



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Hvilke beskyttelsesfaktorer kan fremme god utvikling hos barn av schizofrene foreldre?

What protection factors can promote positive development with children of schizophrenic parents?

Bachelor i vernepleie

BSV5-300

Avdeling for samfunnsfag/Institutt for barnevern, sosialt arbeid og vernepleie

26.06.2017 kl. 14.00

8681 ord

KANDIDATNUMMER 147

Christina Kallekleiv

Veileder: Brit Marie Follevåg

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

The objective of this thesis is to examine which protection factors can promote development with children of schizophrenic parents. It is a literary study based on relevant literature and research, found by using recognized search engines such as Google Scholar and Oria. Five research articles have been used as a basis for answering the issue of the thesis. These have been critically assessed. The research articles consist mainly of qualitative studies. When a family is affected by psychological illness, it will affect the whole family. Research shows that children of psychologically ill parents have an increased risk of developing a psychological disorder of their own. Knowledge about which factors are relevant for a positive development with at-risk children can be very useful for health personnel who are in a unique position to help. Children want more information about their parent's illness, and have the need to feel included and safeguarded. Health personnel have a responsibility of facilitating this. In the discussion chapter two protection factors are emphasized as highly important for the child's positive development. These are: the need for information and a supportive network.

Innhold

1.0 Innledning	4
1.1 Problemstilling.....	4
1.1.1 Avgrensning.....	5
2.0 Metode	6
2.1 Litteraturstudie.....	6
2.2 Litteratursøk.....	7
2.3 Kildekritikk.....	7
3.0 Resultat av forskning	8
4.0 Teori.....	10
4.1 Barns utvikling og risikofaktorer	10
4.2 Barns juridiske rettigheter som pårørende	12
4.3 Schizofreni	14
4.3.1 Foreldrefunksjon og omsorgssvikt.....	15
4.4 Resiliens.....	16
5.0 Drøfting.....	17
5.1 Barns behov for informasjon.....	18
5.2 Nettverk og støtte.....	20
5.2.1 Familien	21
5.2.2 Det private nettverket.....	22
5.2.3 Det profesjonelle nettverket	24
6.0 Konklusjon.....	25
7.0 Litteraturliste.....	27

1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven omhandler barn som pårørende av psykisk syke foreldre. Når barn vokser opp i familier hvor foreldre er rammet av sykdom eller andre vanskeligheter, blir de kategorisert som pårørende. Psykisk syke foreldre kan ha nok med seg selv, og miste oppmerksomheten for barnets behov for støtte og omsorg. Disse barna setter ofte egne behov til side, og bruker lite energi på å kreve noe av andre (Moen, 2012, s. 17) Barn av psykisk syke kan derfor være vanskelig å oppdage og tilhøre en risikogruppe med større sannsynlighet for å utvikle psykiske lidelser (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s. 73).

Bakgrunn for valg av tema er basert på min personlig interesse for barn i risikofylte situasjoner og barn som pårørende. Vi har hatt mye om psykiatri og psykiske lidelser i studiet, men lite om hvordan imøtekomme og ivareta barna til de syke. Nå som helsepersonell er pliktet etter loven til å ivareta barn som pårørende, ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskap på dette område for å yte god kvalitet i helsehjelp. Samtidig ser jeg viktigheten av å videreformidle hvilke alvorlige konsekvenser det kan få for utviklingen til barnet dersom deres behov ikke blir ivaretatt.

Som helsepersonell arbeider vi tett på brukere og vil i vårt arbeid komme i nær kontakt med pårørende. Psykiske lidelser har lenge vært et tabubelagt tema, men de siste årene har åpenheten rundt psykisk lidelser og tydeliggjøring av pårørendes rettigheter økt betraktelig. Det medfører flere spørsmål fra pårørende om pasientens sykdom- og behandlingsforløp. Barn av psykisk syke er ofte sterkt belastet kognitivt, da foreldrene kan formidle en forvrengt virkelighetsoppfatning som barnet strever med å forstå (Killén, 2009, s. 48). Når foreldre har en alvorlig psykisk lidelse som schizofreni kan dette få effekt på foreldrefunksjonen, og sette utviklingen til barnet i fare. Derfor er det viktig med kunnskap om hvilke beskyttelsesfaktorer som kan fremme positiv utvikling og hvordan vi som helsepersonell kan legge til rette for dette.

1.1 Problemstilling

På bakgrunn av dette vil jeg belyse følgende problemstilling:

Hvilke beskyttelsesfaktorer kan fremme god utvikling hos barn av schizofrene foreldre?

Med denne problemstillingen ønsker jeg å drøfte hvilke beskyttelsesfaktorer som kan fremme god utvikling hos barn av foreldre med schizofreni. Barn av psykisk syke foreldre er i en risikogruppe for å selv utvikle psykiske lidelser, og foreldre har stor påvirkning på barnets utvikling. Kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for en positiv utvikling hos risikoutsatte barn kan dermed være nyttig for oss helsepersonell som står i en god posisjon til å hjelpe disse barna. Ved å gjøre seg bevisst over disse faktorene, og hvilke nødvendige tiltak man kan iverksette, er det mulig å redusere skjevutvikling hos disse barna. Bunkholdt og Sandbæk (2008) nevner at det er like viktig å lete etter beskyttende faktorer, som å avdekke faktorer som utsetter barnet for risiko. Viktigheten av å opparbeide seg kunnskap og forståelse over disse barnas behov, vil forhåpentligvis bidra til å hjelpe flere barn og rette fokus mot tiltak som kan forebygge negative konsekvenser av å vokse opp med psykisk syke foreldre.

1.1.1 Avgrensning

På bakgrunn av oppgavens omfang har jeg valgt å avgrense til mindreårige i alderen 6-18 år. Dette aldersspennet byr på ulike utfordring i henhold til utvikling, men behovet for ivaretagelse er likevel det samme. Forskningsartiklene er valgt ut i fra denne avgrensningen fordi jeg hadde et ønske om at barna språklig kunne uttrykke egne tanker og følelser rundt det å være pårørende.

Jeg har ikke valgt noe spesifikk arena som problemstillingen skal ta utgangspunkt i, da vi som helsepersonell kommer i kontakt med denne gruppen både i hjemmet, skole, barnehage og sykehus. Tverrfaglig samarbeid er også viktig for å kunne koordinere tjenester på en god og hensiktsmessig måte, men jeg velger å ikke gå nærmere inn på dette i oppgaven. Oppgaven er avgrenset til hva vi som helsepersonell bør være klar over i møte med pårørende barn.

Jeg har valgt å fokusere på de tidlige leveår i utviklingspsykologien til Erikson (2000), men har på bakgrunn av oppgavens omfang valgt å ikke gå inn i alle 8 fasene. Fokuset er lagt på ferdighetsfasen (6-12 år), som er fasen hvor barnet har startet på skolen. Dette da skole nevnes som en viktig beskyttende faktor i barns utvikling. I ferdighetsfasen skal barnet utvikle kompetanse og ferdigheter til kunne fungere på ulike områder i livet.

Psykiske lidelser er omfattende, og de ulike lidelsene har sine særpreg. Jeg har valgt å avgrense psykiske lidelser til schizofreni. Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse, med symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner. Schizofreni kan få store konsekvenser for evnen til samspill og sosial fungering, som vil kunne påvirke barnet og dets utvikling. Det

er likevel viktig å påpeke at det ikke er foreldres psykiske lidelse som bestemmer hvordan barnet har det, men kvaliteten på samspillet mellom barnet og forelder (Sundfær, 2012, s.54). Undersøkelser viser at barn av psykisk syke har høyere forekomst av å selv utvikle psykiske lidelser. Jeg har derfor valgt å se schizofreni i et familieperspektiv og hvilke utfordringer dette kan gi for foreldre funksjonen.

2.0 Metode

Metode er et redskap i møte med det vi vil undersøke. Det hjelper oss å samle inn den informasjonen vi trenger til det vi skal undersøke (Dalland, 2012, s. 112). Metoder kan være både kvalitativ og kvantitativ. Den kvalitative metoden tar utgangspunkt i meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måles, mens kvantitativ metode tar sikte på å forme informasjon til målbare enheter og statistikk (Dalland, 2012, s 112).

2.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av litteraturstudie for å belyse min problemstilling. Litteratur er den kunnskapen oppgaven tar utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til (Dalland, 2012, s. 67). I et litteraturstudie systematiserer man kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Når man systematiserer samler man inn litteratur, gjør en kritisk gjennomgang av stoffet og sammenfatter det man har funnet. Målet med litteraturstudie er å gi leseren en god og oppdatert forståelse av tidligere litteratur som besvarer problemstillingen (Thidemann, 2015, s.79). Min problemstillingen etterspør informasjon om hvilke beskyttelsesfaktorer som kan fremme god utvikling hos barn av schizofrene foreldre.

Litteraturstudie er valgt på bakgrunn av tema. Ettersom tema omhandler barn er det ikke mulig å gjennomføre egne kvalitative intervjuet, da høgskolen ikke tillater å intervju av mindreårige. Litteraturstudiet har gjort det lettere å få oversikt over tema på kort tid, og gitt meg muligheten til å fordype meg i noe jeg finner svært interessant. Litteraturstudiet gjør det å mulig å sammenligne kilder, og få frem ulike synspunkt. En negativ side ved litteraturstudie er at forskningen er basert på andres resultat. Jeg har valgt å prioritere kvalitative data fordi jeg ønsker å fange opp barnas egne meninger og opplevelser.

2.2 Litteratursøk

I denne oppgaven blir relevante forskningsartikler sammen med annen litteratur brukt for å belyse problemstilling og tema. Databasene jeg har benyttet for å finne relevant forskning på området er Google Scholar og Oria. Dette er databaser som høgsolen har gitt tilgang til. For å få tilgang til fullstendige tekster har jeg benyttet Bibsys. Søkordene jeg har brukt i de ulike databasene er *Offspring of schizophrenia*, *children of schizophrenia*, *schizophrenia*, *reciliense*, *mentally ill parent*, *resiliens* og *barn som pårørende*. Jeg har også vært inne på vfb.no (Voksne for Barn) for å finne relevante artikler om tema og problemstilling.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk brukes for å forstå om kildene som nyttes er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere kildene som benyttes (Dalland, 2012, s. 67). Målet med kildekritikk er at du kritisk skal forholde deg til hvilke kriterier du har satt til utvelgelse av litteratur, og til kildematerialet du nytter i oppgaven. Hensikten er at leseren skal ta del i de refleksjonene du har gjort om relevans og gyldighet til utvalgt litteratur (Dalland, 2012, s. 72).

Jeg har benyttet meg av nyere forskning for å få oppdatert informasjon om tema. Forskning endrer seg ofte, og et kriterium for valg av forskning er dato for publikasjon.

Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er ikke eldre enn år 2004. Et annet kriterium er at forskningsartiklene skal være skrevet på skandinavisk eller engelsk språk. Ut i fra problemstillingen er kvalitative studier vektlagt, ettersom disse går i dybden til informantens meninger og opplevelser (Dalland, 2012, s.112). Ved kvalitativ forskning kan det være vanskelig å få et dekkende omfang av informasjon ettersom færre personer uttaler seg. Dette kan gi et ukorrekt bilde av hvordan ting egentlig er. Jeg har benyttet meg av flere forfattere, lærebøker og artikler for å få større bredde rundt tema. Jeg har prioritert fagfelleverderte artikler da det stilles strengere krav til kvalitetssikring. Artikler som gjennomgår en fagfellevurdering er vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2012, s. 78).

Bacheloroppgaven er basert på både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Primærlitteratur er artikler hvor forfatter utgir egen forskning, mens sekundærlitteratur er basert på tolkning av andres forskning (Dalland, 2012, 78). Ved bruk av sekundærlitteratur, må man være bevisst

på at forfatteren kan ha feiltolket primærkilden. Dette kan få konsekvenser for vårt resultat når vi tolker noe som allerede er tolket.

Jeg har prioritert studier som er utført i vestlige land da dette lettere kan sammenlignes med vår kultur og samfunnsstruktur. Flere av forskningsartiklene har ikke tatt for seg noe spesifikk lidelse, men omtaler psykisk lidelse generelt. Flere psykiske lidelser har flere fellestrekk og symptomer, og barn som pårørende har generelle behov som må dekkes uavhengig av diagnose. Derfor ser jeg på de utvalgte forskningsartiklene som relevante for min problemstilling.

3.0 Resultat av forskning

Pølkki, P. Evrast, S – A. Huupponen, M (2004): *Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill parent.*

Social Work in Health Care, 2005, 39:1-2, 151-163

I den finske studien var målet å se hvordan barn håndterer å vokse opp med psykisk syke foreldre. Forskingen tar utgangspunkt i barnas personlige erfaringer og opplevelser. Studien er basert på kvalitative intervju av seks barn i alderen 9-11 år og fortellinger fra sytten voksne barn. Hensikten er å se hvilke behov barna har og hvilke reaksjoner de har på å vokse opp med psykisk syke foreldre. Studiet viser at det påvirker barna både sosialt og kognitivt. Barna opplevde en stor mengde frykt og skyld i forbindelse med foreldrenes psykiske lidelse, og mange ønsket mer informasjon. Funnet i forskningen konkluderer med at barn av psykisk syke foreldre blir påvirket i sin utvikling, og at det må gis mer faglig støtte og informasjon til barn for å forhindre negativ utvikling.

Mordoch, Elaine (2010): *How children understand parental mental illness: "You dont get life insurance. What's life insurance?"*

Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010, 19-25.

Dette er en sekundær analyse med mål om å innhente kunnskap om hvordan barn av psykisk syke forstår psykisk sykdom, og hva de ønsker å videreformidle til andre barn. Metoden er kvalitative intervju av kanadiske barn i alderen 6-16 år. Utvalget bor hos sine foreldre, hvor

minst en lider av depresjon, bipolar lidelse eller schizofreni. Studiet viser at barna hadde begrenset forståelse av foreldrenes psykiske lidelse og fikk for lite informasjon om sykdomsforløpet, og hvordan det kunne påvirke hverdagen. Artikkelen konkluderer med at barn trenger profesjonell hjelp til å forstå og mestre det å leve med en psykisk syk forelder.

Marianne V. Trondsen (2011): *Living with a mentally ill parent: Exploring Adolescents, experience and perspectives*

Qualitative health research, Article s174-188 DIO: 10.1177/1049732311420736

Dette studiet omhandler ungdom av psykisk syke i alderen 15 – 18 år. Studiet er en kvalitativ spørreundersøkelse som tar for seg problemer knyttet til å vokse opp med en psykisk syk forelder. Ungdommene har selv rekruttert seg til studiet. Studiet er basert på 16 ungdommer fordelt rundt omkring i Norge, og omhandler utfordringer knyttet til foreldrenes sykdom. Formålet med studiet er å øke kunnskapen og erfaringer hos behandlere og skape et bedre behandlingstilbud for pårørende barn. Ungdommene opplevde en rekke utfordringer knyttet til foreldrenes psykiske lidelser som mangel på åpenhet, uforutsigbarhet, frykt, ensomhet og usikkerhet. Samtidig diskuterte de strategier som hjalp dem å takle utfordringer rundt familiesituasjonen. Dette omhandlet blant annet å søke hjelp hos profesjonelle. Ungdommene formidlet også behovet for informasjon, da de opplevde mangel på dette fra både familie og helsepersonell.

Britt Helen Haukø, John H. Stamnes (2009): *Det hjelper å snakke med barna*

Tidsskrift for sykepleien, psykisk helsearbeid, DOI: 10.4220/sykepleierens.2009.0084

Hensikten med denne studien er å øke informasjon og hjelpe barn til å sette ord på psykiske lidelser. Studien er basert på kvalitativ intervju og er foretatt blant 10 familier i Namsos, hvor en eller begge foreldre lider av en psykisk lidelse. Gjennomsnittsalder på informantene er 12 ½ år. Studiet har brukt et program som kalles Barnas Time. Det er et psykoedukativt tilbud hvor det undervises om psykisk sykdom generelt og om foreldrenes sykdom spesielt. Barna og foreldrene er sammen om deltagelsen i programmet. Barnas Time ble brukt i en periode over seks år, hvor målet var å avdekke om programmet bedret kommunikasjonsforholdet mellom foreldre, barn og helsepersonell. Hovedmålet var å forebygge forvirring, usikkerhet og redusere stress rundt foreldrenes psykiske sykdom. Studiet viste at deltagerne kommuniserte og mestret dagliglivet bedre etter de hadde deltatt i Barnas Time. Barna uttrykte

at de fikk en bredere forståelsen av psykiske lidelser, noe som gjorde det lettere å sette ord på følelser, og å gjenfortelle dette til venner og familie.

Andrea E. Reupert PhD, Darryl Maybery PhD (2010): "Knowledge is power":

Educating children about their parents mental illness

Social Work in Health Care, 49:7, 630-646

Hensikten med studien er å se hvordan informasjon til pårørende blir dekket, og hvilken effekt det har for denne målgruppen. Studiet baserer seg på intervju av 18 australske helsearbeidere som gir informasjon til pårørende barn, med mål om å styrke forståelsen av foreldres psykiske lidelser. Studiet omhandler også helsearbeiderens opplevelse av å inkludere barna i sykdomsforløpet til foreldrene. Studiet viser at mange helsearbeidere ser viktigheten av å inkludere barnet, mens andre rapporterte at barn var uinteressert og ikke etterspurte informasjon. Studiet konkluderer med at kunnskap hjelper barna med å få en forståelse av hvordan psykisk sykdom påvirker familien, og hjelper dem å utvikle lysere og mer realistiske tanker om psykiske lidelser.

4.0 Teori

4.1 Barns utvikling og risikofaktorer

Små barn er svært sensitiv for omsorgspersonens følelsesmessige tilstand, og er spesielt utsatt når omsorgspersonen har psykiske problemer. Gjennom omsorgspersonens følelsesmessige språk utvikles barnet (Sjøvold & Furuholmen, 2015, s. 73). Mennesker fødes som sosiale vesener, og det ligger i vår natur å være i samspill med andre. Det er viktig at foreldre tolker og responderer på barnets signaler for å kunne gi god støtte og omsorg, slik at barnet kan utvikle seg. Dersom omsorgspersonen er alvorlig psykisk syk kan dette påvirke kvaliteten i de daglige omsorgsrutinene og samspillet med barnet (Sundfær, 2012, s. 54). Det er godt dokumentert at trygge former for tilknytning utgjør en beskyttelsesfaktor for psykisk helse, mens utrygge former kan medføre utviklingsmessige vansker og avvik, som gjør barn mer sårbare for psykiske problemer senere i livet (Sølvberg, 2011, s. 95).

Tilknytning er barnets behov for å søke nærhet og kontakt med en omsorgsperson. John Bowlby (1969) beskrev tilknytning som barnets motivasjon for å søke trøst og beskyttelse når

det føler seg engstelig og redd. Bowlby mener barnet bør bli møtt med fysisk og følelsesmessig tilgjengelighet, aksept av behov og få respons på sine signaler. Gjennom tilknytningsatferd øker barnets sjans for å kjenne seg trygg, og barnet opprettholder kontakt med omsorgspersoner (Sundfær, 2012, s. 57).

Erik Erikson (1902-1994) var en psykolog som satt sitt preg på vår forståelse av menneskelig utvikling. Han hevdet vår følelsesmessige og sosiale utvikling avhenger av de sosiale relasjoner vi etablerer, og våre følelser, selvbilde og selvoppfatning utvikles i samhandling med andre (Håkonsen, 2014, s. 55). Erikson deler den psykososiale utviklingen i åtte faser, hvor hver fase omhandler utviklingskriser som påvirke menneskets personlighet. Utviklingen i disse fasene vil bli mer kompleks etterhvert som nye stadier legges til, og utfallet påvirkes av hvordan man lykkes med å løse kriser i tidligere stadier (Håkonsen, 2014, s. 55).

Barnets første leveår lager grunnlag for resten av livet og vil ha betydning for barnets evne til å knytte seg til andre mennesker. Barn er ulike fra fødsel av og er aktive mottakere av stimulering. Spedbarn søker automatisk speiling i sine omgivelser og er totalt avhengig av bekreftelse fra voksenpersoner. Foreldre med psykiske lidelser kan ha problemer med å møte barnets initiativ til samspill, og dersom barnet ikke blir bekreftet vil det kunne danne seg et utrygt bilde av verden. Dette kan føre til at barnets normale utvikling forsinkes. I stedet kan det utvikles en utrygg tilknytning, som å unngå blikk-kontakt, manglende utvikling av lyder, passivitet og verge seg for samspill med andre (Moen, 2012, s. 39). Barnet erfarer tidlig at det må tilpasse seg den voksne, og mister evnen til å kjenne etter egne behov, noe som kan forsterkes senere i barneårene. Disse barna kan senere bli barn som tar et voksenansvar fra tidlig barndom, og tar med seg disse erfaringene videre i livet (Moen, 2012)

Når barnet begynner på skolen kan det få problemer med å tilpasse seg. Det kan ha manglende sosial kompetanse, slite kognitivt og ha høyere frekvens av depresjon, angst og atferdsvansker som konsekvens av å vokse opp med alvorlig psykisk syke (Sundfær, 2012). Erikson (2000) omtaler denne fasen som ferdighetsfasen (6-12 år). Om barnet har tro på seg selv og tillit til andre, avhenger av hvilke erfaringer det har med seg, og hvilke beskyttende faktorer de har hatt i oppveksten (Sundfær, 2012, s. 107). Barn i denne alderen lærer stadig nye ferdigheter, og oppdager nye arenaer med mulighet for mestring (Sundfær, 2012, s. 107). Det barnet har lært, eller ikke lært, kommer til syne når barnet skal lære å samarbeide med andre. Barnet sammenligner seg med venner og skolekamerater, og bruker det som målestokk for egen utvikling (Håkonsen, 2014, s. 57). Barna i denne alderen kan føle seg annerledes og utvikle en

ensomhetsfølelse de ikke deler med andre (Moen, 2012, s. 38). Hverdagen styres av foreldrenes psykiske vansker og hvordan de oppfatter virkeligheten. Grunnholdningen som nedlegges i dette stadiet er i følge Erikson (2000) følelsen av å være kompetent eller mindreverdige. Opplevelsen av mestring, både faglig og sosialt har stor betydning for den videre sosiale utviklingen (Renolen, 2010, s. 86-91).

Omsorgssituasjonen omfatter mange viktige forhold i et barns liv og barn har generelle behov som må dekkes. Bunkholdt og Sandbæk (2008) nevner behov som omsorg, beskyttelse, stabilitet, tilknytning, oppdragelse og sosialisering, kjærlighet og aksept som generelle for barn. Barn som vokser opp i familier med alvorlige psykiske lidelser er mer utsatt for krenkelser og vil kunne oppleve at behovene ikke blir ivaretatt (Moen, 2012, s. 42). Når et barn over en lengre periode eller i uttalt grad opplever fraværende dekning av disse behovene, vil det kunne gi negative konsekvenser for barnet og dets fysiske og psykisk helse (Bunkholdt og Sandbæk, 2008).

En risikofaktor er en tilstand som setter barnets ideelle utviklingsløp i fare (Betring, Frønes & Sørli, 2010, s. 66). Eksempler på slike risikofaktorer kan være kaotiske hjemmeforhold, omsorgssvikt, manglende sosial kompetanse, faglige eller sosiale problemer på skolen, foreldre med psykiske lidelser eller foreldre som er voldelige eller ruser seg (Borge, 2010). Derimot er det viktig å understreke at ingen av disse faktorene alene trenger å føre til problemer. De fleste barn takler å vokse opp med én eller to risikofaktorer, men ettersom risikofaktorer sjeldent oppstår alene og har stor innvirkning på barnets utvikling, må man vurdere selve risikofaktoren, antall og hvilke effekt de til sammen utgjør (Betring, Frønes & Sørli, 2010, s. 66).

4.2 Barns juridiske rettigheter som pårørende

I 2010 fikk barn lovfestede rettigheter som pårørende. Helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven regulerer hvordan barn som pårørende skal ivaretas når foreldre mottar helsehjelp (Helsedirektoratet u.d).

I følge helsepersonelloven §10a skal helsepersonell ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom kan ha som følge av foreldrenes tilstand. Helsepersonell som yter hjelp til foreldre har altså i oppgave å sørge for at disse barna blir ivaretatt på best mulig måte (Sundvær, 2012, s. 16).

Helsepersonell har taushetsplikt etter helsepersonelloven (§21) og det kreves samtykke fra foreldre til å gi barnet informasjon om foreldres sykdom (Sølvberg, 2011, s. 34). Med økende åpenheten i samfunnet angående psykiske lidelser og tydeliggjøring av pasienter og pårørendes rettigheter, vil man snarere møte på pårørende med spørsmål rundt pasientens sykdom- og behandling forløp (Sølvberg, 2011, s. 35). Enkelte foreldre kan ha problemer med å forstå viktigheten av at barnet får denne type opplysninger, og kan motsette seg informasjon til barna. Det er da nødvendig at noen tar ansvar for å videreformidle betydningen av denne informasjon (Sundfær, 2012, s. 16). Barn kan tro at det er deres skyld at foreldrene er syk, og oppleve det vanskelig at ingen forklarer dem hva som skjer. Som barn har man lite kunnskap, ord og begreper rundt menneskelig sjelsliv og samspill. Dette kan føre til at barna lettere tar på seg skyld for foreldrenes atferd (Sølvberg, 2011, s. 38). Det er viktig at barn og foreldre får et fellesspråk og felles forståelse av det som foregår i familien. Det å kunne sitte ord på vanskelige opplevelser, bekrefte følelser og opplevelser kan bidra til bearbeiding og mestring (Osen, Relling, Overvik & Glørstad, 2015, s. 41).

I Specialisthelsetjenesten §3-7 slås det fast at helsesituasjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha et barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke. Den barneansvarlige vil da ha ansvar for å fremme og koordinere nødvendig oppfølging av barnet og sikre at barneperspektivet blir ivaretatt (Sundvær, 2012, s. 16).

I henhold til lovbestemmelsene om barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010) har barnet rett til generell informasjon og informasjon som omhandler hendelser barna allerede kjenner til (Osen, et. al. 2015, s. 39). Dersom barnet forstår hva psykisk sykdom er, og er i stand til å gjenkjenne symptomer og endringer i atferd hos foreldrene, vil sjansen for å klare seg i oppveksten øke (Mevik og Trymbo 2002, s. 27). Forskning viser at det er større sjanse for å utvikle en bestemt psykisk sykdom dersom foreldrene har det (Sølvberg, 2011, s. 58). Derfor må helsepersonell motivere foreldre til å forstå at dersom barn ikke blir informert, mister de muligheten for kontroll, kunnskap om sykdom og hva de kan forvente. Åpenhet kan være en belastning for de voksne, men mangel på åpenhet kan være en større belastning for barna (Bøckmann og Kjellebold, 2010).

Alvorlig sykdom hos nære personer vil påvirke barna i familien. Det vil også kunne påvirke foreldres kapasitet og evne til å dekke barnets grunnleggende behov. Foreldrenes psykiske tilstand vil kunne medføre at barnets dagligliv blir uforutsigbart, med manglende rutiner og

struktur. Disse lovene spiller derfor en viktig rolle for å kunne sikre at barna får nødvendig oppfølging når foreldre er ikke er i stand til å kunne gi dette selv (Sundfær, 2012, s. 16).

4.3 Schizofreni

Forskning viser at psykisk sykdom hos foreldre gjør en mer sårbar for psykiske lidelser, og det diskuteres om det finnes former for medfødt sårbarhet. Watt m.fl. (1984) hevder at 50 % av barn som vokser opp med schizofrene foreldre, utvikler en annen form for psykisk lidelse (Sølvberg, 2011, s. 48).

Psykososer er et samlebegrep for en rekke alvorlige sinnslidelser som betegner et sammenbrudd i individets relasjonelle og emosjonelle mestring av livet. De sentrale symptomene ved alle psykoselidelser reduserer evnen til å skille mellom selv og omgivelsene, eller ved at den realitetstestende evnen er svekket (Rund, 2006, s. 30). Psykotiske foreldre kan preges av alvorlige tankeforstyrrelser, vrangforestillinger og hallusinasjoner. De har ofte dårlig selvinnsikt, og en redusert evne til å vurdere andre mennesker (Sundfær, 2012, 29).

Schizofreni er en alvorlig sinnslidelse som påvirker evnen til å tenke, føle og vurdere virkeligheten. Vanlige symptomer er vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, kaotisk atferd og hallusinasjoner som ofte kan medføre aggressiv og avvikende atferd (Psykiatrifonden, 1997). Andre symptomer er kontaktsvakheter, gledeløshet, lite initiativ, følelsesmessig avflating og lite engasjement (Jordahl og Repål, 2009). Symptomene på schizofreni kan forekomme enkeltvis, men også i kombinasjon med hverandre. Sykdomsforløpet er varierende, hvor enkelte har et psykotisk gjennombrudd, mens andre kan få permanent funksjonssvikt. De fleste er likevel preget av tilbakefall av psykotiske episoder (Jordahl og Repål, 2009).

Schizofreni grupperes under psykososer. Psykososer er som regel ikke forenlig med barneomsorg, med mindre den psykotiske forelder har en partner som kan ivareta omsorgen for barnet. Førland (1994) nevner som eksempel at dersom et spedbarn gråter, kan den psykotiske forelder enten bli redd eller stenge barnets gråt ute, slik at barnets behov ikke blir ivaretatt. Når en forelder får akutt psykose, trenger barnet ivaretagelse og informasjon om hva som skjer, da foreldrene ikke er i stand til å imøtekomme barnets behov og krav (Sundfær, 2012, s. 31). Schizofreni er et eksempel på en alvorlige psykisk lidelse, og en alvorlige psykiske lidelse vil kunne ha effekt på foreldrefunksjonen (Sjøhold & Furuholmen, 2015, s. 73).

4.3.1 Foreldrefunksjon og omsorgssvikt

Trygg oppdragelse bidrar til å sikre barn et sunt liv, realisere evner og oppholde seg i omgivelser hvor de kan utforske seg. Sammen med støttende relasjoner til foreldre og andre voksenpersoner utgjør dette en beskyttende faktor for barnets sosiale og psykiske utvikling (Borge, 2003, s.68).

Det viser seg at det aldri før er stilt større krav til hva som forventes av foreldre. Mødre med psykiske lidelser er kulturelt kompetente, og forstår seg selv slik kulturen forstår dem: Som skyldige mødre som utsetter sine barn for risiko (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 159). Personer med psykoser er ofte redde for å be om hjelp i frykt for å bli fratatt den daglige omsorgen for barnet. Dette kan få konsekvenser for hvordan foreldrene velger å forholde seg til velferdstjenester. Disse foreldrene kan også ha mangelfull innsikt i hvordan de håndterer sine foreldreferdigheter (Kvello, 2013, s. 267).

De store forventningene til foreldrerollen kan by på utfordringer i forsøk på å knytte gode tilknytningsrelasjoner til sine barn. For foreldre med psykiske lidelser kan det være en enda større utfordring (Sølvberg, 2011, s. 95). Det er ikke omsorgspersonens psykiske lidelse i seg selv som bestemmer hvordan barnet har det, men kvaliteten på samspillet mellom forelder og barn. Sentrale egenskaper hos foreldrene i barneomsorgen vil være foreldrenes ansvarlighet, innlevelse i barnets behov, sensitivitet, kontaktevne, tillit til andre, frustrasjonsterskel, impuls kontroll og stabilitet i følelseslivet. Når en forelder har en alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, kan disse foreldreegenskapene bli rammet og forhindre dem i å utøve god omsorg for barnet (Sundfær, 2012, s. 59).

Foreldre har stor påvirkning på barnets utvikling, og det finnes mange risiko og beskyttelsesfaktorer i familien. Barns kompetanse er et resultat av barnets biologiske betingende forutsetninger, og summen av påvirkningene fra miljøet, hvor familien har en stor påvirkningskraft (Kvello, 2010, s. 182). Foreldre med redusert evne til å utøve omsorg og dekke barnets behov, utgjør dermed en risikofaktor for barnets utvikling (Kvello, 2010, s. 182). Før en person går inn i psykose har tiden før ofte vært preget av førsymptomer som angst, redsel for å gå i stykker, og tvil på egen identitet. Etter hvert vil hallusinasjoner og vrangforestillinger ta over. Den psykotiske personen kan mangle kontroll over tankene sine, og tankene kan oppleves som sanne. Når personer blir innlagt med akutt psykose, er forvirringstilstanden så sterk at personen ikke klarer å ta vare på seg selv eller andre

(Sundfær, 2012, s. 31). Foreldres psykiske tilstand kan medføre manglende energi, avflatende følelser, angst, forstyrret tankeinnhold, mistenksomhet eller håpløshet (Sundfær, 2012, s. 18). Når foreldre er alvorlige syke vil det påvirke deres evne og kapasitet til å være foreldre og ivaretaelsen av barnets behov.

Omsorgssvikt er når foreldre ikke gir tilstrekkelig med omsorg, slik at barnet ikke sikres i forsvarlig grad eller at stimulering blir for svak. Konsekvensene av dette er at barnet blir utsatt for farer eller underutvikling i forhold til sitt potensial. Omsorgssvikt kan få alvorlige og langvarige konsekvenser fordi denne underutviklingen ikke alltid kan repareres (Kvello, 2010, s. 199). Killén (2009) nevner noen felleselementer av omsorgssvikt som gjør seg gjeldende med varierende styrke. Blant annet mangel på erkjennelse og respekt for barnets behov, avvisning og likegyldighet, manglende evne til å engasjere seg i barnet, og manglende evne til å prioritere barnets grunnleggende behov fremfor egne. Fysiske, seksuelle og følelsesmessige overgrep og vanskjøtsel i løpet av oppveksten har blitt knyttet til sene depresjoner, angst, suicidal atferd, dårlig selvbilde, spiseforstyrrelser, post- traumatisk stressforstyrrelser og rusmiddelproblem (Killén, 2009, s. 59).

Som helsepersonell må vi sikre støtte og hjelp til de som trenger det, og ha nødvendig kunnskap til å sette inn tiltak. Vi vet at barns første leveår legger et viktig grunnlag for resten av livet, og barn som vokser opp med foreldre som er følelsesmessig til stede utvikler en trygghet som gjør dem bedre rustet til livets utfordringer (Moen, 2013, s. 45).

4.4 Resiliens

Michael Rutter er en verdens ledende barnepsykiater, og en av de viktigste bidragsyterne innen resiliensforskning. Rutter (2000) definerer resiliens på følgende måte:

”Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik” (Borge, 2003, s. 14).

Enkelte barn vokser opp med dårlig utgangspunkt, men viser å klare seg bra tross omstendighetene. Det å vokse opp med en psykisk syk forelder kan være et eksempel på en risiko som kan gi alvorlige konsekvenser. Det finnes mange ulike typer risiko som kan være mer eller mindre alvorlig. Barn har sine særegne måter å reagere på, og det er store variasjoner i hvordan barn reagerer på kriser. Barn vil finne sin egen måte å tilpasse seg

omgivelsene på for å oppnå en bedre tilværelse Derfor virker samme type risiko ulikt på de enkelte barna (Borge, 2003, s. 50).

Beskyttelsesfaktorer bidrar til å dempe sannsynligheten for utvikling av vansker når barn er rammet av risikofaktorer. Effekten av beskyttelsesfaktorer synes som regel best når det foreligger betydelige risikofaktorer over tid (Kvillo, 2015, s. 246). Moen (2012) nevner flere beskyttende faktorer som kan være av betydning når foreldre har en alvorlig sykdom. Det kan være barnets medfødte personlighet, støttende familiemiljø, barnets sosiale kompetanse, struktur og faste regler, opplevelse av støtte i øvrig familie og nettverk, eller eldre søsken som rollemodeller (Moen, 2012, s. 44). I tillegg kommer betydningen av å tilby barnet gruppesamtaler med andre barn som har lignende historier slik at de kan dele erfaringer, og ikke føle seg alene om å ha foreldre som ikke er som andre (Moen, 2012, s. 44).

Resiliens omhandler ikke bare en konstant faktor over tid. Det omhandler ulike prosesser som virker inn i oppveksten, og som påvirker utviklingen i ulike retninger. Det som skiller de som klarer seg bra fra de som ikke gjør det, er kapasitet til og mulighet for å inngå i positive og utviklingsstøttene relasjoner til andre mennesker (Sjøhold & Furuholmen, 2015, s. 73).

Resiliens oppstår når barn får en sikker og trygg personlighet etter å ha tilegnet seg sosiale erfaringer som styrker barnets positive egenskaper (Borge, 2003, s. 12).

5.0 Drøfting

Å drøfte vil si å diskutere, ta for seg og granske noe fra flere sider. Gjennom drøfting ser man sammenhenger mellom kunnskap som allerede eksisterer, og det man har lært av prosjektet (Dalland, 2012, s. 143). I dette kapitlet blir oppgavens problemstilling drøftet i lys av presentert teori og forskning. Jeg skal drøfte hvilke beskyttelsesfaktorer som kan fremme god utvikling hos barn av schizofrene foreldre. Drøftingsdelen har to kapitler som omhandler to ulike beskyttelsesfaktorer. Det er behov for informasjon og betydning av nettverk. Det er godt dokumentert at barn av psykisk syke er i en risikogruppe (Skjerving 1996, Almvik & Ytterhus 2014). Psykiske lidelser kan være av variert grad, og kan utarte seg forskjellig. Barn av psykisk syke trenger nødvendigvis ikke å oppleve dårlige oppvekstmiljø selv om de opplever en risiko. Informasjon om foreldrenes psykiske lidelse, og støtte i familie og nettverk er beskyttende faktorer som er av betydning for barnet kan utvikle seg normalt (Moen, 2012, s.44)

5.1 Barns behov for informasjon

Det kommer frem i forskning (Mordoch, 2009) at barn opplever for lite informasjon om foreldrenes sykdom, som fører til unødvendige bekymringer og usikkerhet. I studiet til Trondsen (2012) utrykte ungdommene en felles erfaring med manglende informasjon og åpenhet rundt foreldrenes sykdom. De opplevde stillheten som vanskelig fordi sykdommen påvirket familiens liv så sterkt. Ungdommene konkluderte med at det å være dårlig informert ga mange ubesvarte spørsmål, som førte til unødvendig bekymring, frykt og frustrasjon.

I helsepersonelloven (1999) §10a står det at alle barn som pårørende har rett til tilpasset informasjon. Viktigheten av at vi som helsepersonell gir informasjon angående foreldres sykdom er stor, ettersom vi ser at mangel på informasjon kan føre til usikkerhet, dårlig selvtillit, angst, lav konsentrasjon og økt risiko for å selv utvikle psykiske lidelser.

Forskningen til Trondsen (2012) støtter oppom dette da flere av ungdommene fortalte om sine opplevelser som pårørende og konsekvensene av mangelfull informasjon.

Deltagerne i forskningen til Trondsen (2012) ga alle uttrykk for viktigheten av tidlig informasjon. Flere av ungdommene hadde blitt informert første gang gjennom dramatiske situasjoner hvor foreldrene enten forsøkte å ta selvmord, forsvant, ble psykotiske eller akuttinnlagt, noe som opplevdes ekstremt skremmende og smertefullt for barna. Etter slike skrekkopplevelser vil man ha behov for å få klarhet i det som har skjedd (Sølvberg, 2011, s.38). Det er ikke lett å plassere årsak og skyld når man sitter alene etter dramatiske opplevelser, spesielt ikke for barn (Haukø & Stamnes, 2009).

Noen av ungdommene hadde observert atferd og endringer hos foreldrene lenge før de ble informert om foreldrene psykiske problemer (Trondsen, 2012). Flere foreldre hadde prøvd å skjule ting for barna, men var blitt oppdaget i større grad enn hva foreldrene hadde trodd. I forskningsartikkelen til Mordoch (2009) kom det frem at det å bo med en psykisk syk forelder var noen av barnas eneste kilde til informasjon om psykiske lidelser. Enkelte lærte også ved tilfeldigheter, som ved å lese i brosjyrer eller overhør telefonsamtaler. Denne stillheten førte til misoppfatninger hos barna, og flere av de yngre informantene var bekymret for at deres foreldre skulle dø. Vage forklaringer og innsats for å beskytte barna eskalerte i stedet til bekymringer og førte til ubehagelig motgang (Mordoch, 2010). I studien til Reupert og Mayber (2010) utrykte en av behandlerne at de bare ga informasjon til barn dersom de etterspurte det, og tilføyet at de sjeldent gjorde det. En annen utrykte også vanskeligheter ved

å presentere slikt materiale til barn. I forskningen til Pölkki, Ervast og Huupponen (2004) kom det frem at flere barn følte store vanskeligheter for å be om hjelp. Dette stemmer overens med teorien til Sundfær (2012) som sier at barn ofte har vanskeligheter for å be om hjelp, fordi de ønsker å være minst mulig til bry.

For de fleste vil foreldrenes psykiske lidelse medføre endring i trygge rutiner og vaner (Sundfær, 2012, s. 94). Moen (2012) nevner at en hverdag preget av struktur, faste regler og rutiner har betydning for at barn skal utvikle seg normalt når mor eller far har en alvorlig sykdom. En av deltagerne til Mordoch (2010) opplyste at han i en periode var kronisk ut av stand til å sove fordi han ikke visste hva som forgikk hjemme. Uforutsigbare endringer fra foreldrene rutinemessige oppførsel skremte barna. Forskning (Reupert & Mayber, 2010) viser til at informasjon gir barnet en bedre forståelse av hvordan sykdommen påvirker familien, og hjelper dem å lære gode håndteringsstrategier slik at de vet hva de skal gjøre dersom foreldrene ikke har det bra. Barn som forstår hva psykisk sykdom er, og klarer å gjenkjenne symptomer vil øke sjansen for å klare seg i oppveksten (Mevik & Trymbo, 2002, s. 27)

Helseinstitusjoner er pliktet til å ha et barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere oppfølging av barn av psykisk syke (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). På denne måten vil det være lettere for barn å vite hvem de kan henvende seg til dersom de er redd eller har spørsmål de trenger svar på. Som helsepersonell har man taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999). Taushetsplikten sitter begrensninger for hvilke informasjon som kan gis til pårørende. Dersom foreldrene ikke samtykker til å gi videre denne type informasjon, vil det bli vanskelig å ivareta både foreldrene og barnets behov på samme tid. Personer med psykoser ofte er redd for å be om hjelp i frykt om å bli fratatt den daglige omsorgen for barnet (Kvelling, 2013, s. 267). Foreldre kan ha problemer med å forstå viktigheten av å informere barna, og derfor bør noen ta ansvar for å videreformidle viktigheten av gi denne informasjonen til barna (Sundfær, 2012, s.16). Forskning (Haukø & Stamnes, 2009) viser at når foreldre først får informasjon om at barnet kan skades av det som ikke snakkes om, ønsker de fleste å endre på dette.

Viktigheten av å nytte et språk som barn forstår er stor, slik at barn og foreldre får en felles forståelse av det som skjer i familien (Osen, Relling, Overvik og Glørstad, 2015). Barns kunnskap om foreldrenes sykdom er ofte mangelfull og tilfeldig (Trondsen 2012, Mordoch 2010). I forskningsartikkel til Mordoch (2010) avslørte flere barn at de hadde begrenset forståelse av hva psykiske lidelser var og hva det innebar. Barn har også et begrenset

ordforråd, som kan gjøre det vanskelig å sitte ord på sine følelser og opplevelser (Haukø & Stamnes 2009, Sølvberg 2011). Ved å gi barna nok informasjon kan barna få et språk som gjør det lettere å kommunisere, og formulere egne behov, samtidig som det kan åpne for bedre kommunikasjon i familien (Reupert & Mayber, 2010). Å sitte ord på vanskelige opplevelser kan bidra til bearbeiding og mestring (Ose, Relling, Overvik & Glørstad, 2015, s. 41).

Ungdommene i studien til Trondsen (2012) fokuserte hovedsakelig på de tunge følelsesmessige konsekvensene av familiens situasjon når utfordringer ble diskutert. De fleste hadde få eller ingen personer å snakke med om sine smertefulle følelser, og mangelen på informasjon forsterket disse følelsene. Dette retter oppmerksomhet mot viktigheten av åpenhet og informasjon for dem som vokser opp med psykiske lidelser i nær familie (Trondsen, 2012). Mordoc (2008) og Trondsen (2012) er enige om at barn som sitter på kunnskap om foreldrenes sykdom, klarer å tolke foreldrenes atferd på bakgrunn av sykdommen, medfører mindre usikkerhet, og gjør de smertefulle følelsene mindre intens. Dette stemmer overens med teorien til Mevik og Trymbo (2002) som hevder at barn som gjenkjenner symptomer og endringer i foreldres atferd, vil ha økt sjanse for å klare seg i oppveksten.

5.2 Nettverk og støtte

Kvello (2013) sier noen av de viktigste bidragene til resiliens foreldres sensitive og stimulerende omsorg for barnet og støtte fra dets sosialt nettverk. Disse faktorene bidrar til at barn kan utvikle trygge tilknytningsmønstre, selvstendighet, positivt selvilde, tro på mestring og egne ferdigheter (Kvello, 2013, s.156). Beskyttelsesfaktorer i miljøet kan være venner og fritidsaktiviteter, hvor barn mestrer og utvikler sin sosiale kompetanse (Borge, 2012, s. 44).

Psykisk syke kan ofte ha et manglende, eller konfliktfylt nettverk, og det er aldri en garanti at pårørende barn har andre viktige voksenpersoner som stiller opp. Viktigheten av å kartlegge barnets nettverk er dermed stor, for å kunne finne personer og andre beskyttende faktorer som kan bidra til å styrke barnets selvtillit, og dets evne til å klare seg tross de risikofylte faktorene.

5.2.1 Familien

Kvellido (2015) nevner et støttende familiemiljø som en beskyttende faktor for barnets normale utvikling, og kan kompensere for andre risikofaktorer. Det stemmer overens med resiliensteorien og utviklingspsykologien som viser til viktigheten av tidlig samspill mellom barn og omsorgsgiver. Teori viser at psykisk syke ofte har nok med seg selv, og kan ha vansker med å gi et dekkende behov av fysisk og emosjonell omsorg. Det utgjør dermed en risiko for barnets utvikling, og disse barna kan få problemer med å utvikle trygg tilknytning til andre. Dette kan gjøre det mindre rustet til å takle risikofylte situasjoner senere i livet (Borge, 2003, s. 62).

For de fleste vil det oppleves dramatisk når en forelder blir akuttinnlagt (Sundfær, 2012, s. 94). Dette stemmer overens med forskningen til Mordoch (2010) som skriver at barn ofte har problemer med å forstå sykehusinnleggelse fordi de forbinder det med fysisk sykdom og en frykt over at foreldrene skal dø. Forskning viser at psykisk sykdom påvirker ikke bare den syke, men også hele familien (Reupert & Mayber, 2010). Psykoser er som regel ikke forenelig med barneomsorg, med mindre den psykotiske forelder har en partner som kan ivareta omsorgen. Selv om den andre forelder er tilstede, kan han/hun opptre mer stressende og engstelig enn vanlig (Sundfær, 2012, s. 94). Psykiske lidelser vil kunne medføre endringer i normale vaner og rutiner. Informantene til Trondsen (2012) nevnte uforutsigbarhet og ustabilitet som en vanskelig utfordring ved foreldrenes sykdom. Moen (2012) nevner en hverdag preget av struktur, faste regler og rutiner som en beskyttende faktor for barnets utvikling.

Barn som vokser opp med psykisk syke tar på seg ulike roller, og reagerer ulikt på foreldrenes psykiske lidelser. Noen blir handlekraftig og pådrar seg et voksenansvar, mens andre kan bli stille og innesluttet. Forskning (Trondsen, 2012) viser at flere barn tar på seg et voksenansvar når et familiemedlem blir psykisk syk. Den syke forelder mister ofte sin evne til å gi omsorg, og ektefellen tar sjeldent over ansvaret (Pölkki et al., 2004). Følelsen av å være ensom kom tydelig frem, og flere utrykte en sorg over å ha foreldre som i perioder var ute av stand til å utøve sine roller (Trondsen, 2012). I familier med få ressurser og lite overskudd kan barnet oppleve manglende bekræftelse og oppmerksomhet, som kan få konsekvenser for tilknytningen til barnet (Bunkholdt & Sandbæk, 2008). Det å oppleve forutsigbarhet er særlig viktig når barn er utsatt for risiko, og blir beskrevet som en beskyttende faktor for god utvikling (Moen, 2012, s.43). Barna i studiet til Pölki et al (2004) hadde vanligvis god sosial støtte i en bror eller søster som de delte erfaringer med. De mente familiemedlemmer kunne

forstå på en måte som utenforstående ikke klarte. Moen (2012) nevner eldre søsken som en beskyttendefaktor for utvikling.

I studiet til Trondsen (2012) beskrev informantene en følelse av å være usynlig i familiesituasjonen, tross de dramatiske konsekvensene det fikk for livet deres. Selv om informantene hadde personer å snakke med, opplevdes det vanskelig å takle en hverdag med praktiske utfordringer, dype tanker, vonde følelser og vanskelige situasjoner. Som konsekvens av foreldrenes sykdom ble familien isolert fra venner, bekjente og andre slektninger. Familielivet ble styrt ut i fra den sykes behov, og sykdommen ble en skammelig hemmelighet, som barna ikke fikk fortelle andre (Pölkki et al., 2004). Forskning viser at barn er lojale mot sine foreldre, og føler seg pliktig til å hjelpe (Pölkki et al., 2004). Dette stemmer overens med teorien til Sundfær (2012). Barna er ofte flinke til å dekke over det som skjer, og de positive tingene overskygger ofte de negative. Det kan derfor være vanskelig å oppdage disse barna. Friske ektefeller trenger støtte for å forhindre situasjoner hvor de vil forlate familien, og ofte vil det være behov for en sosialarbeider som kan hjelpe til, og se at barnas behov oppfylles (Pölki et al., 2004).

5.2.2 Det private nettverket

Støtte utenfor nærmeste familie kan bidra til å kompensere for manglende omsorg fra foreldre. Samspill med andre fremstår som en viktig faktor i utviklingen av resiliens. Borge (2010) nevner at barn i sitt sosiale nettverk utvikler sosial kompetanse, som bidrar til økt selvtillit. Gjennom sosiale relasjoner kan man utvikle tilhørighet og selvtillit, og sosial kompetanse som er nødvendig for å kunne mestre utfordringer i oppveksten. Moen (2012) mener barnets evne til å skaffe venner og delta i sosiale samspill med jevnaldrende fungerer som en beskyttende faktor.

Barn kan komme godt ut av de mest dramatiske hendelser, dersom de har støttende omsorgspersoner rundt seg (Sølvberg, 2011, s. 98). Som regel holder det ikke med distanserte spesialister som samtalepartnere. Barn i studiet til Trondsen (2012) opplevde det vanskelig å sitte fremfor totalt ukjente og legge ut om sine problemer. Barn som opplever fraværende omsorg og støtte, vil få vanskeligheter med å utvikle egenskaper som selvtillit, samarbeid eller sosial støtte. Skole eller fritidsaktiviteter kan dermed være en viktig arena hvor barnet opplever mestring og kan utvikle slike egenskaper (Borge, 2012, s. 44).

Deltagerne i studiet til Mordoch (2010) bemerket at det ikke alltid var lurt å være fysisk nær foreldrene, og anbefalte andre å komme seg bort fra disse situasjonene. Ved at barnet besøkte venner eller organiserte fritidsaktiviteter, åpnet det for pusterom fra en ellers kaotisk hverdag. Vennskap med jevnaldrende ga muligheten for å snakke om opplevelser, og barna fikk innblikk av hvordan et normalt liv fungerte. Flere av barna i studiet til Pölki et al (2004) informerte at de ofte besøkte andre mennesker bare for å oppnå en lettelse og styrke, og en følelse av å bli inkludert i et normalt liv. Informantene til Trondsen (2012) valgte å bruke tid med venner for å få et avbrekk til å betro seg, oppleve følelsen av å bli verdsatt, eller bare å ha en sosial og hyggelig stund sammen med andre. Flere informanter misunnet de friske familiene, og noen utrykte sitt hat mot svakhetene til den syke forelderens (Pölkki et al., 2004). Foreldrenes sykdom tar ofte stor plass, og noen barn må slutte på fritidsaktiviteter fordi ansvaret og pliktene hjemme blir for omfattende. På denne måten kan barnet risikere å miste sitt sosiale nettverk.

Sosiale nettverk trenger nødvendigvis ikke gjør godt for utviklingen, og mobbing er et eksempel på dette (Borge, 2012, s. 44). Skolen kan være en arena der barn skiller seg ut, og sammenligner seg med andre. Følelsen av å være annerledes forsterkes, og barnets sosiale status kan rangeres etter foreldrenes bakgrunn (Pölkki et al 2004, Håkonsen 2014). Flere i studiet til Pölkki et al (2004) hadde opplevd å bli mobbet på bakgrunn av dette. Mange hadde et stort ansvar hjemme, og måtte ta seg av yngre søsken. Den tidlige ansvarsrollen fikk konsekvenser for lekser, eller å komme tidsnok på skolen. Dette samsvarer med forskningen til Trondsen (2012). Flere hadde bekymringer for foreldrene, og hva som ventet dem når de kom hjem. Dette fikk konsekvenser for konsentrasjonen (Trondsen, 2012). Det er viktig at disse barna blir fanget opp, og at alle underliggende årsaker blir undersøkt før man kategoriserer dem som vanskelige barn.

Barn i risiko kan være mer sårbare for kritikk og avvisning, og mangler ofte oppmuntring hjemmefra. Disse barna trenger derfor ros og oppmuntring fra andre voksne (Borge, 2012, s. 44). I følge Moen (2012) er støtte og positiv oppmerksomhet en beskyttende faktor for god utvikling. De voksne må være bevisst i sitt ansvar, og tenke over hvordan man møter disse barna for å unngå å forsterke utfordringer. Når et barn påtar seg et ansvar for familien, kan det føles godt å bli møtt med forståelse og omsorg andre steder. Skolen kan bli et fristed hvor barnet kan få være barn på lik linje med andre, og et positivt vendepunkt. Her kan barnet blir sett og få støtte til å utvikle nye sider ved seg selv (Sundfær, 2012, s. 107). Barnets evne til å skaffe seg venner og delta i sosiale samspill med jevnaldrende er av betydning for at barnet

skal utvikle seg normalt (Moen, 2012, s. 43). En god relasjon til barnet er derfor avgjørende for å fange opp eventuelle endringer og signaler som barnet sender, og er en beskyttende faktor for at barnet skal utvikle seg i en positiv retning (Moen, 2012, s.43).

5.2.3 Det profesjonelle nettverket

Studier (Brody mfl. 2002, Rosenfeld mfl. 1997) viser til at barn som kommer gjennom vanskelige tider har en ting til felles, og det er en god relasjon til en voksenperson utover foreldrene (Kvello, 2013, s. 182). Når foreldre rammes av en psykisk lidelse trenger barnet ivaretagelse da foreldrene ikke er i stand til å imøtekomme barnets krav (Sundfær, 2012, s.31). Som helsepersonell er man i nær kontakt med pårørende, og vil automatisk bli en del av barnets nettverk. Barn har behov for en frisk rollemodell for å kunne utvikle seg normalt, og i enkelte tilfeller kan vi som helsepersonell være denne personen for barnet (Moen, 2012, s. 43).

Selv om informantene til Trondsen (2012) hadde venner å snakke med, uttrykte de en redsel for å være til bry, og opplevde det vanskelig å sette ord på det som skjedde. Flere anbefalte barn i samme situasjon å snakke med profesjonelle. Barna opplevde det som en trygghet å snakke med personer som hadde kunnskap om foreldrenes lidelse, og som hjalp dem å sitte ord på de vanskelige følelser (Trondsen, 2012, Sølvberg, 2011). Flere synes det var godt å ha en stabil voksenperson de kunne kontakte når vanskelige ting skjedde hjemme (Trondsen, 2012). Enkelte hadde vanskeligheter med å åpne seg til fremmede, spesielt når det var mye utskiftning av personalet (Trondsen, 2012). Stabilitet og forutsigbarhet i forholdet mellom den profesjonelle og barna er svært viktig for å kunne bygge tillit og gode relasjoner. Dette samsvarer også med tilknytningsteorien til Bowlby (1969).

Som fagperson kan man informere barn om ulike tilbud som pårørende. Behandlere i studiet til Reupert og Maybert (2010) beskrev betydning av gruppesamtaler, hvor barna opplevde seg mindre isolert, og fikk snakke og utveksle erfaringer med andre barn i samme situasjon. Dette stemmer overens med teorien til Moen (2012).

Som helsepersonell må vi tørre å blande oss for å finne gode krefter i barnets nettverk. I situasjoner hvor barn opplever manglende omsorg fra foreldre er det svært viktig at vi som helsepersonell er klar over faresignalene barna sender, slik at vi kan slå alarm og sette inn nødvendige tiltak. Studier (Haukås & Stamnes, 2009) viser at flere foreldre synes det er

betryggende at noen tar seg av barnet når foreldre er under behandling. Dette kan gi positiv innvirkning på mor eller far sitt behandlingsforløp. Foreldre i studiet til Haukø og Stamnes (2009) opplevde måten veilederne snakket til barna på som en modell for hvordan de selv kunne snakket med barna. De fleste foreldre ønsker det beste for sine barn, men behøver i enkelte tilfeller hjelp til å komme i gang (Haukø & Stamnes, 2009). Barn er lojale mot sine foreldre, og det er derfor viktig at foreldre er med i prosessen rundt inkludering av barna, slik at barnet blir trygg og ikke føler svik eller skyld for å ta imot hjelp (Sundfær, 2012, s. 112). Barneansvarlig eller annet helsepersonell må motivere foreldrene, og ta ansvar for å videreformidle betydningen av informasjon, bekreftelse og støtte til barnet (Sundfær, 2012, s.16). Dersom helsepersonell er observante og sitter på nok kunnskap om beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer kan man bidra til å hjelpe flere barn som trenger støtte og hjelp.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å få kunnskap om hvilke beskyttelsesfaktorer som kan fremme positiv utvikling hos barn av schizofrene foreldre. Både teori og forskning viser til at barn har udekkede behov som pårørende, hvor behov for informasjon er fremtredende.

Konkret informasjon kan bidra til en bedre forståelse av hvordan psykiske lidelser påvirker familien, og kan lære barna strategier for å mestre en kaotisk hverdag. Forskning viser at informasjon om foreldres psykiske lidelse øker sjansen for at barnet klarer seg i oppveksten. Det er viktig å tilrettelegge for individuelle behov, og anvende et språk som barnet forstår. På den måten kan familien få en fellesforståelse som kan bedre kommunikasjon innad i familien.

Lovendringene i 2010 styrket barnets rett til informasjon, oppfølging og hjelp. Forskning viser at barn likevel blir oversett. En mulig årsak kan være at man sitter på for lite kunnskap om denne målgruppen. Ofte er fokuset på å hjelpe den syke, og barna blir lett glemt. Som helsepersonell må man ha kunnskap om pårørende barn slik at barnas rettigheter og behov blir ivaretatt etter loven.

Det er viktig å styrke relasjonen mellom barn og foreldre, da både teori og forskning viser til en trygg voksenperson som en beskyttende faktor for barnets utvikling. Samhandling med andre er sentralt, og det er viktig at pårørende barn får utvikle seg i trygge omgivelser med jevnaldrende. Vi som helsepersonell bør derfor bistå utsatte barn til samhandling med andre. Støtte utenfor nærmeste familie kan kompensere for manglende omsorg fra foreldre. Mestring

oppleves ved tilhørighet, og er en grunnleggende faktor for utvikling av resiliens. Ved å opparbeide tillit og gode relasjoner kan helsepersonell bli en viktig og sentral voksenperson for barnet. For at barnet skal kunne mestre en hverdag med psykiske lidelser må barnet involveres, og få ivaretatt sine individuelle behov og ønsker.

7.0 Litteraturliste

Almvik, Arve og Borgunn Ytterhus (2004). Ualminnelig alminnelighet. Barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker. Trondheim: NTNU Rapport

Borge, A.I.H. (2010). *Resiliens, Risiko og sunn utvikling*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bunkholdt, V., & Sandbæk, M. (2008). *Praktisk barnevernarbeid* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk

Bøckmann, K., Kjellevoid, A., & Sotberg, E. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten: En klinisk og juridisk innføring* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlag

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk

Haugland, Ytterhus, Dyregrov, Haugland, Bente Storm Mowatt, Ytterhus, Borgunn, & Dyregrov, Kari. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt

Haukø, Britt Helen og Stamnes, John H. (2009) Det hjelper å snakke med barna –Å delta i barnas time har bedret kommunikasjonen mellom psykisk syke foreldre og barna deres. Sykepleien.no Nr. 11 s. 32 -35. Hentet 03.05.2017:

<https://www.nsf.no/Content/262251/barnas%20time.pdf>

Helsedirektoratet (u.d). *Barn og ungdom som pårørende*. Hentet 25.05.2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/p%C3%A5r%C3%B8rende/barn-og-ungdom-som-p%C3%A5r%C3%B8rende>

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v. av 02. juli 1999 nr. 64. Hentet 23.05.17 fra

<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>

Håkonsen, K. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk

Jordahl, H. & Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser*. Bergen Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Killén, K. (2009). *Sveket : I : Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner* (4. rev. utg. [i.e. 1. utg. av 2-bindsutg.]. ed., Vol. I). Oslo: Kommuneforlag.

Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko : Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvello, Ø. (2013). *Barnas barnehage : 2 : Barn i utvikling* (2. utg. ed., Vol. 2). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko : Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Mevik, K., & Trymbo, B. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforl.

Moen, G. (2012). *Barns møte med psykisk lidelse : En datters historie* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Mordoch, E. (2010). How children understand parental mental illness: "you don't get life insurance. What's life insurance?". *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal De L'Académie Canadienne De Psychiatrie De L'enfant Et De L'adolescent*, 19(1), 19-25. Hentet 25.04.17 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2809442/>

Psykiatrifonden. (1997). *Skizofreni: Hvad vi i dag ved om en af de alvorligste sindslidelser*. (1997). Kbh: PsykiatriFondens Forlag.

Pölkki, P., Ervast, S., & Huupponen, M. (2005). Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent. *Social Work in Health Care*, 39(1-2), 151-163. Hentet 01.05.17 fra http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J010v39n01_10?needAccess=true

Relling, Overvik, Glørstad, Osen, Relling, Marit Hegstad, Overvik, Marit, . . . Osen, Nina Lien. (2015). *Barne- og familiesamtaler i psykisk helsevern for voksne : En praktisk håndbok for helsepersonell og barneansvarlige*. Oslo: Kommuneforlag

Renolen, Å. (2010) *Forståelse av mennesker –innføring i psykologi for helsefag*. 2. utg. Bergen, Fagbokforlaget.

Reupert, A., & Maybery, D. (2010). “Knowledge is Power”: Educating Children About Their Parent's Mental Illness. *Social Work in Health Care*, 49(7), 630-646. Hentet 03.05.2017 fra: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00981380903364791?needAccess=true>

Rund, B.R. (2006). *Schizofreni*. Hertevig Forlag

Rutter, M. (2007) *Resilience, competence, and coping*. I *Child Abuse & Neglect*. 3,205–209

Skerfving, Annemi (1996). *Barn till psykisk störda föräldrar. Sårbarhet, risker och skyddande faktorer. En kunnskapssammanställning*. Rapport 11. 1996. Västra Stockholms

Sjukvårdsområde

Sjøvold, M., & Furuholmen, K. (2015). *De minste barnas stemme : Utredning og tiltak for risikoutsatte sped- og småbarn*. Oslo: Universitetsforlag

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 02. juli 1999 nr. 61. Hentet 23.05.17 fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html>

Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn : Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlag

Sølvberg, H. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende : Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sørli, Frønes, Befring, Sørli, Mari-Anne, Frønes, Ivar, & Befring, Edvard. (2010). *Sårbare unge : Nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thidemann, I., & Thidemann, Maria Uraiwan. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlag.

Trondsen, V, M. (2012). *Living With a mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives*. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188.

DOI: 10.1177/1049732311420736. Hentet 01.05.2017 fra:

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732311420736>