



Høgskulen  
på Vestlandet

# **BACHELOROPPGAVE**

Resiliens blant barn av psykisk syke foreldre

Recilience among children of mentally ill parents

**Kandidatnummer 313, 340, 358**

Bachelor i sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

27.05.2020

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
<b>Abstract</b>	<b>4</b>
<b>1.0 Innledning</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling og avgrensning	6
1.3 Sosialfaglig relevans	6
1.4 Begrepsavklaring	7
1.5 Oppgavens videre oppbygging	7
<b>2.0 Metode</b>	<b>8</b>
2.1 Systematisk litteraturstudie	8
2.2 Litteratursøk og valg av litteratur	9
2.3 Kildekritikk og etiske overveielser	10
<b>3.0 Teori</b>	<b>11</b>
3.1 Resiliens	11
3.1.1 Beskyttelsesfaktorer	13
3.1.2 Risikofaktorer	14
3.2 Salutogenese	14
3.3 Synet på barn - fra objekt til subjekt	15
3.4 Barns rettigheter	16
3.5 Systemteori	17
3.6 Psykisk sykdoms innvirkning på foreldrefungering	17
<b>4.0 Forskningsfunn</b>	<b>18</b>
4.1 Funn knyttet til barns opplevelse av egen situasjon	19
4.1.1 Mangel på informasjon og kommunikasjon som kilde til frykt og bekymring	19
4.1.2 Uforutsigbarhet og økt ansvar i hjemmet	20
4.1.3 Skyld og skam	20
4.2 Funn knyttet til foreldre, og profesjonelles opplevelse av barnas situasjon	21
4.3 Funn knyttet til hvilke tiltak som fremstår som hensiktsmessig i arbeidet for å fremme resiliens	21
<b>5.0 Drøfting</b>	<b>22</b>
5.1 Mangel på informasjon og kommunikasjon rundt foreldrenes psykiske lidelse	23
5.1.1 Familiesamtaler med barneperspektiv	25
5.2 Økt ansvar som følge av foreldrenes psykiske lidelse	29
5.2.1 Forebyggende arbeid som tiltak for å fremme resiliens	30
5.2.2 Circle of Security	31
5.3 Nettverksarbeid	32

5.3.1 Familieråd som tiltak for å synliggjøre ressursene i det uformelle nettverket	32
5.3.2 Tverrfaglig samarbeid ved anvendelse av individuell plan	34
<b>6.0 Avslutning</b>	<b>36</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b>	<b>37</b>

# Sammendrag

I Norge vokser omtrent 410 000 barn opp med en eller to psykisk syke foreldre. Disse barna utsettes ofte for stor risiko fordi den psykiske lidelsen kan påvirke foreldrenes fungering overfor barna. Likevel er det mange barn som klarer seg bra. Dette omtales som resiliens. Hensikten med oppgaven er å utforske hvordan sosialarbeidere kan bidra til å fremme resiliens hos barn som lever med psykisk syke foreldre. Oppgaven tar utgangspunkt i hva teori og forskning fremhever som beskyttende faktorer når barn utsettes for risiko. Besvarelsen har fokus på å belyse hvilke ressurser og styrker som kan være tilgjengelig blant barn og familier, og hvordan sosialarbeideren kan utnytte disse for å fremme resiliens. Hovedfunn i litteraturstudiet omhandler informasjon, kommunikasjon, skyld, skam, ansvar, nettverkets betydning og hensiktsmessige tiltak. Barn av psykisk syke har behov for å bli anerkjent og ivaretatt. For å styrke ressursene barna og deres foreldre allerede erfarer, vil vi med utgangspunkt i teori og forskning drøfte hvilke tiltak som kan være hensiktsmessig for å fremme resiliens. Tiltakene fokuserer i stor grad på hvordan barnet, foreldrene og nettverkets ressurser kan styrkes, fremfor å studere hvordan de ulike risikofaktorene kan reduseres. Oppgaven anerkjenner betydningen av individuelle forskjeller i arbeid med barn av psykisk syke foreldre og deres familier.

# Abstract

In Norway roughly 410 000 minors grow up with one or two mentally ill parents. These children are often vulnerable as their guardians' mental disorders may impact their conduct. Even so, many minors handle their situation in a good manner. This is known as resilience. The goal of this thesis is to explore how social workers may contribute to promote resilience in children who live with mentally ill guardians. The thesis is based on what theory and research accentuates as mitigating factors for vulnerability. It focuses on highlighting what resources are available among minors and their families. It also focuses on how social workers may capitalize on these resources to promote resilience. The main findings in this literature study include information, communication, guilt, shame, responsibility, the importance of social networks and appropriate measures. Children of the mentally ill require recognition and care. Based on theory and research, we will discuss what measures may be appropriate to promote resilience and to strengthen previously established resources to children and their legal guardians. The measures focus mostly on how minors, their legal guardians and their networks' resources may be strengthened rather than how the distinctive risk factors may be reduced. The thesis acknowledges the significance of individual differences in the handling of mentally ill minors and their families.

# 1.0 Innledning

Innledningen vil vi gjøre rede for bakgrunn for valg av tema, presentere problemstilling og avgrense oppgaven. Deretter vil vi avklare sentrale begrep, før vi avslutningsvis beskriver oppgavens videre oppbygning.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vår interesse for psykiatri og barn av psykisk syke har vært stor gjennom hele studieløpet. Vi har vært spesielt opptatt av hvordan barn påvirkes av å vokse opp i en familie hvor en eller begge foreldre har en psykisk lidelse. Barn av psykisk syke har fått et økt fokus på nasjonalt plan, noe som har bidratt til å styrke vår interesse for denne gruppen. Disse barna har en høyere risiko for å selv utvikle psykiske problemer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Likevel viser statistikk at omtrent halvparten av barna klarer seg godt og mestrer livet (Borge, 2018). På bakgrunn av dette har vi blitt særlig nysgjerrige på hva som gjør at noen barn klarer seg til tross for en vanskelig oppvekstsituasjon. Interessen rundt dette temaet har resultert i at vi selv ønsker et kunnskapsløft om hva som kjennetegner denne gruppen barn.

Som sosionomstudenter har vi gjennom teori, praksisperioder og arbeid tilegnet oss erfaringer knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Fremtredende ved disse erfaringene er at en problemorientert tilnærming synes å være styrende for handling, uavhengig av hvilken samfunnsinstitusjon det sosiale arbeidet utøves på. Fokuset rettes ofte mot hvilken risiko som er forbundet med situasjonen til individet og problemene de selv erfarer i livet sitt. Hva med ressursene disse menneskene allerede har? En alternativ forståelse til dette problemorienterte fokuset, er troen på at mennesker kan hjelpes gjennom å ta utgangspunkt i styrker og ressurser. Ved å ta i bruk et styrkebasert perspektiv vil ikke individets problemer bli ignorert, men fokuset vil være å identifisere ressurser og mestringskapasiteter i eller rundt individet, i prosessen mot utvikling av god livskvalitet og resiliens (Solem, 2017, s. 95). Vi anser denne tilnærmingen som særlig hensiktsmessig i arbeidet med barn av psykisk syke foreldre, fordi det vektlegger optimisme og fremhever viktigheten av å mobilisere ressurser som finnes i nettverket (Hansen, Solem & Nybø, 2017, ss. 33-34).

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen vår lyder som følgende:

*“Hvordan kan sosialarbeideren bidra til å fremme resiliens hos barn som lever med psykisk syke foreldre?”*

Vi har valgt å fokusere på barn og unge fra 0-18 år som vokser opp med en eller to psykisk syke foreldre. Besvarelsen skiller ikke mellom ulike psykiske lidelser. Vi anerkjenner likevel at det er store forskjeller i hvordan de ulike psykiske lidelsene påvirker foreldrefungeringen. Grunnet oppgavens omfang vil vi kun gjøre et slikt skille der det er naturlig for å eksemplifisere. Videre har vi valgt å ikke avgrense oppgaven til en gitt arbeidsplass eller kontekst. Dette valget baseres på at sosialarbeidere møter barn og unge på ulike arenaer i samfunnet, og at kunnskap om temaet kan være like gjeldende uavhengig av hvilken samfunnsinstitusjon sosialarbeideren arbeider i. For språklige nyanser anvendes begrepene sosialarbeider, den profesjonelle og hjelper samt begrepene psykisk lidelse, psykisk sykdom, psykiske problemer og psykiske vansker om hverandre gjennom besvarelsen.

## 1.3 Sosialfaglig relevans

Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning (2019, §2) vektlegger at det er forventet at sosionomstudenter avslutter studiet med kunnskaper, ferdigheter og kompetanse innenfor ulike emner som gjør oss i stand til å forebygge og løse sosiale problemer. Gjennom denne oppgaven ønsker vi å belyse hvordan kunnskap om temaet istandgjør sosialarbeideren til å forebygge psykososiale problemer hos barn av psykisk syke foreldre.

Torvik og Rognmo (2011) hevder at 410 000 barn vokser opp i familier der minst én av foreldrene har en psykisk lidelse. De påpeker imidlertid sannsynligheten for mørketall og at det må påregnes at et ukjent antall barn har foreldre som ikke søker hjelp for sine psykiske vansker. Dette innebærer en stor sannsynlighet for at sosialarbeidere vil møte denne gruppen foreldre og barn på ulike arenaer. Kunnskap om resiliens vil dermed være hensiktsmessig for å forebygge psykososiale problemer hos barn og unge, og fremme god psykisk helse.

## 1.4 Begrepsavklaring

**Barn** forstås som ethvert menneske under 18 år (Barne- og familiedepartementet, 2003)

**Psykiske lidelser** brukes for å forklare ulike tilstander eller diagnoser. Psykiske lidelser kjennetegnes ved at det påvirker både opplevelser, tanker og følelser, samt samspillet med andre mennesker (Snoek, 2010). Vi vil i denne oppgaven bruke betegnelsen «psykiske lidelser» om tilstander som kvalifiserer for en diagnose i henhold til diagnosesystemene ICD-10 (F00-F99) eller DSM-IV-TR (Torvik & Rognmo, 2011, ss. 10-11).

**Resiliens** er de prosessene som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har opplevd situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer (Rutter, 2000, referert i Borge, 2010, s.14). Fokuset i denne definisjonen er «relativ» motstandskraft mot psykososial risiko. Resiliensprosesser kan fremmes gjennom et unikt samarbeid mellom faktorer i individet og miljøet (Borge, 2010, s.28). For utdypende redegjørelse av begrepet se punkt 3.1 Resiliens.

**Brukermedvirkning** innebærer at brukere av hjelpeapparatet skal få medvirke og ha innflytelse i egen sak. Dette er en lovfestet rettighet, og anses som et middel for å oppnå myndiggjøring (Ellingsen & Skjefstad, 2016, ss.106-107).

**Parentifisering** innebærer at barn og ungdom tildeles ansvar og roller som innenfor deres kultur normalt utføres av voksne omsorgsgivere. Parentifisering kan være adaptiv eller destruktiv. Adaptiv parentifisering innebærer at barnet drar nytte av ansvaret og mestrer det. Destruktiv parentifisering er når belastningen av ansvaret er så omfattende at det fører til at barnet utvikler psykososiale problemer (Haugland, 2006).

## 1.5 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven vil videre redegjøre for litteraturstudie som metode og beskrive for hvordan litteratursøket er foretatt. Metod delen vil også inneholde kildekritikk og de etiske vurderingene vi har foretatt underveis i arbeidet med oppgaven. Deretter belyser det teoretiske rammeverket resiliens som begrep, samt salutogenese. Videre redegjøres det for systemteori og Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Deretter presenteres forskningsfunn, som



sammen med teori danner grunnlaget for drøftingen. Avslutningsvis oppsummeres besvarelsen.

## 2.0 Metode

Dalland (2012) viser til Vilhelm Aubert sin definisjon av metode:

*“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 (1985, s. 196)”.*

Det skilles mellom kvalitative og kvantitativ metode. Denne oppgaven tar utgangspunkt i kvalitativ metode, som ifølge Olsson og Sørensen (2003, s. 68) kjennetegnes av forskningsprosedyrer som gir beskrivende data. Her søkes det etter de beskrivelser, kategorier eller modeller som best beskriver et fenomen eller en sammenheng i individets livsverden eller omverdenen (Olsson & Sørensen, 2003, s. 68). Det særegne med denne metoden er at den får fram det som er spesielt, eller avvikende (Dalland, 2012, s.113).

### 2.1 Systematisk litteraturstudie

Hensikten med systematiske litteraturstudier er å fremme kunnskapsstatusen på et bestemt felt (Jacobsen, 2010, s. 54) ved å søke etter vitenskapelige originalartikler i relevante databaser (Støren, 2013, s. 37). Litteraturstudier skal inneholde bakgrunn, formål, spørsmålsstilling og innsamlingsmetode (Olsson & Sørensen, 2003, s. 91). Målet er å sammenstille funn og teori på feltet og deretter prøve å fastslå hva man vet (Jacobsen, 2010, s. 54).

Et litteraturstudie tar utgangspunkt i sekundærdata i stedet for å innhente data gjennom egen forskning, kalt primærdata (Halvorsen, 2002, s. 75). I denne oppgaven har vi benyttet oss av pensumlitteratur fra hele studieløpet, annen faglitteratur samt artikler som tar for seg ulike forskningsfunn. Artikkelen som danner grunnlag for drøftingen, er vitenskapelige og fagfelleverderte. En fagfellevurdering innebærer at artikkelen er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagfeltet (Dalland, 2012, s.78). Fordelen ved å benytte seg av sekundærdata

er at det gir oss mulighet til å utforske problemstillingen på bakgrunn av et større utvalg, i et større geografisk område. Vi har eksempelvis muligheten til å samle inn data fra både kvalitativ og kvantitativ forskning som er utført i ulike land, og over tid. Dette åpner for at forskningsresultater kan sammenlignes, og felles funn identifiseres. Ulempen ved bruk av litteraturstudie er at mengde relevant forskning kan være begrenset og at dataen ikke er samlet inn spesielt for vår problemstilling. Det er også en mulighet for at resultatene kan bli feiltolket, noe som påvirker de slutningene som tas i oppgaven (Forsberg & Wengström, 2008). Metoden er valgt på bakgrunn av en felles forståelse om at den ivaretar de etiske aspektene på best mulig måte.

## 2.2 Litteratursøk og valg av litteratur

I søkeprosessen har vi benyttet oss av databasene Idunn, Google Scholar, Oria, Wiley online library, SAGE Journals og Scandinavian journal of caring sciences. De norske søkeordene som er anvendt er barn, pårørende, psykiatri, resiliens, parentifisering og foreldre. Vi har brukt "OR" for å kombinere søkeord. Dette ble gjort for å gi flere treff, og dermed utvide søket. Deretter ble "OG" anvendt for å spisse søket. Vi brukte norske søkeord på Idunn, Oria og Google Scholar, som resulterte i begrenset utvalg artikler. Søk på engelsk ble gjort i de nevnte databasene. De engelske søkeordene som ble brukt er children, mentally ill parent, parent with severe mental illness og resilience. I utvelgelsen av forskning leste vi sammendrag av artiklene. Dersom funnene opplevdes som relevant for vår oppgave, ble artikkelen lest i sin helhet. Vi gjennomgikk også referanselistene for å finne tilbake til primærkilder og annen litteratur. Artiklene vi har anvendt ble selektert på bakgrunn av følgende kriterier:

Inklusjonskriterier:

- Barn som vokser opp i en familie med en eller to psykisk syke foreldre
- Barn, foreldre og profesjonelles erfaringer
- Fokus på hvordan det offentlige kan hjelpe familiene, sett fra et systemteoretisk perspektiv
- Norsk og internasjonal forskning
- Fagfellevurderte artikler

Eksklusjonskriterier:

- Andre språk enn norsk og engelsk
- Artikler som presenterer funn uten å skille mellom psykiske lidelser, somatisk sykdom og rusmiddelavhengighet
- Akuttpsykiatri

## 2.3 Kildekritikk og etiske overveielser

Dalland (2012, s.72) definerer kildekritikk som det å karakterisere og vurdere litteraturen som er benyttet. Formålet er å vurdere om funnet fra teori og forskning er hensiktsmessig for å beskrive oppgavens problemstilling. Valg av litteratur er gjort på bakgrunn av litteraturens relevans, gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2012).

For å sikre oppgavens reliabilitet, er de valgte artiklene fagfellevurdert. Ifølge Thornquist (2003) etableres data ut fra forskernes forforståelse, ut fra de hypoteser og spørsmål de stiller, og ut fra de begreper, tankemodeller og perspektiver som blir benyttet. På bakgrunn av dette, har vi under søkeprosessen vært åpne for å finne forskning som motsier vår forforståelse og oppgavens valgte perspektiv. Forskningen legger ulike premisser til grunn i forståelsen av resiliens som begrep. Det kan derfor stilles spørsmål ved gyldigheten av funnene. Videre påvirker individuelle forskjeller resiliensprosessen, noe som kan det gjøre det utfordrende å generalisere funn fra enkelte individer til en populasjon (Rutter, 2015).

Besvarelsen vår tilstreber anvendelse av primærkilder, da dette sikrer best reliabilitet. Grunnet begrenset tilgang til litteratur har vi også benyttet sekundærlitteratur. Det betyr at teksten er bearbeidet og presentert av en annen enn dens opprinnelige forfatter (Dalland, 2012, s.79). Vi er bevisst at dette kan føre til at tekstens opprinnelige resultater endres. For å sikre litteraturstudiets validitet har vi derfor valgt å oppsøke flere artikler med bakgrunn i samme primærkilde. Dette kan bidra til å sikre reliabilitet til oppgavens resultater. Flere av våre kilder er skrevet på engelsk. Oversettelsen av disse artiklene utgjør en kilde til feiltolkning og viktige elementer kan mistes underveis. Det kan også stilles spørsmål til resultatenes overførbarhet til norsk kontekst. Vi har likevel stor nytte av å få kjennskap til resultatene, da

det ikke finnes tilsvarende forskning i Norge. De fleste beskyttelsesmekanismer synes også å være globale (Borge, 2010, s.89).

Oppgaven er et litteraturstudium og de etiske overveielsene av artiklene vi har brukt er allerede utført og godkjent. Vi anerkjenner likevel de generelle forskningsetiske retningslinjene beskrevet av De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) og bruker disse til inspirasjon for vår oppgave. Dette betyr at vi tilstreber en tekst som baseres på åpenhet, ærlighet, dokumenterbarhet og systematikk i behandlingen av primær- og sekundærlitteratur.

## 3.0 Teori

I henhold til oppgavens problemstilling blir teori om resiliensbegrepet en sentral del av forståelsesgrunnlaget. Videre blir salutogenese, synet på barn og deres rettigheter, systemteori og psykisk sykdoms innvirkning på foreldrefungering presentert for å danne et grunnlag for videre drøfting.

### 3.1 Resiliens

Resiliens er et vidt begrep som kan defineres på flere forskjellige måter. Begrepet kan derfor virke diffust og vanskelig å forstå. Ifølge Borge (2018) kan resiliens omtales som både motstandsdyktighet, tilpasningsdyktighet, robusthet eller utholdenhet. Barnepsykiateren Michael Rutter er en viktig bidragsyter til resiliensforskningen. Han påpeker at resiliens er tilstede når en person viser bedre fungering enn andre som har opplevd samme type motstand eller risiko (Rutter, 2015, s.341). Resiliens er dermed uløselig knyttet til risiko (Borge, 2010, s.18), noe som innebærer at resiliens ikke kan være til stede uten at individet også har opplevd risiko. For barn som vokser opp med psykisk syke foreldre, kan resiliens innebære at barnet utvikler seg psykologisk tilfredsstillende, til tross for å leve under uforutsigbare forhold og måtte ta ansvar ut over det som er vanlig (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 61). Rutter (2006, referert i Rutter 2015, s. 341) fant i sin forskning ut at det er store variasjoner i individets respons på stress og motgang. Mestring av slike utfordringer kan være styrkende for den enkelte. Fokuset på mestring framfor problemer er sentralt i resiliensforskningen, noe som videre kan bidra til håp.

Ifølge Bunkholdt og Kvaran (2015, s. 62) er resiliensforskningen opptatt av å utforske hvilke forhold som skaper motstandsdyktighet. Dette innebærer å identifisere hvilke beskyttende faktorer som bidrar til at barn ikke utvikler psykososiale problemer, til tross for at de lever under svært risikable forhold (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 62). Resiliens vil også variere med situasjoner og erfaringer og kan derfor ikke måles direkte som et personlighetstrekk. Enkeltindivider kan være motstandsdyktige overfor noen typer miljørisiko, men ikke overfor andre (Borge, 2010, s.159). På samme måte kan resiliens være til stede på et utviklingsstadiet og ikke det neste. Begrepet resiliens bør derfor refereres til som en prosess. Et livsløpsperspektiv er nødvendig fordi positive vendepunkter også kan oppstå først i voksen alder (Rutter, 2015, s.342). Det innebærer at barn og unge som ikke viser tegn til resiliens senere kan utvikle dette (Masten, 2014). Dette gir et mindre deterministisk syn på fremtiden, noe som kan resultere i opplevelse av håp og optimisme. Resiliensbegrepet har blitt kritisert for å være vagt (Ager, 2013). Breda (2018) vektlegger derfor at tydeligere begrepsbruk og definisjon er nødvendig i fremtiden.

Kauai-undersøkelsen var det første eksempelet på direkte resiliensforskning (Borge, 2010, s.19). Vi anser denne undersøkelsen som en viktig del av teorigrunnlaget på grunn av dens store betydning for utvikling av resiliensteori. Noe av årsaken til dette er at forskningen er longitudinell. Dette innebærer at studiet følger et utvalg av respondenter over en lengre periode, gjerne over flere år (Halvorsen, 2002). Emmy Werner og Ruth Smith (1992, referert i Borge, 2010, s.19) fulgte opp en gruppe barn som ble født i 1955, gjennom mer enn 40 år for å studere samspillet mellom barns oppvekst og miljørisikoen gjennom barndom, ungdom og voksen alder. Formålet med undersøkelsen var å beskrive hva som karakteriserte de av risikobarna som mot alle odds likevel klarte seg bra. Gjennom å følge barna fra de ble født til de ble voksne, ønsket de å få kunnskap om hvilke risikoforhold som ledet til problemer, samt hva som bedret situasjonen for de som allerede opplevde utfordringer. Slike studier er krevende å gjennomføre, og det finnes ikke lignende studier innen resiliensforskning.

Ifølge Borge (2010, s.22) ble en tredjedel av de nyfødte barna kategorisert som risikobarn, noe som innebar at de fra fødselen av, hadde oddsene mot seg når det gjaldt sunn utvikling. Av disse barna var det en tredjedel som utviklet seg til å bli velfungerende, omsorgsfulle og glade personer som 18 åringer. Når ungdommene ble 32 og 40 år, hadde ingen utviklet særlig mye problemer sammenlignet med risikogruppen ellers. De fleste barna i risikogruppen

utviklet mer eller mindre alvorlige atferdsproblemer, lærevansker og mentale forstyrrelser som 10 og 18 åringer. Flere hadde også fått påvist konsentrasjonsproblemer og kriminalitet på ulike alderstrinn. Allerede fra fødselen av hadde risikofaktorer og resiliensfaktorer i barnet og i miljøet betydning for utviklingen, noe som videre hadde betydning for barnas tilpasning og voksentilværelse (Borge, 2010, s.25).

Werner og Smith (1992, referert i Borge 2010) trakk fram tre forhold som skilte de tilpassningsdyktige barna fra de andre risikobarna. Disse barna var født med egenskaper som gjorde dem til aktive, robuste og blide barn som tiltrakk seg positive reaksjoner fra omgivelsene. De knyttet også følelsesmessige bånd til besteforeldre. Som ungdommer hadde de tilgang til et ytre støtteapparat, som blant annet skole og ungdomsgrupper. Disse faktorene viser betydningen av sosiale relasjoner for utviklingen av resiliens. Borge (2010, s.159) påpeker imidlertid at det er vanskelig å si noe om hva som fremmer resiliens fordi det er individuelt betinget. Hun hevder også at det er et godt stykke igjen før vi forstår mestringsprosessene som kan finne sted når barn vokser opp under risikoforhold.

### 3.1.1 Beskyttelsesfaktorer

Beskyttelsesfaktorer er faktorer som demper risikoen for utvikling av vansker når risiko er til stede (Kvello, 2013, s.116). Dersom beskyttelsesfaktorer skal ha direkte påvirkning på risikofaktorer må de være beskyttende i varighet, intensitet og type (Borge, 2010). Det er også viktig å være bevisst på at det vanligvis er flere risikofaktorer som til sammen skaper et belastende miljø, på samme måte som at det er flere beskyttende faktorer som til sammen skaper resiliens (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 63). Eksempler på beskyttelsesfaktorer som er medfødte eller utviklet tidlig er god intelligens og trygg tilknytning (Borge, 2010, s.24). Ifølge Håkonsen (2017) kan tilknytning defineres som den emosjonelle bindingen som kan oppstå mellom omsorgspersoner og barn. Barn som knytter varme og nære relasjoner til foreldre, har også en større evne til å takle vanskelige situasjoner senere i livet (Håkonsen, 2017). Tilknytningens påvirkning på barnets sosiale ferdigheter og evne til følelsesmessig regulering er noe av grunnen til at trygg tilknytning anses som en svært betydningsfull beskyttelsesfaktor i barnets første leveår. Faktorer som virker beskyttende og som settes i sammenheng til barnets familie, er eksempelvis struktur og klare regler i familien, samt at barnet har en nær og god relasjon til den best fungerende forelderen i familien (Friborg, 2010). Av beskyttelsesfaktorer i barnets oppvekstmiljø trekkes viktigheten av at barnet har tilgang til støttende voksne utenfor familien og prososiale venner fram (Borge, 2010).

### 3.1.2 Risikofaktorer

Kvello (2013, s. 116) definerer risikofaktorer som en fellesbetegnelse av faktorer som øker faren for utvikling av vansker (Kvello, 2013, s.116). Utfordringer og risikofaktorer kan imidlertid også ses på som noe positivt som bidrar til at barn utvikler mestringskompetanse. Ved vellykket håndtering av utfordringer kan barnas selvbilde styrkes (Kvello, 2013). Det er likevel ikke ønskelig at barn utsettes for flere alvorlige risikofaktorer samtidig. Denne form for kumulativ risiko øker sannsynligheten for utvikling av vansker (Solem, 2017, s. 99). Oppgaven vil videre ta utgangspunkt i risikofaktorer på individ og familienivå.

Individuelle risikofaktorer blir ofte sett i sammenheng med barns temperament. Temperament defineres som barnets typiske måte å reagere følelsesmessig på ytre påvirkning på (Rothbarth, referert i Håkonsen, 2017, s.49). Individuelle forskjeller i temperament resulterer i at barn møter verden på ulike måter og får forskjellige reaksjoner på atferden de viser (Håkonsen, 2017, s.49). Barn som har et vanskelig temperament, kan oppleves som mer krevende og utfordrer vanlige strategier som anvendes for å møte barnet. Utfallet blir ofte et mer stressende omsorgsmiljø, både for barn og foreldre. Familiebasert risiko er direkte relatert til voksne og deres utøvelse av foreldrerollen. Eksempler på slike faktorer er foreldres psykiske lidelser, konfliktfylte samliv og mangelfull evne til å oppdra eller sette grenser for egne barn (Borge, 2010, s.55). Kvello (2013, s.116) hevder at barn skaper sitt eget oppvekstmiljø, noe som fører til at ulike former for risiko virker forskjellig inn på det enkelte barn. Familiebasert risiko anses likevel som reelle og potensielt alvorlige risikofaktorer for et barn, ettersom det uansett vil angå deres hverdag (Borge, 2010, s.56).

## 3.2 Salutogenese

Salutogeneseperspektivet legger i likhet med resiliens vekt på de ulike prosessene som fremmer positiv utvikling. Disse forståelsene anser psykisk velvære som en dynamisk utviklingsprosess (Borge, 2010, s.19). Antonovskys modell beskriver sammenhengen mellom stress, mestringsstrategier og helse eller uhelse. Fokuset i salutogenese rettes mot individets ressurser og forutsetninger for å mestre en vanskelig livssituasjon. Begrepet "opplevelse av sammenheng" (OAS) utgjør en del av den salutogene modellen (Antonovsky, 2012, s.39).

Ifølge Solem (2017, s.103) dreier OAS seg om en generell holdning til at påvirkningene man utsettes for i livet, er begripelige, håndterbare og meningsfulle. Begripelighet omhandler ifølge Antonovsky (2012, s.39), evnen til å bedømme virkeligheten, og om individer forstår sitt miljø og anser hendelser som forklarlige. Håndterbarhet handler om i hvilken grad individet har tilstrekkelige ressurser til å kunne takle kravene det blir stilt overfor av stimuliene en utsettes for. Videre beskrives meningsfullhet som et motiverende element, som avgjør om et individ ønsker å bruke krefter på hendelser som er betydningsfulle for dem (Antonovsky, 2012, s.40). At noe gir mening, kan begripes, og dermed er håndterbart, innebærer å fokusere på egne ressurser som kan påvirke situasjonen. Når barn opplever sammenheng har det bedre forutsetninger for å ha en positiv utvikling og god helse.

### 3.3 Synet på barn - fra objekt til subjekt

Klefbeck og Ogden (2003, s.16) hevder at forestillingen om at barns utvikling er lineær og kontinuerlig, er for enkel. Synet på barn og unge har gjennomgått et paradigmeskifte, og påvirkes kontinuerlig av ny forskning, samfunnsmessige forhold, verdiforskyvninger og erfaringer. Skiftet innebærer at barn som tidligere ble ansett som passive objekter, nå anses som aktører som aktivt bidrar til egen utvikling. Utviklingen av synet på barn kan deles inn i omsorg- og aktørperspektiv (Klefbeck & Ogden, 2003, s.17).

Omsorgsperspektivet kjennetegnes av at barn anses som sårbare og avhengige av sine omgivelser (Klefbeck & Ogden, 2003). I dette perspektivet formes barna passivt av sine foreldre. Familien, barnehagen og skolen har ansvaret for at barna utvikler seg optimalt. For at barna skal utvikle seg optimalt må foreldre ivareta omsorgsoppgaver og samarbeide med samfunnsinstitusjonene barnet deltar i. Risikoutsatte barn som utvikler avvikende atferd, anses som et resultat av manglende omsorg og stimulering. Barnas avvikende utvikling forbindes med kjennetegn ved barnet selv eller i miljøet (Klefbeck & Ogden, 2003, s.27). Aktørperspektivet vektlegger imidlertid at barn aktivt bidrar til sin egen utvikling (Klefbeck & Ogden, 2003, s. 21). Dette perspektivet anser barn som aktivt handlende og utvelgende i forhold til sitt miljø. Barna anses som kompetente aktører som tilstreber å mestre opplevde utfordringer. Aktørperspektivet vektlegger individuelle variasjoner i barns temperament, mestring, kompetanse, selvpoppfatning og motstandsdyktighet som potensielle årsaker til avvikende utvikling. Samtidig fremhever perspektivet at de ulike kontekstuelle betingelsene i



barnas liv skaper ulike forutsetninger for vellykket utvikling av disse egenskapene (Klefbeck & Ogden, 2003, s.16).

Ved å integrere omsorg- og aktørperspektivet kan det tenkes at barn er sårbare og avhengige, samtidig som de er tilpasningsdyktige og robuste (Klefbeck & Ogden, 2003, s.29). Dette betyr at barn kan være i stand til å mestre betydelige belastninger under gitte omstendigheter. Støttende og betydningsfulle omsorgspersoner vil være avgjørende for barnets utvikling.

### 3.4 Barns rettigheter

Nært knyttet til forståelsen av barn som aktive aktører i eget liv, er å se på barn som subjekter og “rettighetsbarn” (Kjørholt, 2010 referert i Paulsen & Studsrød, 2019, s. 27). Dette innebærer å anerkjenne at barn er medborgere i samfunnet med tilsvarende rettigheter. Det har blitt et økt fokus på barns rettigheter, som blant annet gjenspeiler seg i Barnekonvensjonens inkorporering i menneskerettsloven. Flere av de grunnleggende bestemmelsene fra barnekonvensjonen er også tatt inn i Grunnloven (1814, §104).

Barnekonvensjonen understreker at alle barn i verden har de samme universelle rettighetene (Barne- og familiedepartementet, 2003) og legger til grunn at barnets beste skal gjennomsyre alle beslutninger (Snoek, 2010, s.104). Barn betraktes som selvstendige individer og konvensjonen stadfester barnas rettigheter i forhold til foreldre, skolen, staten og andre voksne (Paulsen & Studsrød, 2019, s. 27). I arbeidet med barn av psykisk syke foreldre vil følgende artikler fra FN's barnekonvensjon være spesielt aktuelle: Artikkel 3 “Barnets beste”: ved alle handlinger som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Artikkel 6 “Liv, overlevelse og utvikling”: Ethvert barn har en iboende rett til livet og partene skal så langt det er mulig sikre barns overlevelse og utvikling. Artikkel 12 “Respekt for barns meninger”: I alle forhold som vedrører barnet, skal barnets synspunkter legges vekt på i samsvar med dets alder og modenhet. Et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, har rett til å fritt gi uttrykk for disse synspunktene. Artikkel 27 “Mat, klær og et trygt hjem”: Barn har rett til en levestandard som er tilstrekkelig for barnets fysiske, psykiske, moralske, åndelige og sosiale utvikling. Artikkel 31 “Hvile, lek, kultur og kunst”: Barn har rett til hvile, fritid og lek (Barne- og familiedepartementet, 2003).

### 3.5 Systemteori

Systemteori omfavner praksisfeltets mangfold og har et helhetlig syn på samfunnet (Klefbeck & Ogden, 2003, s.49). Nyere systemteori har sine røtter i generell systemteori, men er videreutviklet for å være anvendbare i samfunnsvitenskapelige fag som sosialt arbeid (Hutchinson & Oltedal, 2017, s.151). Et sosialt system består av flere strukturer som er satt sammen på en slik måte at forandringer i en eller flere strukturer resultere i endringer i en eller flere av de andre strukturene.

Bronfenbrenner sin utviklingsøkologiske modell er en systemisk modell som kjennetegnes av helhetssynet på samhandling mellom mennesker. Den sosiale interaksjonen mellom individ og kontekst har en sentral plass i det økologiske systemet. Modellen vektlegger hvordan hendelser på ulike nivåer i menneskers liv uløselig henger sammen (Hutchinson & Oltedal, 2017, s.148). For å illustrere dette deler Bronfenbrenner systemet inn i ulike deler: mikro-, meso-, ekso- og makrosystem. Eksempler på ulike systemer som påvirker miljø og atferd er familien, barnehagen, skolen, nabolaget og andre steder der barn deltar. I tillegg påvirkes også utviklingen indirekte av politiske beslutninger og samfunnsmessige forhold. Modellen anvendes for å forstå hvordan miljøet påvirker atferd, og for å planlegge helhetlige og integrerte tiltak og tjenester (Klefbeck & Ogden, 2003, s.51).

Samspillet mellom individ og system er komplekst. Kvello (2015) hevder at helse- og sosialarbeidere må se helheten i et individs liv, for å ha et grunnlag for å kunne forstå barns utvikling. Oppfatningen om at individ og system henger uløselig sammen støttes av den systemteoretiske tilnærmingen. Samspillet mellom individet og dets miljø bidrar til å fremme eller hemme normal utvikling (Masten, 2014). For å fremme mestring og normal utvikling blant barn og unge er sosiale systemer viktige. Bronfenbrenner fremhever også at interaksjonen og samspillet mellom de ulike nivåene individer deltar i er nødvendig å ha kunnskap om for å kunne fremme mestring og resiliens blant barn og unge (Klefbeck & Ogden, 2003).

### 3.6 Psykisk sykdoms innvirkning på foreldrefungering

Kvello (2015) og Killèn (2013) hevder at barn av psykisk syke har større risiko for å utvikle psykososiale problemer selv. Samtidig påpekes det at langt i fra alle foreldre med psykiske

lidelser utøver dårlig omsorg for sine barn. I familier hvor en av foreldrene er psykisk frisk er risikoen for nedsatt foreldrefungering betydelig mindre (Kvello, 2015). Foreldrefungering innebærer foreldrenes følelser, kognisjon, og attribusjon mot barnet (Berg-Nielsen, Vikan & Dahl, 2002). Dysfunksjonell foreldrefungering oppstår når forelderens handling eller handlingslammelse har en negativ effekt på barnet. Kvello (2015) hevder at psykiske lidelser har negativ innvirkning på faktorer som mentaliseringsevne, ansvarlighet, impulskontroll, følsomhet, selvbilde og relasjon til andre.

Killèn (2013) hevder at manglende forståelse for barnets behov, lite engasjement i barnets liv og manglende positive emosjoner knyttet til barnet kan være konsekvenser av foreldres psykiske lidelse. Foreldres uforutsigbare personlighet og livsstil, og det å sette sine egne behov først kan også være problematisk. Disse trekkene påvirker barns tilknytning til foreldrene (Killèn, 2013). Trygg tilknytningsatferd avhenger blant annet av at mor og far er tilgjengelige, pålitelige og forutsigbare (Håkonsen, 2017, s.48). Ulike psykoselidelser er eksempler på sykdommer som kan påvirke disse faktorene. En person i aktiv psykose kan oppføre seg annerledes fordi tankene og handlingene er styrt av det som skjer inne i personen (Håkonsen, 2017, s. 349). Det kan anses som svært skadelig oppdragelsesatferd dersom barnet blir involvert i paranoide vrangforestillinger og psykotiske oppfatninger (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2008). Det er imidlertid viktig å påpeke at psykiske lidelser kan påvirke foreldre og barn forskjellig på ulike tidspunkt i deres liv (Kvello, 2015). Hvordan foreldrefungeringen påvirker barna vil også være avhengig av forelderens sykdomsforløp, barnets alder, utvikling og kompetanse.

## 4.0 Forskningsfunn

I denne delen av oppgaven vil vi trekke fram de forskningsfunnene vi har funnet i arbeidet med den systematiske litteraturstudien. Mye av forskningen på barn av psykisk syke foreldre fokuserer på foreldre og andre voksne sine utsagn om hvordan barna har det. Ved å innhente informasjon fra andre enn barna, kan vi risikere å miste viktig informasjon, eller at den informasjonen vi får er feilaktig og mangelfull. Barn vet best hvordan de opplever hverdagen og hvilke behov de har. Derfor baseres dette litteraturstudiet hovedsakelig på forskning som redegjør for barns egne opplevelser av å leve med foreldre med psykisk sykdom. Videre

gjøres det rede for forskningsfunn knyttet til foreldre og profesjonelles opplevelser av barnas situasjon. Ved å sammenligne barn og voksnes opplevelse av barnas situasjon, kan vi fange opp om aktørene i barnas nettverk har god nok innsikt i barnas livsverden. På denne måten kan vi undersøke om det er nødvendig å øke voksnes kunnskap om de behovene og utfordringene barna står overfor. Til slutt vil vi redegjøre for hvilke tiltak som blir fremhevet som hensiktsmessige i arbeidet for å fremme resiliens hos barn som lever med en eller to psykisk syke foreldre.

## 4.1 Funn knyttet til barns opplevelse av egen situasjon

I gjennomgang av forskning som omhandler hvordan barn opplever å leve med psykisk syke foreldre blir enkelte temaer gjentatt. Barna rapporterer blant annet om en hverdag preget av manglende informasjon og kommunikasjon, uforutsigbarhet og ansvar, frykt, skyld og skam.

### 4.1.1 Mangel på informasjon og kommunikasjon som kilde til frykt og bekymring

Barn opplever utfordringer knyttet til manglende informasjon og kommunikasjon rundt foreldrenes sykdom (Trondsen, 2012; Dam & Hall, 2016; Östman, 2008). Flere barn uttrykker at de mangler noen å samtale med og sitter derfor ofte alene med tanker og følelser. Barna påpeker spesielt viktigheten av støtte fra den friske forelderen (Östman, 2008) i vanskelige situasjoner (Maybery, Ling, Szakacs & Reupert, 2005). Noen gir også uttrykk for at de ønsker å snakke om opplevelsene sine med en profesjonell (Östman, 2008). Felles for disse barna er at de har behov for å samtale om seg selv og foreldrenes situasjon. Når det gjelder informasjon om foreldrenes psykiske lidelse, viser Ruud et al. (2015) at nesten halvparten av pasientene i psykisk helsevern hadde barn som ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon. De trekker særlig fram viktigheten av at voksne hjelper barn til å forstå situasjonen på riktig måte slik at barna unngår unødvendige misforståelser og bekymringer (Ruud et al. 2015). Mangel på informasjon om mor eller fars psykiske lidelse vil ifølge barna, føre til mange ubesvarte spørsmål som videre er en kilde til frustrasjon, frykt og bekymring. (Trondsen, 2012). Barna er redd for situasjonen til den syke forelderen og bekymrer seg for hva som kan skje i framtiden (Östman, 2008; Dam & Hall, 2016). Dam & Hall (2016) fremhever at barna trenger kunnskap for å mestre situasjonen. Barna i deres studie ønsker å være en del av foreldrenes psykiske lidelse og trenger derfor å forstå og akseptere

sykdommen. Denne kunnskapen kan bidra til å gjøre vonde følelser mindre intens og minske følelsen av å være alene (Dam & Hall, 2016).

#### 4.1.2 Uforutsigbarhet og økt ansvar i hjemmet

Barn som vokser opp med en eller to psykisk syke foreldre uttrykker også en opplevelse av uforutsigbarhet i hverdagen (Trondsen, 2012; Dam & Hall, 2016). Uforutsigbarhet og ustabilitet er ofte forårsaket av foreldrenes skiftende humør og atferd. Barn opplever at familielivet kan bli snudd opp ned fra det ene øyeblikket til det neste, og at uforutsigbarheten begrenser muligheten for å konsentrere seg om skolearbeid og planlegge framtiden (Trondsen, 2012). Östman (2008) finner i sin studie at barn tilpasser seg foreldrenes tilstand og humør på ulike måter. På dårlige dager kan mange distansere seg fra foreldrene, for å gi seg selv og forelderen litt pusterom. De tar vare på foreldrene ved å være hensynsfulle, trøste dem og unngå å gjøre ting som kan gjøre dem opprørt. Barna kan også ta på seg voksne oppgaver som praktisk arbeid eller omsorgsoppgaver (Dam & Hall, 2016; Östman, 2008; Ruud et al. 2015; Kvello, 2008; Maybery, Ling, Szakacs & Reupert, 2005). En stor andel barn opplever negative konsekvenser som stress og å måtte gjøre ting som gjør dem opprørt (Ruud et al. 2015). Likevel ser vi at barn i hovedsak rapporterer om positive konsekvenser av å hjelpe til. Disse barna opplever ofte at de gjør noe bra, at det føles godt å kunne hjelpe og at det bidrar til mestring (Ruud et al. 2015).

#### 4.1.3 Skyld og skam

Forskningsfunnene viser også at barn ofte skylder på seg selv for at foreldrene ikke blir friske (Dam & Hall, 2016; Östman, 2008), noe som viser at de ikke har fått god nok informasjon om foreldrenes sykdom. Dam & Hall (2016) fremhever at spesielt små barn kan føle seg skyldig i å ikke hjelpe foreldrene nok til å bli frisk igjen. Disse barna kan også tro at dårlige dager oppstår på bakgrunn av barnas oppførsel (Dam & Hall, 2016). Mange av barna i forskningsartiklene vi har valgt rapporterer også om følelsen av skam (Dam & Hall, 2016; Östman, 2008; Trondsen, 2012). De kan oppleve skam når foreldrene oppfører seg annerledes og skjuler familielivet på bakgrunn av frykt for stigmatisering og mobbing (Dam og Hall, 2016). Alle disse forskningsfunnene tilsier at barnas hverdag er preget av foreldrenes psykiske lidelser på ulike måter.

## 4.2 Funn knyttet til foreldre, og profesjonelles opplevelse av barnas situasjon

Forskningsfunn viser at barnas opplevelse av egen situasjon, ofte tolkes feil av foreldre og andre i omgivelsene. En gjennomgående tendens i multisenterstudien (Ruud et al. 2015) er at barna som er gammel nok til å rapportere om egen tilstand, vurderer seg selv til å fungere dårligere enn det foreldrene vurderer. Foreldrene overvurderer fysisk helse, trivsel og fungering i skolen, mens de undervurderer barnas livskvalitet i forhold til venner og sosial støtte (Ruud et al. 2015). Helsepersonell i studien har også begrenset kunnskap om hvordan barna har det hjemme. De rapporterer blant annet om større tiltro til at tjenestene avlastet barna sammenlignet med hva barn og foreldre selv opplever. En tredjedel av barna og foreldrene sier at barna ikke har fått tilstrekkelig hjelp slik at de kan treffe venner, være med på fritidsaktiviteter og ha det som normalt. Dette er helsepersonell i studien uvitende om (Ruud et al. 2015).

Maybery, Ling, Szakacs og Reupert (2005) sammenlignet i sin studie hvilke utfordringer foreldre og barn uttrykker at barna har når en forelder er psykisk syk. De sammenlignet også hva barn, foreldre og profesjonelle mener kan hjelpe barna i en vanskelig livssituasjon. Foreldrene la stor vekt på at barna burde få snakket med profesjonelle om foreldrenes psykiske lidelse, mens barna identifiserte venner som viktige støttespillere. Når det kommer til hva som kan hjelpe i slike situasjoner var det signifikante forskjeller mellom barn, foreldre og profesjonelles svar. Profesjonelle svarte i hovedsak høyere på om de trodde ulike tiltak ville hjelpe, enn foreldre og barn. Barn svarte derimot lavere enn både foreldrene og de profesjonelle (Maybery, Ling, Szakacs & Reupert, 2015). Forskningsfunnene tilsier at foreldre og profesjonelle har begrenset innsikt i barnas situasjon.

## 4.3 Funn knyttet til hvilke tiltak som fremstår som hensiktsmessig i arbeidet for å fremme resiliens

Forskningsfunnene viser til flere forskjellige tiltak som fremstår som hensiktsmessig for å styrke barn som bor med en eller to psykisk syke foreldre. Først og fremst vil forebyggende arbeid være viktig for å fange opp disse barna før de utviser alvorlige symptomer. Ifølge

Kvello (2008) er det fortsatt for mange barn som lider under foreldres psykiske sykdom som ikke blir oppdaget. Mange sender ikke bekymringsmelding til barnevernet før de observerer symptomer hos barnet (Ruud et al. 2015; Kvello, 2008). Dersom profesjonelle venter på symptomer, kan livet trøble seg stadig mer til for barnet (Kvello, 2008).

Behovene barna rapporterer om i forskningen, sier noe om hvilken hjelp de skulle ønske de fikk. De etterspør særlig informasjon om foreldrenes psykiske lidelse (Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet, 2008), slik at de kan forstå situasjonen de opplever (Ruud et al. 2015). Barna fremhever også behovet for en plan for hva som skal skje dersom situasjonen forverrer seg, og en person som de kan kontakte i vanskelige situasjoner. I multisenterstudien (Ruud et al. 2015) fremkommer det at barna får mest hjelp i hverdagen av de som står barnet nærmest, eksempelvis familie, venner og lærere. Det er mulig dette kunne ha vært utnyttet i enda større grad (Ruud et al. 2015). Foreldre mangler ofte omsorgsferdigheter i tillegg til de psykiske problemene. I slike tilfeller kan det være behov for foreldretrening (Kvello, 2009). Disse forskningsfunnene indikerer at barn som vokser opp med en eller to psykisk syke foreldre trenger støtte i systemene de er en del av. Place, Reynolds, Cousins og O'neill (2002) understreker behovet for tiltak på flere nivå for å fremme resiliens hos barn. Dette er kunnskap som er viktig å ta med seg inn i arbeidet med disse barna.

## 5.0 Drøfting

Drøftingsdelen av besvarelsen tar for seg forskningsfunn og belyser dem opp mot gjennomgått teori for å utforske problemstillingen:

*“Hvordan kan sosialarbeideren bidra til å fremme resiliens hos barn som lever med psykisk syke foreldre?”.*

Først vil vi drøfte barns behov for informasjon og kommunikasjon og hvordan familiesamtaler med et barneperspektiv kan være et alternativ for å møte disse behovene. Videre vil vi ta for oss hvordan barn blir tildelt ansvar som følge av foreldrenes psykiske lidelse, før vi utforsker hvilke tiltak som kan iverksettes for å styrke faktorene som fremmer

resiliens. Avslutningsvis vil vi drøfte hvordan sosialarbeideren kan anvende kompetanse om nettverksintervensjon for å synliggjøre og styrke ressursene barna har i nettverket sitt.

## 5.1 Mangel på informasjon og kommunikasjon rundt foreldrenes psykiske lidelse

En tradisjonell oppfatning har vært at «det barn ikke vet, har de ikke vondt av». Mange foreldre tror fortsatt at små barn ikke kan forstå når noe alvorlig skjer (Eide & Eide, 2017, s.306) og at de beskytter barna sine gjennom å unnlate å fortelle om den psykiske lidelsen (Myrvoll, Lund & Kufås, 2004). Forståelsen av barn som sårbare og avhengige, henger sammen med omsorgsperspektivet på barn (Klefbeck & Ogden, 2003). I dag er imidlertid aktørperspektivet fremtredende, noe som gjenspeiles i det økte fokuset på barns rettigheter. Det vil derfor være naturlig å tenke annerledes. Selv små barn merker når en forelder ikke er frisk og de har behov for å forstå den situasjonen de befinner seg i (Ruud et al. 2015). Forskning viser at barn som har en psykisk syk forelder, og som ikke får informasjon om foreldrenes lidelse, blir redder (Beardslee et al. 2003; Cogan et al. 2005; Kufås et al. 2001, referert i Helgeland, 2012, s.187). De bekymrer seg for foreldrenes situasjon og hva som kan skje i fremtiden (Östman, 2008; Dam & Hall, 2016). Barns oppfatning av hva som skjer vil ha betydning for deres mentale helse. Ifølge Borge (2010, s.136) kan barns personlige fortolkninger av det som skjer føre til at selvopplevde farer utvikler seg til å bli konstruksjoner av virkeligheten. Disse konstruksjonene trenger ikke å ha sammenheng med den reelle risikoen. En ung jente fra Trondsen (2012) sin studie understrekte i et intervju at det kan være verre å håndtere de tankene og den fantasien barna lager for å finne ut av ting selv, enn å takle sannheten. Det man ikke vet hva er, kan lett bli noe enda større og farligere og engstelsen kan vokse (Eide & Eide, 2017, s. 292). På bakgrunn av dette kan vi antyde at det barn ikke vet, har de faktisk vondt av. Når barn lager seg forestillinger som er verre enn virkeligheten, er åpenhet om forelderens sykdom nødvendig (Hangaas, 2019).

På den andre siden hevder Borge (2010, s.136) at barns personlige fortolkninger av situasjonen de befinner seg i også kan bygge opp under selvbildet og gi styrke til barnet. Det kan derfor diskuteres hvor grensen skal gå for hvor mye informasjon barnet skal ha. Kan det for noen barn som bor med foreldre som har psykiske vansker utgjøre en unødvendig risiko å vite for mye? Kan for stor involvering i den psykiske lidelsen virke resilienshemmende for barnet? Kvello (2010) fremhever at barn som opplever åpenhet om forelderens psykiske



lidelse vil være bedre rustet til å klare seg selv, men at profesjonelle må arbeide for at barna ikke belastes av åpenheten, da for mye informasjon kan føre til at barn tar på seg for stort ansvar (Kvello 2010, s. 252). Barn må få vite sannheten, men trenger ikke å vite alle detaljer om foreldrenes liv. Hvilken informasjon barn trenger vil variere på bakgrunn av individuelle forskjeller som alder, utviklingsnivå og modenhet (Helgeland, 2012, s.187). Barn og unge som har levd i vanskelige livssituasjoner kan naturlig ha et noe lavere funksjonsnivå enn det alderen tilsier (Eide & Eide, 2017, s. 294). Dette vil kreve en sensitivitet i forhold til å tilpasse informasjonen til hvert enkelt barns kognitive og språklige fungering, samt de erfaringer barnet har med foreldrenes psykiske lidelse (Dyregrov, 2010; Øvreeide, 2009, referert i Helgeland, 2012, s.187). For å forstå sykdommen og dens konsekvenser, har barn behov for tilstrekkelig og nødvendig informasjon (Hangaas, 2019). Men hvem har makt til å definere hva som er nødvendig informasjon for barn av psykisk syke foreldre?

I teori og forskningsfunn er det en gjennomgående tendens at profesjonelle og andre voksne definerer hva som anses som nødvendig informasjon for barn av psykisk syke foreldre. Makten til å definere behovet for informasjon ligger dermed hos andre enn barnet. Sosialarbeiderens utgangspunkt for handling vil være basert på en generalisert forståelse av barnets behov. Det kan derfor stilles spørsmål ved om sosialarbeidere kan definere hva som er barnets beste, uten å krenke vedkommendes autonomi. I arbeidet med barn har sosialarbeideren et etisk ansvar (Skorstad, 2013) og er forpliktet til å ivareta barnets autonomi i sin fagutøvelse jf. artikkel 12 i barnekonvensjonen (Barne- og familiedepartementet, 2003) som understreker at barns synspunkter skal tillegges vekt i alle forhold som vedrører barnet. Kritisk refleksjon over egen rolle, etikk og forholdet mellom makt og hjelp bør derfor være en integrert del av yrkesutøvelsen. Dette innebærer et fokus på hvordan egne antakelser og forforståelse påvirker praksis (Skau, 2013). På bakgrunn av dette kan kritisk refleksjon være et middel for å bidra til et bevisst forhold til hvordan doxa, den symbolske makten som produserer det vi tar for gitt (Heyerdahl-Larsen & Hansen, 2017, s. 133), påvirker sosialarbeideres vurdering av barnets beste.

Barns erfaringer er sentrale for å kartlegge hvilken type informasjon barn har behov for. Helsedirektoratets (2019) veileder for barn som pårørende tar blant annet utgangspunkt i barns egne erfaringer og opplevelser, og bidrar dermed til å ivareta barnets autonomi. Dette er i samsvar med barns rett til å uttrykke seg, som er nedfelt i barnekonvensjonen (Barne- og familiedepartementet, 2003). På bakgrunn av dette anser vi veilederen som et hensiktsmessig

verktøy i arbeidet med barn som har psykisk syke foreldre. Den inneholder sentrale råd for hvilken informasjon barn har behov for når noen i familien er syke. Barn har behov for aldersadekvat informasjon om symptomer, diagnose og prognose. De trenger å vite årsaken til sykdommen og hvilke konsekvenser tilstanden kan ha for familien. Videre er det viktig å forklare at barn ikke har ansvar for å hjelpe den voksne med å bli frisk. De må informeres om normale reaksjoner hos barn når voksne er syke, og at de har lov til å fortsette med aktiviteter de liker (Helsedirektoratet, 2019). Ut fra forskningsfunn som viser at barn ofte skylder på seg selv for at foreldrene ikke blir friske (Dam & Hall, 2016; Östman, 2008), kan det være nødvendig å avklare at sykdommen ikke har noe med barnets handlinger å gjøre, og at barnet ikke har ansvar for situasjonen. De trenger å bli fratatt feilaktige forestillinger om sykdommen og sin egen plass i bildet (Ruud, et al. 2015). Det er likevel viktig å være bevisst at det finnes individuelle forskjeller i behovet for informasjon, og barnas behov må derfor vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Selv om faglitteratur og forskning vektlegger barns behov for informasjon viser forskningsfunnene imidlertid at barn ofte mangler noen å snakke med om situasjonen sin (Östman, 2008). På bakgrunn av dette stiller vi oss undrende til spenningsfeltet mellom teori og praksis. Hvorfor underkommuniseres foreldres psykiske sykdom, til tross for at det fremheves som betydningsfullt for barna? På systemnivå kan en mulig årsak handle om mangel på kompetanse knyttet til å samtale med barn om temaet. Er barnet i kontakt med flere instanser samtidig, kan det også tenkes at det foreligger en usikkerhet rundt hvem som skal ta ansvar for å samtale med barnet. Dette understreker behovet for et bedre organisert tverrfaglig samarbeid rundt disse barna. Se punkt 5.3.2 om tverrfaglig samarbeid. I familier kan det være vanskelig å snakke sammen om den psykiske lidelsen, da mange opplever skyld og skam i forbindelse med sykdommen (Helgeland, 2012, s.185). Temaet er ofte tabubelagt, og på mikronivå er det lite eller ingen kommunikasjon om hvordan foreldrenes lidelse påvirker familielivet. Når kommunikasjonen stopper opp og familieatmosfæren preges av usikkerhet og tabu, kan det skape utrygghet og bekymring (Helgeland, 2012, s.187,195). Ifølge Trondsen (2012) og Östman (2008) etterlyser barn dialoger med voksne som informerer dem om foreldrenes sykdom og hvordan denne påvirker familien.

### 5.1.1 Familiesamtaler med barneperspektiv

For å møte barns behov for informasjon og kommunikasjon rundt foreldrenes psykiske lidelser, kan familiesamtaler med et barneperspektiv være nyttig. Dette kan være et

hensiktsmessig tiltak for å motvirke risikofaktorene som er forbundet med å vokse opp med psykiske syke foreldre, samt styrke beskyttelsesfaktorene som anses som resiliensfremmende. Ifølge Helgeland (2012, s.188) har familiesamtalen som mål å gi barn og voksne informasjon om den psykiske lidelsen, samtidig som det skal ytes hjelp til familien slik at de kan kommunisere om hvordan hver enkelt opplever situasjonen. Samtalene fokuserer på hva familien mestrer, og hva barn og voksne ønsker og trenger av hjelp (Helgeland, 2012, s.198). I utfordrende situasjoner kan det tenkes at sosialarbeideren automatisk inntar et problemfokus. Dersom sosialarbeideren imidlertid flytter sitt fokus til det familien mestrer, kan dette bidra til å skape håp og motivasjon for de det gjelder. Hensikten med samtalene er å skape sammenheng mellom livshendelser og følelser gjennom å fylle viktige hull i barnas historier (Helgeland, 2012, s.194). Samtalene bærer dermed preg av Antonovskys (2012) salutogene perspektiv, der opplevelsen av sammenheng er framtrødende. For å skape sammenheng mellom følelser og erfaringer, vil barn være avhengig av hjelp fra de voksne. Sosialarbeideren må kunne formidle en forklaring på foreldrenes psykiske lidelse, på en måte som barn forstår (Helgeland, 2012, s.188) og gi dem mulighet til å tolke og benytte seg av informasjonen, for å skape mening i hverdagen. At barn skaper mening i den situasjonen de befinner seg i, kan anses som en beskyttende faktor for utvikling av resiliens. Informasjon som ikke er forståelig vil kunne føre til at barn i mindre grad mestrer de påvirkningene de utsettes for (Antonovsky, 2012).

Et sentralt aspekt ved familiesamtalene er at barn og foreldre skal delta og at deres historier skal lyttes til (Helgeland, 2012, s.188), jf. barnekonvensjonens artikkel 12 (Barne- og familiedepartementet, 2003). Denne tilnærmingen understøtter synet på barn som aktør i eget liv. En grunntanke i FN's barnekonvensjon er at barn kommer til orde i spørsmål som angår dem (Barne- og familiedepartementet, 2003). Sosialarbeidere har gjennom utdanning og yrkesutøvelse internalisert feltets doxa, som sier noe om barnets beste. Selv om denne kunnskapen anses som naturlig og selvsagt for profesjonsutøvere, vil profesjonelle kunne møte familier som har et syn som strider mot denne oppfatningen. Vi stiller oss spørrende til om det er mulig å konkludere barnets beste på bakgrunn av internalisert kunnskap og evidensbasert forskning. Hvorfor skal sosialarbeideren ha makt til å definere hva som er det beste for barnet, når det er barn og foreldre som kjenner situasjonen best? I familiesamtalene må sosialarbeideren forsøke å løsrive seg fra feltets doxa og diskurser og lytte til barnas historier. Gjennom aktiv lytting kan sosialarbeideren finne ut hva som er viktig for barnet i den situasjonen de er i (Eide & Eide, 2017, s. 83). Det handler om å være åpen og lyttende,

men også å utforske hva den andre ønsker og trenger hjelp til ved å stille spørsmål. På denne måten kan sosialarbeideren tilrettelegge for barns OAS. Ved å ta utgangspunkt i hva barnet opplever som viktig, kan behovet for selvbestemmelse, tilknytning og følelse av mestring imøtekommes. Dette kan antas å være resiliensfremmende.

Familiesamtaler kan imidlertid også være utfordrende. Det kan eksempelvis oppstå et dilemma dersom foreldrene ikke vil at barn skal vite viktige deler av historien sin (Helgeland, 2012, s.198). Dette kan begrunnes i at de vil skjerme barna fra det vanskelige. Foreldrene kan ha gode intensjoner om å beskytte dem fra den virkeligheten de er en del av. Dette synet på barn som passive objekter kan utfordre sosialarbeideren som gjennom sin utdanning har internalisert et syn på barn som aktive aktører i eget liv. Dersom sosialarbeideren på den ene siden ivaretar foreldrenes ønsker om å ikke informere barnet om foreldrenes psykiske sykdom, vil det kunne bidra til at barnas behov for kommunikasjon ikke ivaretas. Hvordan kan sosialarbeideren snakke med barn om det som er viktig for barnet, uten å si noe om årsaken til situasjonen? Mangel på informasjon om sentrale aspekter ved foreldrenes psykiske lidelse, kan føre til at situasjonen ikke gir mening og dermed ikke blir håndterbar og begripelig for de det gjelder, jf. salutogenese. Barn bearbeider hendelser inn i sitt syn på verden (Borge, 2010, s. 135). Et eksempel på dette kan være når barn anser seg selv som årsaken til mors depresjon (Dam & Hall, 2016). I disse tilfellene er det viktig at sosialarbeideren tar opp spørsmålet med foreldrene og drøfter behovet barn har for informasjon (Helgeland, 2012, s.198). Hvis sosialarbeideren på den andre siden involverer barnet i det som er vanskelig, vil det ivareta barnets behov for informasjon ut i fra en tro på at barnet kan mestre situasjonen med hjelp fra de rundt seg (Hangaas, 2019). Barna kan på denne måten bli fratatt feilaktige forestillinger om sykdommen og få bearbeidet tidligere opplevelser inn i en meningsfull kontekst.

I familiesamtaler er det viktig å være bevisst på at foreldre og hjelpere kan ha ulike syn på barn og hvilke behov de har, jf. omsorg- og aktørperspektivet. For å få en felles forståelse av behovene barn kan ha for informasjon når en forelder er psykisk syk, kan det være hensiktsmessig at sosialarbeideren har et utviklingsstøttende perspektiv i samtale med foreldrene. Ifølge Hafstad og Øvreeide (2011, s.23) vektlegger dette perspektivet at barn først og fremst skal være et "samforskende" og samarbeidende prosjekt mellom profesjonelle og foreldre. Gjennom kommunikasjon med foreldrene skal sosialarbeideren undersøke og understøtte deres ansvar og muligheter til å forbedre barnets livskvalitet og utviklingsprofil

(Hafstad & Øvreeide, 2011, s.23). Dette kan anses som en beskyttende faktor og bidrar dermed til å fremme resiliens hos barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Hafstad & Øvreeide (1998, s.59) hevder at noe av den mest sentrale utviklingsstøtten voksne kan gi til barn, er informasjon i form av beskrivelser av omgivelser, personer og opplevelser. Når barn skal involveres i vanskelige temaer, må de voksne tilrettelegge og være utviklingsstøttende for barnet. Dette innebærer at den voksne, avhengig av barnets utviklingsnivå, forteller om det barnet er opptatt av. På denne måten kan barnet støttes i å bearbeide erfaringer og orientere seg i verden (Hafstad & Øvreeide, 1998, s.59).

Psykisk sykdom kan påvirke foreldrenes mentaliseringsevne, ansvarlighet og impuls kontroll (Kvillo, 2015) og dermed deres evne til å være utviklingsstøttende for barna. En familiesamtale som baserer seg på utviklingsstøttende dialoger, kan i slike tilfeller være en god møteplass for læring. Sosialarbeideren kan støtte foreldre i hvordan de kan samtale med barn om den psykiske lidelsen på en adekvat måte (Helgeland, 2012). På denne måten vil sosialarbeideren kunne hjelpe barn, gjennom deres foreldre. Dette krever imidlertid at foreldre har god innsikt i eget sykdomsbilde. Dersom mor eller far har svekket sykdomsforståelse, kan det bli vanskelig for barnet å forstå og akseptere den forklaringen sosialarbeideren gir. Det er derfor viktig å utforske foreldrenes forståelse av egen sykdom (Helgeland, 2012, s. 197). Foreldre kan trenge råd, hjelp og støtte til å gjennomføre slike samtaler, for eksempel ved at en hjelper er til stede i samtalen (Eide & Eide, 2017, s.307). Dersom sosialarbeideren hjelper foreldre med å samtale realistisk med sine barn, gi alderstilpasset informasjon og lytte til barnas tanker og erfaringer, kan vi samtidig hjelpe barna før de viser symptomer eller atferdsvansker (Grømdahl, Skjællåen, 2011, referert i Hafstad & Øvreeide, 2011, s.219). Det kan anses som en beskyttende faktor mot utvikling av psykososiale problemer og styrke de ressursene barnet allerede har i sitt nettverket.

En annen utfordring med familiesamtaler kan være å ivareta både voksne og barns behov for å beskytte seg selv og hverandre, og samtidig samtale om de vanskelige temaene (Helgeland, 2012, s.197). Ifølge forskning blir foreldrenes psykiske lidelser ofte opplevd som en familiehemmelighet (Dam & Hall, 2016). Barn er lojale overfor sine foreldre og ønsker derfor ikke å avsløre foreldrenes situasjon (Helgeland, 2012, s.198). Det kan dermed antas at det vil være utfordrende for barnet å snakke om situasjonen sin. Samtidig viser forskning at noen barn opplever lettelse når de forteller om opplevelsene sine og ikke må holde ting for seg selv (Dam & Hall, 2016; Trondsen, 2012). I samtaler med barn kan det derfor være viktig å

fortelle hva sosialarbeideren har snakket med foreldrene om på forhånd og spesielt hva foreldrene ønsker skal videreformidles til barnet. Hvis barna vet at de har tillatelse fra foreldrene, blir det lettere å snakke om egne opplevelser (Helgeland, 2012, s.198).

Sosialarbeidere kan gjennom familiesamtaler bidra til å fremme resiliens hos barn av psykisk syke foreldre. Gjennom å informere og kommunisere om foreldrenes sykdom kan barn oppleve økt kontroll og mestring over egen situasjon.

## 5.2 Økt ansvar som følge av foreldrenes psykiske lidelse

Dersom foreldre mangler kunnskap om, og ikke er i stand til å observere barnas behov på grunn av deres psykiske lidelse (Killen, 2013), kan dette resultere i økt belastning blant barna. For å tilpasse seg en uforutsigbar hverdag kan barn av psykisk syke ta ansvar for praktiske og emosjonelle oppgaver i familien (Dam & Hall, 2016; Östman, 2008; Ruud et al. 2015; Kvello, 2015; Maybery, Ling, Szakacs & Reupert, 2005). Dette kalles for parentifisering. Haugland (2006) hevder at parentifisering i de fleste tilfeller er destruktiv. Samtidig mener Trondsen (2012) og Ruud (et al.2015) at det ikke nødvendigvis er negativt for barna å påta seg omsorgsoppgaver.

Trondsen (2012), Ruud (et al. 2015) og Dam og Hall (2016) påpeker at barn av psykisk syke foreldre blir overlatt et større praktisk og emosjonelt ansvar i hjemmet enn det deres alder og utvikling tilsier er akseptabelt. Det kan tenkes at dette ansvaret fører til at barna selv utvikler psykososiale problemer og dermed hemmer utvikling av resiliens. Noen av barna rapporterer at de opplever ansvaret som svært belastende, og føler seg sviktet av foreldrene. (Östman, 2008). Praktiske omsorgsoppgaver, som eksempelvis husarbeid og handling, blir ansett som mindre destruktive enn emosjonelle (Haugland, 2006; Trondsen, 2012). Likevel må ikke de praktiske omsorgsoppgavene være så omfattende at barnet ikke mestrer dem. Den emosjonelle parentifiseringen, som eksempelvis når barnet trøster eller oppmuntrer sine foreldre, er ofte destruktiv fordi oppgavene krever større psykologisk modenhet og overstiger barnets kompetanse og mestringsmuligheter (Bunkholdt & Kvaran, 2015). Belastende emosjonelle oppgaver kan resultere i at barn ikke utvikler trygg tilknytning til sine foreldre som kan føre til at barn utvikler psykiske problemer, lav selvtillit og skyldfølelse. I verste fall kan destruktiv parentifisering resultere i at barnet som voksen forventer å få omsorg fra egne barn og fraskriver seg ansvarsoppgaver (Bunkholdt & Kvaran, 2015; Haugland, 2006).

På den andre siden hevder Trondsen (2012) og Ruud (et al. 2015) at det ikke nødvendigvis er belastende for barnet å påta seg ansvar for omsorgsoppgaver. Parentifisering kan synes å være barnets mestringsstrategi for å håndtere situasjonen (Trondsen, 2012). Dette kan være helsefremmende og styrke resiliensprosesser (Antonovsky, 2012). Oppgavens praktiske art vil imidlertid ha betydning for om de er resiliensfremmende eller ikke. Dersom parentifiseringen er midlertidig og omsorgsoppgavene ikke er omfattende, kan den omtales som adaptiv (Haugland, 2006). Det er likevel viktig å påpeke at adaptiv parentifisering kan utvikle seg til å bli destruktiv. Støtte og anerkjennelse fra en viktig voksen eller annen nær omsorgsperson har betydning for om parentifisering er resiliensfremmende, og at barnas opplevelse av situasjonen er håndterbar og begripelig (Ruud et al. 2015; Antonovsky, 2012). Kunnskap om at parentifisering kan være adaptiv og destruktiv er viktig å ta med seg i arbeidet med familier der en eller begge foreldrene er psykisk syke. I hvilken grad foreldrenes psykiske sykdom påvirker deres fungering i foreldrerollen vil ha betydning for hvilke tiltak som bør iverksettes for å bidra til å fremme resiliens blant barna.

### 5.2.1 Forebyggende arbeid som tiltak for å fremme resiliens

Kvello (2015) hevder at jo tidligere parentifiseringen begynner, desto større konsekvenser kan den få for barnets utvikling. Myndighetene vektlegger viktigheten av å identifisere barna tidlig for å sikre normal utvikling: «Det er et mål å fange opp barn med psykisk syke foreldre tidlig og sette inn tiltak for å hindre at barna selv utvikler problemer» (Helse og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s.103). Gjennom forebyggende tiltak kan sosialarbeideren bidra til at barn skaper og opprettholder et godt samspill med sine foreldre (Kvello, 2015). Dersom sosialarbeideren støtter utvikling av en god relasjon mellom barn og foreldre, kan dette bidra til trygg tilknytning.

Det kan imidlertid stilles spørsmål ved hvorvidt parentifisering faktisk kan forebygges. Selv om sosialarbeidere kan sies å favne vidt, møter de ikke nødvendigvis barna på et tidspunkt som tillater de å iverksette tiltak tidlig. Foreldre, barnehageansatte og lærere er ofte tilstede i barnas liv i større grad enn sosialarbeidere. På systemnivå synes det å være en utfordring at de profesjonelle som er i kontakt med barna kartlegger situasjonen deres for dårlig, og “hviler i troen” på at barnet allerede får hjelp fra andre instanser (Ruud et al.2015). Dette kan føre til at sosialarbeidere ikke kommer i en posisjon hvor de kan hjelpe, før situasjonen blir så bekymringsfull at den omfattes av meldeplikten til barneverntjenesten jf. bvl. §6-4 (1992). I

arbeidet med disse familiene vil et tverrfaglig samarbeid mellom systemene barna delta være viktig. Dette redegjøres for under punkt 5.3.2 Tverrfaglig samarbeid. En annen mulig årsak til at barn av psykisk syke foreldre ikke oppdages, kan være at den psykiske lidelsen ofte anses som en familiehemmelighet. Mange barn opplever også skam knyttet til at foreldrene oppfører seg annerledes (Dam & Hall, 2016; Östman, 2008). At barn skjuler familielivet problematiserer hvordan sosialarbeidere kan oppdage barn som har behov for støtte. Åpenhet om psykisk helse kan bidra til at barn får økt kunnskap om temaet og redusere deres opplevelse av skam og stigma.

### 5.2.2 Circle of Security

I familier der barn påtar seg omsorgsoppgaver i hjemmet, kan foreldretrening være hensiktsmessig. Circle of security (COS) er et eksempel på foreldretrening som kan anvendes for å fremme trygg tilknytning og bidra til utvikling av resiliens. Metoden brukes når barn har utviklet, eller er i risiko for å utvikle tilknytningsproblemer med sine foreldre (Bunkholdt & Kvaran, 2015, ss. 211-212). Sosialarbeideren kan gjennom COS hjelpe foreldre til å forstå hvilke behov barna har og hvordan foreldrene bedre kan møte disse (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019a). Slik forståelse kan bidra til at barn ikke påtar seg et belastende ansvar, gjennom at foreldrene ivaretar sine praktiske og emosjonelle oppgaver overfor barnet (Helsedirektoratet, 2019). COS som metode gir sosialarbeideren mulighet til å påpeke hva foreldrene gjør riktig, og familiens styrker er i fokus. Tiltak som ikke direkte hjelper barnet, men som gir hjelp og støtte til foreldrene kan sies å være systemiske (Klefbeck & Ogden, 2003). Foreldre kan bidra til å fremme resiliens og normal utvikling for sine barn gjennom trygg tilknytning (Borge, 2010, s.134), og COS kan støtte familien i utviklingen av dette. Det er imidlertid viktig at sosialarbeideren forsikrer seg om at den psykisk syke forelder er mottakelig for veiledningen, da deres tilstand vil kunne påvirke effekten av tiltaket (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2019a). Vi anerkjenner derfor at COS ikke nødvendigvis er et hensiktsmessig tiltak for alle familier. Selv om foreldre ønsker det beste for sine barn, og ser deres behov, betyr ikke det nødvendigvis at de klarer å handle deretter jamfør teori om psykisk sykdoms påvirkning av foreldrefungering.



## 5.3 Nettverksarbeid

Forskningsfunn vektlegger betydningen av resiliensfremmende arbeid på flere nivå (Place, Reynolds, Cousins & O'Neill, 2002). Dette innebærer å anvende en økosystemforståelse i arbeidet med barn og deres familier. Denne formen for systemisk praksis er ifølge Solem og Hansen (2017a, s. 181) relevant i alle situasjoner der menneskelige relasjoner er tilstede, og innebærer en helhetsforståelse som fokuserer på interaksjoner og samspill mellom alle nivåene i Bronfenbrenners modell. I denne delen av oppgaven vil vi drøfte hvordan sosialarbeideren kan anvende familieråd og individuell plan for å synliggjøre og styrke ressursene barn har i nettverket sitt.

Resiliensteori trekker fram flere beskyttelsesfaktorer som kan ses i sammenheng med barns uformelle nettverk, som for eksempel en nær relasjon til den friske forelderen og betydningen av tilgang til andre støttende voksne (Kvillo, referert i Borge, 2010). Barn og foreldre oppgir at de får mest hjelp fra de som står dem nærmest, eksempelvis familie, lærer og helsesøster. Flere av våre forskningsfunn (Ruud et al. 2015; Dam & Hall, 2016) viser imidlertid at både foreldre og barn uttrykker et ønske om enda mer hjelp fra nettverket. I arbeidet med disse familiene bør sosialarbeideren derfor utforske hvilke ressurser familien erfarer i økosystemet sitt (Solem & Hansen, 2017a).

### 5.3.1 Familieråd som tiltak for å synliggjøre ressursene i det uformelle nettverket

En nettverksintervensjon som kan være hensiktsmessig i arbeidet med barn av psykisk syke foreldre, er familieråd. Familieråd er et møte der barnet og dets familie tar viktige beslutninger i situasjoner hvor barn har det vanskelig (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2017). I stedet for at profesjonelle tar over arbeidet med situasjonen, oppfordres familien til å kalle sammen nettverket sitt i form av nettverkskontakter de anser som ressurspersoner (Solem & Hansen, 2017b, s. 165). Slik nettverksintervensjon tilrettelegger for hjelp til selvhjelp. Dette er et overordnet mål i sosialt arbeid, og forsøker å motvirke brukeres avhengighet av sosialpolitiske tjenester (Skorstad, 2013, s. 233). Støtte- og hjelpetiltak skal bidra til å ivareta klienters autonomi, og tilrettelegge for at hver enkelt skal klare seg selv. I motsetning til det profesjonelle hjelpeapparatet som ofte er i kontakt med familier over en begrenset periode, kan nettverket være en vedvarende ressurs for barnet.

Ettersom resiliens er en dynamisk prosess vil det være positivt dersom familien klarer å nyttiggjøre seg av ressurser i nettverket, uten bistand fra hjelpeapparatet. Hvis barnet opplever risiko i fremtiden, kan nettverket mobiliseres raskt og virke beskyttende uten involvering fra det offentlige. Dette ivaretar det mildeste inngreps prinsipp.

I familieråd avgjør barnet og familien selv hvem som skal inviteres, noe som ivaretar retten til brukermedvirkning. Målet er at familien skal komme fram til en handlingsplan som kan bedre barnets situasjon (Hansen & Solem, 2017b, s. 165). Psykiske lidelser kan påvirke foreldrefungering (Killèn, 2013). En handlingsplan som inneholder en oversikt over hvem som kan bidra til å ivareta barns omsorgsbehov og hvem barnet kan kontakte i vanskelige situasjoner, kan gi barn økt opplevelse av kontroll og forutsigbarhet, som igjen kan resultere i trygghet (Waaktaar & Christie, 2008). Dersom den ene av foreldrene er frisk, er det nærliggende at denne kompenserer for den syke (Kvelling, 2015). Den friske forelderen har i slike situasjoner en todelt rolle (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). De skal støtte og ivareta barnet, samtidig som de selv er pårørende med egne behov og utfordringer. Dette kan føre til at den friske forelderen opplever å få sin kapasitet redusert (Ruud et al. 2015). I akutte sykdomsfaser eller ved langvarig, alvorlig sykdom kan det være behov for at andre i nettverket bistår. Dette kan bidra til å motvirke parentifisering (Haugland, 2006). Det er likevel viktig å understreke at psykisk sykdom berører familier forskjellig, og at hver familie må vurderes individuelt med tanke på hensiktsmessige tiltak.

Selv om familieråd kan anses som hensiktsmessig i arbeid med barn av psykisk syke, kan det også tenkes at det kan oppstå utfordringer knyttet til å involvere det uformelle nettverket. Psykisk sykdom har stor innvirkning på familielivet. Det kan antas at aktørene i nettverket retter sitt fokus mot å møte den syke med stor grad av ydmykhet, forsiktighet og respekt. I noen tilfeller kan sykdommens store fokus føre til at barn blir glemt i situasjonen. Fokuset på barns behov og hvilke tiltak som må iverksettes for å bedre barnets hverdag er viktig i gjennomførelsen av familierådet (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet., 2019b). Ettersom familieråd som metode i stor grad overlater beslutningene til voksne i barnas nettverk, er det viktig at de voksne har barnas beste som interesse. Dersom aktørene i nettverket ikke realiserer hovedtyngden av tiltakene for barnet, eller videreformidler uheldige situasjoner, vil familierådet kunne ha en tildekkende funksjon. På denne måten kan familierådet i verste fall resultere i at barnets situasjon forverres. Som en løsning på denne type utfordringer, kan det

offentlige sikre seg innsyn gjennom handlingsplanen. Dette kan imidlertid oppleves som umyndiggjørende for nettverket.

### 5.3.2 Tverrfaglig samarbeid ved anvendelse av individuell plan

I arbeid med barn av psykisk syke foreldre kan det være behov for tiltak som mobiliserer det offentlige hjelpeapparatets ressurser. For å oppnå en helhetlig forståelse av barna og deres situasjon, vil det ofte være nødvendig med et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid (Nybø, 2017, s. 234). Helhetssyn på mennesker er en overordnet verdi i sosialt arbeid og er nedfelt i det Yrkesetiske grunnlagsdokumentet (FO, 2015). Dette understreker sosialarbeiderens plikt til å samarbeide med andre fagpersoner som er viktige i barnas liv. Når en forelder er syk, og et barn skal ivaretas, er det viktig at ulike støttefunksjoner rundt familien fungerer. Dersom de ikke gjør det, vil dette oppleves som en stor påkjenning (Ruud et al. 2015). Selv om tverrfaglig samarbeid anses som fordelaktig i arbeidet med disse familiene, viser forskning (Ruud, et al. 2015) at foreldrene ikke er fornøyd med hjelpen de mottar fra offentlige instanser.

En gjennomgående utfordring relatert til tverrfaglig samarbeid er at instansene familiene ønsker mer kontakt med, er de instansene de sjeldnest blir henvist videre til. Dette gjelder spesielt oppfølging fra skole eller barnehage. På den andre siden oppgir foreldrene at det er minst ønskelig med henvisning til barneverntjenesten. Likevel er dette tjenesten barna oftest henvises til (Ruud et al. 2015). Noe av dette kan forklares i yrkesutøveres plikt til å henvise dersom det vurderes at det foreligger alvorlige mangler i omsorgen barnet får (Barnevernloven, 1992, §4). Det er likevel grunn til å stille seg spørrende til om profesjonelle hjelpere utforsker familienes behov for tiltak i andre deler av hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad. For at familien skal motta oppfølgingen de trenger, er det viktig å lytte til deres beskrivelse av problemene og spørre etter forslag til løsninger. I den forbindelse er det viktig at også barneperspektivet blir tilstrekkelig belyst. På denne måten ivaretas også barnets lovfestet rett til medvirkning jf. FNs barnekonvensjon artikkel 12 (Barne- og familiedepartementet, 2003).

Pårørendeveilederen trekker frem viktigheten av tydelige avtaler om samarbeid mellom støttetilbud til barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2019). På mesonivå kan en individuell plan (IP) anvendes som et verktøy for å bedre det tverrfaglige samarbeidet. Dersom en IP

etableres blir samarbeidet formalisert, og aktørene forpliktet til å koordinere tjenestene som samlet skal utgjøre barnets helhetlige hjelpetilbud. Planen bør også inneholde avtaler om hvordan utveksling av informasjon skal foregå (Helsedirektoratet, 2017). På denne måten kan IP bidra til et bedre og mer oversiktlig tverrfaglig samarbeid, og styrke profesjonelle hjelperes handlingskraft. For barnet kan en IP bidra til en opplevelse av forutsigbarhet i en hverdag som gjerne oppleves som kaotisk og ukontrollerbar. Ifølge Antonovsky (2012) kan dette føre til at barnet oppfatter situasjonen som mer begripelig og håndterbar. Dette er med på å legge premissene for å styrke mestringskapasitet, som videre kan fremme resiliens.

Selv om teori tilsier at det i mange tilfeller bør tilstrebes et tverrfaglig samarbeid, viser det seg ofte å være utfordrende i praksis. Et argument som fører til handlingslammelse blant profesjonelle er forestillingen av at det er for tidkrevende. Hensiktsmessig organisering av et samordnet hjelpetilbud vil derimot med stor sannsynlighet være både tids- og ressursbesparende (Nybø, 2017, s. 241). Waaktaar og Christie (2008, s. 69) trekker blant annet fram at mange av barna med psykisk syke foreldre sannsynligvis er registrert i flere deler av hjelpeapparatet. Det er derfor viktig å samarbeide, slik at det kan avklares hvilke tiltak som passer sammen. I verste fall kan et lite koordinert hjelpetilbud resultere i at tiltak motvirker hverandre (Waaktaar & Christie, 2008). Da vil også de reelle endringsmulighetene reduseres, noe som kan føre til at innsatsen fra fagpersoner må opprettholdes over lang tid (Nybø, 2017, s. 241). På sikt er effektiv hjelp for familien sannsynligvis også effektiv og meningsfull bruk av tid for profesjonelle. En annen utfordring i det tverrfaglige arbeidet, kan være prioriteringen av tiltakenes rekkefølge. Dette kan sies å være særlig sentralt i familier hvor både foreldre og barnet har individuelle utfordringer. Skal foreldrene sikres god helsehjelp først, slik at de kan hjelpe barnet sitt? Eller skal hjelp til barnet prioriteres, selv om det å vente med å hjelpe foreldrene kan resultere i at barnets tilbud blir mindre effektivt? De ulike profesjonene kan ha ulike vurderinger av hvilke tiltak som er viktigst for barnet her og nå. Slike dilemma kan skape uenigheter mellom de ulike profesjonene, og videre utgjøre en potensiell konflikt i samarbeidet. I tverrfaglige team bestående av helse- og sosialfaglige profesjoner, kan sosialarbeiderens sosialfaglige kunnskap og kompetanse om helhetsforståelse av mennesker og familier settes opp mot en mer sykdoms- og diagnosefokuset tilnærming.

I hvert enkelt tilfelle er det viktig at den totale belastningen familien utsettes for, ikke er for stor. Det kan oppleves som svært omfattende å skulle motta og nyttiggjøre seg av hjelp fra flere instanser samtidig. I verste fall kan dette resultere i at familiene vegrer seg for å forplikte

seg til individuelle planer med en omfattende koordinering av hjelpetiltak. I den forbindelse er det viktig å huske på at et tverrfaglig samarbeid er et tilbud og ikke en plikt. Sosialarbeideren må hele tiden arbeide i tråd med de yrkesetiske verdiene som respekt for den enkeltes integritet (FO, 2015). I sosialfaglig arbeid anses respekt for individets ønske om kontroll over eget liv, som grunnleggende (FO, 2015). Sosialarbeideren kan dele sin forståelse av situasjonen og problemet, men må anerkjenne at familien vet sine behov best. Dersom barn og foreldre er uenige i behovet for tverrfaglig samarbeid rundt familien, skal sosialarbeiderens lojalitet være hos den mest utsatte parten, som i dette tilfellet er barnet (FO, 2015).

## 6.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å utforske hvordan sosialarbeideren kan bidra til å fremme resiliens blant barn av psykisk syke foreldre. Vi har hatt fokus på å belyse hvilke ressurser og styrker som kan være tilgjengelig blant barn og familier, og hvordan sosialarbeideren kan utnytte disse for å fremme resiliens. For å danne et helhetlig forståelsesgrunnlag har det vært viktig for oss å synliggjøre barn, foreldre og profesjonelle hjelpers opplevelser. Litteraturgjennomgangen viser at barn savner kommunikasjon og informasjon vedrørende foreldrenes psykiske sykdom. Barna uttrykker en hverdag preget av uforutsigbarhet, ansvar, skyld og skam. Funn avdekker at barnas opplevelse av egen situasjon ofte tolkes feil av foreldre og andre i omgivelsene. Dette tilsier at foreldre og profesjonelle har begrenset innsikt i barnas situasjon. Forskningsfunnene understreker også viktigheten av å iverksette tiltak på flere nivå for å fremme resiliens hos barn av psykisk syke foreldre.

Ved å ta utgangspunkt i de presenterte funn har vi utforsket hvordan sosialarbeideren kan handle for å imøtekomme barnas behov. Vi har presentert eksempler på tiltak som kan iverksettes i et forsøk på å fremme de faktorene som antas å være beskyttende i utviklingen av resiliens. Tiltakene fokuserer i stor grad på hvordan barnet, foreldrene og nettverkets ressurser kan styrkes, fremfor å studere hvordan de ulike risikofaktorene kan reduseres. Gjennom arbeidet med oppgaven er vi likevel blitt bevisst det uløselige forholdet mellom risiko og beskyttelse. Det er imidlertid viktig å understreke at det finnes individuelle forskjeller i hvordan barn påvirkes av foreldrenes psykiske lidelse og at disse tiltakene derfor ikke vil være hensiktsmessig for alle barn.

## 7.0 Litteraturliste

- Ager, A. (2013). *Resilience and child well-being- public policy implications*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54 (4), 474-488. DOI: 10.1111/jcpp.12030.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium - den salutogene modellen*. (A.Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barne- og familiedepartementet (2003). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/18931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/18931-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV 1992-07-17-100). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2008). *De usynlige barna. Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*. Hentet fra: [https://www.Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.no/global/Bufetat\\_De\\_usynlige\\_barna\\_2009.pdf](https://www.Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.no/global/Bufetat_De_usynlige_barna_2009.pdf)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2017, 21. november). *Planleggingsfasen*. Hentet fra: [https://bufdir.no/Barnevern/Familierad/Slik\\_gjennomforer\\_du\\_et\\_familierad/Planleggingsfasen/](https://bufdir.no/Barnevern/Familierad/Slik_gjennomforer_du_et_familierad/Planleggingsfasen/)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2019a, 13. februar). *Circle of Security-foreldreveiledningskurs*. Hentet fra [https://Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.no/Familie/Tilbud\\_Regionene/circle\\_of\\_security/](https://Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.no/Familie/Tilbud_Regionene/circle_of_security/)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2019b, 27. juni). *Familieråd - gode løsninger for barnet i slekt og nettverk*. Hentet fra <https://Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.no/familierad/>
- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A. og Dahl, A. A. (2002.) Parenting Related to Child and Parental Psychopathology: A Descriptive Review of the Literature. I: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(4), 529-552). London: SAGE Publications.
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens: Risiko og sunn utvikling* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Borge, A. I. H. (2018). Resiliens: Risiko og sunn utvikling (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Breda, A. D. V. (2018). *A critical review of resilience theory and its relevance for social work*. Department of Social Work, 54 (1), 1-18. DOI: 10.15270/54-1-611.
- Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dam, K., & Hall, E. O. C. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 442-457. doi: 10.1111/scs.12285
- Developing a Resilience Package for Vulnerable Children, Maurice Place, Joanna Reynolds, Anna Cousins & Shelagh O'Neill. *Child and Adolescent Mental Health* Volume 7, No. 4, 2002, pp. 162–167.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra: [https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle\\_forskningsetiske-retningslinjer/](https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle_forskningsetiske-retningslinjer/)
- Eide, S. B. (2013). Plikt eller konsekvens. I S. B. Eide, & B. Skorstad, *Etikk - til refleksjon og handling i sosialt arbeid* (ss. 93-117)(3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg). Oslo: Gyldendal.
- Ellingsen, I., T. & Skjefstad, N., S. (2016). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning I Ellingsen, I.T, Levin, I., Berg, B., Kleppe, L., C. (Red.), *Sosialt arbeid. En grunnbok*. (s.106-107). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen (FO). (2015, Mars). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Hentet fra FO: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735->

- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier (2. utg.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning (FOR-2019-03-15-409). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-409>
- Friborg, O. (2010). Resiliens. Hentet fra: <http://uit-psyk.net/art10/Resiliens.pdf>
- Grunnloven. (1814). Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>
- Hafstad, R. & Øvreeide, H. (1998). *Foreldrefokusert arbeid med barn*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Hafstad, R. & Øvreeide, H. (2011). *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse-og sosialfag – En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hangaas, I. B. (2019, 31.mars) Snakk med barna om sykdom i familien. Hentet fra: <https://helse-nord.no/nyheter/snakk-med-barna-om-sykdom-i-familien?fbclid=IwAR199SHQoroWfD6N9F45zdPcc1dSyF8OUVh9yLfOLK6UobnI5NpyS69ry0>
- Hansen, R., Solem, M.-B., & Nybø, E. (2017). Sosialt arbeid som fag. I R. Hansen, & M.-B. Solem (Red), *Sosialt arbeid. En situert praksis* (ss. 23-45). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugland, B. S. M. (2006). *Barn som omsorgsgivere: adaptiv versus destruktiv parentifisering*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43 (3):211-220. Hentet fra: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=243513&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=243513&a=2)
- Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse I Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (Red). *Barn som pårørende* (s.185-201). Oslo: Abstrakt forlag.



Helsedirektoratet. (2017). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2019, 28. januar) *Pårørendeveileder*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helse og omsorgsdepartementet. (2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. (Meld. St. 34 (2012-2013)) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>.

Heyerdahl-Larsen, J., & Hansen, R. (2017). Forholdet mellom teori og praksis. Kunnskap for en kritisk refleksiv praksis. I R. Hansen, & M.-B. Solem, *Sosialt arbeid. En situert praksis*. (ss. 128-154). Oslo: Gyldendal akademisk.

Hutchinson, G., S. & Oltedal, S. (2017). *Praksisteorier i sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Håkonsen, K.,M, (2017). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Killèn, K. (2013) *Barndommen varer i generasjoner – forebygging er alles ansvar* (3.utg) Oslo: Kommuneforlaget

Klefbeck, J. & Ogden, T. (2003). *Nettverk og økologi: Problemløsende arbeid med barn og unge*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Kvello, Ø. (2008). Barn som blir sett, klarer seg best I Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *De usynlige barna. Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige*. Hentet fra: [https://www.Barne-ungdomsogfamiliedirektoratet.no/global/Bufetat\\_De\\_usynlige\\_barna\\_2009.pdf](https://www.Barne-ungdomsogfamiliedirektoratet.no/global/Bufetat_De_usynlige_barna_2009.pdf)

Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko - skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvello, Ø. (2013). Skjellsettende erfaringer som mobiliserer endringskraft I Johnsen, H. (Red.), *Vekst i det vanskelige. Utsatte barns liv og fortellinger*. (s.113-125). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kvvello, Ø. (2015) Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*. Volume 85, nr. 1, (s. 6–20).
- Maybery, D., Ling, L., Szakacs, E. & Repuert, A. (2005). Children of a parent with a mental illness: perspectives on need. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. Volume 4.
- Myrvoll, L. R., Lund, K. & Kufås, E. (2004). Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. Hentet fra: [https://www.idunn.no/tph/2004/03/foreldre\\_med\\_psykiske\\_problemer\\_om\\_a\\_styrke\\_muligheter\\_for\\_vekst\\_og\\_reducer](https://www.idunn.no/tph/2004/03/foreldre_med_psykiske_problemer_om_a_styrke_muligheter_for_vekst_og_reducer)
- Nybø, E. (2017). Individuelt sosialt arbeid og tverrprofesjonelt samarbeid. I R. Hansen, & M.-B. Solem (Red), *Sosialt arbeid. En situert praksis*. (s. 212-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., (...) & Weimand, B. M. (2015, november). Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie (Helsedirektoratet, rapport, IS-0522). Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerørende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/\\_/attachment/inline/80ae60650af7-4daa-a6b757e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerørende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/_/attachment/inline/80ae60650af7-4daa-a6b757e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf)
- Rutter, M. (2015). Resilience: Concepts, findings and clinical implications. I Thapar, A., Pine, D. S., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J., Taylor, E. (Red), *Rutters Child and adolescent psychiatry* (s. 341-351)(6.utg). Oxford. Wiley Blackwell

- Sandberg, K. (2013). Barns beste og barns medbestemmelse i lys av barnekonvensjonen I Johnsen, H (red). *Vekst i det vanskelige. Utsatte barns liv og historier.* (s. 495-499). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp - Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper.* (4. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skorstad, B. (2013). Velferdssamfunnets verdibasis. I S. B. Eide, & B. Skorstad, *Etikk – til refleksjon og handling i sosialt arbeid* (ss. 226-251)(3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snoek, J. E. (2010). Møtet med “den andre”. Om psykisk helsearbeid i kommunen. Oslo: Akribe.
- Solem, M. (2017). Styrkebaserte perspektiver. I R. Hansen, & M.-B. Solem (Red), *Sosialt arbeid. En situert praksis.* (s. 177-211). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solem, M.-B., & Hansen, R. (2017a). Endringsprosesser i sosialt arbeid. I R. Hansen, & M. B. Solem (Red), *Sosialt arbeid. En situert praksis.* (s. 177-211). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solem, M.-B., & Hansen, R. (2017b). Profesjonelt sosialt arbeid som kunnskapsbasert praksis. I R. Hansen, & M.-B. Solem (Red), *Sosialt arbeid. En situert praksis* (s. 15-21). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solem, M.-B., & Nybø, E. (2017). Overordnede sosial- og velferdspolitiske rammer. I R. Hansen, & M.-B. Solem (Red), *Sosialt arbeid. En situert praksis.* (s. 293-304). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Støren, I. (2013). Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudier. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori - for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget.

- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser. (Rapport 2001:4) Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114pdf.pdf>
- Trondsen, M.V. (2012). Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescent's Experiences and Perspectives. *Qual Health Res*, 22(2), 174-188. doi: 10.1177/1049732311420736.
- Veronika, P. & Ingunn, S. (2019). Barnet i sentrum for barnevernspedagogens yrkesutøvelse I Studsrød, I., Paulsen, V., Kvaran, I. & Melvik K (Red). *Barnevernspedagog. En grunnbok*. (s. 25-36). Oslo: Universitetsforlaget
- Waaktaar, T., & Christie, H. J. (2008). *Styrk sterke sider : håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness- Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 354-359. doi: 10.1080/08039480801960065.