



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSO321-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSO321 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	302
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7991
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	31
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

*Samtaler med barn som lever i familier der en forelder har en psykisk
lidelse*

*Conversations with children living in families where a parent has a
mental disorder*

Kandidatnummer 302.

Antall ord: 7991

Bachelor i Sosialt Arbeid
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
14.05.2021

Jeg 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.

I often miss my dad so much that it hurts, even though he lives with me and I see him almost every day. The problem is that I see the man, but not my father. I see the man who threatens, and screams and yells and fumes with anger, or the man who sits on the sofa and just stares out in space and says that life isn't worth living anymore. That kind of man isn't a father. (Trondsen, 2012, s. 181)

Abstract

The purpose of this bachelor thesis is to shed light on how social workers, through conversation can support children living in families where one of the parents has a mental disorder. It is relevant for the social worker to have knowledge of what experiences the child might have, in order to support them. To shed light on the thesis, the thesis utilised literature studies as method. The main findings is; (1) Children can experience stigmas and shame tied to mental illnesses, (2) Children can have many mixed feelings, (3) Children can experience deficient information, (4) Children can find strategies to cope with everyday life. Studies indicate that children take on large responsibilities at home and try to adapt their own behavior to the parents' state, (5) Children can experience a varying degree of support. To bring attention to how social workers can support through conversation, the findings are matched up against relevant theory. Throughout, the thesis shows how social workers can support children with experiences based on the main finds, through helping the child with creating a meaningful everyday life, sustain the child's dignity and recognise the way the child presents their life. The thesis brings attention to the importance of social workers having knowledge about which experiences the child might have when a parent has a mental disorder, as well as it throughout brings attention to the importance of considering each child individually, as all children will have different needs, in terms of support in conversation with a social worker.

Innhold

1.0 Bakgrunn	6
1.1 Oppgavens oppbygging	6
1.2 Problemstilling – presentasjon og avgrensing	7
1.3 Begrepsavklaring	7
1.4 Sosialfaglig relevans	9
2.0 Metodekapittel.....	9
2.1 Litteratursøk	10
2.1.1 Inklusjonskriterier.....	11
2.2 Kildekritikk.....	11
3.0 Teoridel.....	13
3.1 Pårørendeveilederen.....	14
3.2 Kontekst og barrierer i pårørendesamtalen.....	14
3.3 Prinsipper i pårørendesamtalen.....	15
3.3.1 Mening	15
3.3.2 Verdighet.....	15
3.3.3 Anerkjennelse.....	15
3.4 Foreldre med psykiske lidelser – konsekvenser for barnet	16
3.5 Parentifisering	16
3.6 Stigmatisering av psykiske lidelser	16
3.7 Piaget om kognitiv utvikling hos barn	17
3.8 Sosial nettverksstøtte.....	17
4.0 Forskningsfunn	18
4.1 Barn kan oppleve stigma og skam knyttet til psykiske lidelser.....	18
4.2 Barn kan ha mange følelser.....	19

4.3 Barn kan oppleve mangelfull informasjon	19
4.4 Barn kan finne strategier i hverdagen.....	20
4.5 Barn kan oppleve varierende grad av støtte.....	20
5.0 Drøftingsdel.....	21
5.1 Ufarliggjøre pårørendesamtalen.....	21
5.1.1 Redusere stigma og skam.....	21
5.2 Ivaretagelse av barna – lik rett, ulike behov	22
5.2.1 Behov for ivaretagelse etter barnets alder og situasjonsforståelse	23
5.2.2 Behov for ivaretagelse etter barnets sosiale nettverksstøtte	23
5.2.3 Barriere for ivaretagelse av individuelle støttebehov.....	24
5.3 Samtaler som bidrar til mening.....	25
5.3.1 Informasjon om den psykiske lidelsen – samtaler om forståelse.....	26
5.3.2 Informasjon om pårørendereaksjoner – samtaler om følelser.....	27
5.4 Å se barnet bak pårørenderollen og egne strev – bevare verdighet.....	28
5.5 Anerkjennelse barnet – barnets virkelighet i fokus.....	29
5.5.1 Barriere for anerkjennelse – å ha trang til rettledning	30
5.5.2 Barriere for anerkjennelse – ikke tåle barnets smerte	31
5.5.3 Barriere for anerkjennelse – ikke ta barnets perspektiv.....	32
6.0 Avslutning.....	32
7.0 Litteraturliste.....	34
8.0 Vedlegg 1.....	39

1.0 Bakgrunn

I løpet av de siste tiårene har kunnskapen om risiko og belastninger hos barn som pårørende økt (Haugland et al., 2015, s. 13). Barns hverdagslige fungering kan knyttes til foreldres helse og livssituasjon (Haugland & Havik, 2011, s. 238). Dersom foreldre har psykiske lidelser kan barnet påføres belastende oppvekstvilkår og risiko for negative utfall (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). Omtrent 410 000 barn i Norge vokser opp i familier der minst én av foreldrene har en psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). Med dette utløses en egen pårørendegruppe – barn som pårørende av foreldre med en psykisk lidelse.

Forskning på pårørendegruppen kritiseres for fokus på foreldres og andres perspektiver (Trondsen, 2012, s. 174; Östman, 2008, s. 238). Östman påpeker at barna er en sårbar gruppe som ikke tas tilstrekkelig hensyn til, mens Trondsen understreker viktigheten av å inkludere barns perspektiv i forskningen da barneperspektivet kan forbedre helsevesenet for familier med foreldresykdommer. Kritikken kan knyttes til Ruud (2011, s. 187) sine uttalelser om at voksne i møte med barn som pårørende kan oppleve usikkerhet. På bakgrunn av dette omtaler Ruud pårørendegruppen som «de usynlige barna». Paradoksalt nok foreligger det gjerne fokus på barndommen i behandlingen av mennesker med en psykisk lidelse, men manglende fokus på om pasienten selv har barn, uttaler Ruud (2011, s. 183). Omtalen rundt «de usynlige barna» tydeliggjøres når barndommens betydning vektlegges mest som årsak til voksnes problemer. Jeg undrer over hvordan jeg som sosialarbeider og ansatt på forelderens behandlingsted, kan støtte barna gjennom samtale – «synliggjøre de usynlige barna».

1.1 Oppgavens oppbygging

Denne bacheloroppgaven er delt inn i én del der relevant teori og forskningsfunn presenteres, én drøftingsdel samt en innledning med presentasjon av problemstilling, sosialfaglig relevans og metodekapittel. Avslutningsvis oppsummerer jeg oppgavens hovedpunkter.

1.2 Problemstilling – presentasjon og avgrensning

Temavalget er barn av foreldre med en psykisk lidelse. Jeg vil belyse både barnas opplevelser når en forelder har en psykisk lidelse, og hvordan sosialarbeidere kan møte barn med slike opplevelser. Ut fra ønsket om å styrke kunnskapen om samtaleferdigheter knyttet til barn av foreldre med en psykisk lidelse formulerer jeg problemstillingen;

Hvordan kan sosialarbeidere gjennom samtaler støtte barn som lever i familier der en forelder har en psykisk lidelse?

Kunnskap om barns opplevelser av å leve sammen med en forelder med en psykisk lidelse er sentralt for sosialarbeideren for å være i stand til å gi støtte gjennom samtaler med barna. Jeg har derfor lagt vekt på å innhente denne type kunnskap gjennom relevante forskningsfunn.

1.3 Begrepsavklaring

Sosialarbeideren er i denne sammenhengen ansatt på Distriktpsikiatrisk senter (DPS). DPS er en del av spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne utenfor de sentraliserte sykehusfunksjonene, men organisatorisk og faglig tilknyttet de samme regionale helseforetak (Haugsgjerd et al., 2009, s. 346). Som del av spesialisthelsetjenesten følger DPS spesialisthelsetjenesteloven (1999), der det i §3-7a fremkommer at helseinstitusjoner etter loven skal ha barneansvarlig personell som skal fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige pårørende barn. En hovedoppgave for den barneansvarlige er å fremme barnets interesser. Sentral kunnskap er normale faser i barns utvikling og hvordan informasjon skal gis i forhold til dette, samt konsekvensen av og hvordan barnet kan preges av ulike diagnoser (Helsedirektoratet, 2010, s. 18). Sosialarbeideren kan også i denne sammenheng være ansatt som forelderens behandler. Videre vil sosialarbeidere falle

innenfor kategorien helsepersonell i denne bacheloroppgaven, da helsepersonell brukes i forbindelse med lovverk og pårørendeveilederen (Helsedirektoratet, 2017).

Forelder i denne oppgaven brukes om de barnet bor fast sammen med. Oppgaven tar utgangspunkt i at alle barna over lenger tid har bodd eller nå bor med en forelder med en psykisk lidelse.

Barn som pårørende av foreldre med en psykisk lidelse omhandler kombinasjonen av «barn» og «pårørende». I FNs barnekonvensjon defineres barn som mennesker under 18 år (Forente Nasjoner, 1989, s. 9). Etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-3b) regnes pårørende som «den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren». Barn av foreldre med en psykisk lidelse er i denne sammenheng en gruppe barn som deler det fellestrekket at minst én av foreldrene har en psykisk lidelse.

Psykiske lidelser brukes for å forklare ulike tilstander eller diagnoser. En psykisk lidelse kjennetegnes ved tydelige psykologiske og/eller atferdsmessige endringer. I grove trekk kan psykiske lidelser skape problemer på to nivåer. På det første nivået kan det forårsake mentale avvik som følelsesmessig smerte, forstyrrende tanker og lav selvfølelse. På det andre nivået kan det oppstå ytre, atferdsmessige avvik som medfører vansker i forhold til familie, utdanning og arbeidsliv. Ved alvorlige psykiske lidelser vil begge nivåene være forstyrret (Helgesen, 2021, s. 263).

Andre relevante begreper defineres ved første omtale.

1.4 Sosialfaglig relevans

Bacheloroppgaven belyser sosialarbeiderens møte med barn via samtale. Ifølge Fellesorganisasjonens yrkesetiske grunnlagsdokument er måten sosialarbeideren møter enkeltmennesker avgjørende for hvordan tjenester og hjelp blir utført, forstått og mottatt (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 8). FNs barnekonvensjon (1989), legger til grunn at barnets beste skal gjennomsyre alle beslutninger. For sosialarbeidere som behandler voksne pasienter med psykiske lidelser, innebærer dette at sosialarbeideren ikke bare skal ha fokus på behandlingen av den voksne pasienten, men også ha oppmerksomhet rettet mot barnets eventuelle behov (Snoek, 2010, s. 104).

Sosialarbeidere som jobber i henhold til helsepersonelloven (1999) eller spesialisthelsetjenesteloven (1999) har plikt til å ivareta barn som pårørende. Plikten knyttes til lovendringer fra 2010 i helsepersonelloven (1999, §10a) og spesialisthelsetjenesteloven (1999, 3-7a). Formålet med lovendringen knyttes til risikoen for vansker hos barn når foreldrene har alvorlige helseproblemer. Hjelpeapparatet skal sikre barna tidlig hjelp, og styrke familiers mulighet til å takle sykdomssituasjoner. Dette innebærer blant annet å ivareta barnas behov for informasjon og oppfølging (Haugland et al., 2015, s. 14). Imidlertid finner Ruud et al., (2015, s. 10-11) utilstrekkelig ivaretagelse av barn som pårørende. Helsepersonell peker blant annet på ressursmangel og vegring for å snakke med barn som barrierer for tilstrekkelig ivaretagelse (Ruud et al., 2015, s. 185). Dette underbygger den sosialfaglige relevansen ved å styrke sosialarbeiderens kunnskap om barnas opplevelser samt ferdigheter i å støtte barnet gjennom samtale.

2.0 Metodekapittel

Jeg har valgt å anvende en litteraturstudie med en systematisk tilnærming for å belyse min problemstilling. En litteraturstudie tar utgangspunkt i sekundærdata i stedet for å innhente data gjennom egen forskning, kalt primærdata (Halvorsen, 2002, s. 75). Litteraturstudiens

hensikt er å belyse kunnskapsstatusen på et bestemt felt, eksempelvis opplevelser til barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser, der målet er å få frem det som er gjort, sammenstille teori og forskningsfunn og deretter fastslå hva en vet (Jacobsen, 2010, s. 54). Tilnærmingen fremstiller kunnskap objektivt og skaper bred oversikt og forståelse temaet.

Forsberg og Wengström (2015, s. 25) påpeker muligheten for å tilegne seg ny kunnskap gjennom god tilgang på informasjon og litteratur som litteraturstudiers styrke. Ulempen med litteraturstudier kan være at det i liten grad åpnes opp for egne vinklinger og er basert på forfatterens synspunkter. I tillegg foreligger muligheten for selektiv utvelgelse av artikler, og dermed risikoen for å velge bort artikler som ikke samsvarer med egen oppfattelse eller interesse. Konsekvensen kan være at ulike forskere kommer frem til ulike konklusjoner på grunn av faglig ståsted og egen forforståelse (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

Forutinntatte forventinger er et eksempel på en fallgrube for at oppgaven belyses fra et ensidig perspektiv. Risikoen er en oppgave som belyser et ensidig aspekt av valgt tema som gir feilaktige konklusjoner.

2.1 Litteratursøk

For å finne relevante forskningsartikler og systematisere søk laget jeg inklusjonskriterier og opprettet et dokument for å dokumentere søkene. Jeg brukte både engelske og norske søkeord, eksempelvis: «barn som pårørende», «children perceptions AND experience of living with mental ill parent» og «parents suffering from mental health distress OR mental illness». Jeg benyttet meg av «OR» for å kombinere søkeord og «AND» for å spisse søket. Mine forskningsfunn innhentet jeg gjennom Idunn, Oria, Google Scholar og Helsebibiloteket. Mer om litteratursøk vedlegges (se vedlegg 1).

2.1.1 Inklusjonskriterier

Mine inklusjonskriterier var at forskningsartikkelen (1) er publisert etter år 2001, (2) omhandler barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser, (3) får frem barnets opplevelser gjennom eksempelvis kvalitative studier eller intervjuer, (4) belyser opplevelsene til barn som over tid har bodd med en forelder med en psykisk lidelse, (5) har minimum åtte informanter, samt (6) har vestlig kontekst.

Jeg har opplevd det utfordrende å finne relevante studier knyttet til barnas opplevelser basert på inklusjonskriteriene. Det kan ha sammenheng med barnas alder og myndighet. Mindreårige barn må ha samtykke fra foreldre for å kunne delta i forskning, da foreldre i henhold til barnelova §30 (1981) står som ansvarlige for sine barns velferd og har rett og plikt til å ta avgjørelser på barnets vegne og hva familien vil investere på vegne av forskning. Dette kan medføre at barn på den ene siden ikke ønsker å delta grunnet samtykket eller at foreldre ikke samtykker i at barna skal delta i forskning vedrørende egen psykisk helse.

2.2 Kildekritikk

En fagfellevurdering innebærer at artikkelen er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagfeltet (Dalland, 2012, s. 78). Foruten to forskningsartikler. «Jeg er ikke noe offer for mamma»: Ungdoms søken etter mening og sammenheng i dobbeltrollen som pårørende og BUP-pasient» (Kommisrud et al., 2019), er forskningsartiklene jeg vektlegger fagfellevurdert. Denne er dog en vitenskapelig publikasjon, tilfredsstillende mine inklusjonskriterier og anses relevant for å belyse problemstillingen. Videre har jeg brukt «Barn som pårørende: resultater fra en multistudie» (Ruud et al., 2015). Dette er stor multisenterstudie som er anerkjent på fagfeltet og hovedfinansiert av Helsedirektoratet og Norges forskningsråd. En gjennomgående observasjon er at forfatterne av mine utvalgte forskningsfunn har gjennomført flere anerkjente studier og blir hyppig referert til innenfor fagfeltet.

I forbindelse med norske studier lette jeg i utgangspunktet etter forskning publisert etter 2010 grunnet lovendringene (helsepersonelloven, 1999; spesialisthelsetjenesteloven, 1999), da jeg vurderte barnas opplevelser etter den tid mest aktuell for dagens barn. Likevel har jeg brukt en norsk kontekstuell artikkel «How Children with Parents suffering from Mental Health Distress search for «Normality» and avoid Stigma» (Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009) som belyser barnas opplevelser før lovendringen. Min observasjon er at forskningsfunnene samsvarer i stor grad med forskningsfunn etter lovendringen. Dette kan bunne i at barna som vokser opp etter lovendringen fortsatt er unge, opptil 11 år, og at det finnes lite forskning som kan belyse om lovendringen har medført endringer i barnas opplevelser.

En mulig svakhet ved to av artiklene er en internasjonal kontekst. Jeg har brukt en kanadisk artikkel; «Children`s Perceptions of Living With a Parant With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame» (Mordoch & Hall, 2008) og en svensk artikkel; «Interviews with children of persons with a severe mental illness- Investigating their everyday situation» (Östman, 2008). Svakheten kan knyttes til språklige misforståelser som kan gjøre at jeg mistolker studiens funn, da norsk og engelsk kan legge ulik betydning i lignende begreper. I tillegg kan det antas at andre land vil ha ulike helse- og sosialpolitiske systemer, diskurser og kulturelle tradisjoner. Internasjonale forskningsfunn kan derfor kritiseres for ikke å være representative for norske barn. Likevel vurderer jeg forskningsartiklene relevante, da de har en vestlig kontekst.

En annen mulig svakhet er informantenes alder. I flere av de norske forskningsartiklene er informantene umyndige; «Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents`Experiences and Perspective» (Trondsen, 2012), Kommisrud et al., (2019) og Ruud et al., (2015). Det samme gjelder de to internasjonale artiklene (Mordoch & Hall, 2008; Östman, 2008). I Fjone et al., (2009) er imidlertid informantene tidlig i 20-årene. En svakhet ved denne studien kan være at barnas rapporterte opplevelser ikke samsvarer med det barna i utgangspunktet opplevde, mens en styrke kan være at intervjuobjektene med alderen evner å se mer helhetlig på situasjonen og kommer med reflekterte innspill.

Når studiene baserer seg barnas selvrapporterte opplevelser kan studiens resultater fremstille et feilaktig bilde, dersom barna overdriver, underdriver eller unngår å belyse sentrale opplevelser i hverdagen. I denne sammenhengen belyser Ruud hvordan barn kan preges av lojalitet til foreldrene, familiehemmeligheter og ønsker om ikke å settes i offerrolle. Videre kan barn ved spørsmål om opplevelser la være å belyse ubehagelige aspekter, da visse opplevelser minner dem på triste eller vanskelige hendelser de helst vil fortrenge (2011, s. 43-44). Barn som bor med sine foreldre kan være redde for at deling av opplevelser på hjemmefronten skal få konsekvenser for familielivet (Ruud, 2011, s. 187). Slike faktorer kan påvirke hvilke resultater forskerne finner, ettersom resultatene beror på barnas uttalelser.

Hvilke informanter som har meldt seg og hvilke informanter forskere har etterspurt kan også påvirke resultatene i studiene. Det kan eksempelvis handle om at barn som opplever hverdagen utfordrende assosierer seg mer med pårørenderollen og dermed ønsker å delta i studien eller at forskerne søker spesifikt barn som har belastende opplevelser for å belyse viktigheten av å ivareta barna. Selv om forskningsfunnene synliggjør gjennomgående opplevelser hos barna basert på flere studier, behøver ikke nødvendigvis forskningsfunnene generalisere alle. Dersom studiene mangler sentrale urapporterte opplevelser kan en svakhet ved problemstillingens belysning være et ensidig perspektiv. Forskningsfunnene baserer seg på et fåtall informanter sammenlignet med de 410 000 barna i Norge som vokser opp i familier der en forelder har en psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011, s. 5). Det er derfor viktig å understreke at formålet med innhenting av forskningsfunn ikke er å generalisere barnets opplevelser, men å nyansere til en forståelse sosialarbeideren kan ha med seg i samtalen med barnet.

3.0 Teoridel

Teorien som presenteres brukes som bakteppe for å klargjøre problemstillingens kontekst og som bidrag i drøftingsdelen.

3.1 Pårørendeveilederen

I 2017 utga Helsedirektoratet en pårørendeveileder som omhandler hvordan helse- og omsorgstjenesten kan involvere og støtte pårørende. Pårørendeveilederen beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger til god praksis (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). I forbindelse med barn som pårørende har helsepersonell plikt til å vurdere det enkelte barns behov (Helsedirektoratet, 2017, s. 56). Helsepersonell kan tilby barnet å ta del i samtaler, forutsatt at pasienten samtykker, og at samtalen er til barnets beste (Helsedirektoratet, 2017, s. 54).

3.2 Kontekst og barrierer i pårørendesamtalen

Skau (2013, s. 105) belyser hvordan barn i kontakt med hjelpeapparatet kan havne i en dobbelt avmaktsposisjon. Parten som mottar hjelp vil være i en betingende avmaktsposisjon i forhold til parten som hjelper, mens barn generelt er i en naturgitt avmakt i forhold til voksne. Bergem (2018, s. 232) poengterer at pårørendearbeid ikke skal forveksles med behandling. Pårørendearbeid innebærer ofte møter med friske barn som man ønsker at skal forbli friske. Pårørendesamtalene kan omhandle barnas opplevelser, informasjon og støtte der formålet er å gi barnet størst mulig grad av trygghet i situasjonen (Osen et al., 2019, s. 24).

Det eksisterer tendenser til at både foreldre og helsepersonell kvier seg for å samtale med barna, mens barna imidlertid tåler samtalen godt (Myrvoll et al., 2004, s. 45). Ruud (2011) innleder sin bok «*Hvorfor spurte ingen meg?*» med å dele erfaring ved at fagfolk ofte observerer barnet eller snakker med foreldrene når det skal kartlegges hvordan barn har det – samtalen med barnet finner ikke sted (Ruud, 2011, s. 7). Dette knytter Ruud (2011, s. 8) til voksnes ønske om å skåne barnet for belastninger. Ruud (2011, s. 19-26) belyser tre prinsipper, *mening*, *verdighet* og *anerkjennelse* som viktige momenter i samtaler med barn i utfordrende livssituasjoner. Prinsippene fungerer som en rød tråd i drøftingsdelen.

3.3 Prinsipper i pårørendesamtalen

3.3.1 Mening

Prinsippet om *mening* omhandler at sosialarbeideren skal hjelpe barnet å skape mening gjennom å forstå egne opplevelser. En utfordring for voksne kan være å ta barnets perspektiv, da voksne og barn ofte tenker forskjellig (Ruud, 2011, s. 19-20). Barn som mangler støtte til å skape vanskelige situasjoner meningsfulle, lager ofte egne fantasipregede, belastende meninger. Informasjon trekkes frem som middel for å hjelpe barnet og omskape vanskelige situasjoner meningsfulle. Sosialarbeideren bør tilpasse informasjonen til barnets alder og modenhet og finne en balanse der barnet hverken får for lite eller for mye informasjon (Ruud, 2011, s. 21-22).

3.3.2 Verdighet

Sosialarbeideren skal bidra til at barnet bevarer sin *verdighet*, selv om livssituasjonen er vanskelig (Ruud, 2011, s. 19). Ut fra prinsippet skal ikke sosialarbeideren invitere barnet til å «grave seg ned» i det problematiske, men hjelpe barnet til å unngå at vanskene knyttes til deres selvoppfattelse (Ruud, 2011, s. 23).

3.3.3 Anerkjennelse

Ruud (2011, s. 25) omtaler *anerkjennelse* som en sentral holdning hos sosialarbeideren i tilretteleggelsen for gode samtaler. Anerkjennelse signaliseres eksempelvis gjennom interesse for barnets historie og aksept for måten barnet presenterer seg selv og sin situasjon. Generalisering, fortelle om andre barn, kan inkluderes som et aspekt i en anerkjennende kommunikasjon - barnet kan ta avstand fra det som er vanskelig, slippe innrømmelser og oppleve en følelsesmessig støtte samtidig som generaliseringen bidrar til å utvide barnets kunnskap, viten og erfaring (Ruud, 2011, s. 26).

3.4 Foreldre med psykiske lidelser – konsekvenser for barnet

Barn som får god omsorg og har trygg tilknytning til sine foreldre, kan lettere modnes, utvikles og på egenhånd utforske livet (With, 2004, s. 14). Når foreldre har psykiske lidelser, kan det medføre negative konsekvenser for barnets tilknytningsatferd. Dette kan bunne i forelderens endrede væremåte som medføre usikkerhet og skyldfølelse hos barnet (Snoek, 2010, s. 104). Videre kan forelderens få redusert energinivå, overskudd og evne til å respondere barnet (Rørvik, 2017, s. 187). Utrygg tilknytning kan knyttes til dårlig selvbilde og vansker med å forstå andre mennesker (Baarud, 2012, referert i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 75).

3.5 Parentifisering

Parentifisering betegner barn som inngår i omsorgsroller for sine omsorgspersoner (Kvello, 2015, s. 94). Haugland omtaler destruktiv parentifisering som oppgaver det ut fra barnets alder og modenhet er vanskelig å mestre (2006, s. 214). Destruktiv parentifisering kan påvirke barnets selvbilde, psykiske helse, sosiale utvikling og skolefungeringen på negative måter (Snoek, 2010, s. 122).

3.6 Stigmatisering av psykiske lidelser

Stigmatisering kan forstås som stemplingsprosesser der mennesker grunnet kjennetegn eller egenskaper defineres som avvikere og videre blir forskjellsbehandlet (Schiefløe, 2011, s. 522). Mæland hevder at ulike sykdommer utløser ulik grad av respekt i samfunnet og at mennesker med psykiske lidelser kan oppleve at sykdommen symboliserer deres hovedkjennetegn. Dette kan medføre at andre trekk ved personen trekkes i bakgrunnen av den psykiske lidelsen. Sammenlignet med mennesker med somatiske sykdommer, møter mennesker med psykiske lidelser ofte et sosialt stigma som gjør sykdommen tung å bære (2011, s. 33).

3.7 Piaget om kognitiv utvikling hos barn

For å forstå barns opplevelser når forelderen har psykiske lidelser og hvordan sosialarbeideren kan møte barnet, er det hensiktsmessig med kunnskap om barns kognitive utvikling fra utviklingspsykologien. Ved å beskrive fire stadier belyser Piaget (1896-1980) hvordan hjerneutviklingen hos barn resulterer i at barn i ulike aldre konstruerer sin virkelighet på forskjellige vis (Askland & Sataøen, 2019, s. 179). Piagets siste tre stadier er relevante i denne oppgaven. I det preoperasjonelle stadiet (2-7 år) kan barnet ta innover seg både fortid, nåtid og fremtid på samme tid og lage sammenvevde bilder av virkeligheten (Askland & Sataøen, 2019, s. 185). Barnet har konkrete tanker og er egosentriske – barnet ser seg selv som sentrum av hendelser (Piaget, 2000, referert i Ruud, 2011, s. 66). I det konkret-operasjonelle stadiet (7-11 år) tilnærmer barnet seg en voksens tankegang. Tenkningen blir logisk, fleksibel og annerledes organisert enn tidligere (Askland & Sataøen, 2019, s. 187). I større grad systematiserer barnet erfaringer og tar andres perspektiv (Piaget, 2000, referert i Ruud, 2011, s. 66). I det formaloperasjonelle stadiet (fra 11-årsalderen) øker barnets evne til å tenke abstrakt og løse hypotetiske problemstillinger (Askland & Sataøen, 2019, s. 188). Til tross for tankegang som ligner en voksens, kan barnet ha vansker med å tenke konsekvenser og tenderer til å bli egosentriske (Piaget, 2000, referert i Ruud, 2011, s. 66).

3.8 Sosial nettverksstøtte

Med sosialt nettverk menes familie, venner, naboer og bekjentskaper. Nettverket kan i ulik grad bestå av fortrolige og støttende personer (Helsedirektoratet, 2017, s. 9). Sosiale relasjoner, tilknytning og tilhørighet er av vesentlig betydning for menneskers tilværelse og livssituasjon. Motsatt kan mangel på sosial kontakt og sosial involvering medføre tilpasningsproblemer (Schiefløe, 2011, s. 351). Deltakelse i sosiale nettverk kan ha betydning for tilværelsen ved tilgang på kilder til kunnskap, informasjon og rådgivning (Schiefløe, 2011, s. 352). Sosial nettverksstøtte kan inndeles i tre effekter; (1) direkte effekt ved daglig støtte som bidrar til trivsel, (2) beskyttende effekt som reduserer mulighetene for stress og krise,

samt (3) buffereffekt som utløses ved problemer (Bø, 1993, referert i Schiefloe, 2015, s. 187).

4.0 Forskningsfunn

Etter å ha lest og analysert forskningsfunnene dannet jeg fem temaer knyttet til barnas opplevelser; (1) barn kan oppleve stigma og skam knyttet til psykiske lidelser, (2) barn kan ha mange følelser, (3) barn kan oppleve mangelfull informasjon, (4) barn kan finne strategier i hverdagen og (5) barn kan oppleve varierende grad av støtte.

4.1 Barn kan oppleve stigma og skam knyttet til psykiske lidelser

I did not want to be identified with mom's illness, I admit that's the situation. . . . The shame comes from structures in society and from those mechanisms that come into force, even if you are (cognitively) not ashamed yourself. (Fjone et al., 2009, s. 466)

Barn kunne være bevisste stigmaet knyttet til psykiske lidelser (Kommisrud et al., 2019, s. 89). I forlengelse av familielivet kunne barn anse seg annerledes sammenlignet med samfunnets normer (Fjone et al., 2009, s. 465; Mordoch & Hall, 2008, s. 1138; Östman 2008, s. 357). Den psykiske lidelsen kunne være et skambelagt tema i familien; «My parents tell me to keep it hush-hush» (Mordoch & Hall, 2008, s. 1134). Flere formidlet følelser som forlegenhet, skam, stigma og skyld knyttet til situasjoner der deres foreldre fremsto med avvikende atferd (Fjone et al., 2009, s. 465). Mange hadde behov for å anses «normale» (Fjone et al., 2009, s. 474). I skam og frykt kunne barn investere tid og krefter på inntryksstyring, der målet var å overbevise omgivelsene om at de var «normale» (Fjone et al., 2009, s. 469). Imidlertid kunne barn oppleve annerledesheten som noe positivt, da det gjorde dem interessante (Mordoch & Hall, 2008, s. 1138).

4.2 Barn kan ha mange følelser

«I love my sick parent but wish she was another person» (Östman, 2008, s. 354).

Flere barn viste forståelse og medlidenhet overfor forelderen (Trondsen, 2012, s. 181). Til tross for kjærlige forhold til foreldrene, viste mange barna til vonde følelser (Mordoch & Hall, 2008, s. 1140; Trondsen, 2012, s. 181; Östman, 2008, s. 375). Når barn snakket om det vanskelige i familielivet, var det viktig for flere ikke å fremstille seg selv som offer for forelderen samt bemerke at de var glade i forelderen (Kommisrud et al., 2019, s. 93). Barn kunne oppleve forelderen som berikende bidrag i livet som gikk langt utover den psykiske lidelsen (Mordoch & Hall, 2008, s. 1130). Noen barn formidlet at foreldrene gjorde det beste de kunne og at foreldrenes gode perioder økte motivasjonen til å vedlikeholde relasjonen (Mordoch & Hall, 2008, s. 1132-1133). En følelse av modenhet ble ansett som en positiv konsekvens av familielivet (Östman 2008, s. 375).

4.3 Barn kan oppleve mangelfull informasjon

«Forståelse var viktig for meg da, jeg ville liksom forstå; hvorfor tenker jeg sånn, hvorfor gjør jeg det her, hvorfor er det sånn liksom ...» (Kommisrud et al., 2019, s. 90).

For mange opplevdes familielivet kaotisk (Fjone et al., 2009, s. 465; Mordoch & Hall, 2008, s. 1130; Östman, 2008, s. 357). Forelderens sykdomsutvikling kunne medføre usikkerhet (Ruud et al., 2015, s. 10). Mange knyttet bekymringer og forvirring til manglende forklaringer på foreldrenes atferdsendringer og opplevde mangelfull informasjon og åpenhet innad og utad i familien (Trondsen, 2012, s. 178). Mordoch og Hall (2008, s. 1131) trekker frem kunnskap om forelderens sykdom som middel for å redusere usikkerhet og intense følelser. Dersom barna manglet kunnskap, formulerte de egne, ofte urealistiske, scenarioer.

4.4 Barn kan finne strategier i hverdagen

« My parent does not manage parenting» (Östman, 2008, s. 356).

Ansvar fremkom som mestringsstrategi for flere (Trondsen, 2012, s. 181). Ruud et al., (2015, s. 9) finner at sammenlignet med andre barn, tar barn av foreldre med psykiske lidelser større omsorgsansvar og gjør mer husarbeid. Noen formidlet at de tok ansvar når ingen andre gjorde det og at forelderen ikke klarte å ivareta foreldrefunksjonene (Östman, 2008, s. 356). Barn koblet ansvaret til både mestring og stress (Ruud et al., 2015, s. 106). Noen pekte på modenhet og selvtillit når de mestret ansvarsoppgavene og skyld dersom de ikke mestret ansvaret (Östman, 2008, s. 356). En strategi var dermed å ta ansvar.

Foreldrenes tilstand kunne påvirke barnas tilstand (Mordoch & Hall, 2008, s. 1130). Dersom barn opplevde at foreldrene ikke kunne ivareta stabilitet i familien, utviklet barn strategier for å motvirke kaotiske situasjoner – tilpasset egen atferd etter forelderens tilstand (Mordoch & Hall 2008, s. 1127). Trondsen (2012, s. 181) finner lignende strategi – barna var i alarmmodus og tilpasset seg forelderen. En strategi var dermed å regulere atferden etter forelderens tilstand.

4.5 Barn kan oppleve varierende grad av støtte

«My dad, when he's not his usual self, he's, 'Oh I'm not sick, I'm not sick and then he's just groaning. My mom tells [us] and then we talk to her about what we see» (Mordoch & Hall., 2008, s. 1131).

Som eksemplifisert opplevde noen den friske forelderen støttende (Mordoch & Hall, 2008, s. 1131), samtidig opplevde andre at den friske forelderen ikke kompenserte for den syke (Ruud et al., 2015, s. 97). Enkelte beskrev at den friske forelderen hadde gitt dem skylden for den psykiske lidelsen (Östman, 2008 s. 356). For flere ble venner fremhevet som viktige

støttespillere (Fjone et al., 2009, s. 469; Trondsen, 2012, s. 182). For andre var det å etablere vennskap utfordrende (Mordoch & Hall, 2008, s. 1134).

5.0 Drøftingsdel

Ut fra teori og forskningsfunn skal jeg nå belyse hvordan sosialarbeidere gjennom samtaler kan støtte barn som lever i familier der en forelder har en psykisk lidelse.

5.1 Ufarliggjøre pårørendesamtalen

Pårørendesamtaler kan oppleves ubehagelig for flere parter. Myrvoll et al., (2004, s. 45) og Ruud (2011, s. 187) viser til at sosialarbeideren kan kvie seg for samtalen. Ruud (2011) sitt mål er å ufarliggjøre samtaler med barn i vanskelige situasjoner og eksemplifiserer med at dersom noe går galt er det bedre at sosialarbeideren sier «uff, der sa jeg noe dumt», enn at kommunikasjonen stopper opp (Ruud, 2011, s. 17). Barnet, den andre parten, kan også oppleve usikkerhet for både settingen og personen barnet møter. I tillegg viser forskningsfunn tendenser til generell usikkerhet og bekymring i hverdagen (Ruud et al., 2015, s. 10; Trondsen, 2012, s. 178). Barnet vil også være i en avmaktsposisjon i forhold til sosialarbeideren (Skau, 2013, s. 105).

Etter min oppfatning kan sosialarbeideren ufarliggjøre møtet og forsøke å redusere barnets opplevelse av usikkerhet og avmakt ved å være tydelig og forklare møtets hensikt. Sosialarbeideren kan oppnå dette ved å forklare hvem hun er, hva oppgavene hennes er og å informere om målet for samtalen.

5.1.1 Redusere stigma og skam

Ut fra forskningsfunn (Fjone et al., 2009, s. 465; Mordoch & Hall, 2008, s. 1138; Östman 2008, s. 357) kan hensiktsmessig støtte i samtalen handle om å redusere stigma og skam.

Kommisrud et al., (2019, s. 89) viser til hvordan barn oppfattet mottakere av psykisk helsehjelp som gærninger, mens andre mente folk var redde for mennesker med psykiske lidelser (Östman, 2008, s. 357). I samtalen kan sosialarbeideren informere og generalisere (Ruud, 2011, s. 26). Barnet kjenner kanskje ikke til omfanget av foreldre med psykiske lidelser eller hvor mange barnesamtaler sosialarbeideren har hatt.

Forskningsfunn peker på frykt for å identifiseres med forelderens lidelse (Fjone et al., 2009, s. 466). Dersom barnet opplever seg selv som klient, kan dette medføre opplevelser av skam. Ettersom barnet skal samtale med ansatte på foreldrenes behandlingssted, kan det være hensiktsmessig at det fremkommer tydelig at samtalen ikke skjer grunnet barnets behandlingsbehov – tydelig skille pårørendearbeid og behandling (Bergem, 2018, s. 232; Osen et al., 2019, s. 24). Kunnskap om opplevelser av stigma og skam kan styrke sosialarbeiderens samtaleferdigheter og videre skape trygge rom for at barna kan dele sine opplevelser. For at sosialarbeideren skal kunne redusere opplevelser av stigma og skam gjennom samtalen, forutsetter det at sosialarbeideren er trygg på seg selv og våger å spørre, undre og vurdere sammen med barnet hvilke behov akkurat dette barnet har.

5.2 Ivaretagelse av barna – lik rett, ulike behov

Ivaretagelsen av barn som pårørende er sosialarbeiderens plikt gjennom helsepersonelloven (1999, §10a) og spesialisthelsetjenesteloven (1999, 3-7a). Forskningsfunn peker på kaotiske familieliv (Fjone et al., 2009, s. 465; Mordoch & Hall, 2008, s. 1130; Östman, 2008, s. 357). Det kan være viktig at sosialarbeideren bidrar til at kaoset reduseres slik at barnet ikke sitter igjen med flere ubesvarte spørsmål; «det er ikke min skyld at pappa er syk – men hvorfor og hvem sin skyld er det da?». Det kan være hensiktsmessig at sosialarbeideren i samtalen tar hensyn til individuelle faktorer hos barnet for å gi svar som hjelper barnet til å finne en hensiktsmessig mening.

5.2.1 Behov for ivaretagelse etter barnets alder og situasjonsforståelse

For ivaretagelse av barnets behov for støtte i samtalen kan alderstilpasset kommunikasjon samt type og mengde informasjon være avgjørende (Ruud, 2011, s. 21-22). Informering i forhold til normale faser i barnets utvikling fremheves som viktig kunnskap hos den barneansvarlige på DPS (Helsedirektoratet, 2010, s. 18). En 6-åring og en 13-åring kan ha ulike utgangspunkt for å forstå og ta innover seg ny informasjon (Piaget, 2000, referert i Ruud, 2011, s. 66).

Samtidig kan to jevnaldrende i lignende familiesituasjoner, ha ulike behov. Forskningsfunn viser forskjellige situasjonsforståelser vedrørende annerledeshet. Mordoch og Hall (2008, s. 1138) viser opplevelser av annerledeshet som noe positivt, mens andre barn opplevde det viktig å være «normale» (Fjone et al., 2009, s. 474). På den ene siden kan støtte bety å la barnet snakke om sine positive erfaringer og hvordan det å være annerledes gir livskunnskap og modenhet. På den andre siden kan støtte handle om å snakke om noe vondt og skambelagt.

5.2.2 Behov for ivaretagelse etter barnets sosiale nettverksstøtte

Sosial støtte kan påvirke barnets livssituasjon (Schiefløe, 2011, s. 351), noe som aktualiserer nettverk som samtaletema. Slik kan sosialarbeideren danne seg et bilde av hvorvidt barnet opplever positive nettverkseffekter (Bø, 1993, referert i Schiefløe, 2015, s. 187; Schiefløe, 2011, s. 352). Etablering av vennskap ble beskrevet som utfordrende for noen barn (Mordoch & Hall., 2008, s. 1134). Vennskap kan tenkes avgjørende for trivsel i skole- og fritidssammenhenger. Andre barn opplevde fortrolige vennskap (Fjone et al., 2009, s. 469; Tronsen, 2012, s. 182). Vennskap kan være aktuelt tema i samtalen for å kartlegge støtteeffekten og berøre noe som kan være positivt eller vanskelig for barnet.

Ettersom sosialarbeideren har kjennskap til barnets forelder gjennom DPS, kan sosialarbeideren ut fra relasjonen til forelder ha tanker om barnets støttebehov. Forelderens tilstand kan være et viktig vurderingsmoment, men forskningsfunn belyser vurderingen av støtten fra den friske forelder som betydningsfullt (Mordoch & Hall., 2008, s. 1131; Östman, 2008 s. 356). Mordoch og Hall beskriver barn som opplever den friske forelder som kompenserende, da forelder ved kaotiske situasjoner tok seg tid til å prate med barnet om det de hadde sett og opplevd. Östman viser imidlertid til barn som har opplevd at den friske forelder ga dem skylden for den psykiske lidelsen. Til tross for lignende eksponering for den psykiske lidelsen, begge har eksempelvis opplevd forelderens sinne, kan barn ha ulike forståelsesgrunnlag og behov i samtalen med sosialarbeideren grunnet varierende støtte fra en trygg voksen. Hva slags støtte barnet får fra familien kan derfor være hensiktsmessig å kartlegge for å tilpasse samtalen til barnets behov. For å individuelt tilpasse støtten kan det derfor være relevant å snakke om relasjoner barnet inngår i.

5.2.3 Barriere for ivaretagelse av individuelle støttebehov

Pårørendeveilederen omtaler etablering av tillit som en forutsetning for gode samtaler med barnet (Helsedirektoratet, 2017, s. 66). Ettersom pårørendesamtalen dreier seg om forebygging, og arbeidet med foreldrene dreier seg om behandling, kan det oppstå situasjoner der barnets behov blir tilsidesatt grunnet foreldrenes påtrengende hjelpebehov (Snoek, 2010, s. 103). Foreldrene er kanskje i kortvarige behandling hos DPS og tiden til å bygge relasjon med barnet er knapp. Helsepersonell rapporterer ressurser i form av tid og prioritering som årsaker til utilstrekkelig ivaretagelse av barn som pårørende (Ruud et al., 2015, s. 185). Relasjonen kan påvirke støtteeffekten barnet får gjennom samtalen. Dersom det blir vanskelig å støtte barnet gjennom samtalen med sosialarbeideren, kan det derfor være relevant å vurdere om barnet kan ha behov for annen støtte eller oppfølging.

Etter mitt syn kan det på den ene siden fremstå klart at barnet har rett til å bli ivaretatt (Helsepersonelloven, 1999, §10a; Spesialisthelsetjenesten 1999, §3-7a), mens det på den

andre siden kan oppleves lite definert *hvordan* sosialarbeideren skal ivareta barnet. Dette aktualiserer pårørendeveilederens bemerkning om at ivaretagelsen handler om å vurdere barnets individuelle situasjon (Helsedirektoratet, 2017, s. 56). Det kan være vesentlig at sosialarbeideren kartlegger barnets støttebehov i form av informasjon og oppfølging. Videre kan det være avgjørende at sosialarbeideren opptrer slik i samtalen at barnet føler seg sett og anerkjent.

5.3 Samtaler som bidrar til mening

Pårørendeveilederen belyser viktigheten av at sosialarbeideren gjennom samtalen bidrar med støtte i form av å gi barnet tilstrekkelig informasjon (Helsedirektoratet, 2017, s. 69). Å gi informasjon samsvarer med barnas egne ønsker (Kommisrud et al., 2019, s. 90; Mordoch & Hall, 2008, s. 1131; Ruud et al., 2015, s. 9; Trondsen, 2012, s. 178). Ruud hevder at barn bruker mye krefter på å forstå egen livssituasjon og at sosialarbeideren gjennom tilstrekkelig informering kan bidra til hensiktsmessige forståelser – skape mening (2011, s. 19-20).

Forskningsfunn viser at barn er i alarmmodus, overvåker og tilpasser seg foreldrene (Mordoch & Hall, 2008, s. 1127; Trondsen, 2012, s. 181). Dersom barnet forstår egen atferd som regulerende for foreldrenes tilstand, kan det å kontrollere forelderens oppleves hensiktsmessig. Mens barna kan forstå egen atferd avgjørende for forelderens tilstand, kan voksne anse psykiske lidelser som komplekse faktorer i personens sinn. Ettersom voksne og barn forstår situasjoner ulikt, kan det være viktig at sosialarbeideren søker informasjon om barnets perspektiv (Ruud, 2011, s. 20).

I utgangspunktet kan barn fremstå modent og rolig utad i samtalen, til tross for en utfordrende familiesituasjon. Med kunnskap om at barn kan skjule uro og frykt for foreldres reaksjon, dersom de ikke lever opp til foreldrenes forventninger, kan sosialarbeideren møte barnet med informasjon og støtte som videre kan motvirke destruktive tanker og strategier.

I denne sammenhengen kan både informasjon om forelderens og egen situasjon være aktuelt.

5.3.1 Informasjon om den psykiske lidelsen – samtaler om forståelse

Pårørendeveilederen (2017, s. 56) anbefaler sosialarbeideren å informere om forelderens sykdomsårsak og symptomforklaring. Trondsen siterer et barn som opplever faren fysisk til stede, men at mannen som ligger på sofaen og sier livet ikke er verdt å leve, ikke er som en far (2012, s. 181). Barnet kan ha ulike årsaksforklaringer på farens tilstand; «pappa ligger på sofaen, fordi han har en sykdom som heter depresjon», eller «pappa ligger på sofaen og føler livet ikke er verdt å leve, fordi jeg ikke er snill nok». Sistnevnte årsaksforklaring kan tenkes å medføre strategiene ved å tilpasse seg forelderens tilstand for å regulere forelderens tilstand (Mordoch & Hall, 2008, s. 1127; Trondsen, 2012, s. 181).

Når sosialarbeideren skal hjelpe barn til å se hensiktsmessige årsakssammenhenger knyttet til forelderens psykiske lidelse, er det etter min oppfatning viktig å alderstilpasse informasjonen. Ruud kobler viktigheten til at yngre barn kan være egosentriske og ha mindre evne til å skille fantasi fra virkelighet (2011, s. 67). Forskningsfunn bekrefter tendensen til fantasiforklaringer (Mordoch & Hall, 2008, s. 1131). Mangel på informasjon kan derfor bety økt risiko for fantasipregede årsaksforklaringer. I samtalen med barnet kan sosialarbeideren med fordel være observant på hvilke forståelser barnet signaliserer knyttet til den psykiske lidelsen og hva barnet anser som hensiktsmessige strategier i hverdagen. I forbindelse med forelderens psykiske lidelse kan konkret, tilpasset informasjon være fruktbart for å redusere destruktive tanke- og handlingsmønstre hos barna - far vil kanskje fortsatt ligge på sofaen og oppleve livet meningsløst, selv om barnet rydder, smiler og er stille.

Når sosialarbeideren skal hjelpe barnet til en hensiktsmessig forståelse, kan barn ha ulike startgrunnlag. Hvilken mening barn har dannet seg, kan være vanskelig å avdekke uten samtaler. Videre kan det være hensiktsmessig å vende fokuset mot barnets reaksjoner på

det som skjer på hjemmefronten, ettersom foreldres helse og livssituasjon påvirker barnet (Haugland & Havik, 2011, s. 238).

5.3.2 Informasjon om pårørendereaksjoner – samtaler om følelser

Barn uttalte behov for forståelse for egne tanker og handlinger samt hjelp til å se sammenhenger mellom egen fungering og forelderens tilstand (Kommisrud et al., 2019, s. 90). Pårørendeveilederen omtaler informering om naturlige pårørendereaksjoner som anbefalt tema i samtalen (Helsedirektoratet, 2017, s. 56). Ambivalente følelser nevnes som naturlig reaksjon i pårørendeveilederen (Helsedirektoratet, 2017, s. 66). Slik informasjon kan eksempelvis være relevant for barnet Östman (2008, s. 354) siterer som elsker sin syke forelder, men skulle ønske forelderens var en annen person. Slik jeg ser det kan støtte i samtalen innebære tilrettelegging for å snakke om mulige ambivalente følelser.

Sosialarbeideren kan eksempelvis si; «det er helt vanlig at barn er både glade i foreldrene, samtidig som de kan være lei seg og sint på grunn av noe forelderens sier eller gjør. Har du opplevd dette?». På denne måten skaper sosialarbeideren, gjennom generalisering, et trygt rom for å snakke om følelser.

Forskningsfunn belyser at barn kan ta store ansvarsoppgaver hjemme (Ruud et al., 2015, s. 106; Trondsen, 2012, s. 181; Östman, 2008, s. 356). Barn tolker kanskje handlinger som dårlige dersom handlingen gagnar dem selv. Forskningsfunnene kan knyttes til teorien om og konsekvensen av destruktiv parentifisering – barna inngår i krevende omsorgsroller for sine foreldre (Haugland, 2006, s. 214; Snoek, 2010, s. 122). Mange barn prioriterer kanskje foreldrenes behov før egne. Pårørendeveilederen anbefaler sosialarbeideren å informere om at det er lov å ha det gøy, selv om det er vanskelig hjemme (Helsedirektoratet, 2017, s. 56). På den måten aktualiseres informasjon om at det ikke er barnets oppgave å gjøre forelderens frisk, og at barn på lik linje med andre barn skal delta på fritidsaktiviteter – vanskelige familiesituasjoner skal ikke gjøre glede til uakseptable følelser.

Imidlertid kan for mye informasjon være belastende, bidra til skyldfølelse, frykt og skam. Til tross for at forskningsfunn peker på ønsket om informasjon (Ruud et al., 2015, s. 9; Trondsen, 2012, s. 178; Mordoch & Hall, 2008, s. 1131), og at mange utfører store ansvarsoppgaver (Ruud et al., 2015, s. 9; Trondsen, 2012, s. 181; Östman, 2008, s. 356), behøver ikke dette generaliseres til alle barn. Dersom sosialarbeideren eksempelvis prøver å generalisere og motvirke skyldfølelse i forbindelse med barn som blir parentifisert, kan det virke mot sin hensikt; «mange barn som tar mye ansvar hjemme kan få dårlig samvittighet av å være mye borte. Tenker du noen gang på det eller synes du det er greit å være borte?». Slik forteller sosialarbeideren at andre barn tar ansvar, og barnet kan oppleve at dette er noe det må. Barnet pleier kanskje være mye med venner, men kan få dårlig samvittighet for ikke å prioritere familien og føler seg egoistisk som ikke har hatt dårlig samvittighet. Slik kan barn grunnet informasjon igangsette destruktive strategier og tanker. Dette understreker viktigheten av å være føre var når informasjon gis til barnet.

Noen barn trenger kanskje ikke informasjonen om hvordan det normalt kan oppleves å være pårørende. For andre barn som opplever å stå alene i intense følelser, kan informasjonen være fruktbar. Sosialarbeideren bør være bevisst at informasjon både kan motvirke og forårsake destruktive strategier og tanker. For mye informasjon om den psykiske lidelsen kan eksempelvis medføre frykt barnet tidligere ikke hadde. For å støtte barnet i samtalen kan et mål være å finne balansen Ruud belyser (2011, s. 22). Uavhengig barnets behov for støtte basert på alder, situasjonsforståelse og nettverksstøtte, kan det være viktig at sosialarbeideren ikke kun støtter barnet vedrørende det vanskelig. Støtte gjennom samtalen kan også dreie seg om et positivt fokus.

5.4 Å se barnet bak pårønderollen og egne strev – bevare verdighet

Forskningsfunn belyser at barn kan oppleve hverdagen belastende, eksempelvis ved å føle seg annerledes enn jevnaldrende (Fjone et al., 2009, s. 465; Mordoch & Hall, 2008, s. 1138; Östman 2008, s. 357). Til tross for at barnets livssituasjon kan oppfattes utfordrende,

fremhever Ruud (2011, s. 19) at sosialarbeideren skal samtale med barnet på en måte som bevarer barnets verdighet. Flere barn formidler ønsker om å fremstå «normale» (Fjone et al., 2009, s. 474). Det kan derfor være viktig at sosialarbeideren ikke forsterker opplevelsen av å være annerledes ved å bekrefte at barnet og situasjonen er unormal. Dette kan kobles til at barn ofte ikke ønsker å havne i offerroller (Ruud, 2011, s. 22).

Et positivt fokus er en samtalestrategi som kan bevare barnets verdighet Ruud (2011, s. 23). Sosialarbeideren kan eksempelvis spørre barnet hva det tenker om egen erfaring og hvordan erfaringen kan komme til nytte senere i livet. Med utgangspunkt i forskningsfunn kan mestringsmomentene være barnas evne til å ta ansvar (Ruud et al., 2015, s. 106) eller barnas modenhet (Östman, 2008, s. 356). Ruud (2011, s. 23) viser til at dersom belastende hendelser omtales som noe som gir erfaring, kan dette medføre at barnets rygg rettes opp. Det kan motvirke barnets opplevelse av å være et offer for en belastende omsorgssituasjon og unødvendig knytte det vanskelige til egen identitet.

Hvorvidt barnet får den oppreiste ryggen, kan avhenge av sosialarbeiderens holdninger og forståelse for at støtte gjennom samtaler ikke ensidig handler om å snakke om belastninger. Sosialarbeideren kan eksempelvis signalisere synet på barnet som et friskt barn som reagerer normalt i en unormal situasjon og videre søke etter og bekrefte barnets positive tanker om seg selv. Å strebe etter barnets virkelighetsforståelse kan da være essensielt.

5.5 Anerkjennelse barnet – barnets virkelighet i fokus

Ruud (2011, s. 25) omtaler anerkjennelse som en holdning sosialarbeideren har, fremfor handlinger sosialarbeideren gjør. Sosialarbeideren bør ifølge pårørendeveilederen ta barnet på alvor, lytte aktivt og undersøke hva bekymringene handler om (Helsedirektoratet, 2017, s. 69). Mens barnets rolle er å prate fritt og spontant om egne erfaringer, handler

sosialarbeiderrollen om å forsikre seg om at barnets perspektiv er dominerende i samtalen (Helsedirektoratet, 2017, s. 66).

Forskningsfunn (Fjone et al., 2009, s. 465; Mordoch & Hall, 2008, s. 1138; Östman 2008, s. 357) peker på opplevelser av annerledeshet som kan knyttes til skam. Dersom barnet deler opplevelsen i samtalen, kan sosialarbeideren støtte barnet ved å anerkjenne opplevelsen; «jeg forstår deg slik at du tenker at de andre barna ikke vil være sammen med deg hvis de får vite at faren din har en sykdom som heter bipolar lidelse». Slik anerkjennes barnets frustrasjon over å være annerledes og at det å være annerledes kan bety at «vanlige» barn kanskje ikke vil være med dem. En annen måte sosialarbeideren kan anerkjenne barnet er å vise interesse og ta barnet på alvor. Ruud (2011, s. 41) eksemplifiserer; «vent litt, så skal jeg hente papir og blyant, for det du forteller meg nå, høres viktig ut og jeg vil gjerne å få med meg alt». Slik signaliserer sosialarbeideren at oppmerksomheten er rettet mot barnets historie og at det barnet sier er verdt å notere, samt at sosialarbeideren har tid til å høre på alt barnet har å fortelle og ikke ønsker å glemme det.

Flere barrierer kan oppstå som medfører at barnet gjennom samtalen ikke opplever seg anerkjent. For å motvirke at barrierene kan kunnskap om hvordan de kan fremkomme være relevant for sosialarbeideren. Eksempelvis kan sosialarbeideren reagerer raskt med avkrefning, fremfor nysgjerrighet dersom barn trekker frem årsakssammenhenger sosialarbeideren anser særlig destruktive for barnet, eksempelvis opplevelser av skyld.

5.5.1 Barriere for anerkjennelse – å ha trang til rettledning

I Östman (2008 s. 356) fremkommer det opplevelser av skyld i forbindelse med at en frisk forelder ga barnet skylden for den andre forelderens psykiske lidelse. Ruud (2011, s. 39) fremhever at når barn opplever skyldfølelse, skal sosialarbeideren først bruke tid på å møte barnet slik barnet forstår egen situasjon, for så å støtte og veilede barnet mot en mer hensiktsmessig tankegang. Sosialarbeideren kan eksempelvis spørre; «så du tenker at det er

din skyld at mamma har en dårlig periode, fordi du ikke ryddet opp før hun kom hjem?». En fallgrube kan være å møte barnet med; «Det å tenke mamma er syk på grunn av deg er feil, og en tankegang du bør slutte å ha». Med slike utsagn kan kommunikasjonen stoppe. Barnet trekker seg kanskje tilbake og føler ikke at egne opplevelser anerkjennes som gyldige.

Slik jeg ser det kan barn ha behov for støtte utover det å få beskjed om å tenke annerledes. Barnet trenger kanskje å bli møtt med forståelse for følelsene her og nå, fremfor å bli fortalt at tankene må forandres. I forbindelse med barnets opplevelse av skyld er barnets behov kanskje ikke kun endring av destruktive tankeganger, men også behov for at vonde følelser blir mottatt, forstått og akseptert. Når sosialarbeideren setter fokuset på barnets opplevelser her og nå kan dette knyttes til pårørendeveilederens (Helsedirektoratet, 2017, s. 66) anbefaling om å la barnets perspektiv dominere i samtalen. Slik støtte starter kanskje med å anerkjenne opplevelsen barnet presenterer. Videre kan sosialarbeideren undersøke hva det vil si for barnet å være sykdomsårsak til egen forelder; «jeg hører du sier du ønsker å gjøre mamma frisk, og da kan jeg tenke meg det ikke er godt for deg når pappa sier sykdommen er din feil. På hvilken måte tenker du at du har gjort moren din syk?». Imidlertid kan det umiddelbart for sosialarbeideren oppleves naturlig å fraskrive barna skyld. Sosialarbeideren kan oppleve at barna mistolker situasjonen – «det er aldri barnets feil!».

5.5.2 Barriere for anerkjennelse – ikke tåle barnets smerte

Dersom sosialarbeideren ved første mulighet avkrefter barnas oppfatninger av seg selv som «skyldig», kan det bunne i sosialarbeiderens «hjelpesyndrom» - ønsket om å redde barnet fra destruktive tanker. Ruud (2011, s. 38) belyser at en årsak til at voksne kan kvie seg for samtaler med barnet er at en samtale ikke kan fjerne barnets smerte. Dette kan knyttes til hjelperens behov for å løse problemer – fjerne skyldfølelsen hos barnet umiddelbart. Likevel belyser Ruud at en vesentlig del av kommunikasjonen kan være å dele smerten med barnet uten å handle eller fjerne det vonde der og da (2011, s. 38). Avkreftingen av barnets oppfatninger skjer med god intensjon og kan bunne i umiddelbare impulser, men det kan

avgrense barnets opplevelse til noe som bunner i barna selv og individualisere problemet – *du* tenker feil eller *du* tolker feil.

5.5.3 Barriere for anerkjennelse – ikke ta barnets perspektiv

Både pårørendeveilederen (Helsedirektoratet, 2017, s. 66) og Ruud (2011, s. 25) understreker viktigheten at sosialarbeideren tar barnets perspektiv. Det kan tenkes at det i samtaler kan oppstå situasjoner der sosialarbeideren som voksen, ser situasjonen ulikt fra barnet (Ruud, 2011, s. 20). Forskningsfunn viser investering av tid og energi på å opprettholde relasjonen til foreldrene og at motivasjonen særlig vekkes i foreldrenes gode perioder (Mordoch & Hall, 2008, s. 1132-33). Det kan tenkes at barna opplever håp i «lysglimt» der foreldrene møter dem på en tilfredsstillende måte. Det å formidle at måten barnet handler på er «feil» kan motvirke barnets opplevelse av å bli anerkjent. Det kan tankes at barnet som lever i familien med forelderen med den psykiske lidelsen har et annet perspektiv på familielivet enn en utenforstående. Forskningsfunn (Mordoch & Hall, 2008, s. 1130) viser at barn så på foreldrene sine som mer enn lidelsen. Andre opplevde ikke seg selv som offer for foreldrene selv om situasjonen var vanskelig (Kommisrud et al., 2019, s. 93). Å anerkjenne slike opplevelser som viktige aspekter i vurderingen av barnets situasjon og behov kan være viktig.

6.0 Avslutning

Denne bacheloroppgaven har belyst hvordan sosialarbeidere som ansatt i DPS kan støtte barn gjennom samtale når en forelder har en psykisk lidelse. Gjennom kunnskap om barnets opplevelser kan sosialarbeideren støtte barnet i samtalen ved å hjelpe barnet med å skape situasjonen meningsfull, bevare barnets verdighet og anerkjenne måten barnet fremstiller seg selv og sin situasjon. Til tross for at forskningsfunnene baseres på et fåtall informanter sammenlignet med antall barn som lever i familier der en forelder som har en psykisk lidelse, fremhever oppgaven viktigheten av individuelle vurderinger av barnas støttebehov i samtalen. Kompleksiteten oppgaven belyser i forbindelse med behovet for støtte, kan

tenkes praktisk overførbart. Med kunnskap og ferdigheter i forbindelse med å samtale med barn av foreldre med psykiske lidelser, kan det tenkes at sosialarbeidere i voksenpsykiatrien reduserer egen vegring som videre kan motvirke tendenser til at pårørendegruppen forblir omtalt som «de usynlige barna».

7.0 Litteraturliste

- Askland, L., & Sataøen, S. O. (2019). *Utviklingspsykologiske perspektiver på barns oppvekst* (4. utg.). Gyldendal.
- Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Bergem, A. K. (2018). *Når barn er pårørende*. Gyldendal.
- Bunkholdt, V., & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Gyldendal.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fjone, H, H., Ytterhus, B., & Almvik, A. (2009). How Children with parents suffering from mental health distress search for “normality” and avoid stigma. To be or not to be ... is not the question. *Childhood*, 16(4), 461–477. <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/10.1177/0907568209343743>
- Forente nasjoner (1989). *FNs konvensjon om barns rettigheter*: Vedtatt av De Forente nasjoner 20. november 1989: Ratifisert av Norge 8. januar 1991 (Rev. oms. Mars 2003 med tilleggsprotokoller). Barne- og familiedepartementet. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdf/v/178_931-
- Fellesorganisasjonen. (2019). Yrkesetisk grunnlagsdokument: For barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Hentet fra:
<https://www.fo.no/yrkesetikk/fo-yrkesetisk-grunnlagsdokument-2019-2023-article6951-1346.html?fbclid=IwAR3kgu1X0aRgVOZiLq0EfX8-0OBmtuldpTsBFP5JPfB3dHOdS09TF75hGtK>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *At göra systematiska litteraturstudier: värdering analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur och Kultur Akademisk.

- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag - En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utg.). Cappelen Akademisk Forlag.
- 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
- Haugland, B. S. M., Trondsen, M. V., Gjesdahl, S., & Bugge, K. E. (2015). På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. I B. S. M. Haugland., K. E. Bugge., M. Trondsen., & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke - På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s.13-23). Fagbokforlaget.
- Haugland, S., & Havik T. (2011). Foreldre, barn og ungdom. I J.G. Mæland, K. Haug, G. Høyer & S. Krokstad (Red.), *Sosialmedisin* (2. utg.) (s. 238-256) Gyldendal.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykiske lidelser: å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. (IS-5/2010) [Rundskriv]. Helsedirektoratet. https://afasi.no/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Rundskriv_barn-som-parorende.pdf
- Helsedirektoratet. (2017, 28. januar). Pårørendeveileder. Hentet 01.01.2021 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helgesen, L. A. (2021). *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi* (4. utg.). Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Høyskoleforlaget.

- Kommisrud, K., Söderström, K., Halsaa, L., & Hasla, A. (2019). «Jeg er ikke noe offer for mamma»: ungdoms søken etter mening og sammenheng i dobbeltrollen som pårørende og BUP-pasient. *Fokus på familien*, 2 (47), 82-101. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-02-02>
- Kvelling, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.) Gyldedal.
- Mordoch, E., & Hall, W. A. (2008). Children's Perceptions of Living With a Parent With a Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1227-1144. DIO: 10.1177/1049732308320775 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18650567/>
- Myrvoll, L., Lund, K., & Kufås, E. (2004). Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(3), 35-48. <https://www.idunn.no/tph/2004/03>
- Mæland, J. G. (2011). Sykdom og helse i et sosialmedisinsk perspektiv. I J.G. Mæland, K. Haug, G. Høyer & S. Krokstad (Red.), *Sosialmedisin* (2. utg.) (s. 27-42). Gyldedal akademisk.
- Osen, N. L., Relling, M., Overvik, M., & Glørstad, T. (2019). *Barne- og familiesamtaler når barn er pårørende: en praktisk håndbok for helsepersonell*. KF.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Gyldendal.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E. & Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. (IS-0522). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-parorende-resultater-fra-fra-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93>

2

0Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/_/attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-

57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacdd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%

C

3%A5r%C3%B8rende%20%E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenter studie.pdf

Rørvik, A. (2017). Barn i skyggen av foreldrenes vansker - utfordringer for hjelperne. *Fokus på familien*, 45, 86-204. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2017-03-03>

Schiefloe, P. M. (2015). *Sosiale landskap og sosial kapital. Nettverk og nettverksforskning*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

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

Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp – Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4.utg.). Universitetsforlaget.

Snoek, J, E. (2010). *Møtet med «den andre»: om psykisk helsearbeid i kommunen*. Akribe.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Torvik, F., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser*. (Rapport nr. 2011:4). Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidel/>

Trondsen, M. (2012). Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives. *Qualitative Health Research*, 22(2) 174–188. DOI: 10.1177/1049732311420736

With, M, L. (2004). *Viktors verden deler seg: om barn og skilsmisse*. Damm.

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

8.0 Vedlegg 1

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
Oria	20.03.21	Parents suffering from mental health distress OR mental illness	974 575	Fjone et al., (2009) “How Children with parents suffering from mental health distress search for “normality” and avoid stigma. To be or not to be ... is not the question”
Idunn	20.03.21	Living with a mentally ill parent»	9	Kommisrud et al., (2019) «Jeg er ikke noe offer for mamma»: ungdoms søken etter mening og sammenheng i dobbeltrollen som pårørende og BUP-pasient»
Helsebibiloteket	05.04 21	Barn som pårørende	211	Ruud et al., (2015) «Barn som pårørende: Resultater fra et multisenterstudie»

Google Scholar	05.04.21	Children Perceptions AND experience of Living With mental ill parent	729 000	Mordoch & Hall (2008) «Children`s Perceptions of Living With a Parant With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame»
Oria	06.04.21	Interviews with children of mental illness parent	149 296	Östman (2008) “Interviews with children of persons with a severe mental illness- Investigating their everyday situation»
Oria	15.04.21	Living with a mentally ill parent children experience	40 392	Trondsen (2012) Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents`Experiences and Perspeptive»