

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan
Socialt arbete med barn och unga
SOL 067
Vårterminen 2004

”DET SOM INTE SYNS FINNS INTE”

(Anders)

**EN STUDIE OM BARN TILL PSYKISKT SJUKA
FÖRÄLDRAR**

**Författare: Sara Persson
Susanne Sellgren**

Handledare: Ingrid Runesson

Abstract

The purpose of our essay, was to examine how it's like for a child growing up with a psychiatric disordered parent. We have chosen to see this from two perspectives, the professionals who meet children with a psychiatric disordered parent in their work, and now grown-up children who have own experience of this.

Our questions were:

- How did the childhood with a psychiatric disordered parent look like?
- How did the psychiatric disordered parent manage their parenting, which possibilities and difficulties did they have?
- How did the support look like for the children with a psychiatric disordered parent, inside the welfare society?
- In which way could the other parent and other people in the children's social surroundings be supporting?

The essay was based on qualitative interviews with people, who meet children with a psychiatric disordered parent in their work and with now grown-up children who have their own experience of this. We also used literature and research reports. We have chosen parts of three theories to compare our interviews with; Attachment Theory, Network Theory and Developmental Psychology.

It has been showed that the society was not so good to discover and support the children with a psychiatric disordered parent. It also showed that other people around the children have a very important part. We also discovered that the care from the psychiatric disordered parent, depended on the diagnoses and the grade of the disturbance.

FÖRORD

Detta arbete hade inte varit möjligt utan den information och de berättelser våra intervjupersoner delgivit oss. Vi vill rikta ett stort tack till alla som varit med och delgett oss sina erfarenheter, känslor och synpunkter kring detta fortfarande ganska känsliga ämne, hur barn till psykiskt sjuka har det under sin uppväxt. Vi har lärt oss enormt mycket under vägen. En del svar har varit ganska lika, en del helt annorlunda. En del av informationen kände vi redan till, medan mycket var helt nytt. Vi har hört berättelser som fått håren att resa sig på armarna. Dessa intervjuer har gett oss många tankar och känslor. För att inte tala om den kunskap vi har skaffat oss, både genom intervjuer och genom litteratur.

Vi vill också rikta ett stort tack till vår handledare Ingrid Runesson som varit ett stort stöd under dessa veckor och som har kommit med goda råd och kloka synpunkter kring vårt uppsatsskrivande.

Med detta arbete hoppas vi kunna bidra med kunskap om hur barn till psykiskt sjuka uppmärksammas. Vi vet alla att de finns, men fortfarande görs väldigt lite för att uppmärksamma och stödja barn till psykiskt sjuka föräldrar. Vi är kanske många som läst Tove Janssons berättelse om *Det osynliga barnet* (1988), som handlar om den lilla Ninni som blivit osynlig då hennes mamma negligerade henne. Vi får inte låta barn till psykiskt sjuka bli osynliga. Vi måste se dem, göra dem synliga.

Lund 20040517

Citat framsida: Anders, en av de intervjuade använde uttrycket ”det som inte syns finns inte”. Vi tyckte detta passade bra som rubrik till uppsatsen. Visserligen är barnen i högsta grad synliga, dock inte tillräckligt synliga för att få det stöd och den hjälp de önskar och är i behov av.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<u>1. BAKGRUND</u>	1
<u>1.1 Problemformulering</u>	1
<u>1.2 Syfte och frågeställningar</u>	2
<u>1.3 Begreppsdiskussion</u>	3
<u>1.4 Avgränsning</u>	4
<u>1.5 Disposition</u>	4
<u>2. METOD</u>	4
<u>2.1 Metodval</u>	4
<u>2.2 Tillvägagångssätt</u>	5
<u>2.4 Etiska överväganden</u>	8
<u>2.5 Metoddiskussion</u>	8
<u>3. TIDIGARE FORSKNING</u>	10
<u>3.1 Olika familjetyper vid schizofreni hos någon i familjen</u>	11
<u>3.2 Depression hos en förälder</u>	12
<u>3.3 Omsorgsförmågan hos psykiskt sjuka föräldrar</u>	13
<u>3.4 Samhällets stöd och insatser</u>	14
<u>3.5 Viktiga personer i barnets omgivning</u>	16
<u>3.6 Barnens tankar och känslor</u>	17
<u>4. TEORETISKT PERSPEKTIV</u>	18
<u>4.1 Utvecklingspsykologi</u>	18
<u>4.2 Anknytning</u>	20
<u>4.3 Nätverk</u>	22
<u>5. REDOVISNING OCH ANALYS AV INTERVJUER</u>	24
<u>5.1 Intervjupersoner</u>	24
<u>5.2 Samhällets stöd och uppmärksamhet</u>	25
<u>5.3 Föräldrarnas omsorgsförmåga</u>	27
<u>5.4 Andra viktiga personer i barnets omgivning</u>	31
<u>5.5 Barnets tankar och känslor</u>	36
<u>6. SAMMANFATTNING – DISKUSSION</u>	42
<u>7. KÄLLFÖRTECKNING</u>	46
<u>BILAGOR</u>	48

1. BAKGRUND

Varför valde vi att skriva om barn till psykiskt sjuka föräldrar? Under utbildningen har vi läst mycket om den tidiga anknytningen mellan förälder/barn samt en hel del andra psykologiska teorier. Vi har även båda någon gång under vår utbildning gjort praktik inom psykiatri och funnit detta oerhört intressant, samt där kommit i kontakt med psykiskt sjuka föräldrar. Första spontana tanken var att skriva något kring den tidiga anknytningen, men vi insåg snart att det skulle bli svårt att få kontakt med intervjupersoner, med tanke på att det kan upplevas känsligt att prata kring något man är mitt uppe i. Samtidigt förstod vi att vi kunde hamna i jobbiga situationer och kanske inte ro i land ett sådant projekt.

I stället valde vi att fokusera på barn till psykiskt sjuka föräldrar, som genom våra olika praktikperioder väckt många intressanta frågor. Med tanke på massmedias skrivelser om den allt magrare psykiatrvården i Sverige idag, anser vi det vara ett högst aktuellt och hett ämne som kommit att ligga oss varmt om hjärtat.

1.1 Problemformulering

Efter psykiatrireformen i mitten på nittiotalet samt utredningar av barns behov, skrev två studenter vid Lunds Universitet en uppsats om barn till psykiskt sjuka föräldrar (Svensson & Wallin, 2001). De ville undersöka hur det verkligen förhöll sig inom psykiatrvården och hur barn till psykiskt sjuka uppmärksammades. Deras slutsats blev att det inte var så illa ställt som de hade trott från början. Detta är något år sedan, och vi vill undersöka hur det ser ut idag. Med tillägget hur barnen själv upplevt sin uppväxt med en psykiskt sjuk förälder.

I och med psykiatrireformen, fick många av de långvariga psykiskt sjuka eget boende. Detta gjorde det möjligt för dem att skaffa partner och bilda familj. Slutsatsen av detta torde bli att det idag är fler barn som växer upp tillsammans med en psykiskt sjuk förälder, än tidigare (SoS-rapport 1999:11).

En stor del av socialtjänstens barnavårdsärenden handlar just om barn till psykiskt sjuka föräldrar. Hur många det är, vet man med säkerhet inte. Detta då det är svårt att handha dessa ärenden, då insatser ofta bryts av föräldern. Ofta händer det att tvångsåtgärder får tas till i dessa ärenden. Inom vuxenpsykiatri ser man sällan barnen till de sjuka föräldrarna (ibid).

Psykisk ohälsa är ett växande problem i Sverige. Speciellt depressionerna ökar, samtidigt som resurserna minskar inom området. Detta gör att det preventiva arbetet får stå över, för det akuta måste tas om hand i första hand. Samtidigt som vi vet att barn till psykiskt sjuka är en riskgrupp. Detta bekräftades senast i Folkhälsoinstitutets folkhälsorapport 2001. En studie inom vuxenpsykiatri i södra Stockholm visade att närmare 30 procent av patienterna inom vuxenpsykiatri var föräldrar (Annemi Skerfving, 2003). Göran Granath (2003) menar att psykisk ohälsa påverkar hela familjen, men inte på vilket sätt var och en i familjen blir påverkad. Han menar att den andre friska föräldern inte har någon naturlig plats att vända sig till med sina frågor. Både Granath (2003) och Skerfving (2003) menar att barn som växer upp med psykiskt sjuka föräldrar måste uppmärksammas och synliggöras. Dessa barn bär på många känslor och upplevelser. Det kan handla om känslor av skuld och skam, sorger och besvikelser, rädsla och oro, samt känslan av att vara annorlunda.

När vi tagit del av ovanstående, undrade vi hur barnen till psykiskt sjuka föräldrar har det. Detta ville vi studera närmare och ställde oss frågan hur det är att växa upp med en psykiskt sjuk förälder. Vilka möjligheter och svårigheter möter dessa barn? Vilken hjälp kan barnet få inom samhällets och vår välfärdsstats ramar?

1.2 Syfte och frågeställningar

Vårt syfte är att belysa hur barn till psykiskt sjuka föräldrar har det under sin uppväxt, samt vilket stöd de erbjuds eller inte erbjuds inom samhällets ramar. Sett både ur det numera vuxna barnets synvinkel, samt från de professionellas (sjukvård, socialtjänst et cetera) håll.

- Hur upplever barnen sin uppväxt/barndom med en psykiskt sjuk förälder?
- Hur klarar de psykiskt sjuka föräldrarna sitt föräldraskap, vilka möjligheter och resurser finns, samt vilka hinder och svårigheter har de?
- Hur ser stödet ut till de barn som växer upp med psykiskt sjuka föräldrar, inom ramen för vårt välfärdssamhälle?
- På vilket sätt kan den andre (friska) föräldern (om det finns någon) samt barnets övriga sociala nätverk vara till stöd för barnen?

1.3 Begreppsdiskussion

Vi har valt att definiera en del begrepp som återkommer i vår studie. Detta för att underlätta och öka förståelsen. En del begrepp kan tyckas självklara, men vi vill klargöra vad vi menar i denna uppsats, då samma begrepp kan ha olika definitioner.

När vi använder ordet *barn* utgår vi från FN:s konvention om barns rättigheter (2002). Där står; ”I denna konvention avses med barn varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller barnet”. (FN:s konvention om barns rättigheter, 2002, sidan 35). När vi använder uttrycket *vuxna barn* syftar vi till de nu vuxna intervjupersonerna, som vuxit upp med en psykisk sjuk förälder som barn. Med *förälder* avser vi vårdnadshavarna till barnet. Då vi talar om *omsorgspersoner* menar vi inte bara den förälder som har den huvudsakliga omvårdnaden av barnet, utan även andra betydelsefulla personer i barnets omgivning. Det kan vara den friske föräldern, mor- och farföräldrar eller andra närstående till barnet.

I vår uppsats utgår vi ifrån *psykisk sjukdom* och väljer här att definiera en del psykiatriska diagnoser som återkommer i studien. Att definiera psykisk sjukdom är väldigt svårt. Vid psykisk sjukdom har man sällan vanliga smärtor som kan fastställas genom till exempel röntgen eller blodprover. Man får helt och hållet gå efter personens egna berättelser och deras beteende, samt diagnosställarens (oftast läkaren) kunskap kring ämnet. Det är svårt att mäta lidandet eftersom man inte kan jämföra det med fysiska/kroppsliga sjukdomar. Generellt kan man säga att *psykisk störning* innefattar allt som har med det själsliga att göra. Det vill säga allt från lättare ångest till svår schizofreni (Grunewald, 2000). Enligt Socialstyrelsen (SoS rapport 1999:11) brukar följande psykiska tillstånd innefattas av begreppet *psykisk sjukdom*: psykoser, schizofreni, förstämningssyndrom, manodepressiv sjukdom, neurotiska syndrom samt personlighetsstörningar.

En person med en *psykos* har tappat verklighetsförankringen. Omvärlden är förvriden och personen har ofta svår ångest med mer eller mindre paranoida inslag. *Cykloid psykos* innebär att tillståndet kommer och går, alltså är personen helt frisk emellan sjukdomsperioderna (Cullberg, 2000). Även diagnosen *schizofreni* ingår i gruppen psykosjukdomar. Vid schizofreni har oftast lång tid förflött sedan första insjuknandet i en psykos, så att allt är oförståeligt för personen i fråga (Grunewald, 2000).

Depression finns i olika grader, vi ger här en bild av den svåra depressionen. Sinnestämningen är mycket sänkt, och personen känner självförakt, livet känns meningslöst och man känner sig sämst av alla och som en dålig förälder. Aktiviteten minskar och man har svårt att fatta beslut. Reaktionerna blir långsamma och självmordstankar är vanliga. Vanligt är också aptitlöshet med viktninskning som följd (Cullberg, 2000).

1.4 Avgränsning

Vårt arbete är en avgränsad studie gjord i Skåne och bygger på våra intervjupersoners perspektiv och erfarenheter. De personer vi har intervjuat är delvis professionella som genom sitt arbete kommer i kontakt med barn till psykiskt sjuka föräldrar, direkt eller indirekt. Vi har även intervjuat tre stycken numera vuxna personer som vuxit upp med en moder med någon form av psykisk sjukdom.

1.5 Disposition

I *kapitel 2* beskriver vi hur vi gått tillväga för att kunna genomföra vår studie. Detta gör vi med hjälp av en metoddiskussion. Vi kommer i *kapitel 3* att presentera valda delar av tidigare forskning. De studier vi har valt ut är både nationell och internationell forskning. Vi börjar med allmän kunskap om barn till en förälder med psykisk sjukdom för att sedan presentera det som vi anser relevant för vårt syfte och våra frågeställningar. Vidare presenterar vi i *kapitel 4* tre teoretiska perspektiv som vi valt ut för att analysera och förstå intervjumaterialet – valda delar ur Utvecklingspsykologin, Anknäytningsteorin samt Nätverksteorin. Dessa har vi valt, med utgångspunkt på den förkunskap vi hade kring ämnet/problemet. I *kapitel 5* kommer således en kort presentation av våra intervjupersoner, samt presentationen av intervjuerna och analysen av detta efter teman, ”röda trådar”. *Kapitel 6* innehåller sedan våra egna slutkommentarer till analysen och uppsatsen i stort, samt en sammanfattning.

2. METOD

Här kommer vi förklara hur vi har gått tillväga under studiens gång, samt föra en diskussion kring etik och källkritik.

2.1 Metodval

Vi har genomfört en kvalitativ studie i form av intervjuer med personer som i sin yrkesroll kommer i kontakt med psykiskt sjuka föräldrar och deras barn. Vi har även intervjuat numera

vuxna barn som vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder (moder). Intervjupersonerna har vi sökt dels genom vårt eget nätverk, professionellt som privat samt via sjukvården och socialtjänsten. Vi har även använt oss av en intresseorganisation för anhöriga till psykiskt sjuka, för att samla material och kunskap. Anledningen till att vi valde en kvalitativ intervjuundersökning, är att vi var intresserade att gå på djupet med våra frågor. Vi ville ha med erfarenheter och känslor. Detta får man på bästa sätt vid en kvalitativ intervjustudie, enligt Denscombe (2000). Han skriver också att frågor som kan vara av känslig karaktär, kan motivera valet av en intervjustudie.

2.2 Tillvägagångssätt

Här kommer vi beskriva hur vi tänkte och hur vi gjorde när vi planerade och genomförde undersökningen.

Perspektivval

Vi valde på ett tidigt stadium att vi ville ha en bredd på uppsatsen, det vill säga belysa barnets situation från två håll. Dels genom barnen själva, dels genom de professionella som arbetar med den sjuke föräldern eller direkt med barnet. Detta gjorde att vi valde att intervjua numera vuxna barn som är över 18 år (se vidare etiska överväganden sidan 8 och begreppsförklaring sidan 3). Trots att de intervjuade personerna som vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder numera är vuxna, anser vi att vi utgått från ett barnperspektiv. Detta då deras berättelser har utgångspunkt i deras barndom. Vår avsikt med studien var att utgå från ett barnperspektiv, men vi kan naturligtvis inte vara helt säkra på att alla intervjupersoner har haft detsamma i åtanke, då vi genomförde intervjuerna.

Urval

För att hitta intervjupersoner använde vi oss av olika urvalsprinciper. Vi använde oss av ett subjektivt urval (Denscombe, 2000). Det vill säga vi sökte personer att intervjua som vi visste hade kännedom om vårt forskningsämne och därmed kunde ge oss relevant information. Att använda sig av snöbollsurval, är en variant av det subjektiva urvalet. De personer vi först kom i kontakt med, bad vi om – eller de föreslog själva – fler personer att intervjua. Denscombe (ibid) anser detta vara en bra urvalsprincip vid småskaliga forskningsprojekt. Maria Bangura Arvidsson (2004) pratar även om ett strategiskt urval, vilket innebär att välja intervjupersoner för att få variation, samt då man vill belysa undersökningen från två perspektiv.

För att komma i kontakt med intervjupersoner började vi ringa runt till arbetsplatser där vi kunde tänka att man kom i kontakt med barn till psykiskt sjuka föräldrar på ett eller annat vis. Vi ringde psykiatrin i ett par kommuner och där gick det ganska snabbt att få en intervju bokad. De gav oss också namn på fler personer de kände till som arbetade med detta. Även intresseorganisationer kontaktade vi och de ville självklart ställa upp på intervju. Genom intresseorganisationen fick vi också namn på numera vuxna barn vi kunde prova kontakta. Detta gjorde vi, och fick kontakt även där. Denna person gav oss i sin tur namnet på fler som kunde tänkas ställa upp. En person fick vi kontakt med genom vårt eget nätverk. Även socialtjänsten kom vi i kontakt med genom information av intresseorganisationen vi besökte. Det fanns ett par personer vi kontaktade som inte hade något att förtälja kring våra frågeställningar, och någon ringde aldrig tillbaka.

Vi ringde och bokade tid med intervjupersonerna som ville delta i studien. De fick välja intervjuplats och tidpunkt. Alla valde sin arbetsplats (professionella) samt hemmet (vuxna barnen). I telefon presenterade vi vårt syfte och frågeställningar. En del ville ha detta skriftligt före intervjun, då skickade vi detta. Vi berättade också på telefon att vi var två stycken och att vi gärna spelade in samtalet/intervjun på band. Detta lät vi intervjupersonerna ta ställning till, alla ansåg att det gick bra med att vi var två och att vi bandade. En person hade vid första samtalet framfört att han önskade bli intervjuad på telefon. Efter samtal med vår handledare, gavs vi klartecken till detta. Vi testade själva först med högtalartelefon och bandspelare, vilket gav ett bra resultat. När vi vid den bestämda tidpunkten ringt upp intervjupersonen, talade han om att han ändrat sig och kunde tänka sig en personlig träff. Då detta var den sista bokade intervjun vi hade och det var svårt att få ihop det med tiden valde vi att genomföra telefonintervjun. Efter att alla intervjuerna hade avslutats, stängde vi bandspelaren och pratade lite allmänt med intervjupersonerna. Både kring ämnet, men även annat förekom. Vi talade med alla de intervjuade om anonymitetsskydd, samt hur vi skulle använda materialet. Det vill säga att det enbart var vi som lyssnade på bandet när vi skrev ut intervjun, och att vi sedan i vår presentation och analys av materialet endast skulle plocka valda delar och citat från intervjuerna. Vi erbjöd alla vi intervjuat att få se utskriften av intervjun innan vi använde oss av den i vår analys. En del av dem ville detta, för att kunna komplettera eller tydliggöra vad som sagts. Detta rekommenderar även Denscombe (2000). Han skriver att om det är möjligt bör den intervjuade få läsa igenom intervjun för att kunna se så allt stämmer och inga missförstånd uppstått.

Urvalsdiskussion

Efterhand som intervjuerna genomfördes, förstod vi att vi missat en kategori där man arbetar med barn till psykiskt sjuka föräldrar. Detta var barn- och ungdomspsykiatrin. Vår förförståelse var att man inom barn- och ungdomspsykiatrin endast arbetade med barn som själva har psykiska och/eller emotionella svårigheter. Under arbetets gång förstod vi att så var inte fallet. Vi valde då att ringa upp en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Vi hade då väldigt ont om tid, tiden att lämna in den färdiga uppsatsen närmade sig. När vi efter en dryg vecka ännu inte lyckats få direktkontakt och tid bokad för intervju, valde vi bort barn- och ungdomspsykiatrin. Detta ansåg vi själva var synd, då vi som vi skrev tidigare förstått att man inom den verksamheten har många barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Intervjuer

Vi har använt oss av semistrukturerade personliga intervjufrågor (se bilagor). Denscombe (2000) förklarar semistrukturerade intervjuer med att forskaren har en färdig lista med vilka ämnen man söker svar på. Denna lista följer man inte till fullo, utan låter den som intervjuas prata ganska fritt om ett ämne, som forskare är man flexibel. Att använda sig av personliga intervjuer har många fördelar. Man får ett djup i informationen samt många insikter. En intervju som bygger på semistruktur är ganska flexibel. Inriktningen kan ändras under intervjuens gång samt att man ger de intervjuade hög prioritet genom att de väljer vad som är viktigt för dem att berätta. Detta ger också en naturlig validitet för materialet. Svarsfrekvensen är också relativt hög vid intervjuer, då endast de som är intresserade av att delta, är med och bestämmer tid och plats. Vill man inte delta meddelar man det genast (ibid).

Anledningen till att vi valde att bandinspela intervjuerna, var att då får man med all information som de intervjuade ger. Denscombe (2000) skriver att vid bandinspelning missar man den ickeverbala kommunikationen. Då vi var två stycken som genomförde intervjuerna, samt att vi bandinspelade, anser vi att vi på ett bra sätt kunnat följa med aktivt i intervjun och även på ett naturligt vis uppleva vad som hände runtomkring det sagda ordet.

Intervjupersonerna har mestadels intervjuats enskilt. Dock har fyra av de intervjuade intervjuats två och två. Detta berodde på att de arbetade tillsammans och önskade vara med båda vid samma intervjutillfälle.

2.3 Bearbetning samt redovisning/analys av materialet

När utskrifterna av våra intervjuer var avklarade, började vi leta efter teman i de intervjuades berättelser, områden som handlade om ungefär samma sak. Vi letade efter både likheter och skillnader. Vi hade samtidigt våra frågeställningar i tankarna, för att även finna svar på dem. Vi sammanställde svaren på frågorna under olika temarubriker, som automatiskt gav svar på våra frågeställningar. I *Forskningshandboken* (Denscombe, 2000) går att läsa att det är en viktig del att försöka hitta mönster och teman i det insamlade materialet. Sedan jämförde vi våra intervjuades svar med den tidigare forskning vi tagit del av, för att efter det söka förklaring och förståelse utifrån våra valda delar ur teorierna. Denna jämförelse av tidigare forskning - teorier - vårt empiriska material, valde vi att presentera under rubriken *analys*, direkt efter sammanställningen av intervju svaren, då vi ansåg detta sätt mest överskådligt.

2.4 Etiska överväganden

Anledningen till att vi valde att intervjua numera vuxna barn, som vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder, var att vi ansåg att de idag har stor insikt i sin uppväxt och barndom. Vi tänkte att det kunde vara svårt att intervjua små barn. Dels därför att vi har liten kunskap kring hur barnet reagerar på att bli intervjuad om ett så pass känsligt ämne, dels av rädsla att röra upp en massa för barnet som vi kanske inte sedan kunde ta hand om eller hjälpa vidare.

Vår tanke från början var att de professionella personer vi intervjuade givetvis skulle erbjudas anonymitet. Anonymitet var för oss självklart att använda vid intervjuerna med de nu vuxna barnen till psykiskt sjuka föräldrar. Vi har dock valt att anonymisera alla intervjuade. Detta då en del professionella valde att vara anonyma, vilket i sin tur gjorde att vi för att garantera konfidentialiteten anonymiserade alla.

Vi var väl medvetna om att våra frågor kunde väcka obehagliga känslor för intervjupersonerna. Vår tanke var att om vi skulle märka av detta, skulle vi naturligtvis ha frågat intervjupersonen om denne ville ta en paus eller avbryta intervjun. Detta var dock inget som skedde, vilket vi naturligtvis är glada över, med tanke på intervjupersonernas känslor.

2.5 Metoddiskussion

Att använda sig av semistrukturerade intervjuer som forskningsmetod, kan innebära en del svårigheter (Denscombe, 2000). Man brukar i forskarsammanhang prata om *intervjuareffekt*. Med det menas att forskarens personlighet kan påverka den intervjuades svar. Vilken ålder,

etnicitet, samt kön forskaren har i förhållande till den intervjuade. Vad som också påverkar är vilken typ av frågor man har, vilket ämne som ska behandlas. Är det av känslig karaktär, spelar ovanstående större roll, enligt Denscombe (2000). Han skriver vidare att med bandinspelade intervjuer kan en del gå förlorat. De intervjuade påverkas olika mycket av bandspelarens närvaro, vilket kan påverka deras information i varierande grad.

Som vi i tidigare kapitel förklarat använde vi oss av en telefonintervju. Detta då den redan var bokad och tiden var knapp. Denscombe (2000) skriver att det idag är vanligt med telefonundersökningar, vilket inte varit accepterat tidigare inom kvalitativa forskningstraditioner. Vidare skriver han att det finns stöd för att människor är lika ärliga och uppriktiga i telefon som vid personligt möte. Tvåvägskommunikationen finns kvar vid telefonintervjuer vilket ger en personlig prägel på intervjun. Å andra sidan tror vi att en del information kan gå om intet vid en telefonintervju, särskilt det ickeverbala språket, såsom kroppshållning, ansiktsuttryck och så vidare.

Vi tror att de intervjuades svar kan ha påverkats av hur de mådde för tidpunkten av intervjun. Känner man sig väldigt pigg och alert är det lätt att svaren vinklas positivt. Medan en person som känner sig ledsen och modstulen, ger kanske mer negativa svar.

Vår studie är en avgränsad kvalitativ intervjustudie. Den innefattar endast elva personer, alla verksamma/boendes i Skåne. Detta gör att tillförlitligheten inte kan generaliseras, utan det kan se olika ut på andra platser med andra intervjupersoner. Likaså kan det finnas paralleller om studien utförts på annan plats med andra intervjupersoner.

Det är även viktigt att ha i åtanke att de professionella talar om nutid, hur det ser ut idag. De numera vuxna barnen berättar om dåtid, hur det såg ut när de var små, deras upplevelser av att växa upp med en psyksikt sjuk förälder.

Källkritik

Litteraturen vi läst och tagit del av, hittade vi mestadels genom att söka både på Internet, men även i olika biblioteksdata-baser. En del litteraturtips fick vi även av våra intervjupersoner. Utifrån litteraturen valde vi sedan det vi ansåg vara relevant för vårt syfte och våra frågeställningar. Vidare har vi använt oss av litteratur från vår utbildning, som vi använt oss av tidigare. Likaså har vi använt oss av en del föreläsninganteckningar för att lättare kunna förklara en

del begrepp. Vi har främst använt oss av svensk litteratur innehållandes svenska tidigare studier kring ämnet, då studien avser svenska förhållanden. Vi har dock valt att ta med någon utländsk studie, som presenterats i den litteratur vi tagit del av.

Vi har valt att använda oss av både sekundärdata via litteraturen, samt kvalitativa intervjuer i vår studie. Det finns dock en del litteratur som presenterar andra källor som sekundärdata i sina texter. Denna ursprungslitteratur har vi försökt få tag i, dock utan resultat. Någon bok hittade vi inte trots försök i biblioteksdatabaser, en bok fanns men enbart på tre orter i Sverige, vilket skulle ta för mycket av vår tid att skaffa fram. Ytterligare en annan bok som innehåller sådana ”tredjehandsdata”, där refererar författaren till sig själv, till en annan bok hon har skrivit. Vi har försökt finna den, men utan resultat. Vi väljer dock att lita helt på hennes referat därifrån, då det är hon själv som är författare. De andra böckerna vi har som refererar till andra författare kommer från kunskapsöversikter. Vi är väl medvetna om att den information som hämtats därifrån kan vara snedvriden. Trots detta har vi valt att använda den typ av litteratur, då den behandlar ämnet på bra sätt och vi anser informationen därifrån är betydelsefull.

3. TIDIGARE FORSKNING

I detta kapitel kommer vi att redogöra för en del av den tidigare forskning som gjorts kring området barn till psykiskt sjuka föräldrar. Denna kunskap behövs för att förstå våra intervjuer och kunna analysera dessa.

Vi har tagit med både studier av forskare och även utredningar av myndigheter. Barnets nära relationer, till föräldrar, syskon et cetera, utgör en bra plattform för barnets vidare utveckling och psykiska hälsa. Att ha förmågan till ömsesidiga relationer är en skyddande faktor mot psykiska påfrestningar. Denna interaktion mellan barn och vårdare är alltså livsviktig för barnet. Föräldrarnas lyhörddhet för barnets signaler är centralt för barnets vidare utveckling (SOU 1997:8).

Annemi Skerfving, doktorand vid Socialhögskolan, Stockholms universitet, är en av dem som forskar inom området barn till psykiskt sjuka föräldrar. Hon beskriver att inom denna forskning, kan man urskilja tre områden. Det är studier kring barnafödande - postpartum psykoser/depressioner, högriskstudier – för att studera sårbarhet/ärftlighet, samt det som kallas reci-

lience – återhämtningsförmågan hos utsatta barn. Detta är dock inget vi har lagt fokus på då detta inte överensstämmer med våra frågeställningar (Skerfving, 1996).

Hur många barn det är som lever med en psykiskt sjuk förälder, är en svår fråga att svara på. Personerna har kanske kontakt med både öppenvården och slutenvården. Hur man räknar har också att göra med vilken diagnos man utgår ifrån, samt under hur lång tid sjukdomen varar. Likaså är det svårt att veta om de som har barn, har barnen boende hos sig, eller de bor hos en annan förälder eller är familjehemsplacerade. Grovt räknat kan man säga att mellan 20 – 30 procent av dem som har kontakt med vuxenpsykiatri har underåriga barn (Skerfving 1996, i SoS rapport 1999:11).

Antalet inneliggande patienter som har barn under 18 år uppskattas till flertalet eller hälften bland de patienter som går under HSL (Hälso- och sjukvårdslagen). De som är inneliggande under tvångsvård (LPT, Lagen om psykiatrisk tvångsvård), uppskattas sällan ha barn under 18 år hemma. Detta enligt en studie gjord med

femton intervjuade personer vid fem olika psykiatriska avdelningar. Nio socialsekreterare intervjuades i sju kommuner angående antalet klienter som är föräldrar med psykisk sjukdom. Alla utom två arbetsenheter uppskattade antalet till tio procent, medan de andra två uppskattade till tjugo procent (SoS rapport 1999:11).

3.1 Olika familjetyper vid schizofreni hos någon i familjen

En studie finns, gjord av Webster (1992, i Skerfving, 1996) kring barn med schizofreni hos en av föräldrarna. Det var 25 familjer som studerades, där varje familjemedlem fick berätta om sin situation och upplevelser kring familjens sätt att fungera, där modern hade schizofreni.

Webster (ibid) konstaterar att de finns olika faktorer som avgör hur väl familjerna fungerade. Exempel om det fanns en eller två föräldrar, vilken ålder det var på barnet/barnen, stödet från samhället samt vilken grad av sjukdom och hur långt framskriden sjukdomen var.

Vidare kunde Webster (ibid) urskilja fem olika familjetyper:

- *Väl fungerande familjer med två föräldrar:* I dessa familjer fanns det två föräldrar och mellan dem en väl fungerande relation. Modern hade en viktig funktion i familjen. Barnen var lite äldre och mycket omtänksamma. Insjuknandet av modern hade skett

för mer än sex år sedan och det var numera få schizofrenibeteenden. Relativt stabila familjer.

- *Väl fungerande familjer med en förälder*: Dessa familjer hade stort stöd från släkt och övrigt nätverk. Ofta bodde de hos mor/farföräldrarna. De äldre barnen kunde berätta att det hände att de hade svårigheter med relationen till modern då hon var aktivt sjuk.
- *Dåligt fungerande familjer med två föräldrar*: I dessa familjer hade mannen distanserat sig känslomässigt från kvinnan, som oftast var mycket störd och påverkad av sin sjukdom. Kvinnans sysslor hade övertagits av andra familjemedlemmar och hon var tämligen oaktiv. Relationerna fungerade dåligt även mellan övriga familjemedlemmar och barnen fick ta hand om sig själva.
- *Dåligt fungerande familjer med en förälder*: I dessa familjer var nätverket obefintligt från släkt och övrigt nätverk. Mödrarna vårdades under tvång, vilket ledde till att barnen fick ha ansvar över både sig själv och modern. I tre av sex familjer hade även fadern känslomässiga problem, vilket gjorde att inte han kunde vara till stöd för vare sig före detta maken eller för barnen. Ofta kom barnen i familjehem under moderns sjukhusinläggning.
- *"Kaotiska familjer"*: I dessa familjer var störningarna höga och barnen blev dåligt omhändertagna. Dessa familjer var de där modern uppvisade flest tecken på sjukdomen. Detta ledde till att barnen tidigt tog ansvar för familjen då de visste att deras moder inte hade den kapaciteten. Barnen var oftast små och i stort behov av insatser från samhället.

3.2 Depression hos en förälder

Skerfving beskriver (1996) att depression hos en förälder påverkar barnet på många olika sätt. Dels genom psykiska störningar, otrygghet, anknytnings/rerelationsproblem, dels genom koncentrationsbriser och inlärningsproblem. Viktigt att påpeka är att svårigheterna beror på varaktigheten för föräldrarnas sjukdom. Allvarliga och/eller långvariga depressioner påverkar barnets sociala anpassning på ett större sätt än vid lindriga/kortare depressioner.

Dunn (1993, i Skerfving 1996) genomförde en kvalitativ intervjustudie med nio vuxna barn till psykiskt sjuka mödrar. Åtta av intervjupersonerna hade gått i terapi, medan en hade insjuknat i schizofreni. Alla berättar de om misshandel och avvisande från modern, fysiskt som psykiskt. De ansåg att deras grundläggande behov inte hade tillfredsställts. De hade dåligt eller

inget alls stöd av fadern. Vidare kände de sig isolerade från övriga nätverket, de beskrev det som de levde i två världar. Samtidigt som de hade svåra uppväxtförhållanden, var de lojala mot sina mödrar. Känslor av skuld för att ha orsakat moderns sjukdom var vanligt, samt skuld över att själv vara friskare än modern. Åtta av de nio intervjuade berättar om dålig kontakt med psykiatrin. De fick ingen förklaring till moderns sjukdom, i stället kunde de bli uppmanade att vara mer förstående och bo kvar hemma med sin sjuka förälder, vilket även det gav dem skuld-känslor. Alla hade de dock haft någon eller några personer som hade betytt mycket för dem under uppväxten. Det kunde vara en mor- eller farförälder, någon annan släkting eller vän, men även lärare i skolan fanns med här.

3.3 Omsorgsförmågan hos psykiskt sjuka föräldrar

Hur ser omsorgsförmågan ut hos en förälder med psykiskt sjukdom? Med omsorgsförmåga menas att kunna skapa goda uppväxtvillkor för sina barn, både fysiskt och psykiskt. Barnets grundläggande behov ingår i detta. Det vill säga i stora drag handlar det om omvårdnad, tillsyn och skydd. Omsorgsförmågan sviktat allt mer vid föräldrarnas långvariga psykiska sjukdom. Likaså vid allvarigare psykisk sjukdom. Omsorgsförmågan måste relateras mot barnets övriga utveckling och ålder (se vidare kapitel 4.1). Naturligtvis är barn olika individer med olika personligheter, därför är det viktigt att inte generalisera i frågan. För att kunna göra en rättvis bedömning av föräldrarnas omsorgsförmåga, krävs det oerhört kunniga personer. De måste ha kunskap både om barns utveckling och om psykiska störningar hos vuxna och vad dessa har för påverkan på barnet. Här bör det vara ett gott samarbete mellan socialtjänst, vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Eftersom personalen inom psykiatri sällan träffar patienten i hemmet och lika sällan tillsammans med barnen, blir det en svår uppgift att avgöra omsorgsförmågan. Ibland krävs det att barn- och ungdomspsykiatri måste kopplas in (SoS rapport 1999:11).

Göran Parment, psykolog, Stockholm (1999), menar att det är viktigt att inte sätta likhets-tecken mellan psykisk sjukdom och bristande omsorgsförmåga. Även om vi vet att psykisk sjukdom hos föräldern gör att omsorgsförmågan minskar, så är skillnaderna stora vad gäller diagnos och variationerna däremellan. ”Bedömningar av barnets situation bör naturligtvis inte ske utifrån psykiatrisk diagnos hos föräldrarna, utan istället utifrån den omsorgsförmåga föräldrarna visar” (ibid, sidan 34). Samma sak gör SoS rapport 1999:11 gällande. Det är inte enbart föräldrarnas psykiatriska diagnos och sjukdom som påverkar barnet. Hela familjens sociala situation påverkar, vilket nätverk man har, bråk i familjen, aggressivitet och våld i famil-

jen. Visar det sig att omsorgen sviktar så mycket att en placering utanför hemmet kan bli aktuell görs det en utredning kring detta. Som vi tidigare nämnt, är det väldigt svårt att avgöra. Personalen inom socialtjänsten använder sig både av egen kunskap kring föräldern och familjen, men de måste ofta ta hjälp av både vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Det är dock väldigt sällan vuxenpsykiatri uttalar sig om föräldrarnas omsorgsförmåga, då den personalen inte har den kompetensen. De kan enbart förklara sjukdomen i allmänhet, hur den kan påverka föräldern.

3.4 Samhällets stöd och insatser

I detta kapitel kommer vi att presentera vad välfärdstaten har för resurser för att kunna uppmärksamma och stödja de barn som har en psykiskt sjuk förälder. Vi har valt att dela in kapitlet i fyra underrubriker, vilka är ”psykiatrisk öppenvård”, ”socialtjänstens insatser”, ”barnomsorg/skola/barnhälsovård” och ”samverkan”.

Psykiatrisk öppenvård

En journalstudie (SoS rapport 1999:11) har gjorts på sju öppenvårdsmottagningar inom psykiatri och elva personer intervjuades, fördelade på fem landsting. Det visade sig att vid första besöket var det rutin på att läkaren eller annan personal vid anamnes¹upptagningen ta reda på om det fanns hemmavarande underåriga barn. Svarade patienten knapphändigt på frågan, gick flertalet av de intervjuade inte vidare i frågan. En del frågade dock vidare, oftast då med tonvikten på föräldrafunktionen. Anledningen till att de inte gick vidare i frågan handlar dels om att det är en mottagning för vuxna, dels om att de intervjuade inte ansåg att det var deras ansvar. Det kan också handla om att personalen inom psykiatri är dåliga på att upptäcka dessa problem och att det är brister i kompetensen i att tala med och om barn. En annan orsak kan vara hög arbetsbelastning och tidspress på mottagningen. Slutsatsen i denna studie är att det finns en tveksamhet och en ambivalens kring att prata om barn. Både från personalens sida men även från patientens (SoS rapport 1999:11).

Det förekommer små insatser av vuxenpsykiatri till barn med en psykiskt sjuk förälder. Enligt Skerfving (1996) är det sällan barnet är med föräldern på mottagningen, möjligen vid problem med barnvakt. Det är även ovanligt med familjesamtal eller enbart samtal med barnet/ungdomen. Samarbete med skola/barnomsorg är nästan obefintlig, och initieras inte av

¹ Anamnes = sjukdoms förhistoria (Svenska Akademiens Ordlista 1991) Det vill säga redogörelse för personens tidigare sjukdomar och symptom, samt eventuell ärftlighet.

vuxenpsykiatrin. Då är det vanligare med samarbete med den andre föräldern och övriga släkten.

Kristina Granath, Sköndalsdiplomerad socionom vid Sköndalsinstitutet, genomförde 1997 en svensk studie med numera fem vuxna barn som alla vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder. De intervjuade berättar att de kände sig mycket kritiska till psykiatrins insatser för dem. Det är främst avsaknaden av stöd kring förälderns sjukdom det handlar om. De berättar att de hade behövt någon att prata med kring förälderns sjukdom och vad de själva kunde göra. De kände det som om de var till besvär för dem som arbetade inom psykiatrin med deras förälder (Granath, 1997).

Socialtjänstens insatser

De intervjuade i Granaths studie (ibid), nämner olika former av stöd till familjerna för att undvika en placering av barnen utanför familjen. De nämner bland annat; kontaktfamilj/person, hemterapeuter/"hemmahosare", familjeterapi, öppna förskolor, olika former av dagverksamhet, stödboende, jourfamiljehem samt ekonomisk hjälp (exempelvis för psykoterapi). Det var dock få av intervjuade som hade varit i kontakt med socialtjänsten. De som hade haft kontakt med dem, gällde dels vårdnadstvist, dels hade en av de intervjuade en "hemmahosare" från socialtjänsten några timmar om dagen då modern var inlagd.

Barnomsorg/skola/barnhälsovård

Det finns en "gråzon" bland barn till psykiskt sjuka föräldrar (SoS rapport 1999:11) . De är de familjer som har det fint och ordnat på ytan, som inte har någon direktkontakt med vare sig psykiatrin eller socialtjänsten. Därför är det väldigt viktigt att förskolan, skolan och inte minst barnhälsovården är uppmärksamma. Barn med en psykiskt sjuk förälder är ofta väldigt lojal mot föräldern och döljer för omgivningen hur de egentligen har det i familjen. Intervjuade i Granaths (1997) studie berättar att de upplevt skolan som positiv. Dels med tanke på strukturen i skolan, dels med tanke på lärare som varit ett stöd under förälderns sjukdom. De kan visserligen tycka att man i skolan kunde prata mer om vad psykisk sjukdom är, och vilka möjligheter till hjälp som finns.

Samverkan

Det visar sig att samarbetet mellan vuxen- och barnpsykiatri och socialtjänsten inte fungerar särskilt bra (Skerfving 1996). Vuxenpsykiatri arbetar med den vuxne sjuka personen. Personalen där har ingen skyldighet att arbeta med barnen till dessa föräldrar, mer än det ansvar de har vad beträffar anmälningsplikten. Inom barnpsykiatri arbetar man utifrån barnets behov och symptom. Likaså inom denna verksamhet har man anmälningskyldighet. Socialtjänsten behöver få ta del av psykiatriens kunskap kring barnen till psykiskt sjuka föräldrar för att kunna göra korrekta bedömningar om insatser. Detsamma visar SoS rapporten 1999:11. Det förekommer i stort sett ingen samverkan mellan psykiatri och socialtjänsten. Samverkan sker möjligen mellan olika vårdgivare. En orsak till att det brister kan vara tidsbristen. Allt fler och svårare ärenden gör att tiden är knapp. En annan sak det skylls på är olika vårdideologier mellan socialtjänst och psykiatri.

3.5 Viktiga personer i barnets omgivning

I perioder är det inte alltid den sjuke föräldern klarar av sitt föräldraskap på ett tillfredsställande sätt. Då finns oftast en till förälder som kan ta över den sjuke förälderns roll. Men för att den friske föräldern ska orka med betonar Annemi Skerfving (1996) att även mor- och farföräldrar är viktiga personer kring barnet till en psykiskt sjuk förälder. Det är viktigt att man tar hand om den andre friska föräldern på ett bra sätt och hjälper denne i sin föräldraroll som periodvis kan vara ganska betungande med en psykiskt sjuk maka/make. Den andre föräldern behöver stöd både i sin make/maka roll men även i rollen som frisk förälder till barnet.

Webster (1982, i Granath, 1997) beskriver att hälften av fäderna i hennes studie (där det enbart var mödrar som var sjuka) hade egna påtagliga emotionella problem, vilket gör att de inte kan vara till stöd för barnet. Detta beskrivs också i Granaths (1997) studie, där intervjupersonerna berättar varierat om den andre förälderns stöd. Det uppenbara är dock att stöd avsaknades av olika anledningar, så som alkoholism hos den andre föräldern, att den andre föräldern själv hade psykiska problem, överbelastning på grund av den sjuke föräldern samt att de märkte att det inte var lönt att vända sig till den andre föräldern då denna helt enkelt inte orkade.

3.6 Barnens tankar och känslor

För att kunna förklara hur barnets uppväxt/barndom ser ut med en psykiskt sjuk förälder, har vi valt att beskriva de tankar och känslor som forskning visar att det finns hos dessa barn. Detta kommer vi även presentera närmre i sammanställningen och analysen av intervjuvaren. Det är vanligt att barnet känner skuld över att ha orsakat föräldrarnas sjukdom (Skerfving, 1996). Att känna skam över sin förälder eller hela familjen tillhör också något barnen känner som har en psykiskt sjuk förälder. Att känna rädsla för att skadas av sin förälder eller att föräldern ska skada sig själv är också vanligt. Detta leder ofta till att barnet känner ett ansvar gentemot den sjuke föräldern. Skerfving betonar att det är jätteviktigt att de får dela med sig till någon annan vuxen av dessa känslor. Barnen i Skerfvings studie beskriver också att de ibland verkligen hatat sina föräldrar som ställer till det så mycket för dem. Samtidigt som det ändå är så tydligt att kärleken och lojaliteten till föräldern är större.

I Granaths (1997) intervjustudie av fem vuxna barn som alla vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder, beskriver intervjupersonerna de olika känslor som förekommer hos dem, samt hur de hade det i familjen. Det är vanligt att barnet måste anpassa sig till föräldrarnas behov och mående. Barnet känner av föräldrarnas sinnesstämning och anpassar sig efter det. Barnet vill göra vad det kan för sin förälder och att föräldern ska må så bra som möjligt. Man kan beskriva relationen som symbiotisk mellan förälder och barn. Att känna sorg över sin sjuke förälder är också vanligt. Likaså att känna både kärlek och hat till sin sjuke förälder. Att känna hat och önska livet ur sin förälder för denne har ställt till det så mycket för en som barn och orsakat så mycket smärta. Samtidigt som ens förälder alltid är en förälder, och har sina stunder då inte sjukdomen är så uppenbar. Även dessa barn känner kärlek till sin sjuke förälder. Att känna oro inför sin förälder är väldigt vanligt. Oro att sjukdomen ska förvärras eller att bli bortlämnad. Man kastas mellan hopp och förtvivlan när föräldern är sjuk. Detta gör att det är svårt för barnet att koppla av och känna lugn och ro (Granath, 1997).

De barn som växer upp med en psykiskt sjuk förälder inser ganska snart att de inte har det som i andra familjer. Men därifrån till att förstå att föräldern har en psykisk sjukdom, det är svårare. Man tvivlar på att det är en sjukdom och man tror att alla andra har det likadant hemma. Det är en lång process innan pusselbitarna faller på plats och man når insikt (Granath, 1997).

Det föreligger en viss risk för ärftlighet hos barn till psykiskt sjuka föräldrar. Ett barn med en schizofren förälder har en risk på tio procent att själv bli sjuk i schizofreni, medan för ett barn utan en psykiskt sjuk förälder, ligger risken på 1-2 procent (Rosenbaum-Asarnow, 1988, i Granath 1997). Intervjupersonerna i Granaths (1997) studie berättar om en viss oro över att själva bli sjuka.

Det som de flesta intervjupersonerna i Granaths (ibid) studie berättar, är att de hade velat träffa andra barn i samma situation, som de hade kunnat delat sina erfarenheter med. En annan önskan var att ha fått en kontaktfamilj där de kunde bo tillfälligt och få göra roliga saker som de annars inte fick chans till med sin sjuke förälder.

4. TEORETISKT PERSPEKTIV

I detta avsnitt har vi valt att beskriva valda delar från olika teoretiska perspektiv som vi använt för att kunna analysera vårt material. Vi börjar med en mindre beskrivning av barnets *emotionella och kognitiva utveckling*, för att kunna förstå barnets tankar och känslor kring sin situation med en psykiskt sjuk förälder samt vilket behov de har av stöd och hjälp under olika åldrar. Det är inte självklart att se utvecklingspsykologi som en teori, det kan även ses som tidigare forskning. Vi anser dock det mest relevant för vår uppsats att lägga det som en del i teoriavsnittet, då vi senare kommer använda oss av det i vår analys av vårt empiriska material. Sedan har vi valt att plocka bitar ur *Anknytningsteorin* av John Bowlby. Detta då vi tänker att anknytningen mellan barnet och vårdaren har stor betydelse för barnets vidare utveckling. Samtidigt som det vid psykisk sjukdom hos framförallt modern, kan leda till brister i anknytningen till modern som påverkar barnet. Vi avslutar vårt teoriavsnitt med valda delar av *Nätverksteorin*. Detta därför vi har förstått att nätverket har stor betydelse för barnet i en familj med en psykiskt sjuk förälder.

4.1 Utvecklingspsykologi

I vår studie har vi valt att presentera delar av utvecklingspsykologin för att lättare förstå barnets kognitiva, emotionella och psykiska utveckling samt vilket behov av stöd barnen har. Cecilia Moore och Eva Waltré (2001) beskriver i sin bok *Råd till föräldrar när den psykiska hälsan vacklar*, barns utveckling, känslor och tankar i olika åldrar.

Då barnet är mellan 0 - 2 år kan barnet läsa av känslor trots att det ännu inte förstår vad man säger. Det är inte helt ovanligt att mammor drabbas av en förlossningspsykos eller depression i samband med förlossningen. Barnet påverkas av detta och det är viktigt att mamman får stöttning i sin kontakt med barnet. Genom att mamman småpratar med barnet skapas en förtrohet som det nyfödda barnet kan uppfatta. Det är här viktigt att pappan eller någon annan vuxen har en känslomässig relation till barnet som kan tillgodose behovet av omvårdnad och känslomässig stimulans. Det är också viktigt att vara observant på om barnet slutar le, jollra eller ändrar beteende på något annat sätt då barnet kan känna sig övergivet om mamman är borta ett längre tag (Moore & Waltré, 2001). Detta överensstämmer med Philip Hwang (professor i tillämpad psykologi vid Göteborgs universitet) och Björn Nilsson (lektor i socialpsykologi vid högskolan i Skövde) (2000) som menar att barnet redan under den första månaden både kan uttrycka egna känslor samt reagera på känslor hos andra.

När barnet är mellan 3 - 7 år försöker barnet förstå verkligheten och kan kommunicera språkligt. Barnet vill ha svar på många frågor, men kan inte ta in så mycket fakta. Det är viktigt att klargöra att det inte är barnets fel att föräldern är sjuk och att föräldern eventuellt är på sjukhuset (Moore & Waltré, 2001).

I 7 - 12 årsåldern vill barnet ha så mycket fakta som möjligt. Barnet börjar förstå att mamman/pappan är sjuk och att kompisarnas föräldrar inte är det. Barn vill i denna ålder inte skilja ut sig på något sätt utan vill vara som sina kompisar. Förälderns sjukdom kan upplevas som en skam och barnet kan skämmas över hemsituationen. Då barnet börjar närma sig tolv år kan han/hon börja fundera över ärftlighet. Det kan vara skönt för barnet att ha någon att prata om sina tankar med (Moore & Waltré, 2001). Hwang och Nilsson (2000) menar att barn i denna ålder klarar av att tänka logiskt, om det inte ställs för stora krav på abstrakt tänkande. De beskriver även den så kallade "nioårskrisen" som inträffar någon gång då barnet är mellan åtta - tio år. Denna innebär bland annat att barnet börjar jämföra sig med andra och att självbilden förändras, vilket ökar känsligheten för att vara annorlunda eller att inte riktigt räcka till när det gäller utseende eller prestationer (ibid).

Ungdomar i 13 - 18 årsåldern reagerar på olika sätt. En del flyr från situationen och vill inget veta medan andra vill få så mycket kunskap som möjligt om sjukdomen och behandlingen. En del tonåringar sysslar med aktiviteter/sporter eller träffar en pojk- eller flickvän. Detta kan vara något positivt, en så kallad frizon för tonåringen. Det finns även en risk att tonåringen

inte klarar av den kris som familjen befinner sig i och flyr till en destruktiv miljö med alkohol och andra droger, samt struntar i att gå till skolan. Även här är det viktigt att tala om för tonåringen att förälderns sjukdom inte beror på honom/henne och att det inte är hans/hennes fel. Tonåringen kan ha skuld känslor, och tankar om ärftlighet är vanligt. De är rädda att de själva ska drabbas. Även här kan det vara bra för tonåringen att ha någon att tala med, till exempel någon inom psykiatrin som kan ge svar på alla frågor (Moore & Waltré, 2001). Enligt Hwang och Nilsson (2000) så är närhet något som är mycket viktigt för tonåringar. Närhet i betydelsen en nära relation som grundar sig på gemenskap, solidaritet och omsorg.

4.2 Anknytning

En av de stora förgrundsgestalterna inom anknytningsteorin är den engelske psykoanalytikern John Bowlby. Bowlbys intresse för den tidiga anknytningen växte fram då han iakttog unga människor med kriminell belastning som vuxit upp under ogynnsamma förhållanden, skilda från sina mödrar. Bowlbys utgångspunkt är att barn för att kunna utvecklas och upprätthålla en god psykisk hälsa behöver uppleva en fortlöpande intim och varm relation till sin mor (eller något annat permanent moderssubstitut) där både barnet och modern känner tillfredställelse och glädje.

Viktiga begrepp inom anknytningsteorin

Carlo Perris, professor emeritus i psykiatri vid Umeå universitet samt legitimerad psykoterapeut, (1996) beskriver olika begrepp som används i anknytningsteorin. Med *tillgiven bindning* menas den ömsesidiga relationen mellan ett barn och minst en huvudperson som går att iaktta. Det finns en uppfattning att ett nyfött barn skulle vara som ett oskrivet blad, ”tabula rasa”, som påverkas av omgivningen. Detta tar Bowlby klart avstånd ifrån. Han menar att barnet redan då det föds har en rad beteendesystem som väntar på att bli aktiverade. Bowlby räknar beteende som gråtande, fasthållande, sugande och förmågan att orientera sig till primitiva beteendesystem som har betydelse för utvecklingen av tillgiven bindning. Han menar att det redan från början finns en systematiserad beredskap hos spädbarnet att svara på stimuli från en annan människa. Stimuli som röst, beröring och åsynen av en annan människa. Bowlby understryker samspelet mellan miljön och det biologiskt givna när anknytningsbeteendet utvecklas. När barnets uppväxtmiljö klart avviker från det normala blir den yttre världens påverkan särskilt uppenbar. Barnets leende, jollrande och förmåga att skilja mellan olika ansikten har visat sig förekomma senare i utvecklingen hos barn som vuxit upp på en institution.

Den som Bowlby menar med *anknytningsperson* är i de flesta fall den biologiska modern. Han är dock mån om att betona att i fråga om tillgiven bindning syftar han till den person som i praktiken fungerar som en mor för barnet, vilket inte behöver vara den biologiska modern. Huvudanknytningspersonen är den som står överst i hierarkin bland andra personer som är betydelsefulla för barnet, vilken kan variera under barnets livslopp.

Ett annat begrepp Bowlby använder är begreppet *anknytningsbeteende*. Liknande beteende har även studerats hos djur. För ett barn kan detta vara att titta, le, jollra, gråta, klänga, följa efter et cetera. Gemensamt för dessa beteenden är att barnet på ett förutsägbart sätt kan nå önskad grad av närkontakt med sin anknytningsperson. De har sin motsvarighet i beteenden hos den huvudsakliga anknytningspersonen som under normala förhållanden svarar på dessa.

Ett av de allra viktigaste begreppen i Bowlbys anknytningsteori är begreppet *trygg bas*. Detta har betydelse för utvecklingen av den tillgivna bindningen samt för hur barnet förvärvar kunskap och utvecklas till en självständig, social varelse. Kärnan i begreppet är att den ska utgöra en sorts "språngbräda för nyfikenhet och utforskning" (Holmes, 1993 i Perris, 1996, sidan 85). Om något som är hotfullt eller skrämmande, ur barnets synvinkel, skulle inträffa behöver barnet vara förvissat om att det kan återvända till "basen". I begreppet *återförande* (retrieving), står det klart att modern ska vara lyhörd för barnets anknytningssignaler och ingripa om någon fara uppstår. Det vill säga att modern måste vara i stånd att utöva en ändamålsenlig grad av kontroll över barnets aktiviteter och kunna sätta lämpliga gränser för barnet.

Lyhördhet, tillgänglighet och omsorg är förutsättningar för att en moder ska kunna utgöra en ändamålsenlig, trygg bas (Ricks, 1985 i Perris, 1996). Det finns en del faktorer som bidrar till att bestämma moderns förmåga att agera som trygg bas för sitt barn. De är

- *sociala ekologiska förhållanden* - ekonomi, arbete, boende et cetera. Kvalitet och omfattning av det sociala nätverket är av betydelse för anknytningen.
- *personliga förhållanden* - mental hälsa, tillgång till emotionellt stöd och civilstånd. Stöd från en partner samt relationen dem emellan är av stor betydelse för anknytningen mellan mor och barn.
- *personliga övertygelser* - attityder till barnuppfostran samt uppfattningar om normal utveckling. Påverkan av olika livshändelser kan medföra en genomgripande omorganisering av familjeförhållandena.

- *barnets medfödda temperamentsdrag* - även barnets temperament i samspel med modern spelar roll för anknytnings utveckling.

Dessa faktorer omfattar den möjliga förekomsten av en psykisk störning eller personlighetsavvikelse hos modern som hämmar eller förvränger hennes modersroll. Likaså kan det vara moderns egna erfarenheter under barndomen av kvaliteten på anknytningen till sina föräldrar, samt eventuellt en förlust av anknytningsrelationer (Perris, 1996).

I takt med att barnen blir äldre och börjar komma upp i tonåren så vågar de sig allt längre bort från basen under allt längre tidsperioder. Ju mer trygghet de känner i basen desto mer tar de den för given. Men skulle den ena föräldern bli sjuk eller på något sätt försvinna visar det sig genast hur oerhört betydelsefull basen är för barnets/den unges emotionella jämvikt. De barn som visat sig vara mest stabila emotionellt och som bäst utnyttjar sina möjligheter är de vars föräldrar uppmuntrat dem till att vara självständiga, samtidigt som de funnits till hand när barnet behövt dem (Bowlby, 2003). Bowlby menar att både den tillgivna bindningen och den trygga basen finns kvar även när barnet vuxit upp och blivit en självständig individ. Förmågan att kunna förlita sig på någon annan om omständigheterna skulle kräva det och samtidigt att veta vem denna person är, är enligt Bowlby en viktig egenskap hos en självständig individ (Perris, 1996).

4.3 Nätverk

Alla människor är beroende av ett nätverk. En del har ett stort nätverk kring sig, andra ett mindre (Svedhem, 1985). Man brukar skilja på två typer av nätverk, det primära nätverket och det sekundära nätverket. Det primära nätverket består av föräldrar, släkt, vänner, grannar et cetera. Det vill säga människor som känner varandra och stödjer varandra. Det sekundära nätverket består av de professionella som kommer genom tidsbeställning, besökstider et cetera. Dessa ingår mer eller mindre i vårt nätverk. Ju mer personerna i det primära nätverket drar sig undan, desto viktigare blir det sekundära (Klefvbeck & Odgen, 1995). Svedhem (1985) säger att man sedan urminnes tider sagt att ensamhet bidrar till att människan blir sjuk och får nervösa besvär. Han berättar vidare att det finns forskning som bekräftar detta. Att bristen på socialt nätverk eller ett dåligt fungerande nätverk gör individen mer sårbar vad beträffar sjuklighet. Däremot ett bra fungerande socialt nätverk hjälper till att skydda individen vid till exempel sjukdom.

Pattison (1975 i Svedhem 1985) beskriver två olika typer av nätverk. Ett nätverk beskriver han som *neurotikerns nätverk*. Där präglas relationerna av negativa känslor och inte vidare ömsesidiga. Emotionellt stöd saknas och neurotikern kan lätt känna skuld till sin omgivning. En hel del av personerna i det neurotiska nätverket är individer som bor långt borta eller till och med inte finns längre. Detta kan förklaras med att neurotikern är väldigt upptagen med relationerna till så kallade internaliserande objekt. Människor han eller hon haft en nära relation till, men som inte längre finns med i nuet.

Det nätverket som är typiskt för individer med psykotiska problem, till exempel vid schizofreni, är väldigt litet, tätt och nära men med väldigt insnärjda relationer. Det kallas *psykotiskt nätverk*. Inte många länkar finns utanför de närmsta personerna, det är nästan uteslutande familj och någon släkting som finns i detta nätverk. Det kan även finnas personer med i nätverket som den schizofrene aldrig träffat, men som finns med i nätverket ute i periferin, och som på något vis är väldigt viktig för den enskilde i mitten. Relationerna i det psykotiska nätverket är oftast inte ömsesidiga. Den schizofrene får oftast mer än den kan ge. Det vill säga både i praktisk mening men även emotionellt. Klefvbeck & Odgen (1995) skriver att den schizofrene patienten har svårt att inleda och behålla användbara relationer. Är det så att de flesta relationer enbart handlar om beroende relationer, är det viktigt att försöka hjälpa patienten att utveckla fler ömsesidiga relationer.

Svedhem (1985) beskriver vidare hur man kan se nätverksteorin ur ett socialekologiskt sammanhang. Han hänvisar då till Bronfenbrenners olika nivåer på system och hur de påverkar individen i sitt sammanhang. Bronfenbrenner delar in individens sammanhang i fyra olika nivåer och system, där alla på ett eller annat vis påverkar individen. Likaså påverkar individen de olika systemen. *Mikronivå* – individens närmsta relationer, en grupp individer i ett sammanhang - till exempel familjen, arbetet et cetera. *Mesonivå* – kommunikationen mellan minst två av grupperna i mikrosystemet. *Exonivå* – sammanhang som inte har direktkontakt med individen, till exempel föräldrarnas arbete, skolans organisation, kommunens resurser et cetera. *Makronivå* – olika värderingar för en viss kultur eller klass samt lagar och värderingar.

Dessa fyra olika system påverkar varandra på olika sätt. Ser vi det som att barnet är individen, kärnan i hela systemet, påverkas detta barn på alla nivåer. Om barnet har en psykiskt sjuk moder (mikronivå) påverkas barnet som är kärnan i hela systemet. Skulle till exempel fadern till barnet få problem på sitt arbete (exonivå), påverkar det naturligtvis också barnet. Konflikt

mellan arbetsplats och hemmet (mesonivå) påverkar barnet, likaså våra övergripande lagar. Klefvbeck & Odgen (1995) förklarar det så här; Relationen mellan moder och barn är beroende av relationen mellan moder och fader samt mellan barn och fader. Skiljer sig föräldrarna och barnet bor hos modern, blir faderns stöd till modern lika viktigt för barnet som det direkta stödet barnet får av fadern.

5. REDOVISNING OCH ANALYS AV INTERVJUER

I detta kapitel kommer vi att ge en redogörelse av intervjuerna vi genomfört. Vi har delat in kapitlet i underrubriker, vilka överensstämmer med de teman vi hittat i intervjuerna. Dessa teman är de som vi anser vara viktiga för att senare kunna ge svar på våra frågeställningar. Första gången i varje underkapitel vi nämner en intervjuad person, har vi med både det fingerade namnet samt en kortfattad information om denna/e. I resterande del av underkapitlet använder vi enbart namnet.

5.1 Intervjupersoner

Vi har intervjuat elva personer i vår uppsats. Åtta av dem är professionella, det vill säga arbetar med antingen barn eller vuxna med psykiska problem. Diana och Elin samt Freja och Gunilla är intervjuade två och två. Tre av de intervjuade är numera vuxna barn som har vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder. Alla namn är fingerade.

- **Anders:** Aktiv i intresseföreningen för schizofreni (IFS).
- **Berit:** Socionom och legitimerad psykoterapeut inom öppenvård psykiatri, vuxna.
- **Cecilia:** Socionom inom slutenvård psykiatri, vuxna.
- **Diana:** Socionom inom öppenvård psykiatri, vuxna.
- **Elin:** Socionom inom öppenvård psykiatri, vuxna.
- **Freja:** Socionom inom socialtjänsten, samt även ansvarig för en grupp barn till psykiskt sjuka föräldrar, i socialtjänstens regi.
- **Gunilla:** Socionom inom barn- och ungdom psykiatri, samt ansvarig för en grupp barn till psykiskt sjuka föräldrar, i socialtjänstens regi.
- **Hedvig:** Behandlingsassistent, som arbetar på en spädbarnsverksamhet dit föräldrar med varierande problem (missbruk, psykisk sjukdom, svagbegåvning et cetera) kommer med sina barn.

- **Ida:** 30-årig kvinna som vuxit upp med en moder med cykloid psykos. Modern insjuknade när Ida var nio år.
- **Janna:** 35-årig kvinna som vuxit upp med en moder med "efterslängar" av schizofreni. Modern insjuknade i samband med Jannas födelse.
- **Kent:** 30-årig man som vuxit upp med en moder med en psykossjukdom. Modern insjuknade då Kent var sju år.

5.2 Samhällets stöd och uppmärksamhet

De intervjupersoner som arbetar inom vuxenpsykiatri säger att de alltid tar upp frågan om nätverket vid anamnesupptagningen. Oftast sker detta vid första besöket. Sedan är det olika hur man går vidare med den information man får, om man överhuvudtaget går vidare. Alla intervjuade inom vuxenpsykiatri berättar att barnen tyvärr har fått stå bakom sin psykiskt sjuke förälder. De berättar att man inte har riktigt klarat av att även ta hand om barnen.

"Det är ju lite av psykiatrins dåliga samvete, vi har haft svårt att mäta med och ta hand om barnen på ett bra sätt /.../ Vi är inte vana vid att arbeta professionellt med barn /.../ Det är ett spännande tema att ta upp. Något som föräldrar är oroliga för och som vi är oroliga för." (Cecilia, socionom på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning)

Anders, aktiv inom IFS, håller med om att barnen till psykiskt sjuka inte får det stöd och den uppmärksamhet de behöver; "Nej, tveklöst inte. Det är så dåligt så det är inte sant", säger Anders. Ur intervjuerna framkommer det att det finns olika anledningar till att barnens behov inte uppmärksammas. En anledning till detta är enligt Cecilia att man *inte har den kunskap* som krävs för att prata med barn, samt på grund av att man *arbetar väldigt individuellt* inom samma arbetsplats. Berit, socionom inom öppenvårdspsykiatri, berättar att det blir upp till var och en behandlare hur mycket tyngdpunkt man lägger vid barnen. Hon säger; "Behovet av barnens medverkande har väldigt, väldigt lite uttalats och också uppmärksammas". Freja och Gunilla som arbetar i en barngrupp för barn till psykiskt sjuka föräldrar berättar att deras erfarenhet är att det fungerar lite så och så med uppmärksamheten. De barn som uppmärksammas, är ofta de barn som gör väsen ifrån sig, utåtagerande. De tysta, snälla och fogliga barnen, är svåra att upptäcka.

Det framkommer alltså ur intervjuerna med de professionella att det finns *brister* i hur dessa barn och deras behov uppmärksammas. Vilken erfarenhet har de numera vuxna barnen av hur de uppmärksammades och vilket stöd de fick eller inte fick? Ida, som vuxit upp med en

mamma med cykloid psykos, berättar att hon fick *inget stöd alls* från sjukvård eller socialtjänsten då hennes mamma blev sjuk. Hon hade önskat att psykiatrin pratat med henne när hon besökte sin mamma på sjukhuset. Någon som kunde förklara för henne vad mammans sjukdom innebar på ett sätt så att hon förstod. Ida säger; ”Det är en typisk grej för Sverige lite grand. Att nu riktar vi in oss på barnen eller att nu riktar vi in oss på föräldrarna”. Hon menar att man måste se och stötta hela familjen. Janna, som vuxit upp med en mamma med ”efterslängar” av schizofreni, berättar att hon inte fått något som helst stöd från samhället.

”Och från sjukvården fick man ingen hjälp. De vet knappt om att vi existerar /.../ Aldrig att läkarna spontant, från sin sida sett sa 'Kanske man skulle hört hur det var med barnen'. Jag var med mamma en gång men då fick jag vänta utanför. Och det tycker jag är synd för man är så liten och man måste få förståelse.” (Janna)

Kent, vars mamma har en psykosjukdom, hade ett ganska bra förtroende för sjukvården, dock kände han att det tog lång tid med allt. Han hade önskat att mamman fått hjälp tidigare vid sjukdomsskoven. Han känner även att han *saknade kunskaper* om mammans sjukdom. Något alla tre intervjuade berättar om, är att de hade velat att det fanns någon typ av *barngrupper*, där de kunde träffa barn i liknande situation. Utbytt erfarenheter med varandra och se att de inte var ensamma om att ha en psykiskt sjuk förälder.

Det håller dock på att ske *förändringar* och exempel på detta berättar Diana och Elin, sjuksköterskor inom öppenvårdpsykiatrin om. På deras arbetsplats *bjuds familjen alltid med* på besöken, samt att det *står på förstasidan i journalen om man har barn*. Diana säger; ”Jag tror aldrig att jag under de åren jag jobbat innan sett så mycket barn och barnvagnar”. Diana och Elin berättar också att de inte alltid kan ge direkt stöd till barnen, men att de då kan *hänvisa vidare*, exempelvis till socialtjänsten. Vidare säger de att det kan vara positivt att ha barnen med på besöket, då behandlaren kan se samspelet mellan barnet och föräldern. En annan förändring är det *utökade samarbetet* mellan olika vårdinstanser och/eller myndigheter. Cecilia berättar att man på hennes arbetsplats sedan ett par år tillbaka samarbetar med barn- och ungdomspsykiatrin. Just för att uppmärksamma och kunna stödja barnen till psykiskt sjuka föräldrar. Hedvig, behandlingsassistent på en spädbarnsverksamhet, samt Freja och Gunilla, arbetar direkt med barn till psykiskt sjuka föräldrar. Hedvig säger att deras verksamhet fungerar bra, men hon kan tycka att behandlingstiden är för kort. Freja och Gunilla säger att skolan är duktig på att uppmärksamma barn till psykiskt sjuka föräldrar, i alla fall i kommunen de arbetar i. Den barnverksamhet de arbetar i, är ett resultat av ett samarbete mellan, barn- och ungdomspsyki-

atrin, vuxenpsykiatrin och socialtjänsten. Verksamheten är relativt nystartad och än så länge ser de bara positivt med den.

Analys

Enligt våra intervjupersoner tar man alltid upp frågan om barn i anamnesen. Detta överensstämmer med studien ur SoS rapporten 1999:11 där även de intervjupersonerna säger samma sak. Där framkommer att man är dålig på att upptäcka problem kring barnen samt att man brister i kompetensen att tala med barn. Detta framkom även i våra intervjuvar. Skerfving (1996) skriver att barn sällan är med föräldern på mottagningen och att det är ovanligt med familjesamtal. Detta skiljer sig från hur Diana och Elin arbetar, där familj och närstående är välkomna. På deras arbetsplats är det inte ovanligt att såväl barn som andra närstående är närvarande vid besöken. I Granaths (1997) studie framkommer det att vad barnen främst saknade var att få veta mer om förälderns sjukdom och vad den handlade om, att helt enkelt få prata med någon. Detta är något som både Ida och Kent saknade. I SoS 1999:11, står det att det finns en gråzon bland barn till psykiskt sjuka föräldrar. Det är bland de familjer där man inte har kontakt med vare sig psykiatrin eller socialtjänsten. Det stämmer väl överens med vad Freja och Gunilla berättar för oss, de som har det fint på ytan märks inte. Skerfving (1996) beskriver ett dåligt samarbete mellan psykiatrin och socialtjänsten. I den kommun Freja och Gunilla arbetar i har detta verkligen kommit till stånd, i och med den barngrupp de nu arbetar med där.

Det är viktigt att se att den sjuke föräldern ingår i ett nätverk där det även finns barn. Sett ur Bronfenbrenners socialekologiska teori påverkas barnet i sitt sammanhang. Det vill säga vad som sker i exosystemet, där vi återfinner sjukvården, påverkar barnet som är kärnan i hela systemet. Fungerar inte samarbetet mellan de olika systemen blir barnet lidande. Detta talade även Ida om. Hon menar att man inte bara kan arbeta enbart med föräldern utan denne måste sättas i sitt sammanhang. Att det är viktigt att arbeta även med barnen.

5.3 Förälderns omsorgsförmåga

Något de professionella vi intervjuade är ense om, är att det är viktigt att se personen bakom diagnosen. Föräldrarna är inte sjuka hela tiden, utan däremellan är de som vilka föräldrar som helst.

”Naturligtvis är de (barnen) påverkade, men det är beroende på vad mamman eller pappan har för form av psykisk sjukdom /.../ Psykiskt sjuka föräldrar är sällan konstant psykiskt sjuka /.../ Vad är det vi ska kräva av föräldrar? För att vi inte har kontakt med psykiatriska kliniken så är vi ju inte perfekta /.../ Det finns mycket kärlek som de också förmedlar precis som vi andra.” (Berit, socionom på en öppenpsykiatrisk mottagning)

Cecilia, socionom inom slutenvård psykiatri förmedlar samma sak som Berit. Hon säger; ”huvuddelen av personligheten är ju inte att de är psykiskt sjuka”. Att de föräldrarna är *bra och dåliga som alla andra*. Samtidigt som hon berättar att en förälder med en *allvarlig psykisk sjukdom*, kan ha *svårt med den känslomässiga kontakten* till barnet. Och det är inte så bra om föräldern är återhållsam med sina känslor gentemot barnet. Speciellt inte om det är ende vårdaren. Diana, socionom inom öppenvård psykiatri, säger; ”Jag tänker att de flesta av de här föräldrarna är sjuka under en period, de är inte sjuka för alltid. Jag tänker att när de inte är sjuka så har de samma resurser som alla andra föräldrar”. Freja och Gunilla som leder en barngrupp för barn till psykiskt sjuka föräldrar, instämmer och säger att det är väldigt *olika beroende på diagnos och sjukdomstillstånd*. Vad de kan se att barn med en psykiskt sjuk förälder har gemensamt, är att de barnen inte vet hur det ska se ut i en familj. De tar oftast ett allt för stort *vuxenansvar*. De berättar vidare; ”Föräldern klarar inte heller riktigt av det här med känslor när de är sjuka. Det som fungerar är den *fysiska omvårdnaden*, mat, kläder, och knappt ibland det heller.” Barnen *får inga direkta redskap och kunskap* med sig, de får svårt att tycka om sig själv. En annan sak Freja och Gunilla har lagt märke till, är att barn till en psykiskt sjuk förälder sällan har någon fritidsaktivitet. Det är precis föräldern klarar av att få barnet till skolan, man orkar inte med något annat.

Berit berättar också att där den tidiga *anknytningen* brister mellan mor och barn, där blir det ofta problem. Detta är något som Hedvig, familjebehandlare på spädbarnsverksamheten, arbetar mycket med. Hon menar som de andra, att de psykiskt sjuka föräldrarna kan ha stora brister i omsorgsförmågan, men mycket beror på vilken sjukdom de har och hur sjuka de är.

”Det finns de mammor som vänder ut och in på sig själva för att kunna orka vara med barnet. Och då är det mycket den praktiska omvårdnaden, ge dem mat, torr blöja, vara ren. Men sen är det svårt att orka med den andra biten, dygnet runt. Det är vad det handlar om, fast man är sjuk”. (Hedvig)

Hedvig berättar vidare att många av föräldrarna är uppfyllda av sig själva, av sin egen kropp. De pratar om hur de mår och hör sina röster. Några behandlar barnen som små dockor, andra vill varken röra eller se på sitt barn. Får inte barnet den *uppmärksamhet* och *omsorg* det behö-

ver kan barnet drabbas av en *spädbarnsdepression*. Barnet slutar äta och undviker ögonkontakt. Kommer man för nära med ansiktet så gallskriker de. På spädbarnsverksamheten ligger samspel och anknytning i fokus. Antingen mellan den sjuke föräldern och barnet eller om föräldern ligger på sjukhus, den andre friske föräldern och barnet om möjligheten finns.

Något annat som framkommer i intervjuerna, är den *oförutsägbarhet* barn till psykiskt sjuka föräldrar lever under. Anders, aktiv i IFS, menar att psykiskt sjuka föräldrar inte har den *kontinuitet* som ett barn behöver.

”Vardagen kan se väldigt bra ut när mamma och pappa känner sig friska, när de tar sina mediciner som de kanske måste ta. Men så kan det vara den ena dagen den ena veckan, nästa vecka kan det vara kaos”. (Anders)

Exempel på denna oförutsägbarhet är till exempel att barnet inte kommer iväg till skolan eller att kamraterna inte får höra av sig ena veckan och nästa är det tvärtom. Även Diana och Elin, sacionomer inom öppenvårdspsykiatri, beskriver att barnen lever med en oförutsägbarhet, de kan aldrig vara säkra på vad som ska ske. En psykiskt sjuk förälder klarar inte att bistå med detta. En del av dessa föräldrar har *svårt för att kontrollera sin ilska*. Elin säger; ”Det är inte bara att se en vuxen människa löpa amok i en lägenhet, ställa sig och skrika hemska saker mot en granne”. De betonar även att man inte kan säga något generellt om föräldrarnas omsorgsförmåga, utan att det är *väldigt individuellt*. De berättar om en flicka vars mamma inte skötte sin hygien, slutade tvätta och fick mycket eksem.

”Efterhand som mamman blev sjukare isolerade hon sig mer och mer i lägenheten. Den situationen blir jättesvår för ett barn. Det finns inga kläder att sätta på sig, man får försöka tvätta kläder i badkaret. Det blir mycket ansvar för de här barnen”. (Diana)

Hur tycker då de numera vuxna barnen att deras uppväxt har sett ut? Anser de att deras föräldrar kunde tillgodose deras behov? Alla tre intervjuade svarar olika på frågan. Janna, vars mamma har ”efterslängar” av schizofreni anser att hon haft en *bra uppväxt*. Janna beskriver sin uppväxt som *lycklig*. Hon berättar att hennes mamma har nu på senare tid frågat henne om hon minns deras badhusbesök och shoppingturer när Janna var liten. Mamman fanns alltid hemma i familjen, förutom då hon vistades på sjukhus. Janna hade kompisar hemma, de lekte och fick fika av mamman. Janna berättar också om en händelse då hon som tonåring var på diskotek, och mamman skulle möta henne en bit från diskoteket när det var slut. Men rätt som

det är under dansen, traskar en mamma in på dansgolvet, Jannas mamma. Janna tyckte att det var *jättepinsamt*, samtidigt som hon idag kan se det som jättestarkt av sin mamma; ”hon letade ju efter sitt barn /.../ Så nog brydde hon sig om oss barn”. Samtidigt som hon kan minnas det *jobbigt* med mammans *hallucinationer* då mamman pratade med popidoler. Janna berättade att hon låg på sitt rum på kvällen och försökte somna, då kunde hon höra hur mamman satt i soffan och diskuterade med en sångartist. Ibland försökte mamman dra med Janna i diskussionerna med popidoler och andra kändisar, men Janna lärde sig snabbt att bara humma med. Janna själv upplever att hennes uppväxt varit bra tack vare det *sociala nätverket*.

Ida, vars mamma har cykloid psykos, berättade att hennes mamma *inte riktigt orkade med* att sköta allt i hemmet. Hon hade problem med att sköta tvätt samt sin och barnens hygien. Ida kunde sova och gå till skolan i samma kläder under flera dagar. Ida berättar om en händelse då hon hade skurit sig i fingret. Hon gick in till sin mamma för att visa biten som skurits av men fick inte den reaktionen som hon var van vid. Mamman bara stirrade och var helt frånvarande, vilket Ida tyckte var jättekonstigt. Hon minns även att hon *inte fick den uppmärksamhet* hon önskade när hon till exempel visa teckningar hon hade målat. Hon kände att hon inte alltid fick den uppmärksamhet hon behövde, att hon kände ett *bekräftelsebehov* på något vis. Ida säger att hon även har *berikats* väldigt mycket av situationen. Ida var mycket på sjukhuset när hennes mamma var där och på en förening för psykiskt sjuka där hennes mamma började arbeta. Hon menar att hon *inte har de fördomarna* gentemot människor som är psykiskt sjuka, som många andra kanske har. Hon är insatt i ämnet och förstår psykiatrireformen på ett sätt hon inte skulle gjort annars. Idas mamma var väldigt öppen och har pratat mycket om sin sjukdom. Hon mindes de konstiga sakerna hon gjort och kunde förklara dem när hon blev frisk.

”Hon trodde att hon kunde avskaffa cigaretterna. Då är det klart att hon knäcker dem och lägger in dem i ugnen. Så har hon helt plötsligt avskaffat alla cigaretterna i världen. Det har hon berättat sen när hon blev frisk, för det trodde hon då”. (Ida)

Detta gjorde att Ida kunde förstå logiken i mammans tankesätt, vilket har gjort jättemycket för hennes förståelse. Ida menar även, situationen att växa upp med en psykiskt sjuk förälder kan vara *negativ* på så sätt att man blir *expert på att stänga av*. Att man skjuter saker som är svåra ifrån sig, som en *överlevnadsinstinkt*. Kent, som har en mamma med en psykossjukdom, känner sig liten kluven i frågan; ”Jag har ju bra minnen av min uppväxt, rätt mycket, men jag har ju rätt mycket tradiga minnen av det också”. Han berättar att han fick ta mycket *ansvar* i

hemmet och sköta mycket av det *praktiska*. Både när mamman var på sjukhuset och när hon var sjuk hemma. Han säger att han tog rätt mycket ansvar även över sin mamma.

Analys

Berit och Cecilia berättar, att man absolut inte får tro att bara för en förälder har en psykiatrisk diagnos, så sviktar omsorgsförmågan. Hedvig menar att mycket beror på vilken sjukdom de har och hur sjuka de är, att det är svårt att säga något generellt om omsorgsförmågan, vilket både Diana och Elin samt Freja och Gunilla också anser. Detta skriver även Parment (1999), där han menar att även om vi vet att omsorgsförmågan sviktar vid psykisk sjukdom, så är det stor skillnad både vad gäller diagnos och variationer inom samma diagnos. SoS rapporten 1999:11 bekräftar samma sak, att inte bara diagnosen påverkar omsorgsförmågan, utan även en sådan sak som nätverket till exempel. John Bowlby beskriver i anknytningsteorin, att för att barnet ska kunna utveckla och vidmakthålla en god psykisk hälsa, behöver barnet ha en kontinuerlig, intim och varm relation med modern. Brister det då i den tidiga anknytningen, som Berit berättar om, kan det lätt hända att brister uppstår i relationen mellan moder – barn. Hedvig talar om barn där anknytningen varit så bristfällig att barnen drabbats av en spädbarnsdepression. Här kan vi relatera till Bowlbys begrepp trygg bas. För att barnet ska kunna utveckla en trygg bas behöver modern vara lyhörd, tillgänglig och omsorgsfull. Har inte modern dessa egenskaper känner inte barnet någon trygghet vilket kan resultera i att barnet drabbas av en spädbarnsdepression. Både Anders, Diana och Elin talar om bristen på kontinuitet och förutsägbarhet, vilket kan skapa oro hos barnet. Då Ida skadat sig i fingret fick hon inte den reaktion från sin mamma som hon var van vid. Här kan vi relatera till den oförutsägbarhet dessa barn lever i och som Anders, Diana och Elin talar om. Som vi tidigare hänvisade till - den trygga - basen hos modern, är det synnerligen viktigt för barnet att modern är tillförlitlig och förutsägbar.

5.4 Andra viktiga personer i barnets omgivning

Vår förförståelse var att personer i barnets omgivning kan ha stor betydelse för hur barnet mår. Vi har också tagit del av nätverkets betydelse genom den litteratur vi läst. I följande avsnitt redovisar vi vad som kommit fram genom våra intervjuer, både vad det gäller den andre (friske) förälderns betydelse samt personer i barnets övriga omgivning.

Den andre föräldern

De professionellas syn på den andre förälderns *stödkapacitet är varierande*. Diana och Elin, socionomer inom öppenvårdspsykiatri, menar att den andre föräldern kan utgöra ett stort *stöd* för barnen.

”Stödet behöver inte vara från samhället, utan det kan finnas en annan förälder som kan /.../ Man kan inte vara både mamma och pappa naturligtvis, men att träda in och ta en större del och ansvar när den andre föräldern är sjuk /.../ Att man kan avlasta på något sätt.” (Elin)

Berit, socionom på en öppenpsykiatrisk mottagning, håller med om att det är jättebra om det finns en annan frisk förälder. Om den föräldern kan upprätthålla en vanlig föräldraroll till barnet, och om denne föräldern *inte fördömer* den sjuka föräldern, utan i stället kan väga upp denne. Hon berättar också att man vet att deprimerade mammor med små barn, har ett mindre nätverk och är mer än andra utelämnade till sin familj. Cecilia, socionom på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning, berättar att de gärna har med den friske föräldern vid deras träffar som handlar om barnen i familjen. När vi pratar om den tidiga anknytningen, säger Berit att finns det en frisk förälder, om den sjuka inte klarar att ta sitt barn till sig, *kompenserar* den friske föräldern mycket. Cecilia håller med om det Berit säger, om den tidiga anknytningen, att här får pappan en stor roll som förste vårdare, om mamman inte klarar att få kontakt med sin bebis. Även Hedvig, socionom på en spädbarnverksamhet, beskriver nätverket som mycket viktigt. De flesta som kommer dit är mammor med problem. Det händer att papporna bor på spädbarnsverksamheten tillsammans med barnet då mamman är sjuk och inlagd på sjukhuset. Då *stöttar* man och *uppmuntrar* till en *kontakt* mellan pappan och barnet.

Freja och Gunilla, som arbetar i en barngrupp för barn till psykiskt sjuka föräldrar, deras erfarenhet skiljer sig en del från de andras. De menar att det sällan finns någon annan förälder kvar. De är antingen *inte helt välfungerande* själv, eller *orkar de inte* med att leva med en psykiskt sjuk person, utan försvinner på vägen. De barn Freja och Gunilla träffar där, lever med sin mamma (som är sjuk) som har en ny sambo.

Även de numera vuxna barnens upplevelser av den andre förälderns stöd är *varierande*. Janna, vars mamma har ”efterslängar” av schizofreni, säger att hon ibland kan klandra sin pappa för att han var för *passiv*. Hon menar, pappan visste om att mamman var sjuk. Ändå lät han Janna bo med sin mamma. Han borde förstått att ett barn är lojal mot sin förälder. Och ville

mamman att Janna skulle bo hos henne, så gjorde Janna det. För hon menar, ett barn kan inte fatta det beslutet själv. Ida, som har en mamma med cykloid psykos, växte upp med båda sina föräldrar och menar att hon hade tur som även hade sin pappa. Hon tycker att han klarade av situationen bra, ordnade utflykter och försökte ge henne och syskonen något annat att tänka på. Han *gjorde så gott han kunde*. Detta trots att även han hamnat i en *kris*, liksom övriga familjen. ”Jag skulle inte kunna önska mig mer av honom, faktiskt. Helt ärligt”. På tal om roller så beskriver Ida sin roll i barndomen som en barnroll. Hon menar att hon inte fick ta ansvar för någon matlagning, städning eller tvättning. Hon tror inte att det är så vanligt när det finns en annan förälder, utan mer när den sjuke föräldern är ensamstående. Även Kent, vars mamma har en psykosjukdom, levde till största del av sin uppväxt med båda sina föräldrar. Han berättar att pappan i början hittade på saker med Kent och hans syskon men att han inte riktigt orkade med situationen. Kent berättar att innan mamman blev sjuk hade hon den där klassiska mammarollen. Det var hon som städade, lagade mat och tvättade. Kent tyckte att när pappan skulle ha ansvar över hemmet, blev det till en början mindre lyckat. Han tycker ändå att pappan *gjorde sitt bästa*. När Kent kom upp i tonåren flyttade hans föräldrar isär och Kent och en yngre bror bodde kvar hos mamman. Han berättar att han då tog hand om en stor del av städning och planering, såg till att maten blev handlad och ibland lämnade och hämtade han sin bror från dagis.

Övrig omgivning

Även barnets övriga omgivning kan utgöra ett stort stöd. Berit menar att hon ofta får höra att *syskon* är viktiga, att de ofta kommer före föräldern, när det handlar om vem man vänder sig till vid problem. Hon pratar även varmt om *mormödrar* och *farmödrar*. Hon säger att det är många idag vuxna som kan berätta att ”jag hade ju mormor”. Cecilia berättar att liksom den andre föräldern så är en mormor eller någon annan som står familjen nära välkommen på träffar som rör barnen. Hedvig berättar att en del barn kan bo på spädbarnsverksamheten upp till ett år då mamman till större delen är inlagd på sjukhuset. Detta är lång tid för ett litet barn och barnet knyter an till de personer som är i närheten. Finns inte pappan där blir det personalen som står barnet närmast. För att det inte ska bli ytterligare en separation (mellan barn och personal) när barnet flyttar hem med mamman igen försöker man väva in personer från barnets nätverk som kommer att finnas kvar i framtiden. Man bygger upp en kontakt med någon i barnets omgivning.

”Allt nätverk är bättre än främmande personer, det bara är så /.../ Man börjar med att hälsa på dem (någon från barnets omgivning) en kväll, sen kanske barnet är där en hel lördag, sen sover barnet över där på natten. Sen är det en ny moster man har skapat”. (Hedvig)

Det är naturligtvis inte hon som huvudsakligen ska ta hand om barnet, men det är någon som kommer att finnas kvar. Om mamman och pappan tillåter så *bjuds närstående in till nätverksträffar*. De kan vara med på alla samtal och behandlingskonferenser, så länge föräldrarna godkänner det. Anders, aktiv inom IFS, berättar att en del intresseföreningar även har en *kamratstödande verksamhet*. Skulle någon inte dyka upp som de brukar, söker de upp personen för en pratstund. Får de reda på att personen blivit inlagd på sjukhuset så hälsar de på. Han menar att det kan betyda mycket att *någon bryr sig* och frågar hur de mår. Att det är någon som saknar dem när de är borta. Även Diana och Elin påpekar vikten av *grannar* och hjälpsamma *släktingar* som kan vara ett stort stöd för både barnen och föräldrarna.

De numera vuxna barnens erfarenheter om nätverkets betydelse skilde sig något från varandras. Kent hade en nära kontakt med sin *syster* och han berättar att de hade bra nytta av varandra de första gångerna mamman blev sjuk. När Kent blev äldre träffade han en *flickvän* som utgjorde ett stort stöd för honom.

”Det var under de åren jag hade det jobbigt då hade jag ändå en flickvän som jag blev mer och mer kär i. Som fanns där för mig, så jag hade det ju jättebra. Jag hade alltid någon jag kunde luta mig mot. Även om jag kanske inte öppnade mig för henne så hade jag ändå bra saker som hände utanför.” (Kent)

I Jannas berättelse förekommer det mycket tal om nätverk. Janna berättar hur hennes *mormor* blev ”stand-in” för mamman, efter föräldrarnas skilsmässa. Hon säger; ”mormor var en väldig klippa som höll samman familjen”. Mormor var den som fanns där när mamman åkte in på sjukhuset. Janna säger också att hon hade sin pappa, samt en hel del andra *släktingar*, så som morfar, farmor/farfar, moster och morbröder. Hon hade även gott om *kompisar*. Speciellt en flicka som bodde i samma hus, vars mamma ibland också låg på en psykiatrisk avdelning. Även om mammorna hade olika diagnoser, så hade de ändå gemensamt att deras mammor låg på sjukhuset ibland. Ida berättar att de hade en *granne* som tittade till dem när mamman var sjuk och pappan jobbade. I övrigt fanns det inte så många som visste om hennes hemsituation. ”Nej, det var faktiskt annars en *familjehemlighet* (vår kursivering), som det är för de flesta. Och det var inget som vi bestämde utan det var bara så det var liksom”.

Analys

I SOU:n 1997:8, står det att barnets nära relationer utgör en viktig plattform för barnets utveckling och hälsa. Webster (1992, i Skerfving 1996) beskriver olika familjetyper, där vi kan återfinna våra tre intervjupersoner som vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder. Ida kan man säga kom från en välfungerande familj med två föräldrar, där föräldrarna hade en god relation. Janna kom från en välfungerande familj med en förälder, likaså Kent vars föräldrar skilde sig då han var i tonåren. De hade alla något stöd från släkt och nätverk. Dunn (1993, i Skerfving 1996) beskriver att hennes intervjupersoner kände dåligt eller inget stöd från fadern. De berättar att de kände sig isolerade från övriga nätverket. Visserligen hade de alla någon person i sin omgivning som betydde mycket för dem, ofta en far- eller morförälder. Detta överensstämmer väl med vad våra intervjupersoner berättar. Janna som hade ett enormt stöd i sin mormor, och där Janna tidvis bodde under moderns inläggningar. Och som Berit säger att mormödrar och farmödrar är jätteviktiga. Skerfving (1996) beskriver att det är viktigt att den andre friska föräldern får tillräckligt med stöd från samhället, för att kunna vara en fungerande make/maka samt en fungerande förälder till barnen. Detta för att orka med den belastning och påfrestning det innebär att ha en psykiskt sjuk person i sin närhet. Detta måste man tänka på, då det som Berit säger, är viktigt att den friske föräldern inte fördömer eller talar illa om den sjuke föräldern inför barnen. Granaths (1997) studie visar på varierat stöd av den andre föräldern. Det vanligast var att den andre föräldern inte utgjorde något vidare stöd till barnet, då den föräldern hade egna problem att brottas med. Så som alkohol, egna psykiska problem samt överbelastning på grund av den sjuke föräldern. Detta överensstämmer med den bild Freja och Gunilla har av den andre föräldern. De menar att han/hon ofta försvinner, antingen på grund av att den andre föräldern har egna problem, eller på grund av den överbelastning det innebär att leva med en psykiskt sjuk person.

Bowlby beskriver i anknytningsteorin att barnet behöver en huvudanknytningsperson att knyta an till. I de allra flesta fall tillskrivs den rollen modern. Han påpekar dock att i en del fall kan det hända att den rollen tillskrivs en annan för barnet viktig person, till exempel fadern om moderns förmåga att knyta an sviktar (Perris, 1996). Även Berit och Cecilia påpekar vikten av en bra relation med en närstående från början, vilket inte behöver vara modern. Pattison (1975, i Svedhem 1985), beskriver två olika typer av nätverk. Det psykotiska nätverket består enligt honom av få individer men det är väldigt tätt och nära med insvärjda relationer. Han menar att oftast så är bara den närmsta familjen representerade i nätverket, möjligen en och annan släkting. I Jannas berättelse återfinner vi många släktingar som fanns för henne.

Både mor- och farföräldrar, men även morbröder och mosttrar. Samtidigt som det fanns kompisar runt Janna som hon hade bra kontakt med. Kent beskriver att flickvännen han träffade i tonåren, blev ett stort stöd för honom. Detta kan jämföras med vad Moore & Waltré (2001) skriver, att en pojk- eller flickvän kan vara en så kallad frizon för tonåringen som gör att han eller hon får något annat att tänka på än sin psykiskt sjuke förälder och allt vad det innebär. Något liknande skriver Hwang & Nilsson (2000), som menar att närhet är viktigt för tonåringar, vilket Kent kände ihop med sin flickvän. Ida däremot anser att hennes pappa varit ett stort stöd för henne och att han gjort så gott han kunnat, trots att även han hamnade i en kris. Detta stämmer överens med vad Granath (1997) skriver, att den friske förälderns stöd varierar.

5.5 Barnets tankar och känslor

Detta kapitel har vi valt att ta med för att få större förståelse för barnens upplevelser under uppväxten/barndomen, med en psykiskt sjuk förälder. Här har vi delat in kapitlet i teman som vi återfann i intervjupersonernas berättelser och i litteraturen. Vi har även för att underlätta analyserat vart tema för sig.

Lojalitet och beroende

Alla intervjupersoner berättar om känslor av lojalitet och beroende gentemot den sjuke föräldern.

”/.../ Barnen är lojala till hundratio procent /.../ Det är vanligt att tänka som barn, att bara för att mamma är sjuk så är det inte tillåtet att jag ska få vara glad och må bra. Utan, vi mår dåligt i vår familj, och då ska jag också må dåligt.” (Freja, ansvarig för en gruppverksamhet för barn till psykiskt sjuka föräldrar)

Berit, socionom inom öppenvårdspsykiatri, berättar att barnen blir väldigt *observanta* på sin förälder. Hur stimmigt det än är runtomkring, håller barnet alltid ett vakande öga och öra på sin sjuke förälder. Detta leder till ett starkt *beroende* menar hon. Berit berättar vidare att så små barn som sex – sjuåringar är *finger toppskänsliga* för sina föräldrars beteende. Anders, aktiv inom IFS, berättar att barn till psykiskt sjuka föräldrar ofta lever i en *ovisshet*, där föräldern ibland säger att det går bra att ta hem kamrater, ibland får de inte. Men med tanke på den lojalitet barnet känner mot föräldern, gör det som föräldern säger, trots att det kan vara fel eller kännas konstigt för dem.

Ida, vars mamma har cykloid psykos, och Janna, vars mamma har "efterslängar" av schizofreni, är överens om med vad de professionella säger. Janna berättar att hon varit och är oerhört *lojal* mot sin mamma. Men egentligen vill hon inte vara det. Hon säger; "men det är min mamma och man har ansvar över sina föräldrar". Ida beskriver sig själv och sina syskon som små filmkameror. "Nu börjar mamma bli konstig, hon börjar prata konstigt nu, bete sig konstigt." Ida och hennes syskon lärde sig känna igen tecknen då mamman blev sjuk. Hon menar att de då hade en tyst överenskommelse att skynda sig hem från skolan och vakta över henne, se vad som hände, ringa och rapportera till pappan och så vidare.

Analys

I Dunns (1993, i Skerfving 1996) studie berättar intervjupersonerna om lojaliteten gentemot den sjuka mamman. Trots svåra uppväxtförhållanden fanns lojaliteten där. Även Granath (1997) säger detta. Intervjupersonerna i hennes studie berättar att de som barn ofta anpassade sig till den sjuke förälderns behov. Detta stämmer väl överens med vad Anders berättar, barnen tar hem kamrater när det passar föräldern, av lojalitet för föräldern och dennes sjukdom. Ida berättar, att hon och hennes syskon genast märkte då mamman blev sjuk, då skyndade de hem från skolan för att passa på mamman. Granath (ibid) beskriver relationen mellan den sjuke föräldern och barnet som symbiotiskt. Ida var lojal mot sin mamma på så sätt att hon såg efter henne när hon var sjuk. Hon kände det som sitt ansvar att hålla koll på henne för att informera pappan om situationen.

Skuld och skam

Flertalet av de intervjuade säger att barnet många gånger tar på sig skulden för förälderns sjukdom och sedan även känner skam över föräldern/familjen. Berit säger att alla barn tar sjukdomen på sig. För hon menar, alla barn gör ju alltid något någon gång som kan ha lett till förälderns sjukdom. Cecilia, socionom på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning, berättar att det är svårt att veta riktigt vad och hur barnet tänker. Det är så *olika*, beroende på var de befinner sig i sin utveckling. Hon säger att alla barn är ju olydiga någon gång; "*/.../blev kanske mamma jättearg och började kanske gråta och gick och la sig". Hon menar att sådana händelser kan ge barnet skuld-känslor och föreställningen att det är deras fel att mamman mår så dåligt. Cecilia tror att det är bra att ibland ha barnet med på möten på sjukhuset. För barnet lyssnar en stund och det som går in det går in. Freja och Gunilla hör ofta talas om både skuld och skam hos de barn de arbetar med. Att de måste vara på ett visst sätt för att hålla föräldern på en viss nivå, inte skärpa upp föräldern. Likaså att barnen ofta tänker "bara för att mamma är

sjuk så är det inte tillåtet att jag ska få vara glad och må bra”. De har *dåligt samvete* för de har skrattat för mycket. Anders menar att man oftast inte har möjlighet att nå de här barnen förrän de är ganska vuxna. Att de först då kan berätta om skulden de känt då deras mamma eller pappa burit sig kostigt åt, att de inte vågade ta hem kompisar för rädslan fanns att föräldern skulle säga konstiga saker som de fick skämmas för.

”Barnen anpassar sig, så småningom såg de det här som en del i sitt liv. Men de visste också att det inte var en accepterad del hos deras kamrater med friska föräldrar och det gjorde att det kunde bli ett dom-vi förhållande som kan påverka deras självkänsla i framtiden”. (Anders)

Han menar att barnen kan känna att de inte är lika mycket *värda* som andra för att de har konstiga föräldrar. Anders tror att barnen känner mindre skuld om man *pratar om sjukdomen*. Så att barnet förstår vad sjukdomen innebär, att man inte kan hjälpa det och att det inte är barnets fel. Han säger även att *en förälder är alltid en förälder*, oavsett om föräldern utifrån sett är bra eller dålig.

Ingen av de intervjuade barnen upplever direkta skuldkänslor för att ha orsakat moderns sjukdom. Däremot förekommer en del *skamkänslor* och *ilska* över situationen. Janna känner ingen vidare skuld gentemot sin mamma. Inte att hon skulle ha skuld i att mamman blev sjuk. ”Det skulle väl i så fall vara för att hon fick det när jag föddes”, säger Janna. Samtidigt som hon säger; ”vad kunde jag göra, jag bara föddes ju”. Ida upplevde inga skuldkänslor för mammans sjukdom när hon var liten. Men hon berättar att hon ibland kunde bli arg på henne; ”Sluta för fan, lägg av, prata inte så, vad menar du, vadå?”. Hon kunde även känna skuldkänslor när hon hade roligt med sina kamrater, när hon skrattade för mycket. Hon visste inte riktigt hur man skulle bete sig, hur man fick bete sig när man hade en mamma som var sjuk. Kent upplevde att hans familj skiljde sig mycket från sina kompisars. Han tyckte att det var jobbigt hemma och ingen av hans kompisar visste att mamman var sjuk. Han upplevde skam över mammans sjukdom när han var liten som han fortfarande känner av idag. ”Den sitter ganska så djupt rotad så jag kan liksom inte bli av med det så lätt. Men jag skulle önska att det inte var så. Att man inte hade skämts för att säga att ens förälder är psykiskt sjuk”.

Analys

I Dunns (1993, i Skerfving 1996) studie berättar intervjupersonerna om känslor av skuld för att ha orsakat moderns sjukdom samt skuld över att vara friskare än modern. Precis som Ce-

cilia berättar, alla barn gör något dumt någon gång. Har man då en förälder med en psykisk sjukdom, blir skulden ännu större, eftersom föräldern går och lägger sig och blir ledsen. Ida hade svårt att skratta och ha roligt med sina kompisar, för då kände hon skuld eftersom hennes mamma var sjuk. Detsamma säger de barn som ingår i den grupp Freja och Gunilla arbetar i. Skerfving (1996) berättar att skuld är en vanlig känsla hos barn till psykiskt sjuka föräldrar. Likaså att känna skam över att man lever i en annorlunda familj. Detta var vad Kent kände under sin uppväxt vilket han även kan känna av idag.

Oro och ängslan

Ett barn med en psykiskt sjuk förälder går ständigt omkring med en oro och ängslan över sin förälder, berättar Berit. Hon säger också att det ibland kan vara så illa att barnet inte ens vågar gå hemifrån, för det måste ju *passa* sin förälder. Detta stämmer med Frejas och Gunillas erfarenhet. ”De tar hellre hem kompisar än går till kompisar. För att hålla koll på hur läget är hemma.”

I intervjuerna finns också exempel på hur den sjuka föräldern hjälpte barnet att *övervinna* en del oro och ängslan. Ida berättar att hennes mamma inbjöd barnen till att fråga om de tokiga sakerna hon gjort och Ida frågade. Ida menar att hon tack vare det kunnat gå vidare; ”Att istället bygga upp hemska saker själv så har jag kunna lämna de och få svar och omfamna min friska mamma”.

Analys

Skerfving (1996) beskriver en rädsla barn bär på, som har en psykiskt sjuk förälder. Rädsla att skadas av sin sjuke förälder eller att föräldern ska skada sig själv. Det stämmer väl överens med Frejas och Gunillas erfarenheter, då de menar att barnet måste hem för att vakta sin förälder. Detsamma har Berit erfarenhet av. Granath (1997) säger att oron ofta består i rädslan över att sjukdomen ska förvärras. Det gör att barnet aldrig kan känna ro, det vet aldrig hur sjukdomen utvecklas. Detta är inget som vi fått ta del av vid våra intervjuer, därmed inte sagt att det inte kan finnas där.

Vetskap/kännedom om sjukdomen och om var föräldern befinner sig

Att barnet får veta en del om föräldern och dess sjukdom, på en rimlig nivå, kan *underlätta* för barnet. Cecilia berättade om en patient, vars barn var väldigt angelägen om att få se mammans säng på avdelningen. För honom var det viktigt att faktiskt få se var mamma låg

när hon blev bra (frisk) igen. En sådan enkel sak kan hjälpa barnet mycket. Hedvig, familjebehandlare på en spädbarnsverksamhet, anser att det är bra att barnet får hälsa på den sjuke föräldern på sjukhuset. Hon menar att det räcker med fem minuter.

”Vi känner att vi kan gå upp precis när vi vill (till sjukhuset). Hur mycket vi vill, ibland kan vi gå upp fem minuter. Barnet ser ju var mamma har tagit vägen. Barnet har ju en bild av var mamma är. Det tycker vi är positivt”. (Hedvig)

Hedvig berättar också att hon hade haft hand om en pojke på tre - fyra år som mådde mycket dåligt och var ledsen. ”Mamman var på akuten och så var vi uppe (på sjukhuset), här ligger mamma. Och sen var det frid och fröjd. Då visste han var mamma var”.

De vuxna barnen vi intervjuat svarar lite *olika* på frågan om vetskapen kring sjukdomen. Alla tre intervjuade som vuxit upp med en psyksikt sjuk moder, önskar dock att de fått delta i någon form av barnverksamhet, där de kunde dela varandras erfarenheter. När Idas mamma var på sjukhuset åkte familjen och hälsade på henne där. Detta upplevde Ida som *positivt*. Hon menar att det kanske inte var så trevligt att se alla dessa sjuka människor som dessutom var inlåsta. Men hon säger att det är bättre att få se som det är, annars skapar man egna bilder om var ens förälder är, som kan vara mycket värre än verkligheten. Hon säger; ”Det är bättre att få se som det är. Man ska inte skydda barn från allting, det gör vi lite för mycket idag”. Det Kent hade önskat, var att få mer kunskap om sin mammas sjukdom, varför hon blev sjuk.

Analys

Granath (1997) berättar att barn i en familj med en psykiskt sjuk förälder, har svårt att acceptera att det handlar om en sjukdom. Man inser snart att alla inte har det som de själva i sina familjer. Intervjupersonerna i Granaths studie (ibid) säger också att de skulle velat träffa barn i liknande situation, och se att de inte är ensamma och kunnat dela erfarenheter med varandra. Detta är något även våra intervjupersoner håller med om. Moore & Waltré (2001) beskriver att barn i tre – fyra årsåldern söker svar på många frågor. Likaså vill de lite äldre barnen detta. Man förstår att föräldern är sjuk och vill ha konkreta fakta. Detta överensstämmer med pojken som Hedvig berättade om. Han blev lugn när han väl fått se var mamman befann sig. Det var viktigt för honom. Även Kent som var sju år då modern insjuknade, hade velat ha mer information om sjukdomen och varför hon blev sjuk.

Ärftlighet

Frågan om ärftlighet har dykt upp både i den litteratur vi tagit del av samt i våra intervjuer. Meningen skiljer sig dock i frågan. Cecilia tycker det är *svårt att veta* om det är ärftligt betingat med psykisk sjukdom eller om det är miljön som påverkar. Hon tänker sig ett samband. Hon menar att en del familjer har en större känslighet och sårbarhet för psykisk sjukdom. Har man denna ärftliga belastning, kan miljön påverka en negativt eller positivt. Vet man om att risken finns att utveckla en psykisk sjukdom, kan miljön hjälpa en att skydda sig så gott det går. Anders berättar att det finns en genetisk benägenhet som är ärftlig. Att man på 50-talet på de stora sjukhusen steriliserade människor med psykisk sjukdom för att de inte skulle föröka sig. Även Diana och Elin, socionomer inom öppenvårdspsykiatri, beskriver barns rädsla för att de själva ska drabbas av föräldrarnas sjukdom.

Vad Ida och Janna har gemensamt i frågan, är rädslan för att deras barn ska bli sjuka. Janna har aldrig tänkt att hon själv skulle bli sjuk. Däremot har hon många gånger funderat kring sina egna barn om de skulle bli sjuka. Och det kan hon tycka är hemskt. Ida hade inga tankar på ärftlighet, de tankarna har kommit först nu i vuxen ålder. Hon är inte rädd för att själv bli sjuk utan tänker precis som Janna, mer på om hennes barn ska drabbas. När Idas mamma insjuknade hände det oftast i samband med kriser. Ida avslutar intervjun med att säga; ”Det är friskt att kunna bli sjuk”.

Analys

Barn med en schizofren förälder, löper tio procents större risk att själva drabbas av schizofreni (Rosenbaum-Asarnow 1988, i Granath 1997). De personer Granath (1997) intervjuade berättar om en liten oro kring ärftligheten. Janna och Ida har mycket funderingar kring ärftlighet, vad gäller deras barn. Vi har inte i någon tidigare forskning eller teori hittat något som tyder på att detta är vanligt. Det vill säga att sjukdomen hoppar över en generation. Moore & Waltré (2001) beskriver att redan i tolvårsåldern kommer funderingar på ärftlighet. Detta stämmer överens med Dianas och Elins erfarenheter att många är rädda för att själva drabbas. Men inte några av de vi intervjuat som vuxit upp med en moder med psykisk sjukdom beskriver dessa funderingar.

6. SAMMANFATTNING – DISKUSSION

När vi påbörjade denna studie, var avsikten att undersöka området barn till psykiskt sjuka föräldrar. Syftet var att belysa hur dessa barn har det under sin uppväxt samt vilket stöd de erbjuds eller inte erbjuds inom samhällets ramar. Vi ville även veta om dessa barn uppmärksammas av samhället samt vilket stöd den andre friska föräldern och barnets övriga nätverk kunde ge. De personer vi har intervjuat har alla gett oss många varierande svar, samt gett oss nya frågor att fundera kring. Vi ska här göra en sammanfattning av vår studie, samt ge en avslutande reflektion kring arbetet. Det är viktigt att poängtera att detta är en avgränsad kvalitativ intervjustudie gjord i Skåne, med endast elva personer. Det är inte säkert att resultatet skulle se likadant ut med andra intervjupersoner på en annan plats. Det är troligt att det på andra håll i landet skulle se annorlunda ut i relation till vår studie, men liksom skillnader kan det även finnas likheter. Detta är dock vad vi har kommit fram till genom vårt empiriska material och den litteratur vi tagit del av.

Sammanfattning

För att kunna ge svar på våra frågeställningar, om *hur barnet upplever sin uppväxt* med en psykiskt sjuk förälder, samt *hur den psykiskt sjuke föräldern klarar av sitt föräldraskap*, väljer vi här att presentera intervjupersonernas svar kring barnets tankar och känslor samt förälderns omsorgsförmåga. Både förälderns möjligheter och resurser samt deras hinder och svårigheter. Något som framkommer tydligt i undersökningen, är barnets olika *tankar och känslor* kring att växa upp med en psykiskt sjuk förälder och som har betydelse för hur de upplever/upplevt sin barndom/uppväxt. De känslor som dominerar är *skuld* och *skam*. De professionella vi intervjuat berättar att deras erfarenhet är att barnen ofta känner skuld över att ha orsakat förälderns sjukdom samt skam över att vara annorlunda än andra, att ha en psykisk sjukdom i familjen. De numera vuxna barn som vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder håller inte med om detta. De kunde ibland känna skam över situationen, men inte skuld över att själv ha orsakat sjukdomen. Även *lojalitet* är något barnen ofta känner. De har svårt att vara glada och skratta då föräldern är sjuk eftersom de inte riktigt vet hur man ska/får bete sig. Att känna *oro* över sin förälder är också vanligt. Man är orolig för att sjukdomen ska förvärras eller över att föräldern ska ta sitt liv. Barnen blir ofta väldigt *känsliga* för sin förälders behov och känner att de måste *ha koll* hela tiden. Något som också framkommer är att *vetskap* kring förälderns sjukdom är viktigt. Om än så lite, så är det bättre än inget. Annars bildar de sig lätt egna uppfattningar som ofta är värre än verkligheten. Att vara rädd för *ärflighet* förekommer också

bland de som vi har intervjuat som har vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder. Det som dock framkommer är rädslan över att de egna barnen ska insjukna, inte de själva. Men som Ida uttrycker det; ”det är friskt att kunna bli sjuk”.

Vad beträffar den sjuke förälderns *omsorgsförmåga växlar* svaren. Det som de numera vuxna barnen berättar för oss, om hur de hade det under sin uppväxt med sin psykiskt sjuka mamma, är att de hade det varierat under uppväxten. Det handlade dels om att som för Kents del, ta på sig för stort *ansvar* över hemmet, dels om vad Ida säger om att man blir expert på att *stänga av*. Vad alla professionella var överens om vad beträffar omsorgsförmågan, var att man *inte* får se den psykiska sjukdomen som *statisk*. Även föräldrar med psykisk sjukdom har sina *bra och dåliga sidor*. När de mår bra är de som vilka andra föräldrar som helst. Men när de mår dåligt, sviktar omsorgsförmågan i varierande grad. Beroende på diagnos, dess grad och hälsotillståndet för dagen. Vad som också framkommer, är att det är de fysiska behoven som först tillfredställs. Att barnen får mat och kläder. Men även här sviktade det stundtals bland våra intervjupersoner. Janna fick inte mat alltid, utan gick hem till mormor. Ida gick ibland i samma kläder i flera dagar i sträck. Vad de intervjuade är överens om, är också att det *känslomässiga behovet sviktar*. En psykiskt sjuk förälder orkar inte med den närhet ett barn behöver utan är så uppslukad av sig själv och sitt, att man inte mår med mer.

Vad som framkommer som tema i våra intervjusvar, är att det fortfarande än idag är väldigt *tabu med psykiskt sjukdom*. Det är *känsligt* att prata om och det väcker många känslor, både hos dem som intervjuas, men även hos oss. Ett annat tema som framkommer tydligt, är att barnen till psykiskt sjuka i *väldigt liten utsträckning får den uppmärksamhet och det stöd de behöver*. Inom vuxenpsykiatri är man inte så bra på att uppmärksamma barnen till psykiskt sjuka. De som arbetar inom vuxenpsykiatri säger själv att de är dåliga på att ta hand om barnen, det har alltid varit psykiatrins dåliga samvete. Det menar att det beror dels på för lite kunskap kring att prata med barn, dels att man många gånger inom psykiatri arbetar väldigt individuellt. Då blir det upp till den enskilde behandlaren att lägga tyngdpunkten på det han eller hon anser viktigast. Alla som arbetar inom psykiatri tar dock upp frågan om barn och nätverk i anamnesen. Men vad det sedan gör med den kunskapen är alltså upp till var och en behandlare. Vi vill dock understryka att frågan kring barn till psykiskt sjuka har *börjat uppmärksammas mer och mer*. Både genom att bjuda in de anhöriga på besöken på mottagningen/avdelningen, och genom samarbete mellan olika vårdinstanser och myndigheter. Som på Cecilias arbetsplats, där man har börjat ett samarbete med barn- och ungdomspsykiatri.

Likaså gäller det barngruppen för barn till psykiskt sjuka föräldrar som startat i den kommun där Freja och Gunilla arbetar, som är resultatet av ett långt diskuterande mellan olika organisationer och myndigheter. Fortfarande har man där ingen utvärdering, då det är så nytt. Med tanke på vad våra intervjupersoner sagt om att känna sig ensam med att ha en psykiskt sjuk förälder, anser vi denna typ av barngrupp ovärderlig. Detta är verkligen något för andra kommuner att ta efter tycker vi. Spädbarnshemmet vi besökte, har funnits i många år, men de inriktar sig till föräldrar med varierande problematik, även missbruk och svagbegåvade föräldrar. Men där kan vi ju se att barnen verkligen uppmärksammas, även om det naturligtvis är en liten del som remitteras dit.

De nuvarande vuxna barnen som vi intervjuat säger samma sak som de professionella. De menar att de har fått för *lite uppmärksamhet* och att *samhällets stöd varit dåligt*. Kent känner visserligen *tilltro* till sjukvården, men han hade önskat precis som de andra intervjuade vuxna barnen, att få *mer information* om förälderns sjukdom. Vad vi också kan se i intervjuerna av numera vuxna barn till psykiskt sjuka, är att vad de eftersökt när de var små, var bland annat *barngrupper* med barn i liknande situation. Där de hade kunnat *utbyta erfarenheter* och se att de inte var ensamma i detta. Som vi skrev ovan, kan vi hoppas att barngrupper för barn till psykiskt sjuka föräldrar växer fram i landet.

Vad som framkommer angående stödet till barnen från andra *viktiga närstående i barnets nätverk*, är att detta också är *skiftande*. Som Berit sa, finns det en annan förälder så är det jättebra, men även en *mormor* eller *farmor* kan vara ett oerhört stöd till barnet. Likaså är det väldigt viktigt att den friske föräldern får hjälp och stöd i sin föräldraroll, då denne också befinner sig i en kris. Våra intervjupersoner som vuxit upp med en psykiskt sjuk moder, har alla haft stöd av närstående på ett eller annat sätt. Janna hade sin mormor att vända sig till, medan Ida hade stort stöd i sin pappa. Kent hade också stöd av sin *pappa* fram tills dess att föräldrarna skildes, då han fick ta över mycket av ansvaret hemma. Han träffade även en *flickvän* som utgjorde ett stort stöd för honom.

Slutdiskussion

Med detta arbete har vi velat belysa situationen som barn till psykiskt sjuka föräldrar befinner sig i. Hur samhället uppmärksammar och kan stödja dem, hur deras uppväxt har sett ut i familjen och det närmsta nätverket. Utifrån denna begränsade studie, kan vi konstatera att det brister i uppmärksamheten kring dessa barn. Likaså är välfärdsamhället inte så aktivt på att ge

barnen det stöd de behöver. Viktigt att påpeka är att det är förändringar på gång, vilket gläder oss. Vi har också kommit fram till att uppväxten/barndomen för barn till psykiskt sjuka föräldrar varierar beroende på diagnos och det sociala nätverket. Man får dock aldrig sätta likhetstecken mellan psykisk sjukdom och sviktande omsorgsförmåga hos den sjuke föräldern. Det vi önskar och hoppas, är att samarbetet mellan vårdinstanser och myndigheter ska utökas och fler barngrupper liknande den Freja och Gunilla är ansvariga för, kommer till stånd. Vi anser också det väldigt bra att man inom sjukvården börjat uppmärksamma barn till psykiskt sjuka och att man på många ställen börjat arbeta aktivt med detta. Vi hoppas att detta arbete ska hjälpa till att synliggöra dessa barn, för de finns alltför många "små Ninni" som går omkring och bara väntar på att bli sedda.

7. KÄLLFÖRTECKNING

Litteratur

- Bowlby, John (2003) *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin* WS Bookwell i Finland
- Cullberg, Johan (2000) *Dynamisk psykiatri i teori och praktik* Natur och Kultur, Stockholm
- Granath, Kristina (1997) *Det var så mycket jag inte förstod – en intervjuundersökning med vuxna barn till psykiskt sjuka föräldrar* Marknadsgruppen/Typoprint, Sköndalsinstitutet, Stockholm
- Grunewald, Karl (2000) *Psykiska handikapp* Författarna & Liber AB, Stockholm
- Hwang, Philip & Nilsson, Björn (2000) *Utvecklingspsykologi - från foster till vuxen* Natur och Kultur, Stockholm
- Jansson, Tove (1988) *Det osynliga barnet* AiT ScandBook, Falun
- Klefvbeck, Johan & Terje, Odgen (1995) *Barn och Nätverk* Liber utbildning, Stockholm
- Parment, Göran (1999) *Studier om barn till psykiskt sjuka föräldrar, en litteraturgenomgång* Modintryck, Stockholm
- Perris Carlo (1996) *Ett band för livet. Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi.* Natur och Kultur, Borås
- Skerfving, Annemi (1996) *Barn till psykiskt störda föräldrar (En kunskapssammanställning)* Elanders Gotab, Stockholm
- Svedhem, Lennart (red.) (1985) *Nätverksterapi – Teori och Praktik* Författarna och Carlsson bokförlag AB, Stockholm
- *Svenska Akademiens Ordlista över svenska språket* (1991) 11:e upplagan 6:e tryckningen, Norstedts Förlag, Stockholm
- Svensson Katarina & Wallin Linda (2001) *Barn till psykiskt sjuka föräldrar, C-uppsats* Socialhögskolan Lund (opublicerad)

Offentliga tryck

- *Konventionen om barnets rättigheter* (2003) Edita Norstedts Tryckeri AB, Stockholm
- SoS-rapport (1999:11) *Barn till psykiskt sjuka föräldrar* Modintryck, Stockholm
- SOU rapport (1997:8) *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa* Socialstyrelsen Stockholm

Övriga källor

- Arvidsson Bangura, Maria, (2004) Föreläsning vårterminen 2004 Socialhögskolan Lund
- Skerfving, Annemi & Granath, Göran (2003) Material från konferensen *Att synliggöra de osynliga barnen*, Stockholm, Förlagshuset Gothia.

BILAGOR

1. Intervjuguide till de vuxna barnen

Kön:

Ålder:

Ursprungsfamilj:

Berätta om hur du lever idag

- **Utbildning**
- **Arbete**
- **Familj**

Beskriv din uppväxt med en psykiskt sjuk förälder.

- Under vilken tidsperiod i din uppväxt var din förälder sjuk?
- Vilken diagnos hade din förälder?
- Hur fick du reda på att din förälder var sjuk?
- Vilken roll hade du i familjen?
- Vad var positivt under din uppväxt?
- Vad var negativt och/eller mindre bra under din uppväxt?
- Vilka möjligheter och resurser fanns hos din förälder för att tillgodose dina behov för att främja din utveckling?
- Vilka hinder och svårigheter fanns hos din förälder för att tillgodose dina behov för att främja din utveckling?
- Hur uppfattade du din andra (friska) förälders möjligheter till att stötta och väga upp bristerna hos din sjuka förälder (om denne/a fanns)?
- Fanns det andra personer i din familj eller omgivning som gav dig stöd på olika plan? I så fall hur?
- Hur upplevde du din familj jämförelsevis med dina kamraters?

Berätta om hur du hade det i skolan.

Berätta om vad du gjorde på fritiden.

Berätta om vilket stöd du hade från samhället (sjukvård, socialtjänst, skola etc)

- Anser du att det stöd du fick var tillräckligt?
- Om inte, hur skulle du vilja att det såg ut?

Är det något du vill tillägga som kan vara viktigt för oss att veta?

2. Intervjuguide till psykiatrin/socialtjänsten/schizofreniförbundet

Titel:

Arbetsplats:

Utbildning:

Bakgrund:

Berätta om hur ni uppmärksammar barn till föräldrar med psykisk sjukdom.

- Vilket stöd kan ni erbjuda barnen?
- Om ni inte har möjligheter till detta, vart hänvisar ni dem?
- Anser ni att ni (inom övriga samhället) kan erbjuda tillräckligt med stöd till de här barnen? Om inte, hur skulle ni vilja att det såg ut?

Berätta om hur ni uppfattar att barnet har det i familjen med en psykiskt sjuk förälder.

Berätta om hur ni anser att en psykiskt sjuk förälder klarar sitt föräldraskap.

- Vilka resurser och möjligheter ser ni att det finns hos den psykiskt sjuke föräldern för att kunna tillgodose barnets behov för att främja deras utveckling?
- Vilka hinder och svårigheter ser ni att det finns hos den psykiskt sjuke föräldern för att kunna tillgodose barnets behov för att främja deras utveckling?
- Vilket stöd ser ni att den andre (friske) föräldern kan bistå med?

Har ni något annat att tillägga som kan vara viktigt för oss att känna till?

3. Intervjuguide till spädbarnshemmet

Titel:

Utbildning:

Bakgrund:

Berätta om vilka personer som kommer till er på Lillängen.

- På vilket sätt kommer de i kontakt med er?
- Berätta om hur ni arbetar med föräldrarna och barnet (samspelsbehandling, anknytning etc).
- Anser ni att ni kan erbjuda tillräckligt med stöd till de här barnen? Om inte, hur skulle ni vilja att det såg ut?

Berätta om hur ni uppfattar att barnet har det i familjen med en psykiskt sjuk förälder.

- Hur klarar föräldern sitt föräldraskap?
- Vilka resurser och möjligheter ser ni att det finns hos den psykiskt sjuke föräldern för att kunna tillgodose barnets behov för att främja deras utveckling?
- Vilka hinder och svårigheter ser ni att det finns hos den psykiskt sjuke föräldern för att kunna tillgodose barnets behov för att främja deras utveckling?
- Vilket stöd ser ni att den andre (friske) föräldern kan bistå med?

Har ni något annat att tillägga som kan vara viktigt för oss att känna till?