



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Erfaringer og ettervirkninger blant voksne pårørende i møte med symptomer på psykisk lidelse**

**Experiences and repercussions among adult next of kin when faced with symptoms of mental illness**

**Marit Nystad Bersaas og Ingrid Selma Dahlgren**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 68**

**Molde, 8.4.2016**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 8.4.2016

Antall ord: 12 096

*Emma har verdens peneste Mamma,  
verdens aller fineste Mamma.*

*Mamma har sol i håret.*

*Men noen ganger ligger mamma bare på sofaen*

*Og er rar og redd og trist.*

*Da orker ikke mamma noen ting*

*og sola er borte.*

*Håret er fullt av krøller og krus og buster.*

*Det må være vanskelig å tenke med så mye bust,*

*tenker Emma og henter børsten i skuffen.*

*Emma børster og børster,*

*Men flokene sitter tett og Emma må inn i dypet av håret,*

*inn der hvor det ville og farlige bor.*

*(utdrag fra Dahle og Nyhus 2007)*

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn:**

Omtrent 410 000 barn i Norge har én eller to foreldre med diagnostiserbare psykiske lidelser. Barn som pårørende er et aktuelt tema. Som sykepleiere kommer man sannsynligvis i kontakt med denne gruppen gjennom sitt arbeid, både som barn og som voksen. Ved å innhente ny kunnskap fra denne pårørendegruppen kan man forebygge at barn utsettes for negative erfaringer og ettervirkninger.

### **Hensikt:**

Hensikten med litteraturstudien var å belyse erfaringer knyttet til å vokse opp med foreldre med adferd og symptomer på psykisk sykdom.

### **Metode:**

Litteraturstudie basert på 10 forskningsartikler, 9 kvalitative og 1 kvantitativ.

### **Resultat:**

Funn fra vår litteraturstudie viser at erfaringene voksne pårørende gjorde som barn har påvirket dem i voksenlivet. Rolleendringer, informasjonsmangel og fraværende helsetjenester gav negative følelser og usikkerhet.

### **Konklusjon:**

Å vokse opp med en psykisk syk forelder kan føre til negative erfaringer, som fører til ettervirkninger. Som sykepleiere er det viktig å ha kunnskap om barn av psykisk syke foreldre. Man må ha kunnskap om hvordan man kan oppdage dem, hjelpe dem og hvilke konsekvenser de kan få uten nødvendig hjelp og oppfølging.

### **Nøkkelord:**

Voksne barn, barndom, erfaringer, ettervirkninger, psykisk helse.

## **Abstract**

### **Background:**

In Norway about 410 000 children have one or two parents with mental illness who can be diagnosed. Children as next of kin is a very applicable theme. As a nurse you probably will encounter these people both as children and as adults. By obtaining new knowledge from this group, you can prevent children being exposed to negative experiences and repercussions.

### **Intention:**

Our intention with this literature study was to elucidate experiences associated with growing up with parents who have behavior and symptoms of a mental illness.

### **Method:**

Literature study based on 10 research articles, 9 qualitative and 1 quantitative.

### **Results:**

Findings from our literature study shows that adult next of kin's experiences from childhood affected their life as an adult. Role changes, lack of information and absent of healthcare led to negative emotions and insecurity.

### **Conclusion:**

Growing up with a mentally ill parent leads to negative experiences that lead to repercussions. As nurses, it's important to have knowledge about children of mentally ill parents, as a group of next of kin. It's important to have knowledge about how to discover them, help them and what kind of consequences they can get without necessary help and follow up.

### **Keywords:**

Adult children, childhood, experiences, repercussion, mental health.

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt.....	1
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn .....</b>	<b>2</b>
2.1	Forstyrrelser i utviklingen hos barn.....	2
2.2	Mestring av å stå i en vanskelig situasjon .....	3
2.3	Motstandskraft hos barn som blir utsatt for store påkjenninger .....	4
2.4	Helsepersonellens plikt overfor barn som pårørende .....	4
2.4.1	Helsepersonelloven .....	4
2.4.2	Spesialisthelsetjenesteloven .....	5
<b>3.0</b>	<b>Metodebeskrivelse .....</b>	<b>6</b>
3.1	Datainnsamling.....	6
3.1.1	PO-skjema .....	6
3.1.2	Søkestrategi .....	6
3.1.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	8
3.2	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	9
3.2.1	Kvalitetsvurdering.....	9
3.2.2	Etiske hensyn .....	9
3.3	Analyse.....	9
<b>4.0</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>11</b>
4.1	Å vokse opp med psykisk syk forelder.....	11
4.1.1	Det ble en stor rolleendring.....	11
4.1.2	Det følte nødvendig å skjule problemene for andre .....	12
4.1.3	Konsekvenser for skolegang .....	14
4.1.4	Negative følelser gikk igjen i barndommen .....	15
4.2	Mangel på hjelp og støtte .....	16
4.2.1	Lite informasjon førte til mangel på kunnskap .....	16
4.2.2	Hjelpetjenestene sviktet .....	17
4.3	Påvirkninger i voksen alder .....	19
4.3.1	Redsel for utvikling av egen psykiske lidelse og arvelighet.....	19
4.3.2	Usikkerhet for hva fremtiden vil bringe.....	20
4.3.3	Vanskeligheter med å skape og beholde relasjoner .....	21
<b>5.0</b>	<b>Metodediskusjon .....</b>	<b>23</b>
5.1	Datainnsamling og litteratursøk .....	23
5.2	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	25
5.3	Analyse .....	25
<b>6.0</b>	<b>Resultatdiskusjon .....</b>	<b>27</b>
6.1	Å vokse opp med en psykisk syk forelder.....	27
6.2	Hjelp og støtte .....	31
<b>7.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>36</b>
7.1	Konsekvenser for praksis .....	36
7.2	Forslag til videre forskning .....	37
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>38</b>

Vedlegg 1 - PO-skjema

Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Vedlegg 3 - Oversiktstabell

Vedlegg 4 - Liste over relevante funn

## **1.0 Innledning**

### **1.1 *Bakgrunn for valg av tema***

Mange barn vokser opp i et hjem med en eller to foreldre som har en form for psykisk lidelse. Det er anslått i en undersøkelse utført av Folkehelseinstituttet at det finnes 410 000 barn i Norge som har foreldre med diagnostiserbare psykiske lidelser. Av disse barna er det igjen 376 000 barn som har foreldre med en moderat eller alvorlig psykisk lidelse (Helse Nord 2012).

Erfaringer fra barndommen er med på å forme en person. Både positive og negative hendelser setter spor og har innvirkning på hvordan en blir som barn, men også som voksen (Bunkholdt 2002). Traumatiske opplevelser er med på å forme en person med utgangspunkt i opplevelsen, men personer blir påvirket ulikt.

Når en jobber i helsevesenet kan en komme borti pårørende barn av psykisk syke foreldre mange steder, men spesielt i det psykiske helsearbeidet. Det er viktig å inneha kunnskaper om at disse barna finnes og at man må hjelpe både barna og familien. I tidligere år var det mer tabubelagt å nevne og snakke om psykiske lidelser, noe som nå er i ferd med å endre seg. I de senere årene har det blitt mer åpenhet og akseptabelt å snakke om psykiske lidelser til andre, og det blir tatt opp oftere i media. Disse faktorene er noe som kanskje kan gjøre det lettere for barn å be om hjelp og dermed blir tidligere fanget opp av helsevesenet for hjelp og oppfølging. Barn som pårørende har blitt et mer aktuelt tema i den senere tid og det har blitt en lovendring i Helsepersonelloven for å bedre støtten til denne gruppen (Helsepersonelloven 2015).

Vi valgte dette temaet fordi vi ønsket å belyse hvordan voksne pårørende retrospektivt beskriver erfaringer fra barndommen. Vi vil med dette tilegne oss ny kunnskap slik at vi som sykepleiere kan hjelpe barn i dag. Selv har vi lite erfaring på området og ønsker å lære mer om dette.

### **1.2 *Hensikt***

Hensikten med litteraturstudien var å belyse erfaringer knyttet til å vokse opp med foreldre med adferd og symptomer på psykisk sykdom.



## **2.0 Teoribakgrunn**

### **2.1 *Forstyrrelser i utviklingen hos barn***

Tidlig omsorgssvikt kan påvirke personlige kjennetegn som senere kan utvikle seg til blant annet lav selvtillit, skam og skyld. Eriksons utviklingsteori kan brukes for å forstå hvilke konsekvenser omsorgssvikt har på barn ut ifra hvilke alderstrinn de er på. Erikson har delt opp etter fasetypiske behov og betingelser som må oppfylles for å få en optimal utvikling (Bunkholdt 2002).

Innen utviklingspsykologien finnes det utviklingsteorier om alle sider ved menneskets utvikling (Bunkholdt 2002). Barn kan ofte bli sett på som sårbare, i den forstand at deres atferd og utvikling i ulik grad blir negativt påvirket (Askland og Sataøen 2009).

I følge Freuds utviklingsteori foregår mange konflikter inni barnet under oppveksten. Disse konfliktene former og undertrykker barnets egne behov for å etterkomme foreldrenes krav, og da etter hvert gjøre dem til sine egne. Han så kun på forholdet mellom barn og forelder, og teorien baserte seg på at utviklingen skjedde i ulike stadier eller sprang. Mange andre teoretikere har i ettertid bygget sin egen utviklingsteori på Freud sin teori. Freud sin utviklingsteori blir sett på som viktig når det gjelder teorier om menneskets psykiske utvikling og fungering (Bunkholdt 2002).

Som barn er man avhengig av at man hele tiden har voksne rundt seg for å få stimuli slik at man får utviklet sine egne ferdigheter og forutsetninger. De yngste barna er mest utsatt for såkalt understimulering da de er helt avhengige av foreldrenes evne og vilje til å stimulere. Dersom denne understimuleringen fortsetter, kan det ha stor innvirkning på den sosiale og følelsesmessige utviklingen. Barna kan få vanskeligheter med å finne sin plass i sosiale sammenhenger og skjønner ikke alle normer og regler. Som et resultat av dette kan man kolliderer med hvordan jevnaldrende oppfører seg. Påvirkning av følelsesmessig utvikling kan føre til usikkerhet på egen verd (Bunkholdt 2002).

Understimulering kan være et tegn på omsorgssvikt. Andre reaksjoner på omsorgssvikt kan også være at man blir trist, får dårlig konsentrasjon, utagerer, blir rastløs og krever mye oppmerksomhet. Enkelte blir passive og stille, og har liten tiltro til seg selv. Disse

tegnene kan komme av annet enn kun omsorgssvikt. Det kan blant annet komme av familiesituasjoner eller organisk hjerneskade og funksjonshemming (Bunkholdt 2002).

## **2.2 Mestring av å stå i en vanskelig situasjon**

For mennesker er det viktig å ha forskjellige ønsker og mål en vil oppnå. Alt en gjør i livet er knyttet opp mot det å ville oppnå disse ønskene og målene. Ved å oppnå et mål føler en mestring, og det er viktig å ha en følelse av kontroll over oppnåelsen av disse målene (Espnes og Smedslund 2009). At en person har grunnleggende tillit og forventning til at det skal gå så bra som mulig er viktig. Det er mange indre og ytre opplevelser som påvirker dette. Aron Antonovsky ser på hvilken grad man opplever sammenhenger i livet og har laget en analyse om dette bestående av tre komponenter. Disse tre komponentene handler om å oppleve sin situasjon som forståelig, meningsfull og håndterlig. Antonovsky mener at personer som på tross av vanskelige og belastende situasjoner klarer dette og møter situasjonen med problemfokustert mestring, vil finne løsninger og ordne opp. Personer som ikke ser helheten av situasjonen, kan raskt gi opp forsøket på å bedre situasjonen og å gjøre den forståelig (Kristofferson 2012a).

Mestring består av avanserte og uoversiktlige prosesser. Ordet mestring mangler en klar definisjon, men det som går igjen i forståelsen av begrepet er at det er en sum av intrapsykiske og handlingsorienterte forsøk på å styre, forsones seg med og minske indre og ytre belastninger som en føler seg utsatt for. Det kan også være et forsøk på å minske og unngå de negative følgene av disse belastningene (Eide og Eide 2013).

Folkman og Lazarus (1991, sitert i Eide og Eide 2013, 172) utviklet en modell bestående av fire trinn, som viser prosessen fra et møte med en vanskelig situasjon til et nytt møte med en belastende situasjon. Den viser forholdet mellom vurderinger, mestringer og følelser. Modellen forteller oss at den vanskelige situasjonen personen utsettes for utløser vurderinger, som igjen setter i gang følelser hos personen. Vurderingene som personen gjør utløser følelsesmessige reaksjoner av ulik kvalitet og intensitet. Deretter blir det satt i gang mestringsstrategier. I modellen til Folkman og Lazarus skilles det mellom problem- og følelsesfokustert mestringsstrategi. Problemfokustert mestring handler om å gjøre endringer i de eksakte ytre forholdene som er grunnen til stress. Den følelsesfokusterte mestringsstrategien består av kognitive mestringsforsøk, inkludert forsvar og man prøver å endre

oppmerksomheten og opplevelsen av en mening (Folkmann og Lazarus 1991, sitert i Eide og Eide 2013, 172).

### **2.3 *Motstandskraft hos barn som blir utsatt for store påkjenninger***

Mennesker opplever ulik oppvekst. Noen har en god oppvekst med foreldre som blant annet er til stede, er støttende og har en positiv innstilling mot sine barn. Men det finnes også barn med dårligere oppvekst som kommer fra hjem med dårlige kår, har foreldre som er rusmiddelavhengige eller lider av en psykisk lidelse. Barna kan bli oversett og forsømt og må greie seg mye på egenhånd. Mange barn ville tatt skade av å vokse opp i et slikt hjem, men det finnes også noen barn som på tross av et slikt utgangspunkt vil klare seg like bra og få en lik utvikling som barn med gode oppvekstvilkår (Espnes og Smedslund 2009). Denne måten å takle vanskelige forhold under oppveksten kalles resiliens. Resiliens dreide seg opprinnelig om barns positive mestring, fungering og helse i etterkant av et vanskelig forhold som har vart over tid (Kristoffersen 2102b). Hos barn skjer utviklingen av resiliens i samspill mellom barns individuelle egenskaper og miljøet (Borge 2007, sitert i Kristoffersen 2012b, 160). Det er disse barna som klarer seg bra, på tross av dårlige forhold under oppveksten, som ofte blir kalt for «løvetannbarn». Sammenligningen mellom disse barna og en løvetann går ut på at en løvetann ofte spirer og gror på steder der forholdene ikke tilsier at en slik plante skal kunne overleve.

Forskeren, Aron Antonovsky, tok frem begrepet fortigenese i sin forskning. Dette sier noe om hvor mye motstandskraft og hvilken evne man har til å «reise seg igjen» etter å ha blitt utsatt for en stor påkjenning (Espnes og Smedslund 2009).

### **2.4 *Helsepersonellets plikt overfor barn som pårørende***

#### **2.4.1 Helsepersonelloven**

I Helsepersonelloven § 10 a, *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*, står det:

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom,

rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand (Helsepersonelloven 2015).

Det står at helsepersonellet som yter en helsetjeneste til en pasient skal forsøke å avklare om pasienten har ansvaret for mindreårige barn. Om helsepersonellet da kommer frem til at pasienten har et mindreårig barn, skal helsepersonellet ha en samtale med pasienten om barnets behov for informasjon og oppfølging. Det skal også tilbys informasjon og veiledning angående aktuelle tiltak. Innenfor taushetspliktens rammer skal det tilbys samtaler med barnet og med dem som har omsorg for barnet til pasienten. Er det hensiktsmessig å foreta oppfølging fra helsepersonellet må det også innhentes samtykke fra pasienten. Det er også viktig at barnet og de som har omsorg for barnet får informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og hvilke muligheter det er for samvær med barnet. Denne informasjonen må tilpasses barnet slik at det forstår (Helsepersonelloven 2015).

#### **2.4.2 Spesialisthelsetjenesteloven**

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a *Om barneansvarlig personell mv.* forteller at:

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven 2016).

## **3.0 Metodebeskrivelse**

### **3.1 *Datainnsamling***

Vi startet arbeidet med bacheloroppgaven høsten 2015. Vi forsøkte tidlig å finne tema og hensikt før vi fant søkeord til prøvesøk. Etter prøvesøk kontaktet vi en bibliotekar for å få tips og hjelp til vårt PICO-skjema og søkeprosessen i vårt arbeid videre. PICO er et verktøy man kan bruke for å dele opp et spørsmål eller søkeord i grupper, og det blir dannet en struktur for spørsmålet eller søkeordene. Bokstavene i rammeverket PICO betegner bestemte elementer som er relevante å ha med i en søkeprosess (Nordtvedt et al. 2012).

Vår hensikt ser ikke på intervensjoner (I) eller sammenligning (C), og vi har derfor valgt å ekskludere disse og har på grunn av dette endt opp med et PO-skjema.

#### **3.1.1 PO-skjema**

P: Populasjon/problem

«P» står for hvilken type pasient, pårørende, gruppe med pasienter eller pårørende hensikten vår omhandler (Nordtvedt et al. 2012). Vi var ute etter artikler om voksne barn av psykisk syke og brukte engelske og svenske søkeord (se vedlegg 1).

O: Utfall

«O» står for hvilke utfall, erfaringer eller ettervirkninger vi er ute etter (Nordtvedt et al. 2012). Vi så her etter ettervirkninger og erfaringer generelt hos voksne barn av psykisk syke foreldre (se vedlegg 1).

#### **3.1.2 Søkestrategi**

Vi la inn limits på søkene for å ikke få mange uegnede artikler. For å få artikler som sammenfalt med ønsket populasjon satt vi en aldersbegrensning på 18 år. I to av artiklene er imidlertid noen deltagere yngre, men vi valgte å inkludere disse da majoriteten av deltagerne var eldre enn vår nedre aldersgrense (Vedlegg 3).

Da vi skulle kombinere søkeordene i et søk, brukte vi de boolske operatørene «AND» og «OR». Boolske operatører brukes for å avgrense eller utvide søk (Nordtvedt et al. 2012). Det hjalp oss til å finne flest mulig relevante artikler der vi hadde mange søkeord.

For å sikre at vi fikk med alle former av ordene brukte vi trunkering. Trunkering gjør at vi søker på stammen av et søkeord (Nordtvedt et al. 2012). Vi trunkerte for eksempel parent\* og databasen søkte da på former som parent, parents, parental, parenting.

### **Database: ProQuest**

I ProQuest har vi gjennomført tre søk. Vi gjennomførte to søk 17.11.15 og ett 24.11.15. I det første søket brukte vi søkeordene adult og «children of mentally ill parents» og fikk 371 treff. «Child OR Children OR Adult children AND parent\* AND mental illness OR mental disorder» ble brukt i søk nummer to og gav 8503 treff. I siste søk brukte vi samme søkeord som i søk nummer to i tillegg til «repercussion OR consequence» og fikk 1000 treff. Limits «2005-current», «Adult (19-44)», «Middle aged (45-64)», «Aged (65+)» og «Aged (80+)». Vi fikk gjennom disse søkene fire artikler vi leste, og av disse inkluderte vi tre artikler i vår oppgave og nummererte dem 2, 6 og 9.

### **Database: Ovid MEDLINE**

Vi gjennomførte to søk i Ovid MEDLINE, ett 17.11.15 og det andre 1.3.16. Her brukte vi søkeordene “adult children OR adult child\* AND mental disorder OR psych\* OR psychiatry AND family OR famil\* OR parent\* OR parent-child relations AND mental health» i første søk og fikk 98 treff. I søket 1.3.16 brukte vi “adult children AND mental disorder» og endte med 31 treff. Brukte ingen limits. Vi fant fem interessante artikler og inkluderte til slutt to av disse artiklene. Artiklene ble nummerert 5 og 10.

### **Database: CINAHL**

I databasen CINAHL gjennomførte vi to søk, 17.11.15 og 26.11.15. Vi brukte søkeordene «adult children AND mental illness OR mental disorder AND parents OR family AND consequence OR adaptation» i vårt første søk med 1376 treff og «parental mental illness» i søk nummer to hvor vi fikk 17 treff. Limits «2008-current» og «all adults». Søket vi gjorde 17.11.15 ble også gjennomført 18.11.15 og vi fikk 1376 treff. Søket fra 26.11.15 ble også gjennomført i andre databaser 27.11.15, da i AMED, Ovid MEDLINE og PsychINFO med

78 treff. Etter disse søkene hadde vi lest 17 artikler og vi valgte å bruke fire artikler i vår oppgave. Disse nummererte vi 3, 4, 7 og 8.

#### **Database: SveMed+**

Vi gjorde ett søk i SveMed+ 26.11.15 hvor det ble 270 treff og vi fant én relevant artikkel til vår oppgave. Her søkte vi på «barn som anhöriga» som ga oss tre treff. Den artikkelen vi valgte å inkludere var en revidert versjon, og vi måtte derfor søke etter originalartikkelen for å kunne ta den i bruk. Denne ble nummer 1.

Se vedlegg 2 for søkehistorikk.

### **3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

#### **Inklusjonskriterier:**

- Pårørendeperspektiv
- Erfaringer
- Eftervirkninger
- Deltagere over 18 år
- Kvalitative og kvantitative forskningsartikler fra 2010-søkedato
- Artikler som er etisk vurdert
- Norsk-, dansk-, svensk- eller engelskspråklige artikler
- Fagfelleverderte artikler på nivå 1 eller 2
- Høy eller middels kvalitet
- Artikler som svarer på hensikten

#### **Eksklusjonskriterier:**

- Review- og fagartikler
- Artikler som er eldre enn fra 2010

## **3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

### **3.2.1 Kvalitetsvurdering**

Etter våre hovedsøk hadde vi samlet inn 10 artikler som kunne passe til vår litteraturstudie. Vi leste artiklene hver for oss og gikk gjennom dem sammen for å vurdere kvaliteten ved hjelp av systematiske sjekklister. Vi brukte to typer sjekklister som var tilpasset kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Sjekklistene som ble brukt ble lastet ned fra Kunnskapssenteret (2014). Disse sjekklistene er godkjente for bruk til bacheloroppgaver i Høgskolens retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie (2015). Ut ifra disse sjekklistene og Willman, Stoltz og Bahtsevani (2011) sin granskningsprotokoll vurderte vi artiklenes kvalitetsnivå. Ved hjelp av disse klassifiserte vi artiklene etter høy eller middels kvalitet med grunnlag i antall *ja-*, *uklart-* eller *nei-svar* vi fikk. Åtte av artiklene var av høy kvalitet og to var av middels.

### **3.2.2 Etiske hensyn**

Det var viktig for oss at det var tatt etiske hensyn i de artiklene vi benyttet. Personopplysninger skulle være konfidensielle og deltagerne anonymiserte. I alle forskningsartiklene kommer det fram at deltagerne har gitt frivillig, informert samtykke til deltagelse. Dermed kunne de om ønskelig trekke seg fra undersøkelsen på hvilket som helst tidspunkt (Kvale og Brinkmann 2009). I fem av våre ti artikler står det at studien er vurdert av en etisk komité. Vi vurderer det slik at forskerne har tatt etiske hensyn og viser god forskningsetikk.

Vi har gjennom egen forskningsprosess gjengitt funnene i sin helhet fra studiene slik de er fremstilt i artiklene. Vi har ikke endret eller tilpasset dem til vår hensikt. Dette for å vise respekt for datamaterialet som kommer frem i de forskjellige studiene, men også vise respekt overfor forfatterne av artiklene ved å følge forskningsetiske retningslinjer.

## **3.3 Analyse**

Til vårt analysearbeid benyttet vi oss av Evans (2002) metode. Denne metoden ga oss oversikt over hva som var relevant å ta med i vår litteraturstudie. Denne analysemodellen består av fire steg.



### **Steg 1: Samle relevante primærstudier**

Første steget i Evans analysemetode er å finne relevant forskning til vårt tema (Evans 2002). Vi fant ti forskjellige primærstudier som vi ønsket å benytte oss av gjennom våre søk i databaser. Databasene vi brukte var ProQuest, CINAHL, SveMed+ og databaseverten Ovid.

### **Steg 2: Identifisere hovedfunn**

Her skal man trekke ut hovedfunnene i hver av artiklene (Evans 2002). Vi startet med å lese alle artiklene hver for oss, og nummererte dem fra 1-10. Vårt hovedfokus var å lese resultatdelen i hver av artiklene for å få funn fra deltagerne. Vi skrev ned hvilke hovedfunn hver av artiklene hadde kommet frem til og deretter gikk vi over hvilke funn flere av studiene hadde. Vi inkluderte kun funn som var relevante for vår hensikt og problemstilling.

### **Steg 3: Hovedfunn relatert til hverandre**

I Evans tredje steg skal hovedfunnene i de forskjellige forskningsartiklene sammenlignes og hovedtema skal utarbeides fra funnene (Evans 2002). Vi satt opp en liste med hvilke artikler som beskrev like funn og ordnet ut ifra dette to hovedtemaer og flere underfunn. Etter vi hadde satt opp denne listen fordelte vi temaer mellom oss og skrev hovedfunn fra artiklene som passet under hvert tema.

### **Steg: 4 Beskrivelse av fenomenet**

Vi skrev om funnene til hele tekster og grupperte underfunnene under hovedtemaene. Vi kom frem til hovedtemaene «Å vokse opp med psykisk syk forelder», «Mangel på hjelp og støtte» og «Påvirkninger i voksen alder».

## **4.0 Resultat**

I vår resultatdel har vi tatt for oss resultatene fra våre inkluderte forskningsartikler. Vi har valgt å dele resultatene inn i tre hovedtemaer som svarer på hensikten vår; Å vokse opp med psykisk syk forelder, Mangel på hjelp og støtte og Påvirkninger i voksen alder. Vi har deretter delt disse inn i underfunn (vedlegg 4).

### **4.1 Å vokse opp med psykisk syk forelder**

#### **4.1.1 Det ble en stor rolleendring**

Voksne barn av psykisk syke foreldre opplevde at det skjedde en rolleendring i familien under barndommen. Underveis i utviklingen av sykdommen ble behovet for hjelp hos foreldrene gradvis større. Den forelderen med psykisk lidelse klarte ikke lenger å være en ansvarlig forelder og barna tok over flere av arbeidsoppgavene denne forelderen tidligere hadde hatt. Denne rolleendringen gjorde at informantene blant annet fikk ansvar for husarbeid, matlaging, oppdragelse av søsken, passe på forelderen og forelderens medikamenter. Forandringen som skjedde ble hos de fleste oppfattet som negativ (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015, Murphy et al. 2015, Barca et al. 2014, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Millenaar et al. 2013, Foster 2010 og O'Connell 2008).

En deltager beskrev deler av sine erfaringer som følgende: "It became a great role change I had to brush my mother's teeth" (Barca et al. 2014, 1939). Noen følte de mistet mye av barndommen sin og at de måtte gjøre så mye i hjemmet at de følte seg isolert (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, Murphy et al. 2015 og O'Connell 2008).

Erfaringene rundt rolleendringen var ulike, ut ifra hvor gammel man var og om man bodde hjemme eller ei da forelderen ble syk. At det skjedde en rolleendring hadde stor innvirkning på barnet. "My youngest sister has lived at home for a longer time than me. She has tackled the situation less well than I have"(Barca et al. 2014, 1940).

I Johannesen, Engedal og Thorsen (2015) sa en av deltakerne:

I hate the role of being daddy to my daddy. I hate it! It is not my role to be a daddy to my father. I shall be a son! I shall be... as I said, I shall have time to be young. I

can't fly around and be daddy to my daddy. It is completely wrong! It is not a responsibility a 13-year-old boy shall have! (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, 250).

Det ble i Barca et al. (2014) skrevet at rolleendringen førte til mye sorg, anger, bekymring, varme følelser, irritasjon, aggresjon og stress for informantene i barndommen. Disse kompliserte og ofte motstridende følelsene kunne komme periodevis, men også på samme tid. Det gikk mye utover konsentrasjonsevnen og de hadde mye å tenke på (Barca et al. 2014). I tillegg til de negative følelsene og erfaringene kom det fram et positivt resultat av situasjonen rundt rolleendringen, og det var at deltagerne ble uavhengige i ung alder (Foster 2010).

I noen familier hadde de delt ansvar i husholdningen. Dette gjorde at man ikke følte seg så alene (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011). Men hos enkelte kunne det føles problematisk for de yngste familiemedlemmene å dele på disse oppgavene (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011). I andre familier derimot ble det sagt at den friske foreldereren «flyktet» slik at alt ansvar lå på barna, og gjerne det eldste av dem (Barca et al. 2014).

#### **4.1.2 Det følte nødvendig å skjule problemene for andre**

I sju av ti artikler ble vennskap og fritid i barndommen tatt opp. Hos deltagerne var det et gjennomgående problem å få venner og å være åpne om forelderens sykdom overfor jevnaldrende utenfor familien. De følte seg annerledes og spesielle (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, Bauer, Spiessl og Helmbrect 2015, Murphy et al. 2015, Barca et al. 2014, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Foster 2010 og O'Connell 2008).

Flere sa de ikke følte seg som de jevnaldrende barna og hadde problemer med å kommunisere og å få en relasjon til dem (Foster 2010). I Oskouie, Zeighami og Joolae (2011) sier ei at hun aldri slapp folk ordentlig inn på seg fordi hun var redd for at hun måtte forklare hele hjemmesituasjonen. Noen var flau over forelderens sykdom og de klarte ikke snakke med andre om situasjonen (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011).

I have tried to hide the problem and I told nobody. I avoid entering deep relation with others due to fear of explaining my situation. I accept my friends' invitation to

their home, but never invite them. My sister and brother are also like me (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, 36).

De kunne føle seg sosialt isolert, ensomme og følte ikke de passet inn i den sosiale verdenen fordi de var så mye hjemme og hadde en annet liv enn de andre barna. Enkelte barn ble også ertet og utstøtt på grunn av forelderens psykiske lidelse (Foster 2010), mens andre var redde for at personer utenfor hjemmet skulle finne ut om forelderens sykdom i tilfelle de ikke ble godtatt av de andre barna (O'Connell 2008).

Everybody looks at us in a different way, for example, some people say that "they have mad mother or bad mother." we cannot accept this and suffer from the viewpoint made by the community about my mother and my family because we are family with high level of social class (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, 36).

At de var mye hjemme gjorde at de deltok lite på fritidsaktiviteter og dette kunne føles som en byrde (Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015). Forhold utenfor og innenfor familien ble endret samtidig som sykdommen utviklet seg (Barca et al 2014).

Mens enkelte ikke snakket med noen utenfor primærfamilien om sykdommen, støttet andre seg på venner og familiens omgangskrets av voksne. De kunne se viktigheten av å ha venner, men det kunne fortsatt være vanskelig for mange av dem å snakke åpent med andre. Det ble sagt at selv om de hadde venner og dro på besøk til dem, så tok de ikke med seg noen hjem på besøk (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Foster 2010 og O'Connell 2008). Ei fortalte at hun hadde mye av ansvaret for moren og at hun måtte komme først, så hun ga avkall på venner og kjæreste (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015).

### 4.1.3 Konsekvenser for skolegang

Forelderens sykdom gikk utover deltagerne sin skolegang og utdanning fordi de til stadighet hadde forelderen i bakhodet og klarte derfor ikke å konsentrere seg fullt om utdanningen (Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015, Barca et al. 2014 og Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Millenaar et al. 2013 og O'Connell 2008).

Deltagerne forteller at problemene med å studere særlig gjaldt om den syke forelderen hadde en dårlig periode. I denne perioden følte de at de ikke hadde noen mulighet til å sette seg ned å lese og studere da fokus hele tiden ble hos den syke forelderen. Dette førte til at de fikk gjentatte avbrytelser i studiene (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011). "This issue [parent's mental illness] makes me unable to read. When his illness returns I go to my cave. I would not like to talk to anyone" (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, 36).

Deltagerne følte også på en del fortvilelse i forhold til om de skulle velge å fokusere på skolen og utdanningen sin eller om de skulle være tilstede for forelderen som trengte hjelp (Barca et al. 2014 og Oskouie, Zeighami og Joolae 2011).

Det kom frem at deltagerne følte det som en lettelse å flytte ut hjemmefra for å gå skole og da kun returnerte hjem på besøk i korte perioder. Ved å flytte ut opplevde deltagerne at de fikk mindre ansvar i forhold til den syke forelderen, siden de var mindre involvert i sykdommen til daglig. Men etter at deltagerne hadde flyttet hjemmefra gikk mesteparten av tiden til å bekymre seg for forelderen og familien hjemme. Dette førte til manglende konsentrasjon på skolen og hindret fremgang i utdanningen. Noen av deltagerne flyttet også hjem igjen i perioder for å ta seg av forelderen, mens andre avbrøt studiene helt for å flytte hjem (Barca et al. 2014).

46,7 % av deltagerne i en studie følte at deres forelders sykdom ble en byrde i forhold til at de ikke fungerte som normalt på skolen (Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015). I en annen studie forteller deltagerne at de gjorde det bra på skolen og aldri fikk dårlige karakterer. De brukte utdanningen for å ha kontroll over noe i sitt eget liv når de ikke hadde kontroll hjemme (O'Connell 2008).

#### 4.1.4 Negative følelser gikk igjen i barndommen

Redsel, bekymring og usikkerhet var tre følelser deltagerne hovedsakelig brukte for å beskrive hvordan de regelmessig følte det som barn. I hele sju av ti artikler beskrives barndommen med disse følelsene (Bauer, Spiessl og Helbrecht 2015, Murphy et al. 2015, Barca et al. 2014, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Millenaar et al. 2013, Foster 2010 og O'Connell 2008).

I am anxious about recurrence of the disease. It causes me to be anxious. I am always worried about recurrence of illness. I'm worrying what I can do if he becomes ill when I have my final exam in school. When he is normal everything is good. We have [a] good time, he is not angry; he doesn't show aggressive and paranoid behaviors. But [on] good days I worry about bad days that may come (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, 36).

Den største bekymringen hos deltagerne var om det ville gå bra med den syke forelderen. Med unntak av Oskouie, Zeighami og Joolae (2011) rapporterte deltagerne at de følte en mangel på kunnskap. Om de selv ikke ga pleie til forelderen følte de seg utrygge, manglet oversikt og mistet kontrollen. De var i tillegg usikre på fremtiden (Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015, Murphy et al. 2015, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Millenaar et al. 2013 og Foster 2010)

Rolleendringen i hjemmet gav barna mye ansvar og bekymring, og de opplevde en skyldfølelse dersom det var andre som skulle ta omsorgen for forelderen (Barca et al. 2014).

Enkelte opplyste de var redde for morens trygghet, mens andre var redde for sin egen og søsknenes (Murphy et al. 2015 og O'Connell 2008). I Lu et al. (2008) kommer det fram at 32 % av deltagerne med foreldre med psykisk lidelse hadde forelder som hadde gått bort.

En fortalte at det var vanskelig å be om hjelp og utsatte dette helt til «krisesituasjon». Deltagerne fant ofte ulike metoder for å ta vare på seg selv og komme seg bort fra

familiesituasjonen (Foster 2010). Flere viker unna hjemmesituasjonen på grunn av usikkerhet (Millenaar et al. 2013 og Foster 2010).

## **4.2 Mangel på hjelp og støtte**

### **4.2.1 Lite informasjon førte til mangel på kunnskap**

I fem av ti artikler ble det tatt opp at deltakerne følte at de hadde fått for lite informasjon om forelderens lidelse og hvordan den progredierer. Flere av deltagerne visste at noe var galt med forelderen, men de visste ikke hva. Det kom frem at psykiske lidelser ofte blir skjult og mindre akseptert (Murphy et al. 2015, Barca et al. 2015, Bournell 2011, Millenaar et al. 2013 og Foster 2010).

Det å skille mellom hva som var personen og hva som var diagnosen ble svært vanskelig eller helt umulig. "Because of this, some spent their childhood viewing their parent and the illness as being one and the same" (Foster 2010, 3145). Mange barn hadde en barndom der de følte mye på redsel og usikkerhet på grunn av kunnskapsmangelen (Murphy 2015, Bournell 2011, Millenaar et al. 2013 og Forster 2010).

For å kompensere for den informasjonsmangelen prøvde noen å finne informasjon selv ved hjelp av Internett. Dette endte ofte opp med at de leste om feil diagnose og fikk overveldende mye informasjon (Millenaar et al. 2013).

Ofte skyldtes informasjonsmangelen dårlig kommunikasjon i familien (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, Bournell 2011, Millenaar et al. 2013 og Forster 2010). I Bournell (2011) snakkes det mye om å bryte sirkelen som gjør at psykisk lidelse «går i arv». De mente at det å informere barna skulle hjelpe mot dette. Dette underbygges av en annen forskningsartikkel der deltagerne mente at åpenhet og informasjon ville gjøre lidelsen mer akseptert, og dermed enklere for familien å prate sammen om situasjonen (Barca et al. 2014). Mangel på profesjonell helsehjelp var også medvirkende til informasjonsmangelen (Barca et al. 2014, Millenaar et al. 2013 og Forster 2010).

I would very much have liked to have the information given directly to me, rather than through my father. For all I know, my father might have got some leaflets, and... but he has certainly not given them to us (Barca et al. 2014, 1940).

#### **4.2.2 Hjelpetjenestene sviktet**

Voksne barn av psykisk syke var misfornøyde med helsehjelpen den syke forelderens og de selv fikk i barndommen, og de opplevde at de selv måtte ta kontakt med hjelpetjenester for å få nødvendig hjelp (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015, Barca et al. 2014, Bournnell 2011, Millenaar et al. 2013 og Foster 2010).

Deltagerne var misfornøyde med tidspunktet hjelpen ble tilbudt. Rett etter forelderens diagnose ble stilt følte hjelpen unødvendig, men hadde tilbudet kommet senere i sykdomsforløpet ville behovet vært større og mer aktuelt (Millenaar et al. 2013). Deltagerne i Johannesen, Engedal og Thorsen (2015) følte derimot at hjelpen kom for seint, hvis de i det hele tatt fikk hjelp.

Especially in the beginning, you do not know how to handle certain situations. How do you react if he is really stubborn? You can get mad, you can walk away or try to solve the problem, but my mom and I had to find our own ways. Some guidance would have been welcome (Millenaar et al. 2014, 2006).

Mange deltagere opplevde også at helsepersonellet ikke hørte på dem da de kom med sine historier og fortellinger angående situasjonen. Enkelte opplevde det motsatte (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, Barca et al. 2014 og Foster 2010).

I Barca et al. (2014) uttrykte deltagerne at de sjeldent snakket om sykdomsprosessen til forelderens med profesjonelle. Som barn fikk de ikke informasjon om resultater etter diagnostisk vurdering eller implikasjoner i forhold til kortsiktige og langsiktige



konsekvenser. De fikk oftest vite slik informasjon gjennom den andre forelderens, og dermed var de usikre på om den informasjonen de fikk var tilstrekkelig (Barca et al. 2014).

There is a need for it [support], but you should not have to ask for it yourself. It should be offered, because I would never have asked for it by myself (Barca et al. 2014, 1940)

Kommunikasjonen med helsepersonell ble beskrevet som et kulturelt sammenstøt. Det var som å snakke til en vegg og de følte de ikke var på samme bølgelengde som personalet (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015). Deltagere ønsket mer oppfølging over tid (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015 og Barca et al. 2014).

Deltagerne i studien til Foster (2010) hadde hatt kontakt med spesialisert helsepersonell, rådgivere, saksbehandlere, sykepleiere og kommunale servicesentre, for å få informasjon om sykdommen til foreldrene og hjelp til å takle og mestre sykdommen. Mens halvparten av deltagerne i en studie rapporterte manglende profesjonell støtte eller involvering av dem i terapien. 73,3 % var misfornøyde med forelderens helsepersonell (Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015).

I to av artiklene uttrykker deltagerne at de som barn hadde behov for å snakke i grupper sammen med andre barn i lignende situasjoner. Dette var for å dele egne erfaringer med andre og å ha noen å identifisere seg med. I disse gruppene kunne man bare snakke og le sammen, som igjen var med på å gjøre deres situasjon enklere å takle og leve med (Barca et al. 2014 og Bournell 2011). “Just being together, sitting there without words or just nodding, since we all know how it is” (Barca et al. 2014, 1940).

Noen deltagere hadde som barn deltatt på støttegrupper for omsorgspersoner. Disse gruppene var i hovedsak ment for ektefeller, voksne barn, søsken eller foreldre av den syke. To deltagere beskrev deres opplevelse av slike grupper på denne måten: “They were mostly partners, we were the youths” og “It was very different from our situation” (Barca

et al. 2014, 1941). Deltagerne som hadde deltatt i disse gruppene som barn hadde blandede erfaringer. Hovedproblemet med disse gruppene var at det var mange personer i veldig ulike situasjoner, og at det var få barn som deltok samtidig (Barca et al. 2014 og Bournnell 2011).

### **4.3 Påvirkninger i voksen alder**

#### **4.3.1 Redsel for utvikling av egen psykiske lidelse og arvelighet**

Hos voksne barn av psykisk syke foreldre var redselen for å utvikle en egen psykisk lidelse ofte tilstedeværende. Mange var også engstelige for å føre psykiske lidelser videre til sine etterkommere (Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015, Murphy et al. 2015, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Bournnell 2011 og Foster 2010).

I Bauer, Spiessl og Helmbrecht (2015) sin studie rapporterte 66,7 % av deltagerne at de var redde for å utvikle en egen psykisk lidelse, men de var også redde med tanke på arvelighet videre til egne barn. Før planlegging av graviditet var det noen av deltagerne som oppsøkte rådgivning angående overførbarhet av sykdommen til et potensielt barn (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011).

I en artikkel kom det frem at deltagerne valgte å ikke få egne barn grunnet bekymring over at barna genetisk skulle være mer utsatt for psykiske lidelser, men også fordi de ikke ville at barna skulle oppleve å ha en forelder med en psykisk lidelse (Foster 2010).

We have decided to talk to a counselor, about our child. I'm worrying about illness incidence in my child; therefore we want, before having a child, to consult with a specialist (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, 36).

Noen av deltagerne var bekymret over mangelen på informasjon om barns påvirkning av psykiske lidelser. De ønsket åpenhet med sine barn rundt egen lidelse og utviklingen av denne. Deltagerne var også opptatt av å unngå forstyrrelser i barnas oppvekst som følge av sykehusinnleggelse. Av de deltagerne som hadde barn på undersøkelsestidspunktet var det bare noen få som hadde snakket med disse, og de hadde da tilpasset informasjonen til

barna. Enkelte tok med barna til profesjonell rådgivning for at de skulle få informasjon (Boursnell 2011).

I Lu et al. (2008) kom det frem at jo yngre barnet var ved forelderens første innleggelse på sykehus, dess større sjanse var det for at barnet selv ville utvikle en stemningslidelse senere i livet.

Angst og depresjon er diagnosene som oftest gikk igjen hos deltagerne som selv utviklet en psykisk lidelse (Lu et al. 2008, Boursnell 2011, Foster 2010 og O'Connell 2008). Det kommer også frem i O'Connell (2008) at deltagerne som hadde en psykisk lidelse mente de hadde dårligere livskvalitet og flere problemer innad i familien, enn personer uten en psykisk lidelse.

#### **4.3.2 Usikkerhet for hva fremtiden vil bringe**

Mange av deltagerne opplevde usikkerhet over eget liv og hadde en manglende tro på fremtiden (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011 og Foster 2010).

Deltagere i to studier opplevde mye usikkerhet i voksen alder. Mange hadde en kaotisk hverdag hvor de ikke hadde kontroll på eget liv, familieliv og egen identitet (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015 og Foster 2010). I en studie kommer det frem at 50 % av deltagerne var redde for hva fremtiden vil bringe (Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015).

Mange av deltagerne levde med frykt i hjemmet som barn, noe som kom tilbake i voksen alder. De var fremdeles redde for forelderens sikkerhet, om forelderen kunne skade seg selv eller forsøke selvmord (Murphy et al. 2015).

I recognise that that fear is also in them, is this fear that suicidal tendencies are hereditary. So I worry about myself, what my trigger that when I'm 40 or 50, would I suddenly have thoughts of suicide myself? So that's a very big concern, and that leads to fears and concerns around my children. First of all, not letting them down and suiciding myself. That's a very big fear that lives here... How can I

teach them there is also a way out of whatever problem you're facing? (Murphy et al. 2015, 297).

Det kommer frem at deltagere selv var redde for at hendelser senere i livet kunne utløse selvmordstanker, og var da redde for følgene for familien (Murphy et al. 2015). Deltagerne rapporterte også at de slet med lav selvfølelse, naivitet og håpløshet. Troen på en god og meningsfylt fremtid forsvant. De kunne takke ja til jobbtillbud uten å vite hva jobben innebar eller hvor den befant seg. Dette kunne de gjøre for å unnsnippe situasjonen med forelderen (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011). Foreldrene hadde ødelagt mange gleder i livet til deltagerne i barndomstiden og dette reduserte følelsen av glede for fremtiden. Flere skjulte eller glemte problemer fra barndommen kunne komme tilbake senere i livet og var da av betydelig karakter (Boursnell 2011).

Som et resultat av at familiens inntekter i hovedsak gikk til behandling av den syke forelderen, ble det lite igjen til deltagerens utdanning. Dermed opplevde de begrensede muligheter til å finne en interessant jobb (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011). Men i en artikkel kommer det frem at 75 % av deltagerne hadde fullført en utdanning på høyskole- eller universitetsnivå (O'Connell 2008).

### **4.3.3 Vanskeligheter med å skape og beholde relasjoner**

Et funn i vår studie påpeker at deltagerne hadde problemer med å skape og beholde gode relasjoner med andre mennesker (Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015, Murphy et al. 2015, Foster 2010 og O'Connell 2008).

I tre studier forteller deltagere at de hadde vanskeligheter med å skape og beholde relasjoner til partnere og egne barn. Noen mente at frykten de levde med i barndommen kunne ha gitt mistillit til andre mennesker. Andre mener det kunne komme av at den syke forelderen hadde brutt mange løfter, avslørte hemmeligheter til andre og at de hadde vært utsatt for psykisk og fysisk vold. De meldte om vansker med å stole på partner, opprettholdelse av intimitet i et forhold og det å skulle forplikte seg i inngåelse av ekteskap. Det å skulle ha en foreldrerolle var vanskelig for noen. Deltagerens løsrivelse fra

egne foreldre gjorde at det ble vanskelig å ha en tilknytning til sitt eget barn (Murphy et al. 2015, Foster 2010 og O'Connell 2008). 43 % av deltagerne i Lu et al. (2008) opplevde vold i hjemmet. I Fosters (2010) studie meldte deltagerne at de følte de bar på en byrde i forhold til relasjoner til egen familie. Dette underbygges av Bauer, Spiessl og Helmbrecht (2015) der 30 % av deltagerne følte på det samme.

I used to do the survival stuff for them, but I felt that there was a detachment from me to them and... I still sense that now. I have to really try hard to connect with my children. That's an awful thing isn't it? But, I think the fact that I am aware helps me to, sometimes I have to just play the game, 'cause it's not coming spontaneously (Foster 2010, 3146).

Flere deltagere hadde problemer med å spørre om hjelp i vanskelige situasjoner, både fra helsepersonell og andre. Dette for ikke å bli oppfattet som syke, slik som foreldrene. De var redde for at andre skulle synes synd på dem og ikke tro at de hadde noen som brydde seg om dem. Dermed følte de at de ikke hadde rett til å fortelle om sine problemer og bekymringer (Foster 2010).

Deltagere fant forskjellige måter å takle kontakten med foreldrene på. Noen valgte å ha begrenset eller ingen kontakt. Deltagere begrunnet brudd i kontakten med at de følte den virket forvirrende, negativ og usunn. Andre igjen kuttet kontakten på grunn av mishandling fra en forelder i barndommen. Deltagerne følte ikke trygghet, og hos mange var sinne fortsatt til stede. De hadde ikke klart å forklare volden med sykdommen og følte det var en hevn fra foreldrene. Til forskjell fra disse var det noen som fant en balanse i tilnærmingen til sin forelder med psykisk lidelse, og de hadde senere strengere grenser på omsorgsgiverrollen (Foster 2010 og O'Connell 2008). 42 % av deltagerne i Lu et al (2008) hadde opplevd fysisk mishandling av familiemedlem.

## 5.0 Metodediskusjon

### 5.1 *Datainnsamling og litteratursøk*

Før vi startet med datainnsamlingen skrev vi ned aktuelle søkeord ut ifra hensikten med vår studie. Vi utførte et prøvesøk i Ovid MEDLINE.

Etter første prøvesøk begynte vi med utforming av PO-skjema. Vi brukte de søkeordene som gav oss flest interessante resultater. Underveis i søket kom vi over flere nøkkelord og synonymer som kunne åpne muligheten for å fange opp andre artikler. Bibliotekar gav veiledning og hjelp til å bedre søkestrategien vår. Vi fikk ny kunnskap om flere databaser og fikk dermed flere aktuelle artikler. Det var utfordrende å begrense søkene og vi måtte derfor gjennomføre mange søk og lete etter aktuelle artikler i store søkeresultater.

Underveis i arbeidet jobbet vi mye med søkestrategien og bruk av synonymer. Dette ser vi på som en styrke for studien.

Vår sammensetning av artikler har et variert utvalg av deltakere, men vi har samtidig vært konsekvente på at alle skulle være voksne barn av foreldre med symptomer på psykisk lidelse. Tre av artiklene så på voksne barn av foreldre med tidlig forekomst av demens. Artiklene kom opp i de systematiske søkene om psykisk lidelse. Vi er klare over at demens per definisjon ikke er en psykisk lidelse, men det er en organisk lidelse hvor adferd og flere av symptomene er like som ved en psykisk lidelse. Symptomene og adferden vil ha relativt lik påvirkning på barn uavhengig av hvilken av disse diagnosene forelderen har. Siden vi har valgt å ta utgangspunkt i de voksne barnas erfaringer, mener vi det er relevant å inkludere demens på grunn av de lignende symptomene. Enkelte vil nok se på sammenligningen av demens og psykisk lidelse som en svakhet av studien, men vi mener det heller er en styrke å inkludere disse studiene da vi ser at deltagerne erfarer mye av det samme på tvers av sykdomsbildene. Vi har gjennom studien brukt begrepet psykisk lidelse som betegnelse på både psykisk lidelse og demens.

I utgangspunktet ville vi ha voksne barn av begge kjønn som var 18 år eller eldre da undersøkelsen fant sted. Underveis i søkeprosessen kom vi over aktuelle artikler med enkelte informanter ned i 15-årsalderen. Vi valgte å inkludere disse artiklene fordi gjennomsnittsalderen og majoriteten av deltagerne var eldre enn vår bestemte aldersgrense. Dette anser vi ikke som en svakhet. Vi mener derimot at et stort aldersspenn kan være en

styrke for studien vår, da deltagerne har ulik fokus, erfaring og modenhet. Selvfølgelig kan noe være fortrent eller glemt i årenes løp, men vi regner med at det som har satt sterkest spor sitter.

Vi har artikler fra USA, Norge, Nederland, Australia og Iran. Landene har store kulturforskjeller og man får en ulik oppvekst og oppdragelse. I flere land blir psykiske lidelser neglisjert. Å inkludere studier fra så ulike land kan bli sett på som en svakhet på grunn av de store kulturforskjellene, men siden vi ser likhetstrekk i funnene fra de ulike landene, vil vi heller se på det å inkludere studier fra ulike land som en styrke. Vi kan dermed se at deltagerne har de samme følelsene og opplevelsene av å leve med en forelder med symptomer på psykisk lidelse uansett etnisitet.

I vår studie har vi valgt å inkludere to artikler som ble publisert før 2010, siden vi ikke fant nok nyere forskning. Vi har valgt å inkludere disse artiklene da de ville være med på å styrke studien vår. Og siden studiene ser tilbake på erfaringer fra barndommen og hvordan deltagerne har det i ettertid, tenker vi at artikler fra 2008 fremdeles er aktuelle.

I en av studiene vi har inkludert har forfatteren valgt å ta med egne erfaringer. Siden forfatteren har personlige erfaringer, kan funnene i hennes studie kanskje være noe påvirket fordi hun har inkludert og kan ha vektlagt erfaringer hun kjenner seg mest igjen i. Vi har valgt å se bort fra dette og bruke de erfaringene som er kommet frem i artikkelen fordi vi skal se på funnene opp mot funn fra andre studier. Det kommer ikke klart frem hva som er forfatterens egne erfaringer. Vi ser at dette kan være en svakhet for litteraturstudien.

Studien vår inkluderer én kvantitativ artikkel. Denne tok vi med for å styrke studien for å vise et større omfang i denne pårørendegruppen. Vi har nok ikke fått brukt hele potensialet til artikkelen da den var noe komplisert og den omhandlet i tillegg andre erfaringer og opplevelser fra barndommen. Denne artikkelen viser mer sammenhengen mellom disse ulike opplevelsene og har mindre fokus på den spesifikke hendelsen. Denne artikkelen ser vi derfor på som en svakhet for vår studie.

Under datainnsamlingen fant vi aktuell teori underveis i prosessen for å få ny kunnskap om vårt tema samtidig som vi arbeidet med studien vår. At vi ikke har noe erfaring innen temaet kan være en svakhet for studien.

## **5.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Vi kvalitetsvurderte artiklene etter hvert som vi fant dem. Til vurdering av artiklene benyttet vi oss av Kunnskapssenterets (2014) sjekklister. Denne vurderingsprosessen gjennomførte vi sammen. Dette var med på å effektivisere og styrke vår vurdering av artiklene. Noen av spørsmålene i sjekklisterne var kompliserte å forstå og vi kan dermed ha misforstått hva de ville ha svar på. Siden alle våre anvendte artikler er skrevet på engelsk, kan det hende at vi ikke har hatt riktig forståelse av innholdet. Betydningen av enkelte ord, uttrykk og metaforer kommer kanskje ikke frem da våre språkkunnskaper er noe begrenset.

For å undersøke om artiklene er fagfellevurdert, brukte vi Norsk senter for forskningsdata sitt register over ulike publiseringskanaler (NSD 2016). Alle våre artikler var fagfellevurdert og publiseringskanalene hadde enten nivå 1 eller nivå 2, som betyr at de er godkjente kanaler.

Det ble tatt etiske hensyn i alle våre artikler. Noen av artiklene har blitt godkjente av en etisk komité. Selv om flere av artiklene ikke var godkjent av en etisk komité, valgte vi å bruke disse da de hadde fulgt etiske prinsipper med tanke på anonymitet og frivillig, informert samtykke.

## **5.3 Analyse**

I analyseprosessen av forskningsartiklene brukte vi Evans (2002) metode. Vi fokuserte kun på funn som svarte på hensikten vår og vi ser på dette som en styrke for studien vår. Fordi alle våre artikler er på engelsk brukte vi lang tid på å forstå innholdet. Det var nødvendig for å kunne trekke ut funn og den informasjonen vi var ute etter.

Vi har gjennom hele analyseprosessen samarbeidet ved at vi har møttes og diskutert innholdet i artiklene og sett på hva som var ideelt å ta med i vår studie. Begge har studert alle artiklene nøye og vi fikk en god oversikt gjennom analyseprosessen. Dette ser vi på



som en styrke for studien vår. For å effektivisere prosessen delte vi opp noe av arbeidet og skrev i hvert vårt dokument. Deretter leste vi gjennom hverandres arbeid for å gi tilbakemelding og sikre at forståelsen var korrekt.

Noen av artiklene vi inkluderte i litteraturstudien har forfattere som kommer fra land hvor engelsk ikke er morsmål. Vi har for eksempel artikler fra Iran, Norge og Nederland. Her er intervjuene foretatt på deltagerens og forfatterens morsmål og besvarelsene har deretter blitt oversatt til engelsk. Dette kan ha vært med på at meninger med lokale uttrykk går tapt under oversettelsen. Oversettelse kan være en svakhet dersom informasjon blir mistolket eller oversatt feil.

## 6.0 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere våre funn opp imot litteraturstudiens hensikt, bakgrunnsteori, ny teori, annen forskning, nytteverdi for praksis og våre egne tanker rundt temaet. Vi diskuterer alle funnene opp mot hverandre fordi de må sees i en sammenheng.

### 6.1 *Å vokse opp med en psykisk syk forelder*

Som person trer man inn i ulike roller etter hvilke sosiale sammenhenger man er i. I en familie stilles det forventninger og krav til rollene. I foreldrerollen forventes det at man skal ha omsorg og ansvar for sine egne barn, de skal beskytte dem og hjelpe til med å ta avgjørelser (Bunkholdt 2002). Et av hovedfunnene våre var at det rapportertes om rolleendringer hos mange av deltakerne (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, Barca et al. 2014, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Millenaar et al. 2013, Foster 2010 og O'Connell 2008). For å få familiens hverdag til å gå rundt og fungere mest mulig optimalt, tok barna ansvar for oppgaver som husarbeid, matlaging og oppdragelse av søsken. Hele ansvaret kunne ligge på ett barn i en familie, mens andre familier delte på det

Det er viktig at sykepleiere bruker barneperspektivet når de snakker med barn. De kan ellers misforstå og tolke det som blir sagt slik at de setter seg selv i en vanskelig posisjon. Tilpasset kommunikasjon må anvendes for å unngå at barnet tar på seg for store og alvorlige oppgaver i forhold til hva en kan forvente av et barn (Robbestad 2002, sitert i Snoek og Engedal 2008, 32). Et eksempel på et utsagn som kan bli feiltolket av barn kan være at sykepleier sier at barnet er stort og kan derfor passe på mamma. Barnet kan se på dette som en arbeidsoppgave. Som sykepleier må man derfor være forsiktig med hvordan man ordlegger seg når man samtaler med et barn. Det kan være lurt å konkretisere at det ikke er barnets oppgave å ta vare på forelderen og at barnet kan få hjelp og støtte av offentlige organisasjoner. Samtidig kan man gi et telefonnummer som barnet kan ringe om det lurer på noe eller trenger hjelp.

Et barns rolle krever mindre ansvar, men jo eldre barnet blir, desto mer ansvar forventes det at barnet tar (Bunkholdt 2002). Man kan se at deltagerens opplevelse av foreldrenes rolle avviker fra den teoretiske normalen. De manglet noen som tok ansvar slik at de fikk muligheten til å bare være barn. Hadde vi selv fått like mye ansvar i egen barndom, ville vi

nok følt det på samme måte som majoriteten av deltagerne. Vi hadde nok følt at vi mistet mye av barndommen og måtte bli modne før jevnaldrende. Vi tenker at barndommen skal være en tid uten bekymringer, og det er en motsetning av hvordan disse deltagerne hadde det.

FNs barnekonvensjon er en av menneskerettighetskonvensjonene, men den gjelder kun barn under 18 år. Barnekonvensjonen tar utgangspunkt i prinsippet om at man alltid skal tenke på barnets beste først, uansett. Den gir alle barn like rettigheter uansett hvem barna er og hvor de bor. Den forteller blant annet at foreldre har hovedansvaret for god omsorg og utvikling hos barnet. Staten skal være med på å sikre at det utvikles tjenester og tiltak for omsorg av barn (FN-Sambandet 2016). Man kan ut ifra funnene våre se at disse rettighetene i flere tilfeller ikke blir oppfylt. Det er nå viktig å inneha kunnskaper om at disse finnes og at de gjelder i FNs medlemsland. Det er viktig at barn blir informert om rettighetene sine på en slik måte at de forstår. Som sykepleier kan man være med på å kartlegge om barn av foreldre med symptomer på psykisk lidelse får oppfylt sine rettigheter. Ved tvil burde sykepleier vurdere om det er behov for tiltak og oppfølging for å bedre barnets situasjon.

Deltagerne har i barndommen gjennomgått ulike mestringsprosesser for å mestre belastninger. De har mest sannsynlig gått gjennom en prosess der de har vurdert den belastende situasjonen og funnet ut hva de kunne eller måtte gjøre for å komme seg gjennom hendelsen (Eide og Eide 2013). Man kan se at deltagerne mestret barndommen på hver sin måte, men mange hadde lignende løsninger. De som kom seg best ut av barndommen har mest sannsynlig brukt følelsesfokusert mestring der de har klart å endre oppmerksomheten fra det negative til det positive, og de kan være de såkalte «løvetannbarna» som har hatt en sterk psykologisk motstandskraft. For oss som er utenforstående, så synes vi det er veldig interessant å se hvor godt enkelte klarte seg som barn i denne situasjonen, men også hvor velfungerende de ble som voksne. Dessverre var det en stor andel av deltagerne som ble mer negativt påvirket av å ha en psykisk syk forelder. Det er vanskelig for oss å sette oss inn i situasjonen, men vi kan forstå at det må ha vært en psykisk utfordring. Som sykepleier er det en nyttig og viktig kunnskap å kunne forstå situasjonen til de personene man kommer i kontakt med i yrkesutøvelsen. Dette kan gi økt trygghet og åpenhet blant brukerne.

I mange artikler kommer det frem at deltagerne ikke følte seg som jevnaldrende barn, de hadde problemer med å kommunisere med dem, skape relasjoner med disse barna og følte seg isolert (Johannesen, Engedal og Thorsen 2015, Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015, Murphy et al. 2015, Barca et al. 2014, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Foster 2010 og O'Connell 2008). I følge Bunkholdt (2002) blir barn som lever i en dysfunksjonell familie ofte isolerte fra omverdenen og jevnaldrende barn. Disse barna får ikke snakket med personer utenfor familien og delt sin virkelighet og erfaringer med andre. Ser vi funnene i vår studie opp mot teori så kan det tyde på at disse personene har vokst opp i en dysfunksjonell familie.

For barn som har vokst opp i en dysfunksjonell familie, kan familiesituasjonen være en stor påkjenning. For å klare seg gjennom denne påkjenningen er det viktig at barnet har en stor motstandskraft, også kalt resiliens. Mengden motstandskraft og evnen man har til å komme seg gjennom disse påkjenningene, fortigenese, har en avgjørende rolle for barnets utvikling (Espnes og Smedslund 2009). Aron Antonovsky var den som brakte tilbake ordet fortigenese i sin forskning, man kan også tenke på personen som fant opp salutogenese. Salutogenese, som resiliens, retter sin oppmerksomhet mot prosesser som fremmer fysisk og psykisk god helse. En av ulikhetene mellom disse betegnelseene er at resiliens er mer individorientert og er i utgangspunktet knyttet mot barn (Borge 2007, sitert i Kristoffersen 2012b, 159), mens salutogenesen ser mer på folkehelsen og den er tilpasset voksne (Mancini og Bonanno 2010, sitert i Kristoffersen 2012b, 159).

Funnene i vår studie viser til to mestringsstrategier da det gjaldt relasjoner med andre (Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Foster 2010 og O'Connell 2008). Den ene gruppen av deltagere unngår problemet helt ved å unngå tette relasjoner til andre utenfor familien. Mens den andre gruppen sosialiserte med andre utenfor kjernefamilien, uten å involvere vennene i familiesituasjonen. Disse to forskjellige måtene å håndtere sosiale relasjoner på, viser ulike former for problemfokustert mestring (Eide og Eide 2013). Når man kutter all relasjon til andre barn, så kommer man unna mye forklaring. Vi kan se for oss at hverdagen til de som hadde venner, men som aldri tok med besøk hjem, bestod av mange unnskyldninger og løgn. Barn er nysgjerrige av natur og slutter ikke å spørre før de får et svar de er tilfreds med. Det må ha vært en stor byrde for disse barna å komme på disse unnskyldningene hele tida for å skjule forelderens lidelse. Men selv om dette var en stor byrde, kan det ha vært godt for barnet å oppholde seg i andre omgivelser. De kunne

kanskje føle seg tryggere, mer som et barn, kjente mindre på ansvaret som de hadde hjemme og det ble som en frisone.

I barndommen har flere deltagere opplevd å ha en forelder som ikke var pålitelig og ønsket ikke at noen skulle oppfatte dem som syke eller synes synd på dem. Senere i voksenlivet har deltagerne opplevd at de har vanskeligheter med å stole på andre og å skape og beholde nære relasjoner (Murphy et al. 2015, Foster 2010 og O'Connell 2008). Vi kan se denne sammenhengen og forstå at det påvirker deltagerne senere i livet. Det er vanskelig å glemme og tilgi negative handlinger enkeltpersoner har gjort. Som sykepleier må man huske at noen kan ha vanskeligheter med å skape relasjon til nye mennesker, og ha problemer med å være åpne om sine problemer. Tanken om at de ikke vil at noen skal synes synd på dem eller tenke på dem som syke kan være til hinder for at en sykepleier skal kunne hjelpe.

Noen deltagere følte de mistet forelderens støtte til egen utvikling (Barca et al. 2014). En annen opplevelse var at forelderen var utilgjengelig (O'Connell 2008). Vi kan se for oss at det kan bli vanskeligere for et barn å komme seg videre fra en vanskelig situasjon dersom man mangler en forelder å støtte seg på. Med utgangspunkt i egne erfaringer kan det være godt å forhøre seg med en person man er fortrolig med dersom man opplever en utfordring i hverdagen. Denne person må være flink til å lytte og engasjere seg i samtalen. Vi føler selv at vi alltid har hatt noen å snakke med for å lette på trykket, men vi har fått et inntrykk av at et flertall av deltagerne manglet disse personene i sin barndom. De kan derfor ha blitt sittende inne med alle følelser og tanker. Som sykepleier må man vise denne pårørendegruppen at man er tilgjengelig og alt de sier blir behandlet under taushetsplikt.

I følge annen relevant forskning kommer det frem at også deltagere følte på manglende tilstedeværelse av en forelder på grunn av dens sykdom. I Marsh et al. (1993, sitert i Murphy et al. 2010, 3433) sier en deltager at han og søsteren ble følelsesmessig forlatt av deres forelder. I Duncan og Browning (2009, sitert i Murphy et al. 2010, 3433), beskriver informanten at hennes mor ikke hadde noe å tilføre i oppdragelsen eller oppveksten hennes. Dette er med på å underbygge våre funn om at barn av psykisk syke foreldre føler på en mangel av en person som støtter og veileder i barndommen. I Smebye og Helgesen (2012) forklares det at det er et viktig å bli verdsatt og man har et behov for bekreftelse på seg selv for å oppnå personlig utvikling og velvære.

Medavhengighet er et psykologisk konsept som fremdeles er lite kjent i Norge. Det er ingen diagnose, men det er en tilstand hos en person som har et overdrevet fokus på noen andre enn seg selv. Dette kommer av at man er pårørende til en med rus- eller psykiske problemer. En medavhengig har problemer med å skille mellom seg selv og miljøet. Typisk for personer med medavhengighet er at de føler behov for å kontrollere omgivelsene, tar mye ansvar, de påvirkes av den syke sin sinnstilstand og de kan oppleve relasjonsproblemer (ATROP 2016). Flere av deltagerne i studiene våre har likhetstrekk med denne tilstanden og det kan hende de igjennom barndommen har utviklet medavhengighet, noe som er vanlig å få gjennom oppveksten. Belastninger som utrygghet, uforutsigbarhet, lite støtte, for mye ansvar i forhold til alder, det å ikke få være barn og hemmelighetsholding av familiesituasjonen kan utløse dette (ATROP 2016). Også belastningene de hadde som barn har store likhetstrekk med våre funn. Vi ser på dette som et aktuelt begrep som beskriver påvirkningskraften av å ha en psykisk syk forelder.

Alle mennesker har ulike erfaringer som påvirker dem forskjellig. Det er vanskelig å vite hvilke erfaringer, hendelser og sanseinntrykk som fører til at en person blir som den blir. En må se på totalen av alle disse inntrykkene, men også enkelthendelser kan ha stor påvirkningskraft, et eksempel på det kan være traumatiske hendelser. Barn som nærmeste pårørende til psykiske syke blir fort sårbare, de har behov for trygghet og beskyttelse. Disse barna har vært usynlige for de rundt seg og har derfor ikke tilstrekkelig fått dekket sine behov (Gjertsen 2013).

## **6.2 Hjelp og støtte**

Deltagerne beskrev følelsene de hyppig opplevde gjennom barndommen som redsel, bekymring og usikkerhet (Murphy et al. 2015, Barca et al. 2014, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Millenaar et al. 2013 og Foster 2010). Mangelen på kunnskap om forelderens lidelse kan ha kommet av at deltagerne hadde dårlig kommunikasjon med familien, mangel på hjelp fra helsepersonell og andre med erfaringer fra lignende situasjoner.

Som konsekvens av manglende informasjon søkte flere etter informasjon selv. I følge Millenaar et al. (2013) kommer det tydelig frem at noen deltagere hadde brukt Internett for å søke etter informasjon. Det å drive med selvdagnostisering har blitt en utbredt måte å få et inntrykk av egen helsetilstand. For de som leter etter en årsak til symptomer, kan den stilte diagnosen få alvorlige konsekvenser. Mangel på en kyndig persons vurdering kan føre til blant annet alvorlige angst- og depresjonstilstander uten at det foreligger noen bakenforliggende årsak (Espnes og Smedslund 2009).

Ut ifra egne erfaringer kan det å søke opp symptomer resultere i at en kommer over mange forskjellige sykdommer som har fellestrekk, men som er av ulik alvorlighetsgrad. For eksempel kan et søk på symptomet «hodepine», resultere i alt fra hodepine utløst av stress til hodepine som kommer av hjernesvulst eller høyt blodtrykk. Noe informasjon på Internett kan derimot være nyttig da det kan gi et inntrykk hvilke sykdommer det kan være og om det finnes noen tiltak en gjøre. Helseopplysningssider på Internett kan spre ønsket helseinformasjon og helseopplysninger, slik at de som er på leting etter helseinformasjon kan bruke disse nettsidene for å få svar. Denne måten å få tak i informasjon om helsetilstander er effektivt og billig for brukeren og de som ønsker å dele helseinformasjon (Espnes og Smedslund 2009).

Det var blandede erfaringer rundt det å delta på støttegrupper, men selve ønsket om å ha tilgang på det stod sterkt blant dem alle. Det ble uttrykt et ønske om at støttegruppene kun skulle være for barn med liknende bakgrunn (Barca et al. 2014 og Boursnell 2011).

Vi ser for oss at det kan være vanskelig for et barn å skille situasjoner og erfaringer fra hverandre. Når det er såpass mange med ulik bakgrunn og et vidt aldersspenn, kan barna selv tro at dette gjelder dem selv og deres situasjon. En sann type samling kan virke mer forvirrende enn opplysende for et barn, spesielt hos de yngste. I Norge i dag finnes det flere støttegrupper tilpasset barn og voksne barn av psykisk syke. Det er viktig å informere om at disse finnes og at det kan være til hjelp. Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om disse gruppene og hvordan man kan få kontakt med dem.

Jean Piaget, en tidligere teoretiker, bygger sin teori på Freud sin utviklingsteori. I senere tid har teoretikeren Vygotsky bygget videre på Piaget sin stadieteori og satt mer fokus på det sosiale samspillet. Han ser spesielt på familiesituasjonen, samfunnet rundt,

arbeidsforhold, tro og verdier, og hvordan dette påvirker familien som en helhet og hvert enkelt familiemedlem. For å oppnå optimal utvikling, mener Vygotsky at man som barn må ha en «læremester» som hjelper barna til å komme videre i sin utvikling kognitivt (Bunkholdt 2002).

Hvis vi overfører ordet «læremester» fra Vygotsky sin teori til praksis, vil vi kalle det rollemodell eller forbilde. Vi kan se viktigheten av å ha dette for et barn for å oppnå en positiv kognitiv utvikling. Personer som barnet kontinuerlig er i kontakt med, som for eksempel sykepleiere, annen familie, lærere, eller andre stabile personer som barnet ser opp til, kan bli rollefigurer. Som sykepleier må man tenke over at man kan bli en av disse stabile personene i barnets liv. Barn av psykisk syke kommer som oftest i kontakt med sykepleiere på grunn av forelderens situasjon. I disse situasjonene kan det være godt for barnet å vite at det kan snakke med som har innsyn i situasjonen. Som sykepleier er det derfor viktig å være åpen for å lytte og ta seg god tid til denne pårørendegruppen. Viser de som står nærmest eller helsepersonell manglende forståelse etter traumatiske kriser kan det for den personen det gjelder føles krenkende og forverre situasjonen (Snoek og Engedal 2008).

Senere i livet kan denne pårørendegruppens erfaringer med sykepleiere fra barndommen følge dem videre og skape forventninger til hvordan en sykepleier er. Har de gode minner og opplevelser fra kontakt med sykepleiere, vil de kanskje forvente at de sykepleierne de møter i voksen alder også er sånn. Det er viktig å være bevisst på hvilken måte man møter og behandler denne gruppen pårørende som barn, men også som voksne.

Som sagt tidligere opplevde mange deltagere redsel og usikkerhet gjennom barndommen. Hos noen fulgte denne redselen deltagerne som voksen (Bauer, Spiessl og Helmbrecht 2015, Murphy et al. 2015 Lu et al. 2008, Oskouie, Zeighami og Joolae 2011, Bournell 2011, Foster 2010 og O'Connell 2008). Denne redselen kan ha kommet av at de i barndommen følte mangel på kunnskap om forelderens lidelse og om eventuell arvelighet.

I følge Snoek og Engedal (2008) er det holdepunkter for å si at arvelige faktorer er vesentlig betydelig hos flere alvorlige psykiatriske lidelser, som da i første omgang er en arvelig disposisjon. Men denne genetiske faktoren bør sees i sammenheng med omgivelsene som er rundt barnet under oppveksten. Det som kan spille inn under



oppveksten er situasjonen i familien, samfunnet barnet bor i og hvordan hele familien påvirkes av forholdene rundt (Bunkholdt 2002). For å redusere sannsynligheten for at et avkom skal utvikle en psykisk lidelse som forelderen, er det viktig å kartlegge behovet for at oppfølging av barnevernet eller helsepersonell skjer på et tidlig stadium.

Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven sørger for at helsepersonell tar ansvar, kartlegger miljøet til barn av psykisk syke og gjør tiltak for å hjelpe mindreårige barn og den syke forelderen (Helsepersonelloven 2015 og Spesialisthelsetjenesteloven 2016).

En annen sentral lov for helsepersonell er Barnevernloven § 6-4, *Innhenting av opplysninger*. Den sier at yrkesutøvere i medhold til blant annet Helsepersonelloven av eget tiltak skal opplyse kommunens barneverntjeneste ved mistanke om mishandling i hjemmet eller andre former for omsorgssvikt, ved vedvarende alvorlige atferdsvansker eller om det er grunn til å tro at det er fare for menneskehandel av barn. Taushetsplikt skal ikke hindre dette (Barnevernloven 2015). Som sykepleier har man derfor en plikt til å informere barneverntjenesten i kommunen dersom man har en mistanke om at disse hendelsene er aktuelle. Det har vært store diskusjoner rundt når man skal kontakte barnevernet og hvem som burde gjøre det. Vi ser for oss at dette kan være en utfordrende oppgave å ta på seg. Selv ville vi mest sannsynlig blitt ukomfortable og usikre i situasjonen, mye fordi det kan gi store konsekvenser for en hel familie. Men man må tenke på hva som er best for barnet.

For å finne den beste løsningen og hjelpen til et menneske, er det tverrprofesjonelle samarbeidet nødvendig. Som sykepleier ser man ofte på sykdomsbildet hos en person, mens andre yrkesgrupper fokuserer på andre aspekter hos mennesket og de kan iverksette andre tiltak. Et tverrfaglig team kan bestå av sykepleiere, sosionomer, vernepleiere og psykologer. Man får da et helhetlig perspektiv over personen og kan derfor iverksette tiltak for å løse de omfattende og komplekse oppgavene som barn og unge har problemer med på de ulike områdene. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er en viktig faktor innen forebyggende helsearbeid (Gjertsen 2007).

Alle som er i kontakt med barn har et ansvar for å følge med på barnet og hvordan det fremstår. Det kan være i sammenheng med skole og fritidsaktiviteter. Man må observere om barnet forandrer seg, om det har en lik utvikling som andre og om det blir tilbaketrukkent eller utagerende. Alle slike endringer hos barnet kan være et tegn på

omsorgssvikt, understimulering eller andre forandringer i barnets miljø. I fjerde fase i Eriksons utviklingsteori skjer videreutvikling av initiativ til forpliktelser og det å være en del av sosiale fellesskap (Bunkholdt 2002). Dersom kriteriene for dette stadiet ikke blir oppfylt kan man få forstyrrelser i utviklingen. Dette kan også være et tegn på omsorgssvikt. Ved mistanke om omsorgssvikt skal man informere barnevernet eller politiet. Man burde i tillegg ta personlig kontakt med barnet for å forhøre seg om situasjonen. Som helsesøster ved en skole skal man følge Sosial- og helsedirektoratet (2004) sin veileder og man skal være den som skal trekke inn andre med kompetanse på det aktuelle fagområdet. Som et tiltak til forebyggende helsearbeid kan man være med på å legge til rette for undervisning om psykisk helse, hvordan man kan få hjelp både til seg selv og andre barn.

## **7.0 Konklusjon**

Hensikten med litteraturstudien var å belyse erfaringer knyttet til å vokse opp med foreldre med adferd og symptomer på psykisk sykdom.

Å vokse opp med en psykisk syk forelder kan føre til negative erfaringer, som fører til ettervirkninger. Deltagerne erfarte en rolleendring i familien. Å skape og opprettholde relasjoner ble opplevd som vanskelig. Mange opplevde at det å ha en psykisk syk forelder som en tung bær i forhold til skole og utdanning. Mange følte på redsel, bekymring og usikkerhet. Disse følelsene ble i voksen alder tilknyttet til tanken at de selv ville utvikle en psykisk lidelse eller føre det videre til sine etterkommere. Voksne barn av psykisk syke opplevde dårlig tilbud fra helsetjenester og informasjonsmangel som barn, både til seg selv og til forelderen, og de måtte søke nødvendig hjelp selv.

Det er imidlertid viktig å bemerke seg at enkelte mennesker klarer seg bedre enn andre både under barndommen og etter, og får ikke store, negative følger. Dette er lite belyst i funnene våre.

Gjennom vårt arbeid med denne litteraturstudien ser vi at erfaringene og ettervirkningene går over i hverandre. Oppveksten kan følge dem lenge og legge føring for hvilke valg de kommer til å ta i sitt voksne liv.

### **7.1 *Konsekvenser for praksis***

Helsepersonelloven § 10 a skal føre til kartlegging av denne pårørendegruppen og helsepersonell skal vurdere om barnet har behov for oppfølging. Som sykepleier må man være klar over at disse barna eksisterer og at de må oppdages så tidlig som mulig. Man må ha kunnskap om hvilke konsekvenser barnet kan få uten hjelp og nødvendig oppfølging. Sykepleier må ha kunnskap om lidelsen til forelderen, kunne sette seg inn i situasjonen til barna, kommunisere godt med dem og tilrettelegge informasjonen. Man må kunne sette i gang sykepleietiltak og delta på tiltak ved tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Sykepleiere har en viktig forebyggende funksjon i forhold til barn og tverrprofesjonelt arbeid. De møter disse barna gjennom blant annet helsestasjon og skolehelsetjenesten. I møte med barn i vanskelige situasjoner må man være klar over barns rettigheter og lovverk

som er til for å sikre barns utvikling og velbefinnende. Funnene i studien kan gi sykepleiere mer kunnskap slik at de lettere oppdager tegn på omsorgssvikt og forhold i familien som kan være skadelig for barnet.

Det er stor sannsynlighet for at man møter på denne gruppen når de selv er voksne, og kanskje har utviklet egne psykiske lidelser. Ved møte med en pasient er det viktig å få oversikt over sykehistorien og forhold rundt gjennom en sykepleieanamnese. Kunnskapen om ettervirkninger kan være til hjelp ved tilnærming og kommunikasjon med pasienten.

## ***7.2 Forslag til videre forskning***

Vi ser på det som viktig å forske mer på ettervirkningene hos voksne barn av psykisk syke for å heve kunnskapsnivået til helsepersonell og øke oppmerksomheten. Spesielt i Norge kan det være aktuelt å forske mer på denne gruppen for å se om lovverket kan gjøre en forskjell, om flere blir oppdaget og får hjelp og da se om antall barn som i voksenlivet får egne problemer grunnet barndomsopplevelser blir redusert.

## Litteraturliste

- Askland, Leif og Svein Ole Sataøen. 2009. *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- ATROP, organisasjonen ATROP – støtte og ettervernssenter. 2016. «Medavhengighet» (Lest 26.3.2016).  
<http://www.atrop.no/malgrupper/med-avhengighet>
- Barca, Maria Lage, Kirsten Thorsen, Knut Engedal, Per Kristian Hauge og Aud Johannessen. 2014. «Nobody asked me how i felt: experiences of adult children of persons with young-onset dementia». *International Psychogeriatric* 26:12, 1935-1944. DOI: 10.1017/s1041610213002639
- Barnevernloven. 2015. *Lov av 22. juni 2012 nr. 34 Innhentning av opplysninger*  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100#KAPITTEL_7)
- Bauer, Rita, Hermann Spiessl og Marina J. Helmbrecht. 2015. «Burden, reward, and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder». *International Journal of Bipolar Disorders* (2015) 3:2. DOI: 10.1186/s40345-015-0021-5
- Bournsnel, Melanie. 2011. “Parents With Mental Illness: The Cycle of Intergenerational Mental Illness.” *Children Australia* 36(1): 26-35. Doi: 10.1375/jcas.36.1.26
- Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahle, Gro og Svein Nyhus. 2007. *Håret til mamma*. Oslo: Cappelen Damm forlag
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2013. «Krise- og mestringsteori.» *I Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. 166-194. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Espnes, Geir Arild og Geir Smedslund. 2009. *Helsepsykologi*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Evans, David. 2002. “Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data synthesis of processed data.” *Australian J of advanced Nursing*; 20(2), 22-25
- FN-Sambandet. 2016. “FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjon)”. (Lest 6.4.2016)  
<http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>

- Foster, Kim. 2010. "You'd think this roller coaster was never going to stop": experiences of adult children of parents with serious mental illness." *Journal of Clinical Nursing* 19: 3143-3151. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x
- Gjertsen, Per-Åge, red. 2007. *Forebyggende barnevern*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gjertsen, Per-Åge. 2013. *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven. 2015. *Lov av 19. juni 2009 nr. 70 om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse Nord. 2012. «Barn som pårørende: Sluttrapport og anbefalinger for videre oppfølging.» [http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/RAPPORTER%20OG%20H%C3%98RINGE/R/Sluttrapport\\_Barn\\_som\\_parerende\\_17062012.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/RAPPORTER%20OG%20H%C3%98RINGE/R/Sluttrapport_Barn_som_parerende_17062012.pdf)
- Høgskolen i Molde. 2015. *Generelle retningslinjer for avsluttende bachelorexamen i sykepleie*. Avdeling for helse- og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde.
- Johannessen, Aud, Knut Engedal og Kirsten Thorsen. 2015. «Adult children of parents with young-onset dementia narrate the experiences of their youth through metaphors.» *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2015:8 245-254.  
<http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S84069>
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2012a. «Helse og sykdom.» I *Grunnleggende sykepleie 1 - sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, red. Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug. 31-81, 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk forlag
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2012b. «Stress og mestring.» I *Grunnleggende sykepleie 3 - pasientfenomener og livsutfordringer*, red. Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug. 133-196, 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk forlag
- Kunnskapssenteret. 2014. «Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler». (Lest 17.11.2015) <http://www.Kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2009. «Etikk og intervjuundersøkelser». I *Det kvalitative forskningsintervju*, 79-97, 2. utg.. Oslo: Gyldendal akademisk forlag
- Lu, Weili, Kim T. Mueser, Stanley D. Rosenberg og Mary Kay Janokowski. 2008. «Correlates of Adverse Childhood Experiences Among Adults With Severe Mood Disorder». *Psychiatric services* 59:1018-1026. CINAHL: 105671371.

- Millenaar, Joany K., Deliane van Vliet, Christian Bakker, Myrra J. F. J. Vernooij-Dassen, Raymond T. C. M. Koopmans, Frans R. J. Verhey og Marjoelin E. de Vugt. 2013. "The experiences and needs of children living with a parent with young onset dementia: results from the NeedYD study." *International Psychogeriatrics* 26 (12):2001-2010. Doi: 10.1017/S1041610213001890
- Murphy, Gillian, Kathleen Peters, Debra Jackson og Lesley Wilkes. 2010. "A qualitative meta-synthesis of adult children of parents with a mental illness". *Journal of Clinical Nursing*. 20, 3430-3442. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03651.x
- Murphy, Gillian, Kathleen Peters, Lesley Wilkes og Debra Jackson. 2015. «Childhood Parental Mental Illness: Living with Fear and Mistrust». *Issues in Mental Health Nursing* 36:4,294-299. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2014.971385>
- Nordtvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert*, 2. utg. Oslo: Akribe.
- NSD, Norsk senter for forskningsdata. 2016. «Database for statistikk om høgre utdanning» (Lest 08.03.16)  
[https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?enkeltSok=journal+of+clinical+nursing&\\_checkbox\\_bibsys=true&sok.avansert=false&treffliste.tidsskriftTreffside=1&treffliste.forlagTreffside=1&treffliste.vis=true](https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?enkeltSok=journal+of+clinical+nursing&_checkbox_bibsys=true&sok.avansert=false&treffliste.tidsskriftTreffside=1&treffliste.forlagTreffside=1&treffliste.vis=true)
- O'Connell, Kathleen LeClear. 2008. "What Can We Learn? Adult Outcomes in Children of Seriously Mentally Ill Mothers". *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 21(2):89-104. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2008.00136.x>
- Oskouie, Fatemeh, Reza Zeighami og Soodabeh Joolae. 2011. "Outcomes of Parental Mental Illness on Children – A Qualitative Study from Iran". *Journal of Psychosocial Nursing* 49 (9):32-40. Doi: 10.3928/02793695-20110802-06
- Smebye, Kari Lislrud og Ann Karin Helgesen. 2012. «Kontakt med andre.» I *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener og livsutfordringer*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Ann Skaug, 42-70, 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. *Psykiatri: Kunnskap – Forståelse - Utfordringer*, 3. utg. Oslo: Akribe forlag.

- Sosial- og helsedirektoratet. 2004. *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.*  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/388/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons--og-skolehelsetj-.pdf>
- Spesialisthelsetjenesten. 2016. *Lov av 19. juni 2009 nr 70 Om barneansvarlig personell mv.*  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2011. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning & klinisk verksamhet.* Lund: Studentlitteratur.



## Vedlegg 1

PO-skjema

<b>Problem</b>	<b>Outcome/Utfall</b>
Barn Voksne barn Avkom Voksne barn av psykisk syke foreldre Foreldre Familie Psykisk lidelse Psyk* Foreldre-barn forhold Foreldre med psykiske lidelse Barn som pårørende	Ettervirkning Konsekvens Mental helse
Child* Adult Child* Offspring Grown-up children Adult children of mentally ill parents Parent* Famil* Mental illness Mental disorder Psych* Parent-child relations Parental mental illness	Repercussion Consequence Mental health
Barn som anhöriga	

## Vedlegg 2

Søkeord	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
(adult children of mentally ill parents) AND Schol(yes) AND at.exact("article") AND la.exact("English" OR "Swedish" OR Norwegian" OR "Danish") Additional limits- Date: After 2010; Age group: Adult (19-44 years), Aged (65+ years), aged (80+ years), Middle aged (45-64 years)	17.11.2 015	ProQuest	371	12	2	1
(child or children or «adult children») AND parent* AND («mental illness» OR «mental disorder») AND (repercussion OR consequence) AND Limit to (yr 2005-current).	17.11.2 015	ProQuest	8 503	3	1	1
(Adult children/ OR "adult child*) AND (Mental Disorders/ OR psych* OR Psychiatry) AND ((Family/ OR famil*) OR (parent* OR Parent-Child Relations/)) AND ("mental health" OR Mental Health/)	17.11.2 015	Ovid Medline	98	5	3	1
(Adult children) AND (mental illness) OR (mental disorder) AND (parents) OR (Family) AND (repercussion*) OR (Consequence*) AND (adaptation) Limit to after 2008	17.11.2 015	CINAHL	1376	20	5	1
Samme som ovenfor	18.11.2 015	CINAHL	1376	18	6	1

(child or children or «adult children») AND parent* AND «mental illness» or «mental disorder» AND Repercussion or consequence AND limit to (yr 2010 - current), limit to (english or danish or norwegian) and childhood and qualitative.	24.11.2 015	ProQuest	1000	6	1	1
“barn som anhöriga”  Fant en artikkel som var revidert versjon, så søkte vi opp og brukte original.	26.11.2 015	SveMed +	270	3	1	1
“Parental Mental Illness”, limit to (yr 2010-2015), limit to “all adults”	26.11.2 015	CINAHL	17	15	5	1
Samme som ovenfor inkl. “Find similar to Level of anxiety and depression in adult children of mothers with borderline personality disorder” AND “remove duplicates”	27.11.2 015	AMED, Ovid MEDLI NE(R), PsychIN FO	78	2	1	1
Adult children/px[Psychology ]AND (mental disorder.mp.OR Mental disorders/)	01.03.2 016	Ovid MEDLI NE (R)	31	5	2	1

### Vedlegg 3

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltaker e / Frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet	Art. nr
Aud Johannessen, Knut Engedal og Kirsten Thorsen 2015 Norge Journal of Multidisciplinary Healthcare	Adult children of parents with young-onset dementia narrate the experiences of their youth through metaphors	Hensikten med denne studien var å utforske fortellingene til barn av personer med tidlig demens og å tolke deres metaforiske uttrykk av deres erfaringer. Dette for å bruke det som en kilde til å forstå deres situasjon og behov under utviklingen av	Deltagerne ble rekruttert gjennom to hukommelsesklinikker, en kommune, et sykehjem og den norske nasjonale støttegruppen for voksne barn av personer med tidlig demens. Kvalitative intervjuer ble gjennomført hos alle deltagerne.	14 deltagere i alderen 18-30 år. 2 spurte personer valgte å ikke delta i studien.	De kom frem til fire hovedtemaer: 1. Utviklingen av demens: «my parent is sliding away» Deltagerne forteller om at sine foreldre gradvis mister kontrollen, blir mindre gjenkjennbare og blir en fremmed. 2. Følelser: «emotional chaos» Utviklingen av demens sykdommen førte til at deltageres tanker og sinn ble fylt av et mangfold av følelser. Deltagerne beskrev alle følelsene var en byrde. De følte også på at det var	Studien fulgte de etiske retningslinjene beskrevet i Declaration of Helsinki og retningslinjene fra den Regionale Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør Norge. Datatilsynet godkjente studien. Deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og gav et skriftlig samtykke før intervjuet.	Fagfellevurdert. Høy kvalitet.	1

		foreldrenes demens.		<p>vanskelig å snakke om om deres situasjon til andre.</p> <p>3. Forandrede relasjoner: «becoming a parent to my parent»</p> <p>Barna hadde forskjellige erfaringer til demens i forskjellige stadier. De som var mest involvert var de som bodde hjemme med forelderen mens sykdommen utviklet seg.</p> <p>4. Tilbudet av offentlige tjenester: «a battle».</p> <p>Alle deltagerne hadde erfart at tilbudet av offentlige tjenester kom sent, og de tilbudte tjenestene var upassende, utilstrekkelige og ikke tilfredsstillende. De opplevde at helsepersonellet som skulle hjelpe ikke ville høre på deres fortellinger og prøve å forstå deres situasjon. Deltagerne følte seg alene, oversett, ute av fokus og ville ikke</p>			
--	--	---------------------	--	--	--	--	--

					gå alene på deres tunge reise.			
Rita Bauer, Hermann Spiessl og Marina J. Helmbrecht 2015 Nederland International Journal of Bipolar Disorders	Burden, reward, and coping of adult offspring of patients with depression and bipolar disorder	Hensikten til studien var å undersøke hvordan voksne barn av foreldre med depresjon (ODD) eller bipolarlidelse (OBD), mestrer situasjonen på ulike måter og på hvordan de ser på situasjonen som en byrde eller positive erfaringer.	Deltakere til studien ble samlet i løpet av seks måneder. I alt ble 124 pasienter, med diagnosene bipolar lidelse og depresjon, spurt om de hadde voksne barn som kunne delta. Til slutt endte de opp med 30 voksne barn mellom 18 og 46 år som ville og kunne delta. Alle ble intervjuet av en spesialisert psykolog og hvert intervju varte mellom 13 og 71 minutter. Deltakerne ble delt opp etter kategoriene; kjønn, alder,	30 voksne barn. Ingen nevnte frafall.	1. Forskjell mellom ODD og OBD innen byrde Det var kun to merkbare forskjeller mellom ODD og OBD. ODD var mer misfornøyd med pasientens hjelpetiltak, mens OBD hadde større problemer i forhold til skole og jobb. Denne studien beviser at byrdene ikke stopper i voksen alder.  2. Forskjell mellom ODD og OBD innen positive erfaring. Liten forskjell hos gruppene innen positiv erfaring. Det var tydelig er godt forhold mellom foreldrene og barna. Som voksne klarer de å distansere seg fra sin barndom og bruke denne som lærerik og selvberikende.  3.Mestringsstrategier for	Studieprotokollen ble godkjent av den etiske komiteen av Medical Faculty of the University of Regensburg, og alle deltakerne gav en skriftlig enighet på deltakelse.	Fagfellevurdert. Høy kvalitet.	2

			<p>utdanningsnivå, jobbstatus, sivilstatus, deler husholdning med pasienten, antall personer i husholdningen, månedslønn, antall timer ukentligkontakt med pasient, avstand mellom hjem og klinikk pasienten bor, verge til pasient og om man deltar i et støttegruppe for pårørende til psykisk syke. Kategoriene skulle være med på å gi et svar på hvilke grupper som ble mest påvirket på ulike måter av å ha en forelder med en psykisk syk lidelse. De brukte i tillegg</p>		<p>de voksne barna Det ingen forskjell i bruk av problem orientering. Spesielt for barn av bipolare (OBD) er at de benytter seg av depressiv mestring.</p> <p>4. Karakteristikken av de mest utsatte barna -Det voksne barnet er ungt (mellom 18 og 20 år) -Barnet var 10 år eller yngre da forelderens lidelse startet -Barnet bor sammen med den syke forelder -Barnet er verge for forelder -Barnet rapporterer mange plagsomme byrder -Forelder har en bipolar lidelse -Forelder har en alvorlig grad av lidelsen -Forelder er singel -Forelder er ikke myndig Forelder har forsøkt å begå selvmord</p>			
--	--	--	---	--	---	--	--	--

			en såkalt t-test for å se om det var en tydelig forskjell mellom avkom til de med bipolar lidelse og depresjon.					
Gillian Murphy, Kathleen Peters, Lesley Wilkes og Debra Jackson 2015 Australia Issues in Mental Health Nursing	Childhood Parental Mental Illness: Living with Fear and Mistrust	De ville undersøke hvilke erfaringer voksne barn hadde med frykt, mens de bodde sammen med psykisksyke foreldre, men også senere i livet.	De har brukt narrative undersøkelser i form av et intervju.	13 deltagere, 3 menn og 10 kvinner. Ingen nevnte frafall.	Flere av deltagerne opplevde redsel i barndommen, og de fleste rapporterte at redselen fulgte dem videre i voksenlivet. Alle deltagerne fortalte om redsel knyttet opp mot mangel av kunnskap på foreldrenes psykiske lidelse. De hadde også en følelse av isolasjon fra andre som forsterket intensiteten av frykten. Noen av deltagerne var og redde for at foreldrene skulle skade seg selv, selv om de ikke gjorde det, var de redde for potensialet til selvskading. Flere av deltagerne hadde også	Godkjent av University Ethical Board.	Fagfellevurdert, høy kvalitet	3



					levd med aggresjon i fysisk og psykisk form. Selv om de levde med foreldre med aggresjon og vold, følte alle deltagerne at de var elsket av sine foreldre.			
Weili Lu, Kim T. Mueser, Stanley D. Rosenberg og Mary Kay Janokowski . 2008 USA Psychiatric Services.	Correlates of Adverse Childhood Experiences Among Adults With Severe Mood Disorders	Hensikten med studien var å undersøke den kliniske sammenhengen mellom erfaringer hos voksne med alvorlige psykiske lidelser.	De undersøkte områder som ugunstige opplevelser i barndommen, rusmiddelbruk, psykisk helse og funksjonsnivået i samfunnet, gjennom å bruke strukturerte intervju, selvrappoteringsverktøy og gjennomgang av journal.	254 Ingen nevnte frafall.	82 av de 254 deltagerne rapporterte å ha hatt foreldre med psykiske lidelser, noe som utgjør 32 % av deltagerne. Foreldre med mentale lidelser var assosiert med høyest antall av ugunstige opplevelser i barndommen som forekom på samme tid.	Deltagerne gav et informert samtykke.	Fagfellevurdert. Høy kvalitet	4
Maria Lage Barca, Kirsten Thorsen, Knut Engedal, Per Kristian Haugen og	Nobody asked me how I felt: experiences of adult children of persons with young-onset	Hensikten med studien var utforske hvordan voksne barn av foreldre med tidlig debutert demens har	Det ble utført kvalitative intervju av 14 informanter som ble gjennomført og analysert tematisk.	14 deltagere mellom 20 og 37 år. Ingen nevnte frafall.	Deltagerne som levde det meste av sin ungdomstid med foreldre med tidlig demens, kjente på størst påkjenning. Disse deltagerne kjente på en lettelse når de flyttet hjemmefra på grunn av	Den regionale komité for etikk i medisinsk forskning, sør Norge, godkjente studien. Deltagerne fikk muntlig og	Fagfellevurdert. Høy kvalitet.	5

Aud Johannesen. 2014 Norge International psychogeriatrics	dementia	erfart utviklingen hos foreldrenes demens og hvilket behov de har for assistanse.			jobb eller studier. Deres involvering i kompliserte situasjoner ble da redusert, men selv om de flyttet hjemmefra var deltagerne mer eller mindre bekymret for forelderen og familien hjemme. Denne engstelsen gikk utover deres konsentrasjon som hindret fremgang i studier eller jobb. Noen av barna hadde også avsluttet studiet eller jobb for å flytte hjem igjen for å ta vare på sine foreldre. Barna kjente på en form for lettelse når foreldrene ble flyttet til et sykehjem, men de følte og på en sorg, skyldfølelse og bekymring for at foreldrene ikke fikk god nok behandling.	skriftlig informasjon og gav en skriftlig samtykke til å bli med i studien.		
Fatemeh Oskouie, Reza Zeighami og Soodabeh	Outcomes of Parental Mental Illness on Children	Utforske utfallene av foreldres psykiske lidelse hos deres barn.	Det er brukt grounded theory, som tillater forskerne å forklare et fenomen i en	17 voksne barn i alderen 17 – 26 år. Ingen nevnte	Foreldrenes psykiske lidelser ledet til fem utfall som inkluderer kommunikasjons-, mentale-, utdannings-, økonomiske-, og ekstra	Skriftlig samtykke ble samlet fra alle deltakerne i studiet og alt ble behandlet	Fagfellevurdert, høy kvalitet.	6

Joolaee. 2011. Iran Journal of Psychosocial nursing			sosial situasjon gjennom identifisering av den overførende prosessen og analysere samtidig. Det er og brukt et semi-strukturert intervju.	frafall fra studien.	rolle faktorer. Barna rapporterte problemer med å kommunisere med andre, skyhet, angst, lav selvfølelse, håpløshet, forstyrrelser i utdanningen, økonomiske problemer og at de må påta seg foreldrenes omsorgsrolle.	konfidensielt.		
Melanie Bournnell 2011 Australia Australian academic press	Parents With Mental Illness: The Cycle of Intergenerational Mental Illness	Målet med studiet var å se hvordan foreldre som selv vokste opp med psykisk lidelse tenkte på hvordan deres egen foreldreomsorg, og hvordan de ville handle ut ifra egen erfaring.	En kvalitativ forskningsartikkel som er basert på en erfaringsbasert undersøkelse der det ble intervjuet foreldre som vokste opp med psykisk lidelse, og som selv hadde fått psykiske lidelser. Intervjuet varte omtrent én time. De ble ikke direkte spurt om	23 foreldre med psykisk lidelse, med barn i alderen 0-18 år. Ingen nevnte frafall.	I artikkelen ble fire temaer om foreldrene sine tanker rundt oppdragelse og oppførsel rundt egne barn tatt opp. De aktuelle temaene var: 1. Påvirkning av egen foreldreomsorg. Et nevneverdig antall foreldre følte at deres foreldreomsorg for egne barn ble påvirket av deres egne foreldre sin psykiske sykdom, like mye som de som har opplevd vold, misbruk og forsømmelse i barndommen. 2. Repetere sirkelen.	Deltakerne samtykket før studien.	Fagfellevurdert, middels kvalitet.	7

			<p>lidelsene, men om livet deres. Åpent intervju.</p>		<p>De fleste var redde for å repetere denne sirkelen, ved å «overføre» dette videre til sine egne barn. Deltakerne var enige om at plager fra barndommen kom til å føre til større plager senere i livet.</p> <p>3. Bryte sirkelen.</p> <p>Mesteparten som deltok i undersøkelsen ville bryte sirkelen slik at deres barn ikke fikk de samme følgene som dem.</p> <p>4. Snakke om familien.</p> <p>Mange syntes det var vanskelig å snakke om familien, med tanke på de psykiske lidelsene i familien. For noen var undersøkelsen første gang de snakket om familieforholdene. Ingen av deltakerne hadde hatt samtale med en utdannet person innen psykisk helse om dere kapasitet til å være foreldre.</p>			
--	--	--	---	--	---	--	--	--

Joany K. Millenaar, Deliane van Vliet, Christian Bakker, Myrra J. F. J. Vernooij-Dassen, Raymond T. C. M. Koopmans, Frans R. J. Verhey og Marjolein E. de Vugt 2013 Nederland International Psychogeriatrics	The experiences and needs of children living with a parent with young onset dementia: results from the NeedYD study	Hensikten med studien var å utforske erfaringene til barn som bor sammen med unge foreldre med demens, med fokus på barnas behov.	Deltagerne ble samlet inn gjennom hukommelsesklinikker, regionsykehus, regionale psykiatriske helsetjenester og spesialiserte dag tjenester. Det ble brukt delvis-strukturerte intervjuer.	15 deltagere. Ingen nevnte frafall.	Barna hadde vanskeligheter med å håndtere ansvarsområde og viste bekymringer om sin fremtid. For å takle disse problemene brukte barna forskjellige strategier, som unngåelse eller tilpassing til situasjonen. Selv om de fleste barna i utgangspunktet var motvillige til å få profesjonell hjelp, uttrykte flere av dem behov for veiledning i forhold til forandringene i foreldrenes atferd. Barna følte mer komfortable med å snakke med noen som hadde kjennskap til deres situasjon og som hadde kunnskap om tidlig demens.	De voksne barna gav sitt skriftlige samtykke.	Fagfellevurdert, høy kvalitet.	8
Kim Foster. 2010 Australia Journal of Clinical Nursing	«You'd think this roller coaster was never going to stop»: experiences of adult	Hensikten med denne studien er å utforske erfaringene av å være barn av en forelder med en	Deltagerne ble rekruttert gjennom kontaktannonser og radio. Det ble brukt et ustrukturert,	Det var 10 deltagere. 8 kvinner og 2 menn, inkludert forfatteren	Det er kommet frem til fire hovedtemaer over erfaringer som deltagerne kom med. 1. Å være usikker: «You'd think this roller coaster was never going	Studien fikk etisk godkjenning fra University Human Research Ethics komité og deltagerne ga et informert	Fagfellevurdert. Høy kvalitet.	9

	children of parents with serious mental illness	alvorlig psykisk lidelse og hvordan voksne barn har taklet sine erfaringer.	fortellende intervju og skriftlige fortellinger.	.	to stop» Deltagerne erfarte mange usikkerheter både i barndommen og i voksen alder. I barndommen visste barna at det var noe som ikke var riktig med deres forelder, uten å kunne knytte det til psykiske lidelser. De fleste av deltagerne ble ikke informert om forelderens psykiske lidelse, med mindre de spurte den andre forelder eller gjorde forsøk på å få informasjon fra helsepersonell. Som voksne var deltagerne redde for å arve forelderens lidelse. 2. Vansker med å få kontakt: «We werre super close an now we're not». Gjennom barndommen og i voksen alder var forhold med jevnaldrende, familie, venner og foreldre kilder til strev. Deltagerne	samtykke.		
--	---	---	--	---	---	-----------	--	--

				<p>hadde vanske med å utvikle og vedlikeholde forhold i voksen alder, inkludert til partner og barn.</p> <p>3. Å være ansvarlig: «I think I grew up in a hurry».</p> <p>Deltagerne tok ansvar for familien på forskjellige måter. De følte de ikke hadde noe valg. Alle deltagerne hadde kontakt med helsepersonell som psykiatere, allmennleger, terapeuter, saksbehandlere og sykepleiere. Denne kontakten ble holdt for å få informasjon om forelderens sykdom. I voksen alder var det og for å takle sine egne psykiske lidelser, som depresjon, angst og sinne.</p> <p>4. Søke balanse: «I had to be in control of the situation, so awful things wouldn't happen»</p> <p>Deltagerne hadde behov for balanse i sine liv. De</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

					<p>brukte forskjellige strategier for å mestre sine egne liv. Disse inkluderte aktiviteter som trøstet og hjalp dem til å føle seg tryggere og å rømme fra hva som skjedde i familien, som lesing, vugge seg selv i søvn, rømme hjemmefra. I voksen alder ble fremdeles noen av disse strategiene brukt. Å føle at de hadde kontroll over situasjonen var vanlig. Deltagerne følte ikke behov for å søke etter hjelp for å takle ting fra barndommen.</p>			
<p>Kathleen LeClear O'Connell. USA. 2008. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</p>	<p>“What Can We Learn? Adult Outcomes in Children of Seriously Mentally Ill Mothers”</p>	<p>Undersøke forholdet blant konseptene som mor-barn tilknytning, hvilken oppdragelse, familie mestring, familie stressorer</p>	<p>Deltagerne ble rekruttert frivillig ved at de svarte på en utlysning. Inklusjonskriterier var at de identifiserte seg som voksne barn av en alvorlig psykisk syk</p>	<p>65 personer fikk tilsendt spørreskjem og 40 returnerte med svar. Ingen nevnte senere</p>	<p>Det kom frem at barndommen til deltagerne var nedbrytende og smertefull. Over halvparten av deltagerne rapporterte å ha fått en depresjons diagnose i voksen alder. På tross av disse faktorene var de fleste av deltagerne vell</p>	<p>All deltagelse var frivillig.</p>	<p>Fagfelle vurdert. Middels kvalitet.</p>	<p>10</p>



		under barndommen, ettervirkninger i voksen alder som samliv, selv-følelse, depresjon og opplevd livskvalitet hos voksne barn av alvorlig psykisk syke mødre.	mor, alderen var mellom 18 og 70 år, kunne lese og skrive engelsk, hadde bodd sammen med en alvorlig psykisk syk mor i minst to år før fylte 10 år.	fracfall.	fungerende i voksenlivet, mest på grunn av deres eget initiativ.			
--	--	--	---	-----------	--	--	--	--

## Vedlegg 4

Liste over relevante funn

### **Å vokse opp med psykisk syk forelder**

Det ble en stor rolleendring:

Rolleendringer: 1, 5, 6, 8, 9, 10

Ta over foreldrerollen: 1, 5, 6, 8, 9, 10

Sosialt isolert og mistet barndom: 1, 3, 10

Ulik påvirkning ut ifra eget ståsted: 1, 5

Samarbeid i familien: 5

Negativt forhold til rolleendring: 1, 5,

Positivt forhold til rolleendring: 9

Det følte nødvendig å skjule problemene:

Problemer med sosiale relasjoner: 1, 2, 3, 5, 6, 9, 10

Problemer med relasjoner til jevnaldrende: 6, 9, 10

Sosialt isolert: 1, 3, 9, 10

Var mye hjemme: 2, 9

Ser viktigheten av venner: 6, 9, 10

Ga avkall på venner og kjæreste: 1

Konsekvenser for skolegang:

Vanskeligheter med skolegang: 2, 5, 6, 8, 10

Avbrytelser i studien: 6

Prioritere skole eller forelder: 5, 6

Lettelse å flytte hjemmefra: 5

Forelderens sykdom ble en byrde i forhold til skolen: 2

Brukte utdanningen for å føle kontroll over eget liv: 10

Negative følelser gikk igjen i barndommen:

Følte på redsel, bekymring og usikkerhet: 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10

Bekymret for forelderens tilstand og pleie: 2, 3, 5, 6, 8, 9

Redd for egen, forelderens og familiens trygghet: 3, 4, 10

Komme bort fra familiesituasjonen: 8, 9

Følte seg elsket: 3

### **Mangel på hjelp og støtte**

#### Lite informasjon førte til mangel på kunnskap:

Fått for lite informasjon: 3, 5, 7, 8, 9

Skille forelder og diagnose: 9

Redsel og usikkerhet på grunn av for lite informasjon: 3, 7, 8, 9

Informasjon fra internett: 8

Informasjons mangel på grunn av dårlig kommunikasjon: 1, 7, 8, 9

Mangel på profesjonell hjelp: 5, 8, 9

#### Hjelpetjenestene sviktet:

Misnøye med helsehjelp: 1, 2, 5, 7, 8, 9

Tidspunkt for tilbud om hjelp: 1, 8

Opplevelse av å ikke bli hørt: 1, 5, 9

Fikk ikke informasjon om forelderen fra helsetjenesten: 5

Kontakt med forskjellige tjenester: 9

Vansker med å kommunisere med tjenestene: 1

Ønske om oppfølging: 1, 5

Støttegrupper: 5, 7

### **Påvirkninger i voksen alder**

#### Redsel for utvikling av egen psykisk lidelse og arvelighet:

Redsel for å utvikle egen lidelse: 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10

Redsel for å arve samme lidelse som forelderen: 2, 3, 6, 7, 9

Videreføring av lidelse til egne barn: 2, 6

Alder har betydning for utvikling av lidelse: 4

Har utviklet egen lidelse: 4, 7, 9, 10

Mangel på informasjon har betydning: 7

Valg å ikke få egne barn: 9

#### Usikkerhet for hva fremtiden vil bringe

Usikkerhet over eget liv som voksen: 1, 2, 3, 6, 9

Mangel på kontroll i eget liv: 1, 2, 9

Frykt fulgte med inn i voksenlivet: 3

Utløse selvmordstanker gjennom hendelser: 3

Lav selvfølelse og håpløshet: 6

Familie økonomi gikk til forelderens behandling: 6

Fullført utdanning på høyere nivå: 10

Den syke forelderen har ødelagt gleder: 7

Vanskeligheter med å skape og beholde relasjoner:

Problemer med relasjoner: 2, 3, 9, 10

Byrde med relasjoner i egen familie: 9

Vanskeligheter med å skape og beholde relasjoner: 3, 9, 10

Vanskeligheter med å spørre om hjelp: 9

Byrde i forhold til relasjoner: 2

Forskjellige måter å håndtere kontakt med foreldre: 9, 10