykiske lidelser eller alkoholmisbruk (Torvik & Rognmo, 2011).

#### **1.4 Avgrensning**

Psykiske lidelser er et vidt og omfattende tema som kan belyses og vinkles på mange måter. Denne oppgaven kommer til å vektlegge barna i form av hvilke konsekvenser og behov de får av å vokse opp med en mamma eller pappa som har psykiske lidelser. Oppgaven kommer ikke til å ta for seg én spesifikk diagnose eller lidelse foreldrene har, men tar de for seg som én gruppe.

#### **1.5 Oppgavens struktur**

I kapittel to presenteres metode med databaser og søkemotorer som er benyttet, litteratursøk, kildekritikk og etiske overveielser. I kapittel tre gjennomgås relevante barnevernsfaglige teorier. I kapittel fire presenteres diskusjon av teori knyttet opp mot problemstillingen. Siste kapittel er kapittel fem hvor konklusjon fremstilles. Til slutt vedliggjer litteraturliste.

## 2. Metode

### 2.1 Litteraturstudie

Metoden i en oppgave forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Sosiolog Vilhelm Aubert formulerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2018, s.51).

Metoden denne oppgaven baserer seg på er litteraturstudie. I litteraturstudiet er det litteraturen man studerer, altså det som allerede er undersøkt og skrevet av andre (Støren, 2013, s. 17). Man innhenter materiale og kunnskap fra relevante fagbøker, rapporter, forskning og vitenskapelige artikler. Materialet man ønsker å få tak i kan man finne gjennom ulike søkemotorer og databaser (Støren, 2013, s. 17).

Litteraturstudie gir mulighet til å komme mer i dybden på det man ønsker å undersøke og det man ønsker å få mer kunnskap om. Det gir meg mulighet til å utvide kunnskapen og kompetansen min innenfor mitt valgte tema. Dette kan jeg få nytte av senere i barnevernsfaglig praksis.

### 2.2 Litteratursøk

Det første jeg begynte med på oppgaven var å finne relevant litteratur gjennom pensumbøker, forskningsartikler og vitenskapelige artikler. Jeg benyttet meg av ulike søkemotorer for å få tak i relevant kunnskap. Søkemotorene og databasene jeg benyttet meg av var «*Nasjonalbiblioteket*», «*Google Scholar*», «*Idunn*» og «*Oria*». Søkeordene jeg brukte mest var «*psykiske lidelser*», «*mental disorders*», «*psykisk helse*», «*barn av psykisk syke*» og «*parents with mental disorders*».

For å belyse problemstillingen best mulig er det benyttet barnevernsfaglige pensumbøker, fagbøker som omhandler barn av psykisk syke foreldre og forskningsartikler som kan være behjelpelig for å besvare den.

## 2.3 Kildekritikk

Ifølge førsteamanuensis Olav Dalland (2018) er oppgavens troverdighet og faglighet avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet. Kildekritikk betyr å vurdere og å karakterisere litteraturen man har funnet (s.152).

Det første steget i kildekritikk er å fastslå av kildene og opplysningene er sanne. Man må sjekke opphavet til kilden. Kildekritikk er et metodisk verktøy for å sikre at kunnskapen som innhentes er relevant (Dalland, 2018, s. 152-153). For denne oppgaven vil det si at jeg har benyttet meg av kilder og fått tak i kunnskap som samsvarer med problemstillingen.

I søkene på databasene fikk jeg mange treff på temaet om barn av psykisk syke foreldre. Jeg fikk mange treff på de ulike søkeordene mine som er nevnt ovenfor. Det har vært gjort en rekke tidligere undersøkelser og forskning på området i tillegg til at det er skrevet flere relevante fagbøker som jeg har hatt nytte av i oppgaveprosessen.

I en litteraturstudie er det viktig å nevne at en utfordring med innhenting av relevant litteratur, fagstoff og kunnskap er at de ofte er sekundærlitteratur. Det betyr at teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Teksten kan altså være fortolket, oversatt og endret. Det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2018, s. 158-159). En primærkilde er derimot den opprinnelige utgaven av en tekst (Dalland, 2018, s. 162).

## 2.4 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler om mer enn å følge regler. Man må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer man står overfor og hvilke utfordringer arbeidet medfører (Dalland, 2018, s. 235). Med metoden denne oppgaven baserer seg på er det viktig at jeg behandler og formidler kunnskapen jeg benytter meg av på rett måte. Det vil si det er viktig at jeg refererer riktig gjennomgående i oppgaven, er tydelig på hvem som har skrevet det jeg benytter meg av og hvor jeg har funnet det. Tillit er en viktig faktor i et slikt type arbeid.

Etikk innenfor forskning handler om normer for riktig og god livsførsel. Innhenting av ny kunnskap og forskning skal ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2018, s. 236).



## 3. Teori

### 3.1 Barnevernsfaglige teorier og begreper

Dette kapittelet omhandler barnevernsfaglige teorier og begreper som er relevante for å kunne besvare problemstillingen. Psykiske lidelser er som tidligere nevnt et vidt forskningsfelt hvor man har mulighet til å benytte seg av mange ulike teorier. Teoriene jeg har valgt å benytte meg av finner jeg relevant for oppgavens tema.

I denne delen av oppgaven blir psykiske lidelser forklart grundigere. Jeg går dypere inn på hva det egentlig er og hvordan det kan oppstå. Tidligere forskning blir presentert under de ulike teoridelenene. Teoriene kapittelet inneholder er *arv-, miljø og tilknytning, behov, risiko- og beskyttelsesfaktorer, resiliens, omsorgssvikt og barn som omsorgsgivere*.

### 3.2 Psykiske lidelser

Innledningsvis i oppgaven ble psykiske lidelser kort definert. Det er en psykisk sykdom som kan påvirke psyken i ulike grader og på ulike måter (Malt & Aslaksen, 2019). Det er en samlebetegnelse for ulike sykdommer som påvirker følelser og tanker (Torvik & Rognmo, 2011, s.11).

Psykiske lidelser og psykiske vansker er to begreper man gjerne tror går hånd i hånd, men det er viktig å skille mellom dem. Psykiske vansker er en mildere psykisk plage i motsetning til lidelser. Med psykiske vansker får man som oftest en eller få plagsomme symptomer.

Symptomene kan virke hemmende for en person eller miljøet rundt vedkommende.

Symptomene kan være periodevise, kroniske eller forandre seg over tid (Wichstrøm, 2008, s.364). For å kunne kalle noe en lidelse derimot må det foreligge flere alvorlige symptomer.

Symptomene må ha en varighet på minimum to uker. Psykiske lidelser reduserer gjerne den sosiale funksjonen som går ut på hvordan man fungerer og er med familie, venner, kollegaer og ikke minst barn (Wichstrøm, 2008, s. 396-397).

Psykolog Kjell Magne Håkonsen (2015) skriver i læreboken "*Psykologi og psykiske lidelser*" at lidelser, plager og psykisk sykdom er noe de fleste gjennomgår på et eller annet tidspunkt. Det er naturlige deler av livet (s. 271). I dag regner man med at 30-50% av befolkningen vil kvalifisere for en psykiatrisk diagnose én eller flere ganger i løpet av livet (Torvik &

Rognmo, 2011, s. 11). Psykiske lidelser kan forekomme som ulike typer angstlidelser, stemningslidelser, panikklidelser, psykoselidelser og psykosomatiske lidelser. Ulike former for angst- og depresjon er de mest utbredte lidelsene (Malt, 2019).

Systemene for å kartlegge og klassifisere sykdom tok utgangspunkt i at psykiske lidelser skyldtes biologiske forstyrrelser. Disse forstyrrelsene ble overført via arv eller var forårsaket av annen sykdom, skade eller underliggende biokjemiske forstyrrelser. Først på 1700-tallet finner man opphavet til det diagnosesystemet som benyttes i dag. Den tyske legen Emil Kraepelin utviklet det første sammenfattende diagnosesystemet. Andre leger og forskere som utviklet systemer som beskriver og klassifiserer psykiske lidelser er Eugen Bleuler, Ernst Kretschmer og Adolf Meyer (Håkonsen, 2015, s. 282).

I dag finnes det to etablerte diagnosesystemer. Den ene er *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Dette diagnosesystemet forvaltes av American Psychiatric Association. Det andre systemet er *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD). ICD forvaltes av Verdens helseorganisasjon. ICD-10 er den tiende versjonen av systemet da det endres og utvikles regelmessig (Torvik & Rognmo, 2011, s. 10).

### **3.3 Arv, miljø og tilknytning**

#### **3.3.1 Arv og miljø**

Mennesket er et sosialt vesen. Vi er avhengige av, forholder oss til og påvirkes av mennesker rundt oss. Dette samspillet starter allerede ved fødselen og varer livet ut (Schiefløe, 2011, s. 287).

Hva er det egentlig som har avgjort at du har blitt den du er? I århundrer har det vært ulike teoretiske tilnærminger på akkurat dette. Det har vært stilt spørsmål om vi er produkter av naturen i form av genetiske og biokjemiske faktorer eller om vi er produkter av våre sosiale og kulturelle omgivelser. Tidligere teorier om menneskets- og individets utvikling var preget av *biologisk determinisme*. Biologisk determinisme omhandler at menneskers utvikling primært bestemmes av biologisk arv. Denne teorien fikk særlig oppsving etter Charles Darwins utforming av evolusjonslæren (Schiefløe, 2011, s. 288).



Håkonsen (2015) beskriver arv- og gener som et komplisert område og at vi ikke arver egenskaper så direkte som vi kanskje tror. Arven bestemmer hvilke gener som skal videreføres fra foreldre til barn. Det er genene som bestemmer kjønn, kroppsbygning, høyde og andre særtrekk ved oss. Til tross for dette avhenger utviklingen vår av samspillet mellom ulike genetiske forhold og miljøet vi har hatt rundt oss i oppveksten (s. 40). Når det kommer til barn og utvikling er det særlig noen faktorer som er viktige og som kan være avgjørende for videre utvikling inn i både ungdom- og voksenlivet. Et eksempel på dette er *tilknytning*.

### 3.3.2 Tilknytning

Den viktigste utviklingen som skjer hos et barn er den utviklingen som skjer på det følelsesmessige og det sosiale området. Det er her vi utvikler forståelsen av oss selv som menneske (Håkonsen, 2015, s. 46). Tilknytning handler om kvaliteten på det emosjonelle båndet mellom personer som er viktige for hverandre. Teorien ble utviklet av den britiske barnepsykiateren og psykoanalytikeren John Bowlby og senere videreutviklet av den amerikanske utviklingspsykologen Mary Ainsworth (Kvelling, 2018, s. 82). Tilknytning er barnets motivasjon for å søke beskyttelse og trøst når det trenger det (Sundfær, 2011, s. 57).

Ifølge tilknytningsteorien knytter alle barn seg til foreldrene sine og sine nære omsorgspersoner. Barn knytter seg uansett hvordan de blir behandlet. Hvorfor dette skjer er av den enkle grunn at vi må det for å overleve. Vi kan utvikle trygg og god tilknytning. Dette er tilknytning hvor vi får dekket nødvendige behov og mottar anerkjennelse fra våre nære. På en annen side kan man også utvikle utrygg tilknytning. Utrygg tilknytning kan føre til tilknytningsforstyrrelser. Denne type tilknytning oppstår dersom barn har vokst opp med foreldre som ikke har vært følelsesmessig tilgjengelige overfor barnet eller deres behov (Killén, 2019, s. 56-57).

Forskning har vist at mødre med fødselsdepresjon (postpartum depresjon) har et lavt aktivitetsnivå, ofte med tilbaketrekning i forhold til sitt lille barn. Moren kan vise et ansikt uten emosjoner (blank face) og ha manglende evne til å tilpasse sin respons til barnet. (Sundfær, 2011, s. 59).

Når et barn vokser opp er det enkelte foreldreegenskaper som er viktige i barneomsorgen. Disse egenskapene er ansvarlighet, sensitivitet, kontakt, forståelse av barnas behov,

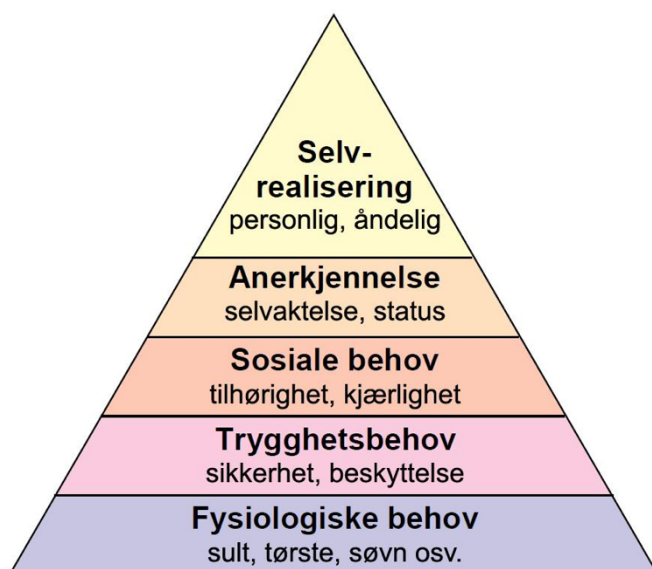
impulskontroll, frustrasjonsterskel og stabilitet i følelseslivet. Dersom et barn vokser opp med omsorgspersoner som er psykisk syke kan disse foreldreegenskapene rammes og svekkes. Det er ikke lidelsen til mor eller far som i seg selv bestemmer hvordan barnet faktisk har det, men kvaliteten på samspillet mellom foreldrene og barnet (Sundfær, 2011, s. 60).

### 3.4 Behov, risiko- og beskyttelsesfaktorer

#### 3.4.1 Behov

Før jeg går i gang med teorier om risiko- og beskyttelsesfaktorer finner jeg det relevant å nevne hvilke primære behov mennesker har og hvorfor vi faktisk har behov for dem.

Når et barn ligger i magen til mor har det allerede utviklet behov. Fra fødselen av og gjennom hele livet følger en rekke behov vi trenger og er avhengige av. Et behov kan defineres som en generell drivkraft for handling (Schiefløe, 2011, s. 300). Den amerikanske psykologen Abraham Maslow utviklet et hierarki av behov han mente mennesker trenger. Hierarkiet er kjent som *Maslows behovshierarki*. Maslow forestilte seg at de grunnleggende behovene våre er rangordnet på en slik måte at høyere behov først aktiveres når behov på et lavere nivå er tilfredsstilt.



Bilde hentet fra NDLA

Maslow mener mennesker har det bedre når vi får tilfredsstilt behovene i hierarkiet. Hierarkiet fremstilles som en trapp med fem ulike trinn. Dersom vi ikke får tilfredsstilt behovene kan det føre til problemer for oss. Det kan gjøre oss frustrerte, føre til misnøye eller utvikle seg til andre personlige problemer (Schiefløe, 2011, s. 300). Barn som vokser opp i hjem med lite stabilitet og rutiner, hvor de føler seg utrygge eller ikke føler seg sett og verdsatt kan utvikle problemer i en tidlig alder. Det kan også gjelde barn av psykisk syke. Kanskje ligger barnet våken om natten og bekymrer seg ekstra mye for mamma i perioder hvor hun har det dårlig? Behov vi trenger mer av og behov vi har nok av kan gå inn under risiko- og beskyttelsesfaktorer.

### 3.4.2 Risiko

I arbeid med barn og unge snakkes det mye om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Som det var nevnt innledningsvis bør barnevernspedagoger ha god, grunnleggende kunnskap om disse faktorene. Det bør også andre fagfolk som jobber tett med barn.

Risikofaktorer er forhold som øker faren for at mennesker utvikler sosiale eller psykiske vansker. Risikofaktorene består av biologiske, genetiske, miljømessige, mentale og sosiale faktorer (Kvelling, 2018, s. 246). Risiko kan man utsettes for på ulike områder og på ulike måter. Man kan kategorisere risiko etter ulike forhold. Det kan være *individuelle forhold*, *familiære- og samfunnsmessige forhold*.

Alle barn er forskjellige. *Individuell risiko* omhandler nettopp dette. Eksempler på individuell risiko er personlighet, biologiske forhold, IQ, alder og temperament. *Familiebasert risiko* handler om de voksne og deres rolle. Familiær risiko kan være mentale eller somatiske problemer. Dette kan være problemer i et hjem hvor det krangles mye, er alkohol- og rusmisbruk, omsorgssvikt og mishandling. Den siste typen, *samfunnsrisiko*, representerer menneskeskapte og naturskapte katastrofer. Terrorangrep, skyteepisoder og Tsjernobyl-utslippene er eksempler på det. Naturskapte katastrofer er flom, ras, skogbrann, jordskjelv og vulkanutbrudd (Borge, 2018, s. 69-74).

Dersom barn lever i, og er utsatt for, ulike risikofaktorer vil man ikke nødvendigvis se effekten av dette med en gang. Mange faktorer gir effekter først etter at det har gått en stund. Det de har vært utsatt for og påvirkningen kommer ofte til syne i slutten av barnehagealder

(Kvello, 2018, s. 246). På en annen side er barnets sårbarhet en avgjørende faktor for hvor påvirket de blir av risikofaktorene. Et barns sårbarhet handler om barnets mottakelighet for effekten av risikoen han eller hun har blitt utsatt for. De individuelle egenskapene til barnet er viktig på dette området. Et barn som naturlig er mer engstelig og pessimistisk vil være mer mottakelig og dermed mer sårbar for risikoen de blir utsatt for enn et barn som er lettere til sinns (Olsen & Traavik, 2010, s. 36).

Barn som vokser opp med én risikofaktor til stede i oppveksten, ser ikke ut til å ha noen økt risiko for å utvikle psykiske problemer. Men opptre to risikofaktorer sammen, øker sannsynligheten fire ganger. Med fire eller flere samtidige belastninger øker sannsynligheten for å utvikle psykiske problemer med hele tjue ganger. (Olsen & Traavik, 2010, s. 40).

I læreboken "*Resiliens - risiko og sunn utvikling*" går Anne Inger Helmen Borge (2018) inn på hvor mange barn som senere i livet utvikler psykiske problemer som følge av at de har vært eksponert for risiko i tidlig alder. Halvparten av de som blir eksponert for risiko utvikler alvorlige psykiske problemer (s. 11). Risikoen for å utvikle psykiske lidelser øker i familier hvor belastningene rammer flere områder i livet. Dette avhenger av hvor krevende og store belastningene er og om de varer over en lengre periode (Mathiesen & Knudsen, 2010, s. 41) Alvorlig risiko kan være omsorgssvikt i ulike grader og på ulike måter, psykologisk mishandling, sosial nød, terror og krig (Borge, 2018, s. 11).

Tidligere fokuserte man på og var mer opptatte av risikofaktorene som var til stede i barns oppvekstmiljø. I dag rettes oppmerksomheten mer mot hvilke faktorer som fører til at barn og unge klarer seg bra tross dårlige oppvekstvilkår. På dette området kommer begrepet *resiliens* inn i bildet. Resiliens omtales senere i kapittelet.

### 3.4.3 Beskyttelse

I likhet med risiko omfatter beskyttelsesfaktorer biologiske, mentale, miljømessige, genetiske og sosiale faktorer (Kvello, 2018, s. 246). Beskyttende faktorer er støttende faktorer som fremmer utviklingen av god psykisk helse. De vil først aktualisere seg i tilfeller hvor de fungerer med dempende effekt på de aktuelle risikofaktorene (Mathiesen & Knudsen, 2010, s. 38).

Kunnskap om hvilke beskyttelsesfaktorer som er nødvendige er like viktig som kunnskapen man har om risikofaktorene. En beskyttende faktor defineres som hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial utvikling. Beskyttende faktorer kan fremme kompetanse. De kan ha en positiv utvikling og kan ha forebyggende virkning på barn (Gjertsen, 2007, s. 194). En beskyttelsesfaktor som særlig er viktig er god tilknytning til de man har rundt seg. Dette gjelder familie, venner og andre bekjente. Det er viktig å få trygg og god støtte fra nærmiljøet (Grøholt, Garløv, Weidle & Sommerschild, 2015, s. 372).

Teoretisk sett kan man skille mellom *individuelle og kontekstuelle risiko- og beskyttelsesfaktorer*. Barnets medfødte ressurser kan være nyttige individuelle beskyttelsesfaktorer. Hvordan barn er og reagerer følelsesmessig og deres intellektuelle anlegg er eksempler på individuelle faktorer (Waaktaar & Christie, 2008, s. 20). De kontekstuelle risiko- og beskyttelsesfaktorene knytter man gjerne opp mot samfunnet, nærmiljøet, venner, skolen og familien. Kontekstuelle beskyttende faktorer er for eksempel en familie hvor man har støttende relasjoner, foreldre som har god kompetanse, gode lærere og et støttende og inkluderende klassemiljø (Gjertsen, 2007, s.194-195).

Man tenker kanskje at risikofaktorer og beskyttende faktorer er det motsatte av hverandre. Det trenger de ikke nødvendigvis å være. Gjertsen (2007) gir et godt eksempel på hvordan disse nesten går hånd i hånd. Et barn kan leve i fattigdom, som er en risikofaktor, men samtidig ha en trygg, støttende og omsorgsfull familie med god tilknytning, som er en beskyttende faktor. Den beskyttende faktoren samspiller dermed med den risikoutsatte faktoren og reduserer dens negative betydning for barnet (s. 195).

### 3.5 Resiliens

Resiliens stammer fra det latinske ordet «*resiliere*». Det kan oversettes til å falle tilbake på, gjenopprette eller sprette tilbake. Vi har fornorsket det engelske ordet «*resilience*» til resiliens. Det er ingen direkte oversettelse til norsk, men alternative norske ord som kan benyttes er motstandskraft og mestring (Borge, 2018, s. 18).

Resiliens er et begrep som omhandler mye. En av de viktigste bidragsyterne innen resiliensforskning er psykolog Michael Rutter. Ifølge Rutter handler resiliens om prosesser

som gjør at utviklingen, til risikoutsatte barn, når et tilfredsstillende resultat til tross for at de har vokst opp med og har erfaringer med situasjoner som gir dem betraktelig større risiko for å utvikle problemer eller avvik senere i livet (Rutter, referert i Borge, 2018, s. 20).

En forenklet forklaring på resiliens er at man er god på å tilpasse seg vanskelige situasjoner eller forhold (Kvvello, 2018, s. 242). Mange barn vokser opp og lever med en rekke risikofaktorer uten at de utvikler varige psykiske vansker (Grøholt et.al, 2015, s. 261).

*Resiliens* og *resilient* er ikke synonymmer. Resilient fremhever det som er i barnet. Det kan høres ut som et personlighetstrekk. Barn kan være resiliente overfor enkelte påkjenninger i livet, men ikke alle. Resiliens er på sett og vis noe mer. Det kobler egenskaper hos et barn til egenskaper i miljøet. Det handler om samspill mellom mennesker og omgivelser som er risikopreget (Kvvello, 2018, s. 241).

Før ble barn med en resilient utvikling omtalt *løvetannbarn*. Løvetann er blomster som kan blomstre i karrig grunn og til og med makte å bryte seg gjennom asfalt for å få tilgang på dagslys. De er på sett og vis ustoppelige (Kvvello, 2018, s. 241). Løvetannbarna ble betraktet som motstandsdyktige, nesten uovervinnelige og usårbare. I dag benyttes ikke denne betegnelsen. Den ga uttrykk for at noen barn er immune mot risiko og at de nesten ville kunne tåle alle mulige påkjenninger (Kvvello, 2018, s. 242). En annen årsak til at betegnelsen ikke benyttes i dag er at den ikke ivaretar perspektivet som omhandler samspill. Perspektivet innebærer at det er forhold i og rundt barnet som er avgjørende. Risiko og resiliens omhandler individuelle, familiære og nettverksmessige forhold (Olsen & Traavik, 2010, s. 28). Den moderne forskningen på resiliens baserer seg på samspill, risiko, sårbarhet, styrker og beskyttelsesfaktorer (Olsen & Traavik, 2010, s. 5).

Det er ulike faktorer som påvirker resiliens. Dette kan være egenskaper ved barnet selv og hvordan forholdene og omgivelsene rundt barnet er. Biologiske faktorer har en sentral rolle. Høy IQ kan for eksempel beskytte mot atferdsforstyrrelser. De fem viktigste personlighetsdimensjonene, "*The Big Five*", har betydning for hvordan barn mestrer eller motstår risikofaktorer i livet. Utadvendthet, varme, kontroll, følelsesmessig stabilitet og åpenhet er de fem personlighetsdimensjonene. Omgivelsene barn vokser opp i påvirker resiliens. Forhold som påvirker er først og fremst forholdet barna har til foreldrene. Det er

viktig at behov blir ivaretatt og at barn blir møtt på følelsene sine fra tidlig alder av (Grøholt et.al, 2015, s. 26).

Å vokse opp med en omsorgsperson som lider av eller flere psykiske lidelser er i seg selv en stor risikofaktor. Forskning fra ulike land viser til at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har en betydelig høyere risiko for å utvikle lignende lidelser selv. De mest sårbare leveårene er de første leveårene. En tung depresjon hos mor i barnets første leveår øker risikoen for at barnet selv utvikler atferdsvansker. Til tross for dette er det ikke ensbetydende at denne risikofaktoren påvirker alle barn. Noen barn påvirkes i stor grad hvor det får en avgjørende betydning for videre utvikling, noen påvirkes i mindre grad, mens noen klarer seg helt fint tross omstendighetene (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 136-137).

### 3.6 Omsorgssvikt

Omsorgssvikt er et komplekst og krevende begrep å gi en entydig definisjon på. Hva som er akseptabel atferd og oppdragsstil varierer fra kultur til kultur og generelt fra hjem til hjem. Det som oppfattes som normalt i én familie kan bli beskrevet som mishandling i en annen (Grøholt et.al, 2015, s. 275).

I læreboken *“Lærebok i barnepsykiatri”* definerer Grøholt et.al (2015) begrepet slik:

Omsorgssvikt er en manglende evne hos omsorgspersonene til å møte barnets basale fysiske, emosjonelle, psykiske og/eller medisinske behov. Det kan også være mangel på tilsyn av barnet slik at det kan skade seg. Dette kan resultere i alvorlig svekkelse av barnets helse og utvikling og kan være bevisst eller ubevisst fra omsorgspersonenes side. (Grøholt et.al, 2015, s. 275).

Omsorgssvikt og mishandling handler om lidelser, mangler og savn hos barn. Det kan omhandle en opplevelse av håpløshet, frustrasjon nederlag fra omsorgspersonene sine (Kvellido, 2009, s. 446). Tidligere forskning viser at det er sammenhenger mellom forhold ved foreldre og økt fare for omsorgssvikt. Barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser har en økt risiko for å oppleve omsorg preget av aggresjon og mangelfull oppfølging av behov (Christiansen & Kojan, 2016, s. 116). En engelsk kohortstudie viser til risikoen for å bli utsatt for omsorgssvikt eller mishandling avhenger av hvem av foreldrene som er syk og hvilken lidelse det er snakk om. Dersom mor hadde en psykisk lidelse utenom depresjon var

risikoen 2,3 ganger høyere. Dersom far hadde depresjon var det 3,6 ganger høyere risiko (Torvik & Rognmo, 2011, s. 32).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet opplyser at mer enn hvert fjerde barn i Norge vokser opp med én eller to foreldre som enten har en psykisk lidelse eller misbruker alkohol (Bufdir). 23% har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover den daglige fungeringen. 10% har foreldre med alvorlige psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5).

Det finnes mange typer omsorgssvikt. Eksempler på dette er utviklingsmessig omsorgssvikt, utdanningsmessig omsorgssvikt, offentlig omsorgssvikt, materiell vold, fysisk vold og mishandling. I tillegg til disse kan barn bli utsatt for psykisk omsorgssvikt og parentifisering. De to sistnevnte er former for omsorgssvikt barn av psykisk syke foreldre kanskje lettest utsettes for (Kvello, 2018, s. 214).

### **3.7 Barn som omsorgsgivere**

I Norge opplever mellom 50 000-130 000 barn belastende omsorgsoppgaver. Forskning fra Storbritannia, USA og Australia har fra begynnelsen av 2000-tallet hatt større fokus barn som omsorgsgivere (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3)

Barn som lever med foreldre som er psykisk syke, som ruser seg eller som er psykisk utviklingshemmet blir ofte *parentifisert*. Det vil si at barna får ansvar som egentlig er foreldrenes. Dette kan både være psykologisk og materielt ansvar. Bunkholdt og Kvaran (2015) definerer begrepet slik: «Parentifisering er et mønster av familieinteraksjon hvor barn og ungdom tildeles roller og ansvar som innenfor deres kultur normalt utføres av voksne omsorgsgivere» (s. 138).

Barn- og unge kan tildeles tre hovedformer for parentifisering. Dette kan være barn som har en foreldrerolle overfor egne foreldre. Det vil si foreldrene mottar støtte, hjelp og omsorg fra barnet. Den andre er barn som har en partnerrolle overfor egne foreldre. Foreldrene forholder seg til barnet som om de er i samme generasjon. De behandler altså barnet som en likeverdig voksen. Den siste formen er at barnet kan ha en voksenrolle overfor andre medlemmer i familien, for eksempel at de overtar ansvar for søsknene sine (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 138-139).



Hvor stor grad det forventes at barn skal gi omsorg og hjelpe til i hjemmet varierer fra land, kulturer og historiske epoker. Den vestlige kulturen, særlig den norske, preges av normative standpunkt om at barn skal være barn. Det er barna som skal motta omsorg og de skal ha tid til lek og moro med venner uten å bekymre seg for voksnes ansvar. Ansvar og plikter som barn tillegges skal reguleres etter barnets alder og utvikling (Haugland, 2006).

Det er mange barn som påtar seg omsorgsroller hvor de får uønsket ansvar. Dette gjelder særlig i familier hvor foreldre av ulike grunner er syke. Barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser bidrar ofte med emosjonell omsorg. Emosjonelle omsorgsoppgaver kan være krevende og belastende for barn i ung alder. Dette er oppgaver hvor barna kan oppleve å få lite støtte og bekreftelse på om det de gjør er godt nok (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3). Når foreldre er inne i perioder hvor de er veldig syke klarer de ofte ikke å ta godt nok vare på seg selv eller barna. I disse periodene er barna særlig utsatt for å påta seg ekstra ansvar. Dersom foreldrene eller den som er syk får behandling og hjelp er det viktig at barn får informasjon fra de involverte instansene og helsepersonellet om sykdommen. Barn trenger å vite hvorfor mamma eller pappa er syk og hvordan syk de er. Informasjon og samtaler med barn om de psykiske lidelsene kan frata barn eventuelle skyld- og skamfølelser (Sundfær, 2011, s. 28-29).

For å styrke barnet og deres rettsstilling dersom en eller begge foreldrene er psykisk syke, er rusavhengige, skader seg, eller lider av alvorlig somatisk sykdom kom det i 2008 et forslag fra helse- og omsorgsdepartementet om å endre Helsepersonelloven. I 2010 ble det vedtatt at helsepersonell har en plikt til å ivareta barn av foreldregruppene som er nevnt ovenfor. Loven plikter at barn skal ivaretas, de skal få informasjon og nødvendig oppfølging som følge av foreldrenes tilstand (Ot.prp.84, 2008–2009, s. 43).

## 4. Diskusjon

### 4.1 Struktur på diskusjon

Påfølgende kapittel inneholder diskusjon av teorier og tidligere forskning som knyttes opp mot oppgavens problemstilling.

Kapittelet deles inn i to hoveddeler. Første del av diskusjonen tar for seg konsekvensene barna har av å vokse opp med foreldre som lider av psykiske lidelser. Den andre delen tar for seg hva barna trenger og har behov under slike omstendigheter og omsorgssituasjoner.

### 4.2 Konsekvensene

#### 4.2.1 Påvirkning av arv- og miljø

Som det ble presentert under *arv- og miljø* i teorikapittelet går den gamle tilnærmingen, om hvordan vi utvikler oss individuelt og hva som påvirker oss, i hovedsak ut på det biologiske. Den moderne teorien baserer seg på at utviklingen vår avhenger av flere faktorer. Det er en mer kompleks og sammensatt forståelse av utviklingen. Utviklingen avhenger blant annet av samspillet mellom miljøet vi vokser opp i og ulike genetiske forhold (Håkonsen, 2015, s. 40).

Gjennomgående i teorikapittelet ble det vist til tidligere forskning hvor barn som vokser opp i hjem preget av psykiske lidelser har betraktelig forhøyet risiko for å utvikle problemer senere i livet. Barn av psykisk syke viser større forekomst av atferds- og utviklingsforstyrrelser, kognitive forstyrrelser, emosjonelle- og sosiale problemer og somatiske plager (Nordahl, 2009, s. 33).

Knytter man arv- og miljø opp mot risiko går de hånd i hånd. Arv- og miljø spiller en sentral rolle for barn som vokser opp i hjem preget av én eller flere risikofaktorer. En risikofaktor i seg selv er det biologiske og genetiske i tillegg til miljøet rundt barnet. Biologiske, genetiske og miljømessige forhold er faktorer som både påvirker utviklingen og som kan være potensielle risikofaktorer (Kvello, 2018, s. 246).

Når barn vokser opp med foreldre som lider av psykiske lidelser har barnet først og fremst forhøyet risiko for å utvikle lignende problemer selv basert på de biologiske og arvelige

faktorene. I tillegg til dette ligger det sterkere til grunn for at barn av psykisk syke utsettes for og lever i omstendigheter preget av andre risikofaktorer. Som det er nevnt under *omsorgssvikt* i teorikapittelet kan psykisk sykdom gå utover den daglige fungeringen til foreldrene og omsorgsevnen overfor barna (Christiansen & Kojan, 2016, s. 116). Når barne-, ungdoms- og familiedirektoratet opplyser at mer enn hvert fjerde barn i Norge vokser opp med en eller to foreldre som enten misbruker alkohol eller har en psykisk lidelse sier det seg selv at det potensielt er mange utsatte omsorgssituasjoner for barn- og unge (Bufdir). Tallene taler for seg selv.

Kunnskap og teorier om arv- og miljø er viktige temaer knyttet mot utsatte barn. Vi er, som tidligere nevnt, både avhengige av og påvirkes av dem og det som er rundt oss gjennom hele livet (Schiefløe, 2011, s. 287). Barn kan styrkes og svekkes av arv- og miljø. Det kan altså få både få positive og negative konsekvenser. Det er viktig å tenke på at barndom, oppvekst, oppdragelse og familielivet generelt er komplekst og varierende. Alle familier er ulike. Alle barn er ulike. Likheter og ulikheter finner man, men man møter aldri på identiske familier og barn. Videre under denne delen i diskusjonen tenker jeg å gå inn på eksempler på mulige utfall arv- og miljø kan bidra til. Det er viktig å ikke fokusere kun på de negative faktorene, men å fremme at utsatte omsorgssituasjoner også kan inneholde styrker.

Å vokse opp med en alvorlig psykisk syk mor eller far er ikke optimalt for noen barn, men det betyr derimot ikke at barna ikke kan utvikle seg i riktig retning og få et godt liv tross omstendighetene. Arv- og miljø kan gi flere mulige utfall. Barn av foreldre med psykiske lidelser kan for eksempel være arvelig belastet (risiko), men ha et godt og stabilt miljø rundt seg (beskyttelse). Det vil si de kan få den omsorgen de trenger og får støttet opp under nødvendige behov tross arvelig risiko. Foreldrene eller forelderen til dette barnet går kanskje i behandling for sykdommen sin og er klar over hva barnet trenger i de vanskelige periodene når hodet og tanker styrer på som verst. Kanskje får familien ekstra støtte og hjelp fra andre nære relasjoner og har jevnlig kontakt med førskolelæreren eller kontaktlæreren angående barnets behov. Dette er beskyttelsesfaktorer som kan støtte opp under barnet og som kan dempe risikofaktorene. En annen vinkling kan være barn av psykisk syke hvor miljøet og omstendighetene i hjemmet er dårlige (risiko), men som ikke er like arvelig belastet (beskyttelse). Her trekkes resiliens opp mot arv- og miljø. Faktorer barn har i slike hjem kan være at de er mindre sårbare og mer motstandsdyktige. De klarer seg bra til tross for risikofylte omstendigheter. En siste vinkling, som er alvorlig og som kan skape problemer for

videre utvikling, er barn som både er genetisk- og arvelig belastet (risiko) og som ikke har et godt, trygt og støttende miljø rundt seg (risiko). I slike hjem blir risikofaktorene flere og sannsynligheten for videre utvikling av problemer øker i takt med dem.

Arv- og miljø er faktorer som kan avgjøre hvor alvorlige problemer og konsekvenser barn- og unge kan få av å vokse opp med omsorgspersoner som lider av psykiske lidelser. Dette er som tidligere nevnt knyttet til videre utvikling på det sosiale, relasjonelle- og emosjonelle og kognitive plan.

#### 4.2.2 Tilknytningsforstyrrelser

Teorien under *tilknytning* i teorikapittelet forklarer viktigheten av tilknytningen vi har til andre. Vi utvikler emosjonelle bånd og knytter oss til omsorgspersoner for å overleve, uavhengig av hvordan man blir behandlet (Killén, 2019, s. 56-57).

Å være barn av foreldre som ikke evner å imøtekomme behovene for omsorg, trygghet, nærhet, kjærlighet og støtte er krevende i seg selv. Å leve under slike oppvekstforhold, i hvert fall over lengre tid, kan føre til problemer man tar med seg videre i livet. Dette kan blant annet være *tilknytningsproblemer*. Som tidligere nevnt kan foreldre som er psykisk syke ha svekkede foreldreegenskaper i perioder hvor den psykiske lidelsen er spesielt krevende og ille (Sundfær, 2011, s. 60). I disse periodene er barna ekstra utsatt for sviktende omsorg. Barna påtar seg kanskje mer ansvar og oppgaver hjemme, er ekstra snille og rolige og setter egne behov til side på ubestemt tid. Dersom dette skjer ofte og er gjentakende over lengre perioder kan det gå ut over barnets samspill- og tilknytning til omsorgspersonene (Sundfær, 2011, s. 60). Det kan med andre ord oppstå en viss avstand mellom foreldre og barn i slike omsorgssituasjoner.

Selv om det er en betraktelig forhøyet risiko for å utvikle problemer med blant annet tilknytning videre i livet når man vokser opp med foreldre som lider av psykiske lidelser, er det ikke ensbetydende at dette gjelder alle barn i slike situasjoner. Det er selvfølgelig mange barn som vokser opp og som har en god og trygg tilknytning til foreldrene sine selv om de har en psykisk lidelse. Det er også viktig å påpeke normaliteten av psykiske plager- og lidelser. Hele 30-50% av befolkningen vil, som tidligere forklart, kvalifisere for en psykiatrisk diagnose én eller flere ganger i løpet av livet (Håkonsen, 2015, s. 271).

Tilknytningsforstyrrelser kan være en følge og konsekvens av å ha foreldre som ikke har vært følelsesmessige tilgjengelige og når nødvendige behov ikke har blitt møtt. Denne konsekvensen kan knyttes opp mot teorien om Maslows behovshierarki. Når vi ikke får tilfredsstilt behovene på de første trinnene av hierarkiet kan det føre til problemer for oss slik som Schiefloe (2011) skrev i sosiologiboka "*Mennesker og samfunn*". Når barn ikke blir møtt på følelser og utvikler en tilknytning til omsorgspersonene som ikke er støttende og omsorgsfull nok kan de få problemer på behovstrinnene som omhandler fysiologiske behov, trygghetsbehov og sosiale behov (s. 300).

Den tidligere forskningen som det er henvist til under *tilknytning* i teorikapittelet tok blant annet for seg mødre med fødselsdepresjoner og hvordan de responderer til barna sine når de er syke (Sundfær, 2011, s. 59). Fødselsdeprimerte mødre kan altså ha problemer med å imøtekomme barns emosjoner og behov for respons når de er syke og inne i dårlige perioder. Barn som blir utsatt for dette, særlig sped- og småbarn, kan påvirkes mye av dette (Killén, 2019, s. 99). For å bygge opp under teorien om tilknytningsforstyrrelser finner jeg det relevant å gi et konkret og billedlig eksempel på hvor lett barn responderer og påvirkes av foreldres emosjoner. Dr. Edward Tronick viser gjennom eksperimentet, *Still Face Experiment* (se vedlegg), hvor fort og ikke minst hvor tydelig barn reagerer når de opplever å ikke bli møtt med gjensidige emosjoner og reaksjoner fra foreldre. Når moren til barnet i videoen gjenspeiler barnets følelser med å imøtekomme henne med lignende følelser og viser at hun er nysgjerrig på det barnet er nysgjerrig på, er det tydelig å se at barnet er fornøyd og tilfredsstilt med situasjonen og moren. Når moren snur seg bort og deretter kun stirrer på barnet uten å respondere på smil, blick og andre kroppsbevegelser blir barnet umiddelbart urolig og ukomfortabel med morens reaksjon. Dette er et tydelig eksempel på hvor fort og drastisk barn påvirkes av foreldres emosjonelle uttrykk og kommunikasjon.

Barnet i videoen bærer nok ikke preg av morens emosjonelle uttrykk annet enn reaksjonene hun visste akkurat der og da. Barn som derimot kan bli preget er barn som lever med foreldre som oppfører seg slik som moren i videoen over lengre tid. Å vokse opp i et hjem preget av slike emosjonelle uttrykk over flere år, kanskje gjennom en hel barndom- og oppvekst, har en stor risikofaktor knyttet opp mot tilknytningsforstyrrelser.

Basert på det som er diskutert ovenfor kan tilknytningsforstyrrelser dermed være en konsekvens for barn av å vokse opp med foreldre som lider av psykiske lidelser.

#### 4.2.3 Risikofaktorer og omsorgssvikt

Risikofaktorer og omsorgssvikt er to barnevernsfaglige begreper som kan knyttes opp mot hverandre. Dette kan de fordi de på sett og vis følger hverandre.

Risikofaktorer er som tidligere nevnt faktorer som øker faren for at vi kan utvikle sosiale eller psykiske vansker (Kvvello, 2018, s. 246). Å vokse opp under omstendigheter hvor man utsettes for omsorgssvikt er en risikofaktor i seg selv som kan føre til utvikling av vansker senere i livet. Barna som vokser opp i slike hjem er utsatt og kan preges av den familiebaserte risikoen. Dette er risiko som i utgangspunktet omhandler de voksne, men som går utover barna (Borge, 2018, s. 69-74).

Barn som vokser opp med foreldre som lider av psykiske lidelser har som tidligere nevnt en forhøyet risiko for å utvikle lignende problemer og andre vansker selv. Dette ligger til grunn for de arvelige- og genetiske faktorene i tillegg til miljøet som er rundt barna. Når disse barna, som i utgangspunktet lever med risikofaktoren knyttet mot det arvelige, for eksempel blir utsatt for omsorgssvikt som en annen faktor øker risikoen betraktelig. Siteringen under *risikofaktorer* i teorikapittelet fra Olsen og Traavik (2010) viser hvor stor risikoen er dersom det opptrer kun én risikofaktor rundt barnet og hvor stor risikoen er dersom det opptrer flere risikofaktorer rundt barnet- og familien. Vokser man opp med fire eller flere risikofaktorer og belastninger er det ingen tvil om at man lever under skadelige oppvekstforhold. Så mange samtidige belastninger øker sannsynligheten for videre utvikling av psykiske problemer med hele tjue ganger. Når kun to risikofaktorer opptrer samtidig øker sannsynligheten fire ganger (s. 40). Statistikken her er skremmende og alvorlig.

Når det snakkes om omsorgssvikt, i dette tilfellet omsorgssvikt knyttet opp mot barn av psykisk syke foreldre, og risikofaktorer er det også her viktig å nevne barnets utgangspunkt når det kommer til sårbarhet og motstandsdyktighet. I likhet med arv- og miljø kan resiliens også knyttes opp mot risikofaktorer og omsorgssvikt. Omsorgssvikt og andre risikofaktorer vil på dette området variere av alvorlighetsgrad, hvor mange faktorer som omringer barnet- og familien, men også hvor påvirkelig barna er individuelt.

#### 4.2.4 Parentifisering og resiliens

Resiliens går ut på at man er god på å tilpasse seg til tross for vanskelige og risikofylte forhold (Kvelling, 2018, s. 242). Om man er god på dette varierer fra barn til barn. Noen takler som tidligere forklart vanskelige situasjoner og hendelser på en god måte som nødvendigvis ikke påvirker dem videre i livet. Andre derimot strever mer med å tilpasse seg vanskelige situasjoner og hendelser de blir utsatt for i barndom- og oppvekst. Denne variasjonen er helt naturlig da det varierer fra barn til barn hva de påvirkes av, hva de tåler og hvilke behov de har.

Parentifisering, eller unge omsorgsgivere, er et vanlig utfall og konsekvens av å vokse opp i hjem preget av psykisk sykdom (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3). Forskningen i teorikapittelet under *barn som omsorgsgivere* viser til at mellom 50 000-130 000 barn har en eller flere former for belastende oppgaver i hjemmet i Norge (Svalheim & Steffenak, 2016, s. 3). I likhet resiliens og hvor mye det varierer fra barn til barn gjelder det samme prinsippet for parentifiseringen. Hvilke oppgaver og hvilket ansvar barn har i ulike hjem vil variere fra familie til familie. Noen barn tar kanskje ansvar for mor når hun er veldig syk i en tung periode, mens andre tar ekstra godt vare på småsøsknene når pappa er så syk at han for det meste ligger på sofaen.

I likhet med teoriene som er diskutert tidligere i dette kapittelet kan parentifisering og resiliens også knyttes opp mot hverandre. Et sårbart barn tåler sannsynligvis belastende oppgaver og ansvar i hjemmet dårligere enn et mindre sårbart barn. Håndteringen av ansvaret vil avhenge av hvilke oppgaver barnet har, hvor lenge han eller hun blir belastet av det, hvor fraværende omsorgspersonene er, om barnet er utsatt for flere risikofaktorer og om andre behov blir dekket.

Når det snakkes om parentifisering blir oppmerksomheten ofte rettet mot de problematiske- og negative faktorene av å ha, potensielt overbelastende, ansvarsoppgaver som barn. Slik som teorien går inn på i teorikapittelet preges den norske kulturen av normative standpunkt. Barn skal være barn (Haugland, 2006). Barn skal ikke måtte bruke barndom og oppvekst på å være støttespiller overfor mor eller far, overfor søsken eller å føle seg pliktig til å gjennomføre voksne oppgaver og ansvar i ung alder. Ansvarsoppgavene til barn bør komme med alder og det individuelle barnets utvikling. Innenfor dette temaet er det viktig å påpeke at syn på

barneoppdragelse og barnets rolle i hjemmet varierer fra kultur til kultur. Det som er det normative i norsk kultur er ikke nødvendigvis det normative i indisk eller kinesisk kultur.

På en annen side trenger ikke parentifisering nødvendigvis bare å være en negativ faktor. Å ha ansvar i ung alder kan potensielt styrke hvordan man håndterer ansvar senere i livet. Å få tillit og ansvarsoppgaver for enkelte ting i hjemmet kan styrke barns mestrings- og selvfølelse. Det er godt å vite at man får tillit til ulike oppgaver. Positive faktorer for barna kan være videreutvikling av selvstendighet og omsorgsfullhet alt etter hvilket ansvar de får. En viktig faktor å påpeke her er at alt må skje med måte. En sunn og rettferdig arbeidsfordeling i en familie kan kanskje være med på å styrke samhold- og samspill mellom familiemedlemmene. Det er likevel en mellomting mellom store, krevende og belastende oppgaver og det å plutselig skulle være omsorgsgiver enn å få tillit og ansvar for små oppgaver og gjøremål i hjemmet.

## 4.3 Behovene

### 4.3.1 Behovshierarkiet og beskyttelse

Første del av diskusjonen omhandler den første delen av problemstillingen hvor potensielle konsekvenser og ulike risikofaktorer var i fokus. Påfølgende del av diskusjonen går inn på problemstillingens andre del - *behovene*.

Hvilke behov barn trenger kan være avhengig av hvilke konsekvenser og risikoer de har vært utsatt for. Et barn som vokser opp med to psykisk syke foreldre har potensielt større og flere behov enn et barn som vokser opp med bare én psykisk syk mor eller far. Det trenger ikke nødvendigvis være alvorlighetsgraden av den psykiske sykdommen som avgjør barn- og unges behov. Individuelle faktorer har en sentral rolle også her og varierer selvfølgelig fra barn til barn. Mange barn er like og behovene deres kan sammenlignes, men ingen er identiske. Med andre ord så er ikke mine behov nødvendigvis dine behov.

De tre første trinnene på Maslows behovshierarki omhandler de fysiologiske behovene, behov for trygghet og sosiale behov. Under disse tre trinnene ligger de mest nødvendige og primære behovene (Schiefløe, 2011, s. 300). Barn som ikke får dekket flere av disse primære behovene kan først og fremst bli både frustrerte og misfornøyde. De kan også utvikle personlige



problemer som kan følge dem videre Schiefloe, 2011, s. 300). Som det tidligere er nevnt er barn av psykisk syke mer utsatt for emosjonell omsorgssvikt. Å være utsatt for dette kan kanskje være en faktor til at barn under slike omsorgssituasjoner får større behov for og trenger enda mer av behovene nederst på hierarkiet enn barn som vokser opp i ikke-utsatte hjem.

Alle har behov for omsorg, stabilitet og trygghet i en eller form. Dette gjelder både barn, ungdommer, voksne og gamle. I barndommen trenger vi dette mest. Det er også i barndommen vi er mest avhengige av de som er rundt oss. Omsorg, stabilitet og trygghet er nøkkelfaktorer i et barns liv. Dette er behov som kan være avgjørende og som er særdeles viktig under den raske utviklingen og oppveksten. Å vokse opp hvor én eller flere av disse faktorene ikke er tilstede eller er svekket kan få konsekvenser senere i livet (Håkonsen, 2015, s. 39-42).

Som det tidligere er nevnt omhandler beskyttelses- og risikofaktorer de samme faktorene. Biologiske, mentale, miljømessige, genetiske og sosiale faktorer (Kvello, 2018, s. 246). Behov- og beskyttelsesfaktorer kan knyttes opp mot hverandre. Hvilke behov et barn har kan avhenge av hvilke beskyttelsesfaktorer som er rundt barnet. Et motstandsdyktig og lite arvelig belastet barn har kanskje mindre behov for, for eksempel stabilitet, i hverdagen enn et sårbart og arvelig belastet barn. Det motstandsdyktige barnet kan ha mentale beskyttelsesfaktorer som reduserer behovet for stabilitet i motsetning til det sårbare barnet som har det mentale som en risikofaktor.

#### **4.3.2 Inkludering og kommunikasjon**

Innledningsvis i oppgaven ble det nevnt at psykiske lidelser er et tabubelagt tema som mange ikke ønsker å snakke om. Det er fortsatt et hysj-tema som lett feies under teppet. I denne delen skal jeg diskutere hvorfor kommunikasjon med barn og deres inkludering kan være et viktig behov når det omhandler foreldrenes psykiske sykdom.

Barn har behov for å vite og forstå hva som skjer i familien. Når mamma eller pappa er sint merker barna det. Når mamma eller pappa er rare, endrer atferd, er syke eller ikke viser omsorg, merker barna det (Dyregrov et.al, 2012, s. 187). Barn- og unge er rett og slett sensitive og observante overfor foreldres tilstand. Det samme gjelder barna av de psykisk

syke foreldrene. Når mamma eller pappa er syk og er inne i en dårlig periode ønsker barna at de skal være friske. Barn som ikke får informasjon om foreldrenes psykiske lidelse blir ofte engstelige og redde. De kan bekymre seg om hvor lenge mamma kommer til å være syk, hvorfor hun er syk og om det er barnets feil for at hun er syk. Barn kan også være redde og bekymre seg over om de selv blir sånn når de blir voksne (Dyregrov et.al, 2012, s. 187). Å undre seg over slike spørsmål og bekymringer i ung alder er tungt for små skuldre.

På bakgrunn av det som er skrevet ovenfor ble Helsepersonelloven som tidligere nevnt endret. Den styrker nå barnets rettsstilling i slike situasjoner. Helsepersonell har den dag i dag plikt og ansvar om ivaretagelse av barn som bor med en eller to psykisk syke foreldre som går i behandling. Barna skal involveres, følges opp og gis nødvendig informasjon som følge av foreldrenes tilstand (Ot.prp.84, 2008–2009, s. 43). Hvilken type informasjon barna får om foreldrenes problemer avhenger selvfølgelig av barnets alder, modenhet og utvikling.

Å snakke med barna er altså en viktig faktor og et viktig behov. Det hjelper å snakke med dem. Barn legger merke til og forstår ofte mer enn man tror. En psykiatrisk avdeling ved sykehuset i Namsos inviterer barn mellom 2 og 18 år og foreldrene til noe de kaller "*Barnas time*". Dette er en invitasjon til samtaler etter foreldres innleggelse. Disse samtalene vektlegger barnets perspektiv og stemme i situasjonen. Samtalene har som mål å frata barn potensielle skyld-, skam- og ansvarsfølelser. De ønsker å styrke barnas stilling generelt. Forebygging av usikkerhet, uvitenhet og redusering av stress er også ønskelige utfall av samtalene. Samtalene går også ut på å vektlegge viktigheten av å prate om problemer innad i familier, både for barn- og foreldres skyld. De ønsker å normalisere samtaleemnet og legge vekk det tabubelagte rundt det (Haukø & Stamnes, 2009, s. 32-33).

Som en følge av en syk mamma eller pappa er det mange barn som overinvolverer seg hjemme. Her knyttes parentifisering opp. De ønsker å hjelpe til, være snille og ta eventuell belastning bort fra mamma eller pappas skuldre. Andre barn tar situasjonen mer innover seg og trekker seg tilbake (Dyregrov et.al, 2012, s. 188). Kanskje tenker de at de ikke ønsker å være en større belastning enn hva de allerede føler de er for foreldrene. Barn som vokser opp med en psykisk syk mor eller far som skammer seg over sykdommen og som ikke vil snakke om det, legger nok merke til denne unnvikelsen av temaet. Her kommer det tabubelagte perspektivet til syne. En følge av mors eller fars skam kan være at barn ikke tør eller vil snakke om den vanskelige situasjonen.

### 4.3.3 Nettverket rundt barna

Som siste del i diskusjonen tenker jeg det er relevant å gå inn på nettverket som er rundt barna og hvilke behov de potensielt kan støtte opp under.

Det er ingen tvil om at nære personer og nettverket rundt barn- og familier kan være en avgjørende faktor for hvordan barn har det og hva de har behov for når mamma eller pappa er inne i dårlige perioder. Som det tidligere er nevnt i oppgaven kan en støttende og omsorgsfull tante eller farfar veie godt opp for og ha en betydelig viktig rolle i disse periodene. Dersom barn har slike nære personer i nettverket sitt kan de for det første ta litt av vekten av foreldrenes skuldre når de er dårlige, men de kan også potensielt tilby barna ekstra omsorg, nærhet og trygghet eller rett og slett bare lytte til dem om det er behov for det.

I det barnevernsfaglige arbeidet er nettverkskartlegging et sentralt og viktig arbeid. I tillegg til samarbeid rundt det nære og familiære nettverket er det viktig med samarbeid mellom involverte instanser og fagfolk. Tverrfaglig samarbeid vektlegges mer og mer. Barn- og familieliv er, i likhet med det barnevernsfaglige arbeidet, komplekst. Det er ingen som sitter alene med fasiten på hva som er rett for det enkelte barn og familie. Her er det viktig at fagfolk stiller spørsmål om hvordan de kan hjelpe barn og familier på best mulig måte ut ifra egen kompetanse. Videre er det viktig å få innblikk og klarhet i hva andre fagfolk mener dersom det er flere involverte. Helsepsykiateren har én spesiell kompetanse og BUP (barne- og ungdomspsykiatri) sitter med en annen. Kontaktlæreren tror kanskje det eller det vil hjelpe mens barneverntjenesten og PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste) tenker det motsatte. I slike situasjoner må fagfolkene rundt barnet- og familien prøve så godt de kan å kommunisere og samarbeide mot et felles mål om å hjelpe mest og best mulig.

## 5. Avslutning

### 5.1 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har jeg forsøkt å finne ut og se på hvilke konsekvenser barn har av å vokse opp med foreldre som lider av psykiske lidelser og hvilke behov disse barna har i sine utsatte situasjoner.

Det finnes ingen konkret fasit på hva konsekvensene og behovene er, men man finner mange tydelige faktorer som ofte ligger til grunn.

Det er tydelig at konsekvenser og behov vil variere fra barn til barn. Alle er individuelle og har ulike utgangspunkt selv om de har en felles risiko med at de vokser opp med i hjem preget av psykiske lidelser. Faktorer som vil påvirke konsekvenser og behov er alvorlighetsgraden av foreldrenes sykdom, barnets alder, hvem av foreldrene som er syke og om det eventuelt er begge foreldrene, barnets sårbarhet og motstandsdyktighet og hvor mange risiko- og beskyttelsesfaktorer som er rundt barnet- og familien.

Konsekvenser barn har av å vokse opp i psykisk belastede hjem er blant annet konsekvenser knyttet opp mot arv- og miljø hvor genetiske og arvelige risikoer ligger til grunn. Miljøet kan inneholde konsekvenser som for eksempel tilknytningsforstyrrelser- og videre sosiale problemer, omsorgssvikt, varierende risiko- og beskyttelsesfaktorer som både kan styrke og svekke barnets situasjon. Videre kan konsekvenser også være forskjellige former og alvorlighetsgrad av parentifisering og barnets mottakelighet og motstandskraft for påkjenninger i vanskelige situasjoner.

Den tidligere forskningen som gjennomgående er benyttet i oppgaven viser at risikoen for utvikling av lignende problemer som foreldrene eller andre problemer er betraktelig forhøyet. På en annen side finner jeg det viktig avslutningsvis å påpeke at dette gjelder ikke alle. Det er ikke ensbetydende at man utvikler psykiske lidelser, fungerer dårlig sosialt, sliter med å ta utdanning og utvikler tilknytningsproblemer selv om mamma eller pappa lever med en psykisk lidelse. Det er en stor helhet rundt temaet og det er mange faktorer som skal være til stede for om det bikker den ene eller andre veien.

Barn av psykisk syke har behov for å snakke om situasjonen de lever i. De har behov for å få trygghet og støtte fra nettverket rundt. De har behov for å få kunnskap om og nødvendig informasjon om lidelsen mamma eller pappa har i hodet og hvorfor de har det. De har behov for at kompetente fagfolk involverer hverandre og samarbeider mot et felles mål om å hjelpe mest og best mulig til rett tid. De har, i likhet med alle andre barn, behov for omsorg, trygghet, nærhet, støtte og varme. De har rett og slett behov for kjærlighet. Og kanskje mer enn andre.

## 6. Litteraturliste

Barnevernloven. (1992) *Lov om barneverntjenester av 17.juni 1992 nr. 79*. Hentet 05.04.20 fra: <https://lovdata.no/sok?q=barnevernloven>

Borge, A. I. H. (2018) *Resiliens – risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bufdir. *Barn med krevende oppvekstbetingelser*. Hentet 02.05.20 fra: [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/oppvekst/Familie\\_omsorg\\_og\\_relasjoner/Barn\\_med\\_v\\_anskelige\\_oppvekstbetingelser/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/oppvekst/Familie_omsorg_og_relasjoner/Barn_med_v_anskelige_oppvekstbetingelser/)

Dalland, O. (2018) *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gjertsen, P.Å (2010). *Sosialpedagogikk. Forståelse, handling og refleksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Grøholt, B, Garløv, I, Weidle B, & Sommerschild, H. (2015) *Lærebok i barnepsykiatri*. (5.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Hagen, R. & Ottesen, L.E (2016). *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugland, B. (2006) *Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering*. Hentet 27.04.20 fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/03/barn-som-omsorgsgivere-adaptiv-versus-destruktiv-parentifisering>

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

Helsedirektoratet (2019). *Kommunens ansvar for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge*. Hentet 14.04.20 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge/kommunens-ansvar-for-tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>

Håkonsen, K.M. (2015) *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kallander, E. (2010) *Skjulte unge omsorgsgivere*. Hentet 27.04.20 fra: <https://www.idunn.no/file/pdf/43647175/art16.pdf>

Killén, K. (2019) *Barndommen varer i generasjoner - Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kvello, Ø. (2018) *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. (2.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvello, Ø. (2013) *Barn i utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malt, Ulrik & Aslaksen, Per. (2019, 10. oktober). *Psykiske lidelser*. I Store medisinske leksikon. Hentet 22. april 2020 fra [https://sml.snl.no/psykiske\\_lidelser](https://sml.snl.no/psykiske_lidelser)

Maslows behovspyramide (Bilde) Hentet 22.04.20 fra:

<https://ndla.no/subjects/subject:12/topic:1:183846/topic:1:183860/resource:1:85351>

Mathiesen, K, Karevold, E & Knudsen, A.K (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Utgitt av: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nordahl, Y. (2009) *Barn av psykisk syke foreldre*. Masteroppgave i pedagogikk. Universitetet i Oslo. Hentet 11.04.20 fra:

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/31199/Nordahlmasteroppgave.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ot.prp.nr.84. (2008–2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m.* (Oppfølging av born som pårørende). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Psykiske lidelser. Hentet 28.04.20 fra:

<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser>

Reneflot, A, Aarø L.E, Aase, H, Reichborn-Kjennerud, T, Tambs, K & Øverland, S. (2018) *Psykisk helse i Norge*. Hentet 03.04.20 fra:

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)

Schiefloe, P.M. (2011) *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. (2.utg) Bergen: Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå (2001) *Større åpenhet om psykiske lidelser*. Hentet 02.04.20 fra:

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser>

Sundfær, A. (2011) *God dag, jeg er et barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Oslo: Fagbokforlaget.

Svalheim, A.K & A.K, Steffanak. (2016) *Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser – en fenomenografisk studie*. Hentet 28.04.20 fra:

[https://brage.inn.no/inn-xmloi/bitstream/handle/11250/2430629/Nordisk%20tidss%20helseforsk\\_2016\\_Svalheim.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.inn.no/inn-xmloi/bitstream/handle/11250/2430629/Nordisk%20tidss%20helseforsk_2016_Svalheim.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tronick, E. (2009) *Still Face Experiment*. Hentet 07.05.20 fra:

<https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2008) *Styrk sterke sider: Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.

## **7. Vedlegg**

Link til Still Face Experiment: [Still Face Experiment: Dr. Edward Tronick](#)



